



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**MADDE KULLANIMI NEDENİYLE DENETİMLİ SERBESTLİK
BİRİMİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE BENLİK SAYGILARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. ŞEYMA SEHLİKOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi OĞUZHAN BEKİR EĞİLMEZ

ADYAMAN-2020



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**MADDE KULLANIMI NEDENİYLE DENETİMLİ SERBESTLİK
BİRİMİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI VE BENLİK SAYGILARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. ŞEYMA SEHLİKOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi OĞUZHAN BEKİR EĞİLMEZ

ADYAMAN-2020



ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi. Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ danışmanlığında Dr. Şeyma SEHLİKOĞLU tarafından yapılan “*Madde Kullanımı nedeniyle Denetimli Serbestlik Birimine Başvuran Kişilerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi*” başlıklı tez çalışması .../.../2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından **PSİKIYATRİ ANABİLİM DALINDA** Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN.....: Dr. Öğr. Üyesi. Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

(İmza)

ÜYE.....: Doç. Dr. Behice HAN ALMIŞ

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

(İmza)

ÜYE.....: Doç. Dr. Murat BEYAZYÜZ

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

(İmza)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../2020

Prof. Dr. Ali AYDIN

Adıyaman Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım Sn. Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ'e, klinik ve akademik tecrübelerini paylaşan, öneri ve eleştirileriyle tezimin şekillenmesine katkı sağlayan Sn. Doç. Dr. Behice Han ALMIŞ'e, tez çalışmam sırasında desteklerinden ve görüşlerinden dolayı Sn. Doç. Dr. Murat BEYAZYÜZ'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Psikiyatri Anabilim Dalında birlikte çalıştığım ve tanımaktan mutluluk duyduğum sevgili hocalarıma; psikiyatri uzman hekimlerimize; araştırma görevlisi arkadaşlarıma; psikiyatri servisi hemşirelerine; çalışmamın verilerini toplamamda yardımcı olan sekreterlerimiz Necla ŞAHİN, Fatoş KAPLAN ve güvenlik görevlimiz Yunus Emre ARSLAN'a; servis personellerimize; çalışmanın yapılmasında yardımları olan Denetimli Serbestlik biriminde görevli personellerimize teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde katkıları olan üzerimdeki haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, beni her zaman destekleyen ve yanımda olan canım annem, babama; sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim kardeşlerime; zor zamanlarımda yardımına koşan, tezime katkıları olan, varlığına şükrettiğim ablam Ayşe VLOK'a sonsuz teşekkür ederim.

Tezimin oluşmasında büyük bir çaba gösteren, yol arkadaşım, sabırlı ve fedakâr eşim Uzm. Dr. Kerem SEHLİKOĞLU'na, hayatıma renk veren bal kızım Asel Sare'ye en içten sevgilerimi sunarım.

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

Dr.Şeyma SEHLİKOĞLU

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xiii
1-GİRİŞ ve AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER	4
2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU (MKB)	4
2.1.1 Madde Tanımı ve Genel Yaklaşım	4
2.1.2 Terminolojik Gelişimi	5
2.1.3 Epidemiyoloji.....	6
2.1.4 Madde Çeşitlerine Genel Bir Bakış	9
2.1.5 DSM-5'e Göre Genel Tanı Kriterleri ve Yaklaşımı ³²	19
2.1.6 Komorbid Psikiyatrik Tanı Varlığının İncelenmesi.....	21
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ve MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	22
2.2.1 Çocukluk Çağı Travması Tanımı ve Genel Bir Bakış	22
2.2.2 Çocukluk Çağı Travmasına Neden Olan Risk Faktörleri	23
2.2.3 Çocukluk Çağı Travması ile MKB ve Diğer Psikiyatrik Hastalıkların İlişkisinin İncelenmesi	24
2.3. BENLİK SAYGISI ve MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	26
2.3.1 Benlik Saygısı Tanımı ve Genel Bir Bakış	26
2.3.2 Benlik Saygısı ile MKB İlişkisinin İncelenmesi.....	26

2.4. DENETİMLİ SERBESTLİK SİSTEMİ	27
2.4.1 Denetimli Serbestlik Sisteminin Yasal Açıdan İncelenmesi	27
2.4.2 Denetimli Serbestlik Sisteminin Amacı, Uygulama Hedefleri ve İlgili Tedavi Hizmetlerinin Yürütülmesi	28
3- GEREÇ ve YÖNTEM	30
3.1. ÇALIŞMANIN YERİ, ÖRNEKLEMİ ve UYGULANMASI.....	30
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER.....	31
3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi.....	31
3.2.2. Katılımcı Veri Formu.....	31
3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	32
3.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	33
3.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI ve KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER.....	34
3.4. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ .	34
4- BULGULAR.....	36
5- TARTIŞMA	49
6- SONUÇLAR ve ÖNERİLER	58
7- KAYNAKLAR	61
8- EKLER	
8.1. T.C ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI.....	
8.2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ	
8.3. KATILIMCI VERİ FORMU.....	
8.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....	
8.5. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travması

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DS: Denetimli Serbestlik

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

DSM-5 (İngilizce): Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, 5th Edition

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GABA: Gama Aminobütirik Asit

GHB: Gama Hidroksi Bütirat

LSD: Liserjik Asid Dietilamid

MDMA: 3,4-Metilen Dioksi Metamfetamin

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

PCP: Fensiklidin

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

SCID-5/CV: Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version

SCID-5/CV (İngilizce): Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı için Yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu

SK: Sentetik Kannabinoid

SSS: Santral Sinir Sistemi

TCK: Türk Ceza Kanunu

THC: Tetra Hidro Kannabinol

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tüm olguların yaş dağılımı.....	36
Şekil 2. DS grubundaki olguların madde kullanım süresi dağılımı.	41
Şekil 3. DS grubundaki olguların madde ilk kullanım yaşı grupları.	42



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri	38
Tablo 2. DS Grubundaki Olguların Kullandıkları Madde Türü ile Tek Çeşit / Çoklu Madde Kullanım Oranlarının İncelenmesi	40
Tablo 3. DS Grubundaki Olguların Tek Çeşit / Çoklu Madde Kullanımı ile Madde Kullanım Süresinin Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 4. DS Grubundaki Olguların Madde Kullanım Sıklığı Dağılımı	43
Tablo 5. DS Grubundaki Olguların Madde İlk Kullanım Nedeni	44
Tablo 6. DS Grubundaki Olguların Öykülerindeki Suç Çeşidi Dağılımı.....	45
Tablo 7. DS Grubundaki Olguların Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık / Kişilik Bozukluğu Tanı Dağılımı.....	46
Tablo 8. Olguların Benlik Saygısı Düzeyi ile Çocukluk Çağı Travmasının Karşılaştırılması	48

ÖZET

Madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik birimine başvuran kişilerin çocukluk çağı travmaları ve benlik saygılarının incelenmesi

Dr. Şeyma SEHLİKOĞLU

Madde kötüye kullanımı, yasal olmayan bir maddenin kullanılmasını ya da yasal olan bir maddenin zarar verecek şekilde amacı dışında kullanılmasıdır. Dünya genelinde madde kullanımı giderek artmakta; madde kullanımının sosyal, ekonomik ve medikal etkileri sonucunda ciddi ek sorunlar görülmektedir. Madde kullanımının sonuçlarını önlemek amacıyla tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yasal düzenlemeler oluşturulmuştur. Madde kullanımı olan kişilerin tutuklanması ve cezaevine girmeleri yerine, bu kişiler için alternatif bir ceza infaz yöntemi olan Denetimli serbestlik (DS) sistemi uygulaması tercih edilmektedir. Bu sistemle bireylerin denetim altında tutulması, takip ve tedavi edilmesi hedeflenmektedir.

Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne haklarında verilen "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri" kararı nedeniyle 01.09.2019 - 01.01.2020 tarihleri arasında sevk edilen, poliklinikte yapılan muayeneleri sırasında geçmişinde madde kullanımı olduğunu ifade eden ve hastane kayıtları ile madde kullanımı olduğu doğrulanan 73 birey çalışmaya dahil edildi. Diğer yandan hasta grubunun yaş, medeni durum ve cinsiyet özelliklerine olabildiğince benzer şekilde basit rastgele seçilen ve geçmişinde madde kullanım öyküsü ve bilinen psikiyatrik hastalığı bulunmayan 73 birey çalışmaya kontrol grubu olarak alındı. Araştırma prospektif yapılmış olup, bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı kabul eden, yazılı ve sözlü onamı alınan toplam 146 birey çalışmada incelendi. Her iki grubun sosyodemografik ve madde kullanım verileri ile madde kullanımı olan bireylerde çocukluk çağı travması (ÇÇT), benlik saygı düzeyi ve eşlik edebilecek psikiyatrik hastalık verilerinin incelenmesi ve bu verilerin karşılaştırılması amaçlandı.

Madde kullanımı olan bireylere Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5) bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV, *Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version*) uygulandı, böylece olası psikiyatrik tanı / tanıların tespit edilmesi planlandı.

Çalışmada yer alan bireylere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği yapılarak, çocukluk döneminde yaşanan travmalar ile madde kullanımı arasındaki ilişki incelendi. Çalışmamızda katılımcılara Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulandı ve madde kullanımı olan bireylerin benlik saygı düzeyleri değerlendirildi.

Çalışmamızda olguların tamamının (n = 146) erkek olduğu görüldü. Katılımcıların yaş ortalaması, DS grubunda $28,88 \pm 5,70$; kontrol grubunda ise $27,59 \pm 7,55$ olup, gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,247$). Olguların en sık (n = 101 ; %69,2) 18 - 30 yaş grubunda ve genç erişkin dönemde oldukları gözlemlendi. DS grubunun %67,1'inin (n = 49) ilköğretim mezunu veya altı, kontrol grubunun %86,3'ünün (n = 63) lise mezunu veya üzeri eğitim seviyesinde oldukları tespit edildi.

DS grubundaki bireylerin %53,4'ünde (n = 39) tek çeşit madde kullanımı, %46,6'sında ise (n = 34) çoklu madde kullanımı olduğu tespit edildi. Bu olgularda en yüksek oranda esrar (n = 54 ; %74,0) kullanımı olduğu gözlemlendi. Olguların madde ilk kullanım yaşı ortalaması $18,40 \pm 5,14$ yıl olarak saptandı. Madde kullanımına en sık 16 - 20 yaşları (n = %39,7) arasında başladığı anlaşıldı.

Madde kullanımı olan bireylerin kontrol grubuna göre daha sık suç işledikleri, daha yüksek oranda ailelerinde suç geçmişi ve madde kullanımı olan kişi bulunduğu tespit edildi.

DS grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre aşırı anlamlı şekilde benlik saygılarının daha düşük düzeyde olduğu ve yüksek oranda ÇÇT maruziyeti bulunduğu tespit edildi. Çalışmada tüm olgular incelendiğinde; benlik saygı düzeyi azaldıkça ÇÇT maruziyetinin daha yüksek oranda görüldüğü anlaşıldı.

Çalışmamızda DS grubunun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde eğitim seviyesinin daha düşük olduğu bulundu. Madde kullanımını azaltmak amacıyla; bireylere ilköğretim döneminden itibaren eğitimlerin verilmesi gerektiği düşünüldü.

Çoklu madde kullananların daha erken yaşta madde kullanmaya başlaması, daha uzun süreli madde kullanım öykülerinin olması, daha yüksek oranda madde tedavisi alması ve alkol kullanımlarının olması nedenleriyle; çoklu madde kullanımının, tedavi sürecini zorlaştırdığı değerlendirildi.

Madde kullananlar arasında ÇÇT oranının yüksek olması (%72,6) dikkat çekiciydi. Bu durum ÇÇT mağduru olan bireylerin istismar sonrasında meydana

gelen özgüven kaybını giderebilmek ve depresyon belirtilerini normalize edebilmek amacıyla madde kullanma eğiliminde olmalarına bağlandı. Benlik saygısı düzeyinin madde kullanımına başlanması ve devamında önemli bir faktör olduğu değerlendirildi. Madde kullanımı ile etkin mücadelede; bireylerin benlik saygısı düzeylerinin arttırılması için sosyokültürel programların uygulanması ve erişilebilirliğin genişletilmesi gerektiği düşünüldü. Çalışmada benlik saygı düzeyi azaldıkça ÇÇT maruziyeti bulunmasının aşırı anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu görüldü. Çocukluk çağı travması kavramı ve ileri dönemdeki olası sonuçları hakkında ailelerin eğitilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerektiği düşünüldü. Madde kullanımı olan bireyler arasında; ÇÇT bulunanlarda daha yüksek oranda komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edildi. Ayrıca benlik saygı düzeyi azaldıkça, eşlik eden psikiyatrik bozukluk bulunması olasılığının arttığı gözlemlendi. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, düşük benlik saygısı ve yetişkin dönemdeki psikiyatrik bozukluklar arasında pozitif ilişki belirlendi. Son olarak; madde kullanımı olan bireylerde çocukluk çağı travmatik deneyimleri ve benlik saygısı düzeylerinin rutin olarak değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Madde kullanımı, denetimli serbestlik, esrar, çocukluk çağı travması, benlik saygısı

SUMMARY

Examination of childhood trauma and self-esteem of individuals who applied to the probation office due to substance use.

Dr. Seyma SEHLIKOGLU

Substance abuse is the use of an illegal substance or the misuse of a legal substance in a harmful way. Substance abuse has been increasing worldwide. Serious additional problems are seen as a result of social, economic and medical effects of substance use. In order to prevent the consequences of substance abuse, legal regulations have been established in our country as well as in the world. Instead of arresting and imprisoning people with substance abuse, the practice of probation system, which is an alternative method of punishment, is preferred. With this system, it is aimed to help individuals to keep addiction under control, provide appropriate treatment and follow-up.

73 individuals who were referred to Adıyaman Training and Research Hospital Psychiatry Outpatient Clinic between 01.09.2019 and 01.01.2020 due to the "Treatment and Probation" decision were included in the study. Hospital records indicated that they had substance abuse, and they confirmed having had a history of substance abuse during the examinations of the participants in the outpatient clinic. On the other hand, we randomly selected a control group of 73 individuals, who did not have a history of substance use and known psychiatric diseases, with similar age, marital status, and gender characteristics of the patient group. The study was conducted prospectively. 146 individuals who were informed to participate, and whose written and verbal consent was obtained, were included. We aim to examine the sociodemographic and substance abuse data of both groups, childhood trauma (CT), self-esteem level and accompanying psychiatric disease data in individuals with substance abuse, and to compare these data.

A Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) was applied to the participants with substance use. Thus, it was planned to determine possible psychiatric diagnoses in individuals. It was aimed to examine the relationship between childhood traumas and substance use by applying the Childhood Trauma Scale to all individuals. The Rosenberg Self-Esteem Scale

was applied to the participants and the self-esteem levels of individuals with substance abuse were evaluated.

It was observed that all of the cases ($n = 146$) were male. The mean age of the participants was 28.88 ± 5.70 in the probation group and it was 27.59 ± 7.55 in the control group. There was no significant difference between the groups ($p = 0.247$). The majority of the participants, 101 cases (69.2%) were observed to be in their young adulthood between the ages 18 and 30. It was noted that 67.1% ($n = 49$) of the probation group were primary school graduates or less, and 86.3% ($n = 63$) of the control group were high school graduates or above.

In the probation group, it was determined that 53.4% ($n = 39$) of the individuals used a single type of substance use, and 46.6% ($n = 34$) had multiple substance use. It was observed that cannabis was the most ($n = 54$; 74.0%) used substance in these cases. The mean age of first use of the substance was found to be 18.40 ± 5.14 years. It was understood that substance use was most frequently started the ages of between 16 and 20 ($n = 39.7\%$).

It was determined that individuals with substance abuse committed crimes more frequently, with a higher rate of crime history and substance abuse in their family.

It was found that the participants in the probation group had a significantly lower self-esteem and a high rate of exposure of CT. Based on all the cases that are examined in this study, it was concluded that as the level of self-esteem decreased, exposure of CT was higher.

In our study, it was found that the education level of the probation group was significantly lower than the control group. In order to reduce substance use, individuals should be educated starting from the primary education period.

It was evaluated that multiple substance abuse made the treatment process difficult due to the individuals with multiple substance abuse having started at an earlier age, having a longer history of substance abuse, having higher rates of substance treatment and alcohol use.

It was noteworthy that the rate of CT was high (72.6%) among substance users. This was attributed to the tendency of individuals who were victims of CT to abuse substances in order to eliminate the loss of self-confidence and normalize the

symptoms of depression after abuse. Self-esteem level was observed to be an important factor in starting and continuing substance abuse. In effective fight against substance abuse, it was thought that sociocultural programs should be implemented and accessibility of these programs should be expanded in order to increase the self-esteem levels of individuals. In the study, it was observed that as the level of self-esteem decreased, the rate of exposure of CT was significantly higher. In light of this, we encourage that studies should be conducted to educate families about the concept of childhood trauma and its possible future consequences.

Among individuals with substance abuse; A higher rate of comorbid psychiatric disorders was found in those with CT. In addition, it was observed that as the level of self-esteem decreased, the possibility of comorbid psychiatric disorders increased. A positive relationship was found between childhood traumatic experiences, low self-esteem, and adult psychiatric disorders. Finally, it was concluded that childhood traumatic experiences and self-esteem levels should be evaluated routinely in individuals with substance abuse.

Keywords: Substance abuse, probation, cannabis, childhood trauma, self-esteem.

1-GİRİŞ ve AMAÇ

Madde; insanları fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen böylece davranışlarında olumsuz farklılıklar oluşturan, ilk kullanımında bile bağımlılık yapma riski taşıyan, birey ve toplum için ekonomik ve sosyal problemler ortaya çıkaran, üretimi, kullanımı ve satışı kanunlarca yasak olan, doğal veya sentetik ürünlerdir.^{1,2} Toplumda; toksik madde, uyuşturucu madde, yasa dışı madde, drug, psikoaktif madde, narkotik madde gibi çeşitli isimlerle ifade edilmektedir.³ Bunlara örnek olarak; esrar, eroin, bonzai gibi yasa dışı alınabilen veya benzodiazepinler ve metamfetamin gibi yasal düzenlemeler kapsamında olan ve tedavi amacıyla kullanılabilen ancak kötüye de kullanılabilen maddeler verilebilir.⁴

Madde kötüye kullanımı, yasal olmayan bir maddenin kullanılmasını ya da yasal olan bir maddenin zarar verecek şekilde kötü amaçlı kullanılmasını ifade eder.⁵ Madde kullanımı dünyada ve ülkemizde giderek artmakta; sosyal, ekonomik ve medikal etkileri sonucunda ciddi ek sorunlar oluşturmaktadır.⁶ Literatürde farklı görüşler bulunmakta olup, kimi araştırmacılar bireylere yapılması planlanan zorunlu tedavinin, iyileşmenin ancak kişinin iradesiyle mümkün olması sebebiyle, başarılı olmayacağını ve böylece tedaviye ayrılacak kaynakların boşa gideceğini ifade etmektedir. Diğer araştırmacılar, dışarıdan bir yaptırım olmadan, kullanıcıların çoğunun zaten tedavi olmak istemeyeceğini, bu nedenle yasaların madde kullanımı olan bireyleri tıbbi tedaviye yönlendirmesi gerektiğini savunmaktadır.⁷

Ülkemizde madde kullanımına ilişkin bireysel ve toplumsal problemlerin hızla artması nedeniyle; kullanımı önlemek amacıyla yasal düzenlemelere gidilmiştir.⁸ Kişilerin işledikleri bir suç nedeniyle tutuklanması sonucunda cezaevine girmesi yerine, alternatif bir ceza infaz yöntemi olarak denetimli serbestlik (DS) sistemi uygulanmaktadır. Bu sistemle bireylerin denetim altında tutulması, takip ve tedavi edilmesi amaçlanmaktadır.^{8,9} Adli makamlarca madde kullanımı olan kişiler için, tedavi ve DS tedbirine başvurulmaktadır.^{10,11} Toplumda bu kişilerin sayısının azaltılmasında ve tedaviye yönlendirilmesinde DS uygulamasının faydalı olduğu belirtilmiştir.¹²

Adli makamlar tarafından kişinin tedavi edilmesi ve madde kullanmaya devam etmesinden korunması amacıyla verilen "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri"

kararı ile ilgili tedavi uygulamaları; T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yayımlanan 25.03.2015 tarihli, 2015/11 sayılı “Denetimli serbestlik tedavi hizmetleri” konulu bir genelge¹³ ile, ilgili tüm resmi sağlık tesislerine bildirilmiştir. Bu talimat doğrultusunda, madde kullanımı nedeniyle haklarında tedavi ve DS kararı bulunan bireyler Adıyaman ilinde Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği DS birimine başvurmaktadırlar.

Psikiyatrik hastalık öyküsü ile madde kullanım bozuklukları sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu birliktelik psikiyatrik hastalıkların başlangıç yaşını, klinik seyrini, nüks sıklığını, yatış sayısını ve hastaların günlük fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir.¹⁴ Bu çalışmaya katılanlara DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) bozuklukları için Elbir ve ark.¹⁵'nin hazırlamış oldukları Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonunun (SCID-5/CV, *Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version*) uygulanması ve böylece madde kullanımı olan bireylerde olası ek psikiyatrik tanı / tanıların ortaya konulması planlandı.

Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, ileriki zamanlarda gelişebilecek ruhsal bozuklukların etiyolojisinde yer almaktadır. Yapılan çalışmalar, çocukluk çağında maruz kalınan travmaların yetişkin dönemde görülen kişilik bozuklukları, major depresyon, alkol / madde kötüye kullanımı, posttravmatik stres bozukluğu gibi birçok hastalıkla ilişkisini ortaya koymuştur.¹⁶ Madde kullanımı olan bireyler arasında çocukluk çağı travması (ÇÇT) öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha sık depresyon ve dissosiyasyon belirtileri görüldüğü ve eşlik eden kişilik bozukluğu prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.^{17,18} Bu çalışmada yer alan bireylere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) yapılarak, çocukluk döneminde yaşanan travmalar ile madde kullanımı arasındaki ilişki varlığının incelenmesi planlandı.

Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi neticesinde ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğenidir. Lewin, benlik saygısını: ‘Yaşam bir sahne olarak düşünülürse, kişinin oyunun niteliğinden ve oynadığı rolden doymu’ olarak tanımlamaktadır. Özgüven, benliği kabul, değerlilik ve eşitlik duygularının birlikteliği ile oluşmaktadır.¹⁹ Özgüven, özsaygı ve sosyal destek gibi psikolojik özellikler ile sigara, alkol ve madde kullanımı arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Madde kullanımı olanlarda düşük benlik saygısı sıklıkla

görülmektedir.²⁰ Ayrıca madde kullanım sıklığı arttıkça benlik saygısının azaldığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu durumun nedeni olarak madde kullanım sıklığı arttıkça kişinin kendi hakkındaki inanç ve beğeni duygularını zaman geçtikçe kaybetmesi düşünülmektedir.²¹ Çalışmamızda katılımcılara Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanarak; madde kullanımı olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Literatürde Türkiye'de madde kullanımı nedeniyle DS tedbiri uygulanan bireyleri inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunduğu gözlemlendi. Bu çalışmada madde kullanımı nedeni ile DS birimine başvuran bireyleri içeren çalışma grubu ve madde kullanım öyküsü olmayan kontrol grubu incelendi. Her iki grubun sosyodemografik ve madde kullanım verilerinin elde edilmesi, madde kullanımının ÇÇT, benlik saygı düzeyi ve eşlik edebilecek psikiyatrik bozukluk ilişkilerinin incelenmesi ve bu verilerin karşılaştırılması esas olarak amaçlandı. Geniş kapsamlı ve prospektif olarak yapılacak bu çalışma ile sağlanan verilerin, ülke verilerine ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Toplumsal açıdan, madde kullanımı olan bireylerde ÇÇT ve benlik saygısı düzeyi verilerinin ilişkilerinin incelenmesinin değerli olduğu kanaatindeyiz.

2-GENEL BİLGİLER

2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU (MKB)

2.1.1 Madde Tanımı ve Genel Yaklaşım

İnsanlık tarihi boyunca insanoğlu zaman harcamak ve emek vermek yerine kısa yoldan ve kolay şekilde mutluluğa ulaşmak niyetinde olmuştur. Dönemden döneme değişen çeşitli maddeler kullanarak zihinlerini etkilemeleri sonucunda algılamalarının bozulmasıyla bulundukları kendi dünyalarında, günlük hayatlarından uzaklaşıp anlık, kısa süreli doyumlara ve heveslere ulaşmayı denemişlerdir. İnsanların bahsedilen amaçlarını sağlamak için kullandıkları bu araçlara madde, uyuşturucu madde, narkotik madde, psikotrop madde gibi isimler verilmektedir.²²

Madde terimi, XIV. yüzyıl Fransızcasında “kuru madde” anlamında kullanılan “*drogue*” kelimesinden gelmektedir. O zamanlarda ilaçlar kuru otlardan hazırlandığı için bu isimle anıldığı düşünülmektedir. İngilizce’ye “*drug*” olarak geçen kelime kapsam olarak; ürün kaynağı açısından bakılırsa, doğal (bitkisel) veya sentetik (laboratuvarlarda hazırlanmış, yapay) maddeler olabileceği gibi tıbbi tedavi amacıyla kullanılabilen, yasal olan ilaçlar ve yasal olmayan maddeleri de içermektedir. İngilizce'deki “*drug use*” tanımı için halk arasında ve bazı Türkçe kaynaklarda “uyuşturucu madde kullanımı” ifadesi yer almaktadır. Bu durum anlam karışıklıklarına neden olmaktadır. Terminolojinin günlük yaşamda ve bilimsel olarak kullanımı iki bakımdan yanlıştır: Birincisi, bu maddeler özellikle ilk denemelerde, doza bağımlı olarak, birey üzerinde uyuşturucu değil uyarıcı etkilere yol açmaktadır. Santral sinir sistemi (SSS)'ni uyuşturan etkileri ise yüksek dozlarda görülmektedir. İlk kullanımda uyuşturucu yerine uyarıcı etkiler oluşturan ürünleri, uyuşturucu olarak tanımlamak, bilimsel ve klinik olarak doğru bir yaklaşım olmaz. Diğer neden olarak “uyuşturucu madde kullanımı” teriminin kokain ve amfetamin gibi uyarıcı maddeleri, halusinojenleri ve esrarı kapsamadığı izlenimi oluşmaktadır.^{9,22} Günümüzde artık bilimsel literatürde tüm uyuşturucu ve uyarıcı maddeler için “madde” (*substance*) terimi kullanılmaktadır ve bu çalışmada da “madde” terimi tercih edilmektedir.^{9,23}

2.1.2 Terminolojik Gelişimi

Madde kötüye kullanımı, yasal olmayan bir maddenin kullanılmasını ya da yasal olan bir maddenin zarar verici boyutta kullanılmasını ifade eder.⁵ Bu tanımdan bireyin vücuduna, hayatına, ailesine ve etrafındakilere zarar verecek ve tehlike oluşturacak şekilde madde kullanması anlaşılmaktadır.²⁴ Bu kişilerde muhakeme bozulmamakta ancak yaşadıkları sosyal ve maddi sorunlar ya da madde kullanımının neden olduğu klinik tablo kişinin kontrolünü etkilemektedir.²⁵ Madde bağımlılığında ise, madde kullanma isteğini düşünmeden duramama, zamanla gittikçe yükselen dozlarda madde kullanma, maddeye karşı tolerans geliştirme, psikolojik ya da fiziksel yoksunluk semptomları görülmesi, madde kullanımının kurtulma isteğine rağmen bırakılamaması, sosyal, mesleki uğraşları ve boş zaman aktivitelerini ihmal etmeye başlama, sağlık sıkıntıları olmasına karşın madde kullanımına devam etme gibi durumlar gözlenmektedir.²⁶

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'nin ilk baskısında, "Kişilik Bozuklukları" başlığı "Sosyopatik Kişilik Bozukluğu" alt başlığının içinde Madde Bağımlılığı (*Drug Addiction*) yer almıştır.²⁷ DSM II. baskıda tekrar "Kişilik Bozuklukları" başlığında ancak "Madde Bağımlılığı" şeklinde ayrı bir alt başlık olarak ele alınmıştır.²⁸ Birinci ve ikinci baskılarda madde kullanımı konusuna oldukça az yer verilmiştir. DSM III'te ise ilk defa "Madde Kullanım Bozuklukları" (*Substance Use Disorders*) ana başlığı ile işlenmiş ve yine ilk defa "Madde Kötüye Kullanımı" ve "Bağımlılık" ayrı olarak değerlendirilmiştir.²⁹ DSM III-R'de başlık "Psikoaktif Madde Kullanım Bozuklukları" olarak değiştirilmiştir.³⁰ DSM IV'te madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı farklı olarak değerlendirilmeye devam etmiş ancak kötüye kullanım, bağımlılık başlangıcı olarak düşünülmüştür.^{23,31} Son baskı olan DSM V'te ise önceki basımlarda madde kullanım bozuklukları içerisinde yer alan madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanımları yerine hafif, orta ya da şiddetli MKB tanımları kullanılmıştır.³²⁻³⁴ Ayrıca bağımlılık sadece madde ile ilişkili olmaktan çıkartılmış ve davranış kaynaklı tanımlanmaya başlanmıştır.²³ Madde ile ilişkili bozukluklar; madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar olarak ikiye ayrılmaktadır. Maddenin yol açtığı klinik durumlar arasında; entoksikasyon, yoksunluk, deliryum, nörobilişsel bozukluklar, psikotik bozukluk, duygudurum

bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozuklukları vb. bulunmaktadır.³²

2.1.3 Epidemiyoloji

MKB epidemiyolojisinde yaş, cinsiyet, medeni durum, ailede madde kullanan birey olması, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi faktörlerin etken olduğu belirtilmektedir.^{26,35} Erkeklerde madde kullanımının daha sık olduğu bilinmektedir.³⁶

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin yayımladığı 2019 yılı Dünya Madde raporu³⁷; ileri araştırmalar ve daha kesin verilerin elde edilmesiyle, önceden düşünülenin aksine, madde kullanımının olumsuz sağlık sonuçlarının daha şiddetli ve yaygın olduğunu göstermiştir. Yaklaşık 35 milyon insanın MKB nedeniyle tedavi hizmetlerine ihtiyaç duyduğu tahmin edilmektedir. Opioid kullanan kişi sayısı, önceki tahminlere göre yüzde 56 artışla, 53 milyon olarak tahmin edilmektedir. Ayrıca opioidlerin 2017 yılında madde kullanımı sonucu ölen 585.000 kişinin üçte ikisinden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Küresel olarak, 2017 yılında 11 milyon kişinin madde enjekte ettiği, bunların 1,4 milyonunun HIV, 5,6 milyonunun ise hepatit C ile yaşadığı değerlendirilmektedir. Mevcut bulgular madde sorunlarına yönelik küresel durumu göstermekte ve daha da karmaşıklştırmaktadır. Bu durum arz ve talebe yönelik dengeli ve entegre sağlık ve ceza adaleti tepkilerini ilerletmek için daha geniş uluslararası işbirliği ihtiyacı olduğunu vurgulamaktadır. 2017 yılında, tahminen 271 milyon kişi veya 15-64 yaş arasındaki dünya nüfusunun yüzde 5,5'i bir önceki yıl madde kullanmıştı. Bu durum 2016 yılı tahminine benzemekle birlikte daha uzun vadeli bakılacak olursa, madde kullanan kişi sayısının 2009'a göre yüzde 30 daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Artış kısmen de 15-64 yaşları arasındaki popülasyonun bu zaman zarfında yüzde 10 artmasına bağlıdır. 2017 yılı verileri, 2009 yılı ile karşılaştırıldığında; Afrika, Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da opioid, Kuzey Amerika, Güney Amerika ve Asya'da esrar kullanımının daha yaygın olduğu görülmektedir. Dünya genelinde en yaygın kullanılan madde esrar olmaya devam etmektedir. 2017 yılında tahminen 188 milyon kişi esrar kullanmıştır. MKB'nin önlenmesi ve MKB olan bireylerin tedavi edilmesi, dünyanın birçok yerinde yetersiz kalmaya devam etmekte ve her yıl MKB olan yedi kişiden sadece biri tedavi görmektedir. 2019 yılı Dünya Madde raporunda; özellikle cezaevlerinde bu yetersizliğin dikkat çekici boyutlarda olduğu bildirilmiştir. Rapor, cezaevi

ortamlarında madde kullanımının olumsuz sağlık sonuçlarının derinlemesine analizini sunarak HIV, hepatit C ve aktif tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar ve ilgili risklerin prevalansının (özellikle de madde enjekte eden cezaevi popülasyonları arasında) belirgin yüksek olduğunu göstermiştir.³⁷

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi tarafından bildirilen Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018'e göre; Avrupa Birliği'nde 92 milyonun üzerinde yetişkinin veya 15-64 yaş aralığındaki kişilerin dörtte birinden fazlasının yaşamlarının bir döneminde madde denediği tahmin edilmektedir.³⁸ Madde kullanımı kadınlara göre (36,3 milyon) erkeklerde (56,0 milyon) daha sık saptanmıştır. En sık denenen maddenin esrar (53,5 milyon erkek ve 34,3 milyon kadın) olduğu, diğer maddeler olarak kokainin (11,8 milyon erkek ve 5,2 milyon kadın), ekstazinin (9,0 milyon erkek ve 4,5 milyon kadın) ve amfetaminlerin ise (8,0 milyon erkek ve 4,0 milyon kadın) daha düşük oranda kullanıldığı rapor edilmiştir. Ayrıca yüksek riskli opioid kullanıcıları sayısının 1,3 milyon kişi olduğu bildirilmiştir. Eroin Avrupa'da en yaygın kullanılan opioiddir. Eroin ve diğer opioidlerin kullanımı nispeten daha seyrek görülmektedir. Ek olarak esrar tüm yaş gruplarında en çok kullanılan maddedir.³⁸

T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan 2019 yılı Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre ülkemizde 2018 yılında toplam 144.819 uyuşturucu olayının meydana geldiği, toplam 206.134 şüphelinin yakalandığı belirtilmiştir.³⁹ Raporda, 2018 yılında olay ve şüpheli sayısında bir önceki yıla göre artış meydana geldiği, 2017 yılı ile karşılaştırıldığında; olay sayısında %22,23; şüpheli sayısında ise %21,13 oranında artma olduğu açıklanmıştır.³⁹ Türkiye'de gerçekleşen uyuşturucu olaylarının çoğunluğunun (%77,29) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın almak / kabul etmek / bulundurmak (Türk Ceza Kanunu m.191) suçu kapsamında olduğu anlaşılmıştır.³⁹ Raporda ülkemizde uyuşturucu ile mücadele konusundaki çalışmaların arttığı vurgulanmıştır.⁴³ Madde türleri açısından; olayların %45'inin esrar kaynaklı olduğu, 2018 yılında bir önceki yıla oranla %23,3'lük bir artış olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde dünya geneline benzer şekilde en sık esrar kaynaklı olayların meydana geldiği gözlenmiştir. Türkiye'de 2018 yılında 65.172 esrar olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 91.871 şüpheli yakalanmış ve 80.707 kg esrar maddesi

yakalanmıştır.³⁹ 2018 yılında 18.531 kg eroin maddesi ele geçirildiği ve bu miktarın tüm zamanların rekoru olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde 2016 yılında 920 kişinin, 2017 yılında ise 941 kişinin doğrudan madde kullanımıyla bağlantılı nedenlerden öldüğü tespit edilmiş iken; 2018 yılında son 3 yılın en düşük ölüm sayısı olarak 657 kişinin öldüğü rapor edilmiştir.³⁹

Ülkemizde 2018 yılında yapılan hane halkında alkol, tütün ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırma çalışmasının Türkiye'yi temsilen kesitsel olarak seçilmiş bir örneklem üzerinden yürütüldüğü ve 26 ilde yapıldığı, çalışmada TÜİK'ten temin edilen 100.000 örneklemden, 42.754 kişi ile başarılı görüşme gerçekleştirildiği belirtilmiştir. İncelenenlerin %3,1'inin (yaşam boyu prevalans) hayatında en az bir kere madde kullandığı saptanmıştır. Çalışmada sonuç olarak; her ne kadar ülkemizde madde kullanımı batı ülkelerindeki kadar büyük bir sorun olarak görülme de narkotik madde kullanımının, toplum sağlığı ve güvenliği bakımından önemli bir sorun olduğu ve üzerinde titizlikle durulması gerektiği bildirilmiştir.³⁹

Madde kullanım yaygınlığı konusunda daha geniş bilgiler elde etmek, önleyici çalışmalar adına gerekli ve önemli bir başlangıçtır. Bu araştırmaların yıllar içinde tekrar edilmesi madde kullanım yaygınlığı artış oranının tespitini sağlar. Ancak MKB yaygınlığını değerlendirmede yardımcı olacak epidemiyolojik çalışmaların yapılmasında bazı zorluklar bulunmaktadır. Bunlara örnek olarak; a) madde kullanımı yasal olmadığı için kullananların gizli kalmayı tercih etmeleri, b) anketler sırasında kullanıcıların sorulara doğru yanıtlar vermemesi veya bilgilerini saklamak istemeleri, c) kullanıcı sayısının genel toplumda düşük oranda olması nedeniyle kullanıcılara ulaşmanın zor olması, d) kullanıcıların genellikle belli bazı bölgelerde yaşamaları nedeniyle, o bölge için madde kullanım sıklığının yüksek çıkması ve bu durumun genel dağılımı bozması, e) anketler ile yapılan çalışmalarda yalnızca madde kullananların tespit edilebileceği, kullanım şiddetininse ancak takiple saptanabilmesi verilebilir.⁴⁰

Hastane, kolluk kuvvetleri, mahkeme / savcılık, cezaevi vb. kurumların kayıtları, liselerde / üniversitelerde gençler ile yapılan anketler, yakalanan madde miktarı ve şüpheli sayısı ile doğrudan madde kullanımına bağlı ölümler gibi farklı alanlardaki verilerin değerlendirilerek yaygınlık araştırmalarında kullanılması ve

böylece koruyucu çalışmalar için öncelikli alanların saptanması gerekmektedir. Yukarıda belirtilen tüm bu veriler toplanıp, yorumlanarak madde kullanımı koruyuculuğunda genel bir yaklaşım oluşturulabilir. Ayrıca farklı yöntemlerle yapılacak akademik araştırmalar, birbirinin devamı hatta tamamlayıcısıdır.⁴⁰

2.1.4 Madde Çeşitlerine Genel Bir Bakış

DSM-5'te madde ile ilişkili bozukluklar on ayrı madde kümesini içermektedir. Bu maddeler; alkol, kafein, esrar, halüsinojenler, uçucular (inhalanlar), opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar (amfetamin, kokain ve diğer uyarıcılar), nikotin ve diğer / bilinmeyen maddelerdir. Alkol, kafein ve nikotin ile ilişkili klinik bozukluklar çalışma konusu kapsamında bulunmadığından bu kısımda diğer madde çeşitleri belirtilmiştir.³²⁻³⁴

2.1.4.1. Esrar (*Kannabis*)

Esrar tüm dünyada en sık kullanılan yasa dışı maddedir. Hint keneviri bitkisinden (*Cannabis Sativa*) üretilir. Delta-9-tetrahidrokanabinol (Δ -9-THC) esrarın psikoaktif etkilerinden sorumlu etken maddesidir.^{41,42} Esrar işleniş biçimine göre farklılıklar gösterir ve isimlendirilir. Esrar türlerinin içerdikleri THC miktarları da değişkendir. Esrar en sık marihuana, ot, gubar ve joint olarak isimlendirilmektedir. Ülkemiz ve Orta Doğu ülkelerinde ince elekten geçen ilk ürün esrara “haşış” veya “birinci ürün” denilmekte, Amerika ve Batı ülkelerinde ise esrar “marijuana” olarak bilinmektedir.^{9,43}

Vücutta kannabinoid reseptörlerine bağlanarak etki gösterirler. Kannabinoid reseptörleri en çok bazal gangliyonlarda, hipokampusta ve serebellumda yer alır. Beyin sapında bulunmamaları nedeniyle dolaşım ve solunum fonksiyonlarına etkileri düşük düzeydedir. Genellikle tütüne benzer şekilde sarılarak kullanılır ve solunum yoluyla etki eder. Kannabis kullanımının en sık görülen fiziksel etkileri hafif taşikardi ve kırmızı gözdür (konjonktiva damarlarındaki dilatasyon nedeniyle). Yüksek dozlarda ortostatik hipotansiyon görülebilir, ayrıca iştah artışı ve ağız kuruluğu sık görülen durumlardır. Kannabisin bırakılması ile sinirlilik, gerginlik, anksiyete, depresyon, iştah azalması, zayıflama, uykusuzluk, baş ağrısı gibi yoksunluk semptomları görülebilir. Bu semptomlar 1-2 hafta sürebilir. Kannabis kesildikten sonra idrarda dört haftaya kadar tespit edilebilir, bu durum klinik takipte

önemlidir. Tedavi sürecinde aile, grup ve bireysel psikoterapi uygulanabilir. Yoksunluk döneminde anksiyolitik ilaçlar kullanılabilir.^{41,42}

2.1.4.2. Sentetik Kannabinoid (SK)

John William Huffman ve arkadaşları "JWH maddeleri" olarak anılan naftoilindoller, naftoilpiroller ve kannabinoid reseptör aktivitesi olan kimyasal bileşikler üretmişlerdir. Bu maddeler zamanla SK içeren yeni türevlerin ana bileşenleri olmuştur.^{44,45}

SK içeren maddeler Avrupa'da "Spice", ABD'de "K2" ve "Genie", Türkiye'de ise "Bonzai" ya da "Jamaika" olarak adlandırılmakta ve bilinmektedir. Esrarın etken maddesi olan THC ile kimyasal olarak benzer bir yapısal özellik gösterirler ancak SK'lerin kannabinoid reseptör afiniteleri ve aktiviteleri THC çeşitlerinden yüksektir. Sonuç olarak, etki büyüklüğü, istenmeyen etki sıklığı ve şiddeti de THC'den fazladır. Yüksek dağılım hacim özelliği, lipofilik oluşu nedeniyle birikim göstermesi sonucunda uzamış ve şiddetli etkilere neden olabilir.^{46,47}

SK kullanımında klinikte; ajitasyon, epileptik nöbetler, hipertansiyon, bulantı, kusma, hipokalemi, anksiyete, paranoya, taşikardi, irritabilite, halüsinasyon, uyuşma, somnolans, kas rijiditesi, konuşma bozukluğu, rabdomiyoliz, akut renal yetmezlik, akut görme kaybı ve Wernicke Ensefalopatisini içeren semptom ve durumlar görülmektedir.^{46,48} Geri çekilme semptomları olarak; iç huzursuzluk, aşırı terleme, yoğun madde alma arzusu, titreme, baş ağrısı, kabuslar, uykusuzluk, irritabilite, konsantrasyonda azalma, bulantı ve depresyon belirtilmiştir.^{48,49}

Yeni nesil uyuşturucuların analiz ve tanımlanmasında sıkıntılar mevcuttur. Bu sıkıntıların en önemlisi; çok sayıda ve çeşitte izomer ve türevlerinin olmasıdır. Bu nedenle maddenin saptanması güçleşmektedir. Bonzai kolay ulaşılabilirliği, ucuz maliyeti, rutin toksikolojik tarama yöntemleriyle kullanımının gösterilememesi gibi nedenlerle günümüzde daha popüler hale gelmektedir.^{46,47}

2.1.4.3. Halüsinojenler

Doğal veya sentetik olarak bulunurlar. Halüsinasyonlara, gerçekten uzaklaşmaya ve bilincin genişlemesine neden oldukları için psikotomimetikler olarak da bilinmektedir. Psilosibin çeşitli mantar türlerinde bulunan doğal olarak oluşan bir halüsinojendir. Klasik sentetik halüsinojen ise liserjik asit dietilamid (LSD)'dir.

Melek tozu olarak da bilinen fensiklidin ve ketamin gibi anestetikler de sentetik halüsinojenler arasındadır.⁴¹

Halüsinojenlerin fiziksel bağımlılığı yoktur ve yoksunluk semptomları görülmez ancak psikolojik bağımlılık gelişebilir. Kullanımında algılar olağan dışı bir şekilde yoğun ve parlaktır.⁵⁰ Nöropsikiyatrik klinik olarak; zaman algısının bozulması, nesnelerin alışılmadık şekilde canlı veya çarpık görüldüğü ve renklerin çok yoğun olarak algılandığı görsel illüzyonlar olması, öfori ve genişleme duyguları, duyarsızlaşma ve sinestezi gözlenmektedir.⁵¹ Halüsinojenler genel olarak; taşikardi, hipertansiyon, midriyazis, hipertermi ve tremor vb. semptomimetik etkiler gösterirler ancak kliniği hafif şiddetlidir. Bulantı ve kusma sık görülür ve sıklıkla halüsinojenik etkilerin başlamasından önce görülür.^{41,51} Entoksikasyon tedavisinde 20 mg oral diazepam semptomları büyük ölçüde yatıştırır. Halüsinojenler psikotik bozukluğu tetikleyebilir; böyle bir durumda antipsikotik tedavi başlanmalıdır.⁴¹ Toksik dozda kullanımda yargılama ve iç görünüm bozulması sonucunda ciddi yaralanma ve ölümler (boğulma, düşme vb. nedenlerle) görülmektedir.⁹

2.1.4.4. Uçucu Maddeler (İnhalanlar)

Uçucu maddeler; yapıştırıcı (*bally*, uhu vb.), benzin, çakmak gazı, boya, boya çıkarıcı, leke çıkarıcı ve tiner gibi kimyasal inceltici solventlerdir. İçeriğinde bulunan maddeler tolüen, aseton, benzen, *trikloretan*, *perkloretilen*, *tetrakloretilen* ve halojenli hidrokarbonlardır. Dışarıda ucuz ve kolay bulunabilen maddelerdir. Bu nedenle ergenlerde kullanımı daha sık görülmektedir. Tüp, plastik poşet, kutu veya inhalan emdirilmiş kumaş ile solunarak kullanılırlar. Tekrarlı soluma ile hipoksi ve hiperkarbi görülür. Akciğerlerden hızla emilirler ve etkileri beş dakika içinde başlar. Alkolle alınıncaya kanda konsantrasyonları yükselir. SSS depresanı olarak etki ederler. Kliniğinde; sersemlik, yargılama bozukluğu, impulsif veya agresif davranış, bulantı, anoreksi, nistagmus, bradirefleks, çift görme, stupor ve deliryum görülebilir. En ciddi yan etkileri solunum depresyonudur. Deliryum görülmesi halinde psikomotor ajitasyon ve davranış bozukluğu tedavisi için haloperidol başlanabilir. Benzodiazepinler inhalanlar gibi solunum depresyonu yaptıkları için tedavide kullanımı kontrendikedir. Uçuculara tolerans gelişebilir ancak belirgin yoksunluk semptomları görülmemektedir. Kortikal atrofiye, temporal lob epilepsisine ve kalıcı

demansa yol açabilirler. İnhalan bağımlılığının özel bir tedavisi yoktur. Destekleyici terapiler, aile ve grup terapileri uygulanabilir.^{41,52}

2.1.4.5. Opiyatlar

Afyonun karşılığı “*opium*”dur. Afyon ve türevleri genel olarak “*opiyat* (*opioid*)” olarak adlandırılmaktadır. Haşhaştan (*Papaver somniferum*) elde edilmektedir. Afyonun kötüye kullanımı olan morfin, kodein gibi doğal türevleri; eroin, hidromorfin, oksikodon, metadon, pentazosin ve meperidin gibi sentetik türevleri bulunmaktadır.⁵³

Opiyatlar arasında kötüye kullanımı en fazla görülen eroindir.⁵⁴ Eroin en kuvvetlisi ve en tehlikelisi olup, morfinin klinik etkilerinden 2 ila 10 kat daha şiddetli bulgular gözlenmektedir. Maddeler arasında en sık ve kısa sürede bağımlılık oluşturmaktadır.⁹ Eroin, intravenöz, alüminyum folyo üzerinde ısıtılıp buharı inhale edilerek, sigara gibi sarılarak ya da direkt burundan çekilerek kullanılmaktadır. İntravenöz kullanıcılar, kan yoluyla bulaşan hastalıklar için risk grubundadır.⁵⁵

Morfin, opiyat grubu maddelerin en önemlisi ve en yüksek oranda bulunanıdır. Suda erimesi, acı tatta olması, ağrı kesici etkisi ile tedavi amaçlı kullanılması özelliklerinden birkaçıdır. İntravenöz, oral, intramusküler, intradermal, epidural veya rektal olarak kullanılabilir.⁵⁶ Akut (örnek: renal kolik, postop ağrı) ve kronik (son dönem kanser) dönemlerde analjezik amaçlı kullanılmaktadır. Doktor, hemşire, hasta bakıcı gibi meslek gruplarında kolay erişilebilir olması nedeniyle kullanımı sıktır.⁹

Kodein; ağrı, öksürük ve ishalin tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kodein tedavi amacıyla kullanımı sırasında genellikle parasetamol, asetilsalisilik asit ve nonsteroid antienflamatuarlarla kombine edilmektedir. Kodein analjezik maddelerle kombinasyonu dışında kafein ve antihistaminikleri de içeren grip tedavisinde kullanılan ilaç kombinasyonlarında da bulunmaktadır. Bahsedilen kombinasyonlar içerisinde kodein miktarının az olması nedeni ile kötüye kullanım ancak fazla miktarda ilaç içilmesi ile görülmektedir.⁵⁷

Opiyatlar etkilerini temel olarak opioid reseptörleri aracılığıyla gösterirler. μ opioid reseptörleri analjezi, solunum depresyonu, konstipasyon ve fiziksel bağımlılıktan; κ opioid reseptörleri analjezi, diürez, sedasyondan; δ opioid reseptörleri ise analjezik etkiden sorumludur.⁵⁴ Güçlü analjezik etkileri olması

nedeniyle narkotik analjezikler olarak da bilinmektedirler.⁵⁸ Kullanımı ile tolerans ve fiziksel bağımlılık çok hızlı gelişir. İdrarda 48 saate kadar tespit edilmektedir.⁵⁵

Klinik olarak; öksürük ve solunum baskılanması, miyozis, hipotansiyon, konstipasyon, vazodilatasyon, flushing, öfori ve uyarılma artışı görülebilir. Entoksikasyonunda; pinpoint pupil, anoksiye bağlı midriazis, bradikardi, hipotansiyon, hipotermi, bilinçte bozulma ve solunum arrestine bağlı ölüm görülmektedir.⁵⁵ Bu bireylerin tedavisinde hava yolu açık tutulmalı, aspire edilmeli ve spesifik bir opiyat antagonisti olan nalokson 0,8 mg / 70 kg dozunda intravenöz verilmelidir.^{41,54} Yoksunluğun başlaması 2-12 saat arasında değişmektedir. Yoksunluk belirtileri olarak huzursuzluk, piloereksiyon, kas krampları, lakrimasyon, rinore, diyare, pupiller dilatasyon, terleme, esneme, bulantı, kusma ve ateş yer almaktadır. Yoksunluk dönemini çok şiddetli geçiren bireyler madde temin etmek için suç işlemektedirler.⁵⁵ Yoksunluk sırasında ve kullanım bozukluğunun uzun süreli tedavisinde; metadon, *levo α asetilmetadol*, naltrekson, buprenorfin ve buprenorfin-nalokson kombinasyonu kullanılmaktadır. Ülkemizde naltrekson ile buprenorfin-nalokson kombinasyonu sıklıkla tercih edilmektedir. Buprenorfin-nalokson kombinasyonu parsiyel opiyat agonisti olan buprenorfin ve opiyat reseptör antagonisti olan naloksonun çeşitli oranlarda birleşimidir. İçerisinde nalokson olması nedeniyle kötüye kullanım riski düşüktür. Opiyat reseptörlerine afinitesi yüksek olduğundan reseptörlere bağlanır, yapısı nedeniyle çekilme belirtilerini kesecek kadar sınırlı agonistik etki gösterir ancak keyif verici etki ortaya çıkarmaz. Ülkemizde bulunan formunda buprenorfin, nalokson oranı 4/1'dir. Opiyat kesildikten en az 6-8 saat sonra buprenorfin-nalokson kombinasyonu kullanılmaya başlanmalıdır.^{59,60}

2.1.4.6. Sedatif - Hipnotik ve Anksiyolitikler

Sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler hem tedavi amacıyla reçete edilebilen hem de kötüye kullanılabilen maddelerdir.³ Bu gruptaki ilaçların en önemlileri benzodiazepinler ve barbitüratlardır. Klinikte; genel yaklaşım olarak GABA (γ-aminobütirik asit) reseptör kompleksi aracılığıyla SSS'yi baskılayıcı etkileri mevcuttur ve sonuç olarak; anksiyolitik, kas gevşetici, antikonvülzan, amnestik ve sedatif etkileri bulunmaktadır.⁵⁵ Sedatif ile anksiyolitik terimleri yaklaşık olarak aynı anlamda kullanılabilirler. Hipnotikler ise uyku veren ilaçlardır. Sedatif ve

anksiyolitik ilaçlar yüksek dozda hipnotik etki gösterirken; hipnotikler düşük dozda sedasyon yaparlar.⁶⁰

Benzodiazepinler

Anksiyolitik, antiepileptik, anestezi, alkol yoksunluğu ve uyku tedavi ilaçları olarak psikiyatristler tarafından sıklıkla reçete edilmektedir.^{41,61} Bu ilaçların tedavi takibinde olumlu etkileri olmakla birlikte, bilinmesi gereken kötüye kullanım riski de mevcuttur.⁶² Uzun etkili benzodiazepinlere örnek olarak; diazepam, klonazepam ve medazepam verilebilir ve yarılanma süreleri 30 saatten fazladır. Alprazolam ve lorazepam yarılanma süresi 8-16 saat arasında değişebilen orta etkili, midazolam ise hipnotik veya preanestezi amaçlı kullanılan kısa etkili benzodiazepinlerdir. Benzodiazepin kullanımı en yüksek oranda genç erişkin dönemde görülür ve kadınlarda 3 kat daha sıktır.^{41,61}

Benzodiazepinlerin güvenlik aralığı geniştir ancak diğer maddelerle birlikte kötüye kullanımı sıklıkla görülmektedir. Alkolle birlikte alınırsa, alkolün etkisini arttırmaktadır.⁶³ Bu bireyler stupor veya komadaymış gibi sarhoş olabilirler ve bu hastaların genellikle solunum yolları baskılanmış durumdadır. Koruyucu hava yolu reflekslerinin baskılanması ile gastrik içeriklerin pulmoner aspirasyonu sonucu pnömoni görülebilir.⁶⁴ Kokain kullanıcıları yoksunluk semptomlarını azaltmak; opiyat kullanıcıları ise öforiyi arttırmak için benzodiazepinleri kullanırlar.⁶³ Benzodiazepin yoksunluğu, ilaçların uzun süre kullanılıp kesilmesi ile görülmektedir. Semptom olarak; huzursuzluk, insomnia, parlak ışıklara ve yüksek seslere karşı hassasiyet, depresyon, kas krampları ve hatta nöbetler görülebilmektedir. Tipik olarak semptomlar 1-2 hafta içinde azalır.⁶² Yoksunluk kliniğinin gözlenmemesi için ilacın kesilme döneminde uzun etki süreli benzodiazepinler kullanılmalı veya ilacın dozu azaltılarak verilmelidir. Yoksunluk semptomlarının azaltılması ve nöbetlerin engellenmesi için karbamazepin kullanılabilir.^{41,61}

İzole benzodiazepin toksikasyonu olan hastalara, bir benzodiazepin antagonisti olan intravenöz flumazenil sınırlı şekilde verilebilmektedir. Çünkü flumazenil kullanımı, şiddetli benzodiazepin kullanım bozukluğu veya nöbete neden olabilecek ilaç (trisiklik antidepresan vb.) kullanımı olan hastalarda nöbet görülmesini

kolaylaştırabilir. Etanol, barbitüratlar veya diğer çoğu sedatif-hipnotikler için antidot tedavisi bulunmamaktadır.^{9,64}

Barbitüratlar

Barbitürik asidin sodyum tuzlarıdır. SSS'de bilinci kontrol eden retiküler aktive edici sistemi deprese ederler. Uyarıcı nörotransmitter (asetilkolin) iletimini baskımlarken, inhibitörlerin (GABA) iletimini artırırmlar.⁶⁵

Bu ilaçların öfori ve sedasyon etkilerine karşı tolerans gelişebilirken, diğer santral etkilerine karşı tolerans gelişmemektedir. Bu nedenle kullananlarda bilinç bulanıklığı ve diğer kognitif bozukluklar görülebilir. Bu etkiler görülen bireyler sosyal yaşamdan geri çekilirler.⁵⁶

Günümüzde barbitüratlar ayakta tedavi gören hastalara nadiren reçete edilmektedir ve bu nedenle geçmişte olduğundan daha az sıklıkta reçeteli ilaç sorunu oluşturmaktadır.⁶² Uzun etki süreli barbitüratların (fenobarbital gibi) bağımlılık yapma riski düşükken, kısa ve orta etki süreli barbitüratların (pentobarbital ve sekobarbital gibi) bağımlılık yapma riski görece daha yüksektir.⁵⁶ Günümüzde poliklinik başvurularında nadiren reçete edilmekte olup, böylece reçeteli ilaç olup olmadığı sorunu daha az yaşanmaktadır. Fakat sokak satışları maalesef hala devam etmektedir. Yoksunluk ve bağımlılık idaresi benzodiazepinlere benzerdir.⁶²

Barbitüratlar bolus uygulandıklarında, sedasyondan genel anesteziye kadar doza bağılı olarak SSS'yi deprese ederler.⁶⁵ Güçlü serebral vazokonstriktörlerdir; serebral kan akımı ve hacmini, intrakraniyal basıncı ve serebral oksijen tüketimini azaltırlar. Bu nedenle kafa içi yer kaplayıcı lezyon bulunan olguların tedavisinde kullanılmaktadırlar. Fokal serebral iskemide (inme, cerrahi retraksiyon, anevrizma cerrahisi sırasında geçici klipsler gibi durumlarda) nöroproteksiyon sağlarken, muhtemelen bu fonksiyonunu global serebral iskemide (kardiyak arrest) gösteremez. Metoheksital hariç barbitüratlar EEG'de elektriksel aktiviteyi azaltır ve antiepileptik olarak kullanılabilirler. Metoheksitalse epileptik odakları aktive eder ve bu nedenle elektrokonvülsif terapiyi kolaylaştırmak için veya ameliyat sırasında epileptik odakların tespitinde kullanılabilir.^{65,66}

2.1.4.7. Uyarıcı Maddeler (Stimulanlar)

En sık kullanılan uyarıcı maddeler; amfetamin, metamfetamin, kokain, ekstazi ve metilfenidattır. Stimulanlar, SSS'de farklı nöroaminlerin düzeylerini etkileyerek

uyarıcı etki gösteren semptomimetik aminlerdir. Sinaptik aralıkta katekolaminleri arttırarak ve bunların geri alınımını inhibe ederek SSS'de etki gösterirler.⁶⁷

Uyarıcıların kullanımı ile; enerjide artma, elevasyon, öfori, yorgunluk hissinde ve uykuda azalma, iştahsızlık, konuşma artışı, cinsel istek artışı, hipomani benzeri bulgular görülür. Uzun süreli veya yüksek dozlarda kullanımlarında ise ayrıca disfori, kaygı, panik bozukluk, şüphecilik, paranoya, hipervijilans, psikoz, sanrı ve varsanı görülebilir. Akut ve kronik dönemde huzursuzluk, ajitasyon, tremor, diskinezi, tekrarlayıcı stereotipik kompulsif davranışlara sık rastlanır. Sempatik uyarı sonucunda taşikardi, midriazis, bulantı ve terleme sıklıkla görülür.⁹

Yoksunluk belirtileri entoksikasyon bulgularının tam tersi olarak görülmektedir. Genellikle 1-2 hafta sürerler. Çekilme belirtileri arasında; depresif duygudurum, anhedoni, motivasyon kaybı, içe kapanma, aşırı yorgunluk hissi, artmış uyku ihtiyacı, konsantrasyon zorluğu, uykusuzluk, REM uykusunda bozulma, kabus, iştahta artış görülmektedir.⁶⁸ Kötüye kullanımı olan ergenler, sağlıklı ergenlerde uyarıcıların nörobilişsel arttırıcı etkileri (özellikle amfetamin ve metilfenidat) olması durumunu istismar ederek bu şekilde madde temin edebilmektedir.⁶⁹

Uyarıcı maddelere bağlı kullanım bozukluklarının tedavisinde; madde kullanımından uzaklaşmak amacıyla bireysel, aile, grup psikoterapileri yapılmalıdır. Kendine veya çevresine zarar verici davranışlar olması halinde benzodiazepin (1-2 mg/gün lorazepam) veya antipsikotik ilaç (5 mg/gün haloperidol) başlanarak kliniğe göre doz arttırılabilir.^{41,70}

Amfetamin

Amfetaminler plazma membranındaki endojen biyogenik amin taşıyıcıların hareketlerini tersine çevirme yoluyla sempatik aktivite artışına neden olan sentetik maddelerdir. Mekanizmaya bakacak olursak; amfetaminler taşıyıcı substratlarıdır ve hücreye girerler. İlk olarak, nörotransmitter bulunduran sinaptik kesecikleri tüketen veziküler monoamin taşıyıcısını engelleyerek nörotransmitterlerin geri alınımını durdururlar. Böylece, nörotransmitter salınımı artar ve sinaptik aralıkta seviyesi yükselir.⁶²

Gama hidroksibütirat ve ekstazi ile birlikte eğlence ortamlarında giderek artan şekilde kullanılmaktadır ve bu maddeler “kulüp ilaçları” olarak bilinmektedir. Yasa

dışı olarak kimyasal içeriklerinin tespit edilmemesi için küçük ve tenha yerlerde üretilmektedir.⁶²

Amfetaminin düşük dozlarda kullanımı dikkat ve performansta artış sağlar ve yorgunluk hissinde azalmaya, iştah azalmasına ve ağrı eşiğinin yükselmesine neden olur. Uzun süreli kullanımında paranoid psikoz, kalp krizi, şiddetli hipertansiyon, serebrovasküler hastalık gibi komplikasyonlara neden olur.⁷¹

Metamfetamin

II. Dünya Savaşı sırasında askerler uzun süre uyanık kalmak için metamfetamin kullanmış ve bu şekilde yayılmıştır. Daha sonraki dönemde ise narkolepsi, depresyon, obezite ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi birçok hastalığın tedavisi için kullanılmaya başlanmıştır. Metamfetaminin tedavi amaçlı kullanımı yaygınlaştıkça kötüye kullanımı da artmıştır.⁷² Sigara olarak içilebilir, oral, nasal ve intravenöz yolla kullanılabilir.^{71,73}

Dopaminerjik ve noradrenerjik sinir uçlarından dopamin ve noradrenalin salımına neden olarak uyarıcı etkisini gösteren güçlü bir sempatomimetiktir. Sonuç olarak; santral ve periferik sinir sisteminde bulunan monoaminerjik yolların aşırı uyarılması ile striatum, prefrontal korteks ve hipokampus gibi birçok bölgede ciddi disfonksiyona ve hatta nöronal dejenerasyona yol açabilmektedir.^{72,74}

Metamfetamin kullananlarda persekütif sanrılar, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, referans ve düşünce yayınlanması sanrıları ile karakterize "metamfetamin ile ilişkili psikoz" gelişme olasılığı mevcuttur. Tek doz kullanım ya da yoksunluk sırasında ortaya çıkan psikoz genellikle geçicidir. Fakat kronik kullanımda psikotik bozukluk gelişme riski artmaktadır.^{72,75} Hipertansiyon, taşikardi, taşipne, midriyazis, hipertermi, iştah kaybı, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulanık görme, mide ağrısı, miyopati, göğüs ağrısı ve titreme, dehidratasyon, bulantı ve kusma, kardiyak aritmi, inmeler, serebral kanama, iskemik infarkt, böbrek yetmezliği, rabdomiyoliz, koma ve ölüm metamfetamin kullanımında görülebilir.^{72,76}

Kokain

Kokain, Güney Amerika'da doğal olarak bulunan *Erythroxylum Coca* bitkisinden elde edilir. 1880'li yıllarda lokal anestezik olarak kullanılmaya başlanmış ve böylece kullanımı zamanla artmıştır. Kokain diğer yasa dışı maddelere göre daha pahalı olduğundan ekonomik düzeyi yüksek kişiler tarafından kullanılmaktadır.⁷⁷

Kokain intranazal (en sık), inhalasyon ya da parenteral yolla kullanılmaktadır.^{77,78} Farmakolojik etkisi, dopamin taşıyıcısını inhibe etmesi ve sinaptik aralıktan hücre içine dopamin geri alımını engellemesidir. Böylece sinaptik aralıkta dopamin miktarı artar. Aynı zamanda noradrenalin ve serotonin geri alımını da inhibe ederek noradrenerjik ve serotonerjik etkinliği artırır. Merkezi sinir sistemi uyarıcı etkileri sebebiyle artmış uyanıklık hali, özgüven artışı, öfori meydana getirir. Solunum, kan basıncı ve kalp hızında artış ve pupillerde genişleme, terlemede artış oluşturur. Kokainin uyarıcı etkileri kısa süreli ve belirgindir. Entoksikasyona bağlı; intrakraniyal kanama, iskemik ve hemorajik inme, miyokard enfarktüsü, akciğer komplikasyonları, ani kardiyak ölüm ve koma görülebilir. Yoksunluk belirtileri en yüksek seviyeye 2-4 gün içinde ulaşır. Psikomotor yavaşlama, huzursuzluk, ilgisizlik, yorgunluk, canlı ve hoş olmayan rüyalar, bradikardi görülebilir.⁷⁷

Ekstazi (MDMA)

3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA) halk arasında kullanılan ismiyle ekstazi, amfetamin benzeri sentetik bir bileşiktir. Kimyasal içerik olarak 3,4-metilendioksiamfetamin, 3,4-metilendioksietilamfetamin ve metamfetamin ile benzerlikler göstermekte ve piyasada bu maddeler birbirleri yerine kullanılmaktadır.^{79,80}

MDMA yoğun olarak ergen ve genç erişkinler arasında, gece kulüplerinde ve dans partilerinde enerjide artış, yorgunluk hissetmeme, sosyalleşme ve cinsel performansı arttırması amacıyla kullanılan bir maddedir.⁸⁰

Ekstazinin etki mekanizması amfetaminler gibi biyogenik aminlerin salınımını arttırmak, geri alımını inhibe etmek ve sonuç olarak sinaptik aralıkta düzey artışına neden olmak şeklindedir. Ekstazi özellikle serotonin depolarından salınımına neden olur ve serotoninin hücre dışı konsantrasyonunu artırır.⁸⁰

MDMA kullanımı ile taşikardi, hipertansiyon, bilinç kaybı, panik atak, epileptik nöbet görülebilmektedir. Gece kulüpleri gibi kalabalık ve sıcak ortamlarda aşırı efor sarf etme vb. nedenlerle dehidratasyon sonucu meydana gelen hipertermi gibi ölümcül olabilecek etkisi bulunmaktadır. Ayrıca ekstazi kullanan bireylerde fazla miktarda sıvı kaybından etkilenmemek amacıyla aşırı sıvı alımına başvurmaları sonucunda elektrolit bozuklukları (hiponatremi) ve beyin ödemi görülebilmektedir. Renal hasar, kardiyak aritmi, rabdomiyoliz, karaciğer nekrozu, subaraknoidal

kanama, intrakraniyal kanama, serebral enfarkt ve intihar gibi yaşam kaybına neden olabilecek klinik bulgulara neden olmaktadır. Diğer komplikasyonlar serotonin sendromuna bağlı olarak görülen; mental durum değişikliği, otonomik hiperaktivite ve nöromüsküler anormalliklerdir. MDMA kullanım bozukluğunun spesifik bir tedavisi bulunmamakta olup, kullanımını önlemek amacıyla psikososyal yaklaşım önemli yer tutmaktadır.⁸⁰

Metilfenidat

DEHB tedavisinde; klinikte en sık kullanılan ve en etkili tedavi başarısı gösteren amfetamin türevi bir ilaçtır. Amfetaminden farklı olarak etkisini dopamin ve noradrenalin geri alımına engel olarak göstermektedir. Asıl etkisini ise dopamin üzerinden göstermektedir. Dopamin miktarının prefrontal kortekste artması ile DEHB'nin bulgularında iyileşme görülmektedir. Nukleus akumbenste hücre dışında fazla miktarda dopamin bulunması, motivasyon ve istekte artışa neden olur. Bu ödüllendirici etkinin bağımlılığa neden olduğu düşünülmektedir. Metilfenidatın da amfetaminler gibi otonom ve merkezi sinir sisteminde etkilerinin olması nedeniyle alkol ve madde kötüye kullanımı, kardiyak hastalık öyküsü ve hipertansiyonu olan bireylerde tercih edilmemelidir. Ailede ani kardiyak ölüm hikayesi olanlarda ancak gerekli tetkikler yapılması ile dikkatli şekilde kullanılmalıdır. Metilfenidatın kısa (3-5 saat), orta (6-8 saat) ve uzun (12 saat) etkili olmak üzere 3 formu bulunmaktadır. Ülkemizde metilfenidatın kısa ve uzun etkili formları bulunmaktadır. Sık görülen yan etkiler, baş ve karın ağrısı, uykusuzluk, iştah ve kilo azalması veya çocuklarda beklenen kilo alımının durmasıdır. Tedavi amacıyla kullanım sırasında; olguların boy ve kilo takibi de yapılmalıdır.⁸¹

2.1.5 DSM-5'e Göre Genel Tanı Kriterleri ve Yaklaşımı³²

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

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.

2. Maddeyi kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Maddeyi elde etmek, maddeyi kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Maddeyi kullanmaya içinin gitmesi ya da maddeyi kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici bir madde kullanımı.

6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.

7. Madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Yoksunluğu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi.

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

11. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu

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

Erken yatışma evresinde: Daha önce MKB için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, MKB'nin hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında) 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce MKB için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, MKB'nin hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi, maddeye ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır. Hafif: 2-3 belirtinin olması, Orta derecede: 4-5 belirtinin olması, Ağır: 6 ya da daha çok belirtinin olması.

2.1.6 Komorbid Psikiyatrik Tanı Varlığının İncelenmesi

MKB'ye komorbid psikopatolojinin olması, önemli bir klinik durumdur. Eşlik eden psikiyatrik hastalık, madde kötüye kullanımına neden olabilir veya MKB sonucunda gelişebilir. MKB'ye psikiyatrik hastalık eşlik etmesi; uygulanması gereken tedaviyi, klinik süreci ve prognozu değiştirebilmektedir.^{68,82}

Psikiyatri hastalarında madde kullanımı olması durumunda; bu bireylerin hastane yatışlarının daha sık ve uzun süreli, tedaviye dirençli oldukları, intihar risklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ek olarak bu gruptaki bireylerin daha sık işsiz oldukları, daha sık suç işledikleri ve tıbbi komplikasyonlar yaşadıkları bilinmektedir.^{14,83}

Psikotik bozukluklar arasında en sık madde kullanımı şizofreni olgularında görülmektedir. Antisosyal, impulsif, heyecan arayışı gibi davranışları madde bağımlılığı ile sonuçlanabilmektedir.⁹ Şizofreni hastaları genellikle daha kolay elde edilen maddeleri tercih etmekte olup, bu grup hastalarda esrar kullanımı yaygındır. Esrar kullanımının özellikle ailede psikotik hastalık öyküsü olan kişilerde şizofreninin ortaya çıkmasını hızlandırdığı düşünülmektedir.⁸³

Kişilik bozuklukları ile madde kullanımının yüksek oranda birlikte görülmesi dikkate değerdir. Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alanların %84'ünde en az bir çeşit alkol ve / veya madde kötüye kullanımı olduğu belirtilmektedir. Klinik birliktelikte; antisosyal kişilik bozukluğunun ardından borderline kişilik bozukluğu

gelmektedir. Madde kullanımı ile birlikte kişilik bozukluğu olan bireylerde tedavi uyumu daha kötü ve kullanılan madde miktarı daha fazla olmaktadır.^{83,84}

Duygu durum bozuklukları ve depresif bozukluğu olan hastalarda madde kullanımının eşlik etmesi; intihar riskini belirgin olarak arttırmaktadır.⁸³

Karakuş ve arkadaşlarının psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığını inceledikleri çalışmalarında; tüm psikiyatrik bozukluklarda primer hastalığın tedavi sürecinde MKB tedavisinin yapılmamasının klinik süreci olumsuz etkilediği, bu nedenle mutlaka olası ek tanılar ve MKB varlığının detaylı sorgulanması ve en kısa sürede ilgili tedavilerin başlanması gerektiği belirtilmiştir.¹⁴

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

2.2.1 Çocukluk Çağı Travması Tanımı ve Genel Bir Bakış

Travma; ani ve beklenmedik olarak meydana gelen, acı veren ve bu nedenle bireyde psikolojik, sosyal kimlik, güvenlik ve iyilik hali açısından sıkıntı oluşturan durumları, bireyin kendisinin yaşaması, başkalarında tanık olması veya sevdiği bir kişinin başına geldiğini öğrenmesi ve bunlara hoş olmayan ayrıntıları ile tekrarlayıcı ve aşırı şekilde maruz kalması olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olaylara genel olarak; doğal afetler, cinsel saldırı, darp edilme, çocukluk dönemi istismarları, kazalar, sevilen birinin vefatı, savaş deneyimleri gibi durumlar örnek verilebilir.⁸⁵

Çocukluk çağı travmaları hamilelikten başlayarak on sekiz yaşına kadar çocuk ve ergenlerin maruz kaldığı olaylardır.⁸⁶ Çocuğun ruhsal, fiziksel gelişimine, kişiliğine ve özgüvenine zarar verebilecek fiziksel, duygusal, cinsel ihmal ve istismarını içermektedir. Çocuğun temel ihtiyaçlarını alamaması, çocuğa fiziksel ya da sözel şiddet uygulanması, cinsel temas, ebeveynin kaybı, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme vb. durumlar çocukluk çağı travmasıdır.^{87,88} Özellikle erken çocukluk dönemi travmalarının kişilik ve gelişim üzerinde daha yıkıcı sonuçlara sebep olduğu saptanmış olup, neden olarak bu dönemdeki çocukların diğer yaş dönemlerine göre kendini ruhsal olarak savunamayacak durumda olması, kendisini tam anlamıyla ifade edemiyor olması ve korunmaya daha fazla muhtaç olması gösterilmiştir.⁸⁶

ÇÇT kültür, din, yaş, etnisite ve sosyoekonomik düzeyden bağımsız şekilde her ortamda görülebilir. ÇÇT yalnız bireyleri ve aileleri değil, toplumu, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını “Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere önemli olan yetişkinin niyeti değil, eylemin çocuk üzerindeki etkileridir.⁸⁸

ÇÇT genel kapsamda; ihmal ve istismar olarak ikiye ayrılır. İhmal, ailenin çocuğun gelişimi için uygun ortamı sağlamaması ve tehlikelere karşı önlem almaması, çocuğu ile konuşmaması ilgilenmemesi, uzun süre ile çocuktan ayrı kalması, çocuğun beslenme ve bakımını yapmaması gibi davranışları içermektedir. İstismar ise, çocukların fiziksel, duygusal, ruhsal gelişimlerini etkileyen, beden ya da ruh sağlığına zarar veren, kasti olarak yapılan eylemlere uğramasıdır. Bu maruziyet ebeveynler, bakıcılar ve çocukla zaman geçiren diğer yetişkinler tarafından gerçekleştirilebilir.⁸⁷ İhmal ve istismarı ayıran temel özellik ihmalin pasif, istismarın ise aktif uygulanmasıdır. Çocuk istismarı kavramında, kültürlere ve toplumlara göre gelenekler ve inançlardan kaynaklanan farklı uygulamaların olması nedeniyle tanımlanmasında zorluklar bulunmasına rağmen; kaza dışı olması, yineleme ihtimalinin yüksek olması ve çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığının yanı sıra psikososyal gelişimini de negatif etkilemesi kabul edilen kriterlerdir.⁸⁸

Literatürde yer alan ÇÇT yaygınlığı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde; duygusal istismar ve ihmalin en yaygın travma çeşidi olduğu, ardından fiziksel ve cinsel istismarın geldiği belirtilmiştir. Duygusal istismarın tüm diğer kronik istismar tiplerine eşlik ettiği ve tüm toplumlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir.⁸⁷⁻⁸⁹

2.2.2 Çocukluk Çağı Travmasına Neden Olan Risk Faktörleri

Çocuk istismar ve ihmalinin bulunduğu ortamlarda, ailelerin çocuk yetiştirme davranışlarının değişken olduğu, ebeveynlerde ÇÇT öyküsü, şizofreni, depresyon, alkol ve madde kullanımı, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların bulunabildiği gözlenmektedir. Ebeveynlere ilişkin etkenlerden; düşük sosyoekonomik düzey, yaşam alanının kısıtlı olması, geniş ailede yetişme, empati yoksunluğu, düşük benlik saygısı, alkol-madde kullanımı, öfke kontrol sorunları,

göç, düşük eğitim düzeyi, parçalanmış aile, düşük evlilik kalitesi, ebeveynde fiziksel ya da ruhsal hastalık bulunması, sıkıntılı gebelik öyküsü, anne yaşının küçük olması ve ebeveyn çocuk ilişkisinin bozuk olması çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasında predispozan etkenlerdir. Ayrıca ebeveynin duygusal olarak yetişkinliğe ulaşmaması, çocuğa ilişkin olumsuz algı ve erken yaşta ebeveyn olmak da çocukla duygusal ilişkide yetersizliğe neden olarak, çocuğun istismar ve ihmali ile sonuçlanabilmektedir. Sürekli ağlayan, yeme problemi / iştahsız olan, saldırgan, ebeveynler ile iyi ilişkiler kuramayan, zihinsel veya fiziksel gelişim geriliği olan, istenmeyen şekilde doğan çocukların daha yüksek oranda istismar edildiği bilinmektedir. Anne-baba tarafından ihmal ve istismar edilme, anne-baba arasındaki şiddete tanık olma veya çeşitli aile sorunlarının içerisinde bulunması sonucunda çocuğun yaşam biçimi ve ilişkileri önemli ölçüde etkilenmekte ve belki de çocuk ileri zamanların istismarcısı olabilmektedir. Bazı çocuklar yetişkinlerin cinsel saldırılarına maruz kalırken, kimileri de ağır ve uygunsuz işlerde çalıştırılmakta ve büyük sorumluluklar üstlenmektedir. Ülkemizde çok sayıda çocuk ve genç ailelerinin geçimine katkıda bulunmak ya da kendilerini geçindirmek amacıyla erken yaşta çalışmaya başlamakta ve bu ortamlarda çeşitli istismar ve ihmal biçimleriyle karşılaşmaktadır. Engelli çocukların büyük bir çoğunluğu ise gelişimlerini devam ettirebilmeleri için gereken imkanlara sahip değildirler.⁸⁸

2.2.3 Çocukluk Çağı Travması ile MKB ve Diğer Psikiyatrik Hastalıkların İlişkisinin İncelenmesi

Yaşamın erken dönemlerinden itibaren uzun süre travmaya maruz kalınması ciddi etkiler meydana getirmektedir. Bu durum, duyguları kontrol etme işlevinde sürekli bir başarısızlığa neden olmakta ve böylece kişilerarası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi de olumsuz etkilenmektedir.^{88,90}

ÇÇT büyük çoğunlukla çocuğun içinde doğduğu ve sosyalizasyon sürecini geçirdiği kendi ailesi içinde yaşanmaktadır. Travma sonucunda mağdur dünyayı güvenilmez bir yer, diğer insanları ise güvenemeyeceği kişiler olarak görmeye başlar. Travma mağdurları sosyal çevreyi anlamlı ve düzenli bir yer olarak görmekten vazgeçerler. Suç işleme bu düşüncenin getirdiği doğal sonuçlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Travmanın emosyonel sonuçları ise korku ve anksiyete,

depresif duygulanım, benlik saygısında azalma ve kimlik sorunları, öfke, suçluluk duygusu ve utançtır. Algılamada bozulma, olayı tekrar yaşantılama (flashback), yeniden istismar edilecek hissi ya da başkasını istismar edici davranışlarda bulunma meydana gelebilir. İstismar mağduru olan çocuklar hakkında yapılan çalışmalarda; ileri dönemlerde bu bireylerde düşük benlik saygısı, dissosiyatif bozukluk, yüksek anksiyete, duygudurum bozuklukları, daha yüksek oranda kendine zarar verme eylemleri, suç işleme ve şiddet davranışında artış ve intihar eğilimi, düşük akademik düzey, istismar eden ebeveyn olma ve davranış sorunları gibi durumların daha sık saptandığı belirtilmiştir.^{88,90}

Çocukluk döneminde travmaya maruz kalınmasının; yetişkin dönemde travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, panik bozukluğu, içe dönük yaşama, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları (özellikle antisosyal ve borderline), yeme bozuklukları, konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluklar ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu bireylerin kişilerarası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi de negatif etkilenmektedir.^{87,88,90} Farklı kişiler tarafından duygusal ve cinsel istismara maruz kalınması, yetişkinlikte depresif atak sayısının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca ÇÇT sıklığı semptomların şiddetini ağırlaştırmaktadır. ÇÇT depresyon ve anksiyete bozuklukları için risk faktörü olmakla birlikte bu bozuklukların klinik sürecini de olumsuz etkilemektedir.⁸⁸

Madde kötüye kullanım öyküsü olan yetişkinlerle yapılan bir çalışmada kadınların %50'si, erkeklerin ise %31'inde çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı bildirilmiştir. İntravenöz madde kullanımı olanlarda çocukluk çağı istismar öyküsü daha yüksek oranda saptanmıştır.⁹¹

Madde kullanımına yönelmekte etkin olduğu ileri sürülen bilişsel-davranışçı kuramlardan en bilineni stresle başa çıkma modelidir. Bu bakış açısına göre, madde kullanma davranışı, yaşam boyu karşılaşılan sorunlar ve zorluklar karşısında olumsuz duygulanımı azaltmanın ya da olumlu duygulanımı yükseltmenin aracı olarak kullanılmaktadır. ÇÇT'ye maruz kalan bireylerin istismar sonrasında ortaya çıkan düşük benlik saygısını giderebilmek ve depresyon belirtilerini normalize edebilmek amacıyla madde kullanma eğiliminde oldukları düşünülmektedir.⁹²

Çocukluk döneminde yaşanan travmanın madde kullanımı ile ilişkisine benzer şekilde, kişi madde etkisinde iken veya madde temini sırasında her türlü travmaya açık halde bulunmaktadır. Bu durum kendi içerisinde bir kısır döngüdür.⁹³

2.3. BENLİK SAYGISI VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

2.3.1 Benlik Saygısı Tanımı ve Genel Bir Bakış

Benlik kavramı, bireyin kendi yaşamı ve düşüncelerine ilişkin algısıdır. Benlik saygısı, bireyin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli biri olarak algılama derecesidir ve bireyin kendisini donanımsal açıdan yeterli biri olarak değerlendirmesi de olumlu bir kişilik özelliğidir.⁹⁴

Değersizlik, güvensizlik, şüphe ve eşitsizlik duygularının ortaya çıkması, benlik saygısının düşmesi ile sonuçlanmaktadır. Benlik saygısı düşük birey, kendini değerli, sayılan ve sevilen, ilişki kurulmaya değer biri görmemekte olup, düşük özgüvenlidir ve kendini değersiz olarak düşünmektedir. İleriki zamanlarda şüpheli, kontrolcü ya da aşırı bağımlı kişilik özellikleri göstermektedir. Bu bireyler sağlıklı kişilerarası ilişki kuramazlar. Yüksek benlik saygısına sahip olanlarsa, kendilerini kabul edilmeye değer, önemli ve yararlı olarak değerlendirirler ve bu nedenle sağlıklı iletişim kurabilirler. Özgüvenli, başarıma isteği yüksek, iyimser, zorluklara rağmen vazgeçmeyen, çevreye karşı duyarlı ve diğer kişilere göre daha bağımsız olan kişiler yüksek benlik düzeyine sahiptir. Benlik saygısı yüksek olan bireyler yaşamlarında daha tatminkar ve mutludurlar. Benlik saygısının düşük olmasının stres ve depresyonla, dolayısıyla kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğu çalışmalarda belirtilmiştir.^{19,95}

2.3.2 Benlik Saygısı ile MKB İlişkisinin İncelenmesi

Sosyal destek, kendine güven ve yüksek benlik saygısının madde kullanımından koruyucu faktörler olduğu belirtilmektedir. Çeşitli psikiyatrik bozukluklarda bulguları azaltmak / iyileşmek amacıyla madde kullanılmaktadır.⁹⁶ Benlik saygısı düşüklüğü, depresyon, DEHB, kaygı bozuklukları, ÇÇT bulunan bireyler madde kullanımı ile şikayetlerinden kurtulabileceklerini düşünmektedirler.^{96,97} Ergenlerde madde kötüye kullanımı aile yapısıyla yakından ilişkilidir. Aile içi çatışma olması, anlaşmazlıkları, aile bağlarının zayıf olması, aile

içinde sosyal desteğin az olması madde kullanımı için risk faktörleridir.⁹⁷ ÇÇT düşük benlik saygısına neden olmaktadır.⁹²

Yapılan çalışmalarda düşük benlik saygısı olan bireylerde madde kullanımının daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir.^{94,98}

2.4. DENETİMLİ SERBESTLİK SİSTEMİ

2.4.1 Denetimli Serbestlik Sisteminin Yasal Açıdan İncelenmesi

Türkiye'de DS sistemi 03.07.2005 kabul tarihli, 5402 numaralı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu ile oluşturulmuştur.⁹⁹ Madde kullanımı nedeniyle haklarında tedavi kararı verilen bireylere 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 191. maddesi gereği DS tedbiri uygulanmaktadır.¹⁰⁰ DS sistemi uygulaması 05 Mart 2013 tarih ve 28578 sayısı ile Resmi Gazetede yayımlanan DS Hizmetleri Yönetmeliği ile düzenlenmiştir. “Tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri ve bu tedbirin yerine getirilmesi” konusu yönetmeliğin 72. maddesinde bulunmaktadır. Bu yönetmelikte DS tanım olarak; “Şüpheli, sanık veya hükümlünün toplum içinde denetim ve takibinin yapıldığı, iyileştirilmesi ve topluma kazandırılması için ihtiyaç duyulan her türlü hizmet, program ve kaynakların sağlandığı alternatif bir ceza ve infaz sistemi” olarak belirtilmiştir.¹⁰¹

DS tedbiri 5237 sayılı TCK'nın 191. Maddesinde yer alan “Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak” kapsamında uygulanmaktadır. İlgili madde; “(1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendisi tarafından kullanılmak üzere uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğuran bitkileri yetiştiren kişi, bu fıkra hükmüne göre cezalandırılır. (2) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolunur. (3) Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur

ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hakime verir. (4) Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle devam olunur. Denetimli serbestlik tedbirinin uygulanma süresinin uzatılmasına karar verilebilir. Ancak, bu durumda süre üç yıldan fazla olamaz. (5) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı hükmolunan ceza, ancak tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmaması halinde infaz edilir. Kişi etkin pişmanlıktan yararlanmışsa, davaya devam olunarak hakkında cezaya hükmolunur." şeklinde düzenlenmiştir.¹⁰⁰

2.4.2 Denetimli Serbestlik Sisteminin Amacı, Uygulama Hedefleri ve İlgili Tedavi Hizmetlerinin Yürütülmesi

Madde kötüye kullanımı olan bireyler, denetimli serbestlik müdürlüklerinde görevli vaka sorumlusu memurların rehberliğinde sağlık kurumları ile işbirliği içerisinde tedavi edilmekte, kalıcı tam remisyon sağlanarak topluma kazandırılmaktadır. DS sistemi, kararların ekip olarak verildiği, bireylerin yönetimini, yakın gözlemini, tedavi edici, cesaretlendirici ve teşvik edici bir modeli esas almaktadır. Bireylere rehberlik yapılarak tedavi edilmelerinin ardından, topluma işlevsel bir şekilde kazandırılması amaçlanmaktadır.⁵⁵

Cezaevlerinin kapasite ve fiziksel yetersizlikleri, kısa süre ceza alan hükümlülerinin sayıca fazla olması gibi nedenler değerlendirildiğinde DS tedbiri uygulanan kişilerin hapis yatacak olmaması, bu kişilerin toplum içinde düzelmesi ve iyileşmelerine imkan vermesi DS uygulamasının diğer avantajlarıdır.⁹

Adli makamlar tarafından "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri" kararı verilen bireylere yürütülecek tedavi işlemleri; T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yayımlanan 25.03.2015 tarihli ve 2015/11 sayılı "Denetimli serbestlik tedavi hizmetleri" konulu genelge¹⁰² ile düzenlenmiş ve ilgili tüm resmi sağlık kuruluşlarına bildirilmiştir. Bu genelge ile verilecek ileri tedavi hizmetlerinin adil ve standart bir şekilde verilmesi hedeflenmiş ve sevk edilen kişilere uygulanacak tedavi süreçleri belirlenmiştir.

Bu çalışmada; haklarında "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri" kararı verilerek Adıyaman ilindeki sorumlu sağlık kuruluşu olan Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve madde kullanım öyküsü olan bireyler ile birlikte madde kullanım öyküsü olmayan kontrol grubunun sosyodemografik ve madde kullanım verilerinin elde edilmesi, madde kullanımının T, benlik saygı düzeyi ve eşlik edebilecek psikiyatrik bozukluk ilişkilerinin incelenmesi ve bu verilerin karşılaştırılması amaçlanmaktadır.



3- GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN YERİ, ÖRNEKLEMİ ve UYGULANMASI

Bu çalışma, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülmüş prospektif klinik bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için; T.C Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21/05/2019 Karar Tarihli ve 2019/4-20 Karar Sayılı (Bkz. Ek 1) yazısı ile çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına yönelik onayı alındı. Çalışmanın hazırlanması ve uygulanmasında Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ ve Dr. Şeyma SEHLİKOĞLU aktif olarak yer almışlardır.

T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan 25.03.2015 tarihli ve 2015/11 sayılı “Denetimli serbestlik tedavi hizmetleri” konulu genelge¹⁰² gereğince; Adıyaman ilinde DS işlemleri Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği sorumluluğunda gerçekleştirilmektedir. Çalışma sırasında hastanenin rutin DS uygulamasında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Adli makamlar tarafından verilen "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri" kararı nedeniyle Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne 01.09.2019-01.01.2020 tarihleri arasında sevk edilen bireyler incelendi. Yapılan muayeneleri sırasında geçmişinde madde kullanımı olduğunu ifade eden ve hastane kayıtları ile madde kullanımı olduğu doğrulanan 73 bireye DSM-5 bozuklukları için Elbir ve ark.¹⁵'nin hazırlamış oldukları SCID-5/CV uygulandı. Diğer yandan hasta grubunun yaş, medeni durum ve cinsiyet özelliklerine olabildiğince benzer şekilde basit rastgele seçilen ve geçmişinde madde kullanım öyküsü ve bilinen psikiyatrik hastalığı bulunmayan 73 birey çalışmaya kontrol grubu olarak alındı. Araştırma gönüllülük esasına dayalı yapılmış olup, bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı kabul eden, yazılı ve sözlü onamı alınan toplam 146 birey çalışmanın örneklem grubu olarak oluşturuldu. Çalışmanın uygulanması sırasında bireylere katılım konusunda hiçbir baskı yapılmadı. Çalışmaya; katılmayı reddeden, onam vermeyen ve 18 yaş altında olan kişiler dahil edilmedi.

Psikiyatri Polikliniğine DS nedeniyle yönlendirilen bireylerle yapılan görüşme ile bireylerin sosyodemografik, madde kullanım ve diğer özelliklerini içeren katılımcı veri formları, ÇÇTÖ ve RBSÖ formları araştırmacı tarafından dolduruldu ve veriler yazılı olarak kaydedildi. Geçmişinde madde kullanım öyküsü ve bilinen psikiyatrik hastalığı bulunmayan bireylerden oluşturulan kontrol grubu ise rızaları ile tüm veri formlarını kendileri tamamladı. Kontrol grubunda olan bireylere psikiyatrik muayene yapılmasına gerek duyulmadı.

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

Çalışmaya katılan her bireye çalışmanın konusu, amacı ve kısaca yöntemi hakkında bilgi verildi ve katılımcılardan sözlü onam alındı. Sonrasında, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi (Bkz. Ek 2) verilerek dikkatle okumaları ve özgür iradeleriyle çalışmaya katılmaya karar vermeleri durumunda imzalamaları istendi. Katılımcıların çalışma hakkında soruları olması durumunda araştırmacılar tarafından detaylı açıklamalar yapıldı.

3.2.2. Katılımcı Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik, madde kullanım ve diğer verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcı veri formu (Bkz. Ek 3) ile muayene sırasında alınan öykü ve bilgilere göre kaydedildi. Çalışmada sosyodemografik veri olarak cinsiyet, yaş, yaş grubu, medeni durumu, tamamlanmış eğitim durumu, meslek, kimle aynı evde yaşadığı, düzenli olarak bir işte çalışıp / çalışmadığı, ortalama aylık gelirleri, yaşanan yerleşim yeri, sigara, alkol kullanımı incelendi. Madde kullanım verileri açısından kullanılan madde çeşidi, çoklu madde kullanımı varlığı, maddeyi ilk kullanım yaşı, madde kullanım süresi ve gruplaması, maddeyi ilk kullanma nedeni, geçmişte madde tedavisi varlığı, geçmişte psikiyatrik hastalık-tedavi varlığı, ailede madde kullanım öyküsü varlığı, arkadaş çevresinde madde kullanım öyküsü varlığı, intihar girişimi varlığı ve kendine zarar verme eylemi varlığı öğrenildi. Son olarak; herhangi bir suç öyküsü, toplam DS dosya sayısı, ailede herhangi bir suç öyküsü varlığı araştırıldı. Olgular 18-30 yaş grubu ve sonraki

yaşlar için dekatlara göre gruplandırılarak incelendi. Sigara kullanımı paket / yıl şeklinde kategorize edildi. Alkol kullanımı, kullanım sıklığına göre gruplandırıldı.

3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bireylerin yirmi yaş öncesinde maruz kaldıkları istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük şekilde değerlendirmek amacıyla kullanılan, Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve kişinin öz bildirimine dayanan likert tipi bir ölçüm aracıdır.¹⁰³

ÇÇTÖ'nün kısa formu olarak bilinen ve 28 maddeden oluşan biçiminin (Bkz. Ek 4) Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır.¹⁰⁴ Çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmali ölçen sorular içermekte ve böylece beş alt grup puanları ile toplam puan hesaplanabilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Puanlama 1) Hiçbir Zaman, 2) Nadiren, 3) Zaman Zaman, 4) Sıklıkla, 5) Çok Sık / Her Zaman şeklinde yanıt seçeneklerine göre yapılır. ÇÇTÖ toplam puanı hesaplanırken öncelikle olumlu ifadeler içeren maddeler (4, 6, 12, 15, 18, 26, 27. maddeler) ters çevrilerek (örneğin 1 puan 5 puana; 2 puan 4 puana döndürülür.) puanlanır. Ayrıca ölçekte travmanın minimizasyonu ile ilgili 3 madde (11, 21, 25. maddeler) bulunmaktadır. Minimizasyon puanı hesaplanırken; beş puan olarak işaretlenenler bir puan olarak sayılır ve 0-3 puan arasında minimizasyon puanı elde edilir. Minimizasyon skoru toplam ölçek puanını etkilemez. Ölçek toplam puanı 25-125 arasındadır. Şar ve arkadaşları çalışmasında ölçek toplam puanına göre 35 puanı kesim noktası (anamlılık düzeyi) olarak belirtmişlerdir. ÇÇTÖ'nün bir önceki versiyonu olan 53 maddelik biçimi ile hem toplam puan hem de alt grup puanları düzeyinde anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri örneklem için 0,93; Gutmann yarım test katsayısı ise 0,97 olarak bulunmuştur.¹⁰⁴ Çalışmamızda ölçeğin uygulanması yukarıda bahsedilen şekilde yapılmış olup, toplam puanlama ve kesim noktası değerlendirilerek olgularda ÇÇT'i olup olmadığı saptandı.

3.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Morris Rosenberg tarafından geliştirilen ölçek (Bkz. Ek 5), araştırmalarda benlik saygısı düzeyi ölçümü amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları ABD'nin New York eyaletinde bulunan on farklı devlet okulundan rastgele seçilmiş 5.024 lise öğrencisi üzerinde yapılmıştır.¹⁰⁵ Daha sonra yapılan çalışmalarda ölçek ergen ve yetişkin örneklemelerinde en çok kullanılan araçlardan biri haline gelmiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından 1986 yılında yapılmıştır.¹⁰⁶ Bu çalışmaya göre ölçeğin geçerlilik katsayısı 0,71; Cronbach alfa değeri 0,77 olarak bulunmuştur. Ölçek 63 madde ve 12 alt gruptan oluşmaktadır. Gutmann ölçekleme tekniğine göre hazırlanmış olan birinci alt alanı "Benlik Saygısı"nı doğrudan ölçmeye yönelik olup, diğer alt alanlar benlik saygısı ile ilişkili olduğu düşünülen durumları ölçmeye uygun olarak düzenlenmiştir. Diğer alt alanlar: "Kendilik Kavramı Sürekliliği, Eleştiriye Duyarlılık, Tartışmalara Katılma, Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme, İnsanlara Güven Duyma, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Ana-Baba İlgisi, Baba ile İlişki, Psikik İzolasyon ve Psikosomatik Belirtiler" şeklindedir.¹⁰⁶

Olumlu ve olumsuz vurgu taşıyan ilk on maddeden oluşan alt kategori benlik saygısını ölçmek için kullanılmaktadır. Katılımcılar bu maddelerde bulunan "Çok Doğru", "Doğru", "Yanlış" ve "Çok Yanlış" şeklindeki seçeneklerden uygun olanı işaretlemektedir. Bu alt gruptan alınabilecek toplam puan 0-6 arasında değişmektedir. Bu maddelerde her maddede seçeneklerin farklı puan değerleri bulunmaktadır ve şu şekildedir; "1. C=0,17 D=0,34; 2. C=0,16 D=0,33; 3. A=0,17 B=0,33; 4. C=0,25 D=0,50; 5. C=0,25 D=0,50; 6. C=0,50 D=1; 7. C=0,50 D=1; 8. A=1 B=0,50; 9. A=0,50 B=0,25; 10. A=0,50 B=0,25". Maddelerde yer alan diğer seçeneklerin puan değeri 0'dır. Toplam puanlama ise; 1., 2. ve 3. sorular, 4. ve 5. sorular, 9. ve 10. sorular birlikte gruplandırılmaktadır. İlk üç sorudan herhangi ikisinden herhangi puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olur. 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır. 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi aynı şekilde değerlendirilir. 6., 7. ve 8. soruların ise her birinden ayrı puan alır. Böylece test uygulanan birey tüm sorulardan puan aldığına 6 tam puan almaktadır. 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan

düşük benlik saygısı düzeyini ifade etmektedir. Bireylerin aldığı puanların yüksek olması benlik saygılarının düşük olduğunu göstermektedir. Grup uygulamalarında, her bir deneğin toplam puanı bu şekilde hesaplanarak puan ortalamasıyla grubun benlik saygısı düzeyi belirlenebilmektedir.¹⁰⁶⁻¹⁰⁸

Çalışmamızda yalnızca "Benlik Saygısı" alt başlığı araştırılmış olup, ölçeğin yürütülmesi ve yorumlanması metodolojiye uygun olarak yapılmıştır.

3.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI ve KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Katılımcılarla görüşme öncesinde yapılacak çalışma hakkında detaylı bilgi paylaşımı yapılmış olsa da, haklarında adli makamlar tarafından verilen DS kararı bulunması ve denetim sürecini kurallara uygun şekilde yerine getirmeyenlere ceza uygulanacak olması nedenleriyle; katılımcılar denetim sisteminde görev alan çalışma araştırmacılarını da adli görevli olarak değerlendirmiş olabilir. Bu durumun meydana gelmesi katılımcı ile araştırmacı arasında güven sorunu oluşturmuş ve verilerin toplanmasında katılımcıların samimi cevap vermelerini engellemiş olabilir.

Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı kesitsel olarak uygulanmış olmasıdır. Çalışmamızın yapıldığı dönemde DS birimine başvuruda bulunan bireylerin tümünün erkek olması; cinsiyet verisi açısından kısıtlılık oluşturmuştur.

Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı ölçeklerinin uygulaması sırasında katılımcılar kendilerinin durumunun anlaşılmasından ve / veya konuşulmasından rahatsız olmaları nedeniyle bulgularını gizlemeyi tercih etmiş olabilirler.

3.4. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen tüm istatistiksel analizler, tablolar ve grafikler için SPSS 22 (IBM Corp, Armonk, NY) programı kullanıldı. Çalışmada kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma olarak verildi. Kategorik değişkenler gruplandırılarak, yüzdeleri hesaplandı ve frekansları karşılaştırmak için Pearson'ın ki-kare ve Fisher'in kesin olasılık testlerinden uygun olanı kullanıldı. Sürekli değişkenlerde normalite için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı ($p > 0.05$) ve basıklık-çarpıklık değerleri incelendi. İki grup arasındaki

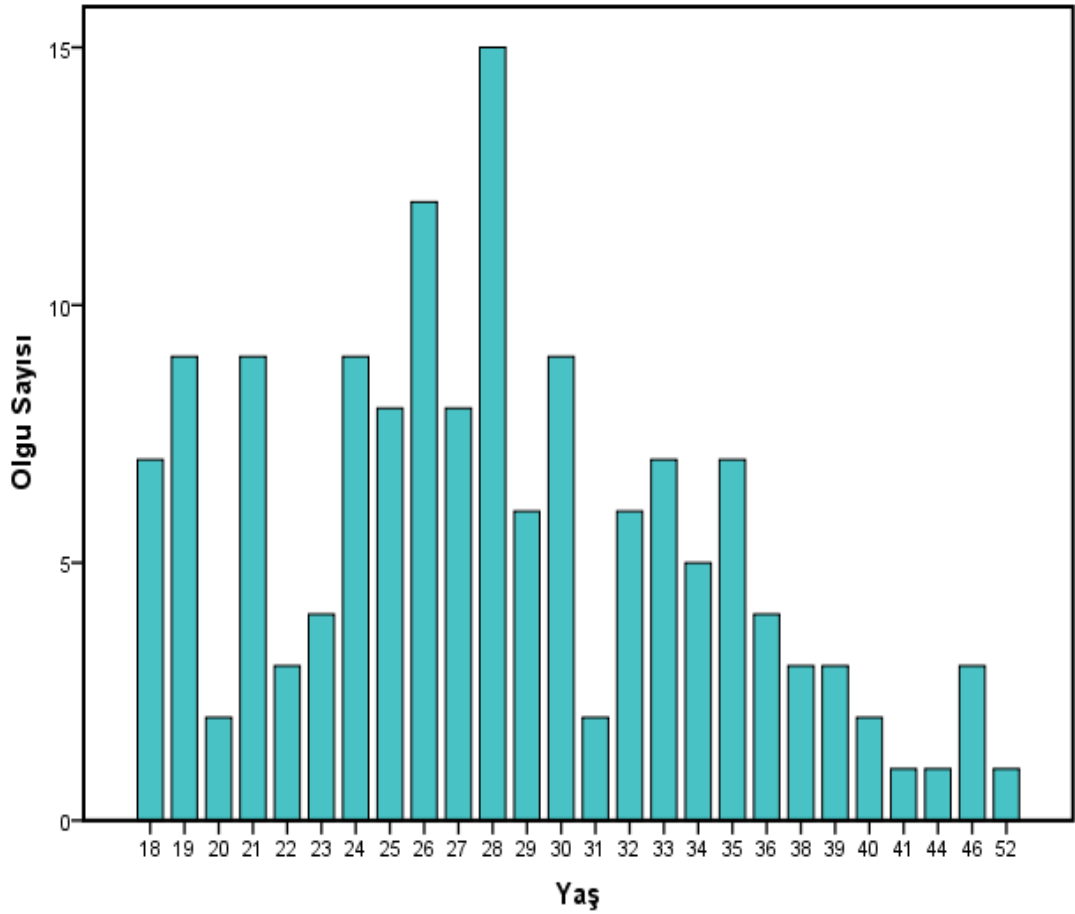
değişken ortalamalarının değerlendirilmesinde normal dağılım gösterenlere bağımsız örneklerde T testi; normal dağılım göstermeyenlere ise Mann-Whitney U testi uygulandı. p değeri $< 0,05$ olanlar anlamlı olarak kabul edildi.



4- BULGULAR

Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri" nedeniyle 01.09.2019-01.01.2020 tarihleri arasında sevk edilen ve kontrol grubunda bulunan yaş ve cinsiyet özellikleri açısından hasta grubuna benzer özellikte olan toplam 146 olgu çalışmada incelendi.

Olguların tamamının (n = 146) erkek olduğu görüldü. Tüm katılımcıların yaşları 18 ile 52 arasında iken (Şekil 1); yaş ortalaması $28,23 \pm 6,70$ yıl olarak saptandı. Yaş ortalamaları DS grubunda $28,88 \pm 5,70$ iken; kontrol grubunda ise $27,59 \pm 7,55$ olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($t(144)=1,16$; $p=0,247$). Tüm olguların yaş aralıklarına bakıldığında; 101 olgu (%69,2) ile en sık 18-30 yaş grubunda ve genç erişkin dönemde oldukları gözlemlendi. DS grubunun %74,0'ünün (n=54) bu yaş grubunda olması dikkat çekiciydi.



Şekil 1. Tüm olguların yaş dağılımı.

Medeni durum açısından, DS grubunun %58,9'unun (n = 43) bekar, %37,0'ının (n = 27) evli, %4,1'inin ise (n = 3) eşinden ayrı yaşadığı tespit edildi. Kontrol grubuna bakıldığında; eşinden ayrı birey bulunmadığı, %53,4'ünün (n = 39) bekar, %46,6'sının (n = 34) evli olduğu saptandı. Sayısal azlığı nedeniyle eşinden ayrı yaşayan bireyler bekar olarak değerlendirilerek incelendiğinde; medeni duruma göre her iki grubun benzer ve çoğunlukla bekar oldukları gözlemlendi ($p=0,314$).

Tamamlanmış eğitim düzeyi, ilköğretim mezunu veya altı ve lise mezunu veya üzeri olarak iki gruba ayrılarak incelendiğinde; DS grubunun %67,1'i (n = 49) ilköğretim mezunu veya altı eğitime sahip iken, kontrol grubunun %86,3'ünün (n = 63) lise mezunu veya üzeri eğitim seviyesinde oldukları ve DS grubunun eğitim seviyesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptandı ($\chi^2: 43,262$, SD: 1, $p<0,001$).

DS grubunun %72,6'sının (n = 53), kontrol grubunun ise %87,7'sinin (n = 64) il merkezinde yaşadıkları öğrenildi, grupların yaşanılan yerleşim yeri açısından benzer dağılımda oldukları gözlemlendi ($p=0,178$). Ayrıca tüm katılımcıların %87,0'ının (n = 127) ailesi ile yaşadıkları ve her iki grupta da bu oranın birebir aynı olduğu saptandı ($p=1,000$).

Aktif şekilde düzenli olarak bir işte çalışma sıklığı açısından değerlendirildiğinde; öğrenci olan olgular (n = 8) çıkarıldığında, DS grubunda olan 28 olgunun, kontrol grubunda ise 6 olgunun herhangi bir işte düzenli çalışmadıkları ve işsiz oldukları anlaşıldı. DS grubunun, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak aşırı anlamlı bir oranda işsiz oldukları saptandı ($\chi^2:15,531$, SD: 1, $p<0,001$). Meslek gruplandırmasına göre değerlendirildiğinde; DS grubunda 28 olgunun (%38,4) işsiz, 25 olgunun (%34,2) işçi, kontrol grubunda ise 41 olgunun (%56,2) işçi, 15 olgunun (%20,5) devlet memuru oldukları öğrenildi. Çalışmada yer alan düzenli olarak çalışan olgular aylık geliri açısından incelendiğinde; DS grubunda bulunanların %76,2'sinin 2500 TL'nin altında, kontrol grubunun ise %61,3'ünün 2500 TL'nin üzerinde aylık geliri olduğu tespit edildi. Kontrol grubunun, DS grubuna göre aşırı anlamlı şekilde daha yüksek bir gelir düzeyine sahip oldukları saptandı ($\chi^2:14,153$, SD: 1, $p<0,001$). Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	DS		KG^a	
	n	%	n	%
Yaş Aralığı				
18 – 30 yaş	54	74,0	47	64,4
31 – 40 yaş	14	19,2	25	34,2
41 – 50 yaş	4	5,5	1	1,4
51 – 60 yaş	1	1,4	-	-
Medeni Durum				
Bekar	43	58,9	39	53,4
Evli	27	37,0	34	46,6
Eşinden ayrı yaşıyor	3	4,1	-	-
Eğitim Düzeyi				
İlkokul mezunu ve altı	17	23,3	3	4,1
İlköğretim mezunu	32	43,8	7	9,6
Lise mezunu	19	26	27	37,0
Lise mezunu üzeri	5	6,9	36	49,3
Yaşadığı Yer				
İl	53	72,6	64	87,7
İlçe	13	17,8	5	6,8
Köy	2	2,7	4	5,5
Cezaevi	5	6,8	-	-
Kimle yaşıyor				
Aile ile	64	87,7	63	86,3
Yalnız	2	2,7	9	12,3
Diğer	7	9,6	1	1,4

Tablo 1 - Devam. Olguların Sosyodemografik Özellikleri				
Meslek				
İşçi	25	34,2	41	56,2
İşsiz	28	38,4	6	8,2
Serbest Meslek	17	23,3	6	8,2
Devlet Memuru	-	-	15	20,5
Öğrenci	3	4,1	5	6,8
Gelir Düzeyi				
Yok	31	42,5	11	15,1
1000 TL altı	2	2,7	2	2,7
1000 – 2500 TL	30	41,1	22	30,1
2500 – 5000 TL	6	8,2	22	30,1
5000 TL ve üzeri	4	5,5	16	21,9
Toplam	73	100,0	73	100,0

a: Kontrol Grubu

Katılımcıların sigara kullanım özellikleri incelendiğinde; DS grubunda olan tüm olgular sigara kullandığını ifade etmekte iken, kontrol grubunun %49,3'ünün (n = 36) sigara kullandığı saptandı. Alkol kullanım oranlarına bakıldığında; kontrol grubunda bulunan 59 olgunun (%80,8); DS grubunda ise 14 olgunun (%19,2) hayatında hiç alkol kullanmadığı öğrenildi. DS grubundaki bireylerin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda sigara ve alkol kullanımı olduğu tespit edildi ($p < 0,001$). DS grubunda bulunan olguların madde kullanım çeşidi-alkol kullanım varlığı ilişkisi incelendiğinde tek çeşit madde kullananların %30,8'inin alkol kullanmadığı, çoklu madde kullanımı olanların ise %94,1'inin alkol kullanımı olduğu tespit edilmekle, çoklu madde kullanımı ile alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı ($\chi^2: 7,258$, SD: 1, $p = 0,007$).

DS grubundaki bireylere yaşamlarında en az bir defa hangi maddeyi / maddeleri kullandıkları sorulduğunda; 39 olguda (%53,4) tek çeşit madde kullanımı, 34 olguda ise (%46,6) çoklu madde kullanımı olduğu tespit edildi. Olgular, kullanılan madde çeşidi / çeşitlerine göre incelendiğinde, tek çeşit madde kullanımı olanlar arasında en sık (n = 20) esrar kullanımı olduğu anlaşıldı. Çoklu madde kullanımı olan olguların tümünde (n = 34) esrar kullanımı olduğu gözlemlendi. DS grubundaki tüm bireylerde ise en yüksek oranda esrar (n = 54; %74,0) kullanımı olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. DS Grubundaki Olguların Kullandıkları Madde Türü ile Tek Çeşit / Çoklu Madde Kullanım Oranlarının İncelenmesi*

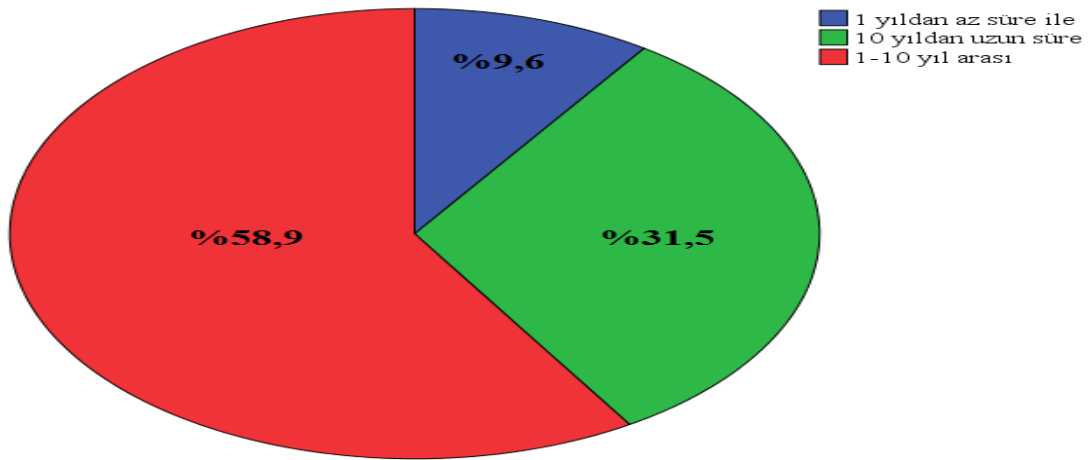
Madde Çeşidi	Tek Çeşit Madde Kullanımı		Çoklu Madde Kullanımı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Esrar	20	37,0	34	63,0	54	74,0
Eroin	11	28,2	28	71,8	39	53,4
Ekstazi	2	6,7	28	93,3	30	41,1
Metamfetamin	6	20,0	24	80,0	30	41,1
Bonzai	-	-	18	100,0	18	24,7
Doktor Kontrolü Dışında Kullanılan İlaçlar	-	-	14	100,0	14	19,2
Kokain	-	-	13	100,0	13	17,8
Diğer (LSD, GHB, PCP vb.)	-	-	3	100,0	3	4,1
Toplam Olgu Sayısı	39	100,0	34	100,0	73	100,0

GHB: Gama Hidroksi Bütirat, PCP: Fensiklidin.

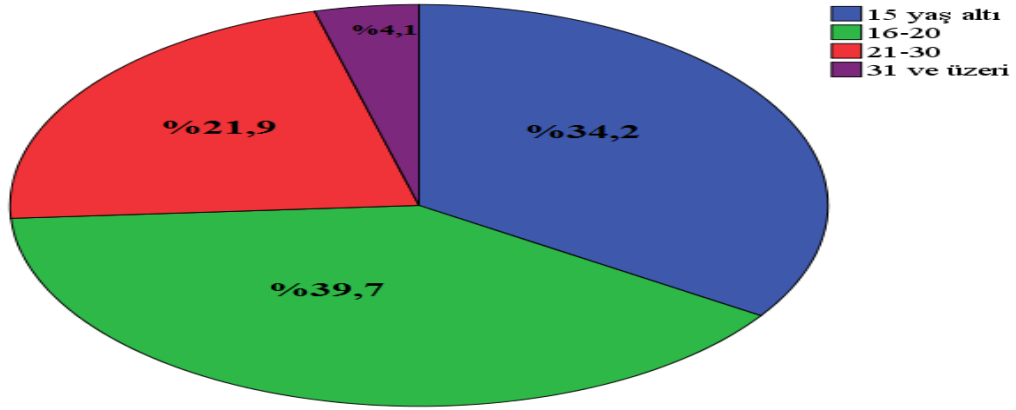
*Bazı olgularda çoklu madde kullanım öyküsü bulunmakta olup, frekans değerleri her bir madde çeşidine göre hesaplanmıştır.

Olguların madde kullanım süresi gruplandırılarak değerlendirildiğinde; 43'ünün (%58,9) 1-10 yıl arasında, 23'ünün (%31,5) 10 yıldan uzun süreli, 7'sinin (%9,6) ise bir yıldan kısa süre içerisinde birkaç defa madde kullanımının olduğu anlaşıldı (Şekil 2). Olgular içerisinde en uzun madde kullanım süresinin otuz bir yıl, en kısa sürenin ise birkaç defa deneme şeklinde olduğu gözlemlendi. Bir yıldan kısa süreli madde kullanım öyküsü olanların tamamının tek çeşit madde; 10 yıldan uzun süreli madde kullanım öyküsü olanların ise %69,6'sının çoklu madde kullanımı olduğu tespit edildi. Olgular sayılarının az olması nedeniyle bir yıldan kısa süreli madde kullanım öyküsü olanlar dahil edilmeyerek incelendiğinde; çoklu madde kullananların anlamlı olarak daha uzun süreli madde kullanım öyküleri olduğu tespit edildi ($\chi^2:4,605$, SD: 1, $p = 0,032$) (Tablo 3). Katılımcıların madde kullanım sıklığı değerlendirildiğinde; 29'u (%39,7) her gün, 27'si (%37,0) ise haftada 2-6 gün madde kullandığını ifade etti (Tablo 4).

Olguların madde ilk kullanım yaşı 10 ile 33 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $18,40 \pm 5,14$ yıl olarak saptanmıştır. Madde ilk kullanım yaş grupları dağılımına bakıldığında, kullanıma en sık 16-20 yaşları (%39,7) arasında başladığı; 30 yaş üzerinde madde kullanmaya başlamanın ise nadir ($n = 3$; %4,1) olduğu görüldü (Şekil 3). Madde ilk kullanım yaş ortalaması çoklu madde kullanımı olan katılımcılarda $16,56 \pm 4,15$; tek çeşit madde kullanımı olanlarda ise $20,00 \pm 5,42$ yıl olarak saptandı. Çoklu madde kullanımı olanların anlamlı şekilde daha erken yaşta madde kullanmaya başladıkları anlaşıldı ($p = 0,003$).



Şekil 2. DS grubundaki olguların madde kullanım süresi dağılımı.



Şekil 3. DS grubundaki olguların madde ilk kullanım yaşı grupları.

Tablo 3. DS Grubundaki Olguların Tek Çeşit / Çoklu Madde Kullanımı ile Madde Kullanım Süresinin Değerlendirilmesi								
Madde Çeşidi	Madde Kullanım Süresi						Toplam	
	1 yıldan kısa süreli		1-10 yıl arası		10 yıldan uzun süreli			
Tek Çeşit Madde Kullanımı	7	%17,9*	25	%64,1	7	%17,9	39	
		%100,0 ^a		%58,1		%30,4	%100,0	
Çoklu Madde Kullanımı	-	-	18	%52,9	16	%47,1	34	
		-		%41,9		%69,6	%100,0	
Toplam	7	%100,0	43	%100,0	23	%100,0	73	100,0

* Madde çeşidi gruplarına göre hesaplanmıştır.

^a Madde kullanım süresi gruplarına göre hesaplanmıştır.

Tablo 4. DS Grubundaki Olguların Madde Kullanım Sıklığı Dağılımı

Kullanım Sıklığı	n	%
Her gün	29	39,7
Haftada 2-6 gün	27	37,0
Haftada 1 gün veya daha az	12	16,4
Son 1 ayda kullanmayan	3	4,1
Toplamda en az 1 kere kullanma	2	1,4
Toplam	73	100,0

Katılımcıların madde ilk kullanım nedeninin (tek cevap verilmesi istenmiştir.); en sık heveslenme (%38,4, n = 28) olduğu saptandı (Tablo 5). DS grubunun %58,9'u (n = 43) geçmişte madde kullanımı nedeniyle ayaktan ya da yatarak tedavi gördüğünü ifade etti. Madde tedavisi alma oranı çoklu madde kullanımı olanlarda %73,5; tek çeşit madde kullanımı olanlarda ise %46,2 olduğu anlaşılmakla, çoklu madde kullanımı olanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda madde tedavisi aldıkları tespit edildi (χ^2 : 5,623 , SD: 1, p=0,018). DS grubunda bulunan katılımcıların 33'ünde (%45,2) geçmişte psikiyatrik tedavi öyküsü olduğu öğrenildi. Psikiyatrik tedavi alan olguların büyük çoğunluğunun (%81,8) depresyon tanısıyla takip edildiği anlaşıldı. Çoklu / tek çeşit madde kullanım grupları arasında psikiyatrik tedavi alma oranlarının (%44,1-%46,2) benzer olduğu saptandı (p=0,862).

DS grubunda bulunan katılımcıların 9'unda (%12,3), kontrol grubunda ise 1 olguda (%1,4) ailesel madde kullanım öyküsü olduğu saptandı. Madde kullanımı olan bireylerin ailesinde madde kullanan kişi varlığı anlamlı şekilde daha yüksek oranda saptandı (χ^2 : 6,871 , SD: 1, p=0,009). Bu olgulardan 8'inin kardeşinde, birinde babasında ve yine birinde hem baba hem de kardeşinde madde kullanımı olduğu öğrenildi.

Tablo 5. DS Grubundaki Olguların Madde İlk Kullanım Nedeni

Kullanım Nedeni*	n	%
Heveslenme	28	38,4
Arkadaşların ısrarı / baskısı	20	27,4
Stresten Uzaklaşmak	16	21,9
Eğlenmek, eğlenceli bir ortamda bulunmak	9	12,3
Toplam	73	100,0

* Katılımcılardan madde ilk kullanım nedeni olarak tek cevap verilmesi istenmiştir.

DS grubunda olan 38 olgu (%52,1), kontrol grubunda ise sadece 3 olgu (%4,1) kendisine zarar verecek herhangi bir fiziksel davranışta bulunduğunu ifade etti. Kontrol grubunda hayatının herhangi bir döneminde intihar denemesi olan olgu bulunmaz iken, DS grubunda olguların %30,1'inin (n = 22) intihar denemesinde bulunduğu öğrenildi. Madde kullanımı olan DS grubunda kontrol grubuna göre kendisine zarar verme davranışı ($\chi^2:41,545$, SD: 1, $p<0,001$) ve hayatının herhangi bir döneminde intihar girişimi ($\chi^2:25,903$, SD: 1, $p<0,001$) varlığının aşırı anlamlı şekilde daha yüksek oranda olduğu tespit edildi. DS grubundaki katılımcıların %93,2'sinde (n = 68), kontrol grubunun ise %19,2'sinde (n = 14) arkadaş çevresinde madde kullanıcısı bulunduğu saptandı. Madde kullanımı olan bireylerin sosyal çevrelerinde anlamlı olarak daha yüksek oranda madde kullanan kişilerin bulunduğu gözlemlendi ($\chi^2:81,123$, SD: 1, $p<0,001$).

DS grubunda bulunan olguların %35,6'sına madde kullanımı nedeni ile daha önceden de DS tedbiri uygulandığı anlaşıldı. Kontrol grubunda sadece 3 olgunun (%4,1), DS grubunda ise 31 olgunun (%42,5) geçmişinde herhangi bir suç öyküsü varlığı saptandı. DS grubunda bulunan bireylerin işledikleri suçlara bakıldığında; en sık 9 olgu ile kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın almak / kabul etmek / bulundurmak olduğu gözlemlendi (Tablo 6). Madde kullanımı ile suç işleme arasında

anlamli ilişki olduğu anlaşıldı (χ^2 :30,059, SD: 1, $p<0,001$). DS grubundaki 14 olgunun (%19,2), kontrol grubundaki sadece 1 olgunun (%1,4) ailesinde herhangi bir suç nedeniyle ceza alan biri olduğu öğrenildi. Madde kullanan bireylerin ailelerinde daha yüksek oranda suç öyküsü varlığı tespit edildi (χ^2 :12,557, SD: 1, $p<0,001$). 9 olguda ailesinde ceza alanın kardeşi olduğu öğrenildi. Çalışmamızda katılımcılardan geçmişinde herhangi bir suç öyküsü olanların ($n = 34$) %23,5'inde, suç öyküsü olmayanların ise ($n = 112$) %6,3'nde ailede suç öyküsü varlığı tespit edilmekle; Fisher'in kesin testi uygulandığında suça karışan bireylerin ailelerinde de anlamli olarak daha yüksek oranda suç-ceza öyküsü olduğu saptandı ($p=0,008$).

Tablo 6. DS Grubundaki Olguların yklerindeki Suç eşidi Dağılımı

Suç eşidi	n	%
Kullanma Amaçlı Uyuşturucu Madde Satın Almak / Kabul Etmek / Bulundurmak	9	29,0
Hırsızlık	5	16,1
Kullanma Amaçlı Uyuşturucu Madde Satın Almak / Kabul Etmek / Bulundurmak + Yaralama-Darp	5	16,1
Yaralama-Darp	4	12,9
Uyuşturucu Madde Ticareti	3	9,7
Hırsızlık + Yaralama-Darp	3	9,7
Diğer Suçlar (Askeri suçlar, hakaret)	2	6,5
Toplam	31	100,0

Olguların tümü tamamlanmış eğitim düzeyleri ilköğretim mezunu veya altı-lise mezunu veya üzeri olarak iki grupta değerlendirildiğinde; ilköğretim mezunu veya altı seviyede olanların ($n = 59$) %40,7'sinde, lise mezunu veya üzeri olanların

ise (n = 87) %11,5'inde herhangi bir suç geçmiş olduğu saptandı. İlköğretim mezunu veya altı düzeyde eğitime sahip bireylerin aşırı anlamlı şekilde daha yüksek oranda suça karıştıkları anlaşıldı (χ^2 : 16,761, SD: 1, $p < 0,001$).

DS grubunda olan bireylerin psikiyatri polikliniğinde yapılan muayeneleri sonucunda; 18 olguda (%24,7) eşlik eden herhangi bir psikiyatrik hastalık ve / veya kişilik bozukluğu tespit edilmedi. 15 olgunun (%20,5) geçmiş yeğin depresyon dönemi geçirdiği anlaşıldı. 32 olguda (%43,8) kişilik bozukluğu tespit edilirken, bu olgular içerisinde en sık 28 olgu (%87,5) ile toplum dışı kişilik bozukluğu (anti sosyal kişilik bozukluğu) tanısı konuldu (Tablo 7).

Tablo 7. DS Grubundaki Olguların Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık / Kişilik Bozukluğu Tanı Dağılımı

Psikiyatrik Hastalık / Kişilik Bozukluğu	n	%
Toplum Dışı Kişilik Bozukluğu	16	21,9
Geçmiş Yeğin Depresyon Dönemi	8	11,0
Toplum Dışı Kişilik Bozukluğu + Geçmiş Yeğin Depresyon Dönemi	7	9,6
Yaygın Kaygı Bozukluğu	5	6,8
O Sıradaki Yeğin Depresyon Dönemi	5	6,8
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu	3	4,1
Toplum Dışı Kişilik Bozukluğu + O Sıradaki Yeğin Depresyon Dönemi	3	4,1
Diğer	8	11,0
Eşlik Eden Hastalık Saptanmadı	18	24,7
Toplam	73	100,0

Katılımcıların benlik saygısı düzeyleri incelendiğinde; kontrol grubunda olan olguların %71,2'sinde (n = 52), DS grubunun %30,1'inde (n = 22) yüksek; kontrol grubunun %2,7'sinde (n = 2) ve DS grubunun ise %26,0'ında (n = 19) düşük benlik saygı düzeyi olduğu saptandı. Madde kullanımı olmayan gruptaki bireylerin anlamlı olarak daha yüksek oranda yüksek benlik saygısı düzeyine sahip oldukları ortaya konuldu (χ^2 : 29,238, SD: 2, $p<0,001$). Her iki grubun benlik saygısı puan ortalamalarına bakıldığında; DS grubunun $2,88 \pm 1,89$; kontrol grubunun $1,21 \pm 1,42$ puan olduğu hesaplandı. Her iki grubun benlik saygısı puan ortalamaları Mann-Whitney U testi uygulanarak karşılaştırıldığında, DS grubunun benlik saygısı puan ortalamasının kontrol grubuna göre aşırı anlamlı şekilde yüksek olduğu yani benlik saygılarının daha düşük düzeyde olduğu tespit edildi (U: 1276,00, Z: -5,54, $p<0,001$).

Her iki grubun ÇÇTÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında; DS grubunun $45,73 \pm 16,17$; kontrol grubunun ise $32,84 \pm 7,46$ puan olduğu hesaplandı. DS grubunun puan ortalaması ÇÇT varlığını gösteren kesim noktası olan 35 puanın üzerinde, kontrol grubunun ortalamasının ise bu puanın altında olduğu anlaşıldı. Her iki grubun ÇÇTÖ toplam puan ortalamaları Mann-Whitney U testi uygulanarak karşılaştırıldığında, DS grubunun kontrol grubuna göre aşırı anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Madde kullanımı ile ÇÇT arasında anlamlı birliktelik olduğu tespit edildi (U: 1015,50, Z: -6,46, $p<0,001$). ÇÇTÖ toplam puanı, kesim puanı ile birlikte ÇÇT varlığı açısından değerlendirildiğinde; DS grubunun %72,6'sında (n = 53) ÇÇT mevcut iken, tam tersi şekilde kontrol grubunun %71,2'sinde (n = 52) ÇÇT tespit edilmedi ve gruplar arasında aşırı anlamlı farklılık saptandı (χ^2 : 28,060, SD: 1, $p<0,001$). Minimizasyon skoru ortalamaları incelendiğinde; DS grubunun $0,37 \pm 0,66$; kontrol grubunun $1,07 \pm 1,08$ puan olduğu hesaplandı. Mann-Whitney U testi uygulanarak karşılaştırıldığında, kontrol grubunun belirgin yüksek oranda travmayı inkar / minimize ettiği tespit edildi (U: 1677,50, Z: -4,289, $p<0,001$).

Örnekleme benlik saygısı düzeyi ile ÇÇT ilişkisi değerlendirildiğinde; yüksek benlik saygısı olan olguların (n = 74) %66,2'sinde ÇÇT tespit edilmemiş iken; orta benlik saygısı olan olguların (n = 51) %60,8'i ve düşük benlik saygısı olan olguların ise (n = 21) %85,7'sinde ÇÇT tespit edildi. Çalışmada benlik saygı düzeyi azaldıkça

ÇÇT maruziyetinin aşırı anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu anlaşıldı (χ^2 : 20,847, SD: 2, $p < 0,001$) (Tablo 8).

Madde kullanımı olan bireyler incelendiğinde; ÇÇT tespit edilmeyen olguların ($n = 20$) %45,0'ına; ÇÇT geçiren olguların ($n = 53$) %86,8'ine herhangi bir psikiyatrik hastalık ve / veya kişilik bozukluğu tanısı koyulduğu gözlemlendi. Fisher'in kesin testi uygulandığında, ÇÇT ile eşlik eden psikiyatrik hastalık(lar) varlığı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p = 0,001$). Yüksek benlik saygısı olan olguların ($n = 22$) %45,5'ine; orta benlik saygısı olanların ($n = 32$) %84,4'üne ve düşük benlik saygısı olanların ise ($n = 19$) %94,7'sine herhangi bir psikiyatrik hastalık ve / veya kişilik bozukluğu tanısı koyulduğu saptandı. Benlik saygı düzeyi azaldıkça eşlik eden psikiyatrik hastalık(lar) varlığının anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu gözlemlendi (χ^2 : 15,831, SD: 2, $p < 0,001$).

Tablo 8. Olguların Benlik Saygısı Düzeyi ile Çocukluk Çağı Travmasının Karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travması	Benlik Saygısı Düzeyi						Toplam
	Yüksek		Orta		Düşük		
(-)	49	%68,1*	20	%27,8	3	%4,2	72
		%66,2 ^a		%39,2		%14,3	%100,0
(+))	25	%33,8	31	%41,9	18	%24,3	74
		%33,8		%60,8		%85,7	%100,0
Toplam	74	%100,0	51	%100,0	21	%100,0	146

* Çocukluk çağı travması gruplarına göre hesaplanmıştır.

^a Benlik saygısı düzeyi gruplarına göre hesaplanmıştır.

5- TARTIŞMA

Madde kullanım bozukluğu sonucunda bireylerde ciddi sağlık problemleri hatta ölümler, ahlaki tutum ve davranış tahribatı, suç oranlarında artma ve böylece toplumsal sorunlar oluşmakta, aile bağları ve sosyal etkileşimde çökme gözlenmektedir.⁴³ Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığının zaman geçtikçe arttığı bilinmektedir. Bu durumun temelinde; ailenin çocukla iletişimsizliği, aile içi tartışmalar, eğitim seviyesi düşük ebeveynlerin varlığı ve parçalanmış aile vb. durumların bulunduğu aile ortamına sahip olunması, kötü sosyoekonomik düzey, ergenlik döneminde kendini ispat etme gayreti, maddelere kolay ulaşılabilmesi ve sosyal çevre / arkadaş etkisi yer almaktadır.¹

Madde kullanımının serbest olmaması ve suç olarak sayılması nedeni ile kullanıcılar gizli kalmakta ve / veya kullanmadıklarını ifade etmektedir. Bu nedenle madde kullanan bireylerin gerçek sayısı ve özellikleri, madde kullanımının toplum ve bireyler üzerindeki sonuçlarının tespit edilmesi güçleşmektedir.^{9,109}

Türkiye’de 2006 yılından itibaren sağlık kuruluşlarında madde kullanımı nedeni ile DS hizmetleri verilmekle birlikte literatürde konu hakkında sınırlı sayıda çalışma olduğu anlaşıldı. Bu çalışma; DS birimine başvuran ve madde kullandığını belirten bireyleri içeren çalışma grubu ile madde kullanım öyküsü olmayan kontrol grubunun sosyodemografik, madde kullanım verilerinin elde edilmesi, ÇÇT varlığı ve benlik saygısı düzeylerinin değerlendirilmesi ile eşlik eden psikiyatrik tanıların olup olmadığının incelenmesi ve bu grupların karşılaştırılması amacıyla yapıldı.

Türkiye’de madde kullanımı nedeniyle DS tedbiri uygulanan bireylerin özelliklerinin incelendiği çalışmalarda; olguların erkek oranının %94,1-%100,0 arasında olduğu saptanmıştır.^{4,110-114} Bu çalışmada da benzer şekilde olguların tamamının erkek olduğu gözlemlendi. ABD’de DS konusunda yapılan benzer çalışmalarda ise erkek oranı çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur (%67,9-%69,2).^{115,116} Hamdi ve ark.¹¹⁷ çalışmasında kadınların içselleştirme sorunlarını (kaygı, depresyon vb.), erkeklerin ise dışsallaştırma sorunlarını (madde kullanımı, saldırganlık vb.) daha fazla yaşadıklarını ifade etmiştir. Becker ve ark.¹¹⁸ bağımlı olma sürecinde ve bağımlılık sonuçlarında; biyolojik, çevresel, sosyokültürel ve gelişimsel etkileşimlerin cinsiyetler arasında farklılıklar gösterdiğini belirtmiştir. Ek olarak madde kullanan kadınların daha şiddetli ve hızlı damgalandığını, daha fazla

fiziksel şiddete maruz kaldığını, daha az sosyal destek aldıklarını, tedavi merkezlerine kolaylıkla ulaşamadıklarını ve sonuç olarak tüm bu nedenlerle daha fazla izole kaldıklarını bildirmiştir. Türk toplumunda madde kullanan kadınların bahsedilen durumları daha sık ve ciddi yaşadıkları düşünüldü.

Avrupa ve dünya genelinde uyuşturucu kullanımı öncelikle genç nüfusu etkileyen bir sorundur.¹¹⁹ Genç yaştaki bireyler eğlenme, kötü arkadaş çevresi, merak, özentilik, sorunlardan uzaklaşma isteği, heyecan arama vb. birçok farklı nedenle madde kullanmayı denemektedirler.⁹⁷ Çalışmamızda DS grubu yaş ortalaması $28,88 \pm 5,70$ yıl olup, olguların %74,0'ının 18-30 yaş grubunda ve genç erişkin dönemde olduğu tespit edildi. Türkiye'de yürütülen benzer çalışmalarda; olguların yaş ortalamasını Avcı¹²⁰ ve ark. $28,3 \pm 9,2$, Kıyıkısan⁴³ ise $28,0 \pm 9,2$ yıl olarak ve en sık 18-30 yaş aralığında olduklarını belirtmişlerdir. ABD'de yapılan Moss ve ark.'nın çalışmasında¹²¹ benzer şekilde madde kullanımının genç erişkin yaş grubunda daha sık olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Maddeye kolay ulaşımın engellenmesi kapsamındaki tedbirlerin arttırılarak sürdürülmesi gerektiği düşünüldü.

Çalışmamızda DS grubunun %58,9'unun bekar olması benzer çalışmalarla (%54,0-%58,0) uyumlu bulundu.^{4,7} Bazı çalışmalarda ise bekar ve evli oranlarının neredeyse eşit olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmalarda bekar oranları %47,5-49,2 aralığında olup, çalışmamızdaki bekar oranından düşük bulundu.^{111,112} Bahsedilen çalışmaların tümü DS konusunda yapılmış olup, bekar oranlarının farklı dağılımlar göstermesi dikkate alınarak; medeni durumun madde kullanımını etkilemediği değerlendirildi.

Çalışmamızda katılımcıların tamamlanmış eğitim düzeyi, ilköğretim mezunu veya altı (düşük) ve lise mezunu veya üzeri (yüksek) olarak iki gruba ayrılarak incelendiğinde; DS grubunun %67,1'inin eğitim düzeyinin düşük, kontrol grubunun ise %86,3'ünün eğitim düzeyinin yüksek olduğu anlaşıldı. DS grubunda olan 28 olgunun, kontrol grubunda ise 6 olgunun herhangi bir işte düzenli çalışmadıkları ve işsiz oldukları saptandı. Ek olarak DS grubundaki düzenli çalışan olguların %76,2'sinin düşük aylık geliri olduğu tespit edildi. DS grubunun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde eğitim seviyesinin daha düşük, daha yüksek oranda işsiz ve sosyoekonomik durumunun daha alt düzeyde olması benzer çalışmalar ile uyumlu

olarak bulundu.^{120,122,123} Madde kullanımını azaltmak amacıyla; bireylere ilköğretim döneminden itibaren eğitimlerin verilmesi ve böylece toplumsal farkındalığın artmasının sağlanması gerektiği kanaatine varıldı.

Çalışmamızda DS grubunun %72,6'sı, kontrol grubunun ise %87,7'sinin il merkezinde yaşadıkları öğrenildi, grupların yaşadıkları yerleşim yeri açısından benzer dağılımda oldukları gözlemlendi. Ayrıca tüm katılımcıların %87,0'ının ailesi ile aynı evde kaldıkları anlaşıldı ve her iki grupta da bu oranın birebir aynı olduğu saptandı. Yazıcı ve ark. madde kullanımı nedeniyle DS uygulanan bireyleri inceledikleri çalışmada olguların %90'ının ailesi ile, %78,8'inin ise il merkezinde yaşadığını saptadığı görülmekle, çalışmamız ile benzer olduğu anlaşıldı.¹¹⁹ Bu durum DS'nin temel amaçlarından birisi olan madde kullananların sosyal yaşamdan uzaklaşmalarının sağlanması hedefine ulaşıldığını göstermektedir.

Çalışmada DS grubunun tamamının, kontrol grubunun ise %49,3'ünün sigara kullandığı saptandı. Sigara kullanımının madde kullanımı için risk faktörü olduğu ve sıklıkla birlikte görüldüğü değerlendirildi. Alkol kullanım oranlarına bakıldığında ise kontrol grubunun %80,8'inin, DS grubunun ise %19,2'sinin hayatında hiç alkol kullanmadığı öğrenildi. Ayrıca tek çeşit madde kullananların %30,8'inin, çoklu madde kullananların ise yalnızca %5,9'unun alkol kullanmadığı anlaşıldı. Çoklu madde kullanan bireylerin tek çeşit madde kullananlara ve madde kullanımı olan bireylerin madde kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda alkol kullanımı olduğu görüldü. Poscia ve ark. çalışmasında aşırı alkol tüketiminin, sigara ve madde kullanımı ile, ek olarak genç yaş grubundaki bireylerde olması durumunda çoklu madde kullanımının daha yüksek sıklıkta görülmesi ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir.¹²⁴

MKB olan bireyler hakkında dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda; bu bireyler arasında en sık esrar kullanımı olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmalarda esrar kullanım oranının %53,4-97,5 arasında olduğu görüldü.^{119,120,125,126} Çalışmamızda madde kullanımı olan bireylerin %74,0'ının esrar kullandığı tespit edildi ve bu durum literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi. Ayrıca katılımcıların 29'u (%39,7) her gün, 27'si (%37,0) ise haftada 2-6 gün madde kullandığını ifade etti. Turan ve Yargic çalışmasında esrarın ucuz ve kolay bulunabilir olmasının yanı sıra

bireylerin zararsız olduğu ve bağımlılık yapmadığına yönelik yanlış düşünceleri nedeniyle sık kullanıldığını belirtmiştir.¹²⁷

Bireylerin çoklu madde kullanımına yönelmesinde genç yaş, çocukluk dönemi travması, düşük eğitim, kötü sosyoekonomik düzey ve erkek cinsiyet risk faktörleridir.¹²⁸ Çalışmamızda olguların çoklu madde kullanım oranının %46,6 olması; Kıyıkısan⁴³ (%32,5) ve Kunt⁸³ (%31) çalışmalarından daha yüksek bulunurken, Eren ve ark.'nın çalışması¹²⁹ (%49,2) ile benzer olduğu saptandı. Olguların madde ilk kullanım yaşı ortalamasının $18,40 \pm 5,14$ yıl olduğu ve en sık 16-20 yaşları (%39,7) arasında madde kullanmaya başladıkları görüldü. Madde ilk kullanma yaş ortalamasını; Kahraman²³ $18,92 \pm 5,45$ yıl; Goreishi ve Shajari¹³⁰ ise 19,45 yıl ve çalışmamız ile benzer olarak saptamışlardır. Ek olarak Kahraman²³ çalışmasında olguların çoğunluğunun (%51,2) madde kullanımına 16-20 yaşları arasında başladığını belirtmiştir. Çalışmamızda madde ilk kullanım yaş ortalaması çoklu madde kullanımı olan katılımcılarda $16,56 \pm 4,15$; tek çeşit madde kullanımı olanlarda ise $20,00 \pm 5,42$ yıl olarak saptandı. Çoklu madde kullanımı olanların anlamlı şekilde daha erken yaşta madde kullanmaya başladıkları anlaşıldı. Örü ve ark. çalışmasında madde ilk kullanım yaşı küçüldükçe, çoklu madde kullanım riskinin önemli ölçüde arttığını ve madde kullanmaya on beş yaşından önce başlayanlarda, yirmi bir yaş veya üzerinde başlayanlara göre madde sorunu görülmesinin yaklaşık 7 kat daha sık olduğunu bildirmiştir.¹⁰⁹ Çalışmamızda çoklu madde kullanımının yüksek oranda görülmesinin nedeni; olguların çoğunluğunun (%74,0) madde kullanmaya yirmi yaş altında başlaması, farklı madde üretiminin ve maddelere ulaşılabilirliğin zaman geçtikçe artması olduğu değerlendirildi.

Turan ve Yargıç çalışmasında çoklu madde kullanımının tedavi sonuçlarına negatif etkide bulunduğunu belirtmiştir.¹²⁷ Bhalla ve ark. çalışmasında çoklu madde kullanımının daha ciddi tıbbi ve psikiyatrik eş tanılarının yanı sıra daha riskli sosyal davranışlarla sonuçlandığını bildirmiştir.¹²⁸ Çalışmamızda çoklu madde kullananların anlamlı olarak daha uzun süreli madde kullanım öyküleri olduğu ve daha yüksek oranda madde tedavisi aldıkları tespit edildi. Çoklu madde kullanımının, tedavi sürecini zorlaştırdığı değerlendirildi.

Madde kullanımı ile birlikte ek psikiyatrik hastalığı olanların olmayanlara göre tedavi sürelerinin daha uzun, tedavi uyumlarının daha kötü, intihar risklerinin daha

fazla olduğu, dürtüsel ve şiddet içeren davranışları daha sık gösterdikleri, daha yüksek oranda yasal sorunlar yaşadıkları bilinmektedir.^{55,83} Madde kullanımının etkisiyle psikiyatrik bozukluklar tetiklenebilir veya mevcut bozukluklarda görülen belirtilerde şiddetlenme görülebilir. Bu durum tedavi ve rehabilitasyon sürecinin aksamasına neden olabilir. Madde kötüye kullanımı bulunan bireylerde davranış bozukluğu, anksiyete ve depresyon tanılarının sıklığının önemli ölçüde arttığı bilinmektedir.¹³¹ Madde kullanımı olan katılımcıların 33'ünde (%45,2) geçmişte psikiyatrik tedavi öyküsü olduğu öğrenildi. Bu olguların büyük çoğunluğunun (%81,8) depresyon tanısıyla takip edildiği anlaşıldı. DS grubunda olan bireylerin psikiyatri polikliniğinde yapılan muayeneleri sonucunda; 15 olgunun (%20,5) geçmiş yeğin depresyon dönemi geçirdiği anlaşıldı. 32 olguda (%43,8) kişilik bozukluğu tespit edilirken, bu olgular içerisinde en sık 28 olgu (%87,5) ile toplum dışı kişilik bozukluğu tanısı konuldu. Aslan ve Hoccoğlu çalışmasında olguların %29,5'inde psikiyatrik tedavi öyküsü olduğunu ve yapılan muayeneleri sonucunda olgularda en sık depresif bozukluk tanısının konulduğunu belirtmiştir.¹¹² Madde kullanımı olan kişilerden eşlik edebilecek psikiyatrik bozukluklar açısından detaylı anamnez alınması gerekmektedir. Çalışmamızda DS grubunda olan 38 olgu (%52,1), kontrol grubunda ise sadece 3 olgu (%4,1) kendisine zarar verecek herhangi bir fiziksel davranışta bulunduğunu ifade etti. Kontrol grubunda hayatının herhangi bir döneminde intihar denemesi olan olgu bulunmaz iken, DS grubunda olguların %30,1'inin (n = 22) intihar denemesinde bulunduğu öğrenildi. Bilici ve ark. çalışmasında olgularda en sık antisosyal kişilik bozukluğunun saptandığını ve olguların %49,6'sının kendine zarar verme denemesi olduğunu ifade etmiştir.¹³² Çalışma grubunda kontrol grubuna göre kendine zarar verme davranışı ve hayatının herhangi bir döneminde intihar girişimi varlığının aşırı anlamlı şekilde daha yüksek oranda olması literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi. Madde kullanımının bireylerin sosyal işlevselliğini azalttığı görüldü.

Madde kullanımını bireysel, sosyal ve çevresel etkenler etkilemektedir. Ailesel madde kullanımı olan bireylerin 8 kat daha sık madde kullanımı riski bulunmaktadır.¹¹¹ Çalışmamızda madde kullanımı olan katılımcıların 9'unda (%12,3), kontrol grubunun ise sadece 1'inde (%1,4) ailesel madde kullanım öyküsü bulundu. Ailesel madde kullanım öyküsü oranının; Zorlu ve ark.⁷ (%16,7) ve Ersöğütçü ve

Karakaş'ın¹³³ (%16,3) çalışmaları ile benzer, Altıntoprak ve ark.'nın¹¹¹ (%33,9) çalışmasına göre ise daha düşük olduğu görüldü. Benzer çalışmalarda yakın akrabalar ve arkadaşlar arasında madde kullanımı olmasının predispozan faktörler arasında bulunduğu belirtilmiştir.^{97,120} Çalışmamızda çalışma grubunun %93,2'sinde (n = 68), kontrol grubunun ise %19,2'sinde (n = 14) arkadaş çevresinde madde kullanan birey olduğu saptandı. Madde kullanımı olan bireylerin birlikte vakit geçirdikleri ve kendi aralarında sosyal etkileşimde oldukları belirlendi. Madde kullanımının önlenmesinde bireylerin arkadaş çevrelerini değiştirmelerinin önerilmesi gerektiği düşünüldü.

Madde kullanan kişiler kural tanımama, kendine ve etrafına zarar verme gibi dürtüsel eylemler göstermekte, sonuç olarak suç işlemektedirler.¹³⁴ Madde kullanımı ve suç ilişkisini inceleyen derleme çalışmada; madde kullanımı olan bireylerin kullanmayanlara göre suç oranlarının 3-4 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir.¹³⁵ Madde kullanımı ve suç ilişkisi kısaca 3 teorik bakış açısıyla özetlenebilir: (a) madde kullanımı suça neden olur, (b) suç madde kullanımına neden olur ve (c) madde kullanımı ve suçun ortak bir başka nedeni vardır. Bu teorik bakış açılarının her biri desteklenebilmekle beraber, hiçbirisi tek başına kesin olarak madde kullanımı ve suç arasındaki nedensel ilişkiyi açıklamamaktadır.^{134,135} Bu çalışmada kontrol grubunda sadece 3 olgunun (%4,1), DS grubunda ise 31 olgunun (%42,5) geçmişinde herhangi bir suç işlemiş olduğu saptandı ve madde kullanımı olan bireylerin kontrol grubuna göre daha yüksek oranda suç geçmişi olduğu anlaşıldı. Suç işlemiş bireylerde madde kullanımının sorgulanması gerektiği değerlendirildi.

Madde kullanımı ile suç davranışı arasındaki ilişki farklı biçimlerde açıklanmaktadır. Bir yaklaşıma göre, sosyokültürel çevrenin dolaylı olarak hem suça hem de madde kötüye kullanımına yol açtığı belirtilmektedir. Çocuklar, içinde bulundukları aile ve sosyal çevre etkisiyle de suça ve madde kullanımına yönelebilmektedir. Aile üyelerinden herhangi birisi bir suçtan ceza almış olan erkek çocukların, daha yüksek oranda suça sürüklendiği ifade edilmektedir.¹³¹ Çalışmamızda DS grubunda 14 olgunun (%19,2), kontrol grubunda ise sadece 1 olgunun (%1,4) ailesinde herhangi bir suç nedeniyle ceza almış kimse olduğu öğrenildi. Madde kullanımı olan bireylerin aile üyelerinde anlamlı olarak daha yüksek oranda suç geçmişi varlığı saptandı. Çalışmamızda katılımcılardan

geçmişinde herhangi bir suç öyküsü olanların (n = 34) %23,5'inde, suç öyküsü olmayanların ise (n = 112) %6,3'ünde ailesinde de suç geçmişi olduğu tespit edildi. Ailesinde suç öyküsüne sahip birey bulunanların; anlamlı şekilde daha yüksek oranda suça karışmış olduğu anlaşıldı. Bu durum literatür ile uyumlu olarak bulundu.¹¹¹ Aile bireyleri arasında suç öyküsü bulunmasının; madde kullanımı ve suç işleme için predispozan bir faktör olarak değerlendirildi.

Eğitim, bireylerin cezai davranışlarda bulunmalarını önlemek için potansiyel olarak önemli bir unsurdur. Bireyler eğitim sonucunda duygularını kontrol etmeyi öğrenmektedir. Örneğin okula gitme ile kısıtlanma ve öz kontrol gelişmektedir. Yüksek eğitilmiş insanlar, düşük eğitilmiş insanlara göre, eylemlerinin sonuçları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları nedeniyle eylemlerini yönlendirebilmektedir.¹³⁶ Çalışmamızda katılımcılardan düşük eğitim düzeyi olanların (n = 59) %40,7'sinin, yüksek eğitim düzeyi olanların ise (n = 87) %11,5'inin herhangi bir suç geçmişi olduğu saptandı ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek oranda suça karıştıkları gözlemlendi. Altıntoprak ve ark. çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde adli suç öyküsü ile eğitim düzeyi arasında ilişki olduğunu, eğitimin suç davranışını azalttığını bildirmiştir.¹¹¹ Eğitim bireylerin suç davranışlarını azaltmaktadır ve bu konuda önemli bir tedbirdir.

Bireyin yüksek zeka seviyesi, yüksek benlik saygısı, sosyal, emosyonel ve bilişsel yeterliliğe sahip olması, okula bağlı olması, gelecek hedeflerinin olması, farklı alanlarda başarıyı destekleyen eğitim sistemi, sağlık ve sosyal destek servislerinin yeterliliği, aile desteğini hissetmesi, bireye ailesi tarafından etkin baş etme becerilerinin ve toplumsal değerlere bağlılığın öneminin öğretilmesi, suç işlememiş ve madde kullanımı olmayan, toplumsal değer yargılarını bilen akran grupları vb. özellikler madde kullanımından koruyucu faktörlerden bazılarıdır.⁵ Çeşitli psikiyatrik sorunları bulunan bireyler belirtileri giderme amacıyla madde kullanımına yönelmektedir. Bu sorunlar arasında; benlik saygısı düşüklüğü, depresyon, DEHB, anksiyete bozuklukları, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar bulunmaktadır.⁹⁷ Ayrıca düşük benlik saygısı bulunan çocuklar kendilerini yetersiz ve değersiz olarak görmekte, çevrelerinden kolayca etkilenebilmekte, tutumlarını kolayca değiştirebilmekte ve günlük yaşamdaki sorunlarla başa çıkmada ve duygularını kontrol etmede zorlanmaktadırlar ve bu durumların üstesinden gelmek

için madde kullanımına başlamaktadırlar.¹³³ Katılımcıların benlik saygısı düzeyleri incelendiğinde, kontrol grubunda olan olguların %71,2'sinde (n = 52), DS grubunun %30,1'inde (n = 22) yüksek; kontrol grubunun %2,7'sinde (n = 2) ve DS grubunun ise %26,0'ında (n = 19) düşük benlik saygı düzeyi olduğu anlaşıldı. Madde kullanımı ile benlik saygısı arasında negatif ilişki olduğu, madde kullanımı olmayan gruptaki bireylerin daha yüksek oranda yüksek benlik saygısı düzeyine sahip oldukları gözlemlendi. Literatürde yer alan çalışmalarda benzer şekilde madde kullananların kendilerine daha az değer verdiği ve benlik saygılarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.^{133,137,138} Benlik saygısı düzeyinin madde kullanımına başlanması ve devamında önemli bir faktör olduğu değerlendirildi. Madde kullanımı ile etkin mücadelede; bireylerin benlik saygısı düzeylerinin artırılması için sosyokültürel programların uygulanması ve erişilebilirliğin genişletilmesi gerektiği düşünüldü.

Çocukluk çağı travması; madde kötüye kullanımı, intihar girişimleri, posttravmatik stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları, kişilik patolojileri, sosyal geri çekilme, akademik başarısızlıklar, antisosyal davranışlar gösterme vb. birçok olumsuz sonuçla ilişkilidir.^{139,140} Madde bağımlıları arasında çocuklukta travmatik deneyim yüksek oranda gözlenmiştir.¹⁴¹ Bu çalışmada madde kullanımı olanların %72,6'sında (n = 53) ÇÇT mevcut iken, madde kullanımı olmayanların ise %71,2'sinde (n = 52) ÇÇT tespit edilmedi. Madde kullanımı ile ÇÇT öyküsü arasında anlamlı pozitif ilişki gözlemlendi. ÇÇT oranı, Darke ve Torok'un çalışması¹⁴² ile benzer (%74,3); Oviedo-Joekes ve ark.¹³⁹ ve Konstenius ve ark.'nın çalışmalarından¹⁴⁰ (%44,5-53.6%) ise daha yüksek saptanmıştır. Bahsedilen çalışmaların örneklem kapsamaları birbirinden farklı olmakla birlikte, tüm çalışmalarda ÇÇT oranlarının yüksek olması dikkat çekiciydi. Bu durum ÇÇT mağduru olan bireylerin istismar sonrasında meydana gelen özgüven kaybını giderebilmek ve depresyon belirtilerini normalize edebilmek amacıyla madde kullanma eğiliminde olmalarına bağlandı. Çalışmamızda madde kullanımı olmayan grubun daha yüksek oranda travmayı inkar / minimize ettiği tespit edildi. Çocukluk çağı travmasının yetişkin dönemdeki olası sonuçları ile mücadeleden endişe duymak ve ego bütünlüğünü korumak amacıyla travmanın inkar edildiği düşünüldü.

Çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel istismar, cinsel taciz mağduru olunması ve madde kullanımının düşük benlik saygısına ve iletişim sorunlarına yol

açtığı belirtilmektedir.¹⁴¹ Çalışmada katılımcıların benlik saygısı düzeyi ile ÇÇT ilişkisi değerlendirildiğinde; yüksek benlik saygısı olan olguların (n = 74) %66,2'sinde ÇÇT tespit edilmemiş iken; orta benlik saygısı olan olguların (n = 51) %60,8'i ve düşük benlik saygısı olan olguların ise (n = 21) %85,7'sinde ÇÇT tespit edildi. Çalışmada benlik saygı düzeyi azaldıkça ÇÇT maruziyeti bulunmasının aşırı anlamlı olarak daha yüksek oranda olması literatür ile uyumlu olarak bulundu.¹⁴¹ Çocukluk çağı travması kavramı ve ileri dönemdeki olası sonuçları hakkında ailelerin eğitilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerektiği düşünüldü.

Çocukluk dönemi travma öyküsü ve madde kullanımının olması psikiyatrik bozukluklar için önemli risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır.¹⁴¹ Çalışmamızda madde kullanımı olan bireylerden ÇÇT tespit edilmeyen olguların (n = 20) %45,0'inde; ÇÇT bulunan olguların ise (n = 53) %86,8'inde eşlik eden herhangi bir psikiyatrik hastalık ve / veya kişilik bozukluğu olduğu saptandı. ÇÇT geçiren bireylerde komorbid psikiyatrik bozukluk meydana gelmesi arasında anlamlı pozitif ilişki gözlemlendi. Çalışmamıza benzer şekilde Ekinci ve Kandemir çalışmasında¹⁴¹ çocukluk çağı travması ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif ilişki bulunduğunu belirtmiştir. Yüksek benlik saygısı olan olguların (n = 22) %45,5'inde; orta benlik saygısı olanların (n = 32) %84,4'ünde ve düşük benlik saygısı olanların ise (n = 19) %94,7'sinde herhangi bir psikiyatrik hastalık ve / veya kişilik bozukluğu tanısı koyulduğu saptandı. Benlik saygı düzeyi azaldıkça, eşlik eden psikiyatrik bozukluk bulunması olasılığının arttığı gözlemlendi. Benlik saygısının düşük olmasının stres ve depresyonla, dolayısıyla kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğu benzer çalışmalarda belirtilmiştir.^{19,95}

6- SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu çalışmada katılımcıların tamamının erkek olduğu görüldü. Literatürde yer alan çalışmalarda, kadınların içselleştirme sorunlarını (kaygı, depresyon vb.), erkeklerin ise dışsallaştırma sorunlarını (madde kullanımı, saldırganlık vb.) daha fazla yaşadıkları ve bağımlı olma sürecinde ve bağımlılık sonuçlarında; biyolojik, çevresel, sosyokültürel ve gelişimsel etkileşimlerin cinsiyetler arasında farklılıklar gösterdiği belirtilmiştir. Ek olarak madde kullanan kadınların daha şiddetli ve hızlı damgalandığı, daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı, daha az sosyal destek aldıkları, tedavi merkezlerine kolaylıkla ulaşamadıkları ve sonuç olarak tüm bu nedenlerle daha fazla izole kaldıkları bildirilmiştir. Türk toplumunda madde kullanımı olan kadınların bahsedilen durumları daha sık ve ciddi yaşadıkları düşünüldü.

Çalışmamızda DS grubu yaş ortalaması $28,88 \pm 5,70$ yıl olup, olguların %74,0'ının 18-30 yaş grubunda ve genç erişkin dönemde olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda DS grubunun %58,9'unun bekar olduğu anlaşıldı. Madde kullanımı nedeniyle DS tedbiri uygulanan örneklemi inceleyen çalışmalarda bekar oranlarının farklı dağılımlar göstermesi dikkate alındığında; medeni durumun madde kullanımını etkilemediği değerlendirildi.

Çalışmamızda DS grubunun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde eğitim seviyesinin daha düşük, daha yüksek oranda işsiz ve sosyoekonomik durumunun daha alt düzeyde olduğu bulundu. Madde kullanımını azaltmak amacıyla; bireylere ilköğretim döneminden itibaren eğitimlerin verilmesi ve böylece toplumsal farkındalığın artmasının sağlanması gerektiği kanaatine varıldı.

Çalışmamızda her iki grubun yaşanan yerleşim yeri ve aynı evde kimle yaşadığı verileri açısından benzer dağılımda oldukları gözlemlendi. DS'nin temel amaçlarından birisi olan madde kullananların sosyal yaşamdan uzaklaşmalarının sağlanması hedefine ulaşıldığı düşünüldü. Ayrıca toplumumuzda sosyal destek mekanizmalarının güçlü olmasının bu duruma katkı sağladığı değerlendirildi.

Çalışmada çoklu madde kullanan bireylerin tek çeşit madde kullananlara ve madde kullanımı olan bireylerin kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda alkol kullandıkları saptandı. Madde kullanımına sigara ve alkol kullanımının yüksek sıklıkta eşlik ettiği anlaşıldı.

Bu çalışmada madde kullanımı olan bireylerin %74,0'ının esrar kullandığı tespit edildi. Ayrıca katılımcıların 29'u (%39,7) her gün, 27'si (%37,0) ise haftada 2-6 gün madde kullandığını ifade etti.

Çalışmamızda çoklu madde kullanımı olanların anlamlı şekilde daha erken yaşta madde kullanmaya başladıkları anlaşıldı. Madde ilk kullanım yaşı küçüldükçe, çoklu madde kullanım riski önemli ölçüde artmaktadır. Çalışmamızda çoklu madde kullananların anlamlı olarak daha uzun süreli madde kullanım öyküleri olduğu ve daha yüksek oranda madde tedavisi aldıkları tespit edildi. Çoklu madde kullanımının, tedavi sürecini zorlaştırdığı değerlendirildi.

Madde kullanımı olan katılımcıların 33'ünde (%45,2) geçmişte psikiyatrik tedavi öyküsü olduğu öğrenildi. Bu olguların büyük çoğunluğunun (%81,8) depresyon tanısıyla takip edildiği anlaşıldı. DS grubunda olan bireylerin Psikiyatri Polikliniğinde yapılan muayeneleri sonucunda; 32 olguya (%43,8) kişilik bozukluğu ve 15 olguya (%20,5) geçmiş yeğin depresyon tanıları koyuldu. Madde kullanımı olan kişilerden eşlik edebilecek psikiyatrik bozukluklar açısından detaylı anamnez alınması gerekmektedir.

Çalışmamızda madde kullanımı olan DS grubunda kontrol grubuna göre kendisine zarar verme davranışı ve hayatının herhangi bir döneminde intihar girişimi varlığının aşırı anlamlı şekilde daha yüksek oranda olduğu gözlemlendi. Madde kullanımının bireylerin sosyal işlevselliğini azalttığı değerlendirildi.

Çalışmamızda madde kullanımı olan katılımcıların 9'unda (%12,3), kontrol grubunun ise sadece 1'inde (%1,4) ailesel madde kullanım öyküsü olduğu anlaşıldı. Ailede madde kullanan kişi olması, madde kullanımının risk faktörlerinden biridir. Ayrıca DS grubunun %93,2'sinde (n = 68), kontrol grubunun ise %19,2'sinde (n = 14) arkadaş çevresinde madde kullanan birey olduğu saptandı. Madde kullanımı olan bireylerin birlikte vakit geçirdikleri ve kendi aralarında sosyal etkileşimde oldukları belirlendi. Madde kullanımının önlenmesinde bireylerin arkadaş çevrelerini değiştirmelerinin önerilmesi gerektiği düşünüldü.

Çalışmada madde kullanımı olan bireylerin kontrol grubuna göre daha yüksek oranda suç geçmişi olduğu anlaşıldı. Suç işlemiş bireylerde madde kullanımının sorgulanması gerektiği değerlendirildi.

Çalışmamızda DS grubundaki bireylerin aile üyelerinde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranda suç geçmişi varlığı saptandı. Katılımcılardan ailesinde suç öyküsüne sahip birey bulunanların daha yüksek oranda suça karışmış olduğu anlaşıldı. Aile bireyleri arasında suç öyküsü bulunması, madde kullanımı ve suç işleme için predispoze edici bir faktör olarak değerlendirildi.

Çalışmamızda düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek oranda suça karıştıkları gözlemlendi. Eğitim bireylerin suç davranışlarını azaltmaktadır ve bu konuda önemli bir tedbirdir.

Çalışmada madde kullanımı ile benlik saygısı arasında negatif ilişki olduğu, madde kullanımı olmayan gruptaki bireylerin daha yüksek benlik saygısı düzeyine sahip oldukları gözlemlendi. Benlik saygısı düzeyinin madde kullanımına başlanması ve devamında önemli bir faktör olduğu değerlendirildi. Madde kullanımı ile etkin mücadelede; bireylerin benlik saygısı düzeylerinin artırılması için sosyokültürel programların uygulanması ve erişilebilirliğin genişletilmesi gerektiği düşünüldü.

Madde kullananlar arasında ÇÇT oranının yüksek olması (%72,6) dikkat çekiciydi. Bu durum ÇÇT mağduru olan bireylerin istismar sonrasında meydana gelen özgüven kaybını giderebilmek ve depresyon belirtilerini normalize edebilmek amacıyla madde kullanma eğiliminde olmalarına bağlandı.

Çalışmada benlik saygı düzeyi azaldıkça ÇÇT maruziyeti bulunmasının aşırı anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu görüldü. Çocukluk çağı travması kavramı ve ileri dönemdeki olası sonuçları hakkında ailelerin eğitilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerektiği düşünüldü.

Madde kullanımı olan bireyler arasında; ÇÇT bulunanlarda daha yüksek oranda komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edildi. Ayrıca benlik saygı düzeyi azaldıkça, eşlik eden psikiyatrik bozukluk bulunması olasılığının arttığı gözlemlendi.

Sonuç olarak; madde kullanımı olanların yüksek oranda çocukluk çağı travması geçirdikleri ve düşük benlik saygısına sahip oldukları saptandı. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, düşük benlik saygısı ve yetişkin dönemdeki psikiyatrik bozukluklar arasında pozitif ilişki belirlendi. Madde kullanımı olan bireylerde çocukluk çağı travmatik deneyimleri ve benlik saygısı düzeylerinin rutin olarak değerlendirilmesi gereklidir.

7- KAYNAKLAR

- 1) Özmen F, Kubanç Y. Liselerde madde bağımlılığı – Mevcut Durum ve Önerilere İlişkin Okul Müdürleri ve Öğretmenlerin Bakış Açıları. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 2013;8(3):357-382.
- 2) BA. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2000-2010 yılları arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımı iddiasıyla adli makamlarca gönderilen olguların irdelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gaziantep, Gaziantep Üniversitesi, 2011.
- 3) İR. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı ve suç ile ilişkisi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi, 2016.
- 4) Kulaksızoğlu B, Kulaksızoğlu S, Ellidağ HY, Yılmaz N, Bozkurt S. Antalya ilinde denetimli serbestlik karan alınan kişilerde uyuşturucu madde kullanımının araştırılması. The Bulletin of Legal Medicine, 2015;20(1):21-26.
- 5) BS. Madde kötüye kullanımı veya madde bağımlılığı tanısı alan çocuk ve ergenlere eşlik eden psikiyatrik bozuklukların incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2015.
- 6) Kutlu Y. Substance use and abuse among women / Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. Journal of Psychiatric Nursing, 2011;2(2):90-94.
- 7) Zorlu N, Türk H, Manavgat Aİ, Karadaş B, Gülseren Ş. Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011;12(4):253-257.
- 8) Karadeniz H, Birincioğlu İ, Seçilmişoğlu B, Savaş H, Zazoğlu, S. Trabzon'da Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nde madde bağımlılığı nedeniyle kayıtlı olgularda toksikolojik analiz bulguları ve tedavi uygulamalarının değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine, 2009;14(2):80-87.

- 9) SK. Madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik tedbiri uygulanan bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile suç - ceza ilişkilerinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Adıyaman, Adıyaman Üniversitesi, 2019.
- 10) Usta İ, Öztürk H. Denetimli Serbestlik. Ceza Hukuku Dergisi 2010;13:1-44.
- 11) Yavuz HA. Denetimli serbestliğin Türk ceza adalet Sistemindeki tarihsel gelişim süreci. Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 2012;100:318-342.
- 12) Perry AE, Darwin Z, Godfrey C, McDougall C, Lunn J, Glanville J, et al. The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: A systematic review. Subst Use Misuse 2009;44:374-400.
- 13) <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42931/denetimli-serbestlik-genelgesi.html>. Erişim Tarihi: 21.10.2019.
- 14) Karakuş G, Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. Çukurova Medical Journal, 2012;37(1):37-48.
- 15) Elbir M, Topbaş ÖA, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş ve ark. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. Turk Psikiyatri Dergisi, 2019;30(1):51-56.
- 16) AAN. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Yürütücü İşlevler, Çocukluk Çağı Örselenmeleri ve Akran Zorbalığı Açısından Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2018.
- 17) Ellason JW, Ross CA, Sainton K, Mayran LW. Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. Bulletin of the Menninger Clinic, 1996;60(1): 39–51.
- 18) Bernstein DP, Stei JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. Addictive Behaviors, 1998; 23:855–868.
- 19) ÇŞ. Aile İçi Şiddet, Benlik Saygısı ve Kişiler Arası İlişki Kurma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, İstanbul Ticaret Üniversitesi, 2018.

- 20) Richter SS, Brown SA, Mott MA. The impact of social support and self-esteem on adolescent substance abuse treatment outcome. J Subst Abuse, 1991;3:371-85.
- 21) Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. ACU Sağlık Bil Derg, 2016(1):44-9.
- 22) Işık M. Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim. Ankara: Sage, 2013.
- 23) KZU. Madde Kullanım Suçlarında Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2015.
- 24) Şengezer T. Aile hekimliğinde madde bağımlılığına yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics, 2012;3(2):46-50.
- 25) Mallin R, Benich JJ. Substance use disorders. In: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL, eds. Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine. The McGraw-Hill Companies; 2011.
- 26) Şengezer T, Şahin AD. Erkeklerde Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarına Güncel Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 2016;7(4):80-85.
- 27) American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I. Washington, DC (1. edition).
- 28) American Psychiatric Association (1966). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-II. Washington, DC (2. edition).
- 29) American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC (3. edition).
- 30) American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC (3. edition revised).
- 31) American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. Washington, DC (4. edition).
- 32) Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 2014.
- 33) Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders. Am J Psychiatry 2013; 170(8):834–851.

- 34)** Güleç G, Köşger F, Eşsizoğlu A. DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2015;7(4):448-460.
- 35)** Rash CJ, Weinstock J, Patten RV. A review of gambling disorder and substance use disorders. *Subst Abuse Rehabil*, 2016;17(7):3-13.
- 36)** Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2008;29(1):36-47.
- 37)** https://wdr.unodc.org/wdr2019/press/WDR_2019_press_release.pdf. Erişim Tarihi: 22.12.2019.
- 38)** Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018: Eğilimler ve Gelişmeler, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg, 2018.
- 39)** <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2019-TURKIYE-UYUSTURUCU-RAPORU.pdf>. Erişim Tarihi: 22.12.2019.
- 40)** Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2005; 1(47), 61-64.
- 41)** Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (Eds.), *Substance use and addictive disorders* (11th ed., pp. 584-652). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- 42)** Wu LT, Zhu H, Mannelli P, et al. Prevalence and correlates of treatment utilization among adults with cannabis use disorder in the United States. *Drug and Alcohol Dependence* 2017;177(8) 153–162.
- 43)** TKF. Uyuşturucu Madde Kullandığı İddiası ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na Gönderilen Olguların Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi, 2019.
- 44)** Huffman JW, Dai D, Martin BR, Compton DR. Design, Synthesis and Pharmacology of Cannabimimetic Indoles. *Bioorg Med Chem Lett*, 1994;4:563-566.
- 45)** Artuç S, Doğan KH, Demirci Ş. Uyuşturucu Maddelerde Yeni Trend Sentetik Kannabinoidler. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2014;19(3):198-205.

- 46) Yılmaz K, Yalçın M, Çakmakçı H, Bektemür G, Egici MT, Leblebici Y. Acil Servise Bonzai Kullanımıyla Başvuran Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerini Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 2015;1(2):80-85.
- 47) Ergül DF, Ekemen S, Yelken BB. Synthetic cannabinoid ‘bonzai’ intoxication: six case series. Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation, 2015;43(5):347-351.
- 48) Vandrey R, Dunn KE, Fry JA, Girling ER. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). Drug Alcohol Depend, 2012;120:238-241.
- 49) Moosmann B, Kneisel S, Girreser U, Brecht V, Westphal F, Auwärter V. Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of “spice gold”. Dtsch Arztebl Int, 2009;106:464-467.
- 50) Fantegrossi WE, Murnane KS, Reissig CJ. The behavioral pharmacology of hallucinogens. Biochem Pharmacol, 2008;75(1):17-33.
- 51) Delgado J. Intoxication from LSD and other common hallucinogens. UpToDate Waltham, MA: UpToDate, 2012. <https://www.uptodate.com/contents/intoxication-from-ld-and-other-common-hallucinogens>. Erişim Tarihi:07.01.2020.
- 52) Scott KD, Scott AA. Adolescent inhalant use and executive cognitive functioning. Child Care Health Dev. 2014;40(1):20–8.
- 53) Arslan Y, Katar D, Kayaçetin F, Subaşı İ. Afyon (opium) alkaloitleri ve önemi. Tarla Bitkileri Merkez Araştırma Enstitüsü Dergisi, 2008;17(1-2).
- 54) Kosten TR, George TP. The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. Sci Pract Perspect, 2002;1(1):13-20.
- 55) ÖMÖ. Denetimli Serbestlik Tedbiri ile Tedavi Kararı Verilenlerde Madde Kullanım Özellikleri I. Eksen ve II. Eksen Tanılarının Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2011.
- 56) Özbostan M. 2017 yılı ilk altı ayında adli tıp anabilim dalımız bilirkişi kurulunca ‘uyutucu, uyuşturucu, uyarıcı madde aranması’ konulu rapor düzenlenmiş olguların değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, 2018.

- 57) Asıcıoğlu F, Özcan M, Saygılı S, İraz M, Okudan M, İlhan L. Expert opinion on codeine and codeine containing drugs. *J For Med*, 2013;27(3):189-198.
- 58) İraz M. Opioid (narkotik) analjezik ilaç/ilaç etkileşimleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2007;3(31):28-32.
- 59) Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012;4(1):37-50.
- 60) Tellioğlu T. Buprenorphine: a new alternative in the treatment of opioid addiction. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2010;20(3):261-5.
- 61) Barnett SR, Riddle MA. Anxiolytics and sedative / hypnotics: Benzodiazepines, buspirone, and other. In: Martin A, Scatell L, Kratochvil C. (Eds.), *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice*. New York: Oxford University Press, Inc.; 2011:338.
- 62) Lüscher C. Drugs of abuse. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, eds. *Basic & Clinical Pharmacology*, 12th Edition, New York, The McGraw-Hill Companies, 2012; p:565-580.
- 63) Jann M, Kennedy WK, Lopez G. Benzodiazepines: a major component in unintentional prescription drug overdoses with opioid analgesics. *J Pharm Pract*, 2014;27(1):5–16.
- 64) Olson KR. Management of the Poisoned Patient. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, eds. *Basic & Clinical Pharmacology*, 12th Edition, New York, The McGraw-Hill Companies, 2012; p:1027-1038.
- 65) file:3-fusun-intavenoz.pdf. Erişim Tarihi: 23.02.2020.
- 66) Eilers H, Yost S. General Anesthetics. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, eds. *Basic & Clinical Pharmacology*, 12th Edition, New York, The McGraw-Hill Companies, 2012; p:429-447.
- 67) Tombul T, Çilingir V. Psikostimulanlar. *Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics*, 2010;3(1):128-38.
- 68) BB. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Ergenlerde Tedavi Hizmetlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2018.

- 69) Bagot KS, Kaminer Y. Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review. *Addiction*, 2014;109(4):547-57.
- 70) Yıldırım ZE, Sütçü ST. Madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2016;8(1):108-28.
- 71) Eslek A. Amfetamin ve Metamfetamin. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R. eds. *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme Kitabı*, Yeşilay Yayınları, 2019 ; 291-6.
- 72) Evren C, Bozkurt M. Update on methamphetamine: an old problem that we have recently encountered. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2018;31:1-10.
- 73) Chomchai C, Chomchai S. Global patterns of methamphetamine use. *Current opinion in psychiatry*, 2015;28(4):269-74.
- 74) Seiden LS, Sabol KE, Ricaurte GA. Amphetamine: effects on catecholamine systems and behaviour. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 1993;33:639-643.
- 75) Grant KM, Levan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine-Associated Psychosis. *J Neuroimmune Pharmacol*, 2011, 7(1):113–39.
- 76) Moszczynska A, Callan SP. Molecular, behavioral, and physiological consequences of methamphetamine neurotoxicity: implications for treatment. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2017;362(3):474-88.
- 77) Sönmez MB. Kokain. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R. eds. *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme Kitabı*, Yeşilay Yayınları, 2019 ; 271-6.
- 78) ÇD. Edirne'deki liselerde ve Trakya Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve psikoaktif madde kullanımının yaygınlığı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Edirne, Trakya Üniversitesi, 2011.
- 79) Meyer JS. 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): current perspectives. *Substance abuse and rehabilitation*, 2013;4:83-99.
- 80) Gürol DT. MDMA. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R. eds. *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme Kitabı*, Yeşilay Yayınları, 2019 ; 277-89.

- 81)** CH. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniğine Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulguları ile Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Eş Tanılar (Tıpta Uzmanlık Tezi). Edirne, Trakya Üniversitesi, 2013.
- 82)** Skinstad AH, Swain A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2001;27(1):45-64.
- 83)** KS. Bir Psikiyatri Kliniğinde Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı ve Klinik Özellikleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği, 2018.
- 84)** Evren C. Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: Bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri, 2004;7,:111-9.
- 85)** Bayraktar S. Ruhsal Travma, Dissosiyasyon ve Porttravmatik Stres Bozukluğu. Öztürk E, editör. Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.1-7.
- 86)** ELE. Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Devam Eden Şiddet ve Psikopatoloji ile İlişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Zonguldak, Bülent Ecevit Üniversitesi, 2018.
- 87)** DNG. Bipolar I Bozukluğu Olan Olgularda Dissosiyatif Belirtilerin Madde Kullanımı ve Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2018.
- 88)** Çelik FGH, Hocaoglu Ç. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sakarya Tıp Dergisi, 2018;8(4):695-711.
- 89)** Wright MO, Crawford E, Castillo DD. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. Child Abuse Negl, 2009;33:59-68.
- 90)** Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısır döngü olarak şiddet. Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar, 2012; 4(1):112-37.
- 91)** Clarke J, Stein DM, Sobota M, Marisi M, Hanna L. Victims as victimizers: physical aggression by persons with a history of childhood abuse. Archives of Internal Medicine, 1999;159(16):1920-4.

- 92)** Toker T, Tiryaki A, Özçürümez G, İskender B. Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları ile İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011; 22(2):83-92.
- 93)** OİE. Madde Kullanım Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ya da Her İki Bozukluğa Birden Sahip Olan Ergenlerde Madde Kullanım Özellikleri, Çocukluk Çağı Travmaları ve Algılanan Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2013.
- 94)** Kaya Z, Yüncü Z, Karaca R. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde kişilik ve psikolojik özellikler ile benlik saygısının incelenmesi. Current Psychiatry and Psychoneuropharmacology, 2014;4(2):5-13.
- 95)** AN. Anne Babası Boşanmış Ergenlerin Benlik Saygısı ve Okula Bağlılık Düzeylerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, 2016.
- 96)** Ercan O, Alikışifoğlu M. Ergenlerde riskli davranışlar. Türk Pediatri Arşivi. 2009; 44:1-6
- 97)** Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2011;9(1):33-44.
- 98)** Zengin S, Altay B. Sınıf Öğretmenliği Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Madde Kullanım Durumlarına Göre Benlik Saygısının İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(3):892-907.
- 99)** <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5402.pdf>. Erişim Tarihi: 25.03.2020.
- 100)** <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>. Erişim Tarihi: 25.03.2020.
- 101)** <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130305.pdf>. Erişim Tarihi: 25.03.2020.
- 102)** <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2796,denetimliserbestlikteda%20v%20hizmetlerigenelge-1pdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 25.03.2020.

- 103)** Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 1994; 151(8): 1132-1136.
- 104)** Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2012;32(4):1054-1063.
- 105)** Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton University Press, NJ, 1965.
- 106)** Çuhadaroglu FÇ. Adolesanlarda Benlik Saygısı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1986.
- 107)** ÇE. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran, Ebeveynleri Boşanmış Olan ve Olmayan Çocukların Ruhsal Sorunlar, Psikolojik Sağlık, Öz-Kavramı ve Ebeveyn Kabul / Reddi Açısından ve Annelerinin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Açısından Karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2018.
- 108)** BMA. Üniversite Öğrencilerinin Özgecilik Düzeyleri ile Empatik Eğilim ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Mersin, Çağ Üniversitesi, 2020.
- 109)** Orum MH, Kustepe A, Kara MZ, Dumlupinar E, Egilmez OB, Ozen ME, et al. Addiction profiles of patients with substance dependency living in Adiyaman province. *Substance*, 2018;35(43):8.
- 110)** BG. Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Tedavi Kararlarında Uygulanacak Bağımlılık Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2010.
- 111)** Altıntoprak AE, Akgür SA, Kitapçioğlu G, Yüncü Z, Coşkunol H. Retrospective analysis of probationers: sociodemographic characteristics, individual and familial history of addiction and crime, and treatment outcomes. *Journal of Dependence*, 2014;15(1):1-9.
- 112)** Aslan M, Hocaoglu Ç. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Denetimli Serbestlik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2015;20(3):138-143.

113) PB. Denetimli Serbestlik Kapsamında Madde Bağımlılığı İçin Tedaviye Yönlendirilen Olguların Algıladıkları Aile Desteğinin Tedaviye Etkisi ve Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Varlığı (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2014.

114) Eğilmez OB, ÖrüM MH, Dumlupınar E. Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Adıyaman İlinde Yapılan Başvuruların Karşılaştırmalı Analizi: 2017 ve 2018 Yılı Verileri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2020;22(1):30-38.

115) Gonzalez JMR, Walters ST, Lerch J, Taxman FS. Gender Differences in Substance Use Treatment and Substance Use Among Adults on Probation. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2018;44(4):480-487.

116) Gonzalez JMR, Walters ST, Lerch J, Taxman FS. The Relationship between Drug Use, Drug-Related Arrests, and Chronic Pain Among Adults on Probation. Journal of Substance Abuse Treatment, 2015;53:33-38.

117) Hamdi E, Sabry N, Sedrak A, Khowailed A, Loza N, Rabie M, et al. Sociodemographic indicators for substance use and abuse in Egypt. J Addiction Prevention, 2016;4(1),8.

118) Becker JB, McClellan ML, Reed BG. Sex differences, gender and addiction. Journal of Neuroscience Research, 2017;95(1-2):136-147.

119) Yazici AB, Yazici E, Kumsar NA, Erol A. Addiction profile in probation practices in Turkey: 5-year data analysis. Neuropsychiatric disease and treatment, 2015;11:2259-2263.

120) Avci S, Sarikaya R, Kavak N, Ozmen FN, Aydin M, Arslan, E. D, et al. Socio-demographic and clinical profile of substance abuse patients admitted to an emergency Department in Ankara, Turkey. Acta Biomedica, 2016;87(3):286-290.

121) Moss HB, Chen CM, Yi HY. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. Drug and Alcohol Dependence, 2014;136:51-62.

122) Karaağaç H, Usta ZE, Usta A, Yarmalı MG, Gödekmerdan A. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların

sosyodemografik özelliklerinin retrospektif analizi. *Düşünen Adam*, 2017;30(3):251-257.

123) Rossheim ME, Livingston MD, Lerch JA, Taxman FS, Walters ST. Serious mental illness and negative substance use consequences among adults on probation. *Health & Justice*, 2018;6(1):6.

124) Poscia A, Parente P, Frisicale EM, Teleman AA, Waure CD, Pietro MLD. Risky behaviours among university students in Italy. *Annali Dell'istituto Superiore Di Sanità*, 2015;51:111-115.

125) Bahçeci B, Çelik FH, Kandemir G, Güveli H, Polat S, Hoccoğlu Ç. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bir eğitim ve araştırma hastanesine denetimli serbestlik kapsamında başvuran hastaların değerlendirilmesi: Bir yıllık geriye dönük çalışma. *Adli Tıp Dergisi*, 2014;8(1):1-9.

126) Bonsack C, Camus D, Kaufmann N, Aubert AC, Besson J, Baumann P, et al. Prevalence of substance use in a Swiss psychiatric hospital: interview reports and urine screening. *Addictive Behaviors*, 2006;31(7):1252-1258.

127) Turan R, Yargic I. The relationship between substance abuse treatment completion, sociodemographics, substance use characteristics, and criminal history. *Substance Abuse*, 2012;33(2):92-98.

128) Bhalla IP, Stefanovics EA, Rosenheck RA. Clinical epidemiology of single versus multiple substance use disorders: polysubstance use disorder. *Medical care*, 2017;55:24-32.

129) Eren F, Gündüz N, Turan H, Erzincan E. Erzurum İlinde Denetimli Serbestlik Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik İncelenmesi. *Current Addiction Research*, 2018;2(1):11-16.

130) Goreishi A, Shajari Z. Substance Abuse among Students of Zanjan's Universities (Iran): A Knot of Today's Society. *Addiction & health*, 2013;5(1-2):66-72.

131) Arabacı LB, Taş G, Dikeç G. Çocuk ve Ergenlerde Madde Kullanımı, Suça Yönelme, Ruhsal Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2017;18(4):135-144.

- 132)** Bilici R, Uğurlu GK, Tufan E, Güven T, Uğurlu, M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 2012;17(4):223-227.
- 133)** Ersöğütçü F, Karakaş SA. Social functioning and self-esteem of substance abuse patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2016;30(5):587-592.
- 134)** Fazel S, Bains, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systemic review. *Addiction*, 2006;101:181-191.
- 135)** Pérez AO, Benschop A, Blanken P, Korf DJ. Criminal involvement and crime specialization among crack users in the Netherlands. *European Addiction Research*, 2015;21(2):53-62.
- 136)** Groot W, van den Brink HM. The effects of education on crime. *Applied Economics*, 2010;42(3):279-289.
- 137)** Uba I, Yaacob ST, Talib MA, Mofrad S, Abdullah R. Effect of self-esteem in the relationship between stress and substance abuse among adolescents: A mediation outcome. *International Journal of Social Science and Humanity*, 2013;3:214–217.
- 138)** Khajehdaluae M, Zavar A, Alidoust M, Pourandi R. The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iran Red Crescent Medicine Journal*, 2013;15,:76–82.
- 139)** Oviedo-Joekes E, Marchand K, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Krausz M, et al. History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. *Addictive Behaviors*, 2011;36(1-2):55-60.
- 140)** Konstenius M, Leifman A, van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, Franck J, Moggi F, et al. Childhood trauma exposure in substance use disorder patients with and without ADHD. *Addictive Behaviors*, 2017;65:118-124.
- 141)** Ekinci S, Kandemir H. Childhood trauma in the lives of substance-dependent patients: The relationship between depression, anxiety and self-esteem. *Nord J Psychiatry*, 2015;69:249-253.
- 142)** Darke S, Torok M. Childhood physical abuse, non-suicidal self-harm and attempted suicide amongst regular injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2013;133(2):420-426.

8- EKLER

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

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

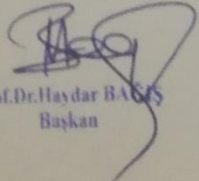
Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
21/05/2019	4	2019/4-20

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Öğretim Üyesi Dr.Öğr.Üyesi Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Birimine Başvuran Kişilerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi" adlı proje için hazırlanmış olan ve 08/05/2019 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Etik Kurul kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

(İmza) Prof. Dr. Gülnur TARHAN Üye	(İmza) Doç. Dr. Fatih ÜÇKARDEŞ Üye
(İmza) Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin KAFADAR Üye	(İmza) Doç. Dr. Mehmet TEKİN Üye
(Katılmadı) Dr.Öğr.Üyesi Serdar OLT Üye	(Katılmadı) Dr.Öğr.Üyesi Ali PARLAR Üye
(İmza) Dr.Öğr.Üyesi Mehmet BÜLBÜL Üye	(İmza) Dr.Öğr.Üyesi Muhittin ÖNDERCI Üye
(İmza) Doç. Dr. Ali ŞİMŞEK Üye	(İmza) Doç. Dr. Mahmut KOPARAL Üye

ASLI GİBİDİR


Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

8.2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Tüm katılımcılar için)

"Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Birimine Başvuran Kişilerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. **Bu çalışma, araştırma ve bilimsel amaçlı yapılmaktadır. Katılımcılara ek adli sorumluluk ve aleyhine delil niteliği taşımamaktadır. Devam etmekte olan denetimli serbestlik sürecinize olumlu yada olumsuz herhangi bir etkisi söz konusu değildir.** Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

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

Bu çalışmada Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Denetimli Serbestlik Birimi'ne tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri uygulaması kapsamında başvuran ve Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuruda bulunan madde kullanımı olmayan bireylerin sosyodemografik ve klinik verileri ile çocukluk çağı travma varlığı ve benlik saygılarının değerlendirilmesi ile ek psikiyatrik tanıları olup / olmadığının incelenmesi esas olarak amaçlanmaktadır. Ayrıca katılımcıların madde kullanım özellikleri ile tedavi uyumlarının değerlendirilmesi diğer amaçlar olarak düşünülmektedir. Ülkemizde araştırma konusu ile ilgili karşılaştırılan veriler açısından benzer çalışmalar farklı illerde yapılmış olmakla birlikte, birebir çalışma bulunmamaktadır. Adıyaman ilimizde ilk defa bu konuda çalışma yapılmaktadır. Çalışmaya Psikiyatri Polikliniğine başvuracak en az 128 (yüz yirmi sekiz) gönüllü katılımcının dahil edilmesi planlanmaktadır.

• **Bu çalışmaya katılmamalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

• **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırma için en fazla 1 saatlik süre ayırmanız yeterli olacaktır, sizden alınan bilgiler kaydedilerek, çalışma kapsamına dahil edilecektir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik özellikleri içeren katılımcı veri formu ve DSM-5 için hazırlanmış DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) sizden görüşme sırasında alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirilecek ve kaydedilecektir. Ek olarak çocuklukta yaşanan istismar ve ihmali değerlendirmek amacıyla kişinin öz bildirimine dayanan Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ve bireylerin benlik saygısını yani kişinin kendinden memnun olması ve kendini değerli, beğenilmeye ve sevilmeye değer görüp görmediğini değerlendiren Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği sizin tarafınızdan doldurulacaktır. Araştırma tahminen 1 yıl sürecektir.

• **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Çalışma neticesinde katılımcıların çocukluk çağı travması geçirip / geçirmediikleri, benlik saygı düzeyleri ve olası ek psikiyatrik hastalık tanısı olup / olmadığı ortaya çıkarılabilecektir. Ek olarak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar; başka insanların, bilimin ve devletin yararına kullanılabilecektir.

Çalışma yalnızca bilimsel amaçlıdır. Katılımcılara ek adli sorumluluk getirmemekte ve aleyhine delil niteliği taşımamaktadır. Devam etmekte olan denetimli serbestlik sürecinize olumlu yada olumsuz herhangi bir etkisi söz konusu değildir.

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

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

• **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?** (Bu bölüm aynen korunacaktır)

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

• **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?** (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Şeyma SEHLİKOĞLU
GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.
TELEFON : 04162161015/ Dahili:1186

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

Psikiyatri Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr. Şeyma SEHLİKOĞLU / Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

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

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).*
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

8.3. KATILIMCI VERİ FORMU

1) Sosyodemografik Veriler

1. Yaşınız: (_____)
2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın
3. Medeni durumunuz: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Eşinden ayrı yaşıyor
4. Tamamlanmış Eğitim durumunuz: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu 4. İlköğretim mezunu 5. Lise mezunu 6. Yüksekokul mezunu 7. Üniversite mezunu 8. Yüksek lisans-doktora mezunu
5. Mesleğiniz: 1. İşsiz 2. Öğrenci 3. İşçi 4. Serbest Meslek Sahibi 5. Emekli 6. Ev Hanımı
7. Diğer (Belirtiniz: _____)
6. Şu anda kiminle yaşıyorsunuz? 1. Yalnız 2. Aile ile 3. Arkadaşlarla 4. Diğer (Belirtiniz: _____)
7. Şu an gelir getirici düzenli bir işte çalışıyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet (Cevabınız evet ise; Aylık geliriniz: 1. 0-1000 TL 2. 1000-2500 TL 3. 2500-5000 TL 5000 TL ve üzeri)
8. Yaşadığınız Yer: 1. İl 2. İlçe 3. Köy 4. Diğer (Belirtiniz: _____)
9. Duyusal (işitme, görme vb.), zihinsel ya da bedensel bir engeliniz var mı?
1. Yok 2. Var (Belirtiniz: _____)

2) Madde Kullanım Verileri

1. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Hayır, Hiç kullanmadım. 2. Evet (____ paket/yıl)
2. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Hayır, Hiç kullanmadım. 2. Evet (____ yıl)
3. Yaşamınız boyunca herhangi bir madde(ler) kullandınız mı?
a. Hiç kullanmadım.
b. Evet kullandım. (Belirtiniz: _____)
1) Esrar (marijuana, joint, ot, gubar, THC/tetrahidrokannabinol vb)
2) Ecstasy (ekstazi, 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA))
3) Eroin
4) Kokain
5) Bonzai
6) Metamfetamin (kristal, tina, crack, taş, ateş ve buz)
7) İlaç olarak kullanılan ancak bağımlılık yapabilecek maddeler (Diazem, Nervium, Xanax, Tranxilene, Tantum, Ativan, Rohipnol, Rivotril, Akineton, Lomotil, kodeinli öksürük şurupları, bazı kilo verme hapları, doping içeren haplar)(Eğer bu ilaçlar doktor bilgisinde ve önerisiyle kullanıldıysa "KULLANMAMIŞ" olarak değerlendirilecektir.)
8) Morfin

- 9) Diğer (Belirtiniz: _____) (Metadon, Liserjik asit dietilamid (LSD), Gama hidroksi bütirat (GHB), Fensiklidin (Melek Tozu), Buprenorfin)
- c. Çoklu madde kullanımı: 1. Var () 2. Yok ()
4. Maddeyi ilk kullandığınız yaş: (____/yaş)
5. Madde kullanım süresi: (____/yıl)
6. Maddeyi ilk kullanma nedeniniz: 1. Heveslenme 2. Arkadaşların ısrarı/baskısı 3. Eğlenmek, eğlenceli bir ortamda bulunurken 4. Stresten Uzaklaşmak 5. Ailede/Evde kullanan kişiye özenmek 6. Bir sağlık sorununu gidermek/azaltmak için 7. Diğer (Belirtiniz: _____)
7. Daha önce maddeyi bırakmak için ayaktan veya yatarak tıbbi tedavi gördünüz mü?
1. Hayır 2. Evet Evetse: a) Ayaktan: (____defa) b) Yatarak: (____defa)
8. Herhangi bir psikiyatrik ya da psikolojik tedavi aldınız mı?
1. Hayır 2. Evet (Belirtiniz: _____)
9. Ailede madde kullanan kişi var mı?
1. Var () 2. Yok ()
- Ev içinde madde kullanımı olan bireyler; 1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Eş/Sevgili 5. Çocuk
6. Ev arkadaşı
10. Arkadaş çevrenizde madde kullanan var mı? 1. Yok () 2. Var ()
11. Hayatınızın herhangi bir döneminde intihar girişiminiz (denemeniz) oldu mu?
1. Hayır 2. Evet (Nasıl? _____)
12. Kendinize zarar verecek herhangi bir davranışınız oldu mu?
1. Hayır 2. Evet (Nasıl? _____)

3) Diğer Veriler

1. Hayatınızda herhangi bir suçtan dolayı ceza aldınız mı?
1. Hayır 2. Evet
- (Suç Belirtiniz: kavga - hırsızlık - askeri suçlar - dolandırıcılık (yazınız _____))
2. Denetimli serbestlik dosya sayısı (şu anki dahil olarak) : 1. 1 () 2. 2 ()
3. 3 ve üstü (____ DS dosya sayısı)
3. Çekirdek ailede herhangi bir suç nedeniyle ceza almış biri var mı?
1. Hayır 2. Evet
- Ceza alan birey(ler); 1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Eş 5. Çocuk

8.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

-Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) yaşamış olabileceğiniz bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. istediğiniz işareti bırakınız. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun ve doğru yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık -Her zaman
<u>Cocukluğumda yada ilk gençliğimde...</u>					
1) Yeterli yemek bulamazdım	1	2	3	4	5
2) Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3) Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4) Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5) Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6) Sevidiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7) Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9) Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıynklar oluyordu	1	2	3	4	5
10) Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum	1	2	3	4	5
11) Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5

12) Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13) Ailedekiler bana kırııcı yada saldırganca sözler söylerlerdi	1	2	3	4	5
14) Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum	1	2	3	4	5
15) Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı	1	2	3	4	5
16) Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu	1	2	3	4	5
17) Ailede birisi benden nefret ederdi	1	2	3	4	5
18) Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi	1	2	3	4	5
19) Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi	1	2	3	4	5
20) Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı	1	2	3	4	5
21) Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı	1	2	3	4	5
23) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24) Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum	1	2	3	4	5
25) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26) Gerekğinde beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28) Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5

8.5. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır ?
a. ÇOK DEĞİŞİR b. ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c. ÇOK AZ DEĞİŞİR d. HİÇ DEĞİŞMEZ
12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu ?
a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz
13. Kendim hakkındaki görüşlerimin **çok çabuk** değiştiğini farkettim.
a. DOĞRU b. YANLIŞ
14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.
a. DOĞRU b. YANLIŞ
15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.
a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16.Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz ?

- a. İnsanların çoğuna güvenilebilir.
b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler ?

- a. Başkalarına yardım etmeye
b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

D – 4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır ?

- a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz ?

- a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur ?

- a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz ?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu ?

- a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız ?

- a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz ?

- a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.
c. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

- a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

- a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşılmadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz ?

- a. Çok daha fazla olarak babamdan yana b. Biraz fazla olarak babamdan yana
c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz fazla olarak annemden yana
e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D – 12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

- a. Evet b. Hayır

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz ?

- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir.
b. Çoğu gerçekten beni tanımaz.