



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OPIYAT BAĞIMLILARININ SOSYODEMOGRAFİK
VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN GÖÇ İLE
İLİŞKİLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Musa YILDIZ

Antalya, 2014



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OPIYAT BAĞIMLILARININ SOSYODEMOGRAFİK
VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN GÖÇ İLE
İLİŞKİLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Musa YILDIZ

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Ömer GEÇİCİ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2014

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iii
Çizelgeler Dizini	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Madde Kullanım Bozuklukları	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. DSM-IV-TR'ye göre sınıflandırılması	6
2.1.2.1. Madde bağımlılığı	6
2.1.2.2. Madde kötüye kullanımı	7
2.2. Psikoaktif Maddeler	8
2.2.1. Opiyatlar	8
2.2.1.1. Afyon	8
2.2.1.2. Morfin	9
2.2.1.3. Eroin	9
2.2.2. Alkol	10
2.2.3. Amfetamin	11
2.2.3.1. Ekstazi	12
2.2.4. Esrar	13
2.2.5. Kokain	15
2.2.5.1. Crack	15
2.2.6. Uçucu maddeler	16
2.2.7. Nikotin	17
2.2.8. Halüsinojenler	19
2.2.9. Sedatif- Hipnotik- Anksiyolitikler	20
2.3. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi	22
2.4. Kişilik, Mizaç ve Karakter	29
2.4.1. Kişilik	29
2.4.2. Mizaç	30
2.4.2.1. Mizacın psikobiyojisi	31
2.4.2.2. Mizacın alt boyutları	32
2.4.3. Karakter	34

2.4.3.1. Karakterin psikobiyojisi	34
2.4.3.2. Karakterin alt boyutları	35
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	37
3.1. Örnekleme	37
3.2. Veri Toplama Araçları	37
3.2.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu	37
3.2.2. Mizaç ve karakter envanteri	38
3.3. İstatistiksel Çözümleme	39
4. BULGULAR	40
4.1. Sosyodemografik Veriler	40
4.2. Klinik Veriler	44
4.3. Kişilik Özellikleri	50
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	62
7. ÖZET	64
8. ABSTRACT	65
9. KAYNAKLAR	66
10. EKLER	77
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu	77
Ek 2. Mizaç ve Karakter Envanteri	80

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AMATEM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
AMBUAM	Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi
DMT	Dimetiltriptamin
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EMCDDA	The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)
EMQ	European Model Questionnaire (Avrupa Model Anketi)
ESPAD	The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
GABA	Gamma aminobütirik asit
IPA	Instrument for Pre-accession Assistance (Katılım Öncesi Mali Yardım Programı)
LSA	d-liserjik asit amin
LSD	Lizerjik asit dietilamid
MDA	Metilendioksiamfetamin
MDMA	3,4-metilen dioksi metamfetamin
MKE	Mizaç ve Karakter Envanteri
MÖ	Milattan Önce
NMDA	N-metil-D-aspartat
PASW	Predictive Analytics SoftWare
PCP	Fensiklidin
TCI	Temperament and Character Inventory
THC	Tetrahidrokannabiol
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Örneklemi oluşturan grupların sosyodemografik özellikleri	40
4.2. Örneklemi oluşturan grupların çalışma hayatına ilişkin özellikleri	41
4.3. Örneklemi oluşturan grupların özkıym girişimi ve ailede madde kullanım özellikleri	42
4.4. Örneklemi oluşturan grupların sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri	42
4.5. Opiyat bağımlılarının madde kullanımına ilişkin özellikleri	44
4.6. Örneklemi oluşturan grupların gerçekleştirdiği göçe ilişkin özellikleri	46
4.7. Opiyat bağımlılarının tedavi girişimlerine ilişkin özellikleri	47
4.8. Opiyat bağımlılarının remisyon sürelerine ilişkin özellikleri	48
4.9. Örneklemi oluşturan grupların MKE ölçek ve alt ölçek puanları	50
4.10. Opiyat bağımlılarının MKE ölçek puanları	51
4.11. MKE ölçek puanlarının birbirleriyle, yaş ve eğitim yılıyla korelasyonları	51

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde bağımlılığı tüm dünya ülkelerinin karşı karşıya olduğu en önemli sorunlardan birisidir. Bu sorun Türkiye’de son yıllarda artış göstermekle beraber bu artış, yakın gelecekte Türkiye’nin en önemli sorunlarından birisinin madde bağımlılığı olabileceğini göstermektedir (1). Toplumun her kesimini etkilemesi ve bir toplumdan diğerine sınır tanımaz yaygınlığı sorunun önemini daha da artırmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kırsaldan kente düzensiz göç ve işsizlik sorunu sonucunda, ekonomik ve sosyokültürel yapıda hızlı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Değişen değer yargıları ve geleneksel toplumun otokontrol mekanizmalarının gücünün azalması, bireyi ve onun oluşturduğu toplumu sosyal yalnızlığa ve yabancılaşmaya götürmektedir. Sonuçta çaresizleşen bireyin yeni doyum yolları araması ve bu yolda kendine ve topluma zararlı tercihlere yönelmesi kolaylaşmaktadır (2,3).

Madde bağımlılığı fiziksel, ruhsal, toplumsal sorunlara yol açabilen kronik bir rahatsızlıktır. Çok yönlü bir sorun olan madde bağımlılığını önleme ve tedavi faaliyetlerine de çok yönlü yaklaşmak gerekmektedir. Bu nedenle madde bağımlılığına neden olabilecek bir kişilik yapısının olup olmadığı uzun yıllardan beri araştırmacıların en önemli ilgi odaklarından biri olmuştur. Kimlerin bağımlı olabileceğinin tespit edilmesi tam olarak mümkün olmamasına rağmen belirli bazı ortak özelliklerin varlığı ortaya konulabilmiştir.

Literatürde bağımlı bireylerde kişilik özelliklerinin incelendiği birçok çalışma vardır. Mizaç ve karakter envanteri ile yapılan çalışmalarda genellikle yenilik arayışında yüksek puanlar, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığında orta/düşük puanlar bulunmuştur (4,5). Behrman ve Noble (6), risk alma ve yenilik arayışına yol açan kişilik özelliklerinin bağımlılıktaki rolüne dikkat çekmiştir. Gomez ve arkadaşları (7), sebat etmede düşük puanlar bulmuştur. Madde bağımlıları ile yapılan diğer bir çalışmada kendini yönetme ve işbirliği yapma değerleri kontrol grubundan düşük iken, kendini aşma puanları kontrol grubundan çok daha yüksek çıkmıştır (8).

Kişiliğin bağımlılar üzerindeki rolünün araştırılması, madde kullanım bozukluğu gelişme riski yüksek bireylerin tanımlanmasına yardımcı olarak riskli grupların korunabilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca bu alandaki çalışmalar, bağımlılıkla ilgili sorunların tedavisi için başvuran bireylerin klinik farklılıklarını anlamada ve böylece

yardım için başvurmuş farklı bireylerin farklı tedaviler için eşleştirilmesinde fayda sağlayabilir (9).

Bu çalışmanın amacı opiyat bağımlılarının sosyodemografik, klinik ve kişilik özelliklerinin araştırılması ve göçün bu özelliklere etkisinin değerlendirilmesidir. Bu amaçla başka şehirlerden Antalya'ya göç etmiş ve Antalya'nın yerlisi olan opiyat bağımlı bireyler kendi aralarında ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılacak, kendilerine özgü özellikleri belirlenecek ve madde bağımlılığı konusunda yeni yaklaşım biçimleri geliştirilmesine ışık tutulacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozuklukları

2.1.1. Tarihçe

Tarihte yazılı belgelerden bilgi edinebildiğimiz ilk madde alkoldür. İnsanoğlu alkolün gerginliği ve anksiyeteyi giderici etkilerini çabuk keşfetmiş ve ayrıca ona kutsal bir anlam da yüklemiştir. Tarihte alkolün ilk kullanımı muhtemelen fermente edilmiş bal veya meyvelerin tüketilmesi yoluyla olmuştur. Bilinçli bir şekilde üzüm fermentasyonu ve alkol elde edilmesi, buna yönelik ilk verilere göre M.Ö. 6000’lerde bugünkü Ermenistan bölgesinde gerçekleşmiştir (10). Eski Mezopotamya’ya ait reçete tabletlerinde şarabın ilaç olarak kullanıldığına işaret eden veriler bulunmaktadır (11). M.Ö. 4000 yıllarında Mısır’da arpadan bira yapılması biliniyordu. M.Ö. 2200’lere ait belgelerde Hammurrabi Kanunları’nda şarabın yapılışı ve kullanımı ile ilişkili kurallar bulunmaktaydı. Eski Roma ve Yunan döneminde de üzüm ve şarap kutsal sayılmış, Roma’da Baküs, Atina’da Dionisos içki ve şarap tanrısı olarak kabul edilmiştir. Musevilikte sarhoş olmamak koşulu ile içki içilmesine izin verilmiştir. Ayrıca Musevilğin ilk yıllarında bazı ritüelik törenlerde uyarıcı maddelere de yer verilmiştir. Hintliler esrara başarı ve mutluluk anlamına gelen “vişema” adını vermiştir. Perslerin kutsal kitabı olan Zerdüş kenevir bitkisinin insana mutluluk ve neşe verdiğini, keder ve üzüntüyü dağıttığını yazar. Ünlü tarihçi Herodot, Mezopotamya bölgesinde yaşayan Asurlular ve Sümerler ile Aral bölgesinde yaşayan İskitlerin kenevire benzer bir bitkinin yapraklarını ateşe atarak çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını ve neşelendiklerini yazmıştır (12).

Tarihsel kaynaklar alkolün yanı sıra afyonun etkilerinin de milattan önceki yıllara dek bilindiğini göstermektedir. Afyonun tıbbi amaçlarla daha eski tarihlerde de kullanıldığına ilişkin belgeler bulunmaktadır. Tarihin bilinen en eski farmakoloji kitabı sayılan ve M.Ö. 15. yüzyıla tarihlendirilen Ebers papirüsünde çocukların ağlaması ve huysuzlukları için haşhaş bitkisiyle hazırlanan bir ilaç tarif edilmiştir. Afyonun bir tarım ürünü olarak bilinçli ekiminin ise M.Ö. 7. yüzyıl civarında bugünkü Yunanistan topraklarında başladığı ileri sürülmektedir. Büyük İskender’in seferleri sırasında fethettiği yerlerde haşhaş tarlaları oluşturduğu ve askeri ihtiyaç doğrultusunda kullanıldığı İskendernameler’de belirtilmiştir (13).

21 yaşındaki Sertürner isimli bir eczacı asistanı, bulduğu alkaloit ile hayvan deneyleri yaptı. Alkaloit çıkarıldığında afyonun hiçbir etkisi kalmıyordu ama bu maddenin kendisi, işlenmiş afyondan on kat daha etkiliydi. Sertürner, afyonun sırrına erdiğinin farkındaydı ve bunu ‘principium somniferum (uyku verici ilke)’ olarak adlandırıyordu. Buluşuna da, Yunan rüya tanrısı Morpheus’tan ötürü ‘morphium’ dedi. Sonra da morphia, morphinum gibi çeşitli adlarla anılan bu maddeyi günümüzde ‘morfin’ olarak biliyoruz. Morfin, keşfedilişinden sonraki on yıl boyunca uyuşturucu bağımlılarının ilgisini çekmemişti ama güçlü bir madde olduğu için birçok intiharda araç işlevi gördü. Balzac’ın *Comedie du Diable* (Şeytanın Komedyası) adlı yapıtında barut ve insan yapımı diğer yıkım araçlarıyla birlikte anılıyor ve bizzat şeytanın ağzından, cehennemdeki ani nüfus artışının nedeni olduğu ifade ediliyordu. 1806’da bulunan morfin, afyondan 10 kat etkiliydi. Afyon bağımlılarının bu ilaçla tedavi edilmesi yoluna gidildi. Morfinin asıl yayılmasını sağlayan deri altına ve daha sonra damar içine enjeksiyonu mümkün kılan Pravaz şırıngasının geliştirilmesi oldu. İlk zamanlar morfin kullanımı zararsız olarak görülüyor, bu düşünceyle doktorlar afyon bağımlılarına bol bol morfin enjeksiyonu yapıyordu. Böylece morfin bağımlılığı türedi. Morfinizmin tek farkı, bir ilaç olarak görüldüğü için, afyon bağımlılığı gibi kişi toplum içinde bir damga yemiyordu. Ancak o dönemlerde bağımlılık tam olarak tanımlanmadığı için, afyon veya morfin alışkanlığı uzun süre tıbbi tedavinin bir pürüzü olarak değerlendirildi (14).

1830’lardan itibaren afyonun zararları tartışılmaya başlandı. 1860 yılında zehirlenmelerden kaynaklanan ölümlerin üçte birinin afyondan kaynaklandığı bildiriliyordu. 1868’de ilk yasaklar konmaya başladı. Afyonun tahtı sallanıyordu. 1876’da bu maddelerin yasaklanması için dernekler kurulmaya başlandı (14).

1874 yılında Londra Paddington St. Mary Hastanesi’nde çalışan C.R Alder Wright daha saf bir madde bulmak için morfini asit anhidritle kaynattı ve buluşuna “tetra etil morfin” adını verdi. Almanya’da Bayer laboratuvarlarında çalışan kimyager H. Dresser, Felix Hoffmann ile birlikte morfin ve asit anhidrit sentezinin ticari olarak kullanılabilecek seri üretime uygun etkili bir yöntemini geliştirdi. Bu yeni madde morfinden çok daha güçlüydü. İşte bu maddeye heroin adını verdi. “Heroin!” Heroin bir marka olarak 1898 Haziran’ında Bayer tarafından pek çok ülkede aynı anda tescil edildi. Üzerinde aslan ve dünya resimleri bulunan küçük kırmızı paketler aynı yılın kasım ayında piyasaya sürüldü. O dönem Heroin isimli ilaç, Bayer firmasının karının

yüzde 5'ini oluştuyordu. Konunun ilginç yanı, iki hafta önce Dresser ve Hoffman ikilisi aspirini de keşfetmişti. Her ikisinin reklamı birlikte yapılıyordu. Dünyaya aynı anda gelen iki ilaçtan biri iyilik, diğeri felaket verdi (14).

Türkiye'de eroın özellikle 1936 yılından sonra bir süre yaygın olarak kullanılmıştır. Bunun nedeni de bir Japon firmasının 1936 yılında eroın imal etmek için hükümetten izin alması ve İstanbul'da kurduğu ilk imalathaneden sonra bir Fransız firması ile birlikte kurdukları ikinci ve üçüncü imalathanelerde ürettikleri eroın maddesini neşe ve güç kaynağı olduğu propagandası ile ucuz bir fiyata tütüncülerde satmaya başlamasıdır. Ancak kısa sürede zararlı etkileri ve bağımlılık yaptığı görülerek Atatürk başkanlığında toplanan bakanlar kurulu bu maddenin satışını yasaklayarak imalathaneleri kapattırması ve imal için kullanılan cihazlar imha edilmiştir (15).

Bu maddenin imalini önleyebilmek için ceza kanununa bu suçla ilgili idam cezası getirilmiş ve bu maddenin imalinde kullanılan asit anhidrit maddesinin ithali yasaklanmıştır. Dünyada ise 19.02.1925 yılında Cenevre Anlaşması çerçevesinde afyon kontrolü için devamlı olarak kurulan 'Merkez Komitesi' aracılığı ile bu maddenin kontrolüne çalışılmış ise de ancak 1953 yılında 50'ye yakın ülke eroın imalini ülkelerinde durdurma kararı almıştır (16).

Madde bağımlılığı ve bağımlılık yapıcı maddeler 1960'lara kadar ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmemiştir. Bu yıllarda, afyon ve esrar başta olmak üzere barbitüratların ve alkolün bağımlılık yaptığı ve madde kötüye kullanımının bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne girmiş olmakla beraber bunun nedenleri, tedavisi ve önlenmesine yönelik ciddi çalışmaların 1980'lerden itibaren giderek arttığını görmekteyiz. Bunun en önemli nedenlerinden biri Amerika Birleşik Devletleri'nin Vietnam Savaşı sonrası ülkesine dönen 200 binden fazla opioid bağımlısı ile uğraşmak zorunda kalmasıdır. Bunun en büyük nedeni savaş sırasında askerlerin ağır yaralanma durumlarında kullanılmak üzere harp paketlerinde bulunan morfin ampullerinin öforizan ve ağır stresi gidermek amaçlı olarak kötüye kullanılması ve Vietnam'da birçok bağımlılık yapıcı maddeye askerlerin rahatça ulaşabilmeleridir. Savaş sonrası Amerika'ya dönen bağımlıların toplumla birlikte yaşamalarının ve yeniden normal bir yaşama adaptasyonlarının zorluğu, madde arayışları sırasında saptıkları illegal yollar ve bunların üzerinden yeni bağımlıların oluşması madde bağımlılığının ne kadar ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunun anlaşılmasına önemli bir katkı sağlamıştır (17).

2.1.2. DSM-IV-TR'ye göre sınıflandırılması

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar DSM-IV-TR'de 'Madde Kullanım Bozuklukları' ve 'Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar' şeklinde iki ana gruba ayrılır. Madde kullanım bozuklukları ise her bir madde ayrı kategori oluşturmak üzere başlıca 'Madde Bağımlılığı' ve 'Madde Kötüye Kullanımı' olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılır (18).

Araştırmada kullanım bozuklukları kapsamına giren başlıklarla çalışılacak olup madde kullanımının yol açtığı bozukluklarla ilgili herhangi bir başlık bulunmayacaktır.

2.1.2.1. Madde bağımlılığı

DSM-IV-TR'ye göre Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (18).

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz kullanım örüntüsü:

(1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

- a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi
- b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması

(2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- a) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu
- b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde (ya da yakın benzeri) alınır

(3) Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.

(4) Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

(5) Maddeyi sağlamak (örn. çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örn. birbiri ardı sıra sigara içme) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama

(6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

(7) Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür (örn. Kokainin neden olduğu depresyonunun olduğunu bilmesine karşın kokain kullanıyor olma ya da alkol tüketimi ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme).

2.1.2.2. Madde kötüye kullanımı

DSM-IV-TR'ye göre Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri (18).

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

(1) İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde madde kullanımı. (örn. madde kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; madde kullanımı ile ilişkili olarak okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; çocukların ya da diğer ev halkının ihmal edilmesi)

(2) Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde madde kullanımı (örn. madde kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme).

(3) Madde ile ilişkili, yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. madde ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar)

(4) Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli madde kullanımı (örn. entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle tartışmalar, fiziksel kavgalar)

B. Bu belirtiler, bu grup madde için Madde Bağımlılığı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

2.2. Psikoaktif Maddeler

Psikiyatride psikoaktif madde, kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, duygulanım, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde bir değişiklik yaratan her türlü kimyasal madde olarak tanımlanabilir. Bunlar; esrar, eroin, kokain gibi reçete ile verilemeyen yasadışı maddeler olabileceği gibi, amfetaminler, benzodiazepinler, diğer sedatif-hipnotik ilaçlar gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi düzenlemeler olan uçucular, tütün (nikotin), kahve (kafein) ve alkol (etanol) gibi maddelerdir (19).

2.2.1. Opiyatlar

2.2.1.1. Afyon

Merkezi sinir sistemine narkotik olarak etki eden maddelerin başında afyon (opium) ve alkaloidleri gelmektedir. Afyon Latince’de papaver samniferum, Türkçe’de haşhaş denilen bitkinin olgunlaşmamış kovuk şeklindeki meyvelerinin çizilip özünün (süt renginde yapışkan bir maddedir) alınmasıyla elde edilir. Bu bitkinin Yunanca adı olan “opium” sözcüğü de “bitki salgısı” anlamına gelen “opion” adından gelir. Bitkiden sıvı olarak sıızan afyon biraz bekleyince havayla temasından dolayı hem rengi hem de kendisi koyulaşır. Bu haline afyon sakızı denir ve en ilkel kullanım şekli bu şekilde çiğnenerek kullanımıdır. Afyonun içinde 25’e yakın alkaloid bulunur. Afyon alkaloidleri ve bunların yapay türevlerinin hepsine birden opioid denir (20).

Opiyatlar grubunda; opium, morfin, kodein gibi doğal maddeler, eroin, hidromorfin, oksikodon gibi küçük kimyasal değişikliklerle elde edilen yarı sentetik maddeler ve propoksifen, meperidin, metadon gibi sentetik analjezikler yer almaktadır. Bütün bu maddelerin metabolizmaları benzer olup, karaciğerde metabolize olmakta ve metabolitler idrar ve safra ile atılmaktadır. Atılımın %90’ından fazlası ilk 24 saatte olmakta ancak metabolitler idrarda 48 saat veya biraz daha fazla görülebilmektedir. Çok uzun etkili bir madde olan metadon bu kurala uymamaktadır.

Opiyatlar gastrointestinal sistemden, nazal mukozadan ve akciğerden hızla emilirler. Parenteral uygulamada da kan düzeyi hızla yükselir, alınan doza bağlı olarak intoksikasyon oluşabilir. En yüksek plazma düzeyine 30 dakikada ulaşır, ardından vücut dokularında yoğunlaşır. Bir bölümü ise kan beyin engelini aşar. Plazma düzeyi ile intoksikasyon derinliği doğrudan orantılıdır.

Opiyatlar seçici olarak özgül nöronal reseptörlere bağlanır. Bu reseptörler beyinde ve bağırsaklarda bulunur. Bu opiyat reseptörleri büyük olasılıkla doğal opioid peptidlerin (enkefalinler, dinorfin ve endorfin) etkisine aracılık ederler. Şimdiye kadar belirlenmiş olan reseptör alt tipleri ise Mü, Kappa, Sigma, Delta reseptörleridir. Opiyatların başlıca etkileri; analjezi, duygudurumda değişiklik, sedasyon ve yüksek dozlarda santral sinir sistemini baskılamasıdır. Opiyatların santral sinir sistemini baskılamaları sonucu zihinsel işlevlerde azalma ve solunum depresyonu olur. Opiyatlar özellikle damar yoluyla alındığında akut olarak yüksek düzeyde haz verici etki yaratır. Vücutta ısınma ve sıcaklık hissini, öfori ve canlı rüya benzeri yaşantılar izler. Bağırsak hareketlerini azaltarak kabızlığa ve pupillerde küçülmeye (myozis) yol açar. Aşırı dozdan ölümler genellikle solunumun baskılanmasına bağlıdır. Opiyat yoksunluğunda klinik belirtiler anksiyete, göz yaşarması, burun akıntısı, esneme, terleme, uykusuzluk, kaslarda ağrı, pupilla genişlemesi (midriazis), piloereksiyon, tremor, bulantı, kusma ve ishaldir (21).

2.2.1.2. Morfin

Afyonun yetiştiği bölgeye göre içindeki morfin miktarı değişir. Deriye zerk edilen morfin, etkileri bakımından, yenilen afyona oranla on veya yirmi kat daha kuvvetlidir. Morfin tıpta yaygın olarak kullanılmıştır. Günümüzde de çok yaygın olmamakla birlikte halen kullanılmaktadır. Tıbbi kullanım için, morfin, normal olarak morfin sülfat, morfin hidroklorid veya morfin tartarat gibi bir tuz şeklinde elde edilebilir. Bunların üçü de, küçük beyaz tabletler haline getirilmiş veya suda eritilerek ampullere konmuş olan kokusuz, beyaz kristalize tozlardır. Morfin ve benzeri ilaçlar, en etkili ağrı kesici ilaçlardandır ve morfin ağrı kesici ilaçların etkinliğinin ölçülmesi için bir standardı teşkil eder. Morfin kısa süreli ağrı dindirmede (örn. kazalarda, cerrahi müdahalelerden sonra) ve öldürücü hastalıkların son safhalarında geniş ölçüde kullanılır. Bir uyuşturucu olarak morfinin kullanılışı, özellikle doktorlar, hemşireler, hastabakıcılar, eczacılar gibi tıbbi malzemelere yakınlığı olan kişilerde yaygındır (14).

2.2.1.3. Eroin

Gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanımı ve bağımlılığı en fazla olan opiyat eroindir. Eroin dışındaki opiyat bağımlılığı en sık olarak tıbbi bir tedavinin seyri esnasında, bu tip ilaçlara ulaşabilmesi kolay olan sağlık personelinde ve opiyat bağımlılığı tedavi programındakilerde görülür (22).

Morfinin yarı sentetik türüdür ve morfenden 2-3 kat daha güçlü etkiye sahiptir. Öfori etkisi morfinle aynıdır. Morfine göre eroin daha çabuk bağımlılık ve tolerans meydana getirir. Eroin, günümüzdeki en tehlikeli psikoaktif maddedir; fizyolojik ve psikolojik tahribatı eş zamanlıdır. Beyaz kristal bir tozdur. Sigaraya sarılarak, buruna çekilerek, alüminyum folyo üstünde ısıtılıp buharı içe çekilerek veya damardan enjekte edilerek kullanılan eroin, açık kahverengi renktedir ve toz halinde satılır. Alındıktan kısa süre sonra etkisini göstermeye başlar; etkisi 6-8 saat sürer. Gevşeme, ağrı hissinin kaybolması, kalp ve solunum hızının yavaşlaması, göz bebeklerinin küçülmesi, yüz kızarması, konuşma ve hareketlerde yavaşlama görülür (23).

Afyon ve benzerleri ağız yolu ile alınabilir, buruna çekilebilir ya da damar içine zerk edilebilir. Eroinin sigara tarzında sarılıp içilmesine “koreks” adı verilir. Sıklıkla buruna çekilerek kullanılan eroin, zaman içinde burun cidarında ağır hasara neden olur. Bu nedenle kullanımı zorlaşır ve başka kullanım yöntemlerine geçilir. Buharının içe çekilmesi amacı ile alüminyum folyoda ısıtılmasına ve buharının içe çekilmesine “kaydırma” adı verilir. Enjektör yolu ile damara vermek için, eroin önce süt şekeri denen laktoz ve limon ile karıştırılır. Enjektör ile kullanıma “shot” adı verilir. Genellikle burun ya da sigara tarzında kullanım başlar ve damara enjeksiyon ile devam eder (14).

2.2.2. Alkol

Alkol alındıktan sonra %20’si mideden, %80’i ise ince bağırsaktan emilir. Besin alınımı alkol emilim oranını yavaşlatır. Bu nedenle hastalar aç karnına alkol alırlar. Alkolün %90’ı karaciğerde oksidasyon yoluyla metabolize olur, %10 kadarı ise değişmeden idrar, ter ve solunum yolu ile atılır. Karaciğerde bir dizi oksidasyon ile alkol önce alkol dehidrogenaz enzimi ile asetaldehite, sonra asetaldehit dehidrogenaz enzimi ile asetik asite ve sonuçta su ve karbondioksite dönüşür. En önemli metabolik etkiler alkol yıkımı sırasında oluşan asetaldehit ve hidrojen iledir. Hidrojen karaciğerde yağ metabolizmasını bozar ve lipid birikmesine, lipoprotein yapılmasına, glikoneogenezisi etkileyerek kan şekerinin düşmesine, kan laktat düzeyinin artmasına, ürik asit atılımının azalmasına neden olur.

Alkol beyinde korteks hücreleri üzerine inhibitör etki yapar ve bu nedenle üst merkezlerin denetimi zayıflar. Alkolün kanda artması ile alt merkezlerde de etki başlayınca uyanıklık azalır ve davranışlar iyice etkilenir. Alkol bağımlılığı sürecinde

oluşan asetaldehid doğrudan beyni etkilemektedir. Kesin bilinmemekle birlikte asetaldehitin beyindeki nörotransmitterleri etkileyerek opioid benzeri etki oluşturduğu ve bağımlılığın oluşumunda rol oynadığı söylenmektedir (24).

Alkole bağlı zararlar, sadece içmenin sıklığına ve içilen içki miktarına göre değil, içme davranışındaki değişikliklere ve alkol kullanıcılarının belli bir zaman içinde belli bir miktarda tükettikleri alkole göre de şekillenmektedir. Alınan alkol miktarı ve içme biçimleri farklı sorunlara yol açar. Kronik çok fazla miktarda içme davranışı alkolün toksik etkileriyle bağlantılıdır. Uzun süreli ve yüksek miktarlarda alkol tüketimi genellikle zehirlenme ile değil, özellikle şarap tüketiminin çok olduğu ülkelerde görüldüğü gibi, doku hasarı ve bağımlılıkla sonuçlanır (14).

Az miktarda bile olsa günlük, düzenli şarap tüketimi, alkolün karaciğer üzerindeki birikimsel etkisi sonucu siroz hastalığına yol açabilmektedir. Bunun tersi olarak, ender olarak içilen ama içildiği zaman çok yüksek miktarda tüketilen alkol ise kazalara, yaralanmalara, bireyler arası şiddete, bazı geçici doku zedelenmelerine ve akut sarhoşluk durumlarına neden olabilmektedir. Sonuç olarak, uzun süreli ve yüksek miktarlarda alkol tüketme davranışı, alkol bağımlılığıyla sonuçlanabilmektedir. Bir kere bağımlı olunca, alınan alkol miktarı ve içme paterni değişip artma eğilimi gösterir (14).

“Alkolizm” terimini ilk kez İsviçreli bir halk sağlığı uzmanı Magnus Huss, 1849 yılında kullanmış ve o zamandan beri kullanımı devam etmiştir. 1900’lü yılların başlarında ise E.M. Jellinek alkolizmi bir hastalık olarak tanımlamıştır (24).

2.2.3. Amfetamin

Amfetamin sülfat ilk kez 1887 yılında bulunmuştur (14). 1930 yıllarında amfetamin kullanılmaya başlanmış ve bundan sonra amfetamin bağımlılığı hakkında fikir sahibi olunmuştur. 1930 - 1950 yılları arasında tıpta kullanım için çeşitli şekillerde denenmiştir ancak günümüzde sadece narkolepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite tedavisinde kullanılmaktadır. 1980’lerin sonlarında kristalin metamfetaminin (buz) sigara şeklinde kullanımı Hawaii’de artış göstermiştir. 1990’larda Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) kokainden daha az kullanılsa da Avrupa ve Asya’da bunun tam tersi geçerli olmuştur. Daha sonraları ise ABD’nin bazı bölgelerinde amfetamin kullanımı hızla artmıştır (24).

Amfetaminler ağızdan hızlı (alındıktan sonra bir saat içinde) emilir. İntravenöz ya da inhalasyonla da kullanılırlar. Klasik amfetaminler (dextroamfetamin, metamfetamin ve metilfenidat gibi) presinaptik uçlardan katekolaminlerin, özellikle dopaminin salınımına yol açarak primer etkilerini gösterirler. Etkileri özellikle ventral tegmental alandan serebral kortekse ve limbik bölgelere ulaşan dopaminerjik nöronlarda güçlüdür. Ödül yolağı olarak adlandırılan bu yolağın aktivasyonu amfetaminlerin bağımlılık yapıcı etkisinden sorumludur. Orbitofrontal korteksin amfetamin bağımlılığıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Volkow ve arkadaşları tarafından Pozitron Emisyon Tomografi (PET) görüntüleme yöntemi ile metamfetamin kullananlarda beyinde hareket, dikkat, motivasyon ve ödülün kontrolüyle ilişkili striatum bölgesinde dopamin taşıyıcı düzeyinin azaldığı, kişilerdeki bellek bozukluğu ve motor becerilerin yavaşlamasının bu azalmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Daha önce amfetamin kullanmayanlarda 5 mg'lık tek doz, kişinin kendini iyi hissetmesine, duygudurumunun yükselmesine, öfori ve daha yakın ilişki kurmaya neden olur. Küçük dozlar genellikle dikkat ve performansta artış sağlar. Yorgunluk ve iştah azalır, ağrı eşiği yükselir. Uzun süreli yüksek doz kullanımı ise istenmeyen etkilere yol açar. Amfetamin kötüye kullanımı serebrovasküler, kardiyak ve gastrointestinal olumsuz etkilere neden olabilir. Yaşamı tehdit eden sonuçları arasında miyokard infarktüsü, şiddetli hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, iskemik kolit sayılabilir. Artan yüksek doz amfetamin kullanımı seğirme, tetani, konvülsiyon, koma ve ölüme neden olabilen nörolojik belirtilere neden olur. Daha hafif yan etkiler yüz kızarması, solgunluk, siyanoz, ateş, baş ağrısı, taşikardi, çarpıntı, bulantı, kusma, dış gıcırdatması, nefes daralması, tremor ve ataksidir. Hamilelikte amfetamin kullanımı bebeklerin düşük doğum ağırlıklı, baş çevresinin küçük olmasına, erken gestasyonel yaş ve büyüme gecikmesine neden olur. Amfetamin kullanımına bağlı olumsuz psikolojik belirtiler yerinde duramama, disfori, uykusuzluk, huzursuzluk, düşmanca duygular ve bilinç sislenmesidir (konfüzyon). Amfetamin kullanımı yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk gibi anksiyete bozukluğu belirtilerine ve referans düşünceleri, paranoid sanrılar ve halüsinasyonlara neden olabilir (24).

2.2.3.1. Ekstazi

Ekstazi, MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin) adı verilen bir amfetamin türevidir. Etkileri hem amfetaminlere, hem de halüsinojik maddelere benzer. Üstünde

kuş, fil vb. resimler bulunan tabletler biçiminde satılır. Ağız yoluyla alınır ve daha çok eğlence yerlerinde bulunur. MDMA'nın son zamanlarda tablet dışında kapsül, toz veya sıvı şekilde de üretildiği görülmektedir. Böylece ekstazinin ağız yolu dışında enjekte etme veya burundan çekme gibi farklı yöntemlerle de kullanılmasına yol açmaktadır (14).

Ekstazi konusunda karşılaşılan en büyük sorunlardan biri bu maddenin kimyasal bileşiminin de çeşitlilik göstermesidir. Günümüzde ekstazi adı altında farklı maddeler de satılmaktadır. Özellikle piyasada bir zamanlar "no name" adıyla satılan ekstazi tabletlerinin toksik madde içerdiği saptanmıştır. Yapılan incelemede "no name" tabletlerinin içinde "bahçelerdeki sümüklü böceklerle savaşta" kullanılan bir zehire rastlanması ekstazinin ne denli tehlikeli olabileceği konusunda çarpıcı bir örnektir (14).

MDMA kullanımı kendine güvende ve duyuşsal duyarlılıkta artma ve içgörü, empati ve başka insanlara yakınlık hissi gibi barışçı hislerle ilişkilidir (25). Etkisi dopaminerjik ve serotoninerjik sistem üzerindendir. Kapsül ya da tablet formları olup ağızdan alınırlar. Etkisi 4-6 saat içinde başlar. Kişiler tarafından enerjiyi artırma, uyanıklık ve öfori için kullanılır. Özellikle fluoksetinle kullanımı sonucunda bu etkileri artmaktadır. Santral serotonin salınımının artması sonucu bu etkinin oluştuğı düşünölmektedir (24).

MDMA'nın klasik amfetaminlerdeki gibi etkileri olmakla birlikte birkaç değışik etkisi de vardır. Maddenin kullanımından sonra sıklıkla huzursuzluk, depresyon ve uykusuzluk tanımlanır. Bazen halüsinasyonlar ve paranoid düşünceler ortaya çıkabilir. Yüksek doz alındığında paranoid psikoz gelişebilir. Ayrıca diyare, nistagmus, epileptik nöbetler, böbrek yetmezliğı ve kardiyovasküler etkiler bildirilmiştir. Malign hipertermili dissemine intravasküler koagülasyonun nedeni genellikle dehidratasyondur. Bu durumun ölümcül seyrettiğı unutulmamalı ve dehidratasyon durumu hızla giderilmelidir. MDMA'nın nörotoksik etkileri birçok çalışma tarafından ortaya koyulmuştur. Yapılan çalışmalar (hayvan deneyleri), serotonin salınımı yapan nöronlarda akson terminallerinde zedelenmeler oluştuğunu göstermiştir (24).

2.2.4. Esrar

Esrar, hint kenevirinden elde edilen bir maddedir. 421 çeşit kimyasal içermektedir. İntoksikasyondan sorumlu temel etken maddesi tetrahidrokannabinolün (THC) delta-9 izomeridir. Sarıkız, kuru, ot, joint, derman olarak da halk arasında

bilinir. İşleniş biçimine göre marijuana, gubar, ganja gibi farklı isimler alır. Esrar dumanının solunarak kullanımına dair ilk kanıtlar neolitik çağa kadar uzanır (24).

Alkol ve tütünden sonra tüm dünyada en sık kullanılan keyif verici maddedir. Aynı zamanda günümüzde en sık kullanılan yasa dışı psikoaktif madde de esrardır (24). Genellikle ilk denenen yasa dışı maddedir ve eroin, kokain gibi daha ağır maddelere geçiş sağlayabilir. Bu nedenle geçiş maddesi olarak da bilinmektedir (23).

Genellikle sigara şeklinde kullanılır. Sarılmış bir sigaranın içinde 0.5 ile 1 g arasında esrar ve %20 ile %70 arasında THC bulunmaktadır. Kova veya bong adı verilen bir yöntem ile buharını içe çekmek yoluyla da kullanılmaktadır (14).

Duman soluyarak kullanım sonrası intoksikasyona bağlı etkiler 10-30 dakika içinde başlar ve yaklaşık 3 saat sürer. Metabolitlerinin yarı ömrü 50 saat kadar uzun olabilir. Taşikardi, ağız kuruluğu, konjonktivalarda kızarıklık ve iştah artışı gözlenir. Psikolojik etkileri arasında renk, ses ve zaman algısında değişiklikler (örn. 5-10 dakikalık bir sürenin sanki saatler sürmüş gibi algılanması), öfori, gevşeme sayılabilir. İnhibisyonun kalkması, konsantrasyon ve koordinasyon kaybı ile birlikte sosyal içe çekilme gözlenebilir. Kullanımı takiben panik, korku, kuşku hali ortaya çıkabilir. Duman inhalasyonu yoluyla sürekli kullanımı sonucu akciğerlerde bronşit, kanser oluşum riski sigarayla karşılaştırıldığında 5 kat daha yüksektir. Kronik esrar kullanımı, psikomotor yavaşlama, edilgenlik, üretim yapamama, isteksizlik gibi distimik bozuklukla benzerlik gösteren bir tablo oluşturabilir. Paranoid hezeyanlarla karakterize psikotik bir tablo akut kullanım sonrası ortaya çıkabilir. Yüksek dozda alınması halinde toksik deliryum gözlenebilir (24).

2.2.5. Kokain

Kokain, Güney Amerika'nın kuzeylerinde yetişen erythroxylon coca denilen bitkinin yapraklarından elde edilen bir alkaloiddir. Uyarıcı etkisi yerli halk tarafından uzun süredir bilinmekte olan bitkiden, 1860'da Nieman ve Wohler tarafından kokain izole edilmiştir (13).

1880 yılında ise vazokonstriksiyon etkisi nedeniyle, lokal anestezik olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yumuşak içki olan Coca-Cola'da da 1903 yılına kadar "koka" kullanılmıştır. 1884'de Sigmund Freud kokainin ruhsal etkilerini incelemiş, 1914'de bağımlılık yaptığı için ABD'de uyuşturucu bir madde olarak tanımlanmıştır (26).

Kokain koka yaprağının başlıca alkaloitidir ve kimyasal usuller ile elde edilir. Baz kokain, beyaz kristalize bir tozdur. Bu madde hidroklorik asitle işleme tabi tutularak sonuç elde edilmektedir. Yaklaşık 300 kg koka yaprağından ½ kg kokain elde edilmektedir. Bu madde genellikle asit borik veya sodyum bikarbonat gibi beyaz toz halinde maddelerle karıştırılarak saflığı azaltılmaktadır (27).

Farmakolojik özellik olarak kokain, periferik sinirlerde uyarı oluşumunu ve iletimini engeller. Lokal anestetik etkisinin bir kısmı bu yolla gelişir. Santral sinir sistemini ise doğrudan uyarır. Bu durumu sinir uçlarında katekolamin geri alınımını ve sinapstaki dopamin geri alınımını engelleyerek yapar. Serotonin üzerine de etkilidir. Bu durum sonucu hiperaktivite, iştah azalması, stereotipik hareketler ve uyanıklık oluşur (24).

Araştırmacılar yalnız kokain kullanan kişilerin nadir olduğunu genellikle sigara, alkol, marihuana ve diğer yasa dışı maddelerle birlikte alındığını ortaya koymuşlardır. Bu nedenle kişilerde oluşan belirti ve bulgular karmaşık olabilir (24).

Kokainin intravenöz (IV), intranazal (IN), sigara gibi tütünle sarılıp içilen şekilleri vardır. Alınan kokainin çoğu karaciğerde metabolize olur. Bir kısmı plazma esterazları tarafından etkisiz hale getirilir. Az bir kısmı ise değişime uğramadan idrarla atılır. Kokain vücuttan hemen yok olmaz, idrar örneklerinde üç gün ya da daha fazla süre ile izlenebilir. Duyarlı tetkiklerde kokain idrarda 2 haftaya kadar tespit edilebilir (24).

Bağımlılık yapıcı etkisi oldukça yüksektir. Psikolojik bağımlılık bir kez kullanıldıktan sonra bile gelişebilir. Tekrarlanan kullanımlardan sonra tolerans gelişir ve fizyolojik bağımlılık oluşur. Kokain kesildiğinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkar, ancak bu etkiler eroin, morfin gibi opiyatlar ile karşılaştırıldığında daha düşüktür (14).

2.2.5.1. Crack

Crack kokainin çok etkili bir formudur ve kokain hidroklorid formundan sodyum bikarbonat ya da amonyum ve su kullanılarak elde edilir. Crack içime hazır, küçük miktarlarda satılır. 10 saniye içinde etkisini gösterir. Bağımlılık etkisi çok yüksek olduğu için bir içişten sonra kişi ikincisini almak için şiddetli bir istek duymaktadır. ABD'de işlenen suçların büyük bölümünün crack alabilmek amacı ile yapıldığı belirtilmektedir.

Crack genellikle 300-500 mg'lık küçük plastik poşetlerde satılır. Kokain genellikle ekonomik düzeyi yüksek olan kişilerce tüketilir. Crack, kokaine oranla çok

düşük fiyatlarda satılır. Kokaine oranla ekonomik gözükse de bağımlılık geliştikçe kullanılan miktar arttığından harcanan para da bir süre sonra çok artmaktadır. Amerika’da ‘c, charlie, coke, dust, snow, toot, crack, freebase, rock’ isimleriyle satılır. Türkiye’de ise daha çok “taş” denmektedir.

Diğer sentetik uyuşturucularda da olduğu gibi, kişinin crack diye satın aldığı madde her zaman crack çıkmadığından, etkisinin tam olarak ne olacağını önceden kestirmek çok mümkün değildir. Bu yüzden, aşırı doz kullanımı olmadan da crack kullanımlarında ölüm meydana gelebilir. Bağımlılığı çok çabuk gelişir ve kullanılan miktarı arttırma gerekliliği doğar. Miktar arttıkça harcanan para da arttığından, crack alabilmek için suç işlemeye başlama olasılığı yüksektir. Madde etkisindeyken kişinin kalp atışları hızlanır, kalp krizi geçirme riski yükselir, ani kan basıncı artışı ortaya çıkabilir, aşırı depresif ruh hali ya da intihar eğilimli davranışlar gözlemlenebilir (14).

2.2.6. Uçucu maddeler

Uçucu maddeler (inhalanlar) toluen, n-hekzan, metil butil keton, trikloretilen, trikloreten, diklorometan, benzin ve bütan gibi uçucu hidrokarbonlardır. Bu kimyasal maddeler ticari olarak dört değişik formda satılmaktadır: 1) Yapıştırıcı ve zamlarda kullanılan uçucular; 2) Sprey boyalar, saç spreyleri, kızartma tavası spreyleri ve tıraş kremi aerosollerinde itici olarak kullanılanlar; 3) İncelticiler (tinerler) (örn. boyalarda ve daktilo düzeltme sıvılarında kullanılanlar); ve 4) Sıvı yakıtlar. Oda sıcaklığında, bu bileşikler gaz haline geçerler ve ağızdan çekilerek veya burundan solunarak kan dolaşımına transpulmoner yoldan girerler (24).

Uçucu maddelerin türleri ve içerikleri ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Brezilya’da sık olarak kötüye kullanılan uçucu madde “Lance perfume” adı verilen bir eter ve kloroform karışımıdır. Ülkemizde ise ilk sıraları yapıştırıcılar (Bally, Uhu) ve boya tineri almaktadır. Yapıştırıcıların içeriğinde toluene, nafta, asetat, hekzan, benzen, klorobonlar, bromokloradilormetan (yangın söndürücüsü), freon ve diğer gazlar vardır. Tinerin içeriğinde ise ana madde ‘toluene’dir. Tiner deyince selülozik tinerin kastedildiği unutulmamalıdır. Tiner, %50-60 civarında toluene içerirken, bali gibi yapıştırıcılar %35 civarında toluene içerir.

Yapıştırıcılar boş torbalara dökülür ve oradan buharı içe çekilir. Torbaya bırakılan ılık hava maddenin çözünürlüğünü artırır ve daha fazla madde solunmuş olur. Bunları kullananların ağız çevresinde torbanın kenarının bıraktığı izler görülebilir. Tiner ise bir

bez parçasına emdirilir ve bu bez ağız burun önüne tutularak solunur. Çakmak gazları, tüp gazlar (bütan, propan) ya da aerosoller plastik bir torbadan ya da doğrudan koklanarak ya da ağız içine çekilerek içe çekilmektedir.

Uçucu maddeler etkilerini daha çok içerdikleri toluene maddesinin etkilerinden alırlar. Ancak farklı uçucularda farklı katkı maddelerinin olduğu göz önüne alınmalıdır. Uçucu maddeler hızla başlayan ve hızla geçen bir iyilik haline neden olurlar. Bu maddelerin fizyolojik ve psikolojik etkileri alkol, barbitürat ve trankilizan ilaçlara benzer. Etkileri birkaç dakika içinde ortaya çıkar, 15-45 dakika sürer. Bu nedenle kişi sürekli elinde maddeyle dolaşmakta ve kullanmak zorunluluğu hissetmektedir. Genel olarak merkezi sinir sistemini etkilerler.

Tolerans gelişimi de maddenin etkisini farklılaştırmaktadır. Kişi eğer uzun süredir uçucu madde kullanıyorsa, farklı etkiler gözlenebilir. Uçucu koklamanın etkileri kullanılan doza göre farklılıklar gösterir. Uyarılma aşamasında öfori (neşe), hareketlilik, baş dönmesi, halüsinasyon, aksırma, öksürme, tükürük salgısında artma, ışığa duyarlılık, bulantı kusma, yüzde kızarıklık, iştah kaybı, garip davranışlar gözlenebilir. Erken dönemde şaşkınlık, kişinin bulunduğu yeri, zamanı şaşırtması (yönelim bozukluğu), aptallık, kontrolün kaybı, beyinde çınlama, görme bozukluğu, kramplar, baş ağrısı, ağrıya duyarsızlık, yorgunluk, unutkanlık, sararma gözlenebilir. Orta dönemde ise, uyuklama, kas kontrol kaybı, konuşma bozukluğu, reflekslerin baskılanması, nistagmus (göz bebeklerinin oynaması) ortaya çıkabilir. Geç dönemde, bilinç kaybı, garip rüyalar, epileptik (sara) nöbetler gözlenebilir (14).

Uçucular çok kolay ulaşılabilen ve özellikle ergenler tarafından sıklıkla kötüye kullanılan maddelerdir. Uçucu deneyen ergenlerin pek çoğu bunu bir veya birkaç defadan sonra bırakmaktadır. Yine de, ergenlerin küçük bir grubunda, özellikle eşanlı (komorbid) davranım bozukluğu olanlarda uçucu kullanımı, uzun yıllar sürebilecek, enjeksiyonları da içeren çoğul madde kötüye kullanımı veya bağımlılığının habercisidir (24).

2.2.7. Nikotin

Sigara dumanında kanserojen, iritan özelliklere sahip 4000'den fazla kimyasal madde vardır. Bu maddelerden bağımlılık yapıcı özelliği olan yegâne madde nikotindir. Nikotin beyinde locus coeruleustan norepinefrin salınımına yol açarak huzursuzluk ve arama davranışı gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına, nucleus accumbensten

dopamin düzeylerini direkt olarak yükselterek haz oluşumuna yol açar. Düzenli sigara içimi beyinde nikotinik reseptör sayısını artırır. Sonuçta uyarıcı (stimülan) etki, öfori, bağımlılık, enerji ve konsantrasyon artışı, el-göz koordinasyonunda artış ve iştahta azalma gibi belirtiler oluşturur (24).

Sigara tütününü nikotin, katran ve karbonmonoksitten oluşmuştur. Kanserlerin özellikle katran nedeniyle meydana geldiği bilinmektedir. Tütünün duman olarak kullanılmasının nedeni, etkin maddenin akciğerden kana hızla geçmesi ve 8-10 saniyede etkinliğini göstermesidir. Etki göstermesiyle birlikte kol ve bacaklarda, deride kan damarlarının kasılmasına, iç organlarda ise damarların genişlemesine yol açar. Solunum hızını artırır.

Tütün, iştahı azaltır. Kan basıncını yükseltir. Damar tıkanıklıklarına yol açar. Koroner kalp hastalığı, obstrüktif akciğer hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıklarının tütün kullanımı ile yüksek oranda ilişkili olduğu saptanmıştır. Koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin %30'u tütün kaynaklıdır. Günde iki paket sigara içenlerde ölüm oranı içmeyenlere göre iki kat artmaktadır. Sigarayı bırakanlarda bile koroner kalp hastalığı geçirme riski içmeyenlere göre iki kat yüksek bulunmuştur. Akciğer kanserlerinin de %80-90'ı tütün kullananlarda görülür. Akciğer kanseri daha çok katran ile ilişkilidir. Bunun dışında tütün içenlerde mesane kanseri görülme oranı kullanmayanlara göre iki kat daha yüksektir. Ayrıca larenks, özefagus ve pankreas kanserinin de tütün ile ilişkisi saptanmıştır.

Nikotin ağız ya da deri yoluyla alındığında zehirlenmeye yol açabilir ancak duman yoluyla zehirlenme gelişmez, çünkü dumanı karaciğerden hızla metabolize edilir. 60 mg nikotin öldürücüdür. Bir sigarada ise 0,5 mg nikotin vardır. Nikotin şiddetli bağımlılık yapar. Nikotin 90-120 dakika alınmadığı zaman yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. İlk gün içinde en üst düzeye çıkar. Yoksunluk belirtileri arasında, sinirlilik, gerginlik, öfke, uykusuzluk, baş dönmesi, titreme, tansiyonda düşme, kas krampları ortaya çıkar (14).

Sigara dünyada en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir, bırakanların %70'i ilk üç ayda tekrar başlamaktadır (28). Sigara içenlerde içmeyenlere göre esrar kullanma riski sekiz kat, kokain kullanma riski ise 22 kat fazladır (14).

2.2.8. Halüsinojenler

Halüsinojenler algı, düşünce ve duygudurumda değişikliklere neden olurlar. Oldukça heterojen bir grup olan bu bileşiklerin farklı kimyasal yapıları, etki mekanizmaları ve olumsuz etkileri vardır. Öznel etkileri kişiden kişiye ve aynı kişide bir kullanımdan diğerine büyük değişiklik gösterir. Halüsinojenler yapısal benzerliklerine göre sınıflara ayrılmışlardır. Lizerjik asit dietilamidin (LSD) yer aldığı indolalkilaminler [diğerleri d-liserjik asit amin (LSA), psilocybin, dimetiltriptamin (DMT)] yapısal olarak serotonine benzer. İkinci grup feniletilaminler meskalin, metilendioksiamfetamin (MDA) ve metilendioksimetamfetamin (MDMA)'dir. (MDMA ya da ekstazi amfetaminler bölümünde ele alınmıştır). Bu maddeler amfetaminle yakın yapısal ilişki gösterirler. Fensiklidin (PCP) ve ketamin halüsinojenlerin arilsikloalkilamin grubunda yer alan disosiyatif anestezik maddelerdir ve glutamat reseptörlerine etki ederler. Son grup atropin ailesi; atropin, skopolamin ve hiyosiyamini içerir. Doğal olarak patates bitkisinin bazı türlerinde bulunur. Esrar da halüsinojen olarak sınıflandırılabilir (24).

LSD üzerinde en fazla araştırma yapılmış ve ilk kötüye kullanılmış (prototipik) sentetik halüsinojendir. Halüsinojenler ağızdan alınırlar ancak DMT gibi bazıları genel olarak sigara ile içilirler (29). LSD kullanımından sonra etkiler yaklaşık 30–60 dakika sonra başlar, 12 saat kadar sürer. Bu maddeler semptomimetik etkileriyle kalp atımının ve kan basıncının artışına, vücut ısısının yükselmesine, iştahın azalmasına neden olur. Bulantı, kusma, abdominal rahatsızlık, derin tendon motor reflekslerin artışı, kas gerilmesi, motor koordinasyon bozukluğu, ataksi, pupillar dilatasyon görülür. Midriyazis genellikle “trip”in şiddetine paralel olarak ortaya çıkar ve kişi maddeden arındığında normale döner. Rotatuar nistagmus PCP kullanımı için klasik bulgudur. Esrar kullanımından sonra konjonktival kanlanma gözlenir. Hipertermi, hipertansiyon, koma, solunum durması ve kanama bildirilmiştir. Halüsinatuar etkileri doza bağlıdır, çarpık algılama herhangi bir duyuda gelişebilir. Kullanıcı ve ortam arasındaki sınırlar bulanıklaşır, zaman çarpık algılanır, hareketsiz objeler uçar, dolaşır görülebilir ve renk algısı artabilir. İki duyunun kaynaşması da görülebilir (örn. müzik görülebilir, renkler duyulabilir), bu durum sineztezi olarak adlandırılır. Halüsinojenler düşünce süreçlerini ve belleği de etkiler. Etkilerin şiddeti ve verilen duygusal tepki kişiden kişiye farklılık gösterir. Tepkiler neşe ve öforiden korku ve paniğe kadar değişebilir. Psikotik epizodlar görülebilir. Halüsinojenlerin etkileri bu kategori içindeki madde sınıfları arasında

oldukça benzerdir, alınan doza ve duruma bağlı olarak eksitasyon ya da depresan etkilerden analjezik ve anesteziik etkilere değişir. PCP ve ketamin çok dūřuk dozlarda halūsinasyon oluşturabilir. Korkutucu ya da stresli bir ortam şiddetli anksiyete ve paranoya yaşanmasını kolaylaştırabilir. Bu akut panik reaksiyonu “bad trip” olarak adlandırılır ve en sık görülen başvuru nedenidir.

LSD serotonin sistemine etki eder ve raphe nükleusta bir otoreseptör agonistidir. Otoreseptr nöronun saldığı transmitter için nöron üzerinde bir reseptördür. Otoreseptrn aktivasyonu nöronun ateşlemesini geri çevirmek için negatif geri bildirim mekanizması olarak etki eder. Bu nöronal ateşlemeyi düzenlemeye ve nöronların aşırı aktivasyonunu önlemeye yardım eder. LSD serotonin-2 agonisti ya da parsiyel agonisti olarak da etki eder. Ağızdan alınır ve 20–25 µg lık dozlarda etki oluşturabilir. PCP, N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonistidir. PCP’nin yol açtığı psikoz arınık olmaya karşın haftalar boyunca sürebilir. PCP’ye benzer şekilde ketamin (PCP’den daha seçici NMDA reseptör antagonisti) sağlıklı kişilerde psikotomimetik etki gösterir ve şizofrenili hastalarda belirtileri alevlendirir (24).

2.2.9. Sedatif- Hipnotik- Anksiyolitikler

Bromidler, 1826’da ilk tanışılan sedatif-hipnotik ilaçlardır. Bunları 1903’te barbitüratlar takip etmiştir İlk olarak barbital elde edilmiş ve 1932’de kloralhidrat, 1955’te ise meprobamat elde edilmiştir. 1961’de üretilen ilk benzodiazepin klordiazopoksiddir. Benzodiazepinler hızla barbitratları bastırmış ve daha çok reçete edilmeye başlamıştır. Çünkü daha az solunum depresyonu yapmaları, anksiyeteyi azaltmaları ve daha az sedasyon yapmaları tercih nedeni olmuştur. Tüm barbitüratlar barbitürik asit deriveleridir. Etki sürelerine göre üç gruba ayrılırlar. Kısa etkililer anesteziik olarak IV yolla kullanılırlar. Orta etkililer sedatif hipnotik olarak reçete edilirler ve en çok suistimal edilenler bunlardır. Uzun etkililer ise antikonvulsan olarak kullanılırlar. Benzodiazepinler ilk önceleri suistimal için dūřuk riskli olarak değerlendirilmiş ancak sonraları suistimal riskinin orta derecede olduğu tespit edilmiştir. Bu tür ilaçların klinik kullanımlarının yanı sıra hemen hepsinin suistimal potansiyelleri de vardır. Bu tür ilaçlara reçetelerde çok sık rastlanılması, önemli bir bölümünün reçetelerden sağlandığı görüşünü desteklemektedir. Ayrıca yasal olarak üretilen bu ilaçlar bir şekilde sokak pazarına ulaşmaktadırlar. Bu ilaçlar içinde en sık kullanılanı benzodiazepinlerdir. ABD’de yapılan çalışmalar bu grup ilacın kötüye

kullanımının yaygın olduğunu düşündürmektedir. Hem hekimler, hem de bu ilacı kullananlar gerekli doz ve sürenin dışına çıkıp ilacı suistimal etmektedirler. Günlük olarak alındıklarında ilacın etkisinin zamanla birlikte zayıfladığı dikkate alınırsa benzodiazepinleri 2-4 haftadan uzun süre önermenin herhangi bir klinik yararı olmadığı ortaya çıkmaktadır (24).

Benzodiazepinlerin kötüye kullanımı diğer kötüye kullanılan madde bozukluklarından farklıdır, çünkü benzodiazepinler çok az öfori yapar ve diğerlerinin aktive ettiği klasik ödül sistemini (mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik projeksiyonları) aktive etmezler. Gamma aminobütirik asit (GABA) reseptörlerine etkiyle, belli beyin bölgelerinde inhibisyon yaparlar. Kötüye kullanımı öforik etkisi nedeniyle değil, yatıştırıcı etkileri nedeniyle (29).

Benzodiazepinler barbitüratlardan az olmak üzere, serebral oksijen tüketimini, serebral kan akımını ve intrakranyal basıncı düşürmektedir. Grand mal epilepsi tedavisinde, anterograd amnezi için premedikasyonda kullanılırlar. Spinal kord düzeyinde kas gevşetici etkiye sahiptirler. Düşük dozlarda anksiyolitik, amnezik ve sedatif etkileri görülür. İndüksiyon dozlarında stupor ve bilinç kaybı oluşur. Oluşması ve geri dönüşümü tiyopentale göre daha geçtir. Analjezik etkileri yoktur (24).

Barbitüratlar merkezi sinir sistemini etkileyerek yatıştırıcı etki gösterirler. Değişik renk, hacim ve şekillerde, kapsül veya tablet olarak üretilirler. Bunlar doktor tarafından kişiyi sakinleştirmek veya uykuya daldırmak üzere verilen ilaçlardır. Alkolle alındığında ölüme sebebiyet verirler. Suistimalleri en çok yapılanlar, sarı kapsüller halinde imal edilen “pentobarbital sodyum” ile mavi kapsüller halinde imal edilen “amobarbital sodyum” ve “secobarbital sodyum”dur. Genellikle ağız yoluyla alınırlar. Alındıktan sonra süratle absorbe edilirler ve vücuda yaygın bir şekilde dağılırlar. Emzikli kadınlarda süte kolay geçerler. Küçük dozlarda alınmaları halinde etrafa karşı hafif bir aldırılmazlık gelişir. Zihinsel fonksiyonlar yavaşlar, gerginlik azalır. Uzun zaman kullanıldıklarında, maddeye karşı tolerans gelişir. Maddenin bırakılmasından sonra uykusuzluk, iştahsızlık, bulantı, titreme, adale seğirmeleri gibi belirtiler ortaya çıkar (30). Barbitüratlar 300 mg alındığında derin bir uyku hali yarattıkları ve bu uyku halinin 4-8 saat arasında sürdüğü, 1 gr alındığında ölüme sebebiyet verdiği sanılmaktadır. Ayrıca barbitüratlar alkolle alındığında ölüme sebebiyet verebilmektedir. Genellikle yutularak alınırlar ancak suda eriterek deri altına zerk edenler ve eroin karıştırarak sigara gibi içenler de vardır (27).

2.3. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji sağlık / hastalık süreçlerinin insan topluluklarındaki zamana ve yere göre dağılımını, nedenlerini ve belirleyicilerini ve bunların tanı, sağaltım ve önlenmesi için uygun araştırma yöntemlerini inceleyen bir bilim dalıdır.

Psikiyatride epidemiyolojik araştırmaların ilk başarısı, 1920’de Goldberger ve arkadaşlarının yaptığı vaka kontrol çalışmaları sonucunda, pellegranın bulaşıcı bir hastalık değil, nikotinik asit eksikliği sonucu geliştiğinin gösterilmesi ve diyet düzenlemeleri ile akıl hastanelerindeki önemli bir hasta grubuna, yaklaşık %10’una, sağaltım olanağı sağlanmış olmasıdır (31).

Madde kullanım yaygınlığı hakkında daha kapsamlı bilgiler edinmek, koruyucu çalışmalar için gerekli ve önemli bir ilk adımdır. Bu tür araştırmaların yıllar içinde yinelenmesi madde kullanım yaygınlığının artış hızını göstermede yararlı olabilir (32). Dünya geneline bakılacak olursa psikoaktif madde kullanımı ile ilgili araştırmaların son yıllarda hız kazandığı görülmektedir.

2000 yılında ABD’de yapılan ev halkı taramasında 12 yaş üzeri nüfusta alkol kullanım yaygınlığı %46,6, ağır içicilik yaygınlığı ise %5,6 olarak saptanmıştır (33). 2003 yılında yapılan ulusal bir tarama çalışmasına göre ise son bir yıl içinde bağımlılık yaygınlığı tütün için %15, sedatif-hipnotikler için %0,1, esrar için %1,1, halüsinojenler için %0,1, eroin için %0,1, opioid içeren ağrı kesiciler için %0,4, kokain için %0,4, metamfetamin ve diğer uyarıcılar için %0,1, uçucular için ise %0,0 olarak bulunmuştur. Kullanım yaygınlıkları ise çok daha yüksek bulunmuştur. Örneğin esrar için yaşam boyu kullanım yaygınlığı %46,4, son bir ay içindeki kullanım yaygınlığı ise %8,2’dir. Yaşam boyu kullanım yaygınlığı sırası ile halusinojenler için %14,5, sedatif-hipnotikler için %12, opioidler için %15, kokain için %14,7 olarak saptanmıştır. Son bir ay içinde kullanım yaygınlığı ise halusinojenler için %0,4, sedatif-hipnotikler için %0,9, opioidler için %2,1 ve kokain için %1 olarak bulunmuştur (34).

Dünya Uyuşturucu Raporu 2005 verilerine göre; 15–64 yaş arası dünya nüfusunun %5’ine tekabül eden 200 milyon kişinin, raporun yayınlandığı tarihten önceki son 12 ay içerisinde en az bir kere madde kullandığı, kullanıcı sayısının son 15 yıldır düzenli olarak arttığı gözlemlenmektedir. Tüketim eğilimleri madde türlerine göre takip edildiğinde ise esrar kullanıcılarının sayısında sürekli bir artış olduğu, afyon, eroin ve kokain kullanıcılarının sayılarının çok hafif bir şekilde arttığı, ekstazi ve

amfetamin tipi uyuşturucu kullanıcı sayılarının ise bir önceki yıla ait verilerinden daha aşağıda olduğı görölmektedir (35).

2011 Dünya Uyuşturucu Raporunda dünya genelinde 12-21 milyon arası kişinin afyon ve türevi kullanıcısı olduğı ve afyon ve türevleri arasında da en çok kullanılan uyuşturucu maddenin eroin olduğı bildirilmektedir (36).

2012 Dünya Uyuşturucu Raporu verilerinde dünya genelinde 13,2-19,5 milyon kokain kullanıcısı olduğı, esrar kullanıcı sayısının ise 119-224 milyon aralıında olduğı ve en çok kullanılan uyuşturucu türünün de kenevir ve türevleri olduğı bilgisine yer verilmiştir (37).

Ölkemizde, 1960'lara gelinceye dek yalnızca kurum içi kayıtlara dayalı çalışmalar yapılmıştır. İlk alan araştırmalarının 1960'lardan sonra yapıldığı görölmektedir. 1975'lerden sonra ise, genel olarak psikiyatrik bozukluklar epidemiyolojisi üzerine yöntemi güvenilir, standart tanı ölçek ve ölçütlerinin kullanıldığı araştırmalar yapılmıştır. 1990 sonrası yıllar, artık psikiyatrik epidemiyolojinin yerleşik bir araştırma alanı durumuna geldiğı dönemdir. İlgili araştırmalar kapsam ve yöntem açısından çeşitlenmiştir Bu dönemde dikkati çeken en önemli gelişmelerden biri de madde kullanımı ve ilişkili bozukluklar üzerinde özellikle İstanbul'da gerçekteştirilen yetkin çalışmalardır. Bu çalışmalar, hem madde kullanım bozukluklarının özellikle genç nüfus içinde giderek artan yaygınlığına ilişkin bilgi vermiş, hem de konuyla ilgili önleyici girişimlere ışık tutmuştur (31).

Ölkemizde madde kullanım yaygınlığı üzerine ilk çalışma 1991 yılında yapılmıştır. İstanbul'da dört okulla sınırlı 1500 lise öğrencisi ile yapılan bu anket çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %2,6, esrar kullanım oranı ise %0,7 olarak bulunmuştur (38).

İstanbul'da 15 ayrı okulda 2800 öğrenci ile 1995 yılında yürütölen ESPAD çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7, esrar kullanım oranı %4, uçucu madde kullanım oranı %4, ekstazi kullanım oranı %1, sedatif hipnotik kullanım oranı %7 ve eroin kullanım oranı ise %1 olarak saptanmıştır (39). Bu çalışma Avrupa ölkeleriyle birlikte ve aynı yöntemle yapıldığı için uluslararası düzeyde karşılaştırılabilir ilk çalışmadır (32). 1995 yılında Sağık Bakanlığı tarafından 7 ayrı ilde liselerde yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu alkol dışı psikoaktif madde kullanım oranının %3.5 civarında olduğı bildirilmiştir (40).

İstanbul'da 1996 yılında 62 okulda 5823 lise 2 öğrencisi ile yapılan diğer bir çalışmada yaşam boyu esrar kullanım oranı %4,2, uçucu madde kullanım oranı %4, ekstazi kullanım oranı %0,9, sedatif hipnotik kullanım oranı %5 ve eroin kullanım oranı ise %0,7 olarak saptanmıştır (41). 1996 yılında Antalya il merkezi lise son sınıf öğrencilerini kapsayan bir ankette bağımlılık yapıcı herhangi bir madde kullanım oranının ise %1,4 olduğu tespit edilmiştir (42). Muğla'da lise 1,2 ve 3. sınıflarda 2900 öğrenciyle yapılan anket çalışmasında ise sigara ve alkol dışı diğer maddeleri kullananların oranı %0,3 olarak saptanmıştır (43).

1998 yılında 15 ilde 15-17 yaş grubunda yapılan bir araştırmada, yaşam boyu madde kullanım yaygınlıkları sırasıyla şöyle bulunmuştur: Esrar %3,5, eroin %1,6, uçucu maddeler %8,6, sedatif hipnotikler %3,2'dir. Yaşam boyu esrar kullanımının en sık görüldüğü iller İzmir (%4), İstanbul ve Diyarbakır (her biri %3,6), Muğla (%3,4), Antalya (%3,2), Adana (%3,1)'dir. Yaşam boyu esrar kullanımının en az görüldüğü illerin Malatya (%0,5), Sivas ve Van (%1,9) olduğu görülmektedir. Uçucu madde kullanımı en sık Muğla (%12,8), Kocaeli (%12,6), Sivas (%12,4), Eskişehir (%11,8), Antalya (%11,2) ve İzmir (%11,1)'de bulunmuştur (44).

2001 yılında Ögel ve arkadaşları tarafından 9 ayrı ilde 11989 ilköğretim ve 12270 ortaöğretim öğrencisi (10- 12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan araştırmada, ilköğretim grubunda yaşam boyu madde kullanım yaygınlıkları esrar için %0,4, uçucu madde için %3, diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler içinse %0,4 bulunmuştur. Ortaöğretim öğrencilerinde bu oranlar esrar için %3, uçucu maddeler için %4,3, eroin için %2,1, ekstazi için 1,3 ve kokain içinse %1,2'dir. İlköğretim çağında erkeklerde kızlara göre esrar kullanım riski 3,3, uçucu madde kullanım riski 1,3, uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanım riski 3,2 kat daha fazladır. Ortaöğretim çağında erkeklerde kızlara göre esrar kullanım riski 3,7, uçucu madde kullanım riski 1,6, eroin kullanım riski 4,7, ekstazi kullanım riski 5,1, kokain kullanım riski ise 4,6 kat daha fazladır. İlköğretim çağında gelir düzeyi düşük olanlarda uçucu madde kullanım riski 1,7 kat daha fazladır. Diğer maddelerde gelir düzeyine göre bir fark yoktur. Ortaöğretim çağında ise gelir düzeyi yüksek olanlarda ekstazi kullanım riski 1,6 kat daha fazladır. Özel okullarda okuyanlarda devlet okulunda okuyanlara göre esrar kullanım riski 2,6, uçucu madde kullanım riski 1,8, eroin kullanım riski 3,2, ekstazi kullanım riski 4 ve kokain kullanım riski 3,8 kat daha fazladır (45).

2001'de Sivas'ta 476 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada, bazı maddeleri son bir ayda en az bir kez kullanma oranları araştırılmış ve sigara kullanım oranı %31,1, alkol %8,3, uçucu maddeler %4,7, esrar %1,3, benzodiazepinler %1,3 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu en az bir kez sigara kullanım oranı %67,7'dir. Sigara kullanım oranı erkeklerde, uçucu madde kullanım oranı ise kızlarda daha yüksek saptanmıştır (46).

Türkiye'de madde kullanımına yönelik ülke çapında ilk genel toplum araştırması 2002 yılında yapılmıştır. 72 ilde yüz yüze yapılan bu çalışmada alkol ve sigara dışında bağımlılık yapan madde kullanımı %0,3, yaşam boyu en az bir kez madde kullanımı %1,3 olarak saptanmıştır. Erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş grubunda ise 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak bulunmuştur (47).

Türkiye'de bu konuda yapılan bir diğer çalışma ise, 2003 yılında United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) koordinesinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre Türkiye'deki afyon türevi madde kullanıcılarının 15-64 yaş genel nüfus içerisindeki oranı ortalama %0,05, uçucu madde kullanıcılarının oranı ise ortalama %0,06 olarak tahmin edilmektedir (48).

2004 yılında 3483 lise 2 öğrencisi ile İstanbul'da yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanım yaygınlığı %5,9, esrar kullanım yaygınlığı %5,8, flunitrazepam kullanım yaygınlığı %4,4, benzodiazepin kullanım yaygınlığı %3,7, ekstazi kullanım yaygınlığı %3,1 ve eroin kullanım yaygınlığı %1,6 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu en az bir kez madde kullanımı riski cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerin benzodiazepin kullanımı hariç diğer tüm maddeler için kızlardan daha fazla risk taşıdığı görülmüştür. Madde kullanım riski erkeklerde eroin kullanımı için 10 kat, esrar için yaklaşık 4 kat, ekstazi için ise yaklaşık 3 kat daha fazladır. Yüksek gelir düzeyine sahip olan ailelerin çocuklarında düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre flunitrazepam kullanım riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (49).

Bu araştırmanın yöntemi 2001 yılında yapılan çalışmanın yöntemi ile aynıdır. Bu nedenle her iki araştırmanın karşılaştırılabileceği ileri sürülmektedir. Her iki araştırmanın İstanbul verileri kıyaslandığında tütün ve alkol dışındaki tüm maddelerin kullanım yaygınlığında bir artış görülmüştür. Mutlak değişim değerlerinde en yüksek artış gösteren maddelerin sırasıyla esrar, flunitrazepam, ekstazi, uçucular, eroin ve benzodiazepinler olduğu görülmüştür. Bu artış yüzdelik değişime vurulduğunda iki araştırma arasında ekstazi kullanım yaygınlığının %287,5 arttığı görülmüştür. Flunitrazepam, eroin, esrar, uçucu ve benzodiazepin kullanımında da belirgin artışlar söz konusudur. Tütün kullanım

yaygınlığı %72,7, alkol kullanım yaygınlığı ise %17,6 oranında düşmüştür. Hem tütün ve alkol kullanımındaki düşüş hem de benzodiazepin hariç diğer maddelerin kullanımındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (50).

Boğaziçi Üniversitesinde eğitim gören farklı sınıflardan seçilmiş 735 öğrenci ile 2005 yılında tamamlanan bir araştırmada da ilginç sonuçlar elde edilmiştir. Bu araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %9,2, ekstazi kullanımı %2,7, uçucu madde kullanımı %1,2, eroin kullanımı %0,3, benzodiazepin kullanımı %3,4 ve flunitrazepam kullanımı %0,6, kokain kullanımı ise %0,4 bulunmuştur. Bu çalışmada alkol, sigara ve diğer maddelerin kullanımı açısından erkek ve kız öğrenciler arasında fark olmadığı saptanmıştır (51).

‘Ankara İlinde Okuyan Gençlerde Madde Kullanımı ve Özellikleri’ konulu bir çalışmada 2007 yılında 13438 öğrenciye ulaşılmış olup madde kullanımına ilişkin bazı veriler elde edilmiştir. Öğrencilerin %1,4’ü (188) düzenli olarak, %1’i (134) deneme düzeyinde madde kullandığını, %97,6’sı (13116) ise hiç madde kullanmadığını belirtmiştir. Madde kullanan öğrencilerin madde kullanım sıklığı incelendiğinde; %31,1’i (61) her gün, %26’sı (51) ayda birkaç kez, %21,4’ü (42) ise yılda birkaç kez madde kullandıklarını belirtmişlerdir. Madde kullanan öğrencilerin %60,6’sı yalnızca bir madde kullanırken, %16,5’i üç ya da daha fazla maddeyi birlikte kullandıklarını ifade etmişlerdir. 52 kişi esrar, 3 kişi antikolinergik, 26 kişi opioid, 5 kişi sedatif, 24 kişi halüsinojen, 22 kişi stimülan ve 35 kişi inhalan maddelerini düzenli olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (52).

2007 yılında yapılan bir diğer çalışma Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından 60 ilde 261 okulda (130 resmi, 131 özel) yapılmıştır. Bu araştırmada 26009 öğrenciye okulda şiddet olaylarının yanı sıra detaya girilmeden madde kullanımı da sorulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre ortaöğretim kurumlarında okuyan gençlerin halen sigara kullanım oranı %15,6 (erkeklerde %21,8 ve kızlarda %7,5), son bir ayda en az bir defa alkollü içki içme oranı %16,5 (erkeklerde %31,5 ve kızlarda %10,6) ve son üç ay içinde uyuşturucu/uyarıcı madde kullanım oranı %2,9 (erkeklerde %4,3 ve kızlarda %1,0) olarak bulunmuştur (53).

Ankara’da 2010 yılında 700 adreste IPA (Katılım Öncesi Mali Yardım Programı) tarafından finanse edilen Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) koordinesinde pilot bir çalışma yürütülmüştür. Örneklem TÜİK’ten (Türkiye İstatistik Kurumu) alınmış ve Ankara’nın ilçe ve köylerini kapsayan bir

sistemle seçilmiştir. Tütün %57 oranında ömür boyu kullanımı ile en yaygın madde olarak hesaplanmış, alkol %44'le ikinci, sedatifler ve sakinleştiriciler %13,5'le üçüncü olarak takip etmiştir. Esrar, çalışmaya katılan nüfusun %1,6'sı tarafından en az bir kere kullanılırken, kokain kullanımı daha da az olarak hesaplanmıştır (%0,4). Halen sigara kullananlar araştırmaya katılanların %38,7'sini oluştururken, katılanların %17,1'i son 12 ayda alkol kullananlardır. Son zamanlarda kullanım oranları ise sigara için %35,1, alkol için %12,1, sedatifler ve sakinleştiriciler için %2,9 ve esrar için %0,8 olarak hesaplanmıştır (54).

Türkiye'de genel nüfusta bugüne kadar yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı çalışması, 2011 yılında TUBİM tarafından yapılmıştır. Çalışma TÜİK tarafından belirlenen 25 ilde Türkiye'yi temsilen kesitsel olarak seçilen bir örneklem üzerinden yürütülmüştür. TUBİM bünyesinde kurulan Genel Nüfus Araştırması Çalışma Grubu tarafından belirlenen illerde, TÜİK'ten alınan adreslerde "yüz yüze görüşme" yöntemi ile araştırma gerçekleştirilmiş olup 2011 yılı Eylül-Aralık ayları arasında uygulanmıştır.

Anket geliştirilirken EMCDDA (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) Avrupa Model Anketi (EMQ) ve Avrupa ülkelerinde uygulanan anketler göz önüne alınmış ve bu anketlerle paralel ancak Türkiye'ye özel bir anket hazırlanmıştır.

Araştırmada toplam 8045 kişiye ulaşılmıştır. Anketin cevaplanma oranı %43,9 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %49,0'u bayan (3943 kişi), %51'i erkek (4102 kişi) olup yaş ortalaması $36,10 \pm 13,38$, ortancası 34,00'tür.

Tütün ürünleri kullanımına bakıldığında; katılımcıların %51,8'i (4169 kişi) sigara, puro, pipo, nargile vb. bir tütün ürününü denemiştir. Tütün ürününü ilk kez deneme yaşı ortalaması $19,77 \pm 13,40$, ortancası 17,00'dir. Kadınların %40,1'i, erkeklerin %63,1'i tütün kullanmayı denemişken, halen kadınların %23,8'i, erkeklerin %42,1'i tütün kullanmaktadır.

Alkollü içeceklerin kullanımıyla ilgili sorular incelendiğinde; katılımcıların %28,3'ü (2280 kişi) alkollü içecekleri denemiştir. Alkollü içecekleri ilk kez deneme yaşı ortalaması $20,93 \pm 9,90$, ortancası 19,00'dur. Kadınların %14,9'u, erkeklerin %41,2'si alkol kullanmayı denemişken, halen kadınların %4,2'si, erkeklerin %15,8'i alkol kullanmaktadır.

Türkiye’de 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere denenme oranı %2,7’dir. Bu oran erkeklerde %3,1, kadınlarda ise %2,2’dir. Madde kullanım yaygınlığının genç yetişkinlerde (15-34 yaş grubu), genel nüfusa (15-64 yaş grubu) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Genç yetişkinlerde herhangi bir maddenin yaşam boyu kullanım oranı %3,0 iken, genel nüfusta bu oranın %2,7 olduğu görülmektedir. Genç yetişkinlerde yaşam boyu eroin ve kokain kullanma yaygınlığı ise her biri için %0,05 olarak bulunmuştur.

Esrarın Avrupa’da ve Dünya’da en yaygın kullanılan madde olduğu farklı uluslararası raporlarda belirtilmektedir. 2012 Dünya Uyuşturucu Raporu’nda dünyadaki esrar kullanım oranının %2,6 ile %5,0 arasında olduğu, kullanıcı sayısının da yaklaşık olarak 119 milyon ile 225 milyon kişi arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu çalışmada yaşam boyu esrar kullanma yaygınlığı %0,7 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %1,1, kadınlarda %0,2’dir. Esrarı ilk kez kullanma yaşı ortalaması ise $20,89 \pm 3,99$, ortancası 20,00’dir (55).

2011 yılında TUBİM tarafından okullarda da günümüze kadar yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı çalışması yapılmıştır. Türkiye’de kesitsel türdeki okullarda alkol, tütün ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırması 2011-2012 öğretim yılında lise 2. sınıflarda eğitim gören 877.730 kişiyi temsilen seçilen bir örneklem üzerinden yürütülmüştür. 32 ilde yapılan çalışmada toplam 129 okula gidilmiştir. Bunların 63 tanesi genel lise, 66 tanesi ise teknik lisedir. Araştırmanın saha uygulaması Eylül-Aralık 2011 tarihlerinde yapılmıştır.

Araştırmada toplam 11812 kişiye ulaşılmıştır. Öğrencilerin %49,0’u kız (5783 kişi), %51’i erkek (6029 kişi) olup yaş ortalaması $15,23 \pm 0,69$, ortancası 15,00’dir. Yaş aralığı 14-19 olarak kaydedilmiştir.

İncelenenlerin %26,7’si (3151 kişi) sigara, puro, pipo, nargile vb. bir tütün ürününü denemiştir. Tütün ürününü ilk kez deneme yaşı ortalaması $13,11 \pm 2,50$, ortancası 14,00’dür. %19,4’ü (2297 kişi) alkollü içecekleri denemiştir. Alkollü içecekleri ilk kez deneme yaşı ortalaması $13,46 \pm 2,64$, ortancası 14,00’dür.

Öğrencilerde herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere denenme oranı %1,5 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %2,3, kızlarda %0,7 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin %1,1’inin (130 kişi) ailesinde tütün ya da alkol dışında başka madde kullanan birisi vardır ve %87,4’ü anne/baba/kardeşlerden birisidir. Maddeyi ilk kez kullanma yaşı ortalaması $13,88 \pm 2,39$, ortancası 14,00’dür.

Araştırmanın hedef yaş grubunda madde kullanım oranı %1,0'dır. Bu oran erkeklerde %1,5, kızlarda ise %0,5'tir (56).

Yapılan çalışmalara bakıldığında, Türkiye'deki madde kullanım oranının diğer ülkelere kıyasla çok düşük olduğu görülmektedir. Oranların bu düzeyde olmasında, Türkiye'nin transit rotada olması ve uyuşturucu kaçakçılığı yapan kişi ya da grupların daha kârlı piyasalara yönelmesinin, Türk aile yapısının ve geleneklerinin toplumda bir koruma mekanizması oluşturmamasının ve suç teşkil eden bir konuda kolluk birimlerinin etkin mücadelesinin etkilerinin olabileceği değerlendirilmektedir (55).

2.4. Kişilik, Mizaç ve Karakter

Kişilik, mizaç ve karakter sıklıkla birbirinin yerine kullanılan fakat birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç, kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter, çevrenin ve eğitimin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise, genetik olarak gelen mizaçla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşmesinden oluşur (57).

2.4.1. Kişilik

Kişilik kavramı neredeyse tıp tarihi kadar eskidir. Hipokrat'ın mizacın altında bazı vücut sıvılarının yattığına dair humoral kuramı, ilk kişilik kuramı olarak kabul edilebilir. Bu kuram daha sonra Galen tarafından geliştirilmiştir. Buna göre vücuttaki dört sıvı olan sarı safra, siyah safra, balgam ve kan belirli mizaç özellikleriyle ilişkilidiler. Bu yaklaşım, mizacı boyutsal bir bakış açısıyla değerlendirmekteydi çünkü her bireyde bu dört sıvının karışımı ve görece miktarlarının farklı olduğuna inanılıyordu. İdeal bir bireyde bu dört sıvıdan eşit miktarda bulunmalıydı. Balgamı fazla olan kişi flegmatik mizaca sahipti. Bu kişiler sakin ve duygusal tepkileri az bireylerdi. Siyah safrası fazla olan bireylerde melankolik mizaç vardı. Bu mizacın özellikleri ümitsizlik, iritabilite ve uykusuzluktu. Sarı safrası fazla olan kişide kolerik mizaç olduğu düşünülüyordu. Bu mizacın özellikleri ise kolay sinirlenme ve huysuzluktu. Kanı fazla olan kişilerde ise sanguin mizaç vardı. Bu mizaca sahip kişiler cesaretli, ümitli ve tutkulu kişilerdi (58,59).

Kişilik, çok sayıda kuramcı tarafından farklı bakış açılarıyla tanımlanmış bir kavramdır. Üzerinde uzlaşmaya varılmış tek bir kişilik tanımı vermek güçtür. Kişilik kavramı, insanın biyolojik ve ruhsal yapılarının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum,

yetenek ve becerilerinin bir arada, en iyi biçimde bütünleşmesini ifade eder. Başka bir tanımlamayla kişilik, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayrımını sağlayan uyum ve yaşam biçimini oluşturan bilinçli ya da bilinçdışı biliş, duygulanım ve davranış örüntülerinin tümüdür. Kişilik, karmaşık yapısına rağmen, bireyleri, davranışın birçok bileşeni aracılığıyla diğer bireylerden ayırır.

Kişiliği tanımlayan teorisyenlerin başında Gordon Allport gelmektedir. Allport 1937’de yayınladığı ‘Kişilik’ kitabında bu kavramı; kişinin çevresine kendine özgü uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerin, kişi içindeki dinamik organizasyonu olarak tanımlamıştır (60).

Allport dinamik organizasyon tanımı ile kişiliğin sürekli olarak gelişim ve değişim içerisinde olan organize bir sistem olduğunu vurgulamıştır. “Kişi içindeki” ibaresi, bireyin özgül davranışlarının altında yatanın kişilik olduğu anlamına gelmektedir. “Psikofiziksel” terimi, kişiliğin tamamen ruhsal ya da tamamen nöral olmadığını, bu ikisinin birleşimi olduğunu akla getirmektedir. “Belirlemek” kelimesinden, kişiliğe karşılık gelen sistemlerin anlamlı ve uyumsal davranışlara yön verdiklerini belirtmektedir. “Çevreye uyum” ifadesinden ise kişiliğin işlevsel veya evrimsel olarak hayatta kalma ve daha genel olarak uyum sağlama yolu olduğuna dikkat çekilmektedir (61).

Yapısal bakış açısına sahip birçok yazar, kişiliğin mizaç, karakter ve zekadan oluştuğunu iddia etmektedir. Kabaca söylemek gerekirse, mizaç, kişiliğe biyolojik katkıları, karakter, sosyal ve kültürel katkıları yansıtmaktadır. Zeka, hem doğuştan hem de sosyal özelliklere katkı yapmakta ve bütün kişilik işlevlerini düzeltmektedir. Kişiliğin temel işlevleri, hissetmek, düşünmek, algılamak ve bunları amaca yönelik davranışlara çevirmektir (62).

2.4.2. Mizaç

Mizaç, fiziksel uyaranların isteklerine şartlanmış davranış cevabının düzenlenmesinde vücudun eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Davranışsal şartlanma; bilinçli tanımlamadan, tanımlayıcı gözlemden, yansıtmadan veya muhakemeden bağımsız olarak, korku ve öfke gibi temel emosyonları ortaya çıkaran anlam öncesi duyumları içermektedir. Alexander Thomas ve Stella Chess'in yaptıkları öncül çalışmalarda mizaç, davranışın güdülenmesi (neden) ve içeriğinden (ne) farklı olarak, davranışın biçimsel parçası (nasıl) olarak tanımlanmıştır. Modern görüşler, mizacın

emosyonel, güdüsel ve uyumsal yönlerini de vurgulamaktadır. Özgün olarak, mizacın 4 temel özelliği tanımlanmıştır: Zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebatkarlık. Geçmişe bakıldığında, mizacın bu 4 boyutu eski zamanlardaki 4 mizaç özelliğinin modern bir yorumu olarak görülebilir: Bireyler farklı derecelerde melankolik (zarardan kaçınma), sinirli (kolerik-yenilik arayışı), iyimser (sanguin-ödül bağımlılığı) ve soğukkanlıydılar (flegmatik-sebatkarlık). Ancak, 4 mizaç özelliğinin hepsini kapsar şekilde seçilmiş kategorilerden ziyade genetik olarak, tüm etmenlerin birleşmesiyle oluşan bağımsız boyutlar olduğu bugün anlaşılmaktadır (61,63).

2.4.2.1. Mizacın psikobiyojisi

Mizacın özellikleri olan zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etme; kişinin tehlike, yenilik ve değişik ödül tiplerine karşı, nispeten, verdiği otomatik cevabın altında yatan kalıtsal farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu dört mizaç özelliği, dört temel duygu ile oldukça ilişkilidir; korku (zarardan kaçınma), öfke (yenilik arayışı), bağlanma (ödül bağımlılığı) ve hırs (sebatkarlık).

Mizaçtaki ve temel emosyonlardaki bireysel farklılıklar algısal bilgi sürecini düzenlemekte ve özellikle şartlanmış bilinç dışı cevapla ilişkili erken dönemde öğrenilmiş özellikleri şekillendirmektedir. Mizaç, emosyonlardaki kalıtsal yatkınlıklar ve emosyonlardan köken alan dürtülerin, otomatikleşmiş davranış özelliklerinin ve erken yaşamda gözlenebilen ve nispeten tüm hayat boyunca devam eden alışkanlıkların altında yatan öğrenme olarak tanımlanmaktadır.

Dört esas boyutun her biri, normal şekilde dağılmış nicel özellikler göstermektedir. Bu özellikler kısmen kalıtsaldır, çocukluğun erken dönemlerinde gözlenmektedir, zaman içinde nispeten değişmemekte ve ergen ve erişkin davranışlarını orta derecede öngörebilmektedir. Bu dört boyutun genetik olarak homojen ve büyük oranda diğerlerinden bağımsız bir kalıtım sergilediği, Amerika ve Avustralya'da yapılan birbirinden bağımsız ikiz çalışmalarında ortaya konulmuştur. Mizaç farklılıkları, başlangıçta kararlı değilken, yaşamın 2. ve 3. yıllarında sabitleşme eğilimi göstermektedirler. Paralel olarak, İsveçli çocuklarda geniş bir örnekleme yapılan bir çalışmada, 10-11 yaşlarındaki çocukların bu mizaç özelliğinin oranlarının 15,18 ve 27 yaşlarındaki kişilik özelliklerini öngörebildiği gösterilmiştir.

Dört boyutun, farklı kültürler, etnik gruplar ve farklı kıtalardaki farklı politik sistemlere karşı evrensel olduğu tekrar tekrar gösterilmiştir. Özet olarak; kalıtsal

olduğu, yaşamın erken döneminde ortaya çıktığı, gelişimsel olarak kararlılık gösterdiği ve farklı kültürlerde benzer olduğundan dolayı kişiliğin bu özellikleri mizaç olarak adlandırılmaktadır. Tablo 4.1’de, dört mizaç özelliğinin, davranış kalıplarındaki zıtlıkları ayırt edici aşırı puanları özet olarak verilmiştir. Bu boyutların iki ucunun da, özgül olarak uyumsal avantajları ve dezavantajları bulunabildiğinden dolayı, ne yüksek puanların ne de düşük puanların daha iyi uyum sağladığı anlamı çıkarılmamalıdır (61,63).

2.4.2.2. Mizacın alt boyutları

2.4.2.2.1. Zarardan kaçınma

Zarardan kaçınma, cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyaranlarına cevap olarak davranışın baskılanmasında kalıtımsal bir koşullanma içermektedir. Belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan veya tehlikeden pasif kaçınma, çabuk yorulma ve hatta başka insanları endişelendirmeyen durumlarda sorun beklentisi içindeki karamsarlık kaygısı olarak gözlemlenmektedir. Zarardan aşırı kaçınmanın uyumsal faydası, tehlike olasılığı olduğu zaman, ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Zararı ise zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda da zarar beklentisi içinde olmaktır ki bu durum uyum bozukluğuna ve kaygıya neden olmaktadır. Birçok insanı endişelendirecek bir duruma karşın, zarardan düşük oranda kaçınan insanlar kaygısız, enerjik, cesur, sempatik ve iyimserdirler. Zarardan az kaçınmanın faydası tehlike ve belirsizlikle karşılaşıldığında kendine güvenme, strese girmeden ya da çok az strese girerek enerjik gayret sarf etme ve iyimserliğe neden olmasıdır. Zararı ise, tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserlik, olası bir zarar görme durumunda ciddi sonuç riski ile ilişkili olmasıdır (61,63).

2.4.2.2.2. Yenilik arayışı

Yenilik arayışı; ödül dürtüsüne yaklaşımı, cezalandırma dürtüsüne karşı koşullu kaçınma davranışının uyarılmasını ve koşulsuz cezalandırmadan kaçınmayı içeren yenilik tepkisindeki arzulu yaklaşımın aktive edilmesi veya başlatılmasında kalıtsal bir eğilimin yansımasıdır. Yenilik arayışı; keşfedici bir etkinlik olarak yenilik karşısında dürtüsellik, abartılı olarak ödüle yaklaşım ve engellenmekten kaçınma olarak gözlenmektedir. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve intizamsızdırlar. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan

alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki, yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarını oluşturmaktadır. Düşük yenilik arayıcı insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Düşüncelilik, esneklik, sistemli çalışma ve titiz yaklaşım gibi özellikleri bunların gerekli olduğu durumlarda açık bir avantajdır. Potansiyel olarak etkinlikleri sıkıcı hale getiren tekdüzeliğe toleranslı olma ve şevksizlik ise olumsuz yanlarını yansıtmaktadır (61,63).

2.4.2.2.3. Ödül bağımlılığı

Ödül bağımlılığı, toplumsal ödülün ipuçlarına cevapta, davranışı sürdürmede kalıtsal bir eğilimi yansıtmaktadır. Ödül bağımlılığı aşırı duygusallık, sosyal duyarlılık, bağlanma ve başkaları tarafından onay bağımlılığı ile karakterizedir. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve gergin kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının en önemli uyumsal faydalarından biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır. Olumsuz yanları ise telkine yatkınlık ve sıklıkla, karşılaşılan insanlara aşırı sosyal bağlanmaları nedeniyle objektifliklerini kaybetmeleridir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük ödül bağımlılığının faydaları; kişisel bağımsızlık ve başkalarını memnun etme adına bozulmayan objektifliktir. Sosyal içe çekilme, ayrılma ve toplumsal tutumlarda soğukluk bunun olumsuz yanlarıdır (61,63).

2.4.2.2.4. Sebat etme

Sebat etme, zaman zaman olan zorlanmalara, bitkinlik ve engellenmelere karşın davranışın sürdürülmesindeki kalıtsal bir yatkınlığı yansıtmaktadır. Çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik olarak gözlenmektedir. Sebat etme özelliği yüksek olanlar aşırı çalışırlar, azimlilik gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır. Bu yüksek başarı hırsı, onların ödül beklentisine aşırı bir çaba ile tepki verme ve bitkinlik veya engellenmelere meydan okuyan bir kişi olma eğilimlerini yansıtmaktadır.

Yüksek sebat etme, ödüller aralıklı, ancak öngörülemeyenler sabit olarak kaldığında uyumsal bir davranış stratejisidir. Öngörülemeyenler hızla değiştiğinde ise uyumsal olmayan bir davranış haline gelmektedir. Düşük sebatkarlık gösteren bireyler tembel, aktif olmayan, dengesiz ve istikrarsızdırlar. Ayrıca engellenmeyle

karşılaştıklarında kolaylıkla pes etme eğilimindedirler. Aralıklı olarak ödülllenmelerine karşın, yüksek başarı için nadiren çabalarlar ve çok az inat ederler. Bu nedenle, düşük düzeyde sebatkarlık, hızlı değişen ödül şansında uyumsal bir stratejidir. Ödüller sık olmayarak uzun dönemde verildiğinde bu özellik uyumsal olmayabilir (61,63).

2.4.3. Karakter

Karakter, kişiliğin çekirdek kavramıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle, karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter, akılcı ve iradelidir. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken; karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak; karakter, yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal iş-levleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilmektedir (61,63).

2.4.3.1. Karakterin psikobiolojisi

Karakter, özetleme, sembolik yorumlama ve muhakeme yeteneğini içeren yüksek bilişsel işlevleri kapsamaktadır. Bu daha yüksek bilişsel işlevler beyinde kompleks olarak dağılmış olan ağları göstermektedir. Bu ağlar, neokorteksteki anlamsal belleğin, hipokampüste uzun dönem depolanması yoluyla bilişsel şemaların şifrelendirilmesini içermektedir. Bunun gibi sembolik bellek işlemleri, bilişsel süreçler tarafından güdüsel olarak istila edilmiş mizaçla düzenlenen duyuşsal algılar vasıtasıyla mizaçla etkileşmektedir. Bu mizaç-karakter etkileşimi kendilik ve dış dünya hakkında olgun ve gerçekçi şekilde özümşenmiş kavramların gelişmesini sağlamaktadır. Ruhsal olarak kendini yönetebilmenin yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri sırasıyla, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma olarak adlandırılan üç farklı karakter özelliği ile ölçülebilir. Bu karakter özellikleri uyumsaldır; fakat, sınırlı belli durumlarda, olgunlaşmama özellikle düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma, olgunlaşmadan daha iyi uyum sağladığından dolayı onların düşük puanları daha az faydalıdır (61,63).

2.4.3.2. Karakterin alt boyutları

2.4.3.2.1. Kendini yönetme

Kendini yönetme, bireyin yürütücü işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini oldukça iyi yöneten bir kişi kendine güvenen, sorumlu, güvenilir, becerikli, hedefleri olan biridir ve kendi ile barışıktır. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Bu onların bireysel olarak seçtikleri ve belirledikleri hedeflere, davranışlarını uydurabilmelerini sağlamaktadır. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldirler ve anlamlı içsel hedefleri tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir. Gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmayışı olarak kendini gösteren kötü yürütücü işlevler, birey için nadiren fayda sağlamaktadır (61,63).

2.4.3.2.2. İşbirliği yapma

İşbirliği yapma bireyin kurallar koyucu işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Yüksek derecede işbirliği yapan insanlar, kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadırlar. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler, empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadırlar. Bu özellikler takım çalışmaları ve sosyal gruplar için avantajlıdır, fakat yalnız yaşamak zorunda olanlar için değildir. İşbirliği yapma puanları düşük olan insanlar, tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçıdır. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (61,63).

2.4.3.2.3. Kendini aşma

Kendini aşma, bireyin yargılayıcı işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendi kendini aşma, insanların kendilerini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamalarını göstermektedir. Kendi kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılan ölüm veya hastalıklara yakalanan insanlar için uyumsal bir şekilde avantajlıdır. Çoğu modern toplumda idealizm, alçak gönüllülük ve düşüncelilik, zenginlik ve güç edinmeyi engellediğinden dolayı dezavantaj olarak görünebilmektedir. Kendi kendini aşma puanları düşük olan insanlar pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişçi olma eğilimindedirler. Böyle bireyler, akılcı, tarafsız ve materyalist başarıları nedeniyle, batı

toplumlarında iyi özelliğe sahip kişiler olarak görölmektedir. Bununla birlikte, sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel, maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekmektedirler. Bu durum huzur bulamamalarına ve özellikle yaşla birlikte artan uyum sorunlarına neden olmaktadır (61,63).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Örneklem

Bu Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yapılmıştır. Araştırmaya polikliniğe başvuran ve yatarak tedavi olan DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre opiyat bağımlılığı tanısı alan 69 hasta alınmıştır. Kontrol grubu olarak hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik tedavi almamış yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hasta grubuyla benzer 61 sağlıklı gönüllü birey alınmıştır. Opiyat bağımlılığını göç bağlamında incelemek amacıyla opiyat bağımlılarının (%56,5) ve kontrol grubunun (%54,1) yarısı Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş olanlardan yarısı ise Antalya'nın yerli halkından alınmıştır.

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve aşağıda belirtilen dışlama ölçütlerini taşımayan hastalar araştırma grubuna dahil edilmiştir. Araştırma gruplarına gönüllü olarak katılma belgesi imzalatılmıştır ve her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği anlatılmıştır. Çalışmaya katılmaktan herhangi bir zamanda vazgeçebilecekleri ve katılmamalarının tedavi programını etkilemeyeceği konusunda bilgilendirilmişlerdir.

Araştırmaya alınma kriterleri: Çalışmaya araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen, aydınlatılmış onam formunu imzalayan, 18-65 yaş arasında olan, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre opiyat bağımlılığı tanısı alan ve Antalya'da ikamet eden hastalar alınmıştır.

Araştırmadan dışlama kriterleri: 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olma, okuma yazma bilmeme, herhangi bir fiziksel kısıtlılığı olma, mental retardasyonu olma, madde etkisinde veya yoksunluk döneminde bulunma, psikotik hastalık tanısı olma, Antalya dışında ikamet ediyor olma çalışmadan dışlama kriterleridir

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu

Araştırmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bilgi toplama aracıdır.

3.2.2. Mizaç ve karakter envanteri

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE, Temperament and Character Inventory; TCI), 240 maddeden oluşan "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir, zaman sınırlandırması yoktur, 20-30 dakikada doldurulabilir. Bu yedi-faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda, hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve replike edilmiştir. MKE içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. MKE'nin 125 maddeli kısa formu, 140 maddeli formu ve en yaygın olarak kullanılan 240 maddeli formu mevcuttur (64,65).

MKE'nin çeşitli dillere çevirisi yapılmış ve çeşitli kültürlerde geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir. Kijima ve arkadaşları (66), Japonya'da, Branstrom ve arkadaşları (67), İsveç'te, de la Rie ve arkadaşları (68) ve Duijsens ve arkadaşları (69), Hollanda'da, Richter ve arkadaşları (70), Almanya'da, Kozeny ve Höschl (71), Çek Cumhuriyeti'nde, Pelissolo ve Lepine (72), Fransa'da, Hansenne ve arkadaşları (73), Belçika'da, Sung ve arkadaşları (74), Kore'de MKE'nin psikometrik özelliklerini bildirmişlerdir.

2001 yılında MKE'nin İngilizce formu (Version 9, 240 madde), Köse tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, tersine çevirme ("back-translation") işlemi ölçeği daha önce hiç görmemiş olan Sayar tarafından yapılmıştır ("blind-translation"). Tersine çevrilen ölçek Köse tarafından asıl ölçekle karşılaştırılıp, anlaşılmasında zorluk olan maddeler sadeleştirilerek değiştirilmiştir. MKE'nin Türkçe uyarlamasının kültürel geçerliliğini sağlamak için, kültürel açıdan anlaşılması zor maddelerin varlığı dikkatle incelenmiş, Türk toplumu normlarına uymayan bir maddeye rastlanmamıştır. Ölçeğin son şekli yazarlarca geçerlik güvenirlik çalışmasında kullanılmak üzere Cloninger tarafından onaylanmıştır (65).

MKE 7 üst-sıra (higher order) ölçekten oluşmaktadır. Sebat Etme (SE) dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutunda Yenilik Arayışı (YA) 4 alt ölçeğe, Zarardan Kaçınma (ZK) 4 alt ölçeğe, Ödül Bağımlılığı (ÖB) 4 alt ölçeğe, karakter boyutunda Kendini yönetme (KY) 5 alt ölçeğe, İş Birliği Yapma (İY) 5 alt ölçeğe, Kendini Aşma (KA) 3 alt ölçeğe ayrılmıştır.

Ölçekler, alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır. Mizaç boyutu 12 alt-sıra alt ölçekten oluşmaktadır. Yenilik Arayışı (YA, 40 madde), YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma, 11 madde), YA2 (Dürtüsellik, 10 madde), YA3 (Savurganlık, 9 madde) ve

YA4 (Düzensizlik, 10 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Zarardan Kaçınma (ZK, 35), ZK1 (Beklenti endişesi, 11 madde), ZK2 (Belirsizlik korkusu, 7 madde), ZK3 (Yabancılardan çekinme, 8 madde) ve ZK4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ödül Bağımlılığı (ÖB, 24 madde), ÖB1 (Duygusallık, 10 madde), ÖB3 (Bağlanma, 8 madde) ve ÖB4 (Bağımlılık, 6 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Sebat Etme (SE, 8) alt ölçeği olmayan tek mizaç ölçeğidir. Karakter boyutu 13 alt-sıra alt ölçekten oluşmaktadır. Kendini yönetme (KY, 44 madde), KY1 (Sorumluluk alma, 8 madde), KY2 (Amaçlılık, 8 madde), KY3 (Beceriklilik, 5 madde), KY4 (Kendini kabullenme, 11 madde) ve KY5 (Uyumlu ikincil huylar, 12 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. İş Birliği Yapma (İY, 42 madde), İY1 (Sosyal onaylama, 8 madde), İY2 (Empati duyma, 7 madde), İY3 (Yardımseverlik, 8 madde), İY4 (Acıma, 10 madde) ve İY5 (Erdemlilik-vicdanlılık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Kendini aşma (KA, 33), KA1 (Kendilik kaybı, 11 madde), KA2 (Kişiler ötesi özdeşim, 9 madde) ve KA3 (Manevi kabullenme, 13 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır (65).

MKE ölçeğinin değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında Yanlış seçeneği işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca MKE içinde yer aldıkları halde puanlanmayan maddeler de mevcuttur (65) (Madde 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240).

3.3. İstatistiksel Çözümleme

Veriler PASW 18 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi. Örneklemi tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı “Student t testi”, parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan alternatifleri, iki grup için “Mann-Whitney U” ve ikiden fazla grup için “Kruskal Wallis” testleri kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu da Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları kullanılarak analiz edildi. Kategorik veriler ise “ki-kare anlamlılık testi” ya da “Fisher's Exact test” ile incelendi. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Bu bölümde opiyat bağımlılığı tanısı alan 69 hasta ile yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hasta grubuyla benzer 61 sağlıklı gönüllü bireyin istatistiksel analizine yer verilmiştir. Araştırmaya alınan hastaların tamamı eroin bağımlısı olup eroin dışı opiyat bağımlılığı tanısı alan hasta olmamıştır.

Çizelge 4.1. Örneklemi oluşturan grupların sosyodemografik özellikleri.

	Opıyat Bağımlıları			Kontrol Grubu			P
	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Cinsiyet¹							
Erkek	38 (97,4)	30(100)	68(98,6)	31(93,9)	28(100)	59 (96,7)	0,600
Kadın	1 (2,6)	0(0)	1 (1,4)	2(6,1)	0(0)	2 (3,3)	
Yaş²							
18-24	15(38,5)	21(70,0)	36(52,2)	14((42,4)	12(42,9)	26(42,6)	0,494
25-30	19(48,7)	8(26,7)	27(39,1)	13(39,4)	14(50,0)	27(44,3)	
31 ve üzeri	5(12,8)	1(3,3)	6(8,7)	6(18,2)	2(7,1)	8(13,1)	
Eğitim Durumu²							
İlkokul	5(12,8)	1(3,3)	6(8,7)	4(12,1)	3(10,7)	7(11,3)	0,369
İlköğretim	21(53,8)	18(60,0)	39(56,5)	12(36,4)	13(46,4)	25(41,0)	
Lise	11(28,2)	10(33,3)	21(30,4)	16(48,5)	9(32,1)	25(41,0)	
Üniversite	2(5,1)	1(3,3)	3(4,3)	1(3,0)	3(10,7)	4(6,6)	
Medeni Durum²							
Bekar	27(69,2)	27(90,0)	54(78,3)	24(72,7)	19(67,9)	43(70,5)	0,310
Evli	12(30,8)	3(10,0)	15(21,7)	9(27,3)	9(32,1)	18(29,5)	
Çocuk²							
Var	7(17,9)	2(6,7)	9(13,0)	8(24,2)	6(21,4)	14(23,0)	0,140
Yok	32(82,1)	28(93,3)	60(87,0)	25(75,8)	22(78,6)	47(77,0)	

¹;Fisher's Exact Test, ²; Pearson Chi-Square kullanılmıştır.

Opıyat bağımlılarının (n= 68, %98,6) ve kontrol grubunun (n=59, %96,7) hemen hemen tamamı erkeklerden oluşmaktadır (p=0,600). Yaş dağılımına bakıldığında opiyat bağımlılarının ve kontrol grubunun büyük çoğunluğu 18-24 ve 25-30 (p=0,494) yaş aralığında olup yaş ortalamaları sırasıyla 24,7±4,1 ve 25,4±4,8 (p=0,239)'dür. Örneklemen büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi benzer şekilde iki grupta da ilköğretim ve lise mezunu seviyesinde (p=0,369) ve eğitim süreleri ortalamaları ise sırasıyla 10,1±2,4 ve 10,2±2,8 (p=0,977) şeklindedir. Opıyat bağımlıları ve kontrol grubu cinsiyet, yaş ve eğitim açısından benzerdir. Medeni duruma bakıldığında opiyat

bağımlılarının %78,3'ü (n=54), kontrol grubunun ise %70,5'i (n=43) bekardı (p=0,310). Opiyat bağımlılarının %87,0'sinin (n=60), kontrol grubunun ise %77,0'sinin çocuğu yoktu (p=0,140) (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Örneklemi oluşturan grupların çalışma hayatına ilişkin özellikleri*.

	Opiyat Bağımlıları			Kontrol Grubu			P
	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Çalışma Durumu							
İşsiz	18(46,2)	17(56,7)	35(50,7)	0(0)	0(0)	0(0)	0,000
Çalışıyor	18(46,2)	9(30,0)	27(39,1)	32(97,0)	27(96,4)	59(96,7)	
Öğrenci	3(7,7)	4(13,3)	7(10,1)	1(3,0)	1(3,6)	2(3,3)	
Meslek							
Ücretli(Düzenli)	14(38,9)	5(19,2)	19(30,6)	23(71,9)	16(59,3)	39(66,1)	0,000
Ücretli(Düzensiz)	17(47,2)	15(57,7)	32(51,6)	6(18,8)	0(0)	6(10,2)	
Esnaf	5(13,9)	6(23,1)	11(17,7)	3(9,4)	11(40,7)	14(23,7)	
Çalışma Süresi							
0-6 ay	16(44,4)	8(30,8)	24(38,7)	2(6,3)	0(0)	2(3,4)	0,000
7-9 ay	7(19,4)	13(50,0)	20(32,3)	4(12,5)	1(3,7)	5(8,5)	
10-12 ay	13(36,1)	5(19,2)	18(29,0)	26(81,3)	26(96,3)	52(88,1)	
Aylık gelir							
0-800	6(15,4)	5(16,7)	11(15,9)	9(27,3)	6(21,4)	15(24,6)	0,145
801-1200	20(51,3)	12(40,0)	32(46,4)	11(33,3)	8(28,6)	19(31,1)	
1201-2500	9(23,1)	9(30,0)	18(26,1)	9(27,3)	14(50,0)	23(37,7)	
2501 ve üzeri	4(10,3)	4(13,3)	8(11,6)	4(12,1)	0(0)	4(6,6)	

*Pearson Chi-Square kullanılmıştır.

Örneklemenin çalışma durumuna bakıldığında görüşme sırasında opiyat bağımlılarının yarısı (n=35, %50,7) işsizken, kontrol grubunda öğrenciler (n=2, %3,3) dışında herkes (n=59, 96,7,) çalışıyordu (p=0,000). Her iki grubun da büyük çoğunluğu ücretli çalışanlardan oluşuyordu. Opiyat bağımlıların yarısının (n=32, %51,6,) düzenli bir işi yokken bu oran kontrol grubundan (%10,2, n=6) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,000). Son 1 yıllık süreçte opiyat bağımlılarının %38,7'si (n=24) 6 ay ve daha az çalışmışken kontrol grubunun sadece %3,4'ü (n=2) 6 ay ve daha az, %88,1 gibi büyük bir bölümü ise 10 ay ve üzeri çalışmıştı (p=0,000). Son 1 yıllık çalışma süreleri ortalamaları opiyat bağımlılarının 7,4±3,2, kontrol grubunun ise 11,3±2,0 olarak bulundu (p=0,000). Aylık gelir ortalamaları opiyat bağımlıları grubunda (1512,1±1027,1 TL) ve kontrol grubunda (1483,0±1315,6 TL) benzer olup, gelir ortalamaları (p=0,709) ve gelir dağılımı (p=0,145) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Örneklemi oluşturan grupların özkıyım girişimi ve ailede madde kullanım özellikleri.

	Opiyat Bağımlıları			Kontrol Grubu			P
	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Ailede Madde ¹							
Yok	26(66,7)	13(43,3)	39(56,5)	31(93,9)	27(96,4)	58(95,1)	0,000
Alkol	5(12,8)	5(16,7)	10(14,5)	2(6,1)	0(0)	2(3,3)	
Madde	4(10,3)	7(23,3)	11(15,9)	0(0)	0(0)	0(0)	
İkisi de	4(10,3)	5(16,7)	9(13,0)	0(0)	1(3,6)	1(1,6)	
Özkıyım Girişimi ²							
Var	8(20,5)	5(16,7)	13(18,8)	1(3,0)	0(0)	1(1,6)	0,001
Yok	31(79,5)	25(83,3)	56(81,2)	32(97,0)	28(100)	60(98,4)	

¹: Pearson Chi-Square, ²: Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Opiyat bağımlılarının ailelerinde kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek oranda bağımlılık seviyesinde alkol kullanımı (n=10, %14,5) ve madde kullanımı (n=11, %15,9) olan bireylerin olduğu saptandı. 9 (%13,0) kişinin ailesinde ise bağımlılık seviyesinde hem alkol kullanımı hem de madde kullanımı olan bireyler vardı (p=0,000). Özkıyım girişimi öyküsü de opiyat bağımlılarında (%18,8, n=13) kontrol grubundan (n=1, %1,6) anlamlılık düzeyinde yüksekti (p=0,001) (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4. Örneklemi oluşturan grupların sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri*.

	Opiyat Bağımlıları			Kontrol Grubu			P
	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	Göç etmiş	Göç etmemiş	Toplam	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sigara Kullanımı							
Var	37(94,9)	30(100)	67(97,1)	20(60,6)	18(64,3)	38(62,3)	0,000
Yok	2(5,1)	0(0)	2(2,9)	13(39,4)	10(35,7)	23(37,7)	
Sigara (Adet/gün)							
0-10	3(8,1)	4(13,3)	7(10,4)	4(20,0)	7(38,9)	11(28,9)	0,111
11-20	26(70,3)	16(53,3)	42(62,7)	9(45,0)	9(50,0)	18(47,4)	
21-30	7(18,9)	6(20,0)	13(19,4)	5(25,0)	1(5,6)	6(15,8)	
31 ve üzeri	1(2,7)	4(13,3)	5(7,5)	2(10,0)	1(5,6)	3(7,9)	
Sigara Başlangıç Yaşı							
0-12	8(21,6)	4(13,3)	12(17,9)	0(0)	1(5,6)	1(2,6)	0,004
13-15	11(29,7)	14(46,7)	25(37,3)	7(35,0)	5(27,8)	12(31,6)	
16-18	12(32,4)	12(40,0)	24(35,8)	6(30,0)	6(33,3)	12(31,6)	
19 ve üzeri	6(16,2)	0(0)	6(9,0)	7(35,0)	6(33,3)	13(34,2)	
Alkol Kullanımı							
Var	28(71,8)	26(86,7)	54(78,3)	16(48,5)	19(67,9)	35(57,4)	0,011
Yok	11(28,2)	4(13,3)	15(21,7)	17(51,5)	9(32,1)	26(42,6)	
Alkol Başlangıç Yaşı							
0-12	2(7,1)	0(0)	2(3,7)	1(6,3)	0(0)	1(2,9)	0,098
13-15	8(28,6)	7(26,9)	15(27,8)	2(12,5)	2(10,5)	4(11,4)	
16-18	16(57,1)	14(53,8)	30(55,6)	9(56,3)	10(52,6)	19(54,3)	
19 ve üzeri	2(7,1)	5(19,2)	7(13,0)	4(25,0)	7(36,8)	11(31,4)	

*Pearson Chi-Square kullanılmıştır.

Sigara kullanımı opiyat bağımlılarında (n=67, %97,1) kontrol grubundan (n=38, %62,3) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,000). Opiyat bağımlıları ve kontrol grubu sigara kullanımı açısından kendi içinde göç etmiş ve Antalya'nın yerlisi olarak karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla (p=0,501, p=0,797). Günde kullanılan sigara miktarı açısından opiyat bağımlıları ve kontrol grubu benzerdi (p=0,111). Sigara başlangıç yaşı dağılımına bakıldığında her iki grubun da en çok 13-18 yaş aralığında sigara kullanmaya başladığı görülmekle birlikte, 12 yaş ve altında sigara kullanımına başlama opiyat bağımlılarında (n=12, %17,9) kontrol grubundan (n=1, %2,6) yüksek, 19 yaş üzerinde başlama ise düşüktü (p=0,004). Sigara başlangıç yaşı ortalaması da opiyat bağımlılarında (15,0±2,9) kontrol grubundan (17,2±3,0) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (p=0,001). Göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup sigara yaşı açısından karşılaştırıldığında opiyat bağımlılarında (p=0,424) ve kontrol grubunda (p=0,918) benzerdi (Çizelge 4.4).

Alkol kullanımı da kontrol grubuna (n=35, %57,4) kıyasla opiyat bağımlılarında (n=54, %78,3) daha yüksekti (p=0,011). Göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup alkol kullanımı açısından karşılaştırıldığında ise opiyat bağımlılarında (p=0,156) ve kontrol grubunda (p=0,194) benzerdi. Alkol başlangıç yaşı dağılımı (p=0,098) opiyat bağımlıları ve kontrol grubu için benzer çıkmış olsa da alkol başlangıç yaşı ortalaması opiyat bağımlılarında (16,6±2,1) kontrol grubuna (18,0±2,9) kıyasla istatistiksel anlamlılık düzeyinde daha düşüktü (0,020). Göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup alkol başlangıç yaşı ortalaması açısından karşılaştırıldığında ise opiyat bağımlılarında (p=0,592) ve kontrol grubunda (p=0,421) benzerdi (Çizelge 4.4).

4.2. Klinik Veriler

Çizelge 4.5. Opiyat bağımlılarının madde kullanımına ilişkin özellikleri.

	Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam	P
	N(%)	N(%)	N(%)	
İlk Başlanılan Madde²				
Esrar	26(66,7)	22(73,3)	48(69,6)	0,736
Bali	5(12,8)	4(13,3)	9(13,0)	
Eroin	8(20,5)	4(13,3)	12(17,4)	
İlk Madde Başlangıç Yaşı¹				
0-12	2(5,1)	0(0)	2(2,9)	0,129
13-15	8(20,5)	8(26,7)	16(23,2)	
16-18	12(30,8)	14(46,7)	26(37,7)	
19 ve üzeri	17(43,6)	8(26,7)	25(36,2)	
Eroin Başlangıç Yaşı¹				
0-12	0(0)	0(0)	0(0)	0,032
13-15	2(5,1)	3(10,0)	5(7,2)	
16-18	7 (17,9)	11(36,7)	18(26,1)	
19 ve üzeri	30(76,9)	16(53,3)	46(66,7)	
Eroin Kullanım Yolu²				
Kaydırma (Folyo)	26(66,7)	28(93,3)	54(78,3)	0,008
Damar Yolu	13(33,3)	2(6,7)	15(21,7)	
Eroin Doz(Küçük paket)¹				
0-10	27(69,2)	22(73,3)	49(71,0)	0,733
11-20	8(20,5)	6(20,0)	14(20,3)	
21-30	4(10,3)	2(6,7)	6(8,7)	
Kullanım Süresi¹				
0-2	10(25,6)	9(30,0)	19(27,5)	0,839
3-5	26(66,7)	18(60,0)	44(63,8)	
6	3(7,7)	3(10,0)	6(8,7)	
Madde Gideri²				
0-800	7(17,9)	6(20,0)	13(18,8)	0,994
801-1200	10(25,6)	7(23,3)	17(24,6)	
1201-2500	17(43,6)	13(43,3)	30(43,5)	
2501 ve üzeri	5(12,8)	4(13,3)	9(13,0)	
Ek Madde Kullanımı²				
Var	20(51,3)	19(63,3)	39(56,5)	0,317
Yok	19(48,7)	11(36,7)	30(43,5)	

¹ Gözenciklere yeterli örneklem düşmediği için Mann Whitney U Testi ile ortalamaların P değerleri verilmiştir.

²Pearson Chi-Square kullanılmıştır Not 1: 2013 Yılı 2. Altı Ay Net Asgari Ücret: 803,68 Not 2:Küçük paket eroin 0,1 mg'dır

Opiyat bağımlılarının madde kullanım özelliklerine bakıldığında ilk kullanılmaya başlanılan maddenin büyük çoğunlukla (n=48, 69,6) esrar olduğu, bunu sırasıyla eroin (n=12, %17,4) ve balinin (n=9, %13,0,) takip ettiği görüldü. İlk kullanılmaya başlanılan madde bakımından göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup arasında istatistiksel olarak fark yoktu (p=0,736). İlk madde başlangıç yaşı ortalaması 17,7±3,2, eroine

başlama yaşı ortalaması ise $20,6 \pm 3,9$ 'dır. Antalya'nın yerlisi olan grubun ilk madde başlangıç yaşı ortalaması ($17,0 \pm 2,4$), göç etmiş gruptan ($18,2 \pm 3,6$) daha küçüktü. Fakat bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi ($p=0,129$). Eroine başlama yaşı ortalaması ise istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde Antalya'nın yerlisi olan grupta ($19,6 \pm 3,7$) göç etmiş gruba kıyasla ($21,4 \pm 4,0$) daha küçüktü ($p=0,032$) (Çizelge 4.5).

Opiyat bağımlılarının %78,3'ü ($n=54$) eroini kaydırma, %21,7'si ise damar yolu ile kullanmaktaydı. Göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup arasında eroin kullanım yolu açısından fark olup olmadığına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde göç etmiş grubun $n=(13, \%33,3)$ Antalya'nın yerlisi olan gruba ($n=2, \%6,7$) kıyasla daha yüksek oranda damar yolu ile kullandığı saptandı ($p=0,008$). Göç etmiş grubun günlük kullandığı eroin paket miktarı ($10,3 \pm 6,0$ küçük paket) Antalya'nın yerlisi olan gruptan ($9,9 \pm 6,2$ küçük paket) daha çok olmakla birlikte bu oran istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde değildi ($p=0,733$). Her iki grubun da büyük çoğunluğu günde 10 ve altında küçük paket eroin kullanmaktaydı. Örneklemimizdeki bağımlıların eroin kullanım sürelerine bakıldığında %27,5'inin ($n=19$) 2 ve altında, %63,8'inin ($n=44$) 3 ila 5 yıldır, %8,7'sinin ($n=6$) 6 yıldan daha uzun süredir eroin kullandığı görüldü. Eroin kullanım süresi ortalaması açısından göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup arasında fark yoktu ($p=0,839$). Aylık madde temini giderine bakıldığında bağımlıların %81,2'sinin madde için asgari ücretten daha fazla (801 TL ve üzeri) miktarda para harcadığı, ortalama madde giderinin ($1642,0 \pm 993$) ise iki asgari ücret bedelinden daha fazla olduğu görüldü. Göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup arasında aylık madde gideri aralığı ($p=0,994$) ve ortalaması ($p=0,985$) açısından istatistiksel olarak fark yoktu. Ek madde kullanımı açısından ise her iki grup benzer olup ($p=0,317$) bağımlıların %56,5'inin ($n=39$) bağımlılık düzeyinde olmayan seyrek ek madde kullanımı vardı (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Örneklemi oluşturan grupların gerçekleştirdiği göçe ilişkin özellikleri.

	Opiyat Bağımlıları	Kontrol Grubu	P
	N (%)	N (%)	
Göç Kuşağı¹			
Göçmen Çocuk/İkinci Kuşak (0-18)	38 (%97,4)	23 (69,7)	0,002
Göçmen/1. Kuşak (19 yaş ve üzeri)	1 (2,6)	10 (30,3)	
İkinci Kuşak Göç Yaşı²			
Antalya doğumlu	11 (28,9)	6 (26,1)	0,033
1-5	10 (26,3)	3 (13,0)	
6-12	10 (26,3)	2 (8,7)	
13-18	7 (18,4)	12 (52,2)	
Göçle Terk ettiği Yerleşim Birimi²			
Kent merkezi	17(43,6)	13(39,4)	0,719
Kırsal alan	22(56,4)	20(60,6)	
Antalya Tercih Nedeni			
Akrabaları ikametgah ettiği için	7(17,9)	8(24,2)	
Tayin	7(17,9)	2(6,1)	
Eğitim	1(2,6)	2(6,1)	
İş arama/bulma	19(48,7)	21(63,6)	
Diğer	5(12,8)	0(0)	

1. Fisher's Exact Test, 2. Pearson Chi-Square kullanılmıştır

Opiyat bağımlılığını göç bağlamında incelemek amacıyla opiyat bağımlılarının (%56,5) ve kontrol grubunun (%54,1) yarısı Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş olanlardan diğer yarısı ise Antalya'nın yerli halkından alındı. Ailesiyle birlikte göçü dolaylı yaşayan çocuklar (1-18 yaş) ve Antalya'da doğanlar 2. kuşak (göçmen çocuk) olarak gruplandırıldı. Göç etmiş opiyat bağımlılarının %97,4'ünü ikinci kuşak göçmen çocuklar oluştururken kontrol grubunda bu oran %69,7 olarak bulundu. Opiyat bağımlılarının büyük çoğunluğu (%71,4) göçü 12 yaş ve altında yaşamışken kontrol grubunun büyük çoğunluğu (%81,5) göçü 13 yaş ve üzerinde yaşamışlardı (p=0,000). Opiyat bağımlılarının göç yaşı ortalaması (8,6±.60) kontrol grubundan (16,1±7,4) istatistiksel olarak anlamlı derecede küçüktü (p=0,000). Her iki grubun da yarısından fazlasının göçle terk ettiği yerleşim birimi kırsal alandı. Göç etmek için Antalya'yı tercih etmelerinin en sık nedeni her iki grupta da iş arama ve bulmaydı (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7. Opiyat bağımlılarının tedavi girişimlerine ilişkin özellikleri.

	Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam	P
	N(%)	N(%)	N(%)	
Bırakma girişi²				
Var	38(97,4)	29(96,7)	67(97,1)	1,000
Yok	1(2,6)	1(3,3)	2(2,9)	
Yatarak Tedavi²				
Var	15 (38,5)	8(26,7)	23(33,3)	0,440
Yok	24 (61,5)	22(73,3)	46(66,7)	
Maddeden Uzak Kaldığı Süre¹				
2 Hafta- 1 Ay	27 (69,2)	22(73,3)	49(71,0)	0,567
5 Hafta- 6 Ay	11(28,2)	6(20,0)	17(24,6)	
25 Hafta ve üzeri	1(2,6)	2(6,7)	3(4,3)	
Son 1 yılda Uzak Kaldığı Süre³				
2 Hafta- 1 Ay	13(33,3)	15(50,0)	28(40,6)	0,376
5 Hafta- 6 Ay	19(48,7)	11(36,7)	30(43,5)	
25 Hafta- 1 Yıl	7(17,9)	4(13,3)	11(15,9)	
Uzak Kaldığı En Uzun Süre³				
1- 6 Ay	23(59,0)	16(53,3)	39(56,5)	0,829
7 Ay- 1 Yıl	8(20,5)	8(26,7)	16(26,2)	
13 Ay -2 Yıl	8(20,5)	6(20,0)	14(20,3)	
Düzenli Poliklinik Kontrolü³				
Var	15(38,5)	6(20,0)	21(30,4)	0,098
Yok	24(61,5)	24(80,0)	48(69,6)	

¹ Gözeneklere yeterli örneklem düşmediği için Mann Whitney U Testi ile ortalamaların P değerleri verilmiştir.

² Fisher's Exact Test, ³ Pearson Chi-Square kullanılmıştır.

Opiyat bağımlılarının hemen hemen tamamı (n=67, %97,1) daha önce bırakmayı denemişlerdi ve bırakma deneyimi ortalamaları $4,6 \pm 3,0$ olarak bulundu. Göç etmiş grup ($5,2 \pm 3,4$) ile Antalya'nın yerlisi olan grup ($3,8 \pm 2,1$) arasında bırakma deneyimi ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde fark yoktu ($p=0,153$). Fakat göç etmiş grup ($3,3 \pm 2,2$) istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde daha yüksek bir ortalama ile tıbbi tedavi ile bırakma girişimini denemişlerdi ($p=0,043$). Yatarak tedavi ile bırakma girişimleri %33,3 (n=23) oranındaydı, ortalama yatış sayısı ise $1,7 \pm 1,0$ olarak bulundu ve gruplar arasında yatarak tedavi açısından fark yoktu ($p=0,440$). Ayaktan başvurularda eklendiğinde tıbbi yardımla bırakmayı deneyenlerin oranı ise %78,3'e çıkmaktaydı. Her iki grubun da bırakma deneyimleri arasında anlamlı fark yokken tıbbi yardımla bırakma girişi açısından göç etmiş grubun ($3,3 \pm 2,2$) Antalya'nın yerlisi olan gruba ($2,2 \pm 1,6$) kıyasla ortalama daha çok kez tıbbi yardım ile bırakmayı denedikleri saptandı ($p=0,043$) (Çizelge 4.7, 4.8).

Maddeden uzak kaldıkları süreler bakımında %71,0'i için henüz remisyondan söz edilemezken göç etmiş grup ($6,3 \pm 8,0$ hft) ile Antalya'nın yerlisi olan grup ($5,8 \pm 8,8$ hft) şu an ki maddeden uzak kaldığı süre açısından benzerdi ($p=0,567$). Son 1 yılda uzak kaldıkları toplam süreler bakımında %40,6'sının ($n=28$) 12 ayda sadece 1 ay ve daha az süre uzak kalabildikleri saptandı. Göç etmiş grup ($13,7 \pm 11,2$ hft) ile Antalya'nın yerlisi ($9,5 \pm 10,6$ hft) olan grup arasında son 1 yılda maddeden uzak kaldıkları toplam süre açısından anlamlı bir fark yoktu ($p=0,062$). Opiyat bağımlılarının madde kullanmaya başladıktan sonra madde kullanmadan durabildikleri en uzun süre ortalaması her iki grupta da (sırasıyla $7,7 \pm 5,9$ - $7,7 \pm 7,0$) benzer olup ($p=0,697$), yarısından fazlası ($n=39$, %56,5) ancak 6 ay ve altında bir süre uzak kalabilmişlerdi (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8. Opiyat bağımlılarının remisyon sürelerine ilişkin özellikleri*.

	Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam	P
	Ort (Ss)	Ort (Ss)	Ort (Ss)	
Bırakma Deneyimi (N=67)	5,2 (3,4)	3,8 (2,1)	4,6 (3,0)	0,153
Tıbbi Tedavi İle (N=54)	3,3 (2,2)	2,2 (1,6)	2,9 (2,0)	0,043
	Eğitim Süresine Göre			
	8 Yıl ve Altı	9 Yıl ve Üzeri	Toplam	
Şuan ki Uzak Kaldığı Süre(Hft)	2,6 (1,1)	7,6 (8,9)	6,1 (8,3)	0,037
Son 1 yılda Uzak Kaldığı Süre (Hft)	7,6 (8,2)	15,8 (11,4)	11,9 (11,1)	0,018
Uzak Kaldığı En Uzun Süre(Ay)	3,6 (2,3)	9,1 (6,1)	7,7 (6,3)	0,008
	Yatarak Tedavi			
	Var	Yok	Toplam	
Eroin Kullanım Süresi	4,4 (1,7)	2,8 (1,2)	3,4 (1,7)	0,003
Şuan ki Uzak Kaldığı Süre(Hft)	10,9 (11,3)	3,4 (2,3)	6,1 (8,3)	0,034
Son 1 yılda Uzak Kaldığı Süre (Hft)	19,4 (11,6)	10,1 (9,5)	11,9 (11,1)	0,024
Uzak Kaldığı En Uzun Süre(Ay)	8,9 (5,9)	6,9 (5,8)	7,7 (6,3)	0,155
	Düzenli Poliklinik Kontrolü			
	Var	Yok	Toplam	
Şuan ki Uzak Kaldığı Süre(Hft)	12,3 (12,9)	3,4 (2,1)	6,1 (8,3)	0,003
Son 1 yılda Uzak Kaldığı Süre (Hft)	22,7 (11,1)	7,1 (7,0)	11,9 (11,1)	0,000
Uzak Kaldığı En Uzun Süre(Ay)	8,4 (5,7)	7,4 (6,6)	7,7 (6,3)	0,186

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır

Eğitim seviyesinin remisyon süreleri üzerine etkisine bakıldığında; 9 yıl ve üzerinde eğitim görmüş olanların ($7,6 \pm 8,9$) şuan ki maddeden uzak kalma süreleri 8 yıl ve altında eğitim görmüş olanlara ($2,6 \pm 1,1$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde daha uzundu ($p=0,037$). Son 1 yılda uzak kaldıkları toplam süreye

bakıldığında da 9 yıl ve üzerinde eğitim görmüş olanların ($15,8\pm11,4$) 8 yıl ve altında eğitim görmüş olanlara ($7,6\pm8,2$) kıyasla anlamlılık düzeyinde daha uzun süre madde kullanmadan durabildikleri saptandı ($p=0,018$). Madde kullanmaya başladıktan sonra madde kullanmadan durabildikleri en uzun süre açısından da 9 yıl ve üzerinde eğitim görmüş olanlar ($9,1\pm6,1$) 8 yıl ve altında eğitim görmüş olanlara ($3,6\pm2,3$) kıyasla anlamlılık düzeyinde daha uzun süre madde kullanmamışlardı ($p=0,008$) (Çizelge 4.8).

Yatarak tedavinin remisyon süreleri üzerine etkisine bakıldığında, daha önce yatarak tedavi görmüş olanların ($10,9\pm11,3$) şuan ki maddeden uzak kalma süreleri görmemiş olanlara ($3,4\pm2,3$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde daha uzundu ($p=0,034$). Son 1 yılda uzak kaldıkları toplam süreye bakıldığında da yatarak tedavi görmüş olanlar ($19,4\pm11,6$) görmemiş olanlara ($10,1\pm9,5$) kıyasla anlamlılık düzeyinde daha uzun süre madde kullanmamışlardı ($p=0,000$). Madde kullanmaya başladıktan sonra madde kullanmadan durabildikleri en uzun süreye bakıldığında da daha önce yatarak tedavi görmüş olanların ($8,9\pm5,9$) görmemiş olanlara ($6,9\pm5,8$) kıyasla anlamlılık düzeyinde daha uzun süre madde kullanmadan durabildikleri görüldü ($p=0,024$) (Çizelge 4.8).

Son 1 yılda düzenli poliklinik kontrolüne geldiklerini bildirenlerin oranı %30,4 ($n=21$)'ü ve gruplar arasında anlamlı düzeyde fark yoktu ($0,098$). Düzenli poliklinik kontrolüne gelen hastaların ($12,3\pm12,9$) şuan ki maddeden uzak kalma süreleri gelmeyenlere ($3,4\pm2,1$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde daha uzundu ($p=0,003$). Son 1 yılda uzak kaldıkları toplam süreye bakıldığında da düzenli poliklinik kontrolüne gelenler ($22,7\pm11,1$) gelmeyenlere ($7,1\pm7,0$) kıyasla anlamlılık düzeyinde daha uzun süre madde kullanmadan durabilmişlerdi ($p=0,000$). Madde kullanmaya başladıktan sonra madde kullanmadan durabildikleri en uzun süre de ise anlamlılık düzeyinde fark yoktu ($p=0,186$) (Çizelge 4.8).

4.3. Kişilik Özellikleri

Çizelge 4.9. Örneklemi oluşturan grupların MKE ölçek ve alt ölçek puanları*.

MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ	Opiyat Bağımlıları		Kontrol Grubu		P
	Ort	SS	Ort	SS	
Yenilik Arayışı (YA)	21,1	5,4	18,7	3,7	0,003
Keşfetmekten heyecan uyma	6,2	1,6	6,4	1,6	0,702
Dürtüsellik	4,5	2,1	4,1	1,6	0,245
Savurganlık	5,8	2,4	4,4	2,0	0,001
Düzensizlik	4,6	2,2	3,9	1,5	0,028
Zarardan Kaçınma (ZK)	16,5	5,6	15,5	5,3	0,316
Beklenti endişesi	5,5	2,4	5,1	2,0	0,464
Belirsizlik korkusu	3,7	1,7	3,7	1,6	0,765
Yabancılardan çekinme	3,6	2,1	2,9	2,0	0,081
Çabuk yorulma	3,8	2,3	3,8	1,9	0,880
Ödül Bağımlılığı (ÖB)	13,9	3,3	14,2	2,7	0,664
Duygusallık	7,1	2,0	7,4	1,8	0,711
Bağlanma	4,4	1,8	4,5	1,6	0,706
Bağımlılık	2,4	1,4	2,3	1,3	0,899
Sebat Etme (SE)	5,7	1,8	5,6	1,8	0,749
Kendini Yönetme (KY)	24,5	6,6	26,3	6,0	0,120
Sorumluluk alma	4,1	1,9	4,3	1,9	0,521
Amaçlılık	5,4	1,9	5,3	1,6	0,635
Beceriklilik	3,0	1,4	3,1	1,2	0,893
Kendini kabullenme	5,1	2,3	5,5	2,4	0,415
Uyumlu ikincil huylar	6,8	1,9	8,1	1,6	0,000
İş Birliği Yapma (İY)	27,1	7,0	27,5	5,3	0,931
Sosyal onaylama	5,6	1,7	5,8	1,5	0,480
Empati duyma	4,1	1,6	4,2	1,6	0,533
Yardım severlik	4,5	1,6	4,5	1,4	0,918
Acıma	6,8	3,1	6,8	2,3	0,451
Erdemlilik, Vicdanlılık	6,1	1,8	6,1	1,7	0,905
Kendini Aşma (KA)	18,7	5,5	20,2	5,6	0,178
Kendilik kaybı	6,8	2,4	7,2	2,2	0,393
Kişiler arası özdeşim	4,7	2,1	5,4	2,4	0,055
Manevi kabullenme	7,2	2,6	7,7	2,4	0,403

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Mizaç ve Karakter Envanteri ölçek ve alt ölçek ortalamaları opiyat bağımlıları ve kontrol grubu arasında karşılaştırılmış ve bulgular Çizelge 4.9’da verilmiştir.

Mizaç Boyutunda Savurganlık (YA3) ve Düzensizlik (YA4) alt ölçek puanları ile Yenilik Arayışı (YA) ölçek puanı opiyat bağımlılarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,003$). Karakter boyutunda ise Uyumlu ikincil huylar (KY5) alt ölçek puanı kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0,000$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.10. Opiyat bağımlılarının MKE ölçek puanları*.

MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ	Opiyat Bağımlıları				
	Göç Etmiş		Göç Etmemiş		P
	Ort	SS	Ort	SS	
Yenilik Arayışı(YA)	21,2	4,9	21,0	6,0	,961
Zarardan Kaçınma(ZK)	15,8	5,3	17,3	5,9	,247
Ödül Bağımlılığı(ÖB)	13,7	3,3	14,1	3,3	,488
Sebat Etme(SE)	5,9	1,7	5,4	1,9	,212
Kendini Yönetme(KY)	25,9	6,8	22,7	6,0	,058
İş Birliği Yapma(İY)	27,9	6,8	26,1	7,1	,247
Kendini Aşma(KA)	19,0	5,8	18,4	5,2	,702

* Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup MKE ölçek puanları açısından opiyat bağımlıları içinde karşılaştırılmış ve bulgular Çizelge 4.10'da verilmiştir.

Opiyat bağımlılarında göç etmiş grup ile Antalya'nın yerlisi olan grup arasında MKE ölçek puanları arasında anlamlılık düzeyinde bir fark saptanmadı (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.11. MKE ölçek puanlarının birbirleriyle, yaş ve eğitim yılıyla korelasyonları.

	YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
ZK	,744						
ÖB	-,108	-,171					
SE	-,314**	-,279*	,240*				
KY	-,343**	-,297*	,024	,357**			
İY	-,517***	-,171	,496***	,331**	,452***		
KA	,050	-,089	,140	,104	-,299*	,013	
Yaş	,053	,086	-,188	,120	,248*	,047	-,160
EY	,168	-,083	,004	-,050	,177	-,008	,072

*p<0.05, **p < 0,01, ***p<0.001 istatistiksel olarak anlamlılık göstergesi (Pearson korelasyon) Not. 0.40'ın üzeri korelasyonlar koyu olarak verilmiştir. YA: Yenilik Arayışı ZK: Zarardan Kaçınma ÖB: Ödül Bağımlılığı SE: Sebat Etme KY: Kendini Yönetme İY: İş Birliği Yapma KA: Kendini Aşma EY: Eğitim Yılı

MKE ölçeklerinin yaş, eğitim yılı ve birbirleriyle olan Pearson korelasyon katsayıları Çizelge 4.4'de verilmiştir.

MKE ölçeklerinin birbirleriyle olan korelasyonlarına bakıldığında; Yenilik Arayışı ile İş Birliği Yapma ($r = -0,52$, $p = 0.000$) arasında kuvvetli negatif yönde, İşbirliği Yapma ile Kendini Yönetme ($0,45$, $p = 0.000$) ve İşbirliği Yapma ile Ödül Bağımlılığı ($0,50$, $p = 0.000$) arasında ise kuvvetli pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (Çizelge 4.11).

5. TARTIŞMA

Madde kullanımı ve bağımlılığı üzerine birçok çalışma vardır. Bugüne kadar yayınlanmış çalışmaların büyük bir kısmı alkol ve madde bağımlılarını birbirleriyle ve toplumla karşılaştırarak yapılmıştır. Göçün ruh sağlığı üzerine etkilerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma varken göçün madde bağımlılığına etkilerini inceleyen çalışma sayısı ise çok daha azdır. Bu çalışma opiyat bağımlılarının sosyodemografik, klinik ve kişilik özelliklerini göç bağlamında inceleyen ülkemizdeki ilk çalışmadır.

Bu çalışmanın önemli epidemiyolojik ve klinik sonuçları vardır. Opiyat bağımlılarının yenilik arayışı kişilik özelliği bakımından toplumdan ayrıldığını ortaya koymuştur. Göçün, göç yaşının, eğitim süresinin, yatarak tedavinin ve düzenli poliklinik kontrolünün madde kullanımına ve bağımlılığın seyrine etkilerini göstermesi bakımından da değerlidir. Dikkatinizi çekmek istediğimiz ilk konu opiyat bağımlılarının kontrol grubu ile yaş ve cinsiyetin yanı sıra eğitim açısından da benzer olmasıdır. Eğitim düzeyinin MKE'nin ölçek ve alt ölçeklerini etkilediğini gösteren çalışmaların (75,76) yanı sıra birçok parametreyi etkilediği de düşünüldüğünde eğitim seviyesinin benzer alınması çalışmamızın değerini arttırmaktadır.

Alkol ve özellikle alkol dışı madde kullanım bozukluğu olan hastalarda eğitim seviyesinin düşüklüğüne işaret eden çalışmalar vardır. 1983 yılından bu yana alkol ve alkol dışı madde kullanımı ile ilgili başvuruların en yoğun olduğu kurum olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi' nin (AMATEM) verileri ülkemizdeki madde kullanım özellikleri ve yaygınlığı hakkında bize ışık tutabilir (77-80). AMATEM 2000 yılı verilerine bakıldığında madde kullananlarda ilkokul mezunu oranı %48,4, lise ve üzeri eğitim görenlerin oranı %23,4, eğitim yılı ortalaması ise $7,3 \pm 3,4$ 'dür (80). Daha önce AMATEM'de yapılmış olan çalışmalarda lise ve üzeri eğitim görenlerin oranı benzer şekilde %19,5 ile %29 arasında değişmektedir (80-86). Doğanavşargil ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında hastaların çoğunluğunu ilkokul mezunları oluşturmuş olup lise ve üzeri eğitim görenlerin oranı %38,9'dur (87). Bulut ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da hastaların çoğunluğu ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesinde, %32,5'i ise lise ve üzeri eğitim görmüşlerdir (88). Çalışmamızda ise hastaların çoğunluğunu (%56,5) önceki çalışmalardan farklı olarak ilköğretim mezunu hastalar oluşturmuştur. Ancak halen lise ve üzeri eğitim (%34,7) görmüş olanların

benzer şekilde düşük olduğu göze çarpmaktadır. Eğitim yılı ortalaması (10,1) da dikkate alındığında opiyat bağımlılarının eğitim seviyesinin önceki çalışmalara oranla bir miktar yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum ülkemizdeki zorunlu eğitim seviyesinin 8 yıla çıkmasının bir yansıması olabileceği gibi çalışmamıza katılmayı kabul edenlerin daha eğitimli kişilerden oluşmuş olabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Opiyat bağımlılarını kontrol grubundan ayıran önemli bir fark yüksek işsizlik oranı (%50,7) ve düzenli bir işlerinin (%51,6) olmamasıydı. %38,7'si son 1 yıl içinde 6 ay ve daha az çalışmıştı. Geçici ve arkadaşlarının (2010) aynı merkezdeki (Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi-AMBAUM) çalışmasında da işsizlik oranı benzer şekilde %51,2'dir (89). AMATEM 2000 yılı verilerinde işsizlik oranı %50,4'dür (80). Daha önce AMATEM'de yapılan çalışmalarda işsizlik oranı %12-38 arasındadır (81-86). Gümüş ve arkadaşlarının çalışmasında da eroin bağımlılarının %77,5'inin düzenli bir işi yokken %25'i de işsizdir. Bu yüksek işsizlik oranları madde bağımlılığının toplumsal ve mesleki alanlardaki sonuçlarını ortaya koymaktadır. Bu durum madde kullanımının yasal olmamasından, kullananların zaman içinde tüm sosyal alanlarda toplumdan uzaklaşmasından ya da madde kullanımı nedeniyle iş performansının giderek düşmesinden kaynaklanıyor olabilir (80).

Yüksek işsizlik oranı ve düzensiz çalışmaya karşın aylık gelir açısından kontrol grubuyla aralarında anlamlı düzeyde bir fark tespit edilememesi ve madde temini için gereken aylık masrafın gelirden daha fazla olduğu da göz önüne alındığında kazancın illegal yollardan sağlandığı düşüncesi akla gelmektedir. Eroin bağımlılarında tolerans gelişmesi sonucu kullanılan eroin miktarı gittikçe çoğalmakta ve böylece günlük harcama da artmaktadır. Eroin gibi ağır ve pahalı uyuşturucu kullanan bağımlıların, artan harcamalarını karşılamak için kendilerine yeni pazarlar aradıkları, bu nedenle etrafindakileri veya arkadaşlarından bazılarını eroine alıştırdıkları ve satıcı oldukları bununla birlikte yaralama, adam öldürme, yalan söyleme, fuhuş, hırsızlık ve dolandırıcılık gibi suça karıştıkları bildirilmektedir (30).

Yapılan çalışmalar etkileşimde bulunulan yakın çevredeki kişilerin bağımlılığa atılan ilk adımda önemli rol oynadığını göstermektedir (80,90,91,92,). Çalışmamızda opiyat bağımlılarının ailelerinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda bağımlılık seviyesinde alkol kullanımı (%14,5) ve madde kullanımı (%15,9) olan bireylerin olduğu saptandı. 9 (%13,0) kişinin ailesinde ise bağımlılık seviyesinde hem alkol kullanımı olan hem de madde kullanımı olan bireyler vardı. Literatürde ailede

madde öyküsü kavramının sınırları net çizilmemiştir. Birçok çalışmada alkol ve/veya madde kullanımı temel alınmış kötüye kullanım veya bağımlılık seviyesinin altı çizilmemiştir. İkinci önemli bir nokta aile kavramının sınırlarının net çizilmemiş olmasıdır. Belirtilen oranlara sadece çekirdek aile mi dahil edilmiştir yoksa 2. ve 3. derece akrabalar da dahil edilmiş midir? Çalışmamızda ailede madde 3. derece akrabalara kadar sorgulanmış ve bağımlılık seviyesinde tariflenenler var olarak alınmıştır. AMATEM 2000 yılı verilerinde madde bağımlıları için ailede alkol/madde kullanım oranı %53,6, bağımlılık seviyesinde alkol kullanımı %18,8 ve bağımlılık seviyesinde madde kullanımı ise %8,1 olarak verilmiştir (80). Bağımlıların ailelerinde alkol/ madde kullanımının yüksekliğine dikkat çeken birçok çalışma vardır. (82,93,94,95). Ailede madde kullanımı varlığı veya öyküsü ergenlerdeki madde kullanımı ile ilişkilidir. Birçok çalışmada alkolik ebeveynleri bulunan ergenlerin erken yaşta madde kullanmaya başladığı, madde kullanımının ağır düzeyde olduğu ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde alkol ve madde kullanım bozukluğuna sahip olma risklerinin arttığı bildirilmiştir (96, 97). Kişinin yakın çevresinde alkol ya da madde kullanımının varlığı, kişinin madde kullanımını doğal karşılamasına ve madde kullanımına daha erken yaşlarda başlamasına neden oluyor olabilir (98).

Bağımlılar genel popülasyona göre özkıym açısından yüksek risk altındadır (99). Çalışmamızda opiyat bağımlılarının %18,8'inin (n=13) öyküsünde en az bir kez özkıym girişimi vardı ve bu oran kontrol grubundan anlamlılık düzeyinde yüksekti. Madde kötüye kullananlar arasında yaşam boyu özkıym girişimi yaygınlık oranı çeşitli çalışmalarda %15 ila 20 arasında değişmekte, bu oran %45'e kadar çıkmaktadır (100,101). AMATEM 2000 yılı verilerinde madde bağımlılarında özkıym girişimi oranı %25,6 dır (80). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bu oran %11,2 ile %46,9 arasında değişmektedir (102-105). Birçok çalışmada madde kötüye kullanımı ile özkıym girişimleri arasında ilişki olduğu bildirilmiş (106,107). Ancak bu ilişkinin gerçek doğası net olarak açıklanamamıştır (107).

Opiyat bağımlılarını kontrol grubundan ayıran önemli bir diğer fark erken yaşta sigara ve alkol kullanmaya başlama ve halen yüksek oranda sigara ve alkol kullanımıdır. Opiyat bağımlılarının sigaraya başlama yaşı ortalaması 15, sigara kullananların oranı %97,1 (n=67), alkol kullanmaya başlama yaşı ortalaması 16.6, alkol kullanım oranı ise %78.3 olarak bulundu. Bu oranlar kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti. Geçici ve arkadaşları (2010) AMBAUM'da yaptıkları

çalışmasında opiyat bağımlılarının sigara kullanım oranını %100, yaş ortalamasını 13.4, ve yaşam boyu en az bir kez alkol kullanımını ise %91,7 olarak vermişlerdir (89). Saatçioğlu ve arkadaşları 1998-2002 yılları arasında alkol ve madde kullanımı nedeniyle AMATEM’de yatarak tedavi gören hastaları değerlendirdikleri çalışmasında sigara kullanım oranını yıllara göre %92,5 ile %94,8 arasında bulmuşlardır (108). Lei ve arkadaşlarının (2010) yaşam boyu çoklu madde kullanım durumlarına baktıkları bir çalışmada benzer şekilde eroin kullanan bireylerde sigara için %99, alkol için %94,1 olarak bulmuşlardır (109). Swendsen ve arkadaşları (2009) çalışmalarında sigaraya genç yaşta başlamanın madde bağımlılığı için en büyük risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır (110). Chuan-Yu ve arkadaşları da (2009) başka bir çalışmada; alkol, sigara ve esrar bağımlılığı bakımından adölesan dönemde başlayanlarda yetişkin dönemde başlayanlara göre daha hızlı ve kötü bir seyri saptamışlardır (111).

Opiyat bağımlılığına giden yolda ilk kullanılmaya başlanılan maddenin çoğunlukla (%69,6) esrar olduğu ve bunu eroinin takip ettiği saptandı. Antalya’nın yerlisi ile göç etmiş grup arasında fark yoktu. Ülkemizde yapılan çalışmalarda %44,7 ile %82,9 arasında değişen oranlarda ilk kullanılmaya başlanılan madde esrar olarak bulunmuş bunu %6,3 ile %37,9 arasında değişen oranlarda eroin takip etmiştir (112-116). İlk madde başlangıç yaşı ortalaması 17.7, eroine başlama yaşı ortalaması ise 20.6 olarak saptandı. 1991-1995 yılları arasında AMATEM’e yatan hastalara ait verilerde maddeyi ilk kullanma yaşı 18,5’dir (86). Geçici ve arkadaşları (2010) AMBAUM’da yaptıkları çalışmada (89) opiyat bağımlılarının eroini ilk kullanma yaşını 19,8, Doğanavşargil ve arkadaşları (2004) ise 21.4 olarak vermişlerdir (87). Pugatch ve arkadaşları tarafından da eroine başlama yaş ortalaması 18.3 olarak saptanmıştır (117).

Göçün, en temelde kişinin büyük bir gruba ait olma duygusunun kaybına, kültürel yaşamın ve geleneklerin terk edilmesine neden olduğu düşünüldüğünde, ruh sağlığına etkileri de öngörülebilir (118). Göç sonrası yaşanan bu zorlukların, birey ve ailelerde, travma sonrası stres bozukluğu, bağlanma ve uyum sorunları, anksiyete, duygudurum bozukluğu ve madde kullanımı gibi pek çok soruna yol açtığı araştırmalarda ortaya konmuştur (119, 120). Birçok disiplinin ilgi alanına giren göç geniş bir yelpazede ele alınmakla birlikte, biz bu çalışmamızı göçün opiyat bağımlılarının sosyodemografik, klinik ve kişilik özelliklerine etkileriyle sınırlandırdık. Bu amaçla opiyat bağımlılarının (%56,5) ve kontrol grubunun (%54,1) yaklaşık yarısı Antalya’ya başka şehirlerden göç etmiş olanlardan alındı. Çalışmamızda ailesiyle

birlikte göçü dolaylı yaşayan çocuklar (1-18 yaş) ve Antalya’da doğanlar 2. kuşak (göçmen çocuk) olarak alınmıştır. İkinci kuşak göçmen, genel anlamda ev sahibi toplumda doğmuş olan ve/ya da genç yaşta ev sahibi topluma ge(tiri)len ilk kuşak göçmen ailelerin çocukları ile sınırlı olarak kavramsallaştırılır (121,122).

Çalışmamızın göç bağlamında ortaya koyduğu önemli bir bulgu göç etmiş opiyat bağımlılarının %97,4’nün ikinci kuşak göçmen çocuklardan oluşmasıdır. Kontrol grubunda bu oran %69,7’dir. Bu daha açık bir ifadeyle opiyat bağımlılarının göçü daha küçük yaşta yaşamış olduğunun göstergesiydi. Opiyat bağımlılarının büyük çoğunluğu (%71,4) göçü 12 yaş ve altında yaşamışken kontrol grubunun büyük çoğunluğu (%81,5) göçü 13 yaş ve üzerinde yaşamışlardı. Göç yaşı ortalaması opiyat bağımlılarında 8,6, kontrol grubunda ise 16,1 olarak saptandı. Çalışmamızın göç bağlamında ortaya koyduğu diğer bir bulgu eroine başlama yaşı ortalamasının Antalya’nın yerlisi olan grupta (19,6±3,7) göç etmiş gruba (21,4±4,0) kıyasla anlamlılık düzeyinde daha küçük olduğudur. İlk madde başlangıç yaşı ortalaması da Antalya’nın yerlisi olan grupta daha küçüktü fakat bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi.

Madde bağımlılığı açısından göçün, özellikle göçü dolaylı olarak yaşayan ikinci kuşak üzerine etkileri çalışmalarda orta konmuştur. Vaillant’ın (1966) bir çalışmada ikinci kuşak göçmenler birinci kuşağa kıyasla 3 kere daha yüksek oranda uyuşturucu madde bağımlılığı nedeniyle hastaneye başvurmuşlardır ve ikinci kuşak göçmenler arasında uyuşturucu bağımlılığı oranı yerli halka nazaran da çok daha yüksek bulunmuştur. Vaillant ikinci kuşak göçmenlerin uyuşturucu kullanımına eğilimini öncelikle, çocukluk çağının aileye yabancı bir kültür içinde geçmesinin sonucu olarak yorumluyor. Göç etmiş aileler, özellikle de anneler, kendi anne- babalarından ve özümlemiş oldukları kültürden kopmuş olmalarından ötürü, çocuklarına özerk ve olgun bir kişilik yapısına kavuşmaları konusunda yeterince yardımcı olamazlar. Zira hem içinde yetiştikleri sosyal çevrenin ve gelenek-göreneklerin katkısından yoksundurlar, hem de yeni çevreye uyum sağlayabilmek için fazladan bir çaba sarf etmek durumundadırlar (123). Ball ve Chambers’ın (1970) çalışması ise ikinci kuşak göçmenlerde uyuşturucu bağımlılığı oranının birinci kuşak göçmenlerin çıkış toplumundaki bağımlılık prevalansından daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (124). Lokoff ve Brook (1974) da göçmenleri eroin bağımlıları ile olan ilişkileri açısından incelemiş ve eroin bağımlıları ile olan ilişkilerin birinci kuşak göçmenlerde en düşük,

ikinci kuşak göçmenlerde en yüksek yerli halkın ise bu iki grup arasında olduğunu saptamıştır (125).

Çalışmamızın göç bağlamında ortaya koyduğu üçüncü bulgu göç etmiş (%33,3) grubun eroini Antalya'nın yerlisi gruba (%6,7) kıyasla daha yüksek oranda damar yolu ile kullandığıdır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda eroin kullananlarda damar yolu ile kullanım oranı %36,5 ile %80,1 arasında değişmektedir (79,80,99,108,112,126,127-130). Yalnız ve arkadaşları (2004) Almanya'da yaşayan Türk eroin bağımlılarını değerlendirdikleri çalışmada damar yolu ile kullanım oranını %37,7 olarak bulmuşlardır (126). Isralowitz ve Reznik (2013)'in 810 erkek madde kullanıcısını dahil ettikleri çalışmada damar yolu ile kullanım oranı göçmen grupta daha yüksek çıkmıştır (131). Büyük kentlerde madde kullanan, sokağa ve suça sürüklenen çocukların çoğunluğunun göç eden ailelerden gelmiş olması göz önünde tutulduğunda (132,133,134) göç etmiş gruptaki damar yolu ile kullanımın görece yüksekliği Antalya'nın yerlisi olan gruptaki damar yolu ile kullanımın azlığıyla ilişkilendirilmek daha doğru olacaktır. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde damar yolu ile madde kullanımını göç bağlamında karşılaştıran bir çalışma yoktur. Göçmenlerde daha yüksek oranda damar yolu ile madde kullanımı var diyebilmek için bu konu da yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Damar yolu ile kullanım açısından dikkat çeken diğer bir bulgu damar yoluyla kullananların (26,7) yaş ortalamasının kullanmayanlardan (24,1) daha yüksek olmasıydı. Çalışmamızla uyumlu olarak yaş ilerledikçe eroini damar yolu ile kullanım sıklığının yükseldiğini bildiren yayınlar (135) olmakla birlikte yaş ortalaması arasında fark olmadığını (136) hatta daha düşük (114) bulunduğunu gösteren çalışmalar da vardır.

Tedavi arayışları açısından karşılaştırıldığında her iki grubunda hemen hemen tamamı (%97,1) daha önce kendi bildiği yöntemlerle veya tıbbi yardım alarak bırakmayı denemişlerdi. Bırakma deneyimini ortalama 4,6 kez yaşamışlardı. Yatarak tedavi alma oranı %33,3 iken, ayaktan başvurularda eklendiğinde tıbbi yardımla bırakmayı deneyenlerin oranı %78,3'e çıkmaktaydı. Yatarak tedavi görme açısından iki grupta benzer olup ortalama yatış sayısı 1,7 olarak bulundu. Yalnız ve arkadaşları (2004) Almanya'da yaşayan Türk eroin bağımlılarını değerlendirdikleri çalışmada hastaların %77,6'sının daha önce yatarak tedavi gördüğünü ve %28,6'sının da dörtten fazla kez yatarak tedavi gördüğünü bildirmişlerdir (126). Doğanavşargil ve

arkadaşlarının (2004) çalışmasında hastaların yatarak tedavi görme oranı %20,9 ve ortalama yatış sayısı ise 1,26'dır (87). Bulut ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da hastaların yatarak tedavi görme oranı %51,2 ve madde bağımlılarının hastaneye yatış ortalaması ise 1,5'dir (88). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda saptanan bu yüksek tekrarlayan tedavi girişimleri madde bağımlılığının doğası gereği madde kullanımını bırakmak için sürekli bir istek ve boşa çıkan çabaları göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmamızda her iki grubunda yineleyen bırakma deneyimleri arasında anlamlı fark yokken tıbbi yardımla bırakma girişimi açısından göç etmiş grup Antalya'nın yerlisi olan gruba kıyasla ortalama daha çok kez tıbbi tedavi ile bırakmayı denemişlerdir. Bu durum Antalya'nın yerlisi olan grupta etiketlenme korkusunun daha yüksek olmasının sonucu olabilir. Etiketlenme en az diğer ruhsal hastalıklarda olduğu kadar bağımlılıkta da çoğu zaman tedavi yaklaşımlarını engeller.

Çalışmamız remisyon sürelerini etkileyen üç önemli bulgu ortaya koymuştur. Bunlardan ilki yatarak tedavinin maddeden uzak kalma sürelerini anlamlılık düzeyinde uzattığıdır. Daha önce yatarak tedavi görenlerin şuan ki maddeden uzak kaldığı süre görmeyenlere kıyasla yaklaşık 3 kat, son 1 yılda uzak kaldığı süre ise yaklaşık 2 kat daha uzun bulunmuştur. Bununla birlikte daha önce yatarak tedavi görenlerin eroin kullanım süresinin görmeyenlere kıyasla anlamlılık düzeyinde daha uzun bulunması tekrarlayan başarısız bırakma deneyimleri sonrasında yatarak tedavinin tercih ediliyor olabileceğini düşündürdü. Zimmer-Höfler ve Meyer-Fehr (1984) katı ve ödünsüz, kabul edilmeye zorlanılan kuralları olan kurumlarda terapistlerin kendilerini, psikoaktif madde bağımlılarından keskinliği tartışılmaz bir haklar ve yasaklar duvarı ile ayırdığını ve sert disiplin, devamlı kontrol, sosyal hiyerarşi, -bazen abartılmış derecede olsa da- oturmuş bir düzenin psikoaktif madde bağımlıları tarafından yaşamlarındaki iç karmaşaya tepki olarak benimsenebileceğini ve terapinin başarısı oranında içselleştirilebileceğini dile getiriyor (137). Psikoaktif madde bağımlısı böylece kendisini bir rol kalıbı içinde bulur. Görev ve haklarının belirlenmiş olması içinde bulunduğu karmaşaya da açıklık ve düzen getirir. Bu 'tepeden inme düzen', yaşamında güvenerek tutunabileceği bir otorite bulamamış kişiler için çok değerli bir yardım olabilir (138). AMBAUM yataklı servisinin ve de ülkemizdeki diğer yataklı servislerin karmaşaya yer bırakmayan, net kurallarla hizmet veren kurumlar olduğu

düşünüldüğünde daha önce yatarak tedavi görmüş olanların taburculuk sonrasında maddeden daha uzun süre uzak kalabilmeleri yukarıdaki düşünceyi desteklemektedir.

Remisyon sürelerini uzattığını saptadığımız ikinci bulgu düzenli poliklinik kontrolü olmuştur. Son bir yılda düzenli poliklinik kontrolüne gelen hastalar gelmeyenlere kıyasla şuan ve son bir yılda 3 kat daha uzun süre madden uzak kalabilmişlerdi. Opiyat bağımlılığının relapslarla giden kronik bir hastalık olduğu göz önüne alındığında tedavinin sürekliliğini sağlaması açısından bu bulgu düzenli poliklinik kontrolünün önemini ortaya koymuştur.

Çalışmamız üçüncü olarak eğitim süresindeki yükselmenin remisyon süresini uzattığını saptamıştır. 9 yıl ve üzerinde eğitim görmüş olanların şu anki maddeden uzak kalma süreleri 8 yıl ve altında eğitim görmüş olanlara kıyasla 3 kat, son bir yıldaki uzak kalma süreleri ve uzak kaldıkları en uzun süreler ise 2 kat daha uzun bulunmuştur. Geçici ve arkadaşları (2010) da AMBAUM verilerinde madde bağımlılarında okul terkinin (%60,7) yüksekliğine dikkat çekmişlerdir (89). Okula devam etmenin ve akademik olarak başarılı olmanın ergenleri madde kullanım bozukluklarından koruduğu bilinmektedir (139). Okula devam etmek ergenleri madde kullanım bozukluklarından koruduğu gibi madde kullanım bozuklukları olan olguları sokak yaşantısı, damar yolu ile madde kullanma gibi riskli davranışlardan da korumaktadır (140,141). Çalışmamızı ve bu konuda yapılmış çalışmaları birlikte değerlendirdiğimizde madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin mümkün olduğunca koruyucu nitelikteki okul sistemi içerisinde kalmasının sağlanması madde kullanım bozukluğuyla mücadele son derece önemlidir.

Çalışmamızın kişilik özelliği bağlamında ortaya koyduğu önemli bir bulgu opiyat bağımlılarının yüksek yenilik arayışı kişilik özelliği bakımından kontrol grubundan ayrıldığıdır. Mizaç faktörlerinden biri olan yenilik arayışı, yeni ve ödüllendirici uyararı arayışına yönelik araştırma davranışı, olumsuz uyarıdan aktif kaçınma, dürtüsel cevap verme ve ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırılık eğilimi ile karakterizedir (142,143). Yüksek yenilik arayışı gösteren bireyler hızlı mizaçlı, kolayca heyecanlanan, araştırmacı, meraklı, coşkulu, kolayca sıkılan, dürtüsel ve düzensiz olma eğilimindedir (144). Düşük yenilik arayıcı insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki yenilik arayışının uyuma dönük

faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarını oluşturmaktadır (61,63).

Araştırmalar yenilik arayışının, madde kötüye kullanımına yatkınlık etkeni olduğunu göstermektedir (145,146). Le Bon ve arkadaşlarının (2004) 42 eroin bağımlısı ve 37 alkol bağımlısı olan hastaları aldıkları çalışmalarında Yenilik Arayışı ölçek puanı her iki grup için de anlamlı düzeyde kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda eroin bağımlılarının puanları alkol bağımlılarına kıyasla da daha yüksek bulunmuştur (147). Basiaux ve arkadaşları (2001) TCI'yı kullandıkları çalışmalarında alkol bağımlılarının kontrol grubuna göre "Yenilik Arayışı" puanlarını yüksek bulmuşlardır (148). Tayvan'da yaş ortalaması 14 olan 905 öğrencinin alındığı bir çalışmada Yenilik Arayışı ölçek puanının madde kullanan gençlerde daha yüksek olduğu ve bu gençlerin okul sorunları yaşadıkları görülmüştür (149). Metamfetamin kullanan 41 kişinin alındığı bir çalışmada Yenilik arayışı kontrollere göre yüksek saptanmıştır (150) Ayrıca Helmus ve arkadaşları (2001) tarafından yüksek yenilik arayışı olan madde bağımlılarının tedavinin erken dönemlerinde daha yüksek tedavide kalma oranları olduğu, tedavinin sonunda ise tedaviyi yarım bırakma olasılıklarının fazla olduğu gösterilmiştir (151).

MKE ölçeklerinin birbirleriyle korelasyonlarına bakıldığında, Yenilik Arayışı ile İşbirliği Yapma arasında kuvvetli negatif yönde, İşbirliği Yapma ile Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapma ile Ödül Bağımlılığı arasında ise Kuvvetli pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Yani Yenilik Arayışının yüksek oluşu İş Birliği Yapmanın düşük oluşunu beraberinde getirmektedir. İş Birliği Yapmanın düşük oluşu da hem Kendini Yönetme hem de Ödül Bağımlılığın da düşüklüğü beraberinde getirmektedir.

İşbirliği yapma bireyin kurallar koyucu işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Yüksek derecede işbirliği yapan insanlar, kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadırlar. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler, empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadırlar. İş birliği yapma puanları düşük olan insanlar, tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçıdırlar. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler. Çalışmamızda İş Birliği Yapma ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla düşük bulunmakla birlikte fark anlamlılık düzeyinde değildi. Ülkemizde ve yurtdışında

madde kullanım bozukluğuyla düşük İş Birliği Yapmayı ilişkilendiren çalışmalar vardır (8,152,153).

Kendini Yönetme, kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bir bireydir. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldirler ve anlamlı içsel hedefleri tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir. Gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmayışı olarak kendini gösteren kötü yürütücü işlevler, birey için nadiren fayda sağlamaktadır (61,63). Çalışmamızda Kendini Yönetme ölçek puanı anlamlılık düzeyinde olmamakla birlikte kontrol grubundan daha düşük bulundu. Le Bon ve arkadaşları (2004) ve Basiaux ve arkadaşlarının (2001) Yenilik Arayışı ölçek puanlarını yüksek buldukları çalışmalarında kendini yönetme ölçek puanlarını düşük bulmuşlardır. (147,148). Alkol madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde yapılan bir çalışmada da Kendini Yönetme anlamlılık düzeyinde düşük bulunmuştur (154).

Ödül Bağımlılığı, davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir ve duygusallık, sosyal bağlanma, başkalarının onayına bağımlılık ile kendisini gösteren kalıtsal bir eğilimdir. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve girgin kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının en önemli uyumsal faydalarından biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir (62,64). Çalışmamızda Ödül Bağımlılığı ölçek puanı anlamlılık düzeyinde olmamakla birlikte kontrol grubundan daha düşük bulundu. Çalışmaların büyük kısmında ödül bağımlılığı orta/düşük düzeyde bulunmuştur (4,5).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Opiyat bağımlılarının sosyodemografik, klinik ve kişilik özelliklerini göç bağlamında incelediğimiz bu çalışmanın sonucunda;

Opiyat bağımlılarında; yenilik arayışı kişilik özelliğinin yüksek olduğu, sigara ve alkol kullanımının daha erken yaşlarda başladığı, halen yüksek oranda sigara ve alkol kullanımının olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda bu bireylerde ailede madde kullanımı öyküsünün yüksek oranda olduğu, ilk kullanılmaya başlanılan maddenin esrar olduğu, işsizlik ve özkıym girişimlerinin yüksek oranda olduğu ve yineleyen bırakma girişimlerinin olduğu ortaya konmuştur.

Düzenli poliklinik kontrolünün, daha önce yatarak tedavi görmüş olmanın ve eğitim seviyesindeki artışın remisyon süresini uzattığına ulaşılmıştır. Göç etmiş opiyat bağımlılarının hemen hemen tamamının 2 kuşak göçmenlerden oluştuğu ve damar yolu ile eroin kullanımlarının yüksek oranda olduğu bununla birlikte Antalya'nın yerlisi olan opiyat bağımlılarının ise daha erken yaşta eroin kullanmaya başladığı ve tıbbi tedavi ile bırakmayı daha az denedikleri çalışmamızın sonuçlarındandır.

1. Madde bağımlılığı uzun yıllar seyreden ve tedavisi güç bir hastalıktır. Hastalığın tedavisinden ziyade önlenmesine yönelik koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar gerekmektedir.
2. Bazı kişilik özellikleri madde kullanım bozukluğu riskini artırdığından bu mizaç ve karakter özelliklerine sahip ergenler erken dönemde riskli grup olarak değerlendirilmeli ve gerekli olanlara biyopsikososyal yaklaşım içerisinde uygun müdahaleler yapılmalıdır.
3. Madde bağımlılığı takip ve tedavisinde de hastaların mizaç ve karakter özellikleri dikkate alınmalıdır.
4. Madde bağımlılığı takip ve tedavisinde hastaların yüksek özkıym riski göz önünde bulundurulmalıdır.
5. Bağımlılıkla mücadelede ailesinde madde kullanım öyküsü olanların bağımlılığa yakalanma riskinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.
6. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin mümkün olduğunca koruyucu nitelikteki okul sistemi içerisinde kalması sağlanmalıdır.

7. Göçün olumsuz psikolojik etkilerini önlemek için özellikle göçü dolaylı olarak yaşayan 2. kuşak çocuklar ve ergenler aile sistemi ve sosyal çevresi ile birlikte değerlendirilmeli ve gerekli psikososyal uyum programları geliştirilmelidir.

Çalışmamızda bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi, kadın hastaların sayısının az oluşu ve cinsiyet karşılaştırmalarının yapılamamasıdır. Daha önce ülkemizde yapılan çalışmalarda erkek oranları %87 ile %98 arasında değişmektedir (155). Çalışmamızda opiyat bağımlılarının hemen hemen (%98,6, n=1) tamamı erkekti. Çalışmamızın kesitsel olması, kadın hastaların çalışmaya katılmayı daha az kabul etmesi, kadın hastaların yatarak tedaviyi daha az tercih etmesi ve örneklemimizdeki hastaların bir kısmının yatan hastalardan alınmış olması bu durumun nedenlerinden olabilir. Örneklem sayımız yeterli olmakla birlikte sayının daha fazla olması çalışmamızın gücünü daha da arttırabilirdi.

7. ÖZET

OPİYAT BAĞIMLILARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN GÖÇ İLE İLİŞKİLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı opiyat bağımlılarının sosyodemografik, klinik ve kişilik özelliklerinin araştırılması ve göçün bu özelliklere etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya polikliniğe başvuran ve yatarak tedavi olan DSM-IV- TR tanı kriterlerine göre opiyat bağımlılığı tanısı alan 18-39 yaş arası 39 Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş ve 30 Antalya'nın yerli halkından oluşan toplam 69 hasta alındı. Kontrol grubu olarak hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik tedavi almamış yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hasta grubuyla benzer 33 Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş ve 28 Antalya'nın yerli halkından oluşan toplam 61 sağlıklı gönüllü birey alındı. Tüm katılımcılara yüz yüze soru cevap şeklinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş araştırmanın amacına uygun Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu ve 240 maddeden oluşan “Doğru” ya da “Yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeği olan Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) uygulandı. Veriler PASW 18 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi

Bulgular: Opiyat bağımlılarında; yenilik arayışı kişilik özelliğinin yüksek olduğu, göç etmiş opiyat bağımlılarının %97,4'ünün 2. kuşak göçmenlerden oluştuğu, düzenli poliklinik kontrolünün, daha önce yatarak tedavi görmüş olmanın ve eğitim seviyesindeki artışın remisyon süresini uzattığı saptandı.

Sonuç: Yüksek yenilik arayışı kişilik özelliğinin ve 2. kuşak göçmen olmanın madde kullanım bozukluğu riskini artırdığı bağımlılıkla mücadelede göz önüne alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Opiyat Bağımlılığı, Eroin, Kişilik, MKE, Göç.

8. ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE RELATIONS BETWEEN SOCIODEMOGRAPHICAL, CLINICAL FEATURES AND MIGRATION AMONG OPIOID ADDICTS

Objective: The aim of this study is to investigate the personality traits, sociodemographical and clinical features of opioid addicts and to consider how migration affects those features.

Method: This study is conducted as descriptive and cross-sectional design at Drug and Alcohol Addiction Research and Practice Center of Akdeniz University Hospital (AMBAUM). Data is collected from patients aged between 18-39 years who are admitted to the outpatient and inpatient clinics and diagnosed with opioid addiction according to DSM-IV-TR, together with healthy volunteers who are matched with patients in terms of age, gender and educational status. Patient group consists of 69 subjects; 39 of the subjects were migrated from other cities to Antalya whereas 30 of them were native residents. Control group consists of 61 volunteers; 33 of them were migrated whereas 28 of them were native residents. Materials of data collection are sociodemographical and clinical inquiry form which are developed by researchers specifically and applied by researchers in addition to Temperament and Character Inventory (TCI), a 240-item, self-report, paper-and-pencil test, and true-false format inventory based on Cloninger's psychobiological model of personality. The collected data is analysed statistically by PASW/18 (SPSS/IBM, Chicago, IL).

Findings: Higher rates of novelty seeking trait among opioid addicts is detected compared to volunteers. Quite high percentages (97.4%) of migrant opioid addicts were second generation migrants. It is also determined that regular out-patient clinics examinations, past history of hospitalization and higher level of education obviously extend the period of remission.

Results: To have a novelty seeking trait and be a second generation migrant are both increase the risk of substance use disorder which should be considered in case of fight against drug addiction.

Key words: Opioid addiction, heroin, personality, TCI, migration.

9. KAYNAKLAR

1. 2012 Türkiye Uyuşturucu Raporu. 3. Bölüm: Önleme. Syf. 58 Erişim Tarihi:24 Aralık 2013, http://www.tubim.gov.tr/dosyalar/raporlar/Tubim_Raporu_2012.pdf
2. Akşit BT. Türkiye'de Madde İstismarı ve Godot Beklentisi. 3P Dergisi 1997; 5 (Ek:2): 46-50.
3. Doğan YB. Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayışı. Dilbaz N. (ed). Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara 1997; 1-8.
4. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. Drug Alcohol Depend 2003; 71(1): 65-75.
5. Ball SA, Tennen H, Poling JC. Personality, temperament and character dimension and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. J Abnorm Psych 1997; 106: 545-55.
6. Behrman MA, Noble EP. Creativity in alcoholic and nonalcoholic families. Alcohol 1993; 10(4): 317-22.
7. Gomez-Peratte De Mateo C, Perez C, Portoles M. Tridimensional theory of personality: applications to substance abuse disorders. Actas Esp Psych 2001; 29: 143-7.
8. Paccini. Il problema della personalita tossicofilica nella patogenesi del Disturbo da Uso di Sostanze Psicoattive. Revisione della letteratura e recenti acquisizioni. Giorn Ital Psicopat 2001; 7: 185-99.
9. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. Eur Psychiatry 2001; 16: 274-82.
10. McKim MW. Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc 2000.
11. Uzbay İT. Mezopotamya uygarlığında eczacılık mesleğine dair bir inceleme. Eczacılık Bülteni 1981; 23: 57-60.
12. Köknel Ö. Bağımlılık. Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık 1998.
13. Babaoğlu AN. Uyuşturucu ve Tarihi. Bağımlılık Yapan Maddeler. Birinci Basım. İstanbul, Kaynak Yayınları 1997.
14. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul, Yeniden Yayınları 2010.
15. Köknel Ö. İnsanlık Tarihi Boyunca Dünyada ve Türkiye’de Uyuşturucu Madde Sorunları. Gelişim Yayınları 1976.
16. 1993 Türkiye Uyuşturucu Raporu. Dünyada Uyuşturucu Madde Kaçakçılığı; syf 6. Erişim Tarihi:29 Aralık 2013, <http://www.kom.pol.tr/Documents/Raporlar/1993.pdf>

17. Uzbay T. Madde Bağımlılığı. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, pdf
18. Amerikan Psikiyatri Birliği 2000. Hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği Washington DC. Çeviren: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2001; 91-137.
19. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1997; 299-321.
20. Kızılyalın AA. Uyuşturucu Zehirler ve Toksikomani. İstanbul, Çamlıca Matbaası 1970.
21. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorder in patients with PTSD. A review of the literature. Am J Psych 2001; 158: 1184-90.
22. Sadock BJ. Maddeye Bağlı Bozukluklar. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A. (ed). Sekizinci Baskı. İstanbul Güneş Kitabevi 2007; 1137-318.
23. Ögel K, Taner S, Yılmazçetin C. Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu. İstanbul IQ Yayıncılık 2003.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Ankara: Pozitif Matbaa 2012. Bakanlık Yayın Numarası: 879.
25. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Bozkurt A. (ed). Dördüncü Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi 2009; 104.
26. Ögel K. Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık. Cep Üniversitesi. İstanbul: İletişim Yayınları; 1997.
27. Özmen Ö. Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçları. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul 2009.
28. Özden SY. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. İkinci Baskı. İstanbul: Alfabe Basın Yayın 2004.
29. Shiloh R, Nutt D, Weizman A. Psikiyatrik Farmakoterapi Atlası. Kırılı S. (ed). Yelkovan Yayıncılık 2001; 101-22.
30. Özden S. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 1992; 21-100.
31. Küey L. Dünyada ve Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2010; 1(13). Erişim Tarihi: 29 Aralık 2013.
<http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/publicationsFile/file/B%c3%bciten%202010-1.pdf>
32. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci 2005; 1(47): 61-4.

33. Winick C, Norman RL. Epidemiology. In: Lowinson JH, Ruiz P, Milliman RB and Langrod JH. (eds). Substance abuse: A comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005; 15-21.
34. Rastegar DA, Fingerhood MI. Addiction Medicine: An Evidence-Based Handbook 2005; 36-75.
35. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2005. Erişim Tarihi: 28 Aralık 2013. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2005.html>
36. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2011. Erişim Tarihi: 29 Aralık 2013. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf
37. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2012. Erişim Tarihi: 29 Aralık 2013. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
38. Özer ÖA. Ortaöğretimde öğrencilerin psikoaktif madde kullanımına yaklaşım ve demografik özellikler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1991; 18-34.
39. Yazman Ü. Lise gençliğinin psikoaktif maddelere bakışı ve kullanım oranlarının Türkiye İstanbul örneğı ile incelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul 1995; 16.
40. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, WHO. Lise öğrencilerinde sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerle ilgili bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi projesi 1995.
41. Ögel K, Tamar D. Uyuşturucu maddeler ve öğrenci anketi bulguları, AMATEM. İstanbul: Özel Okullar Derneğı Yayını, Prive Ltd 1996; 12-23.
42. Karakılınç H. Antalya kent merkezindeki liselerin son sınıflarında okuyan öğrencilerin psikoaktif madde kullanım durumu. İstanbul: Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, Kongre Kitabı 1999; 30.
43. MUGEY (Muğla Uyuşturucu Gözlemevi raporu). Lise öğrencilerinde sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerle ilgili bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi anketi. Yayınlanmamış rapor, Muğla 1997.
44. Ögel K, Tamar D, Evren C. Türkiye’de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12: 47-52.
45. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A. Türkiye’de 9 İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 112-8.
46. Doğan O. Sivas ilindeki lise öğrencilerinde madde kullanımı yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2001; 2(2): 53-6.

47. Işıklı S, Irak M. Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği 2002; 55-65.
48. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC). Madde kullanımı üzerine ulusal değerlendirme çalışması: 6 büyük şehirde elde edilen sonuçlar. Ankara: Türkiye Proje Ofisi 2004.
49. Ögel K, Taner S, Eke C, Erol B. İstanbul’da öğrencilerde riskli davranışlar araştırması. İstanbul 2005, Yeniden yayın no: 6.
50. Ögel K, Taner S, Eke C, Erol B. İstanbul’da Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı Raporu. İstanbul 2004; Yeniden Yayın no:15.
51. Taner S. Boğaziçi Üniversitesi Öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Uzmanlık tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul 2005; 55-65.
52. Türkiye Ulusal Uyuşturucu Raporu. Madde Kullanım Yaygınlığı 2008; 7-11. Erişim Tarihi: 23 Aralık 2013, http://www.tubim.gov.tr/Dosyalar/RAPORLAR/2008_turkiye_rapor_tr.pdf
53. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Türkiye’de ortaöğretime devam eden öğrencilerde ve ceza ve infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü çocuklarda şiddet ve bunu etkileyen etkenlerin saptanması araştırma raporu. 2007.syf 97. Erişim Tarihi: 24 Aralık 2013 http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1413_Ek_Arastirma_Raporu.pdf
54. 2010 Türkiye Uyuşturucu Raporu. Genel Nüfusta Madde Kullanımı Pilot Çalışması, EMCDDA, 2010. Erişim Tarihi:29 Aralık 2013 http://www.kom.gov.tr/Tr/Dosyalar/ulusal_rapor_tr.pdf
55. 2012 Türkiye Uyuşturucu Raporu. Madde Kullanım Yaygınlığı. TUBİM 2011 GPS Araştırması 51-52. Erişim Tarihi:24 Aralık 2013, http://www.tubim.gov.tr/dosyalar/raporlar/Tubim_Raporu_2012.pdf
56. 2012 Türkiye Uyuşturucu Raporu. Madde Kullanım Yaygınlığı. TUBİM 2011 SPS Araştırması 53-54. Erişim Tarihi:24 Aralık 2013, http://www.tubim.gov.tr/dosyalar/raporlar/Tubim_Raporu_2012.pdf
57. Akiskal HS, Hirschfeld RMA. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 801-10.
58. Tyrer P, Ferguson B. Development of the concept of abnormal personality. Tyrer P. (ed). Personality Disorders Londra: Wright 1998; 3.
59. Öztürk MO, Uluşahin A. Kişilik Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri 2008; 556.
60. Allport GW. Personality: A Psychological Interpretation. New York: Holt Rinehart&Winston 1937; 12-5.

61. Svrakic DM, Cloninger CR. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Lippincott; Williams&Williams 2005.
62. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams&Williams 2000.
63. Dragan M, Svrakic MD, Cloninger CR. Kişilik Bozuklukları. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A. (ed). Sekizinci Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi 2007; 2063-104.
64. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine 1994.
65. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Mizaç ve karakter envanteri (TCI)'nin geçerlik ve güvenirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14: 107-31.
66. Kijima N, Tanaka E, Suzuki N, Higuchi H, Kitamura T. Reliability and validity of the Japanese version of the Temperament and Character Inventory. Psychol Rep 2000; 86: 1050-8.
67. Brändström S, Schlette P, Przybeck TR, Lundberg M, Forsgren T, Sigvardsson S, Nylander PO, Nilsson LG, Cloninger CR, Adolfsson R. Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory Comprehensive Psychiatry 1998; 39: 122-8.
68. De la Rie SM, Duijsens IJ, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders. J Personal Disord 1998; 12: 362-72.
69. Duijsens IJ, Spinhoven P, Goekoop JG. The Dutch temperament and character inventory (TCI): dimensional structure, reliability and validity in a normal and psychiatric outpatient sample. Personality and Individual Differences 2000; 28: 487-99.
70. Richter J, Brandstrom S, Przybeck TR. Assessing personality: The temperament and character inventory in a cross-sectional comparison between Germany, Sweden, and the USA. Psychol Rep 1999; 84: 1315-30.
71. Kozeny J, Höschl C. The temperament and character inventory: psychometric integrity of the Czech version. Studia Psychologica 1999; 41: 123-32.
72. Pelissolo A, Lepine JP. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. Psychiatry Res 2000; 94: 67-76.
73. Hansenne M, Le Bon O, Gauthier A, Ansseau M. Belgian normative data of the temperament and character inventory. European Journal of Psychological Assessment 2001; 17: 56-62.

74. Sung SM, Kim JH, Yang E, Abrams KY, Lyoo IK. Reliability and validity of the Korean version of the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 235-43.
75. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports* 1991; 69: 1047-57.
76. Golgman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Rothbart MK. Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 274-6.
77. Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Madde kullanımı sorununda Türkiye'nin yerine bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9: 301-7.
78. Türkcan A. Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 310-8.
79. Türkcan A, Çakmak D. AMATEM'e 1998 yılı içinde yatan hastaların sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu Özet Kitabı 1999; 24-5.
80. Evren C, Çakmak D. Alkol ve Madde Kullananların özellikleri: 2000 Yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam* 2001; 14: 142-6.
81. Ersül Ç, Ceylan ME. Kronik alkolizmde Türk toplumuna ilişkin demografik veriler. 22. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları Kitabı 1986; 292-4.
82. Tuncer C, Ersül Ç, Beyazyürek M, Beşikçi N. Alkol bağımlısı hastalarda bir demografik çalışma. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları Kitabı 1987; 184-7.
83. Beyazyürek M, Alpan L, Eradamlar N. Madde bağımlılığı ve yüksek öğrenimde psikososyal faktörler. *Düşünen Adam* 1990; 2: 7-9.
84. Beyazyürek M, Alpan L, Karamustafalıoğlu KO. Uyuşturucu madde bağımlılarında sosyodemografik özellikler. *Düşünen Adam* 1990; 3: 59-61.
85. Alpay N, Maner F, Kalyoncu A. AMATEM'de 1990 yılında yatırılan madde bağımlılarının demografik özellikleri ve geçmiş yıllarla kıyaslanması. 27. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı 1991; 177.
86. AMATEM ve HIV: Türkiye'de madde kullanımına ilişkin ikinci el verilerinin değerlendirilmesi. İstanbul'da madde kullanımının doğası ve boyutları. I. Rapor, İstanbul 1996.
87. Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2004; 5: 115-20.

88. Bulut M, Savaş HA, Cansel N. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7: 65-70.
89. Geçici Ö, Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM. Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(1): 35-42.
90. Kuru L. Bir süreç olarak opioid bağımlılığı. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1997.
91. Alvarez, FJ, Queipo D, Rio MC, Garcia MC. Patterns of Drug Use by Young People in the Rural Community of Spain *British Journal of Addiction* 1989; 84: 647-52.
92. Lebbeer G, Orenbuch J. A contribution to the study of young peoples attitudes towards drug use and users. *Bulletin on Narcotics* 1985; 37: 99-112.
93. Yüncü, Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(1): 5-13.
94. Yancar C. Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2005.
95. Başay Ö. Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Olan Ergenlerde Mizaç ve Kişilik Özellikleri. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir 2010.
96. Kumpfer KL. Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. *Pediatrics. Supplement* 1999; 103(5): 1128-44.
97. Barnes GM, Windle M. Family factors in adolescent alcohol and drug abuse. *Pediatrician*. 1987; 14: 13-8.
98. Evren C, Ögel K, Tamar D, Önder ME, Çakmak D. Eroini damar yoluyla kullanan ve kullanmayanlar arasındaki özelliklerin karşılaştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 2(2): 121-8.
99. Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C. Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 277-82.
100. Cavaola AA, Lavender N. Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence* 1999; 34: 735-44.
101. Rossow I, Lauritzen G. Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? *Addiction* 2001; 96: 227-40.
102. Evren CE, Üstünsoy S, Can S, Başoğlu C, Çakmak D. Alkol-Madde Bağımlılarında Özkıyım Girişimi Öyküsünün Klinik Belirtilerle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2003; 686-94.

103. Gümüş Ö, Şahin E, Top MŞ. Alkol ve Eroin Bağımlılarının Ailelilerindeki Psikososyal ve Ekonomik Zorlukların Araştırılması. Bağımlılık Dergisi 2002; 3(3): 146-54.
104. Evren CE, Çakmak D. Damar yolu ile Eroin Kullananların Genel Özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi 2002; 39(1): 20-6.
105. Evren CE, Er FO, Erkıran M, Çakmak D. Tedavi Arayışında Olan Eroin Bağımlılarında I. Eksen Psikiyatrik Komorbidite: Sosyodemografik ve Madde Kullanım Özellikleri ile İlişkisi. Klinik Psikiyatri 2002; 5: 92-104.
106. Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S. The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. Gen Hosp Psychiatry 2000; 22: 281-8.
107. Trezza GR, Popp SM. The substance user at risk of harm to self or others: assessment and treatment issues. J Clin Psychol 2000; 56: 1193-205.
108. Saatçioğlu Ö, Evren CE, Çakmak D. 1998-2002 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Gören Alkol ve Madde Kullanımı Olan Olguların Değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi 2003; 4: 109-17.
109. Lei Li, Sangthong R, Chongsuvivatwong V, Mc Neil E, Li J. Lifetime multiple substance use pattern among heroin users before entering methadone maintenance treatment clinic in Yunnan, China Drug and Alcohol Review 2010; 29: 420-5.
110. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L. Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. Addiction 2009; 104(8): 1346-55.
111. Chen CY, Storr CL, Anthony JC. Early onset drug use and risk for drug dependence problems. Addict Behav 2009.
112. Saygılı S, Özden SY. Eroin bağımlılarının biyopsikososyal yönden araştırılması. Psikofarmakolojide Yenilikler Sempozyumu, İstanbul GATA 1991; 100-4.
113. Evren C, Çakmak D. Damar Yolu İle Eroin Kullananlarda Enjektör Paylaşımı ve İlişkili Özellikler. Bağımlılık Dergisi 2002; 3(1): 21-6.
114. Evren CE, Çakmak D. Damar yolu ile Eroin Kullananların Genel Özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi 2002; 39(1): 20-6.
115. Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Tan D, Beyazyürek M. Damar Yolundan Eroin Kullananlarda Hepatit B, Hepatit C ve HIV Yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2003; 4: 10-4.
116. Acar M. Türkiye’de Madde Bağımlılığı ve Gençlik. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi 2006.
117. Pugatch D, Strong LL, Has P, Patterson D, Combs C, Reiner S, Rich JD, Flanigan T, Brown L. Heroin use in adolescents and young adults admitted for drug detoxification. Journal of Substance Abuse 2001; 13: 337-46.

118. Cicourel A. Living in Two Cultures: The everyday world of migrant workers. Living in Two Cultures. Great Britain: The Unesco Press 1982; 19-45.
119. Warfa N, Bhui K, Craig T, Curtis S, Mohamud S, Stansfeld S, et al. Post Migration Geographical Mobility, Mental Health And Health Service Utilization Among Somali Refugees In The UK: A Qualitative Study. Health and Place 2005; 12(4): 503-15.
120. Steel Z, Silove D, Chey T, Bauman A, Phan T. Mental Disorders, Disability and Health Service Use Amongst Vietnamese Refugees and The Host Australian Population. Acta Psychtr Scand 2004; 1-10.
121. Wang Z. Systematic Barriers to Schooling of Migrant Workers Children and Policy Recommendations. Frontiers of Education in China 2009; 4: 298-311.
122. Willke I. Schooling Of Immigrant Children in West-Germany-Sweden-England: The Educationally Disadvantaged. Intenational Review of Education 1975; 21: 357-82.
123. Vaillant GE. Parent-child cultural disparity and drug addiction. The journal of Nervous and Mental Disease 1966; 142(6): 534-9.
124. Ball JC, Chambers CD. The Epidemiology of Opiate Addiction in the United States. Springfield Illinois: Charles C. Thomas 1970.
125. Lokoff IF, Brook JS. A sociocultural exploration of reported heroin use. In: Winick Ch, Editor. Sociological Aspects of Drug dependence. Cleveland: CRC Press 1974; 35-6.
126. Yalnız Ö, Pektaş Ö, Şahin E, Kalyoncu AÖ, Mırsal H, Beyazyürek M. Almanya’da Yaşayan Türk Eroin Bağımlılarının Tedavi Arama Davranışını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 72-6.
127. Ergil D. Profile of drug addiction and resistance in Turkey, UN Report 1993 Ankara.
128. Yeşilbursa D, Türkcan S, Çam F ve ark. HIV risk factors among drug users in a group of Turkish inmates. X.World Congress of Psychiatry, Poster, August 1996, Madrid/Spain; 23-8.
129. Evren C, Tamar D, Ögel K. Damar yolu ile eroin kullanımı ve ilişkili bazı davranış biçimleri. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3: 186-92.
130. AMATEM. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi. 1996 yılı yıllık faaliyet raporu, İstanbul.
131. Isralowitz R, Reznik A. Russian Speaking Immigrants: Drug Use, Infectious Disease and Related Health Behavior. J Immigrant Minority Health 2013. DOI 10.1007/s10903-013-9884-7
132. Diler RS, Avcı A, Seydaoğlu G. Emotional and Behavioural Problems in Migrant Children. Swiss Medical Weekly 2003; 133: 16-21.
133. Gün Z. Çocuk ve Göç. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2002.

134. Özen Ş, Antar S, Özbulut Ö, Altındağ A, Oto R. İç Göç Yaşayan Bir Grup Lise Öğrencisinde Ruhsal Belirti Şiddetinin Cinsiyet ile İlişkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2001; 8 (3): 156-62.
135. Strang J, Griffiths P, Powis B. Heroin chasers and heroin injectors: differences observed in a community in a sample in London, UK. Am J Addict 1999; 8(2): 148-60.
136. Evren C, Ögel K, Tamar D. Eroini damar yoluyla kullanan ve kullanmayanlar arasındaki özelliklerin karşılaştırılması. Türkiye’de Psikiyatri 2000; 2: 121-8.
137. Zimmer-Höfler ve Meyer-Fehr. 1984 Forschung in der therapsutischen Praxis mit Opiatabhöngigen. In: Ladewig D,editor. Drogen und alkohol 3. Basel 1984; 10-29.
138. Saydam BM. İkinci Kuşak Göçmenler ve Psikoaktif Madde Bağımlılığı. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, İstanbul 1987.
139. Sutherland I, Shepherd JP. Social dimensions of adolescent substance use. Addiction 2001; 96: 445-58.
140. Yüncü Z, Özbaran B, Altıntoprak E. Sokak yaşantısı olan olmayan madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin klinik ve sosyodemografik özellikleri. Türkiye Psikiyatri Dergisi 2007; 9(1): 37-43.
141. Yüncü Z, Başay BK, Özbaran B, Aydın C, Tamar M. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde HBV: Yaygınlık, riskler, asılama. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(4): 208-16.
142. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 975-90.
143. Hansenne M, Pinto E, Pitchot W, Reggers J, Scantamburlo G, Moor M, Ansseau M. Further evidence on the relationship between dopamine and novelty seeking: A neuroendocrine study. Pers Individ Dif 2002; 33: 967-77.
144. Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. Yeni Sempozyum 2003; 41: 86-97.
145. Hosak L, Preiss M, Halir M, Cermakova E, Csemy L. Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. Eur Psychiatry 2004; 19: 193-5.
146. Gabel S, Stallings MC, Schmitz S, Young SE, Fulker DW. Personality dimensions and substance misuse: relationships in adolescents, mothers and fathers. Am J Addict 1999; 8: 101-13.
147. Le Bon O, Basiaux P, Streel E, et al. Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger’s TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. Drug Alcohol Depend 2004; 73: 175-82.

148. Basiaux P, le Bon O, Dramaix M. Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol* 2001; 36: 584-7.
149. Ko, CH, Ju-Yu Yen, Cheng-Chung Chen, Sue-Huei Chen, et al. Tridimensional Personality of Adolescents With Internet Addiction and Substance Use Experience. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51(14): 887-94.
150. Hosak L, Preiss M, Halir M. Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. *Eup Psych* 2004; 19: 193-5.
151. Helmus TC, Downey KK, Arfken CL. Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug Alcohol Depend* 2001; 61(1): 287-95.
152. Şahiner ŞY. Alkol ve Madde Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikler, Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Yöntemleri Ve Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara 2012.
153. Ball SA. Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality* 2005; 39(1): 84-102.
154. Başay Ö. Alkol-Madde Kullanım bozuklukları olan ergenlerde mizaç ve kişilik özellikleri. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 2010 İzmir.
155. Türkcan A. Türkiye’de Madde Kullananların Profili: Hastane verilerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam* 1998, 11(3): 56-64.

10. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: Opiyat Bağımlılarının Sosyodemografik ve Kişilik Özelliklerinin Göç ile İlişkilendirilmesi
- b. Araştırmanın İçeriği: Araştırmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Alkol Madde Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi polikliniğine başvuran ve servisinde yatarak tedavi alan opiyat bağımlılığı tanısı alan en az 28 Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş ve en az 28 Antalya'nın yerlisi hasta ile hayatlarının hiçbir döneminde herhangi bir psikolojik/psikiyatrik tedavi almamış yaş, cinsiyet ve eğitim açısından hasta grubuyla benzer en az 28 Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş ve en az 28 Antalya'nın yerlisi sağlıklı gönüllü birey alınacaktır. Hasta ve kontrol gruplarındaki bireyler ile bir kez görüşülecek ve katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu ve Mizaç ve Karakter Envanteri uygulanacaktır.
- c. Araştırmanın Amacı: Opiyat bağımlılarının sosyodemografik, klinik ve kişilik özelliklerinin araştırılması ve göçün bu özelliklere etkisinin değerlendirilmesidir. Bu amaçla göç etmiş ve göç etmemiş opiyat bağımlı bireyler kendi aralarında ve bağımlı olmayan bireylerle karşılaştırılacak, kendine özgü özellikleri belirlenecek ve madde bağımlılığı konusunda yeni yaklaşım biçimleri geliştirilmesine ışık tutulacaktır.
- d. Araştırmanın Nedeni:
() Bilimsel araştırma
(*) Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 3 ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Opiyat bağımlılığı tanısı alan en az 28 Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş ve en az 28 Antalya'nın yerlisi hasta ile en az 28 Antalya'ya başka şehirlerden göç etmiş ve en az 28 Antalya'nın yerlisi sağlıklı gönüllü birey alınması planlanmıştır.
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Katılımcı çalışma kapsamında sadece ölçek dolduracaktır. Bu nedenle öngörülen bir risk bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bu sayede psikiyatrik açıdan muayeneleri ve takibi yapılmış olacaktır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Musa YILDIZ

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Musa YILDIZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, firması ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının

Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 2. Mizaç ve Karakter Envanteri

ADI SOYADI:

**Temperament and Character Inventory
(TCI)
Mizaç ve Karakter Envanteri
(Türkçe TCI)**

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi basınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini daire içine almanız yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK

	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi daire içine alınız.)

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger

Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

1.Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.		
2.Çoğu kimseyi kaygılandırıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.		
3.Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.		
4.Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.		
5.Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.		
6.Mucizelerin olabileceğine inanırım.		
7.Beni incitenlerden intikam almak hoşuma gider.		
8.Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.		
9.Çoğu kez yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.		
10.Herkesin ilerleyebilmesi için sorunlara çözüm bulmada yardımcı olmak isterim.		
11.Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.		
12.Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.		
13.İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.		
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.		
15.Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.		
16.Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam.		
17.Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.		
18.Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.		
19.Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.		
20.Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.		
21.Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.		
22.Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.		
23.Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.		
24.Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren özgür hissederim.		
25.Bir başkasının duygularını çoğu kez kendiminkiler kadar önemserim.		
26.Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepelerde ve keskin virajlarda araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.		
27.Tanımadığım kimselerin yanında güvenli hissetmediğim için çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.		
28.Başkalarını memnun etmekten çok hoşlanırım.		
29.Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.		

30. Zaman bulamadığım için genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.		
31. Çoğu kez hayvan ve bitkileri yok olmaktan kurtarmaya yarayacak işler yaparım.		
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.		
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.		
34. Fırsat buldukça düzenli olmaktan ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.		
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı şeylerle ilgilenemem.		
36. İşleri tekrar tekrar yapmak, bana çoğu anlık dürtüler ya da telkinden daha güçlü alışkanlıklar edinmemi sağladı.		
37. Genellikle başkaları vazgeçse bile çalışmaya devam edecek kadar kararlıyım.		
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan çoğu şeye hayran kalırım.		
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.		
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.		
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.		
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.		
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.		
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.		
45. Gevşerken çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.		
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.		
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım.		
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.		
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.		
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.		
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.		
52. Konuşmalarda konuşan kişi olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.		
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.		
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.		
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.		
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir “altıncı his” e sahipmişim gibi gelir.		
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.		
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.		
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.		
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.		
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.		
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.		

63.Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.		
64.Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.		
65.Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.		
66.Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcarken zorlanırım.		
67.Çoğu kimsenin bedensel tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım.		
68.Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.		
69.Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.		
70.Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım.		
71.Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmem.		
72.Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kaçır.		
73.İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.		
74.Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.		
75.Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.		
76.Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.		
77.Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.		
78.Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.		
79.Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.		
80.Bir grup yabancıyla buluştuğumda bana arkadaş canlısı olmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.		
81.Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.		
82.Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.		
83.Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.		
84.Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.		
85.Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.		
86.Başkaları beni çok fazla denetliyor.		
87.Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.		
88.Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.		
89.Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.		
90.İşleri tekrar tekrar yapmak, başarılı olmamı sağlayacak pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.		
91.Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.		
92.Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.		

93.Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin bedelini ödemeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.		
94.Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.		
95.Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.		
96.Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.		
97.Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.		
98.Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.		
99.Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.		
100.Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.		
101.Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.		
102.Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.		
103.Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.		
104.Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.		
105.Sorunlarıma uzun vadeli çözümler bulmak için çok az zamanım var.		
106.Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu kez sorunların gereğine bakamam.		
107.Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.		
108.Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.		
109.Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.		
110.Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları değiştirmeyi genellikle iyi beceririm.		
111.Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.		
112.Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.		
113.Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.		
114.İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.		
115.İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerin yardımına çok fazla gereksinim duyarım.		
116.Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.		
117.Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.		
118.Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.		
119.Hemen herkes korku dolu olsa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.		
120.Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.		
121.Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.		
122.Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.		
123.Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.		

124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.		
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.		
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.		
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.		
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.		
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de bilmediğim ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.		
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.		
131. Başkaları benden istediklerini yapmayacağım için çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.		
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.		
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek genellikle benim için kolaydır.		
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.		
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.		
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.		
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.		
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.		
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.		
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.		
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.		
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.		
143. Özel düşüncelerimden pek söz etmediğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.		
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.		
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm.		
146. Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.		
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.		
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.		
149. Endişeye kapıldığında arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.		
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.		
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede özgürüm.		
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırıyorum ki bir an nerede olduğumu unuturum.		

153. Bir ekibin üyeleri paylarına düşeni nadiren alırlar.		
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler(planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.		
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.		
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.		
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir.		
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.		
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak gerçekte benim için önemsiz olan şeylere harcarım.		
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.		
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlayabilmek için kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.		
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana önemli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.		
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.		
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.		
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam.		
166. Düşündüğümde daha uzun sürdüğünde çoğu kez o işi bırakırım.		
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.		
168. Bana yanlış yapan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım.		
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.		
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.		
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.		
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.		
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim deneyimlerim olmuştur.		
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.		
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.		
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.		
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.		
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.		
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.		
180. Genellikle havalı ve başkalarından ayrı olmaktan hoşlanırım.		
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.		
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.		
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.		
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.		
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.		

186.Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı görmelidir.		
187.Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.		
188.Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider.		
189.Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri(ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.		
190.Başarılı olma şansı yoksa bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmem.		
191.İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.		
192.Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.		
193.Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.		
194.Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.		
195.Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.		
196.İyi alışkanlıklar edinmek işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.		
197.Çoğu kimse benden daha çok işe yarar.		
198.Sorunlarım için çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.		
199.Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.		
200.Çoğu kez tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.		
201.Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.		
202.Genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalmada zorlanmam.		
203.Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.		
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda sıkıntıdan kolayca kurtulamam.		
205.Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.		
206.Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu yalnızca bir görüş meselesidir.		
207.Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.		
208.Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.		
209.Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.		
210.İnsanlar benden kolaylıkla yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulurlar.		
211.Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir.		
212.Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşıyorum.		
213.Hoşlanmadığım bazı insanlar var.		
214.Başkalarından daha fazla hayran olunmak istemem.		
215.Sıradan bir şeye bakarken çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.		
216.Tanıdığım çoğu kimse başka kimin incineceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini		

düşünür		
217.Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle kendimi gergin ve endişeli hissedirim.		
218.Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.		
219.Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.		
220.Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen yalnızca birer hüsnü kuruntudan ibarettir.		
221.Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.		
222.Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.		
223.Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.		
224.Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.		
225.Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu kez ters gider.		
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olunca genellikle kendimi daha iyi hissedirim.		
227.Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.		
228.Çevremde olup bitenlerden koptuğum için başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.		
229.Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.		
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.		
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.		
232.Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.		
233.Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.		
234.Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.		
235.Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.		
236.Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim.		
237.Herhangi bir belgeyi imzalamam istendiğinde tüm ayrıntıları okumaktan hoşlanırım.		
238.Yeni bir şeyler olmadığı zamanlarda genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.		
239.Bazen keyifsiz olurum.		
240.Ara sıra insanların arkasından konuşurum.		