



**T.C.**

**HİTİT ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI**

**BAĞIMLILIK YAPICI İLAÇ VE MADDE KULLANIMI İLE RİSK  
FAKTÖRLERİNİN ARAŞTIRILMASI: HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Gözde OLUKÇU**

**Çorum- 2024**



**BAĞIMLILIK YAPICI İLAÇ VE MADDE KULLANIMI İLE RİSK  
FAKTÖRLERİNİN ARAŞTIRILMASI: HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ**

**Gözde OLUKÇU**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**Adli Bilimler Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Sevil ÖZKINALI**

**Çorum- 2024**

Gözde OLUKÇU tarafından hazırlanan “Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörlerinin Araştırılması: Hitit Üniversitesi Örneği” adlı tez çalışması 25/06/2024 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Adli Bilimler Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Üyesi Mahmut GÜR

.....

Prof. Dr. Sevil ÖZKINALI

.....

Prof. Dr. Faruk GÖKMEŞE

.....

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun .../... tarih ve .../...sayılı kararı ile Gözde OLUKÇU' nun Adli Bilimler Anabilim Dalında Yüksek Lisans derecesi alması onanmıştır.

Prof. Dr. Osman ÇUBUK

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim.



Gözde OLUKÇU

# İTHAF



Canım dayım Hıdır İÇKE' nin sevgi dolu hatırasına



# BAĞIMLILIK YAPICI İLAÇ VE MADDE KULLANIMI İLE RİSK FAKTÖRLERİNİN ARAŞTIRILMASI: HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

Gözde OLUKÇU

ORCID: 0009-0008-9822-004X

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans Tezi

Haziran 2024

## ÖZET

Bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de birey ve toplum için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Yasal ve yasal olmayan madde kullanımının bağımlılık yaratmasının yanısıra reçeteli ilaçların, doktor kontrolü dışında akılcı olmayan ve kötüye kullanımı da bağımlılık geliştirebilmektedir. Bağımlılıklarda biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok faktörün etkili olduğu biyopsikososyal model günümüzde kabul gören kapsamlı bir bağımlılık yaklaşımıdır. Bu yaklaşımdan yola çıkıldığında cinsiyet, çocukluk travması, ailevi sorunlar, ekonomik sorunlar, yaşanan çevre, olumsuz arkadaş ortamının varlığı, adli süreçlerin varlığı gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler bağımlılıklarla ilişkili risk faktörü veya bağımlılıkların sonucu olan riskli durumlar olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Ergenlik ve gençlik dönemi bağımlılıkların oluşmasında kritik bir dönemdir, diğer problemlerde olduğu gibi bağımlılıklarda da çözüme ulaşmanın en kestirme yolu problemin kaynağını bulmaktır. Problemin kaynağını bulurken de bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımına sürükleyen risk faktörleri veya kullanımı sonucunda doğan riskler hakkında bilgi sahibi olmamız, bağımlılıkların oluşmadan önlenmesi ya da bağımlılıklarla çalışma konusunda yardımcı olacaktır.

Literatürde yapılan çalışmalarda genellikle bağımlılık yapıcı ilaç veya bağımlılık yapıcı madde olarak ayrı ayrı çalışıldığı, risk faktörlerinin ise genellikle tek veya daha az boyut üzerinden araştırıldığı, ayrıca bağımlılık bağlantılı adli süreçlerle ilgili yapılan çalışmaların da kısıtlı

olduğu görülmektedir. Multidisipliner bir anlayışla biyopsikosozyal birçok boyutun geniş bir yelpazede araştırıldığı çalışmamızın bu anlamda literatüre katkı sunacağı dşnlmektedir.

Çalışmamız Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenimine devam eden 18 yaş üstü 548 gönüllü öğrencinin katılımıyla tamamlanmıştır. Google Formlarda hazırlanan "Bağımlılık Yapıcı ilaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörleri" anketi ile katılımcılara ulaşılarak evrimii anket uygulamasıyla veriler toplanmıştır. Elde edilen verilerin tanımlayıcı ve ilişkisel istatistikleri SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiş, analizlerde  $p < 0,05$  değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmada cinsiyet, devam edilen yüksekokul, çocuklukta yaşanan travmatik yaşantı, ailevi sorunlar, ekonomik sorunlar, intihar girişimi, olumsuz arkadaş grubuna sahip olma, adli bir olaya karışma ve adli bir olayın mağduru olma durumları ile yapılan analiz çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bulgulara ulaşılmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Anahtar Kavramlar:** Bağımlılık yapıcı ilaç, Bağımlılık yapıcı madde, Narkotik madde, Bağımlılık risk faktörleri

**Bilim Kodu:** 20101/ 20114/10908/113009/119404

**INVESTIGATION OF ADDICTIVE DRUG AND SUBSTANCE USE AND RISK FACTORS:  
HITIT UNIVERSITY CASE**

Gözdde OLUKÇU

ORCID: 0009-0008-9822-004X

HITIT UNIVERSITY

GRADUATE EDUCATION INSTITUTE

Master of Science Thesis

June 2024

**ABSTRACT**

The use of addictive drugs and substances poses a great threat to the individual and society in our country as well as all over the world. In addition to the addiction of legal and illegal substance use, irrational and abusing prescription drugs outside the control of a doctor can also develop addiction. The biopsychosocial model, in which many biological, psychological and social factors are effective in addictions, is a comprehensive addiction approach that is accepted today. Based on this approach, biological, psychological and social factors such as gender, childhood trauma, family problems, economic problems, living environment, the presence of a negative friend environment, and the presence of judicial processes can appear as risk factors associated with addictions or risky situations that are the result of addictions.

Adolescence and young adult are critical period in the formation of addictions, as in other problems, the shortest way to reach a solution in addictions is to find the source of the problem. While finding the source of the problem, having information about the risk factors that lead to the use of addictive drugs and substances or the risks arising as a result of their use will help to prevent addictions before they occur or to work with addictions.

In the studies conducted in the literature, it is seen that addictive drugs or addictive substances are generally studied separately, risk factors are generally investigated on a single or lesser dimension, and studies on addiction-related forensic processes are limited. It is thought that

our study, in which many biopsychosocial dimensions are investigated in a wide range with a multidisciplinary approach, will contribute to the literature in this sense.

Our study was completed with the participation of 548 volunteer students over the age of 18 who continue their education at Hitit University Vocational School of Social Sciences, Vocational School of Technical Sciences and Vocational School of Health Sciences. Participants were reached with the "Addictive Drug and Substance Use and Risk Factors" questionnaire prepared in Google Forms and data were collected through an online questionnaire. The descriptive and relational statistics of the obtained data were analyzed with the SPSS 22.0 program, and the  $p < 0.05$  value was accepted as statistically significant in the analyzes. In the study, statistically significant findings were reached in the analysis study conducted with gender, college attended, traumatic experience in childhood, family problems, economic problems, suicide attempt, having a negative friend group, being involved in a forensic incident and being a victim of a forensic event ( $p < 0.05$ ).

**Key Concepts:** Addictive drug, Addictive substance, Narcotic substance, Addiction risk factors

**Science Code:** 20101/ 20114/10908/113009/119404

## TEŞEKKÜR

Tez alıőmamı yaptığım sure ierisinde bilgisi, hoőgorus ve samimiyetiyle desteğini esirgemeyen değerli tez danıőmanım Sayın Prof. Dr. Sevil ÖZKINALI'ya, değerli jüri üyelerime, yüksek lisans eğitimim sırasında akademik geliőimime katkısı bulunan kıymetli bölüm hocalarıma, arkadaőlarıma ve desteklerini her daim hissettiğim sevgili aileme teşekkür ederim.



Gözde OLUKÇU

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
GÖRSEL DİZİNİ.....	xii
TABLO DİZİNİ.....	xiii
GRAFİK DİZİNİ.....	xviii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xix
SİMGELER.....	xix
KISALTMALAR.....	xix
GİRİŞ.....	1

### 1. BÖLÜM

#### LİTERATÜR VE KAYNAK ARAŞTIRMASI

1.1. Bağımlılık.....	4
1.2. Bağımlılıkta Biyopsikososyal Model.....	4
1.3. Bağımlılık yapıcı maddeler.....	5
1.4. Madde bağımlılığı.....	6
1.5. Madde Bağımlılığı Türleri.....	8
1.6. Bağımlılık Tanı Kriterleri.....	10
1.7. ICD (Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması).....	11
1.8. DSM V (Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı).....	12
1.9. Uyuşturucu Maddelere İlişkin Rapor.....	13
1.9.1. 2023 Dünya uyuşturucu raporu.....	13
1.9.2. 2023 Türkiye uyuşturucu raporu.....	13
1.10. Bağımlılık Yapıcı İlaçlar.....	17

1.10.1. İlaç dozu ve etkisi arasındaki tolerans ilişkisi.....	17
1.10.2. İlaç kötüye kullanımı/ reçeteli ilaçların kötüye kullanımı.....	17
1.10.3. Akılcı olmayan ilaç kullanımı .....	18
1.11. Ağrı Kesiciler .....	19
1.12. Antidepresan İlaçlar .....	20
1.12.1. Antidepresan bağımlılık araştırmaları .....	20
1.13. Uyku İlaçları.....	21
1.14. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatan Maddeler (Depresanlar) .....	22
1.14.1. Afyon .....	22
1.14.2. Morfin.....	23
1.14.3. Eroin .....	23
1.14.4. Kodein.....	24
1.14.5. Barbitüratlar .....	24
1.14.6. Sedatif-Hipnotikler.....	25
1.14.7. Trankilizanlar (Sakinleştirici).....	26
1.15. Merkezi Sinir Sistemini Uyarıcı Maddeler (Stimulants/Uyarıcılar).....	27
1.15.1. Kokain .....	27
1.15.2. Amfetaminler .....	28
1.15.3. Ecstasy/ Metilendioksimetamfetamin (Mdma).....	28
1.15.4. Fenetilin (Captagon) .....	29
1.16. Hayal Gösterenler (Halusinojenler).....	30
1.16.1. Lsd (Liserjik Asit Dietilamid) .....	30
1.16.2. Meskalin.....	31
1.16.3. Sihirli Mantar (Psylocybin) .....	31
1.16.4. Esrar .....	32
1.17. Tütün/ Nikotin.....	32
1.18. Alkol .....	33

1.19. Bağımlılık Döngüsü.....	33
1.20. Bağımlılık Oluşumunda Biyopsikososyal Risk Faktörleri.....	34

## **2. BÖLÜM**

### **MATERYAL VE YÖNTEM**

2.1. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	37
2.2. Araştırmanın Örneklemi .....	37
2.3. Veri Toplama Araçları .....	37
2.3.1. "Bağımlılık Yapıcı İlaç Ve Madde Kullanımı İle Risk Faktörleri Anket Formu" .....	37
2.4. İstatistiksel Analizler .....	38
2.5. Etik Kurul Onayı.....	38

## **3. BÖLÜM**

### **ARAŞTIRMA VE BULGULAR**

3.1. Anket Formunun Analiz Sonuçları.....	39
3.2. Uygulanan Anket Çalışmasındaki Sorular Arasında İlişki Araştırmaları.....	56

## **4. BÖLÜM**

### **TARTIŞMA**

4.1. Araştırma Tartışma Verileri.....	86
<b>SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>93</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>97</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>107</b>
<b>Ek-1: Etik Kurul Onayı .....</b>	<b>107</b>
<b>Ek-2: Anket İzinleri.....</b>	<b>108</b>
<b>Ek-3: Anket Formu .....</b>	<b>110</b>

## GÖRSEL DİZİNİ

Görsel

Sayfa

Görsel 1.1. Bağımlılık Döngüsü .....34



## TABLO DİZİNİ

Tablo	Sayfa
<b>Tablo 1.1.</b> Bağımlılık yapıcı maddeler, kullanım şekli ve zararları .....	6
<b>Tablo 1.2.</b> Tek sözleşmesine göre bağımlılık yapan maddelerin listesi ve örnek maddeler .....	7
<b>Tablo 1.3.</b> Uyuşturucu maddelerin sınıflandırması.....	10
<b>Tablo 1.4.</b> 2022 Yılında madde türlerine göre tedavi merkezlerinde tedavi gören hasta sayıları .....	16
<b>Tablo 3.1.</b> Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler .....	39
<b>Tablo 3.2.</b> Katılımcıların “Aşağıdaki ağrı kesici grubu ilaçlardan kullandıklarınızı İşaretleyiniz” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.....	41
<b>Tablo 3.3.</b> Katılımcıların “Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	42
<b>Tablo 3.4.</b> Katılımcıların “Kullandığınız uyku hapları varsa işaretleyiniz/yazınız” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	43
<b>Tablo 3.5.</b> Katılımcıların “Uyku haplarını ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	44
<b>Tablo 3.6.</b> Katılımcıların “Antidepresanlardan kullandıklarınız varsa işaretleyiniz/ yazınız” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	45
<b>Tablo 3.7.</b> Katılımcıların “Antidepresan ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	46
<b>Tablo 3.8.</b> Katılımcıların “İlaç almadığınızda aşağıdaki durum ya da durumlardan yaşadıklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.....	48
<b>Tablo 3.9.</b> Katılımcıların “Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	48
<b>Tablo 3.10.</b> Katılımcıların “Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	49
<b>Tablo 3.11.</b> Katılımcıların “Daha önce aşağıdaki yasaklı maddelerden kullandınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.....	50
<b>Tablo 3.12.</b> Katılımcıların “Çevrenizde yasaklı madde (esrar, eroin, meth, ecytsy, lsd, bonzai) kullanan var mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.....	51

<b>Tablo 3.13.</b> Katılımcıların “Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.....	<b>51</b>
<b>Tablo 3.14.</b> Katılımcıların “Adli bir olaya karıştınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	<b>52</b>
<b>Tablo 3.15.</b> Katılımcıların “Adli bir olayın mağduru oldunuz mu?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	<b>53</b>
<b>Tablo 3.16.</b> Katılımcıların “Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	<b>54</b>
<b>Tablo 3.17.</b> Katılımcıların “Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).....	<b>55</b>
<b>Tablo 3.18.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre ağı kesici kullanım oranlarının karşılaştırılması .....	<b>56</b>
<b>Tablo 3.19.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre ağı kesici kullanım sıklığının karşılaştırılması .....	<b>57</b>
<b>Tablo 3.20.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre tütün kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>57</b>
<b>Tablo 3.21.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>58</b>
<b>Tablo 3.22.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>58</b>
<b>Tablo 3.23.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>59</b>
<b>Tablo 3.24.</b> Katılımcıların cinsiyetlerine göre adli bir olaya karışma durumlarının karşılaştırılması.....	<b>59</b>
<b>Tablo 3.25.</b> Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile tütün kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>60</b>
<b>Tablo 3.26.</b> Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile adli bir olaya karışıp karışmama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>60</b>
<b>Tablo 3.27.</b> Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile adli bir olayın mağduru olup olmama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>61</b>
<b>Tablo 3.28.</b> Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumlarının karşılaştırılması.....	<b>61</b>
<b>Tablo 3.29.</b> Katılımcıların genel sağlık durumları ile çocuklukta travması yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>62</b>

<b>Tablo 3.30.</b> Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>62</b>
<b>Tablo 3.31.</b> Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile antidepresan kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>63</b>
<b>Tablo 3.32.</b> Katılımcıların çocukluk travması ile ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>64</b>
<b>Tablo 3.33.</b> Katılımcıların çocukluk travması ile ekonomik sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>64</b>
<b>Tablo 3.34.</b> Katılımcıların çocukluk travması ile intihar girişiminde bulunma durumlarının karşılaştırılması.....	<b>65</b>
<b>Tablo 3.35.</b> Katılımcıların çocukluk travması ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olmaları durumlarının karşılaştırılması.....	<b>65</b>
<b>Tablo 3.36.</b> Katılımcıların çocukluk travması ile aile ilişkilerinin karşılaştırılması.....	<b>65</b>
<b>Tablo 3.37.</b> Katılımcıların ailevi sorunlar yaşama ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>66</b>
<b>Tablo 3.38.</b> Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ile intihar girişiminde bulunma durumlarının karşılaştırılması.....	<b>67</b>
<b>Tablo 3.39.</b> Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşaması ile olumsuz arkadaş ortamına sahip olma durumlarının karşılaştırılması.....	<b>67</b>
<b>Tablo 3.40.</b> Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ile adli bir olaya karışma durumlarının karşılaştırılması.....	<b>68</b>
<b>Tablo 3.41.</b> Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ve aile ilişkilerinin karşılaştırılması..	<b>68</b>
<b>Tablo 3.42.</b> Katılımcıların genel sağlık durumları ile intihar girişiminde bulunma durumlarının karşılaştırılması.....	<b>69</b>
<b>Tablo 3.43.</b> Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile ağrı kesici kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>69</b>
<b>Tablo 3.44.</b> Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>70</b>
<b>Tablo 3.45.</b> Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile antidepresan kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>70</b>
<b>Tablo 3.46.</b> Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>71</b>

<b>Tablo 3.47.</b> Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>72</b>
<b>Tablo 3.48.</b> Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>72</b>
<b>Tablo 3.49.</b> Katılımcıların intihar girişimi ile ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>73</b>
<b>Tablo 3.50.</b> Katılımcıların intihar girişimi ile ekonomik sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>73</b>
<b>Tablo 3.51.</b> Katılımcıların intihar girişimi ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olmaları durumlarının karşılaştırılması.....	<b>74</b>
<b>Tablo 3.52.</b> Katılımcıların intihar girişimi ile arkadaşlık ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.....	<b>74</b>
<b>Tablo 3.53.</b> Katılımcıların intihar girişimi ile aile ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.....	<b>75</b>
<b>Tablo 3.54.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>75</b>
<b>Tablo 3.55.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile antidepresan kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>76</b>
<b>Tablo 3.56.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>76</b>
<b>Tablo 3.57.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>77</b>
<b>Tablo 3.58.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>78</b>
<b>Tablo 3.59.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>78</b>
<b>Tablo 3.60.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile ekonomik sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.....	<b>79</b>
<b>Tablo 3.61.</b> Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile aile ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.....	<b>79</b>
<b>Tablo 3.62.</b> Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile ağrı kesici ilaç kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>80</b>

<b>Tablo 3.63.</b> Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>80</b>
<b>Tablo 3.64.</b> Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>81</b>
<b>Tablo 3.65.</b> Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>82</b>
<b>Tablo 3.66.</b> Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>82</b>
<b>Tablo 3.67.</b> Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile aile ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.....	<b>83</b>
<b>Tablo 3.68.</b> Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile adli bir olayın mağduru olmasının karşılaştırılması.....	<b>83</b>
<b>Tablo 3.69.</b> Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması .....	<b>84</b>
<b>Tablo 3.70.</b> Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması. ....	<b>84</b>
<b>Tablo 3.71.</b> Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.....	<b>85</b>

## GRAFİK DİZİNİ

Grafik	Sayfa
<b>Grafik 1.1.</b> Uyuşturucu ile mücadele alanında yapılan kamu harcamalarının yıllara göre dağılımı. ....	<b>15</b>
<b>Grafik 3.2.</b> “Ailenizin maddi durumunu değerlendiriniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği (n=548) .....	<b>40</b>
<b>Grafik 3.3.</b> “Genel sağlık durumunuzu değerlendiriniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği (n=548) .....	<b>41</b>
<b>Grafik 3.4.</b> “Aşağıdaki ağrı kesici grubu ilaçlardan kullandıklarınızı işaretleyiniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği (n=548) .....	<b>42</b>
<b>Grafik 3.5.</b> “Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548). ....	<b>43</b>
<b>Grafik 3.6.</b> “Uyku haplarını ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548). ....	<b>44</b>
<b>Grafik 3.7.</b> “Antidepresan ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548). ....	<b>47</b>
<b>Grafik 3.8.</b> “Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548). ....	<b>49</b>
<b>Grafik 3.9.</b> “Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548). ....	<b>50</b>
<b>Grafik 3.10.</b> “Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı?” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği. ....	<b>52</b>
<b>Grafik 3.11.</b> “Aşağıdaki alanlardan herhangi biri ile uğraştınız mı?” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği. ....	<b>54</b>
<b>Grafik 3.12.</b> “Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği. ....	<b>55</b>
<b>Grafik 3.13.</b> “Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği (n=548) .....	<b>56</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

### Simgeler

$\chi^2$	Ki-kare İşareti
p	Anlamlılık Değeri
n	Katılımcı Sayısı

### Kısaltmalar

AİK	Akıllı İlaç Kullanımı
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
BYM	Bağımlılık Yapıcı Maddeler
CBD	Kannabidiol
CBN	Kannabinol
CSA	Clinical Services Advisory
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DNA	Deoksiribonükleik Asit
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Bilişsel, Davranışsal, Duygusal ve Biyolojik Tanı ve İstatistik El Kitabı
DSM V	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EMCDDA	Avrupa Uyuşturucu ve Bağımlılık Gözlem Merkezi
FDA	U.S. Food and Drug Administration/ Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
ICD	International Statistical Classification of Diseases/Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
İTS	İlaç Takip Sistemi
LSD	Liserjik Asit Dietilamid
MA	Amfetaminler, Metamfetamin
MAOI	Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MDMA	Ecstasy/ Metilendioksimetamfetamin
MMS	Merkezi Sinir Sistemi

MYO	Meslek Yüksekokulu
NASSA	Noradrenalin ve Spesifik Serotonin Antidepresanları
NDRI	Norepinefrin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörü
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OUB	Opioid Kullanım Bozukluğu
SARI	Serotonin Antagonistleri ve Geri Alım İnhibitörleri
SNRI	Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Programı)
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA	Trisiklik Antidepresanlar
THC	Delta-9-Tetrahidrokanabinol
THCV	Tetrahidrokannabivarin
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNODC	Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

## GİRİŞ

Bağımlılık kavramı, geleneksel olarak, bireyin kendisine zararlı olan ve haz veren bir madde veya davranışa bağlı kalması olarak tanımlanmaktadır (DiClemente, 2016). Bağımlılık, uzun yıllar boyunca kişilik bozukluğu olarak anılmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise, beyindeki nörofizyolojik ve nörokimyasal değişimler saptanarak bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğu görüşü kabul edilmektedir (Egger & Rauteerberg, 1996). Hastalıkların psikolojik ve sosyal faktörlerden de etkilenebileceği kabul edilmiş ve bu da daha kapsamlı bir biyopsikososyal modelin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Engel, 1978). Bağımlılığın nedenleri çok yönlü ve karmaşıktır. Bireylerin bağımlılık yapıcı maddelere başlama yaşı ve bağımlılık oluşma riski, çevresel, sosyal ve genetik faktörlerden etkilenmektedir (Goldman, Oroszi, & Ducci, 2005). ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması/ International Statistical Classification of Diseases) sisteminin, son yayınlanan sürümü ICD-11'de bağımlılık biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (ICD-11 Coding Tool Mortality And Morbidity Statistics (MMS) (Who.Int), 2023). Bu çeşitli tanımlamalar ve araştırmalar, bağımlılığın çok yönlü bir durum olduğunu ve biyopsikososyal bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Bağımlılık yapıcı ilaç ve maddelerin sınıflandırılarak çalışılması, maddelerin kullanımı, etkileri ve tedavisi konularında önemli bir rol oynamaktadır. Genellikle yasadışı yollarla edinilen ve merkezi sinir sistemini etkileyen maddeler, uyuşturucular (narkotikler) olarak bilinmektedir. Bu kategoriye esrar, kokain, eroin ve sentetik uyuşturucular gibi maddeler dâhildir. Doktorlar tarafından belirli tıbbi durumları tedavi etmek veya yönetmek için yazılan maddeler, reçeteli ilaçlar olarak piyasada yer almaktadır. Ancak bu ilaçlar, yanlış kullanıldığında veya reçete edilenden farklı şekillerde kullanıldığında bağımlılığa neden olabilmektedir. Ağrı kesiciler, sedatifler, uyku ilaçları gibi ilaçlar bu kategoride yer almaktadır. Yaygın olarak tüketilen bir diğer bağımlılık yapıcı madde ise alkoldür. Alkolün aşırı ve düzenli tüketimi, fiziksel ve psikolojik bağımlılığa neden olabilmektedir. Sigara, puro veya pipo gibi tütün ürünleri ise nikotin denilen bağımlılık yapıcı kimyasal bir madde içermektedir. Nikotin ise, alındığında diğer bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi beyin ödül merkezini uyararak fiziksel ve psikolojik bağımlılığa neden olmaktadır.

Bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımının etkileri oldukça önemli ve derinlemesine incelenmesi gereken bir konudur. Bu tür bağımlılıkların toplumda yarattığı olumsuz sonuçlar, toplum sağlığı ve refahı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Özellikle genç nesiller üzerindeki etkisi, gelecek nesillerin sağlığı ve toplumsal katılım açısından büyük bir endişe

kaynağıdır. Bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımının sosyal etkileri arasında, aile içi ilişkilerin zedelenmesi, sosyal izolasyonun artması ve eğitim ile iş yaşamında başarısızlığın görülmesi gibi sonuçlar öne çıkmaktadır. Bu durum, bireylerin sosyal ilişkilerini ve toplumsal entegrasyonlarını zayıflatır. Ekonomik açıdan, bağımlılık yapıcı maddelerin neden olduğu sağlık sorunlarına yönelik tedavi maliyetleri yüksek olabilir ve sağlık hizmetlerine olan talebi artırabilir. Ayrıca, bağımlılık nedeniyle iş gücü verimliliğinde azalma yaşanabilir, bu da üretkenlik kaybına ve ekonomik kayıplara neden olabilir. Suçla mücadele de ekonomik açıdan bir yük oluşturabilir, çünkü bağımlılıkla ilişkili suçlar toplumun ceza adalet sistemine olan maliyetini artırabilir. Sağlık açısından, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir; zira bu maddelerin kötüye kullanımı zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarına neden olabilir ve hatta ölüme sebep olabilir. Bu nedenle, bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımının sosyal, ekonomik ve sağlık açılarından etkileri, toplum sağlığı ve refahı için önemli bir kaygı yaratmaktadır ve bu alandaki araştırmaların ve müdahalelerin önemi giderek artmaktadır.

Bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımının risk faktörleri ile ilgili yapılan araştırmaların, daha çok belirli bir yaş üstünde ve belirli şartlarda (kapalı alanda tütün kullanımı, belirli saatlerde alkol satışı gibi) kullanımı yasal olan alkol, tütün ve kullanımı yasal olmayan maddeler üzerinde yapıldığı görülmektedir. Günümüzde stres faktörlerinin artması, bireyselleşmenin getirdiği sosyal destek eksikliği, yaşanan depresyon, salgın vb. durumlarla baş edebilmekte hızlı, kolay ve yasal bir çözüm yolu olarak görülen ilaçların kullanımı her geçen gün giderek artmaktadır. Bu tür ilaçların kontrolsüz kullanımı da kullanıcılarda bağımlılık yaratarak hem birey hem de toplum için ciddi bir sorun haline dönüşebilir. Çalışmamızda bağımlılık yapıcı reçeteli ilaç kullanımı ile ilişkili risk faktörlerinin araştırmaya dâhil edilmesinin koruyucu ve önleyici önlemler alınması hususunda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İlaç ve madde kullanımı temelli bağımlılıkların etkileri, sağlık, psikoloji ve sosyal birçok alanda geniş kapsamlı bir şekilde hissedilmektedir. Bununla birlikte, bağımlılık hukuki açıdan da ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Madde alımı ve bağımlılık düzeyi, bireyin öz kontrolünün kaybedilmesine ve yasalara aykırı davranışlar sergilenmesine yol açmaktadır. Ayrıca, uyuşturucu kullanımı, dağıtımı veya satışı gibi yasadışı faaliyetlerin oluşma riskini artırmaktadır. Madde kullanımı etkisinde araç kullanımı, trafik kazalarına ve hatta ölümlere neden olabilmektedir. Bu tür kazalarda, sürücü ciddi cezai yaptırımlarla karşılaşabilmekte ve hukuki sorumluluk altına girmektedir. Bağımlı bireyler, madde temin etmek veya bağımlılıklarını finanse etmek amacıyla hırsızlık, dolandırıcılık gibi suçlara başvurabilmektedir. Kontrol kaybı ve saldırgan davranışlara sebep olan bağımlılıklar, aile içi

şiddet ve istismar suçunda da risk oluşturmaktadır. Hukuki sorunlar ve cezai yaptırımlar gerektiren birçok suçun işlenmesinde etkili olan bağımlılıklar, maalesef kişilerin adli olaylarda mağdur durumda olmasında da risk teşkil etmektedir. Kişinin kontrolünü kaybetmesi ve bilişsel işlevlerdeki bozukluklar bağımlı bireylerin kendini savunma ve koruma alanlarını zayıflatarak tehditlere açık hale gelmesine de neden olabilmektedir. Araştırmamızda bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımının adli olaya karışma ve adli bir olayın mağduru olma ile ilişkisi de araştırılarak, elde edilen sonuçların koruyucu ve önleyici çalışmalara destek sunacağı düşünülmektedir.

Bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımının çok küçük yaşlara kadar indiği bilinmektedir. Ergenlik ve gençlik dönemleri bizim kişiliğimizin geliştiği, yaşam tarzımızın şekillendiği, bireyselleşmeye başladığımız önemli gelişim dönemleridir. Dolayısıyla bu dönemde kullanılan bağımlılık yapıcı ilaç ve maddelerin, sebep ya da sonucu olan riskli durumların bilinmesi çok önemlidir. Günümüzde oldukça ciddi bir problem haline gelen madde ve ilaç bağımlılıklarında diğer tüm problemlerde olduğu gibi çözüme ulaşmanın en kestirme yolu problemin kaynağını bulmaktır. Problemin kaynağını bulurken de bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımına sürükleyen risk faktörleri veya kullanım sonucunda doğan sonuçlar hakkında bilgi sahibi olmamız, bağımlılıkların oluşmadan önlenmesi ya da bağımlılıklarla çalışma konusunda yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımında etkili olabilecek demografik değişkenler, sağlık durumu, sosyal hayat, zorlayıcı yaşantılar, adli süreçlere dâhil olma durumu gibi risk oluşturabilecek faktörler ile ilgili bilgi toplanarak bu durumların birbirleri ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Üniversiteye devam eden öğrenciler ile yapılan anket çalışmamızdan elde edilen bilgiler istatistiki yöntemler ile analiz edilerek veriler sunulmuştur. Gençlerle yapılan bu çok yönlü çalışmadan elde edilen verilerin bağımlılıkların önlenmesi ve bağımlılıkla mücadele konusunda geliştirilecek tedavi, destek ve önleyici stratejilerde ve yapılacak çalışmalarda veri sağlaması ve yol gösterici olması ile literatüre katkı sunması amaçlanmıştır.

## 1. BÖLÜM

### LİTERATÜR VE KAYNAK ARAŞTIRMASI

#### 1.1. Bağımlılık

Bağımlılık kelimesinin Latince kökeni "addictus"tur ve bir şeyin kölesi olmak ve kişi ile nesne arasında bireyin seçimiyle oluşan, devamlı bir bağ anlamına gelir (Öztürk, 2010). Bağımlılık yapıcı maddeler, bireyin bağlanma sürecinde yaşadığı sorunları gidermek için kullandığı bir yöntemdir. Bu nedenle bağımlılık, bağlanma bozukluğu olarak da görülebilir (Sümer, Oruçlular, & Çapar, 2015).

Bağımlılık, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara rağmen bir madde veya davranışa devam etmesi, bırakmak istemesine rağmen bırakamaması ve yoğun istek duyması durumudur (Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu, 2023). Kişinin fiziksel ruhsal ve sosyal olarak kendisine zarar verdiği halde bir veya birden çok nesne, kişi, durum veya varlığa yönelik önüne geçemediği istek bağımlılık olarak tanımlanabilir (Dilbaz, 2013).

#### 1.2. Bağımlılıkta Biyopsikososyal Model

Bağımlılık, uzun yıllar boyunca kişilik bozukluğu olarak anılmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise, beyindeki nörofizyolojik ve nörokimyasal değişimler saptanarak bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğu görüşü kabul edilmektedir (Egger & Rauterberg, 1996).

Son yıllarda, hastalıkların psikolojik ve sosyal faktörlerden de etkilenebileceği kabul edilmiş ve bu da daha kapsamlı bir biyopsikososyal modelin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Engel, 1978).

Bağımlılık konusunda bu modele destek son yıllarda artmaktadır (Skewes & Gonzalez, 2013), bu da bağımlılıkların karmaşık örüntüler içerdiği ve tek bir alan üzerinden açıklanamayacağını düşündürmektedir (Griffiths, 2005).

Bağımlılığın genetik/biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir davranış bozukluğu olduğunu kabul eden biyopsikososyal model, bağımlılık gelişmesinde etkili olabilecek tüm yönleri kapsamanın önemi üzerine yoğunlaşmaktadır (Becoña, 2018).

Bağımlılığın nedenleri çok yönlü ve karmaşıktır. Bireylerin bağımlılık yapıcı maddelere başlama ve bağımlılık oluşma riski, çevresel, sosyal ve genetik faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca, bağımlılık sadece madde kullanımıyla sınırlı olmayıp, cinsel bağımlılıklar, internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı, kumar oynama veya yemek yeme gibi madde dışı davranışlarda da görülmektedir. Bu davranışlar, bağımlılığın nörobiyolojik temelini oluşturan ödül ve dürtüsellik gibi beyin yollarını etkileyebilmektedir (Goldman, Oroszi, & Ducci, 2005).

Sağlık verilerini organize etmek ve hastalıkları standart hale getirmek için Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması International Statistical

Classification of Diseases (ICD) sisteminin, son yayınlanan sürümü ICD-11'de bağımlılık biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (ICD-11 Coding Tool Mortality And Morbidity Statistics (MMS) (Who.Int), 2023).

Amerikan Psikiyatri Birliği, ruhsal bozuklukları tanılamada kişiye özel tedavi planlamasını yapmayı kolaylaştırmak amacıyla kullanılan bir sınıflandırma sistemi olan, bilişsel, davranışsal, duygusal ve biyolojik alanları kapsayan detaylı bir kapsama sahip The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) sistemini kullanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). 2014 yılına kadar kullanımda olan DSM-IV-TR'de madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı iki farklı sınıflandırma olarak ele alınırken, el kitabının son baskısı olan DSM-V-TR'de bu ayırım kaldırılarak Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları başlığı altında birleştirilmiştir (Grant, ve diğerleri, 2016).

Bağımlılık kavramı, geleneksel olarak, bireyin kendisine zararlı olan ve haz veren bir madde veya davranışa bağlı kalması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımda, bireyin bedensel arzusu, yoksunluk semptomları, aynı etkiyi elde etmek için artan madde veya davranış kullanımı gibi farmakolojik unsurlar ön plandadır. Bu tanım, bağımlılığı sadece bir etiket olarak görmekte ve sınırlı müdahalelere yol açmaktadır. Bağımlılığı daha iyi anlamak için, bilim insanları farklı modeller geliştirmişlerdir. Bu modeller, sosyal modeller, genetik modeller, kişilik modelleri, sosyal öğrenme modelleri, koşullanma davranışsal modelleri, bütünlük biyopsikososyal model gibi çeşitli yaklaşımları içermektedir. Sosyal modeller, bağımlılık sürecini, sosyal faktörlerin, sosyal politikaların, aile sisteminin etkisiyle açıklamaya çalışmaktadırlar. Bu modele göre, toplumların yaşadığı önemli olaylar, örneğin savaşlar veya devletin alkol veya madde kullanımını desteklediği politikalar, bağımlılığa neden olabilmektedir. Sosyal modelin bir kısmı da, aile sisteminin bağımlılık üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Aile içindeki iletişim sorunları, ebeveyn tutumları, ailedeki genetik yatkınlık, bireylerin bağımlılık yapıcı madde veya davranışı deneme ve sürdürme olasılığını artırmaktadır (DiClemente, 2016).

### **1.3. Bağımlılık Yapıcı Maddeler**

Bağımlılık yapıcı maddeler (BYM), bir kişinin algısında, bilişsel becerilerinde, duygu durumunda değişiklik yaratan ve bağımlılık veya kötüye kullanım riski taşıyan, vücuda iğne, hap, burundan çekme, solunum vb. değişik yollarla alınabilen kimyasal maddelerdir. Bunlar esrar, eroin, kokain, ecstasy gibi yasadışı maddeler, analjezik, ağrı kesici ve uyku hapları gibi reçete ile verilebilen yasal ilaçlar ile yasal veya kısmen yasal olan tütün, kahve, alkol, uçucular vb. maddeler olabilmektedir (Ceyhun, Oğuztürk, & Ceyhun, 2001).

Bir maddenin amacı dışında ve artan kullanımla beraber oluşan tolerans gelişimi sonucunda, her seferinde artan miktarlarda alınması, bireyin yaşamında problemlere sebep olmasına aldırmaksızın kullanımının devam ettirilmesi ve maddeye ulaşamadığında ya da madde bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin yaşanması ile seyreden durum bir bağımlılık tablosu çizmektedir (Dilbaz, 2013).

**Tablo 1.1.** Bağımlılık yapıcı maddeler, kullanım şekli ve zararları (Ant, 2018)

<b>MADDE</b>	<b>KULLANIM ŞEKLİ</b>	<b>ZARARLARI</b>
<b>Alkol</b>	Ağız yoluyla	Depresyon, kaygı, ciğer hastalıkları ve solunum yetmezliği
<b>Uyaranlar</b>	Enjeksiyon ile veya ağız yoluyla ya da içe çekilerek	Yüksek kan basıncı, psikoz, felç, iştah kaybı, kalp yetmezliği, ateş
<b>Yatıştırıcılar</b>	Ağız yoluyla	Depresyon, uykusuzluk, solunum yetmezliği, psikoz, kaygı, kasılma
<b>Sakinleştiriciler</b>	Ağız yoluyla	Uykusuzluk, depresyon, solunum yetmezliği, kasılma, kaygı
<b>Esrar</b>	Bazı yemeklerin içinde veya sigara şeklinde	Psikoz, kısa süreli hafızada ve akciğerlerde hasar, doğum kusurları
<b>Kokain</b>	Enjeksiyon veya sigara şeklinde, içe çekilerek	kalp krizi, kilo kaybı, solunum yollarında hasar, felç, yüksek kan basıncı, kasılma
<b>Halüsinojenler</b>	Göz damlası içinde veya ağız yoluyla	Uykusuzluk, hayal görme, yüksek kan basıncı, titreme, iştah kaybı, kaygı
<b>Eroin, Morfin</b>	Enjeksiyon veya sigara şeklinde, ağız yoluyla	Solunum yetmezliği, kusma, iştah kaybı, mide bulantısı, kasılma
<b>Melek tozu vb. (Eroin-kokain karışımı)</b>	Enjeksiyon veya içe çekilerek,	Depresyon, felç, kasılma, kalp yetmezliği, yüksek kan basıncı, duyu ve koordinasyon bozukluğu, kaygı, şiddet eğilimi
<b>Sentetik maddeler</b>	Enjeksiyon veya içe çekilerek, ağız yoluyla	Kasılma, mide bulantısı, kusma, iğnelere enfeksiyon kapma, solunum yetmezliği

#### **1.4. Madde Bağımlılığı**

Kişilerin davranışlarını etkileyebilen ve kişiyi alımına muhtaç bırakan maddeler; uyuşturucular, halüsinojenler, yatıştırıcılar ve uyarıcılar olarak dört ana grupta sınıflandırılırlar. Bu maddelerin tıbbi amaçlar haricinde kullanılması, madde bağımlılığı veya madde suistimali olarak adlandırılır ve bu durum devletlerin ve uluslararası kuruluşların gözetimine girer. Bağımlılık yapan maddelerin kontrolü için 1961 yılında Türkiye'nin de katıldığı 73 ülkenin temsilcileri bir toplantı düzenlemişlerdir (Single Convention on Narcotic Drugs). Bu toplantıda bilinen adıyla "Tek Sözleşmesi" imzalanarak, bağımlılık yapan maddeler,

tıbbi kullanımları ve bağımlılık yapma kuvvetlerine göre 5 gruba ayrılmışlardır (Tek Sözleşmesi, 1961).

Bu sözleşme, uyuşturucu maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlarla sınırlanması ve uluslararası iş birliği ve denetim yoluyla uyuşturucu maddelerin kötüye kullanımının önlenmesi ve mücadele edilmesi amacını taşımaktadır. Sözleşme, uyuşturucu maddeleri beş farklı liste halinde sınıflandırmakta ve her bir liste için farklı kontrol önlemleri öngörmektedir. Sözleşme, ayrıca, uyuşturucu maddelerin üretimi, ticareti, dağıtımı, ithalatı, ihracatı, el koyma ve imha edilmesi gibi konularda devletlere yükümlülükler getirmekte ve uyuşturucu bağımlılığı tedavisi ve rehabilitasyonu için tavsiyelerde bulunmaktadır. Sözleşme, uyuşturucu maddelerin uluslararası kontrolü için iki organ kurmuştur: Ekonomik ve Sosyal Konsey'e bağlı Uyuşturucu Maddeler Komisyonu ve Uluslararası Uyuşturucu Maddeler Denetim Kurulu. Sözleşme, ayrıca, sözleşmenin kapsamını, yürürlüğe girmesini, uygulanmasını, değiştirilmesini, feshedilmesini ve anlaşmazlıkların çözümünü düzenleyen hükümler içermektedir. Sözleşmenin sonunda, uyuşturucu maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlarla kullanılmasını sınırlamak ve kontrol etmek için farklı önlemler öngördüğü gruplandırmaların listeleri yer almaktadır (Tek Sözleşmesi, 1961).

**Tablo 1.2.** TEK Sözleşmesine göre bağımlılık yapan maddelerin listesi ve örnek maddeler (*Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek Sözleşmesine Katılmamızın Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun (Resmi Gazete Sayı: 12496), 1967*).

Liste	Tanım	Örnekler
Liste I	Tıbbi ve bilimsel amaçlarla kullanılmayan veya çok az kullanılan, çok tehlikeli ve bağımlılık yaratan uyuşturucu maddeleri içerir. Bu maddelerin üretimi, ticareti, ithalatı, ihracatı, dağıtımı ve el koyması en sıkı şekilde kontrol edilir ve izne tabidir.	Kokain, eroin, LSD, MDMA, morfin, opiyum, fentanil
Liste II	Tıbbi ve bilimsel amaçlarla kullanılan, ancak tehlikeli ve bağımlılık yaratan uyuşturucu maddeleri içerir. Bu maddelerin üretimi, ticareti, ithalatı, ihracatı, dağıtımı ve el koyması Liste I'deki maddelerden daha az sıkı şekilde kontrol edilir ve izne tabidir.	Amfetamin, metadon, metilfenidat, kodein, oksikodon, tramadol
Liste III	Liste II'deki maddelerin hazırlanmış şekillerini (tablet, kapsül, şurup, enjeksiyon, vb.) içerir. Bu maddelerin üretimi, ticareti, ithalatı, ihracatı, dağıtımı ve el koyması Liste II'deki maddelerden daha az sıkı şekilde kontrol edilir ve izne tabidir.	Amfetamin tabletleri, metadon şurubu, metilfenidat kapsülleri, kodein tabletleri, oksikodon tabletleri, tramadol enjeksiyonu

Liste IV	Liste I'deki maddelerden, tıbbi ve bilimsel amaçlarla kullanılmaları özellikle gerekli görülmeyen veya bu amaçlarla kullanılmaları yasaklanan veya kısıtlanan maddeleri içerir. Bu maddelerin üretimi, ticareti, ithalatı, ihracatı, dağıtımı ve el koyması Liste I'deki maddelerden daha sıkı şekilde kontrol edilir ve izne tabidir.	Eroin, LSD, MDMA
Liste V	Tıbbi ve bilimsel amaçlarla kullanılan, ancak tehlikeli ve bağımlılık yaratma potansiyeli düşük olan uyuşturucu maddeleri içerir. Bu maddelerin üretimi, ticareti, ithalatı, ihracatı, dağıtımı ve el koyması Liste II'deki maddelerden daha az sıkı şekilde kontrol edilir ve izne tabidir.	Fenobarbital, diazepam, kloral hidrat, propiram

### 1.5. Madde Bağımlılığı Türleri

Bağımlılıklar kullanılan maddenin çeşidine göre kategorilendirilerek incelenmektedir. Bağımlılık türleri bağımlılığa neden olan madde veya davranışın özelliklerine göre sınıflandırılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü madde bağımlılığını;

- ❖ Opiyat (Morfin) Bağımlılığı
- ❖ Alkol Bağımlılığı
- ❖ Tütün Bağımlılığı
- ❖ Esrar Bağımlılığı
- ❖ Barbitürat Bağımlılığı
- ❖ Kokain Bağımlılığı
- ❖ Halusinojen Bağımlılığı
- ❖ Amfetamin Bağımlılığı
- ❖ Solunan Çözücü Türü Bağımlılığı, olarak gruplandırmaktadır (Bağımlılık Türleri, 2023).

DSM V'de ise 10 ayrı kategoride bağımlılıklar sınıflandırılmaktadır;

- ✓ Tütün
- ✓ Alkol

- ✓ Kenevir (esrar)
- ✓ Kafein
- ✓ Uçucular (bali, benzin, tiner, gazolin, vb.)
- ✓ Halüsinojenler (LSD, fensiklidin, meskalin vb.)
- ✓ Opiyatlar (kodein, morfin, metadon, eroin vb.)
- ✓ Uyarıcılar (amfetaminler, kokain, ekstazi vb.)
- ✓ Sakinleştirici, uyku getirici ve kaygı azaltıcılar(klorazepat, diazepam vb.)
- ✓ Diğer bilinmeyen maddeler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

CSA (Clinical Services Advisory) tarafından yapılan bağımlılık sınıflaması, madde bağımlılığı olan kişilerin tedavi ihtiyaçlarını belirlemek için kullanılan bir yöntemdir. CSA sınıflaması, madde bağımlılığı olan kişileri, kullanılan maddenin türüne, bağımlılığın şiddetine, fiziksel ve psikolojik sağlık durumuna, sosyal ve yasal sorunlara, motivasyon ve hazır olma düzeyine göre farklı kategorilere ayırmaktadır. CSA sınıflaması, aşağıdaki gibi beş ana listeden oluşmaktadır;

- Liste-1: Bu listedeki maddeler, Türkiye'de yasal olmayan ve en yüksek bağımlılık riski taşıyan maddelerdir. Bu maddelerin tıbbi kullanımları bulunmamaktadır. Fakat yasal olmayan yollarla üretilmekte ve tüketilmektedir. Bu listede yer alan bazı maddeler şunlardır: LSD, Eroin, Esrar.
- Liste-2: Bu listedeki maddeler, Türkiye'de yasal olan ancak çok sıkı kontrol edilen maddelerdir. Bu maddelerin bağımlılık riski yüksektir. Bu maddelerin tıbbi kullanımları vardır. Ancak kötüye kullanılmaması için reçete ile verilmektedir. Bu listede yer alan bazı maddeler şunlardır: Metamfetamin, Morfin, Kokain.
- Liste-3: Bu listedeki maddeler, Liste 1 ve Liste 2' dekilere göre bağımlılık riski daha düşük olan maddelerdir. Bu maddelerin tıbbi kullanımları vardır. Ancak reçete ile verilmektedir. Bu listede yer alan bazı ilaçlar şunlardır: Kodein, Doping hapları, bazı barbitüratlar ve Hidrokodon.
- Liste-4: Bu listedeki maddeler, Liste 3'tekilere göre bağımlılık riski daha düşük olan maddelerdir. Bu maddelerin tıbbi kullanımları vardır. Ancak reçete ile verilmektedir. Bu maddelerin uzun süreli kullanımı fiziksel ve psikolojik bağımlılığa yol açmaz. Bu listede yer alan bazı ilaçlar şunlardır: Darvon (Propoksifen aktif maddesi), Valium (Diazepam aktif maddesi).
- Liste-5: Bu listedeki maddeler, bağımlılık riski çok düşük olan maddelerdir. Bu maddelerin tıbbi kullanımları vardır. Ancak reçete ile verilmektedir. Bu maddeler,

öksürük kesmek amacıyla üretilen ilaçlarda kullanılır ve az miktarlarda kodein içerirler (Söylemezoğlu, 2008).

Uyuşturucu Maddelerin tanımlarında net çizgiler konulamadığı gibi türlerini de belli başlı sınıflar içerisine almak kolay değildir. Her ne kadar doğal olan uyuşturucu maddeler saptanabilmesi açısından olanaklı olsa da, sentetik olan uyuşturucu maddelerin türleri sürekli olarak değişmekte ve yeni formlarla artış göstermektedir. Uyuşturucu madde türlerini sınıflandırmak hangi açıdan ele aldığınıza göre çok fazla değişkenlik gösterebilmektedir. Bununla birlikte merkezi sinir sistemini uyarması, doğal veya yapay olması, fizyolojik etkileri bakımından veya kullanılan madde türü açısından kategorize etmek mümkündür (Ateş & Banazılı, 2020).

**Tablo 1.3.** Uyuşturucu Maddelerin Sınıflandırması (Ateş & Banazılı, 2020).

Merkezi Sinir Sistemine Yaptığı Etki Açısından	Sinir Etki	Kullanılan Madde Türü Açısından	Doğal veya Yapay Olması Açısından	Fizyolojik Etkileri Açısından
Morfin, Eroin		Afyon Türevleri, Morfin, Morfin Baz	Haşhaş, Morfin	Kahve, Tütün, Kola, Khat
Alkol, Barbütürat		Eroin Kodein Meperidine	Kodein, Koka	Betel, Campre, Amfetaminler, Bromide
Sedatif, Trankilizan		Alkol, Kokain Esrar	Kokain, Esrar	Sulfanol, Paraldehyde, Verenol, Ether
Kokain, Amfetamin		Anfetamin, İnhalantlar, Fensiklidin	Marihuana, Hidromorfin	Chloralhydrate, Choloroform, Alkol, Mescaline, Morfin
LSD, Meskaline		Nikotin Anksiyolitikler	Oksimorfin, Eroin	Eroin, Kokain
Ekgonin, Esrar		Halisünojenler	Metadon, Tramadol Meperidin	Afyon, Esrar

### 1.6. Bağımlılık Tanı Kriterleri

Bağımlılık tanı kriterleri, bağımlılık bozukluğu olan kişileri tanımlamak ve tedavi etmek için kullanılan standart kriterlerdir. Bağımlılık tanı kriterleri, farklı kurumlar ve ülkeler tarafından geliştirilen ve güncellenen çeşitli sınıflandırma sistemlerinde yer alır. Bu sistemlerden en yaygın olarak kullanılanları ICD (Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması) ve DSM (Tanı ve İstatistik El Kitabı) sistemleridir.

ICD-11 ve DSM-5' de bağımlılık tanı kriterleri, bazı benzerlik ve farklılıklar gösterir. Benzerlikler, bağımlılığın temel özelliklerini yansıtan güçlü istek, kontrol kaybı, tolerans, yoksunluk, sorunlara rağmen devam etme ve diğer aktivitelerden uzaklaşma gibi kriterlerde görülür. Farklılıklar ise bağımlılığın tanımı, kapsamı, sıklığı ve şiddeti ile ilgili kriterlerde ortaya çıkar. Örneğin, ICD-11, davranışsal bağımlılıkları daha geniş bir şekilde tanımlarken, DSM-5 sadece kumar bağımlılığını kabul eder. ICD-11, bağımlılık tanısı için altı kriterden en az üçünün bir yıl içinde karşılanmasını isterken, DSM-5, bağımlılık tanısı için on bir kriterden en az iki veya daha fazlasının bir yıl içinde karşılanmasını ister. ICD-11, bağımlılığın şiddetini belirtmezken, DSM-5, bağımlılığın hafif, orta veya şiddetli olduğunu kriter sayısına göre belirler.

Bağımlılık tanı kriterleri, bağımlılık bozukluğu olan kişilerin tanınması, anlaşılması ve tedavi edilmesi için önemli araçlardır. Farklı sınıflandırma sistemleri, bağımlılığın farklı yönlerini vurgulayarak bağımlılık konusunda bilimsel bir tartışma ve gelişme sağlamaktadır.

### **1.7. ICD (Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması)**

ICD, dünyanın farklı bölgelerindeki sağlık çalışanları, araştırmacılar, politika yapıcılar ve hastalar tarafından ortak bir dil olarak kabul edilen standart bir sınıflandırmadır, sağlık durumlarını, hastalıkları, yaralanmaları, ölüm nedenlerini ve sağlık hizmetlerini kodlamak için kullanılır (World Health Organization, 2023).

ICD'nin son sürümü olan ICD-11, 2022 yılından itibaren kullanılmaktadır. ICD-11, bağımlılık bozukluklarını "madde kullanım ve bağımlılık bozuklukları" ile "davranışsal bağımlılıklar" olarak iki ana gruba ayırmıştır. Madde kullanım ve bağımlılık bozuklukları; alkol, tütün, opioid, kokain, uyarıcı, sedatif, halüsinojen, kenevir, çözücü ve diğer maddelerin kullanımı ile ilgili bozuklukları içerir. Davranışsal bağımlılıklar ise kumar, oyun, seks, alışveriş, internet, egzersiz ve yeme gibi davranışlarla ilgili bozuklukları kapsar (WHO, 2023).

ICD-11, bağımlılık tanısı koymak için aşağıdaki kriterleri kullanır:

- ❖ Kişi, madde veya davranış ile ilgili güçlü bir istek veya dürtü duyar.
- ❖ Kişi, madde veya davranış ile ilgili kontrolü kaybeder veya sınırlar.
- ❖ Kişi, madde veya davranış ile ilgili tolerans geliştirir, yani aynı etkinin oluşması için daha çok madde veya davranışa ihtiyaç duyar.
- ❖ Kişi, madde veya davranış ile ilgili yoksunluk belirtileri yaşar, yani madde veya davranışı bıraktığında veya azalttığında fiziksel veya psikolojik rahatsızlık hisseder.
- ❖ Kişi, madde veya davranış ile ilgili sorunlara rağmen devam eder, yani madde veya davranışın kişinin sağlığına, sosyal hayatına, işine veya eğitimine zarar vermesine aldırmaz.

- ❖ Kişi, madde veya davranış ile ilgili diğer aktivitelerden uzaklaşır, yani madde veya davranışın kişinin ilgi alanlarını, hobilerini, arkadaşlarını veya ailesini ihmal etmesine neden olur (WHO, 2023).

### **1.8. DSM V (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)**

DSM-5, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 2013 yılında yayınlanan ve halen geçerli olan ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabının son sürümüdür. Bağımlılık tanı kriterleri, madde kullanımından kaynaklanan bozukluklar için belirlenmiş bir dizi ölçüt olan DSM 5'te, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı altında sıralanmıştır.

DSM 5' de madde kullanım bozuklukları, aşağıdaki ölçütlerden en az iki tanesinin son 12 ay içinde yaşanması ile tanımlanır:

- ✓ Çoğu zaman, planlandığından daha fazla miktarda ya da daha uzun süreli olarak madde kullanılır.
- ✓ Madde kullanımını tamamen bırakmak veya kontrol altına almak için devamlı bir istek ya da sonuç alınamayan çabalar vardır.
- ✓ Madde temin etmek, madde kullanmak ya da maddenin yarattığı etkilerden kurtulmak için çok fazla zaman harcanır.
- ✓ Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki ya da eğitsel sorumlulukların yerine getirilmesinde başarısızlık ya da önemli bozulma yaşanır.
- ✓ Madde kullanımının fiziksel ya da psikolojik sorunlara yol açtığı ya da kötüleştirdiğinin farkında olmasına rağmen madde kullanımı devam eder.
- ✓ Madde kullanımı nedeniyle önemli etkinliklerden ya da sosyal ya da mesleki rollerden vazgeçilir ya da azaltılır.
- ✓ Madde kullanmak için çok güçlü bir arzu ya da dürtü vardır.
- ✓ Madde kullanımı nedeniyle tehlikeli durumlarda bulunulur.
- ✓ Madde kullanımı nedeniyle tolerans gelişir. Yani, aynı etkiyi elde etmek için daha fazla madde alınması gerekir ya da aynı miktarda madde alındığında etki azalır.
- ✓ Madde kullanımının kesilmesi ya da azaltılması ile yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Yoksunluk belirtileri, maddeye özgü fiziksel ya da psikolojik semptomlardan ya da aynı maddeyi ya da benzer bir maddeyi yoksunluk belirtilerini gidermek için alınmasından oluşur.

Madde kullanım bozukluklarının şiddetinin belirlenmesinde, son 12 ay içinde yukarıdaki kıstaslardan kaç tanesinin yaşandığı dikkate alınmaktadır. Buna göre, 2-3 kıstasın yaşanmış olması hafif, 4-5 kıstasın yaşanmış olması orta, 6 ya da daha fazla kıstasın yaşanmış olması ise ağır madde kullanım bozukluğu olarak değerlendirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

## **1.9. Uyuşturucu Maddelere İlişkin Rapor**

### **1.9.1. 2023 Dünya uyuşturucu raporu**

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2023 yılında yayınladığı Dünya Uyuşturucu Raporu, uyuşturucu kullanımı, kaçakçılığı, tedavisi ve politikaları ile ilgili küresel eğilimleri ve sorunları analiz etmektedir. Rapor, uyuşturucu piyasalarının nasıl değiştiğini, uyuşturucu kullanım bozukluğunun sağlık ve sosyal alanlardaki sonuçlarını, uyuşturucu ile ilgili suçların boyutunu ve uyuşturucu kontrolünün Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyumunu göstermektedir. Ayrıca raporda, ülkelerin uyuşturucu sorununa karşı etkili ve insan haklarına dayalı bir yaklaşım benimsemeleri için bilimsel kanıtlara dayalı öneriler de sunulmaktadır.

Açıklanan rapora göre;

- Uyuşturucu madde kullanımı son 10 yılda yüzde 23 artmıştır ve 2021 yılında dünya çapında 15-64 yaş arasındaki her 17 kişiden biri uyuşturucu kullanmaktadır.
- Son 10 yılda uyuşturucu kullanımına bağlı olarak sağlık sorunları yaşayanların oranı, yüzde 45 artarak 39,5 milyona yükselmiştir.
- Uyuşturucu kullanımı sonucunda hayatını kaybedenlerin sayısının 2009-2019 döneminde yüzde 17,5 arttığı, uyuşturucu kullanan kişilerin genel nüfusa oranla 35 kat daha fazla HIV kapma riskinin olduğu ifade edilmiştir.
- Küresel çapta en fazla kullanılan uyuşturucu maddenin esrar olduğu ve 2021'de 219 milyon kişinin esrar kullandığı, diğer yaygın uyuşturucular arasında opioid, amfetamin, kokain ve ekstazinin yer aldığı belirtilmiştir (BM'nin Küresel Uyuşturucu Raporu Korkutucu, 2023).

### **1.9.2. 2023 Türkiye uyuşturucu raporu**

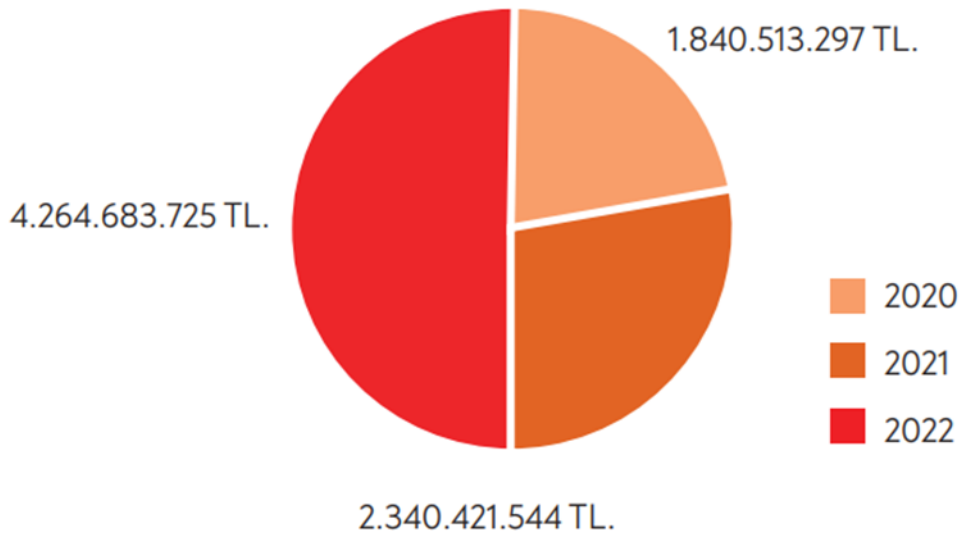
Türkiye'deki uyuşturucu durumunun resmi bir analizi olan Türkiye uyuşturucu raporu, her yıl Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı tarafından yayınlanmaktadır. Bu raporda, uyuşturucu arzı, talebi, tedavisi, önlenmesi ve politikaları ile ilgili veriler ve değerlendirmeler bulunmaktadır. Rapor, Avrupa'daki uyuşturucu eğilimleri ve tehditleri hakkında geniş bir bakış

sağlayan Avrupa Uyuşturucu ve Bağımlılık Gözlem Merkezi (EMCDDA) tarafından çıkarılan Avrupa Uyuşturucu Raporu ile uyumlu olarak yayınlanmaktadır.

Yayınlanan 2023 yılı Türkiye uyuşturucu raporuna göre;

- ❖ Captagon ve metamfetamin yakalamalarında büyük bir artış yaşanmıştır. Captagon yakalamaları son iki yılda %732, metamfetamin yakalamaları ise bir yılda %193 artmıştır.
- ❖ 2022 yılında Türkiye’de gerçekleşen 17.503 olayda 7.972 kg (bir önceki yıla göre %64 düşüş) eroin ele geçirilmiştir, ele geçirilen bu eroin miktarı son beş yılın en düşük değeridir.
- ❖ 2022 yılında ele geçirilen kokain miktarında bir önceki yıla göre %19,1 düşüş gerçekleşmiştir.
- ❖ 2022 yılında ele geçirilen ecstasy miktarında bir önceki yıla göre %33,7 oranında bir düşüş gerçekleşmiştir.
- ❖ Yakalanan esrar miktarı 2021’de 64 ton 125 kilogram iken 2022’de 17 ton 967 kilograma düşmüştür.
- ❖ 2022 Yılında madde türlerine göre tedavi merkezlerinde tedavi gören hasta sayısı 302.911 ayakta tedavi ve 18.187 yatarak tedavi başvurusu olmak üzere toplam 321.098’ dir ve tedavi görenlerin %92,3’ ünü erkek %7,7’ sini kadın hastalar oluşturmaktadır.
- ❖ Tedavi gören kişilerin tedavi oldukları madde türlerine göre dağılımında; ilk sırada %37,8 ile metamfetamin, ikinci sırada %37,4 ile eroin, ardında esrar ve opiyatlar %7 ile en sık tedavi için başvurulan maddeler olmaktadır.
- ❖ 2022 yılında 246 doğrudan madde bağlantılı ölüm meydana gelmiştir. Ölümünün cinsiyete göre dağılımında %89’unun (219) erkek, %11’inin (27) kadın olduğu, yıllara göre oransal olarak bakıldığında kadın ölüm oranlarında artış olduğu görülmektedir.
- ❖ Madde bağlantılı ölümler incelendiğinde; 2020 yılında meydana gelen 314 ölümün 181’i (%57,6) çoklu (karışık) madde kullanımına bağlı iken, 2021 yılında meydana gelen 270 ölümün 155’i (%57,4), 2022 yılında ise 246 ölümün 153’ü (%62,2) çoklu madde kullanımından kaynaklanmıştır.
- ❖ 2022 yılı uyuşturucu ile mücadele alanında yapılan kamu harcamaları, 2021 yılına oranla yaklaşık %82,2 artışla 4 milyar 264 milyon 683 bin 725 Türk lirası olarak gerçekleşmiştir, bir önceki yılda ise bütçe %27,16 oranında artmıştır (Türkiye Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler, 2023).

**Grafik 1.1.** Uyuşturucu ile Mücadele Alanında Yapılan Kamu Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı.



- ✓ 2021 yılında güvenlik güçleri tarafından 215.771, 2022 yılında %14,1 artışla 246.237 uyuşturucu ile ilgili olaya müdahale edilmiştir. Bu operasyonlarda bir önceki seneye göre %6,5 oranında artış yaşanarak 313.786 şüpheli yakalanmıştır.
- ✓ Bir önceki yıla göre sentetik ecza olay sayılarında (%54,75) ve şüpheli sayılarında (%54,82) artış görülmektedir. Sentetik ecza olaylarının genel olaylara oranı %8,98 (2021’de 7,93) yakalanan şüphelilerin genelde yakalananlara oranı ise %11,19 (2021’de 9,21) olmuştur.
- ✓ Sentetik ecza ile ilgili olay sayısı bir önceki seneye göre %54,75 artış göstermiş, bu durum genel olay sayısına da yansiyarak bir önceki seneye kıyasla artarak %8,98 oranına yükselmiştir.
- ❖ 2022 yılında 246 madde bağlantılı ölüm olayının %56,9’unda (140) metamfetamine, %27,2’sinde (67) eroine, %18,7’sinde (46) ise ecstasye rastlanmıştır (Türkiye Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler, 2023).

**Tablo 1.4.** 2022 Yılında Madde Türlerine Göre Tedavi Merkezlerinde Tedavi Gören Hasta Sayıları (Türkiye Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler, 2023).

ICD Kodları	Ayaktan Sayısı (ICD F10-F19 Arası)	Başvuru Yatan Hasta Sayısı (ICD F10-F19 Arası)
<b>F11 (Opioid Tipi Bağımlılık)</b>	113,991	7,042
<b>F19 (Birden Fazla İlacın Ve Diğer Psikoaktif Maddelerin Bağımlılığı )</b>	121,154	8,851
<b>F12 (Kannabinoid Tipi Bağımlılık)</b>	53,504	818
<b>F15 (Kafein Ve Diğer Stimulanların Bağımlılığı)</b>	7,897	725
<b>F14 ( Kokain Bağımlılığı)</b>	1,852	275
<b>F16 (Halisünojenlere Bağımlılık)</b>	1,725	232
<b>F18 ( İnhalant -Uçucu ve Çözücü- Tipi Bağımlılık)</b>	1,084	111
<b>F13 (Sedatif Ve Hipnotik Madde Bağımlılığı)</b>	1,074	133
<b>Toplam</b>	<b>302,911</b>	<b>18,187</b>

## **1.10. Bağımlılık Yapıcı İlaçlar**

Alkol, nikotin, benzodiazepinler, barbitüratlar ve tetrahidrokanabinoller, doktorlar tarafından reçete edilen veya tavsiye edilen doz ve sıklığın dışında, kişinin kendi isteğiyle sürekli olarak alınan ve kötüye kullanılabilen ilaçlardır. Dünyada en çok tüketilen ve bağımlılık yapan bu ilaçların, bazı insanların sağlıklarına zarar verecek kadar çok ve uzun süre kullanmalarına neden olan faktörler çok fazla çeşitlilik göstermektedir (Sellers, 2008).

Bağımlılık yapıcı ilaç ve maddeler, genellikle beyindeki ödül sistemini etkileyen maddelerin kullanımını ifade eder. Bu tür maddelerin kullanımı hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarına neden olabilir. Bu maddeler, alındığında beyindeki dopamin seviyelerini artırarak kısa süreli bir mutluluk hissi ve rahatlama sağlarlar. Ancak, uzun süreli kullanımı, beyindeki dopamin seviyelerinin azalmasına ve bağımlılık riskinin artmasına yol açabilir (Olukçu & Özkınalı, 2023).

### **1.10.1. İlaç dozu ve etkisi arasındaki tolerans ilişkisi**

İlaç dozu, ilacın alınan miktarını ifade eder. İlaç etkisi, ilacın vücutta yaptığı değişikliği ifade eder. İlaç dozu ile etki arasındaki ilişki, ilacın vücuda girdikten sonra nasıl dağıldığı, nasıl metabolize edildiği, nasıl atıldığı ve nasıl hedef organ veya dokuya ulaştığı gibi faktörlere bağlıdır. Bu faktörler, her bireyde farklılık gösterebilir. Bu nedenle, aynı ilaç dozunu alan farklı bireylerde farklı ilaç etkileri görülebilir. Bu duruma bireysel değişkenlikle açıklanmaktadır (Sellers, 2008).

Bağımlılık yapan ilaçlar, vücutta alışkanlık oluşturan ve ilacın kesilmesi durumunda yoksunluk belirtileri gösteren ilaçlardır. Bu ilaçların dozu ile etkisi arasındaki ilişki, sadece ilaç konsantrasyonuna değil, aynı zamanda ilacın etki gösterdiği bölgeye ne kadar süreyle bağlandığına da bağlıdır. Bu süre, ilacın etki mekanizması, ilaç reseptörü sayısı ve duyarlılığı, ilaç reseptörü ile ilaç arasındaki bağlanma kuvveti gibi faktörlere bağlıdır. Bu faktörler, ilacın sürekli kullanımı sonucu değişebilmektedir (Sellers, 2008).

### **1.10.2. İlaç kötüye kullanımı/ reçeteli ilaçların kötüye kullanımı**

Bağımlılık yapıcı reçeteli ilaçların kötüye kullanımı, artan ölüm oranları, yaşam kalitesinde azalma, bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olarak küresel bir sorun haline gelmektedir. Bağımlılık yapıcı reçeteli ilaçlar, ağrı, uyku bozukluğu, panik, stres, kaygı ve dikkat eksikliği bozukluğu gibi çeşitli sağlık sorunlarının tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçların kötüye kullanımı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde büyük bir sorun teşkil etmekte ve iş gücü kaybı, düşük verimlilik, yaşam kalitesi ve beklentisinde azalması, riskli davranışlar, aile içi şiddet ve suçluluk gibi problemlere yol açabilmektedir. İnsanlar, farklı sebeplerle reçeteli ilaçları kötüye kullanabilir ve bağımlılık geliştirebilirler. Örneğin, yetersiz

bilgilendirme, insanların reçeteli ilaçların sokak ilaçlarına kıyasla daha güvenli ve bağımlılık yapma potansiyeli daha düşük olduğunu düşünmelerine neden olabilir. Ayrıca hastalar, doktorlarının belirlediği dozun üzerine çıkabilir veya daha önceki reçetelerden kalan ilaçları kullanmaya başlayabilirler. Bunun yanı sıra, ilaçlarını başkalarıyla paylaşabilir veya satışa sunabilirler (Zykova, Mannberg, & Myrland, 2022)

Tıbbi olmayan reçeteli ilaç kötüye kullanımı, reçeteli ilaçların genellikle kişi tarafından reçeteyi yazan hekimin amaçladığından daha sık, daha büyük miktarlarda ve reçeteyi yazan hekimin amaçları dışındaki nedenlerle tıbbi olmayan şekilde kullanılması olarak tanımlanmaktadır (El-Aneed, ve diğerleri, 2009). Tıbbi olmayan ilaç kullanımı, özellikle son yıllarda giderek artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmekte, ilaçların kötüye kullanılması sağlık açısından çok tehlikeli sonuçlara yol açabilmektedir. Tıbbi olmayan reçeteli ilaçlara bağlı aşırı dozdan kaynaklanan ölümlerin 1997-2007 yılları arasında dört kat arttığı ve bu sayının da eroin ve kokaine bağlı aşırı dozdan kaynaklanan ölümlerin sayısı toplamından fazla olduğu görülmektedir (Keyes, Cerda, Brady, Havens, & Galea, 2014).

### **1.10.3. Akılcı olmayan ilaç kullanımı**

Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, tüm dünyada ilaç kötüye kullanımı, ölümcül olabilecek sağlık sorunlarına yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. Sağlık politikaları ve doğrudan tedbirlerin yanında, Akıllı İlaç Kullanımı (AİK) gibi dolaylı tedbirler de sağlık sorunlarını önlemek için uygulanmaktadır. AİK, 1977 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Temel İlaç Listesi'nin oluşturulması ile başlamış, 1985 yılında Nairobi'deki konferansta ise "hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçların, bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda, yeterli bir süre için, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle verilmesi" şeklinde tanımlanmıştır (World Health Organization, 1987).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, akılcı kullanım kriterlerine uymayan ilaç kullanımını belirtmektedir. Hastalara ihtiyacından çok ilaç reçete edilmesi, uygun olmayan antibiyotik, ağrı kesici, antidepresan ve benzeri ilaçların kullanımı, ağız yoluyla alımın daha uygun olmasına rağmen enjeksiyonunun tercih edilmesi, klinik kılavuzlarına uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, belirlenen tedaviye hastalar tarafından gerekli özenin gösterilmemesi, hastaların kendilerini sıklıkla reçete ile satılan ilaçlarla uygunsuz tedavi etme çabaları ile bir hasta için gereğinden fazla sayıda ilacın kullanılması (polifarmasi) genellikle akılcı olmayan ilaç kullanımının sık karşılaşılan örneklerini oluşturmaktadır (Le Grand, Hogerzeil, & Haaijer-Ruskamp, 1999).

Amacına uygun olmadan ve özensizce kullanılan ilaçlar kişinin tedavisi ve iyilik halinin korunmasından ziyade farklı sorunlara neden olabilmektedir. İlaçların istenmedik etkilerinde artış, kullanılan ilaçların gerekli tedaviye fayda sağlamaması, uygun olmayan antibiyotik kullanımından kaynaklanan direnç oluşumu, ilaçların enjeksiyon biçiminde gereğinden fazla ve hijyenik olmayan biçimde kullanımından kaynaklanan komplikasyonlar ve kan yoluyla

bulaşabilecek hastalıkların oluşması riski, fazla dozda ilaç kullanımının ortaya çıkardığı uygun olmayan hasta talepleri, piyasada ilaç bulunmaması ve ilaca erişimin zorlaşması, hastaların sağlık sistemine olan güvenlerinin yıkılması, kullanılan ilaçların bağımlılık geliştirme tehlikesi ve yine piyasada bulunmamasından kaynaklı ilaç maliyetlerinde ciddi artışlar gibi çok farklı sorunlara sebep olabilmektedir (World Health Organization, 2005).

Ülkemizde ilaçların üretimden tüketime kadar olan süreçte izlenmesini sağlayan bir elektronik sistem olan İlaç Takip Sistemi (İTS), ilaç kaçakçılığı ve sahte ilaçların önüne geçmek, ilaçların kalitesini yükseltmek, ilaç güvenilirliği, ilaç geri çekme uygulamalarını hızlandırmak ile hastaların ilaca rahat erişimini sağlamak gibi amaçlarla oluşturulmuştur. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından hazırlıklarına 2008 yılında başlanan sistem 2012 yılında tamamlanarak, ilaç izlenebilirliğini başarıyla gerçekleştiren ilk ülke olmuştur. Sağlık altyapısına bağlı olarak işleyen ve her ilaca özel karekod uygulaması ile çalışan bu sistem, ilaç suistimalinin tespiti, yanlış ilaç kullanımı, geri toplama işlemleri gibi birçok durumun çözümünde işlevsel olmaktadır. İlaçta yapılan sahteciliğin ülkeye hem maddi boyutta hem de toplum sağlığı açısından verdiği zararı ortadan kaldırılması, piyasaya dağıtılan ilaçta olası bir sorun olması durumunda geri çekme basamağının daha kolay ve hızlı bir şekilde yapılmasının önünü açması ve karaborsacılık faaliyetlerini durdurması açısından sistem büyük önem arz etmektedir (İlaç Takip Sistemi, 2017).

### **1.11. Ağrı Kesiciler**

Analjezikler, ağrıyı azaltmak için kullanılan ilaçlardır. Ağrının nedeni, şiddeti, süresi ve kişinin ağrıya tepkisi analjeziklerin etkisini belirler. Analjezikler, ağrı sinyallerini merkezi veya periferik olarak baskılayan opioid ve non-opioidler olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Analjeziklerin kullanımı, bağımlılık, solunum problemleri, bulantı, kabızlık, kaşıntı, mide ülseri, kanama bozuklukları, karaciğer hasarı ve alerjik reaksiyonlar gibi yan etkilere neden olabilir. Analjeziklerin seçimi, ağrının tipine, şiddetine ve kişinin özelliklerine göre yapılmalıdır. WHO ağrı basamaklarına göre, hafif ağrı için non-opioid, orta ağrı için zayıf opioid, şiddetli ağrı için güçlü opioid analjezikler önermektedir (Fitzgerald, 2009).

Opioid analjeziklerin dozunun artmasıyla opioid bağımlılığı, aşırı doz ve ölüm gibi ciddi risklerin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Hastanın ağrı düzeyi, opioid toleransı, opioid çeşidi, eş zamanlı ilaç alımı, hastanın yaşam kalitesi ve opioid reçetesi yazan hekimin uygulamaları gibi opioid dozunu etkileyen çeşitli faktörler üzerine yapılan çalışmada; opioid dozunun kişiye özgü ayarlanması, hastanın bilgilendirilmesi, risk değerlendirmesi, tedavi planı, ilaç izleme programları ve nalokson kullanımı gibi stratejilerin önemi vurgulanmaktadır.

Opioid dozunun belirlenmesinde rol oynayan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin daha fazla incelenmesi, opioid dozunun izlenmesi ve yönetimi için yeni yöntemlerin geliştirilmesi ile opioid dozunun farklı popülasyonlarda etkilerinin karşılaştırılması gibi konular riskleri azaltmak için önemlidir. Opioid analjezik dozu yükseldikçe kötüye kullanma, aşırı doz ve ölüm

riskinin de yükseldiği yapılan çalışmalarda görülmektedir. Ancak, bu çalışmaların, güvenli kullanım için belirlenmiş bir doz sınırı olduğunu veya belirli bir doz eşliğinin altındaki herhangi bir dozun güvenli olduğunu göstermediği eklenmektedir. Dolayısıyla mevcut veriler, tüm opioid analjezik dozlarının bir derece risk taşıdığını ve bu riskin geniş bir doz aralığında sürekli olarak yükseldiğini desteklemektedir (Coyle, ve diğerleri, 2017).

### **1.12. Antidepresan İlaçlar**

Antidepresanlar, klinik depresyonu tedavi etmek için kullanılan psikiyatrik ilaçların bir türüdür. Bununla birlikte, aşağıdaki durumları tedavi etmek için de kullanılabilirler: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kronik ağrı ve uykusuzluk. Bu terim kullanıldığında, genellikle kullanılan antidepresan türlerini geniş anlamda ifade eder, bunlar: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörü (NDRI), Serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), Noradrenalin ve spesifik serotonin antidepresanları (NASSA), Trisiklik antidepresanlar (TCA), Serotonin antagonistleri ve geri alım inhibitörleri (SARI) ve Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) (Finnegan, 2023).

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar, bireysel farklılıklara göre yan etki gösterebilir. Antidepresanların sık görülen yan etkileri arasında bulantı, kilo değişimi, ishal, uykululuk ve cinsel işlev bozuklukları bulunmaktadır. Daha ağır yan etkiler ise intihar düşünceleri/girişimleri, depresyonun şiddetlenmesi, anksiyete düzeyinin yükselmesi, sinirlilik, panik ataklar, uykusuzluk, dürtüsellikte artış, mani ve diğer davranış/ruh hali değişiklikleri olarak sıralanabilir (Gibeaut, 2020).

#### **1.12.1. Antidepresan bağımlılık araştırmaları**

Antidepresanların kullanımı ve kesilmesi, bağımlılık ve çekilme sendromu gibi ciddi sorunlara neden olabilir. Bu sorunlar, antidepresan kullanan veya bırakmaya çalışan birçok kişiyi etkilemektedir. Çekilme sendromunun belirtileri arasında anksiyete, panik, sinirlilik ve intihar düşünceleri gibi psikolojik rahatsızlıklar bulunmaktadır. Antidepresanlar, uzun süreli kullanımda daha fazla bağımlılık riski taşımaktadır. Bu nedenle, doktorların hastalarını bu ilaçların olası yan etkileri hakkında bilgilendirmeleri ve farkındalık yaratmaları gerekmektedir (Read, 2020).

2019 yılında İngiltere’de yapılan antidepresan kullanımı ile ilgili yapılan bir araştırmaya göre;

- Antidepresanlar bırakıldığında, uykusuzluk, depresyon, intihar düşüncesi ve fiziksel belirtiler gibi çekilme semptomları görülmektedir.
- Araştırma, insanların %61.5’inin antidepresan bırakma sürecinde çekilme belirtileri yaşadığını bildirmekte ve genç insanların çekilme belirtileri yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

- Antidepresan kullanmayı bırakmaya çalışan kişilerin %55'i bunu yaparken bir dereceye kadar zorluk yaşadığını bildirmektedir.
- Deneyenlerin %61'i çekilme etkileri yaşadığını, %44'ü ise bu etkilerin 'şiddetli' olduğunu ifade etmektedir.
- En yaygın çekilme etkileri anksiyete/panik (%66) ve sinirlilik (%62) olarak görülmektedir.
- Hastaların %1'inden daha azı, antidepresanların çekilme etkileri veya bağımlılık potansiyeli hakkında bilgilendirildiğini belirtmektedir.
- Ankete katılanların %36'sı en az beş yıldır antidepresan kullanmaktadır.
- Katılımcıların %26'sı antidepresanları ömür boyu kullanmayı beklemektedir.
- Tedavi süresi ile bağımlılık arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur; altı ay veya daha az süreyle antidepresan kullananların %25.7'si bağımlılık bildirirken, üç yıldan fazla kullananların %48.1'i bağımlılık bildirmiştir.
- Bağımlılık oranının, çekilme belirtileri ile bağımlılığın şiddetinin de çekilme şiddeti ile güçlü bir ilişki gösterdiği görülmektedir (Read, 2020).

### 1.13. Uyku İlaçları

Uyku bozuklukları, uyku kalitesini ve süresini etkileyen, kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyebilen bir grup hastalıktır. Uyku bozukluklarının en yaygın türü uykusuzluktur. Uykusuzluk, uyuyamama veya uykuyu sürdürmemeye şeklinde tanımlanır. Uykusuzluk, yetişkinlerin yaklaşık %33'ünde görülür, ancak tanı kriterlerine göre prevalansı %19 ile %44 arasında değişir. Uyku bozukluklarının artan sıklığı, uyku ilaçlarının kullanımında da bir artışa neden olmuştur. Ancak uyku ilaçları, yan etkileri ve sağlık sonuçları nedeniyle uzun süredir tartışılmaktadır. Benzodiazepinler, uykusuzluğun kısa süreli tedavisinde etkili ilaçlar olarak onlarca yıldır kullanılmalarına rağmen, zararlı etkileri olduğu bilinmektedir (örneğin, daha yüksek düşme ve kırık riski ve özellikle yaşlılarda bilişsel bozukluklar). Benzodiazepin olmayan ilaçlarda (zolpidem ve zopiklon gibi "Z-ilaçlar" olarak adlandırılır), bağımlılık ve kötüye kullanım riskinin daha düşük olduğu iddia edilse de, bu iddiaya karşı çıkanlar da vardır. Z-ilaçlar, insan performansı ve sürüş üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle de eleştirilmektedir. 1980'lerden beri, uyku ilaçlarının reçetelenmesine ilişkin öneriler yayınlanmıştır. Bu önerilere göre, psikolojik ve davranışsal müdahaleler (özellikle bilişsel-davranışçı terapi) kronik uykusuzluk için ilk seçenek olmalıdır. Kronik hipnotik ilaç kullanımı, ağır, tedaviye dirençli veya kronik komorbid hastalığı olan uykusuzluk hastaları için zorunlu olabilir. Fakat, uyku ilaçları, yan etkilerini ve özellikle benzodiazepinlerin tolerans ve bağımlılık riskini azaltmak amacıyla, üç haftadan fazla kullanılmamalıdır. Bununla birlikte, yetişkin genel nüfusun uyku ilacı kullandığı tahmin edilmektedir ve bu bireylerin üçte birinden fazlasının bunu uzun süreli olarak yaptığı tahmin edilmektedir. Uyku ilacı kullanımı yaşlı bireyler arasında daha yaygındır

ve sıklıkla depresyon veya komorbidite ile ilişkilidir (Abolhassani, Haba-Rubio, Heinzer, Vollenweider, & Marques-Vidal, 2019).

Uyku bozuklukları, modern toplumlarda sık görülen bir sorundur. Uyku süresi ve kalitesi, sağlığı doğrudan etkileyen önemli faktörlerdir. Uyku hapları, uykusuzluk tedavisinde yaygın olarak kullanılmakla birlikte, yan etkileri ve sağlık sonuçları nedeniyle tartışmalıdır. 2023 yılında Tayvan'da yapılan çalışmada, uyku hapi kullanan ve kullanmayan kişilerin uyku süreleri, ölüm riskleri ve yaşam beklentileri karşılaştırılmıştır. Bulgular, uyku hapi kullananların, uyku süresi az ya da çok olanlara göre daha yüksek ölüm riskine ve daha kısa yaşam beklentisine sahip olduğunu göstermiştir. Uyku hapi kullanmayanlarda ise, uyku süresi 6-8 saat olanlar en düşük ölüm riskine sahiptir. Uyku hapi kullanımı, uyku zorlukları ve uyku süresinden bağımsız olarak, ölüm riskini artıran ve yaşam beklentisini azaltan bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Bu riskin, uyku hapi kullanımı ile ölüm arasındaki diğer değişkenlerle ne kadar açıklanabileceği belirsizdir. Bu nedenle, bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Uyku hapi kullanımının zararlı etkileri doğrulanırsa, özellikle de dünya çapında uzun süreli hipnotik/sedatif reçetelerinin arttığı göz önüne alındığında, halkın ve hekimlerin bilinçlendirilmesi için stratejilere ihtiyaç olduğu söylenebilmektedir (Sun, Tsai, & Wen, 2023).

#### **1.14. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatan Maddeler (Depresanlar)**

Kullanıcının davranışlarını yavaşlatıcı, geciktirici veya uyuşturucu etkiye sahip olan, ağrıyı hafifleten, kaygıyı azaltan, uykuyu kolaylaştıran ve kişide rahatlatma sağlayan, merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olan afyon, morfin, eroin, kodein, barbitüratlar, sedatif-hipnotikler, trankilizanlar bu bölümde ele alınacaktır.

##### **1.14.1. Afyon**

Afyon, haşhaş bitkisinin henüz olgunlaşmamış başlarının bıçakla kesilmesi sonucu ortaya çıkan beyaz, yapışkan bir sıvıdan elde edilen bir maddedir. Bu sıvı, havayla temas ettikçe koyulaşır ve kahverengi bir renk alır. Bu maddeye afyon sakızı denir. Afyonun içinde, morfin, narkotin, kodein gibi 25'e yakın alkaloid adı verilen zehirli maddeler bulunur. Ayrıca şeker, protein, kauçuk yağı gibi maddeler de içerir. Afyon, yutulabilir, çiğnenebilir veya sigara şeklinde içilebilir. Herhangi bir yöntemle alındığında, ağrıları, üzüntüleri ve sıkıntıları geçici olarak dindirir ve bir keyif durumu oluşturur. Afyon bağımlıları bu duruma Balayı derler. Ancak bu keyif çok kısa sürer ve yerini mide bulantısı, baş dönmesi, renk solması, kalp ve solunum yavaşlaması gibi zehirlenme belirtileri alır. Afyon, çok fazla alındığında, kişiyi komaya sokabilir ve ölüme yol açabilir (Uyuşturucu Madde Türleri, 2015).

Opiat, opiyumdan türetilen ilaçları ifade eden eski bir terimdir. Afyon ise 20'den fazla opiat alkaloid içeren bir maddedir. Opioid, hem doğal hem de sentetik olan, opioid reseptörlerine bağlanan tüm maddeleri belirtmek için kullanılan daha modern bir terimdir. Afyon ve türevleri binlerce yıldır ağrıyı dindirmek için kullanılmıştır. Opioidler, özellikle anesteziyoloji, yoğun

bakım ve ağrı yönetimi alanlarında tıp pratiğinde vazgeçilmez bir rol oynamaktadır (Ogura & Egan, 2013).

Opioidler, Papaver somniferum'dan elde edilen doğal veya sentetik maddelerdir. Opioidler, özellikle dopaminerjik nöronlarda önemli sinyal yollarını etkileyerek ağrı kesici, ödüllendirici ve zevk verici etkiler oluşturur. Ancak, opioid kullanımı ve kötüye kullanımı, bağımlılık, yaşam kalitesi düşüklüğü, opioid kullanım bozukluğu (OUB) ve aşırı doz gibi sağlık için zararlı yan etkilere de neden olur. Epigenetik mekanizmalar, DNA metilasyonu ve histon modifikasyonu gibi farklı stratejileri içerir. Bu mekanizmalar, belirli nöronal popülasyonlarda kalıcı adaptasyonlara ve bağımlılığa neden olan davranışsal ve psikolojik anormalliklere yol açan hücresel işlevlerde uzun süreli değişikliklere neden olur (Mazzeo, Meccariello, & Guatteo, 2023).

Opioidler, ağrı tedavisinde kullanılan doğal veya sentetik maddeler olabilmektedir. Reçeteli opioidler, yasal, güvenilir ve tahmin edilebilir oldukları için, diğer yasadışı maddelere göre daha güvenli olarak algılanmaktadır buna bağlı olarak da son yıllarda reçeteli opioidlerin kötüye kullanımı artış göstermektedir (Cicero, Ellis, Surratt, & Kurtz, 2014).

#### **1.14.2. Morfin**

Morfin ağrıyı hafifletmek için yaygın olarak kullanılmaktadır, ancak morfinin kronik uygulaması analjezik tolerans, hiperaljezi ve bağımlılığa neden olmaktadır. Saf morfinin cerrahi operasyonlarda büyük bir potansiyeli olmasına rağmen, aynı zamanda afyon kadar kötüye kullanım potansiyeline de sahiptir ve sonuç olarak tıbbi amaçlar için daha güvenli, daha etkili, bağımlılık yapmayan opioidlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Ne yazık ki, son zamanlarda, bazı reçeteli opioidlerin bulunması, bu ilaçların kötüye kullanımı konusunda uygun eğitim olmadan, birçok insanın bağımlı olmasına yol açmıştır. (Scheller, 2017).

Fiziksel ve psikolojik olarak bağımlılığa sebep olan morfin kullanımı, maddeye karşı oluşan istekle önce psikolojik bağımlılık oluşturmaktadır. İlaç uygulamasının birden sonlandırılmasıyla da fiziksel bağımlılık ortaya çıkmaktadır (Koob & Nestler, 1997). Morfin gibi opioid analjezikler akut ve kronik ağrının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır, bununla birlikte morfinin tekrar tekrar uygulanması ilacın etkisinin kaybolmasıyla veya ağrının giderilmesi için dozlarının artırılması gerekliliği ile sonuçlanan tolerans gelişimini tetiklemektedir (Nakamoto, ve diğerleri, 2012).

#### **1.14.3. Eroin**

Eroin veya diamorfin Morfinden türetilen, etkileri doza bağlı ve emilim oranı ile ilişkili olan yarı sentetik bir ilaçtır. Kontrollü klinik koşullar altında alındığında, nörotoksik değildir ve kabızlık ve bağımlılık dışında çok az uzun vadeli yan etkisi vardır (Martins, Matos, & Sardinha, 2019).

1874'te Wright ve 1898'de Dreser tarafından sentezlenen eroin, toz veya granül halinde olabilir ve damar yolu, burundan çekme gibi farklı yollarla alınabilir. Eroin, kullanıcıya fiziksel ve

zihinsel olarak (öfori, analjezik ve ansiyolitik etki gibi.) rahatlama sağlar. Ancak, bu madde aynı zamanda bağımlılık ve ölüm riski gibi ciddi sonuçlara da yol açar. Bu nedenle maddenin kullanımını sağlık açısından çok risklidir (Achelı, 2019).

Eroin kullanımına bir kez başladıktan sonra genellikle olumsuz sonuçlarla birlikte tekrarlanan kötüye kullanım görülmektedir, ardından tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri ve kompulsif ilaç alımıyla birlikte madde kullanımını kişide bağımlılığa dönüşmektedir (Kreek, Borg, Ducat, & Ray, 2010). Ayrıca, eroin enjekte eden gençlerin neredeyse yarısı, eroin kullanmaya başlamadan önce reçeteli opioidleri kötüye kullanıldığını bildirmektedir (Scheller, 2017).

#### **1.14.4. Kodein**

Kodein, Papaver somniferum L.'de bulunan doğal olarak oluşan bir bileşiktir. Öksürük, ishal ve ağrı tedavisinde kullanılan kodein maddesi alkaloidlerin toksisitesi ve bağımlılık riski ile mevcut yaygın kullanımı göz önünde bulundurulduğunda kullanımında dikkat edilmesi gereken bir maddedir. Bir opioid ilacı olarak, analjezik etkileri kanıtlanan kodeinin, morfinden daha az bağımlılık yaptığı ve kullanımının da daha yaygın olduğu görülmektedir (Chen, Lin, Hsueh, Dalley, & Tsai, 2022).

Kodein, morfinin fenolik hidroksi grubunun metilenmesiyle elde edilen bir türevidir. Analjezik etkisi morfinden daha zayıf olan kodein, fosfat veya sülfat tuzları halinde ilaç olarak orta ve hafif ağrıları gidermek için tercih edilmektedir. Antitüsif etkisiyle öksürüğü azaltır, ancak düşük dozlarda ağrı kesici etkisi yüksek değildir. Morfine göre daha az toksik ve bağımlılık yapıcı olan kodein, aspirin gibi ilaçlarla birlikte verildiğinde, onların ağrı kesici etkisini arttırmaktadır (United States Patent No. 6790959, 2004).

#### **1.14.5. Barbitüratlar**

Barbitüratlar, çeşitli farmakolojik etkilerinden dolayı birçok uzmanlık alanında 1900'lü yılların başından beri kullanılmaktadır. Anestezistler, barbitüratların yatıştırıcı-uyarıcı etkilerini preindüksiyon ajanı olarak tercih etmişlerdir. Barbitüratlar, merkezi sinir sistemini (MMS) baskılayarak, sedasyon veya uyku sağlarlar, fakat ağrı kesici özellikleri bulunmaz ve ağrılı işlemler için yeterli değildir. Barbitürik asit, ana bileşen olarak, 1864'te malonik asit ve üre arasında yoğunlaşma reaksiyonu ile elde edilmiştir. Genel olarak, barbitüratın yağda çözünürlüğü ne kadar fazlaysa, etki başlangıcı, süresi ve hipnotik aktivite seviyesi de o kadar yüksektir (Moro-Sutherland, 2000).

Barbitüratlar;

- Uzun etkili
- Orta etkili
- Kısa etkili

- Ultra kısa etkili

olmak üzere dört sınıfa ayrılabilir. Fenobarbital, uzun etkili bir barbitüratın örneğidir. Ağızdan alındıktan sonra neredeyse tamamen emilir ve plazma pik seviyeleri 6 ila 18 saat arasında görülür. Pentobarbital ve secobarbital gibi orta ila kısa etkili barbitüratlar, yağda daha çok çözündükleri için, kan-beyin bariyerini hızla geçerler ve yutulduktan sonraki 30 dakika içinde anksiyete ve sedasyon azaltır. Pentobarbital, 15 ila 30 dakika arasında bir etki başlangıcına sahiptir ve plazma pik konsantrasyonları, yutulduktan 1 ila 2 saat sonra ortaya çıkar. Tiyopental ve metoheksital gibi ultra kısa etkili barbitüratlar, çok lipofilik oldukları ve çok hızlı etki ettikleri için anestezi olarak kullanılırlar (Moro-Sutherland, 2000).

Barbitüratlar, merkezi sinir sistemini baskılayan ve çeşitli amaçlarla kullanılan bir ilaç grubudur. Barbitürik asitten türetilen bu ilaçlar, kimyasal yapısına göre farklı etki süreleri ve dozları olan bileşiklerdir. Barbitüratlar, 1960'lı ve 1970'li yıllarda anksiyete, uykusuzluk ve nöbet tedavisinde yaygın olarak reçetelenmiş ancak aşırı doz, bağımlılık ve intihar riski nedeniyle daha güvenli olan benzodiazepinlerle yer değiştirilmiştir. Barbitüratlar, beyindeki GABA reseptörlerine bağlanarak nöronal aktiviteyi azaltır ve böylece sedatif, hipnotik ve antikonvülzan etkiler gösterir. Barbitüratlar, ayrıca sitokrom P-450 enzim sistemini uyararak ilaç metabolizmasını etkiler ve diğer ilaçlarla etkileşime girer (Konuray, 2008).

Barbitürat kullanımı bağımlılığa neden olabilir. Bu bağımlılık, barbitürat tedavisinin ilk aşamalarında psikolojik olabilir. Ancak tedavi devam ettikçe tolerans ve ardından fiziksel bağımlılık gelişir. İnsanlar barbitüratlara karşı tolerans geliştirdikçe, istenen etkiyi elde etmek için daha fazla ilaca ihtiyaç duyabilirler. Doz aşımı, ilacın öldürücü etkilerine toleransın, terapötik etkilerine (örneğin sedasyon) toleranstan daha az olması nedeniyle ortaya çıkar. Fiziksel bağımlılıkta, kullanıcı ilaç tedavisini bırakmada zorluklar yaşar. İlacın kesilmesi üzerine, kullanıcı kâbus görme, huzursuzluk, sinirlilik ve kasılmalar olarak kendini gösteren bir geri tepme hipereksitabilitesi (aşırı uyarılabilirlik) durumundan geçtiği bir yoksunluk sendromu yaşar (Konuray, 2008).

#### **1.14.6. Sedatif-hipnotikler**

Sedatif-hipnotikler, bilişsel, psikomotor ve tıbbi yan etkilerle bağlantılıdır. Ayrıca, klinik rehberler, sedatif-hipnotiklerin bağımlılık yapma riski olduğunu, tolerans gelişiminin çabuk olduğunu ve doz azaltıldığında yoksunluk belirtileri yaşanabileceğini göstermektedir. Yoksunluk belirtileri, kişilere ve ilaçlara göre değişmekte ve yoksunluk süresince farklı zamanlarda ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında; uykusuzluk, titreme, baş ağrısı, depresyon, algılama bozuklukları, anksiyete ve nöbetler sayılabilir. Geri tepme uykusuzluğu, sedatif-hipnotik kullanımının azaltılmasıyla uykusuzluk belirtilerinin başlaması veya artması şeklinde görülen bir yoksunluk durumudur. İlacın aniden kesilmesi (kademeli olarak kesilmesine göre), geri tepme uykusuzluğunun daha sık görülmesine ve bunun da sedatif-hipnotik ilaçların dozuna ve yarılanma ömrüne bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Maalesef,

tedavi öncesinde ilaç bağımlılığı davranışlarının veya ilaç azaltıldığında yaşanacak yoksunluk belirtilerinin hangi hasta özellikleriyle ilişkili olduğunu saptamak güçtür. Bu yüzden, klinik rehberler, sedatif-hipnotiklerin en düşük etkili dozda ve en kısa sürede (örneğin, 4 haftayı geçmeyecek şekilde) kullanılmasını tavsiye etmektedir. Buna rağmen, sedatif-hipnotikler uykusuzluğu tedavi etmek için tıp uygulayıcıları tarafından en sık başvuru alan ilk yöntemdir ve genellikle uzun dönemli bir tedavi olarak verilmektedir. Sedatif-hipnotiklerin kademeli olarak azaltılması, yoksunluk belirtilerinin azalması, yan etkilerin minimize edilmesi ile başarılı bir şekilde ilaçtan kurtulma ihtimalini yükseltmektedir (Sweetman, ve diğerleri, 2021).

Sedatif-hipnotik ilaçlar, farklı klinik endikasyonlara yönelik olarak, çeşitli biyokimyasal hedeflere etki eden değişik kimyasal maddeler içeren bir terapötik sınıftır. Bu ilaçların çoğu, uykusuzluk tedavisinde kullanılmak üzere onaylanmıştır. Uyku bozukluğu tanısı konan ve uykusuzluk olarak sınıflanan hastalarda, yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar en yaygın tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Sedatif hipnotikler, psikotrop ilaçlar olarak adlandırılan daha geniş bir ilaç sınıflama sisteminin parçasıdır (Nelson, 2008).

#### **1.14.7. Trankilizanlar (Sakinleştirici)**

Trankilizanlar, genellikle güvenli ve iyi tolere edildiği düşünülen, ancak otonom sinir sistemi üzerinde önemli etkilere sahip olabilen ve bağımlılık riski taşıyan psikoaktif ilaçlar arasında en sık reçete edilenlerdendir. Özellikle kötüye kullanıldığında veya yüksek dozlarda alındığında, bu ilaçlar ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Sakinleştiricilerin düşük toksisite profiline sahip olmalarına rağmen, opioidler gibi diğer ilaçlarla birlikte alındıklarında aşırı doz riskini önemli ölçüde artırabilirler. Son on yılda, trankilizanların kötüye kullanımı, özellikle Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Avrupa ülkelerinde dikkat çekici bir şekilde artmış ve kritik bir küresel halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Tıbbi reçete olmaksızın sakinleştiricilerin tüketilmesi veya terapötik uyumun zayıf olması gibi kötüye kullanım uygulamaları, reçete edilenden daha yüksek dozda veya daha uzun süre tüketilmesini içerebilir. Bu durum, dünya çapında sakinleştirici kötüye kullanımı ile ilgili halk sağlığı göstergelerinin kötüleşmesine yol açmıştır. Ayrıca, reçete edilenden daha az miktarda alınan ilaçlarla uyumsuzluk, daha düşük yaşam kalitesine, komorbid fiziksel hastalıkların daha kötü yönetimine ve hastaneye yatış oranlarının artmasına neden olabilir (Mallah, Figueiras, Miri, & Takkouche, 2021).

Sakinleştiriciler, bağımlılık yapma potansiyelleri nedeniyle ciddi bir endişe yaratmaktadır ve sıklıkla eğlence amaçlı kullanılırlar. 2017 yılında ABD’de her gün yaklaşık 3.800 kişinin, doktor tavsiyesi olmadan reçeteli sakinleştiricileri tıbbi olmayan amaçlarla kullanmaya başladığı yapılan çalışmalarda görülmüştür. Sakinleştirici kötüye kullanımı, madde kullanım bozuklukları ve diğer olumsuz sağlık göstergeleri ile güçlü bir ilişki göstermektedir. Sakinleştiricilerin alkol ve reçeteli opioidlerle birlikte alınması da yaygındır ve bu durum, solunum depresyonu gibi potansiyel olarak ölümcül bir yan etkiyi şiddetlendirebilir. Bu tür ilaçların kötüye kullanımı, bireyler ve toplum için ciddi sağlık riskleri oluşturabilmektedir (Thompson, Alcover, & Yip, 2021).

## 1.15. Merkezi Sinir Sistemini Uyaran Maddeler (Stimulants/Uyarıcılar)

### 1.15.1. Kokain

Kokain, doğal olarak oluşan ve yasadışı olarak kullanılan bir psikostimülan uyuşturucudur. Monoamin nörotransmitter taşıyıcıları üzerinde etkili olarak, dopamin, serotonin ve norepinefrin alımını engeller. Bu durum, hücre dışı boşlukta monoaminlerin artışına ve kokain kullanıcılarının aradığı olumlu güçlendirici etkilere yol açar. Ancak, bu monoamin artışı, bağımlılığın gelişmesine ve ciddi yan etkilere neden olabilir (Kudlacek, ve diğerleri, 2017).

Kokain, Avrupa'da en yaygın kullanılan psikostimülan uyuşturuculardan biri olup, 2010'dan bu yana kötüye kullanımı artmaktadır. İnsanlar tarafından kokain kullanımının ilginç bir geçmişi vardır; eski kültürler koka yapraklarını törensel ve dini amaçlarla kullanmanın yanı sıra, kokainin lokal anestetik özellikleri için de kullanmışlardır. Kokainin lokal anestetik ve psikoaktif etkileri, Sigmund Freud ve Karl Koller gibi Viyanalı bilim adamları tarafından keşfedilmiştir (Kudlacek, ve diğerleri, 2017).

Kokainin iki farklı kimyasal formu kötüye kullanılmaktadır: suda çözünür hidroklorür tuzu ve suda çözünmeyen kokain bazı ("serbest baz"). Hidroklorür tuzu formu genellikle toz halinde burundan çekilir veya çözülerek enjekte edilir. Kokain bazı ise, amonyak veya sodyum bikarbonat ve su ile "pişirilerek" üretilir ve buharlaştırılmış formda içilebilir. Freebase kokain, sigara içme işlemi sırasında çıkan çatırtı sesi nedeniyle "crack" olarak da bilinir. Her iki form da ciddi sağlık riskleri taşır ve bağımlılık yapıcıdır (Kudlacek, ve diğerleri, 2017).

Kokain kullanımı, alınan doza ve sonucunda meydana gelen fizyolojik etkilere bağlı olarak birtakım ruh hali ve davranış değişikliklerine neden olur. Daha düşük dozlar genellikle neşe ve öfori hissi ile ilişkilendirilirken, uygulama yöntemine bağlı olarak etkilerin başlangıcı ve süresi değişebilir. İntranazal (burun yoluyla) kullanımdan ziyade, intravenöz (damar yoluyla) kullanım ve sigara ile alım, etkilerin yoğunluğunu artırır. Sigara ile alım ve damar içi kullanım, kokain kullanıcıları arasında en yaygın bildirilen kullanım yöntemleridir. Kokainin toksik etkileri oldukça öngörülemezdir ve "güvenli" doz ile toksik doz arasındaki farkı belirlemek neredeyse imkansızdır (Richards, 1996).

Kokain, çeşitli yollarla kötüye kullanılabilen bir uyuşturucudur. Kokain hidroklorür, su içinde çözünebilir ve ağızdan, damar yoluyla veya burun yoluyla alınabilen bir toz veya granül formundadır. 'Serbest baz' veya 'crack' olarak bilinen kokain ise, hidroklorür bileşeni olmayan ve sigara ile kullanıma daha uygun olan nispeten saf kokain kristallerinden oluşur. Bu form, ayrıca folyo üzerinde ısıtılarak buharının solunması şeklinde de kullanılabilir. Kullanım şekli farketmeksizin sağlık açısından ciddi bir tehdit olduğu ve bağımlılık yaptığı bilinmektedir. (Vale, 2007).

Kokain, monoaminlerin presinaptik terminallerden yeniden alınmasını engelleyen, böylece nörotransmitterlerin etkilerini uzatan ve artıran bir psikomotor uyarıcıdır. Özellikle dopamin

geri alımının inhibisyonu, kokainin öforik etkilerinin temel mekanizması olarak kabul edilir. Kokain, aynı zamanda güçlü bir lokal anestezi ve vazokonstriktör etkiye sahiptir. Kronik kötüye kullanım, çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu sorunlar arasında depresyon, hafıza kaybı, mani ve paranoid psikoz bulunur. Ayrıca miyokardiyal fibrozis, kardiyomiyopati, serebral vaskülit, yüzde distonik hareketler, erken doğum ve fetal ölüm gibi ciddi sağlık problemleri de rapor edilmiştir. Kronik intranasal kullanım, nazal septumda ve beyin omurilik sıvısının (BOS) rinoresinde perforasyona neden olabilecek kribriform plağın incelmeye yol açabilir (Vale, 2007).

### **1.15.2. Amfetaminler**

Amfetaminler, metamfetamin (MA) ve -Metilendioksimetamfetamin (MDMA veya "ecstasy") gibi maddeleri içeren, merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiler yaratan ve yüksek bağımlılık potansiyeline sahip psikostimülan uyuşturuculardır. Klinik uygulamada, amfetaminin akut etkileri arasında öfori, artan uyanıklık, libido yükselmesi ve iştah kaybı bulunur. Yüksek dozlar ise kan basıncında yükselme, hipertermi, felç, kardiyak aritmi, mide krampları ve titremeler gibi fizyolojik etkilere yol açabilir. Psikolojik olarak ise huzursuzluk, aşırı uyanıklık, saldırganlık, sanrılar ve halüsinasyonlar gibi sorunlar yaşanabilir. Amfetaminin kardiyovasküler etkileri arasında genişlemiş kardiyomiyopati gibi kalp patolojileri yer alır. Hipertansiyon ve taşikardi, adrenerjik stimülasyona bağlı olarak yüksek amfetamin dozları ile artabilir. Amfetaminlerin aniden kesilmesi, akut etkilerinin tersine, zayıflık, gerginlik, sinirlilik, depresyon, psikoz, uykusuzluk, bozulmuş düşünce süreçleri, davranışsal umutsuzluk ve hatta intihar eğilimleri gibi fizyolojik ve zihinsel etkilere yol açabilir. Uzun süreli amfetamin kötüye kullanımı, merkezi sinir sistemi üzerinde yıkıcı etkilere neden olabilir ve ciddi sağlık sorunlarına yol açar (Alharbi, Alhowail, Alharbi, & Emara, 2022).

Amfetamin türevleri, benzen halkasında, amino grubunda ve karbon zincirinde yapılan modifikasyonlarla elde edilebilir. Bu türevler, monoamin nörotransmitterler ile dopamin, norepinefrin ve serotonin geri alımını inhibe ederek etki gösterir ve tipik olarak öfori ve uyarılma gibi psikotropik etkilere sahiptir, genellikle kullanılan dozlarda halüsinasyonlara neden olmazlar. Amfetamin tipi ilaçların ana etki alanı, beyinde, özellikle retiküler formasyonda yer alan monoaminerjik nöronların sinapslarıdır. Amfetamin tipi uyuşturucular, dopamin alımını engelleyerek ve dopamin salınımını artırarak çalışır ve bu da onların bağımlılık yapma potansiyelini artırmaktadır (Simmler, 2013).

### **1.15.3. Ecstasy/ Metilendioksimetamfetamin (MDMA)**

Amfetamin türevi Metilendioksimetamfetamin (MDMA), yani ecstasy, laboratuvar hayvanları üzerinde yapılan çalışmalarda nörotoksisite kanıtları nedeniyle 1986'dan beri (U.S. Food and Drug Administration/ Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) FDA tarafından yasadışı uyuşturucu olarak sınıflandırılmıştır. Son iki yıl içinde yapılan insan çalışmaları, uzun süreli MDMA kullanımının olası zararlı etkilerini defalarca göstermiştir. MDMA'nın tekrarlanan tüketimi

sonrasında beyin üzerindeki hücresel ve moleküler etkilerle ilgili araştırmalar önemini korumaktadır. Kronik MDMA kullanımının, özellikle sözel bildirim ve tanıma belleği üzerinde kısa ve orta vadeli nörobilişsel bozukluklara yol açabileceği düşünölmektedir. Ayrıca, dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulmalar ile artan kaygı ve düşmanlık gibi kişilik değişiklikleri de bildirilmiştir (Coray, ve diğerleri, 2023).

“Ecstasy” veya MDMA, yaygın olarak eğlence amaçlı kullanılan yasadışı bir uyuşturucudur. MDMA'nın yapım süreci patentlenmiş olmasına rağmen, tıbbi amaçlar için geliştirilmemiştir. 1970'lerde psikoterapistler, psikoterapiyi desteklemek amacıyla MDMA'yı kullanmaya başlamışlardır. İnsanlardaki psikotropik etkileri ilk kez 1978'de açıklanmıştır. Ecstasy'nin beyin üzerindeki etkileri, kullanımın ilk saatlerinden itibaren genellikle rahatlık, mutluluk ve dostluk hissi ile karakterizedir. Kullanıcılar ayrıca, çok yüksek bir enerji artışı yaşarlar. Bu olumlu duygular, beyindeki serotoninin ve daha az ölçüde dopaminin yoğun bir şekilde tükenmesi sonucudur. Hücre dışı noradrenalin seviyelerinin artması, kalp atış hızının ve tansiyonun yükselmesine neden olur. Birçok hafta sonu kullanıcısı, hafta ortasında ruh hali düşüşü yaşadığını bildirmektedir. Bu düşüş, aşırı yüklü bir serotonerjik sistemin geri tepme etkisi olan serotonindeki akut düşüşten kaynaklanmaktadır. MDMA'nın olumsuz etkileri üzerine yapılan çalışmalar genellikle, MDMA'nın serotonerjik sistem üzerindeki etkilerine odaklanmıştır. Sık ecstasy kullanımı olan bireylerde yapılan çalışmalarda, sözel bellekte azalma olduğu bulunmuştur. Ayrıca, görsel bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerde azalma ile depresif belirtiler ve dürtüsellikte artış bildirilmiştir. Bu bulgular, MDMA'nın uzun süreli kullanımının bilişsel ve duygusal işlevler üzerinde olumsuz etkilere sahip olabileceğini göstermektedir (Schilt, 2009).

MDMA'nın kontrollü bir ortamda alındığında genellikle hafif ve tolere edilebilir fizyolojik semptomlara yol açtığı bilinmektedir. En yaygın semptomlar arasında kan basıncı ve nabız oranında artış ile göz bebeklerinde genişleme bulunur. Ayrıca, trismus (çene gerginliği), ağız kuruluğu, uykusuzluk, yorgunluk ve iştahsızlık gibi diğer etkiler de yaşanabilir. Koordinasyon güçlükleri, titreme, kalp çarpıntısı, terleme, konsantrasyon güçlükleri, karıncalanma ve uyuşukluk gibi etkiler de görölebilir. Kısa süreli yan etkiler olarak, tüketildikten sonra 1-3 gün içinde yorgunluk, kaygı, depresif ruh hali ve konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlar ortaya çıkabilir (Agelii, 2013).

#### **1.15.4. Fenetilin (Captagon)**

Captagon, amfetamin içeren fenetilamin sentetik uyuşturucu grubuna ait bir ilaçtır ve etken maddesi fenetillindir. İlk olarak 1960'larda Almanya'da tıbbi amaçlar için üretilmiş ve Captagon ticari ismiyle satışa sunulmuştur. 1986 yılında, fenetillin Birleşmiş Milletler'in 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi'nde Tablo II'ye dahil edilerek Captagon'un üretimi ve kullanımı yasaklanmıştır. Son yıllarda, ana etken maddesi fenetillin yerine düşük oranda amfetamin içeren Captagon logolu tabletler küresel uyuşturucu pazarında sıklıkla görölmektedir. Bu

tabletlerin yasal olmayan yollarla üretildiği ve dağıtıldığı bilinmektedir (Türkiye Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler, 2023).

Fenetilin, bir amfetamin molekülüne kovalent olarak bağlı bir teofilin molekülünden oluşan sentetik bir uyarıcıdır ve Captagon, Biocapton ve Fitton gibi marka isimleriyle bilinmektedir. Geçmişte, Avrupa'da hiperaktivite, narkolepsi, abulia (irade kaybı) ve beyin yaralanmaları gibi durumlar için diğer amfetamin ve uyarıcıların yerine fenetilin reçete edilmiştir. Fenetilin, uykusuzluk, huzursuzluk, sinirlilik, öfori ve merkezi sinir sisteminin aşırı uyarılması gibi yan etkilere sahip olabilir. Terapötik kullanımına rağmen, öforojenik ve aktive edici etkileri nedeniyle kötüye kullanım riski taşımaktadır (Twark & Suzuki, 2017).

### **1.16. Hayal Gösterenler (Halüsinojenler)**

Halüsinojenler, duyuşsal algıları, ruh halini ve düşünce yapılarını değiştirebilen maddeleri tanımlamaktadır. Doğal halüsinojenler, binlerce yıl boyunca dini ve ritüel pratiklerde kullanılmıştır. Halüsinojenler, genellikle psikedelik etkileri nedeniyle tercih edilir; bu etkiler, duyuşsal uyarıların yoğunlaşmasını veya bozulmasını ve duygular ile içsel farkındalığın artmasını içerir. Çoğu halüsinojen maddenin kullanımında, taşikardi, hipertansiyon, hipertermi ve terleme gibi bazı etkiler görülmektedir, fakat bu etkiler genellikle hafiftir. Bulantı ve kusma da yaygındır ve çoğunlukla halüsinojenik etkilerin başlamasından önce meydana gelir (Delgado, 2022).

Halüsinojenler, bireyin bilincini ve algısını derinden etkileyen bileşiklerdir. LSD gibi maddeler, gerçeklik algısını bozabilir ve kullanıcıların belirsiz uyarılarda desenler görmesine veya anlamsız verilerde bağlantılar kurmasına neden olabilir. Bu tür maddeler, genellikle bireyin bilincinde güçlü değişikliklere yol açar. Halüsinojenlerin etkisi, beyindeki serotonin reseptörlerinin aktivasyonu ile ilişkilendirilir. LSD, psilosibin ve benzeri maddelerin psikolojik etkileri, bu reseptörlerin etkinleştirilmesiyle açıklanabilir. Tarihsel olarak, şamanik veya ruhani ritüellerde kullanılan bu maddeler, modern bilim tarafından bilinç üzerindeki etkileri açısından incelenmektedir. Halüsinojen maddelerin etkileri, bilincin temel süreçlerini değiştirebilir veya normal bilişsel süreçleri bozabilir, bu da bireyin düşünce ve algılarında önemli değişikliklere neden olabilir (Braden, 2007).

#### **1.16.1. LSD (Liserjik Asit Dietilamid)**

Liserjik asit dietilamid (LSD), serotonin reseptörleri üzerinden etki gösteren bir halüsinojen maddedir. Yarı sentetik bir indol türevi olan LSD, 1938'de Albert Hofmann tarafından ilk kez sentezlenmiştir. Hofmann, 1943'te yaptığı bir araştırma sırasında yanlışlıkla LSD'ye maruz kalmış ve maddenin halüsinojenik etkilerini keşfetmiştir. 1950'ler ve 1960'larda LSD, bilimsel araştırmalarda yoğun ilgi görmüş, 10.000'den fazla kişinin katıldığı çalışmalar yapılmış ve binlerce makale yayınlanmıştır. LSD, genellikle hap veya yutulabilir formlar şeklinde kullanılmakta ve nadiren damar yolu ile alınmaktadır. Oral yoldan alındığında, gastrointestinal sistemden tamamen emilen LSD'nin farmakolojik etkisi karmaşıktır ve tam olarak

anlaşılammıştır. LSD'nin sarhoş edici etkileri, diğer psikedelik maddelerinkine benzerdir; görme ve işitme algıları değişir, renkler daha parlak görülür ve sesler daha net duyulur. Dokunma hissi değişebilir ve giysilerin dokunuşu daha yoğun hissedilebilir. Duyular çarpıtılabilir ve yanılsamalar ile yüksek dozlarda psödohalüsinasyonlar (yalancı varsanı) ortaya çıkabilir. Kullanıma genellikle disfori eşlik eder; bu, panik, endişe ve acı duygularına dönüşebilen zevk ve öfori duygularıdır. LSD kullanımı, kullanıcılar için madde bağımlılığından daha karmaşık bir olgudur. Kullanıcılar, gördüklerini ve deneyimlediklerini geliştirdiklerini ve genişlettiklerini hissederler ve LSD'nin etkisi altında dünyayı daha gerçek olarak algırlar. Zaman algısı da değişebilir ve dakikalar saatler gibi gelebilir. LSD'nin akut sarhoş edici etkileri doza bağlı olarak 6 ila 10 saat sürmektedir. LSD kullanımı, aidiyet, açıklık ve artan güven duygusu ile sonuçlanabilmektedir. LSD, ilk birkaç kullanımda bile toleransın hızla gelişmesine neden olabilir. LSD kullanımında fizyolojik bir bağımlılık yoktur, ancak bağımlılık, diğer psikedeliklerde olduğu gibi psikolojiktir (Niskanen, 2020).

### **1.16.2. Meskalin**

Meskalin, And Dağları'nda bulunan San Pedro kaktüsü ve Meksika ile Amerika Birleşik Devletleri'nin güneybatısına özgü peyote kaktüsünde yer alan bir alkaloiddir. Bu kaktüslerin kullanımı, en az beş bin yıl öncesine dayanan ritüel pratiklerde kaydedilmiştir. Yirminci yüzyılın başlarında, meskalinin tıbbi ve ruhsal deneyimlerdeki potansiyeli bilim insanlarının dikkatini çekmiştir. Ancak, meskalinin terapötik kullanımı için belirgin bir klinik uygulama alanı geliştirilememiş ve LSD'nin ortaya çıkışıyla araştırmacıların odak noktası değişmiştir. Meskalinin farmakolojik etkileri, mide bulantısı ve kusma gibi fiziksel yan etkileri takiben halüsinasyon görmeyi tetiklemesi olarak bilinir. Bu halüsinasyonların, beyindeki serotonin reseptörlerinin aktivasyonu yoluyla oluştuğu düşünülmektedir (Jay, *Altered Minds: Mescaline's Complicated History*, 2019).

Ernst Späth tarafından 1919'da sentezlenen meskalin, 1920'lerde algı, zihinsel patoloji ve kişilik tipleri üzerine yapılan klinik araştırmalarda yaygın olarak kullanılmıştır. 1930'larda bilim insanları, sanatçılar ve filozoflar arasında laboratuvar dışı iş birlikleri için tercih edilen meskalin, 1970'lerde, ABD Kontrollü Maddeler listesine eklenmiş ve 1971'de BM Kontrollü Maddeler Sözleşmesi altında küresel olarak yasaklanmıştır (Jay, *100 Years of Mescaline*, 2019).

### **1.16.3. Sihirli Mantar (Psylocybin)**

Sihirli mantarlar, psilosibin ve psilosin içeren ve halüsinojenik etkilere neden olan maddelerdir. Bu etkiler, alınan doza ve mantarın türüne bağlı olarak değişir, ortalama bir doz genellikle halüsinojenik etkileri tetiklemek için yeterlidir. Kullanıcılar hem fiziksel hem de psikolojik etkilere karşı kısa sürede tolerans geliştirebilirler. Mantarlarda bulunan feniletilamin gibi diğer farmakolojik olarak aktif maddeler, taşikardi gibi kardiyovasküler etkilere ve bulantı, anksiyete gibi olumsuz reaksiyonlara neden olabilir. Psilosibin ve psilosin maddeleri, kuru mantarlarda taze mantarlara göre daha stabil olma eğilimindedir. Sihirli mantarların kullanımıyla ilgili

endişeler, kullanıcıların güvenliği ve kamu sağlığı açısından olup, bu durum sihirli mantarların yasaklanmasına yol açmıştır. Mantarların akut toksisitesi orta düzeyde olarak değerlendirilirken, kronik toksisite düşük olarak belirtilmiştir, yani uzun süreli kullanımda ciddi sağlık sorunlarına yol açma olasılığı düşüktür. Panik ataklar ve geri dönüşler gibi psikolojik etkiler, nadir görülsede, kullanıcılar için bir endişe kaynağıdır (Amsterdam, Opperhuizen, & Brink, 2011).

#### **1.16.4. Esrar**

Esrar, genellikle uyuşturucu, sarhoş edici madde veya ilaç olarak kullanılan Cannabis sativa bitkisinin yapraklarını ve çiçekli kısımlarını ifade eder. Cannabis indica ve Cannabis ruderalis gibi diğer kenevir türleri de esrar üretiminde kullanılabilir. Esrarın psikoaktif etkileri, özellikle delta-9-tetrahidrokanabinol (THC) olmak üzere çeşitli kanabinoidler tarafından sağlanır. THC dışında, esrar ve THC içinde kannabidiol (CBD), kannabinol (CBN) ve tetrahidrokannabivarin (THCV) gibi 80'den fazla kanabinoid bulunur. Esrar, iştah artışı, göz içi basıncının azaltılması, analjezik etkiler ve çeşitli diğer durumlar için tıbbi amaçlarla kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, esrarın tıbbi kullanımı ve erişilebilirliği, eyalet düzeyindeki yasal düzenlemelerle artmıştır; 39 eyalette tıbbi esrar kullanımı mevcuttur ve 21 eyalet 2023 itibarıyla eğlence amaçlı esrar kullanımını yasallaştırmıştır. Dünya genelinde, esrar kullanımını suç olmaktan çıkararak ve hatta yasallaştıran birçok ülke bulunmaktadır (Wiegand, 2023).

Esrar kullanımı, genellikle sakinlik ve melankoli, sedasyon, öfori, tembellik, paranoya, iştah artışı, güçsüzlük, halüsinasyonlar ve solunum yolu tahrişi gibi çeşitli yan etkilere yol açabilir. Bununla birlikte, esrar kullanıcılarının yarısından fazlasının herhangi bir yan etki bildirmediği ve esrar kaynaklı aşırı doz kullanımına bağlı ölüm vakalarının rapor edilmediği belirtilmektedir. Esrarın, özellikle ergenlik döneminde beyin gelişimi üzerinde olumsuz uzun vadeli etkilere sahip olabileceği ve diğer zararlı uyuşturucuların kullanım riskini artırabileceği konusunda endişeler bulunmaktadır. Ayrıca, esrar motor becerileri ve araç kullanma yeteneğini olumsuz etkileyebilmekte ve bu durum motorlu taşıt kazaları riskini iki kat artırabilmektedir (Shiplo, 2015).

#### **1.17. Tütün/ Nikotin**

Tütün kullanımı, dünyada %20.2'lik bir orana sahip olan, kullanıcılarını ve çevrelerini ölüme sürükleyen tek yasal bağımlılık yapıcı maddedir. Bu sebeple kronik hastalık, sakatlık ve ölüm riskini azaltmak için tütün bırakma stratejisi önemli bir halk sağlığı hedefi olarak alınmaktadır. Tütün kullanımı, ruhsal bozukluklar ve intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. Bunun yanı sıra, yeme bozuklukları, internet bağımlılığı, kumar bozukluğu ve cinsel bozukluklar gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla da birlikte görülebilmektedir. Şizofreni ve DEHB gibi nöropsikiyatrik hastalıkların gelişiminde de tütün kullanımı rol oynayabilmektedir (ElShahawi, ve diğerleri, 2022).

Tütün ürünlerinde bulunan nikotin, bağımlılık yapıcı bir maddedir. Nikotin, beyinde dopamin salınımını uyararak ödül ve zevk sistemlerini aktive eder. Sigara içenlerin %80'den fazlası nikotin bağımlılığı geliştirir. Nikotin bağımlılığı, sağlık açısından pek çok olumsuz sonuç doğurabilir. Sigara içmek, kalp hastalığı, akciğer kanseri, inme, kronik bronşit, amfizem ve diğer hastalıkların insidansını yükseltir. Sigara içmek, gebelik ve çocukluk dönemi için de riskli bir davranıştır. Sigara içen annelerin bebeklerinde, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ölü doğum, ani bebek ölümü sendromu ve doğum kusurları gibi komplikasyonlar görülebilir. Sigara dumanına pasif maruziyet yaşayan çocuklarda ise, astım, kulak enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları ve öğrenme güçlüğü gibi problemler ortaya çıkabilir (Schmidt, 2004).

### **1.18. Alkol**

Alkol bağımlılığı, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Alkol bağımlılığı, bireylerin sağlık, sosyal ve psikolojik durumlarını olumsuz etkileyebilir. Aşırı alkol kullanımı, kısa ve uzun vadede pek çok risk faktörü taşımaktadır. Kısa vadeli riskler arasında kazalar, alkol zehirlenmesi, şiddet, riskli cinsel davranışlar ve gebelik sorunları bulunmaktadır. Uzun vadeli riskler ise kronik hastalıklar, nörolojik problemler ve sosyal problemlerdir (Abeyesinhe, 2014).

Alkol bağımlılığı hem dürtüsellik hem de zorlayıcılıkla ilgili kronik ve nükseden bir bozukluktur. Bireyin bağımlılık döngüsünden nasıl geçtiğini etkileyen nörobiyolojik mekanizmalar vardır. Tipik davranış döngüsü, aşırı içme/sarhoşluk, yoksunluk/negatif duygu durum ve takıntı/beklenti aşamalarından oluşur. Döngünün farklı aşamalarında dürtüsellik ve zorlayıcılık bir arada bulunabilir. Ayrıca alkol kullanımının olumlu pekiştiren etkilerinde rol oynayan beş spesifik nörotransmitter sistemi tanımlanmıştır: dopamin, opioid peptidler, aminobütirik asit, glutamat ve endokannabinoidler (Abeyesinhe, 2014).

Alkol bağımlılığı, bireylerin bilişsel işlevlerini de bozabilir. Kronik alkol kötüye kullanımı, uzamsal işleme, yürütücü işlevler, sözel akıcılık, çalışma belleği, tepki inhibisyonu ve saldırganlık gibi sosyal sorunlar gibi çeşitli bilişsel bozukluklara bağlanmıştır. Bu bilişsel bozukluklar, hastaların tedaviden yararlanmasını ve alkol bağımlılığından kurtulmasını zorlaştırabilir. Alkol bağımlılarının görsel-uzamsal yetenekleri, anlık bellek, gecikmeli bellek ve genel bilişsel işlevleri ortalamanın altında bulunmuştur. Bu bilişsel sorunlar tedaviden erken ayrılmaya ve daha yüksek nüks etme oranlarına yol açabilir (Abeyesinhe, 2014).

### **1.19. Bağımlılık Döngüsü**

Kişi, madde kullanmadan önce hem merak hem de korku hisseder. Korkusunu aştığında, merak duygusuyla ve "Bir kereden bir şey olmaz" inancıyla ilk kullanımını yapar. Bu kullanım, bağımlılık döngüsünün ilk aşamasıdır. Merak ve kullanma arzusuyla başlayan, kişinin kontrolünü yitirmesiyle devam eden ve sonunda kişinin kendini durduramadığı bir süreç yaşanır. Kişi, madde kullanımını bırakmaya karar verip tedavi sürecine katılabilir, ancak "Bir kereden bir şey olmaz" inancıyla yeniden madde kullandığında, döngüye tekrar girer. Bazı

uyuşturucu maddeler, tek kullanımla bile bağımlılık yapabilir. İlk kullanımdan sonra kişi, yoksunluk semptomlarıyla karşılaşır ve maddeye başvurması daha kolaylaşır. Bir kere madde kullanmak, birçok kere kullanmanın işaretidir ve bağımlı olma tehlikesi vardır (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2018).

**Görsel 1.1.** Bağımlılık Döngüsü (*Madde Bağımlılığı, 2023*).



### 1.20. Bağımlılık Oluşumunda Biyopsikososyal Risk Faktörleri

Bağımlılık yapan ilaçların kişilerin fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığı üzerindeki etkilerinin incelendiği araştırmada, bu ilaçların kişilerin biyopsikososyal yönlerini olumsuz etkilediği görülmüştür. Bağımlı kişilerin birçok fiziksel hastalık, psikolojik sorunlar, aile ve iş problemleri, suç ve şiddet eğilimi, sosyal izolasyon ve damgalama yaşadığı sonucuna varılmıştır (Al-Kandari, Yacoub, & Omu, 2007).

Travma, bireyler için psikolojik olarak ezici olan rahatsız edici olaylar olarak tanımlanmaktadır. Travmaya maruz kalmak, madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere çeşitli ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir. Travma ve bağımlılık arasındaki ilişkinin karmaşık ve çok boyutlu olduğu göz önüne alındığında, bu ilişkinin anlaşılması için bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır (Wiechelt & Straussner, 2015).

Çocukluk çağı travması, fiziksel, duygusal veya cinsel istismar, ihmal, aile içi şiddet, ebeveyn kaybı veya boşanma gibi olayları içerir. Bu olaylar, çocukların kendilerini, duygularını ve davranışlarını olumsuz etkileyebilir. Çocuklar, kendilerini güvende hissetmeyen, değersiz, yetersiz, suçlu, utanç duyan veya korkan bireyler haline gelebilirler. Uyuşturucu kullanımı, travmatik anıları bastırmak, duygusal acıyı hafifletmek, kendine güven kazanmak,

sosyalleşmek veya sorunlardan kaçış için bir baş etme mekanizması olarak kullanılabilir. Bir kaçış yöntemi olarak başlanan uyuşturucu kullanımı ise, beyindeki nörotransmitterlerin dengesini bozarak bağımlılığa yol açabilmektedir (Bernstein, Childhood Trauma and Drug Addiction: Assessment, Diagnosis, and Treatment, 2000).

Psikososyal stresörler, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde yaşanan travmatik, zorlayıcı veya olumsuz olayları kapsamaktadır. Bu olaylar, bireylerin madde kullanımına yönelmesine ve suç işlemesine neden olabilmektedir. Madde bağımlıları ve madde kullanım geçmişi olanlar, suç oranlarının yüksek olduğu bir grup oluşturmaktadır. Bazı uyuşturucu maddelerin kullanımı, kanunen yasak olduğu için suç sayılmaktadır. Ayrıca, uyuşturucu kullanımı ile ilişkili suçlar, uyuşturucu temin etmek için para bulma gereksinimi ve uyuşturucu maddelerin şiddete katkısı gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Madde kullanımı ve suç arasında, bireysel ve toplumsal düzeyde güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Grahn R. , Padyab, Hall, & Lundgren, 2020).

Ebeveynlerle kurulan duygusal ilişkinin uyuşturucu bağımlılığı üzerindeki etkisini incelendiğinde, duygusal yakınlık eksikliğinin, bağımlılığın başlaması için bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Bağımlıların, ebeveynlerinin sürekli gözetiminden ve desteğinden yoksun kaldıklarını ve bu durumun da diğer koruyucu faktörleri zayıflattığını ve uyuşturucu kullanma eğilimini artırdığı görülmektedir. Bağımlılığın başlamasının, erken gelişim evrelerinde yaşanan zorluklar, ebeveynlerle duygusal sorunların çözülmemesi ve olumsuz psikososyal faktörlerin bir araya gelmesiyle oluşabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca bağımlıların, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde daha fazla stresli deneyimlere maruz kaldıkları ve bunun da psikolojik işlevlerini bozduğu bulunmuştur. Aile, çocuğun kişilik gelişiminde önemli bir rol oynamakta ve uyuşturucu bağımlılığı da dâhil olmak üzere birçok psikolojik ve davranışsal bozukluğun önlenmesi için bir temel oluşturmaktadır. Dolayısıyla aile içi risk faktörleri, çocukluk ve ergenlik döneminde uyuşturucu bağımlılığı başlangıcında etkili olmaktadır (Zimić & Jukić, 2012).

Maddenin gençler arasında kötüye kullanımını tetikleyen önemli faktörlerin başında maddeye erişilebilirlik ve bulunabilirlik gelmektedir. Gençler arasında madde kötüye kullanımına katkıda bulunan risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, yoksulluk, akran baskısı ve medya, aile yapısı ve ilişkileri ile maddeye erişilebilirlik bulunmaktadır. Bu işlev bozuklukları, ev içi madde kötüye kullanımı, ev içi zihinsel hastalık, ev içi şiddete maruz kalma, ebeveyn ayrılığı ve ev içi suçluluk gibi faktörleri içermektedir. Tersine, üniversite eğitimi ile birlikte gelen yaşam tarzı değişikliği ve ebeveyn kontrolünden kaynaklanan algılanan özgürlük, riskli davranışın yaygınlığını artırmaktadır. Üniversite öğrencileri arasında zararlı alkol kullanımı, işlevsiz aile ortamları ve medya reklamlarının etkilerinin madde kötüye kullanımını tetikleyen faktörler olduğu görülmektedir. Bu grupta zararlı alkol kullanımına neden olan diğer sebepler arasında akran baskısı, akademik stres, ağır iş yükleri ve akranlar arasındaki sağlıksız rekabet bulunmaktadır. Ayrıca madde ve alkol kullanımı gösteren arkadaşlara sahip olma, ergenlikte

madde ve alkol kullanımının en önemli belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Gasa, Mkhize, Shumba, Cinini, & Gopal, 2022).

Kişinin genetik mirası, cinsiyeti, kişilik yapısı ve psikolojik durumuyla ilgili özellikleri biyolojik faktörleri kapsamaktadır. Bunlardan biri olan genetik miras, bağımlılık riskini artıran önemli bir unsurdur. Bazı genlerin, kişiyi bağımlılığa daha meyilli hale getirdiği araştırmalarla ortaya konmuştur. Aynı şekilde, aile bireylerinde bağımlılık görülen kişilerin, kendilerinin de bağımlı olma ihtimalinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet faktörüne baktığımızda ise, erkeklerin kadınlara göre daha fazla madde kullandığı ve daha erken yaşta alkol ve maddeye başladığı toplumsal alanda yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu da erkeklerin bağımlılık riskinin daha yüksek olduğunu işaret etmektedir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2018).

Kişinin psikolojik durumu bağımlılığa yatkınlığı etkileyebilmektedir. Depresyon, sosyal fobi, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ya da şizofreni gibi zihinsel rahatsızlıkları olan kişilerin, bağımlılık geliştirme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu kişiler, sorunlarıyla yüzleşmek yerine, alkol ve madde kullanarak kendilerini daha iyi hissedebileceklerini zannettikleri için bu maddelere yönelmeye eğilimlidirler. Kişilik yapısıyla ilgili bir diğer faktör ise, “dürtüsellik” olarak adlandırılan ve kişinin düşünmeden davranmasına yol açan özelliktir. Dürtüsellik, kişinin davranışlarını denetlemesini zorlaştırarak bağımlılık için bir risk faktörü haline gelmektedir. Dürtüsellik seviyesi yüksek olan kişiler, alkol ve madde kullanımı gibi tehlikeli davranışlara daha çok başvurmaktadır. Bu kişilerde genelde öfke kontrol sorunları, otoriteye karşı gelme, çevreye zarar verme gibi davranış bozuklukları da görülmektedir. Bu davranışlar, kişinin tedaviye gitmesini de engellemektedir. Kişinin yenilik ve macera peşinde koşması da madde kullanımında bir başka risk faktörüdür. Yenilik arayışı, kişinin sürekli risk alarak farklı şeyler denemesine sebep olmaktadır. Bu kişiler genelde tek bir maddeyle yetinmeyip farklı maddeleri deneyerek bağımlılığa daha kolay düşmektedirler (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2018).

Kişinin yaşadığı ortamla ilgili faktörler, özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde kişinin bağımlılık geliştirmesinde etkili olmaktadır. Örneğin, çatışmalı bir aile ortamında büyüyen çocuklar, ebeveynleri tarafından çok baskı altında tutulan ya da çok serbest bırakılan çocuklar ile tutarsız ebeveynlere sahip olan çocuklar, risk grubunda yer almaktadır. Ebeveynlerin alkol ve madde kullanması ve aile içinde şiddet olması da, gençlerin alkol ve madde kullanma olasılığını yükseltmektedir. Bu nedenle, böyle ailelerde yetişen çocuklar da riskli olarak değerlendirilmektedir. Arkadaş ve okul çevresi ile yetiştiği çevre de gençlerin bağımlılık riskini artıran faktörler arasındadır. Alkol ve madde kullanan arkadaşlara sahip olan bir genç, daha çok risk altındadır. Ayrıca, okul başarısı düşük, sosyal becerisi zayıf ve sorunlarla baş etme becerisi olmayan, hayır diyemeyen çocuklar da, erken yaşta alkol ve maddeye başlamaya yatkın olan çocuklardır (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2018).

## 2. BÖLÜM

### MATERYAL VE YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kasım 2023 – Ocak 2024 tarihleri arasında Çorum Hitit Üniversitesi öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir.

#### 2.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma örneklemini, araştırmamızı yaptığımız tarihlerde Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu ve Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokuluna devam eden öğrencilerden; çalışmaya dâhil edilme şartlarını sağlayan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 548 öğrenci oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü belirlenirken çalışma öncesi 0,05 anlamlılık seviyesi göz önünde tutularak (%95 güven aralığında) yapılan güç analizinin sonucuna göre belirlenen minimum katılımcı sayısına ulaşılmıştır.

Gönüllülerin çalışmamıza dâhil edilme şartları Hitit Üniversitesinde öğrenimine devam etmek ve bu çalışmada gönüllü olarak araştırmaya katılmak olarak belirlenmiştir ve bu kriterleri sağlayanlar ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

#### 2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veri toplama aracı olarak “Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörleri Anket Formu” kullanılmıştır. Veriler çalışma hakkında anket başlangıcında katılımcılarına bilgi verilerek, “Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı il

e Risk Faktörleri Anket Formu” ile çevrimiçi Google anket formu aracılığıyla sağlanmıştır.

##### 2.3.1. “Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörleri Anket Formu”

“Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörleri Anket Formu” 7 sosyo-demografik tanımlayıcı soru ve 18 ilaç ve madde kullanım sıklığını içeren, risk ve koruyucu faktör oluşturabilecek yaşantılar hakkında veri almakta kullanılacak etik kurul onayı alınan toplam 25 sorudan oluşmaktadır. “Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörleri Anket Formu” Ek 3’ te sunulmuştur.

## **2.4. İstatistiksel Analizler**

Çalışmamızda uygulanan anket ile elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Versiyon 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sunulurken, kategorik veriler için yüzde (%) ve katılımcı sayısı (n) verilmiştir. Anket soruları arasındaki oran kıyaslamaları ve ilişki araştırmaları çapraz tablo gözelerindeki örneklem büyüklüklerine bağlı olarak Ki-kare testi veya Fisher exact testi kullanılarak incelenmiştir. Çapraz tablodaki hücrelerin %20 veya daha fazlasında, beklenen frekans değeri 5 veya daha altında ise Ki-kare testi yerine Fisher exact testi kullanılmıştır.

$p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## **2.5. Etik Kurul Onayı**

Araştırmaya başlamak için Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek 1) ile birlikte Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu ve Hitit Üniversitesi Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu'ndan gerekli olan izinler alınmıştır (Ek 2). Araştırmaya başlamadan önce çalışmaya katılım sağlayacak gönüllü öğrencilere araştırmanın hedefi ve ankete katılım için yapmaları gerekenler ve araştırmaya katılım sağlama hususunda özgür olduklarına dair bilgi çevrimiçi anket çalışması üzerinde verilmiştir (Özerkliğe Saygı İlkesi). Kişisel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusundaki bilgi yine çevrimiçi ankette verilmiştir (Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi).

### 3. BÖLÜM

#### ARAŞTIRMA VE BULGULAR

##### 3.1. Anket Formunun Analiz Sonuçları

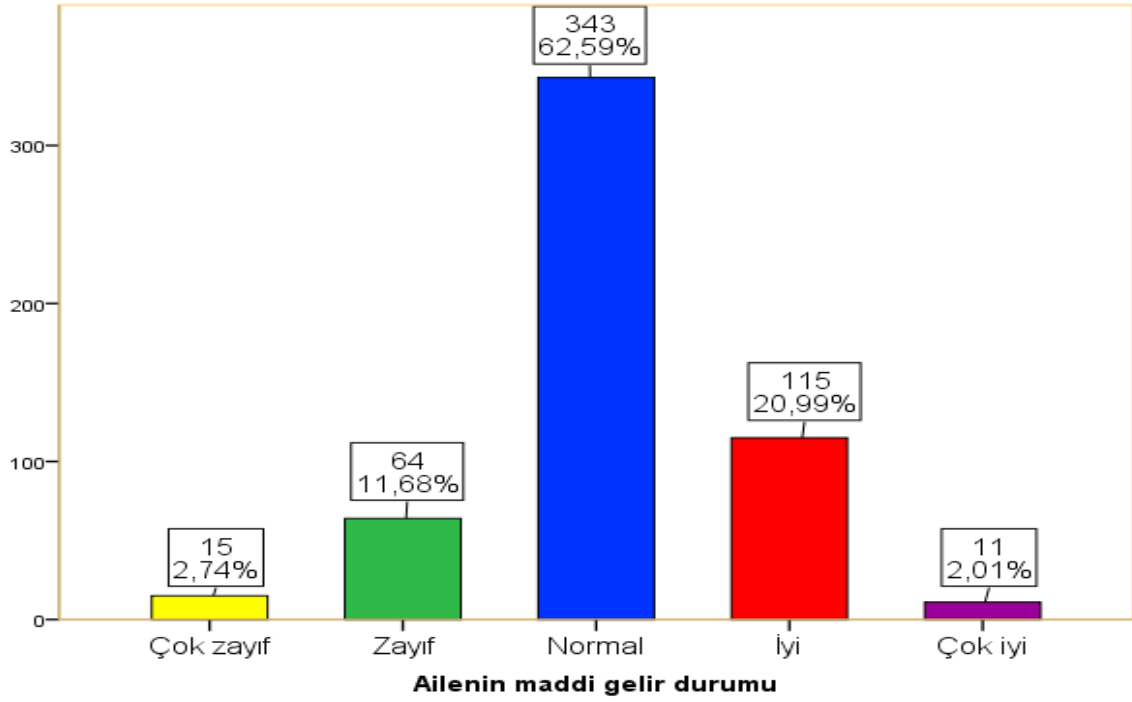
Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri Tablo 3.1’de gösterilmiştir. Katılımcıların %32,3 (n=177) ‘ü erkek ve %67,7 (n=371)’si kadındır. %52 (n=285) 1. Sınıfa devam eden, %48 (n=263) 2. sınıfa devam eden katılımcı vardır. Katılımcıların %36,3 (n=199)’ü Sağlık Hizmetleri MYO, %43,8 (n=240)’i Sosyal Bilimler MYO ve %19,9 (n=109)’u Teknik Bilimler MYO ‘nda öğrenim görmektedir. Katılımcıların %59,5 (n=326)’i yurttta, %35 (n=192)’i ailesi ile, %2,7 (n=15)’si öğrenci evinde tek kalmakta, %2,7 (n=15)’si ise öğrenci evinde arkadaşları ile kalmaktadır. Katılımcıların kardeş sayılarına bakıldığında %36,1 (n=198)’inin 3 kardeş olduğu, %31 (n=170)’inin 4 ve daha fazla kardeşe sahip olduğu, %27,2 (n=149)’sinin 2 kardeş olduğu ve %5,7 (n=31)’sinin ise tek çocuk olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.1.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler

		Frekans	Yüzde
<b>Cinsiyetiniz</b>	Erkek	177	32,3
	Kadın	371	67,7
<b>Sınıfınız</b>	1.Sınıf	285	52,0
	2.Sınıf	263	48,0
<b>Yüksekokulunuz</b>	Sağlık Hizmetleri MYO	199	36,3
	Sosyal Bilimler MYO	240	43,8
	Teknik Bilimler MYO	109	19,9
	Ailemle birlikte yaşıyorum	192	35,0
	Evde tek kalıyorum	15	2,7
<b>Barınma Durumunuz</b>	Öğrenci evinde arkadaşlarımla kalıyorum	15	2,7
	Yurttta kalıyorum	326	59,5
	1	31	5,7
	2	149	27,2

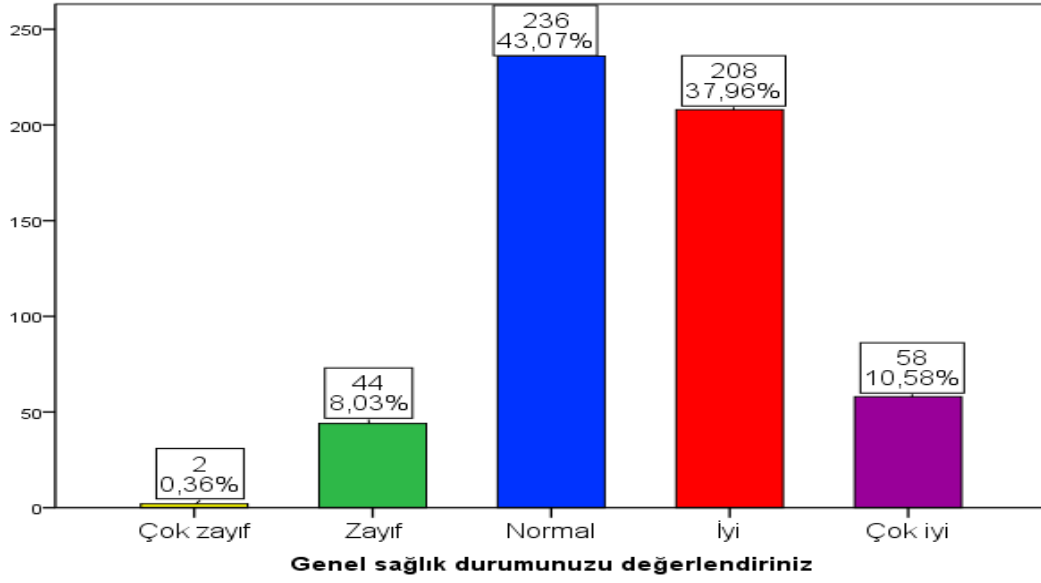
<b>Kardeş sayınız</b>	3	198	36,1
	4 ve daha fazla	170	31,0
<b>Toplam</b>		548	100,0

“Ailenizin maddi durumunu değerlendiriniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği Grafik 3.1’de gösterilmiştir. Katılımcıların, % 2,74 (n=15)’ü ailesinin maddi durumunu çok zayıf, %11,68 (n=64)’i zayıf, %62,59 (n=343)’u normal, %20,99 (n=115)’u iyi ve %2,01 (n=11)’i ise ailesinin maddi durumunu çok iyi olarak değerlendirmiştir.



**Grafik 3.1.** “Ailenizin maddi durumunu değerlendiriniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği (n=548)

“Genel sağlık durumunuzu değerlendiriniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği Grafik 3.2’de gösterilmiştir. Katılımcıların, % 0,36 (n=2)’sı genel sağlık durumunu çok zayıf, %8,03 (n=44)’ü zayıf, %43,07 (n=236)’si normal, %37,96 (n=208)’sı iyi ve %10,58 (n=58)’i ise genel sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirmiştir.



**Grafik 3.2.** “Genel sağlık durumunuzu değerlendiriniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği (n=548)

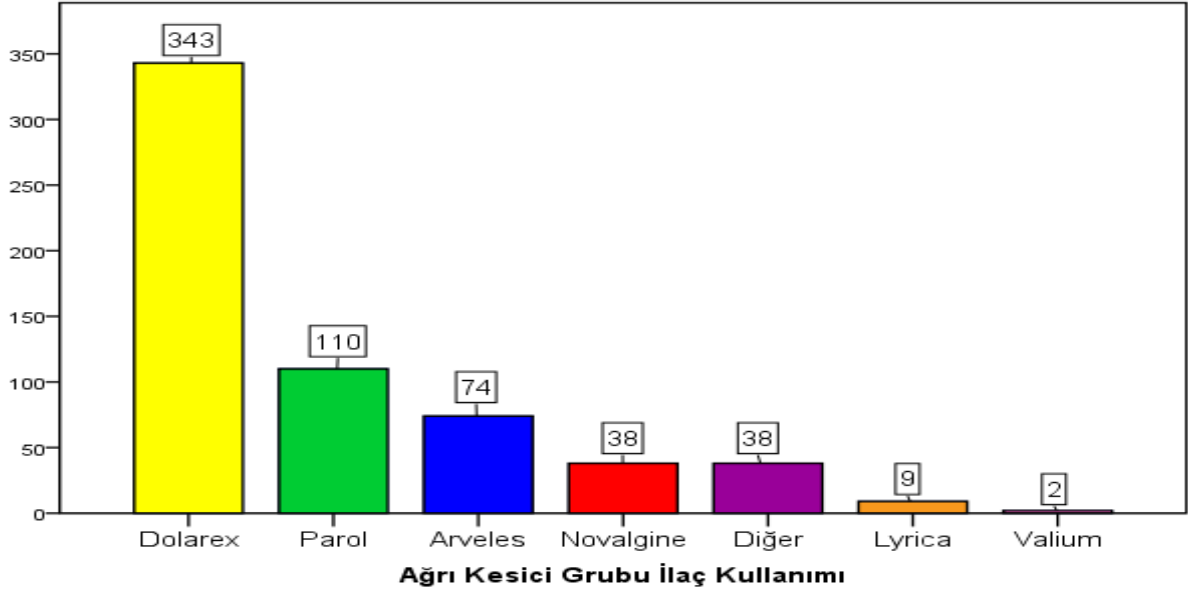
Katılımcıların “Aşağıdaki ağrı kesici grubu ilaçlardan kullandıklarınızı işaretleyiniz” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.2’de sunulmuştur.

**Tablo 3.2.** Katılımcıların “Aşağıdaki ağrı kesici grubu ilaçlardan kullandıklarınızı işaretleyiniz” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.

Kullanım durumu*		Cinsiyetiniz	
		Erkek	Kadın
		Frekans	Frekans
Dolarex	Yok	71	134
	Var	106	237
Novalgine	Yok	161	349
	Var	16	22
Lyrica	Yok	172	367
	Var	5	4
Valium	Yok	175	371
	Var	2	0
Arveles	Yok	163	311
	Var	14	60
Parol	Yok	145	293
	Var	32	78
Diğer	Yok	171	339
	Var	6	32

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

“Aşağıdaki ağrı kesici grubu ilaçlardan kullandıklarınızı işaretleyiniz” ifadesine verilen cevaplara ait çubuk grafiği Grafik 3.3’te gösterilmiştir. Bu maddede katılımcılar birden fazla seçim yapabilmişlerdir. Ankete katılanlardan 343 katılımcının Dolorex, 110 katılımcının Parol, 74 katılımcının Arveles, 38 katılımcının Novalgine, yine 38 katılımcının ise diğer ağrı kesici grubu ilaçları tercih ettiği, 9 katılımcının Lyrica ve 2 katılımcının ise Valium seçeneğini işaretlediği görülmektedir.



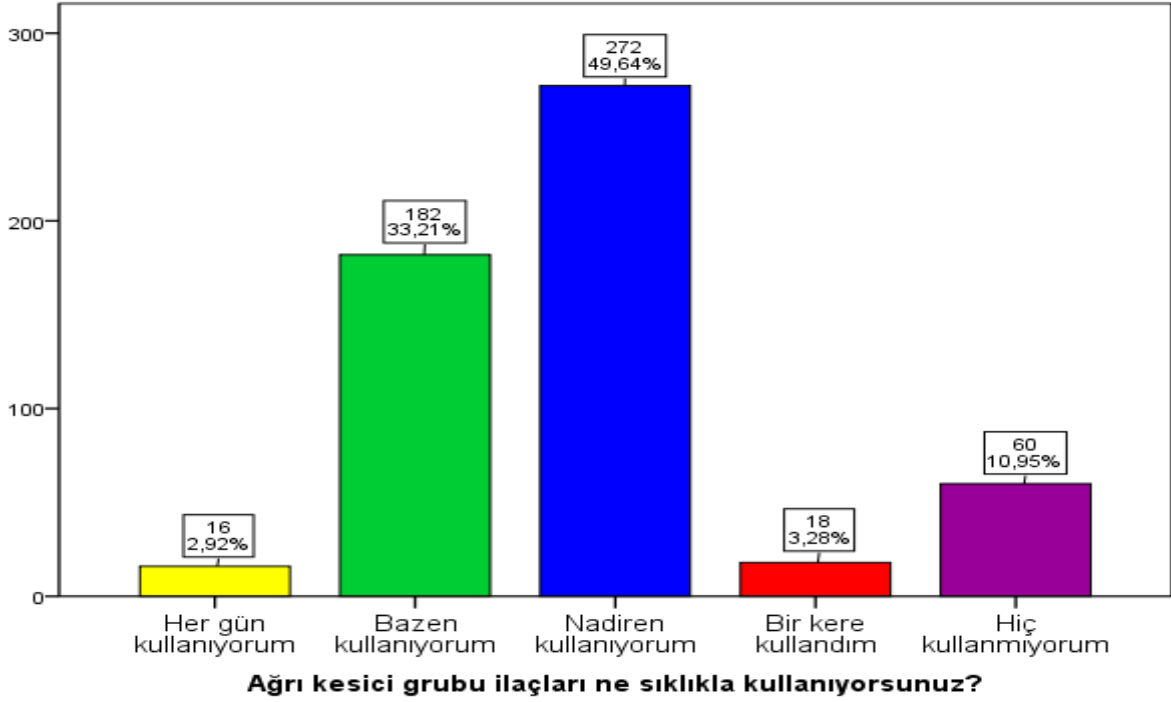
**Grafik 3.3.** “Aşağıdaki ağrı kesici grubu ilaçlardan kullandıklarınızı işaretleyiniz” ifadesine ilişkin çubuk grafiği (n=548)

Katılımcıların “Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.3’te sunulmuştur.

**Tablo 3.3.** Katılımcıların “Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Ağrı kesici grubu ilaç kullanımı	Bazen kullanıyorum	Frekans	37	145	182
		Yüzde	6,8%	26,5%	33,2%
	Bir kere kullandım	Frekans	9	9	18
		Yüzde	1,6%	1,6%	3,3%
	Her gün kullanıyorum	Frekans	8	8	16
		Yüzde	1,5%	1,5%	2,9%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	27	33	60
		Yüzde	4,9%	6,0%	10,9%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	96	176	272
		Yüzde	17,5%	32,1%	49,6%
Toplam	Frekans	177	371	548	
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%	

“Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ait çubuk grafiği Grafik 3.4.’te gösterilmiştir. Grafiğe göre, katılımcıların %2,92 (n=16)’sinin her gün, %33,21 (n=182)’inin bazen, %49,64 (n=272)’ünün nadiren, %3,28 (n=18)’inin bir kere ağrı kesici grubu ilaç kullandığı ve katılımcıların %10,95 (n=60)’inin hiç ağrı kesici grubu ilaç kullanmadığı görülmektedir.



**Grafik 3.4.** “Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548).

Katılımcıların “Kullandığınız uyku hapları varsa işaretleyiniz/yazınız.” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.4’te sunulmuştur. Tabloya göre katılımcıların % 7,66 (n=42)’sinin çeşitli uyku ilaçlarını kullandığı, %92,34 (n=506)’sının ise uyku ilacı kullanmadığı görülmektedir.

**Tablo 3.4.** Katılımcıların “Kullandığınız uyku hapları varsa işaretleyiniz/yazınız” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz		
		Erkek	Kadın	Toplam
Atarax	Frekans	1	1	2
	Yüzde	0,2%	0,2%	0,4%
Ativan	Frekans	2	0	2
	Yüzde	0,4%	0,0%	0,4%

Kullanılan uyku ilacı*		Frekans	1	2	3
		Citoles	Yüzde	0,2%	0,4%
Desyrel	Frekans	0	1	1	
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%	
Xanax	Frekans	0	1	1	
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%	
Redepra	Frekans	1	0	1	
	Yüzde	0,2%	0,0%	0,2%	
Unisom	Frekans	0	1	1	
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%	
İsmi hatırlamıyorum	Frekans	12	19	31	
	Yüzde	2,2%	3,5%	5,7%	
Toplam	Frekans	177	371	548	
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%	

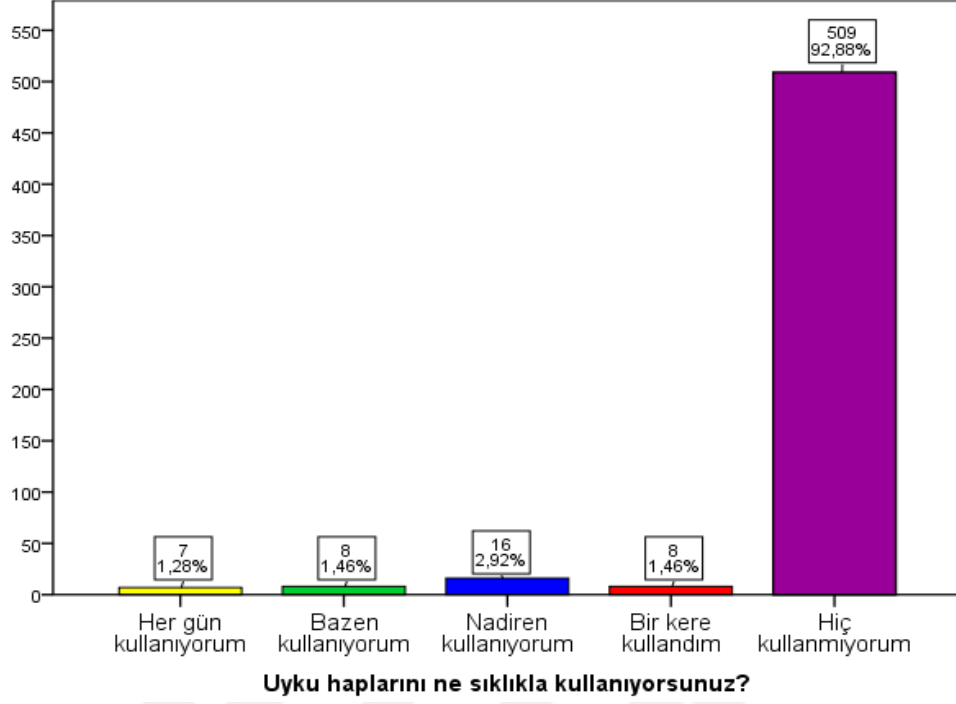
**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Katılımcıların “Uyku haplarını ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.5’de sunulmuştur.

**Tablo3.5.** Katılımcıların “Uyku haplarını ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Uyku ilacı kullanımı	Bazen kullanıyorum	Frekans	3	5	8
		Yüzde	0,5%	0,9%	1,5%
	Bir kere kullandım	Frekans	3	5	8
		Yüzde	0,5%	0,9%	1,5%
	Her gün kullanıyorum	Frekans	3	4	7
		Yüzde	0,5%	0,7%	1,3%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	161	348	509
		Yüzde	29,4%	63,5%	92,9%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	7	9	16
		Yüzde	1,3%	1,6%	2,9%
Toplam	Frekans	177	371	548	
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%	

“Uyku haplarını ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği Grafik 3.5’de gösterilmiştir. Grafiğe göre, katılımcıların %1,28 (n=7)’inin her gün, %1,46 (n=8)’sının bazen, %2,92 (n=16)’sinin nadiren, %1,46 (n=8)’sının bir kere uyku hapi kullandığı ve katılımcıların %92,88 (n=509)’inin hiç uyku ilacı kullanmadığı görülmektedir.



**Grafik 3.5.** “Uyku haplarını ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548).

Katılımcıların “Antidepresanlardan kullandıklarınız varsa işaretleyiniz/ yazınız” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.6’da sunulmuştur. Tabloya göre katılımcıların % 8,02 (n=44)’inin çeşitli antidepresan ilaçlar kullandığı, %91,98 (n=504)’sinin ise antidepresan ilaç kullanmadığı görülmektedir.

**Tablo 3.6.** Katılımcıların “Antidepresanlardan kullandıklarınız varsa işaretleyiniz/ yazınız” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Antidepresan kullanımı*	Kullanmıyorum	Frekans	164	340	504
		Yüzde	29,88%	62,1%	91,98%
	İsmini bilmiyorum	Frekans	0	1	1
		Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
	Cipraleks	Frekans	0	1	1
		Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
	Citoles	Frekans	0	1	1
		Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
	Fonksera	Yüzde	0	1	1
		Frekans	0,0%	0,2%	0,2%
Fulsac	Yüzde	0	1	1	
	Frekans	0,0%	0,2%	0,2%	
Prozac	Frekans	7	5	8	

	Yüzde	1,3%	1,0%	2,3%
Selectra	Frekans	4	16	19
	Yüzde	0,7%	3,0%	3,7%
Efexor	Frekans	0	1	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
Paxera	Frekans	1	1	2
		0,2%	0,2%	0,4%
Xanax	Yüzde	1	2	3
		0,2%	0,4%	0,6%
Zestat	Frekans	0	1	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
Misol	Frekans	0	1	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
Insomin	Frekans	0	1	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
Lustral	Frekans	0	1	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
İgnis	Frekans	0	1	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
Aripiprazol	Frekans	0	1	1
	Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
Toplam	Frekans	177	371	548
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

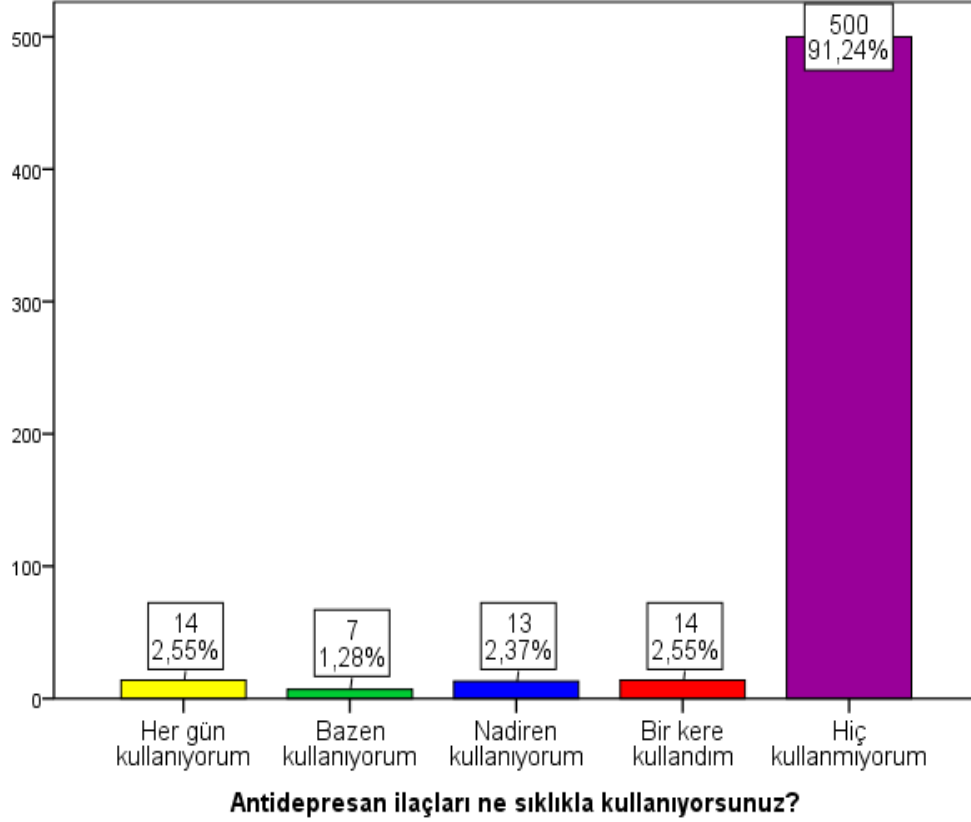
**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Katılımcıların “Antidepresan ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.7’de sunulmuştur.

**Tablo 3.7.** Katılımcıların “Antidepresan ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz		Toplam	
		Erkek	Kadın		
Antidepresan ilaç kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	2	12	14
		Yüzde	0,4%	2,2%	2,6%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	4	3	7
		Yüzde	0,7%	0,5%	1,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	5	8	13
		Yüzde	0,9%	1,5%	2,4%
	Bir kere kullandım	Frekans	2	12	14
		Yüzde	0,4%	2,2%	2,6%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	164	336	500
		Yüzde	29,9%	61,3%	91,2%
Toplam	Frekans	177	371	548	
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%	

“Antidepresan ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ait çubuk grafiği Grafik 3.6.’da verilmiştir. Grafiğe göre, katılımcıların %2,55 (n=14)’ünün her gün, %1,28 (n=7)’sının bazen, %2,37 (n=13)’sinin nadiren, %2,55 (n=14)’ünün bir kere antidepresan ilaç kullandığı ve katılımcıların %91,24 (n=500)’ünün hiç antidepresan ilaç kullanmadığı görülmektedir.



**Grafik 3.6.** “Antidepresan ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548).

Katılımcıların “İlaç almadığınızda aşağıdaki durum ya da durumlardan yaşadıklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.8’de verilmiştir. Katılımcıların, % 43,8 (n=240)’i soruyu cevaplandırmıştır. İlaç kullanmadıklarında iştah kaybı yaşayanların %3,9 (n=21), öfke yaşayanların %7 (n=39), uykusuzluk yaşayanların % 8,0 (n=49), devamlı yorgun hissedenlerin %14,9 (n=79) olduğu ve bu etkilerin hiçbirini yaşamayanların % 34,7 (n=190) olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.8.** Katılımcıların “İlaç almadığınızda aşağıdaki durum ya da durumlardan yaşadıklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
İlaç almadığınızda (ağrı kesici, uyku hapi ve ya antidepresan) yaşadığınız durumlar*	Devamlı yorgunluk	Frekans	77	163	240
		Yüzde	14,1%	29,7%	43,8%
	İştah kaybı	Frekans	16	63	79
		Yüzde	3,1%	11,8%	14,9%
	Uykusuzluk	Frekans	7	14	21
		Yüzde	1,3%	2,6%	3,9%
	Öfke	Frekans	12	37	49
		Yüzde	2,2%	6,8%	8,0%
	Hiçbiri	Frekans	9	30	39
		Yüzde	1,7%	5,3%	7,0%
	Toplam	Frekans	71	119	190
		Yüzde	13,0%	21,7%	34,7%
	Toplam	Frekans	177	371	548
		Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

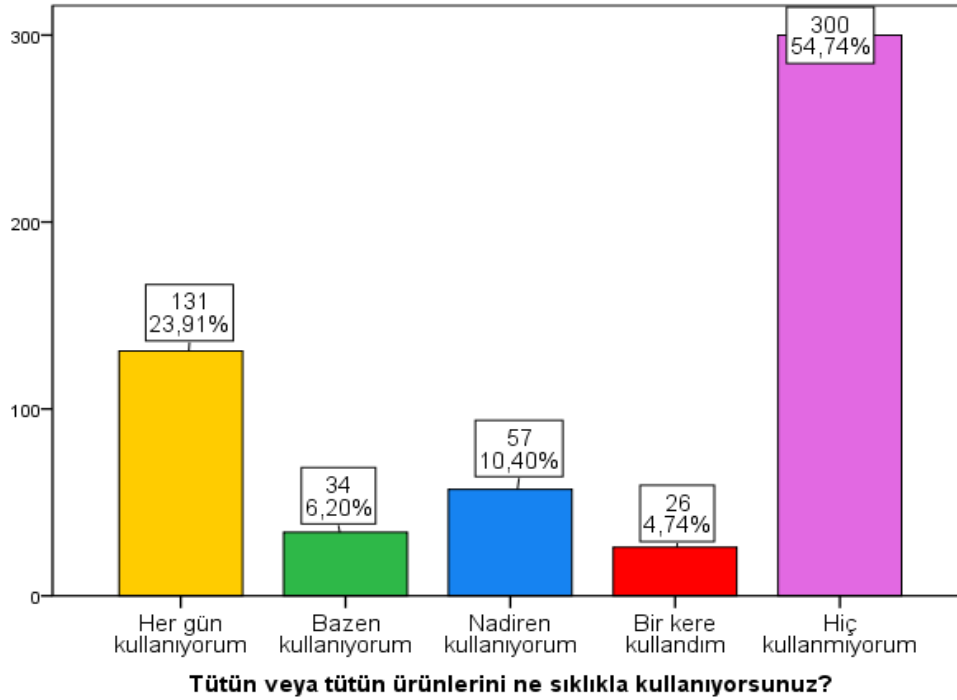
\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların “Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.9’da sunulmuştur.

**Tablo 3.9.** Katılımcıların “Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Tütün veya tütün ürünleri kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	67	64	131
		Yüzde	12,2%	11,7%	23,9%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	11	23	34
		Yüzde	2,0%	4,2%	6,2%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	20	37	57
		Yüzde	3,6%	6,8%	10,4%
	Bir kere kullandım	Frekans	10	16	26
		Yüzde	1,8%	2,9%	4,7%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	69	231	300
		Yüzde	12,6%	42,2%	54,7%
	Toplam	Frekans	177	371	548
		Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

“Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ait çubuk grafiği Grafik 3.7.’de sunulmuştur. Grafiğe göre, katılımcıların %23,91 (n=131)’inin her gün, %6,20 (n=34)’sinin bazen, %10,40 (n=57)’inin nadiren, %4,74 (n=26)’ünün bir kere Tütün veya tütün ürünlerini kullandığı ve katılımcıların %54,74 (n=300)’ünün hiç Tütün veya tütün ürünlerini kullanmadığı görülmektedir.



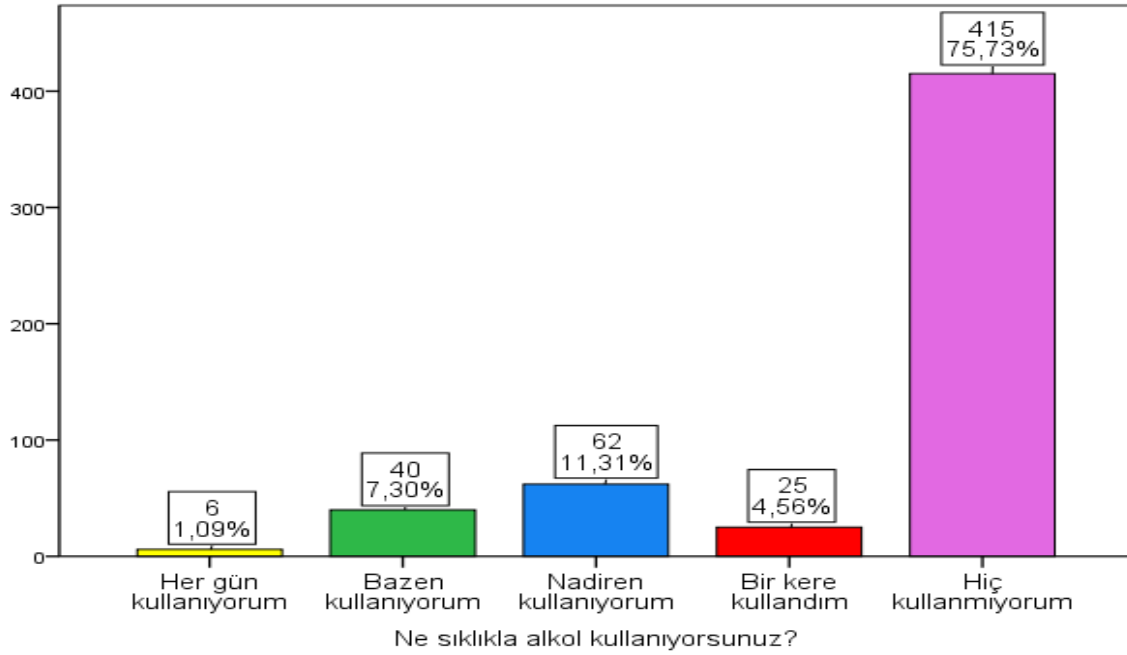
**Grafik 3.7.** Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548).

Katılımcıların “Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.10’da verilmiştir.

**Tablo 3.10.** Katılımcıların “Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Alkol kullanım durumu	Her gün kullanıyorum	Frekans	6	0	6
		Yüzde	1,1%	0,0%	1,1%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	27	13	40
		Yüzde	4,9%	2,4%	7,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	32	30	62
		Yüzde	5,8%	5,5%	11,3%
	Bir kere kullandım	Frekans	8	17	25
		Yüzde	1,5%	3,1%	4,6%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	104	311	415
		Yüzde	19,0%	56,8%	75,7%
Toplam	Frekans	177	371	548	
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%	

“Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ait çubuk grafiği Grafik 3.8.’de gösterilmiştir. Grafiğe göre, katılımcıların %1,09 (n=6)’unun her gün, %7,30 (n=40)’unun bazen, % 11,31 (n=57)’inin nadiren, % 4,56 (n=26)’sının bir kere alkol kullandığı ve katılımcıların % 75,73 (n=300)’ünün hiç alkol kullanmadığı görülmektedir.



**Grafik 3.8.** “Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara ilişkin çubuk grafiği (n=548).

Katılımcıların “Daha önce aşağıdaki yasaklı maddelerden kullandınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.11’de sunulmuştur. Katılımcıların, % 1,3 (n=7)’ ünün esrar, % 1 (n=5) ’inin meth (kristal/şekerleme) kullandığı ve %98,2 (n=538)’inin ise yasal olmayan madde kullanmadığı görülmektedir.

**Tablo 3.11.** Katılımcıların “Daha önce aşağıdaki yasaklı maddelerden kullandınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Yasal olmayan madde kullanımı*	Esrar	Frekans	5	2	7
		Yüzde	0,9%	0,4%	1,3%
	Meth (Kristal, Şekerleme)	Frekans	3	2	5
		Yüzde	0,6%	0,4%	1,0%
	Hayır kullanmadım	Frekans	171	367	538
		Yüzde	31,2%	67,0%	98,2%
Toplam		Frekans	177	371	548
		Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların “Çevrenizde yasaklı madde (esrar, eroin, meth, ecytasy, LSD, bonzai) kullanan var mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.12’de sunulmuştur. Katılımcıların, % 4,9 (n=27)’ u arkadaşlarının, % 1,3 (n=7) ’ü akrabalarının, %0,2 (n=1)’si aile

üyelerinden birinin, %0,2 (n=1)'si komşularından birinin yasaklı madde kullandığını belirtirken, %93,8 (n=514)' i çevresindekilerin yasaklı madde kullanmadığını belirtmektedir.

**Tablo 3.12.** Katılımcıların “Çevrenizde yasaklı madde (esrar, eroin, meth, ecytasy, LSD, bonzai) kullanan var mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Çevrenin yasaklı madde (esrar, eroin, meth, ecytasy, LSD, bonzai) kullananımı*	Hayır yok	Frekans	156	358	514
		Yüzde	28,5%	65,3%	93,8%
	Arkadaşlarım	Frekans	20	7	27
		Yüzde	3,7%	1,3%	4,9%
	Ailem	Frekans	0	1	1
		Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
	Akrabalarım	Frekans	2	5	7
		Yüzde	0,4%	0,9%	1,3%
	Komşum	Frekans	0	1	1
		Yüzde	0,0%	0,2%	0,2%
	Toplam	Frekans	177	371	548
		Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

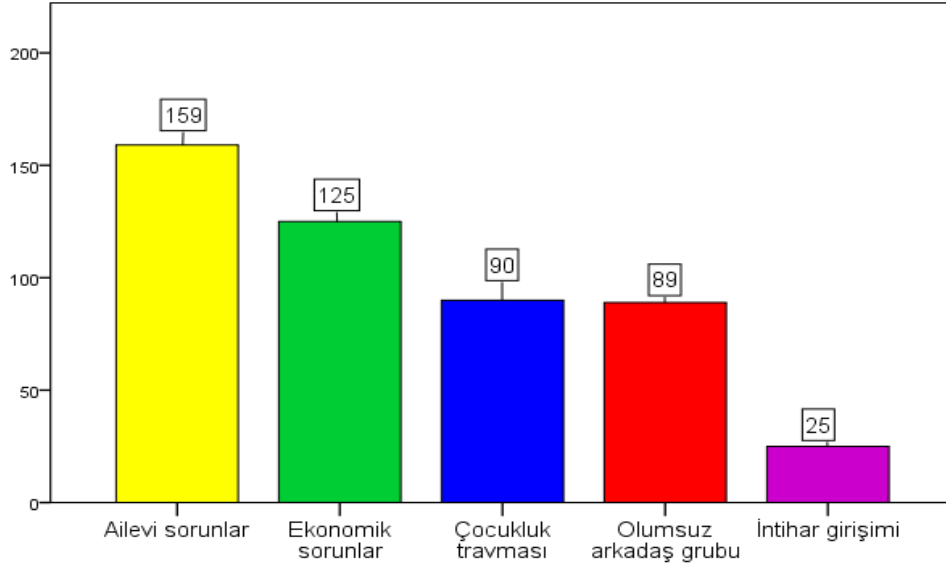
Katılımcıların “Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.13’de sunulmuştur. Katılımcıların %47,62 (n=261) ’si bu soruyu yanıtlamış yani belirtilen durumlardan en az birini işaretlemiştir, %52,38 (n=287) ’i ise bu soruyu yanıtlamamış, yani belirtilen durumlardan herhangi birini yaşamamıştır. Soruyu yanıtlayanlardan %16,4 (n=90) ’ü çocuklukta travmatik bir yaşantı ile karşılaştığını, %29 (159) ’u ailevi sorunlar yaşadığını, %22,8 (n=125) ’i ekonomik sorunlar yaşadığını, %4,6 (25) ’sı intihar girişiminde bulunduğunu, %16,2 (89) ’si ise olumsuz arkadaş ortamına sahip olduğunu belirtmektedir.

**Tablo 3.13.** Katılımcıların “Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları.

Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı? *	Cinsiyetiniz			
	Erkek	Kadın	Toplam	
Çocuklukta travmatik yaşantı	Frekans	22	68	90
	Yüzde	4,0%	12,4%	16,4%
Ailevi sorunlar	Frekans	41	118	159
	Yüzde	7,5%	21,5%	29,0%
Ekonomik sorunlar	Frekans	41	84	125
	Yüzde	7,5%	15,3%	22,8%
İntihar girişimi	Frekans	6	19	25
	Yüzde	1,1%	3,5%	4,6%
Olumsuz arkadaş ortamına sahip olma	Frekans	30	59	89
	Yüzde	5,5%	10,8%	16,2%

**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

“Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı?” ifadesine verilen cevaplara ait çubuk grafiği Grafik 3.9’da gösterilmiştir. Bu maddede katılımcılar birden fazla seçim yapabilmişlerdir. Soruyu yanıtlayanlardan %16,4 (n=90) ’ünün çocuklukta travmatik bir yaşantı ile karşılaştığı, %29 (159) ’unun ailevi sorunlar yaşadığı, %22,8 (n=125) ’inin ekonomik sorunlar yaşadığı, %4,6 (25) ’sının intihar girişiminde bulunduğu, %16,2 (89) ’sinin ise olumsuz arkadaş ortamına sahip olduğu görülmektedir.



**Grafik 3.9.** Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı?” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği.

Katılımcıların “Adli bir olaya karıştınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.14’te sunulmuştur. Tablo incelendiğinde, katılımcıların %94 (n=515) ’ünün adli bir olaya karışmadığı, %0,6 (n=3) ’sının hırsızlık, dolandırıcılık suçuna karıştığı, %3,6 (n=20) ’sının kavga, yaralama olaylarına karıştığı ve %1,8 (n=10) ’inin ise trafik suçları ile ilgili adli süreç yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 3.14.** Katılımcıların “Adli bir olaya karıştınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Adli bir olaya karıştınız mı?	Hayır karışmadım	Yüzde	155	360	515
		Frekans	28,3%	65,7%	94,0%
	Hırsızlık, Dolandırıcılık	Yüzde	1	2	3
		Frekans	0,2%	0,4%	0,6%
	Kavga, Yaralama	Yüzde	14	6	20
		Frekans	2,6%	1,1%	3,6%
	Trafik suçu	Yüzde	7	3	10
		Frekans	1,3%	0,5%	1,8%
	Toplam	Yüzde	177	371	548
		Frekans	32,3%	67,7%	100,0%

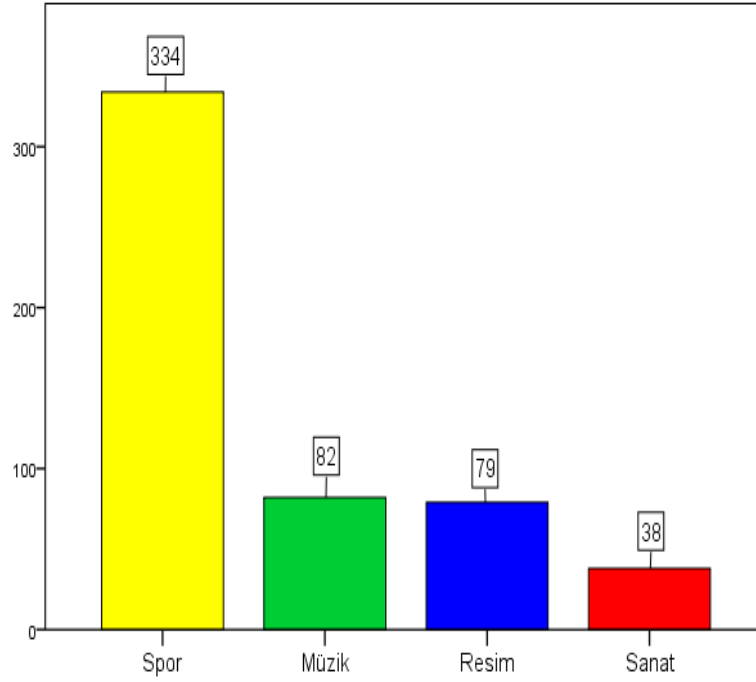
Katılımcıların “Adli bir olayın mağduru oldunuz mu?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.15 'de sunulmuştur. Tablo incelendiğinde, katılımcıların %94,3 (n=517) 'ünün adli bir olayın mağduru olmadığı, %2,6 (n=14) 'sının kavga, yaralama olaylarının mağduru olduğu, %0,9 (n=5) 'inin hırsızlık, dolandırıcılık suçunun mağduru olduğu, %2,2 (n=12) 'sinin trafik suçu dolayısıyla mağduriyet yaşadığı, %0,2 (n=1)'sinin cinsel istismar mağduru olduğu ve %0,2 (n=1)'sinin hakaret (sözel şiddet) yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 3.15.** Katılımcıların “Adli bir olayın mağduru oldunuz mu?” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548)

		Cinsiyetiniz				
		Erkek	Kadın	Toplam		
Adli bir olayın mağduru oldunuz mu? *	Hayır, mağdur olmadım	Yüzde	160	357	517	
		Frekans	29,2%	65,1%	94,3%	
	Kavga, Yaralama	Yüzde	7	7	14	
		Frekans	1,3%	1,3%	2,6%	
	Trafik suçu	Yüzde	7	5	12	
		Frekans	1,3%	0,9%	2,2%	
	Hırsızlık, Dolandırıcılık	Yüzde	4	1	5	
		Frekans	0,7%	0,2%	0,9%	
	Cinsel istismar	Yüzde	0	1	1	
		Frekans	0,0%	0,2%	0,2%	
	Hakaret	Yüzde	1	0	1	
		Frekans	0,2%	0,0%	0,2%	
	Toplam		Yüzde	177	371	548
			Frekans	32,3%	67,7%	100,0%

**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

“Aşağıdaki alanlardan herhangi biri ile uğraştınız mı?” ifadesine verilen cevaplara ait çubuk grafiği Grafik 3.10'da gösterilmiştir. Bu maddede katılımcılar birden fazla seçim yapabilmişlerdir. Katılımcılardan %60,94 (n=334) 'ünün spor, %14,96 (82) 'sının müzik, %14,41 (n=79) 'inin resim, %6,93 (38) 'ünün ise diğer sanatsal faaliyetler ile uğraştığı görülmektedir.



**Grafik 3.10.** “Aşağıdaki alanlardan herhangi biri ile uğraştınız mı?” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği.

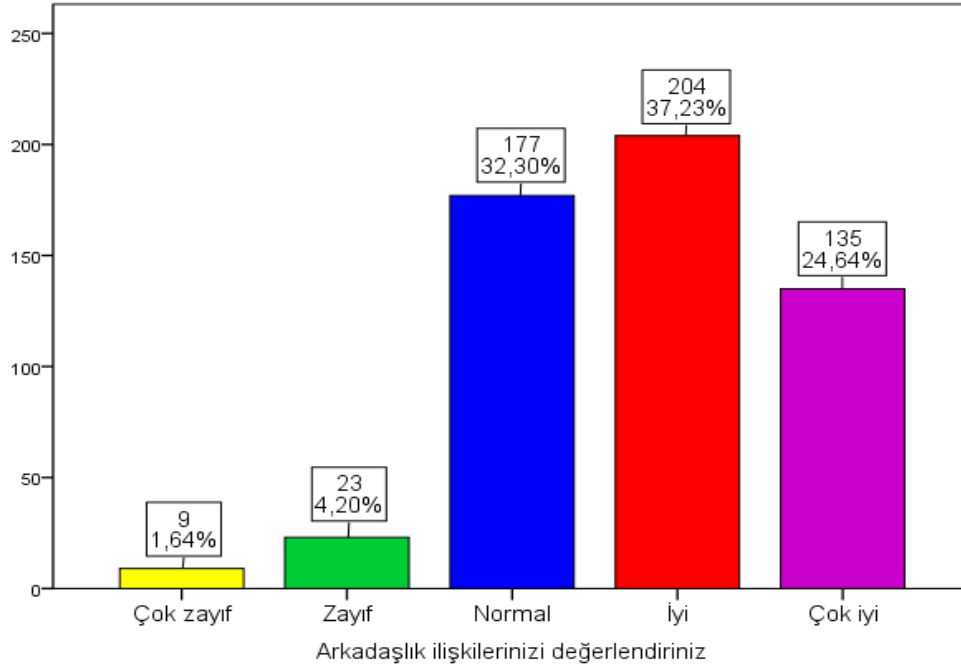
Katılımcıların “Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.16’te sunulmuştur.

**Tablo 3.16.** Katılımcıların “Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz	Çok zayıf	Yüzde	3	6	9
		Frekans	0,5%	1,1%	1,6%
	Zayıf	Yüzde	9	14	23
		Frekans	1,6%	2,6%	4,2%
	Normal	Yüzde	57	120	177
		Frekans	10,4%	21,9%	32,3%
	İyi	Yüzde	67	137	204
		Frekans	12,2%	25,0%	37,2%
	Çok iyi	Yüzde	41	94	135
		Frekans	7,5%	17,2%	24,6%
	Toplam	Yüzde	177	371	548
		Frekans	32,3%	67,7%	100,0%

“Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği Grafik 3.11’de gösterilmiştir. Grafiğe göre, katılımcılardan %1,64 (n=9) ’ü arkadaşlık ilişkilerini

çok zayıf, %4,20 (23) 'si zayıf, %32,30 (n=177) 'u normal, %37,23 (204) 'ü iyi ve % 24,64 (n=135)'ü ise arkadaşlık ilişkilerini çok iyi olarak değerlendirmektedir.



**Grafik 3.11.** “Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği.

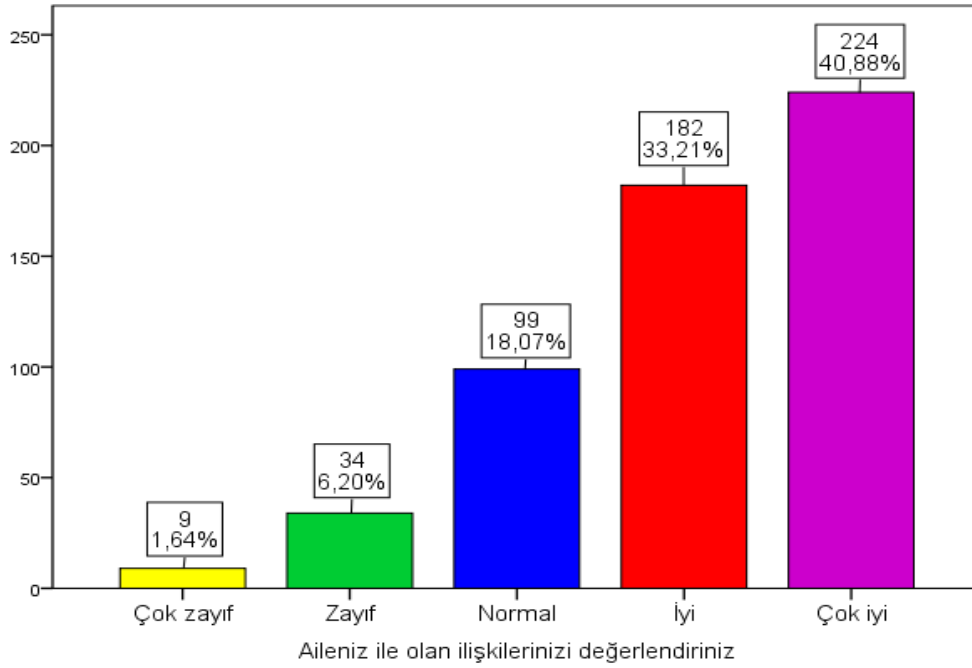
Katılımcıların “Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz” ifadesine verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.17’de sunulmuştur.

**Tablo 3.17.** Katılımcıların “Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz” sorusuna verdikleri yanıtların cinsiyete göre dağılımları (n=548).

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz	Çok zayıf	Frekans	5	4	9
		Yüzde	0,9%	0,7%	1,6%
	Zayıf	Frekans	14	20	34
		Yüzde	2,6%	3,6%	6,2%
	Normal	Frekans	25	74	99
		Yüzde	4,6%	13,5%	18,1%
	İyi	Frekans	64	118	182
		Yüzde	11,7%	21,5%	33,2%
	Çok iyi	Frekans	69	155	224
		Yüzde	12,6%	28,3%	40,9%
Toplam	Frekans	177	371	548	
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%	

“Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz” ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği Grafik 3.12’de gösterilmiştir. Grafiğe göre, katılımcılardan %1,64 (n=9) 'ü aile ilişkilerini çok

zayıf, %6,20 (34) 'si zayıf, %18,07 (n=99) 'si normal, %33,21 (182) 'i iyi ve % 40,88 (n=224)'i ise ailesi ile olan ilişkilerini çok iyi olarak değerlendirmektedir.



**Grafik 3.12.** "Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz" ifadesine verilen cevaplara ilişkin çubuk grafiği (n=548)

### 3.2. Uygulanan Anket Çalışmasındaki Sorular Arasında İlişki Araştırmaları

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ağrı kesici kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,033; Tablo 3.18).

**Tablo 3.18.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre ağrı kesici kullanım oranlarının karşılaştırılması

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Ağrı kesici kullanımı	Var	Frekans	19	21	40
		Beklenen değer	12,9	27,1	40,0
		Yüzde	3,5%	3,8%	7,3%
	Yok	Frekans	158	350	508
		Beklenen değer	164,1	343,9	508,0
		Yüzde	28,8%	63,9%	92,7%
Toplam	Frekans	177	371	548	
	Beklenen değer	177,0	371,0	548,0	
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 4,560$ ; P=0,033

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ağrı kesici kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.19).

**Tablo 3.19.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre ağrı kesici kullanım sıklığının karşılaştırılması

Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?		Cinsiyetiniz		
		Erkek	Kadın	Toplam
Her gün kullanıyorum	Frekans	8	8	16
	Beklenen değer	5,2	10,8	16,0
	Yüzde	1,5%	1,5%	2,9%
Bazen kullanıyorum	Frekans	37	145	182
	Beklenen değer	58,8	123,2	182,0
	Yüzde	6,8%	26,5%	33,2%
Nadiren kullanıyorum	Frekans	96	176	272
	Beklenen değer	87,9	184,1	272,0
	Yüzde	17,5%	32,1%	49,6%
Bir kere kullandım	Frekans	9	9	18
	Beklenen değer	5,8	12,2	18,0
	Yüzde	1,6%	1,6%	3,3%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	27	33	60
	Beklenen değer	19,4	40,6	60,0
	Yüzde	4,9%	6,0%	10,9%
Toplam	Frekans	177	371	548
	Beklenen değer	177,0	371,0	548,0
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 22,338$ ;  $P = 0,000$

Katılımcıların cinsiyetlerine göre tütün kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,000$ ; Tablo 3.20).

**Tablo 3.20.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre tütün kullanım sıklığının karşılaştırılması

Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?		Cinsiyetiniz		
		Erkek	Kadın	Toplam
Her gün kullanıyorum	Frekans	67	64	131
	Beklenen değer	42,3	88,7	131,0
	Yüzde	12,2%	11,7%	23,9%
Bazen kullanıyorum	Frekans	11	23	34
	Beklenen değer	11,0	23,0	34,0
	Yüzde	2,0%	4,2%	6,2%
Nadiren kullanıyorum	Frekans	20	37	57
	Beklenen değer	18,4	38,6	57,0
	Yüzde	3,6%	6,8%	10,4%
Bir kere kullandım	Frekans	10	16	26
	Beklenen değer	8,4	17,6	26,0
	Yüzde	1,8%	2,9%	4,7%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	69	231	300
	Beklenen değer	96,9	203,1	300,0
	Yüzde	12,6%	42,2%	54,7%
Toplam	Frekans	177	371	548
	Beklenen değer	177,0	371,0	548,0
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 33,795$ ;  $P = 0,000$

Katılımcıların cinsiyetlerine göre alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.21).

**Tablo 3.21.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması

Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?		Cinsiyetiniz		
		Erkek	Kadın	Toplam
Her gün kullanıyorum	Frekans	6	0	6
	Beklenen değer	1,9	4,1	6,0
	Yüzde	1,1%	0,0%	1,1%
Bazen kullanıyorum	Frekans	27	13	40
	Beklenen değer	12,9	27,1	40,0
	Yüzde	4,9%	2,4%	7,3%
Nadiren kullanıyorum	Frekans	32	30	62
	Beklenen değer	20,0	42,0	62,0
	Yüzde	5,8%	5,5%	11,3%
Bir kere kullandım	Frekans	8	17	25
	Beklenen değer	8,1	16,9	25,0
	Yüzde	1,5%	3,1%	4,6%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	104	311	415
	Beklenen değer	134,0	281,0	415,0
	Yüzde	19,0%	56,8%	75,7%
Toplam	Frekans	177	371	548
	Beklenen değer	177,0	371,0	548,0
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 55,765$ ; P=0,000

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yasaklı madde kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,039; Tablo 3.22).

**Tablo 3.22.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması

Yasaklı madde kullanım sıklığı		Cinsiyetiniz		
		Erkek	Kadın	Toplam
Her gün kullanıyorum	Frekans	1	1	2
	Beklenen değer	,6	1,4	2,0
	Yüzde	0,2%	0,2%	0,4%
Bazen kullanıyorum	Frekans	1	1	2
	Beklenen değer	,6	1,4	2,0
	Yüzde	0,2%	0,2%	0,4%
Nadiren kullanıyorum	Frekans	4	1	5
	Beklenen değer	1,6	3,4	5,0
	Yüzde	0,7%	0,2%	0,9%
Bir kere kullandım	Frekans	2	1	3
	Beklenen değer	1,0	2,0	3,0
	Yüzde	0,4%	0,2%	0,5%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	169	367	536
	Beklenen değer	173,1	362,9	536,0

	Yüzde	30,8%	67,0%	97,8%
	Frekans	177	371	548
Toplam	Beklenen değer	177,0	371,0	548,0
	Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,039

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ailevi sorunlar yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,037; Tablo 3.23).

**Tablo 3.23.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Ailevi sorunlar yaşama durumu	Var	Frekans	41	118	159
		Beklenen değer	51,4	107,6	159,0
		Yüzde	7,5%	21,5%	29,0%
	Yok	Frekans	136	253	389
		Beklenen değer	125,6	263,4	389,0
		Yüzde	24,8%	46,2%	71,0%
Toplam		Frekans	177	371	548
		Beklenen değer	177,0	371,0	548,0
		Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 4,345$ ; P=0,037

Katılımcıların cinsiyetlerine göre adli bir olaya karışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.24).

**Tablo 3.24.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre adli bir olaya karışma durumlarının karşılaştırılması.

		Cinsiyetiniz			
		Erkek	Kadın	Toplam	
Adli bir olaya karıştınız mı?					
Hayır karışmadım	Frekans	155	360	515	
	Beklenen değer	166,3	348,7	515,0	
	Yüzde	28,3%	65,7%	94,0%	
Hırsızlık, Dolandırıcılık	Frekans	1	2	3	
	Beklenen değer	1,0	2,0	3,0	
	Yüzde	0,2%	0,4%	0,5%	
Kavga, Yaralama	Frekans	14	6	20	
	Beklenen değer	6,5	13,5	20,0	
	Yüzde	2,6%	1,1%	3,6%	
Trafik suçu	Frekans	7	3	10	
	Beklenen değer	3,2	6,8	10,0	
	Yüzde	1,3%	0,5%	1,8%	
Toplam		Frekans	177	371	548
		Beklenen değer	177,0	371,0	548,0
		Yüzde	32,3%	67,7%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların devam ettikleri yüksek okul ile tütün kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,005; Tablo 3.25).

**Tablo 3.25.** Katılımcıların devam ettikleri yüksek okul ile tütün kullanım sıklığının karşılaştırılması.

Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?		Yüksekokulunuz			
		Sağlık Hizmetleri MYO	Sosyal Bilimler MYO	Teknik Bilimler MYO	Toplam
Her gün kullanıyorum	Frekans	30	66	35	131
	Beklenen değer	47,6	57,4	26,1	131,0
	Yüzde	5,5%	12,0%	6,4%	23,9%
Bazen kullanıyorum	Frekans	10	19	5	34
	Beklenen değer	12,3	14,9	6,8	34,0
	Yüzde	1,8%	3,5%	0,9%	6,2%
Nadiren kullanıyorum	Frekans	25	18	14	57
	Beklenen değer	20,7	25,0	11,3	57,0
	Yüzde	4,6%	3,3%	2,6%	10,4%
Bir kere kullandım	Frekans	9	14	3	26
	Beklenen değer	9,4	11,4	5,2	26,0
	Yüzde	1,6%	2,6%	0,5%	4,7%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	125	123	52	300
	Beklenen değer	108,9	131,4	59,7	300,0
	Yüzde	22,8%	22,4%	9,5%	54,7%
Toplam	Frekans	199	240	109	548
	Beklenen değer	199,0	240,0	109,0	548,0
	Yüzde	36,3%	43,8%	19,9%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (8) = 21,779$ ; P=0,005

Katılımcıların devam ettikleri yüksek okul ile adli bir olaya karışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,018; Tablo 3.26).

**Tablo 3.26.** Katılımcıların devam ettikleri yüksek okul ile adli bir olaya karışıp karışmama durumlarının karşılaştırılması

		Yüksekokulunuz				
		Sağlık Hizmetleri MYO	Sosyal Bilimler MYO	Teknik Bilimler MYO	Toplam	
Adli bir olaya karışma durumu	Var	Frekans	6	15	11	32
		Beklenen değer	11,6	14,0	6,4	32,0
		Yüzde	1,1%	2,7%	2,0%	5,8%
	Yok	Frekans	193	225	98	516
		Beklenen değer	187,4	226,0	102,6	516,0
		Yüzde	35,2%	41,1%	17,9%	94,2%
		Frekans	199	240	109	548

Toplam	Beklenen değer	199,0	240,0	109,0	548,0
	Yüzde	36,3%	43,8%	19,9%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (2) = 6,545$ ;  $P = 0,038$

Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile adli bir olayın mağduru olup olmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P = 0,018$ ; Tablo 3.27).

**Tablo 3.27.** Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile adli bir olayın mağduru olup olmama durumlarının karşılaştırılması.

		Yüksekokulunuz			Toplam	
		Sağlık Hizmetleri MYO	Sağlık Hizmetleri MYO	Sağlık Hizmetleri MYO		
Adli bir olayın mağduru olma durumu	Var	Frekans	3	12	9	24
		Beklenen değer	8,7	10,5	4,8	24,0
		Yüzde	0,5%	2,2%	1,6%	4,4%
	Yok	Frekans	196	228	100	524
		Beklenen değer	190,3	229,5	104,2	524,0
		Yüzde	35,8%	41,6%	18,2%	95,6%
Toplam	Frekans	199	240	109	548	
	Beklenen değer	199,0	240,0	109,0	548,0	
	Yüzde	36,3%	43,8%	19,9%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (2) = 8,053$ ;  $P = 0,018$

Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P = 0,020$ ; Tablo 3.28).

**Tablo 3.28.** Katılımcıların devam ettikleri yüksekokul ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumlarının karşılaştırılması

Yüksekokulunuz	Olumsuz arkadaş grubu			Toplam
	Var	Yok		
Sağlık Hizmetleri MYO	Frekans	31	168	199
	Beklenen değer	32,3	166,7	199,0
	Yüzde	5,7%	30,7%	36,3%
Sosyal Bilimler MYO	Frekans	31	209	240
	Beklenen değer	39,0	201,0	240,0
	Yüzde	5,7%	38,1%	43,8%
Teknik Bilimler MYO	Frekans	27	82	109
	Beklenen değer	17,7	91,3	109,0
	Yüzde	4,9%	15,0%	19,9%
Toplam	Frekans	89	459	548
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0
	Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (2) = 7,844$ ;  $P = 0,020$

Katılımcıların genel sağlık durumları ile çocuklukta travması yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.29).

**Tablo 3.29.** Katılımcıların genel sağlık durumları ile çocuklukta travması yaşama durumlarının karşılaştırılması

		Çocuklukta travmatik yaşantı			
		Var	Yok	Toplam	
Genel sağlık durumu	Çok iyi	Frekans	7	51	58
		Beklenen değer	9,5	48,5	58,0
		Yüzde	1,3%	9,3%	10,6%
	İyi	Frekans	22	186	208
		Beklenen değer	34,2	173,8	208,0
		Yüzde	4,0%	33,9%	38,0%
	Normal	Frekans	45	191	236
		Beklenen değer	38,8	197,2	236,0
		Yüzde	8,2%	34,9%	43,1%
	Zayıf	Frekans	14	30	44
		Beklenen değer	7,2	36,8	44,0
		Yüzde	2,6%	5,5%	8,0%
	Çok zayıf	Frekans	2	0	2
		Beklenen değer	,3	1,7	2,0
		Yüzde	0,4%	0,0%	0,4%
	Toplam	Frekans	90	458	548
		Beklenen değer	90,0	458,0	548,0
		Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 24,958$ ; P=0,000

Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile uyku hapi kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,001; Tablo 3.30).

**Tablo 3.30.** Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Çocuklukta travmatik yaşantı			
		Var	Yok	Toplam	
Uyku hapi kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	5	2	7
		Beklenen değer	1,1	5,9	7,0
		Yüzde	0,9%	0,4%	1,3%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	3	5	8
		Beklenen değer	1,3	6,7	8,0
		Yüzde	0,5%	0,9%	1,5%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	5	11	16
		Beklenen değer	2,6	13,4	16,0
		Yüzde	0,9%	2,0%	2,9%
	Bir kere kullandım	Frekans	1	7	8
		Beklenen değer	1,3	6,7	8,0

	Yüzde	0,2%	1,3%	1,5%
	Frekans	76	433	509
Hiç kullanmıyorum	Beklenen değer	83,6	425,4	509,0
	Yüzde	13,9%	79,0%	92,9%
	Frekans	90	458	548
Toplam	Beklenen değer	90,0	458,0	548,0
	Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,001

Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile antidepresan kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.31).

**Tablo 3.31.** Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile antidepresan kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Çocuklukta travmatik yaşantı		Toplam	
		Var	Yok		
Antidepresan kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	5	9	14
		Beklenen değer	2,3	11,7	14,0
		Yüzde	0,9%	1,6%	2,6%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	4	3	7
		Beklenen değer	1,1	5,9	7,0
		Yüzde	0,7%	0,5%	1,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	9	4	13
		Beklenen değer	2,1	10,9	13,0
		Yüzde	1,6%	0,7%	2,4%
	Bir kere kullandım	Frekans	2	12	14
		Beklenen değer	2,3	11,7	14,0
		Yüzde	0,4%	2,2%	2,6%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	70	430	500	
	Beklenen değer	82,1	417,9	500,0	
	Yüzde	12,8%	78,5%	91,2%	
Toplam	Frekans	90	458	548	
	Beklenen değer	90,0	458,0	548,0	
	Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile ailevi sorunlar yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.32).

**Tablo 3.32.** Katılımcıların çocukluk travması ile ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.

		Çocuklukta travmatik yaşantı		Toplam	
		Var	Yok		
Ailevi sorunlar	Var	Frekans	49	110	159
		Beklenen değer	26,1	132,9	159,0
		Yüzde	8,9%	20,1%	29,0%
	Yok	Frekans	41	348	389
		Beklenen değer	63,9	325,1	389,0
		Yüzde	7,5%	63,5%	71,0%
Toplam	Frekans	90	458	548	
	Beklenen değer	90,0	458,0	548,0	
	Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 33,811$ ;  $P=0,000$

Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile ekonomik sorunlar yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,000$ ; Tablo 3.33).

**Tablo 3.33.** Katılımcıların çocukluk travması ile ekonomik sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.

		Çocuklukta travmatik yaşantı		Toplam	
		Var	Yok		
Ekonomik sorunlar	Var	Frekans	46	79	125
		Beklenen değer	20,5	104,5	125,0
		Yüzde	8,4%	14,4%	22,8%
	Yok	Frekans	44	379	423
		Beklenen değer	69,5	353,5	423,0
		Yüzde	8,0%	69,2%	77,2%
Toplam	Frekans	90	458	548	
	Beklenen değer	90,0	458,0	548,0	
	Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 48,986$ ;  $P=0,000$

Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,000$ ; Tablo 3.34).

**Tablo 3.34.** Katılımcıların çocukluk travması ile intihar girişiminde bulunma durumlarının karşılaştırılması.

		Çocuklukta travmatik yaşantı			
		Var	Yok	Toplam	
İntihar girişimi	Var	Frekans	13	12	25
		Beklenen değer	4,1	20,9	25,0
		Yüzde	2,4%	2,2%	4,6%
	Yok	Frekans	77	446	523
		Beklenen değer	85,9	437,1	523,0
		Yüzde	14,1%	81,4%	95,4%
Toplam	Frekans	90	458	548	
	Beklenen değer	90,0	458,0	548,0	
	Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.35).

**Tablo 3.35.** Katılımcıların çocukluk travması ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olmaları durumlarının karşılaştırılması.

		Çocuklukta travmatik yaşantı			
		Var	Yok	Toplam	
Olumsuz arkadaş grubu	Var	Frekans	29	60	89
		Beklenen değer	14,6	74,4	89,0
		Yüzde	5,3%	10,9%	16,2%
	Yok	Frekans	61	398	459
		Beklenen değer	75,4	383,6	459,0
		Yüzde	11,1%	72,6%	83,8%
Toplam	Frekans	90	458	548	
	Beklenen değer	90,0	458,0	548,0	
	Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 20,218$ ; P=0,000

Katılımcıların çocukluk travması yaşama durumu ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,007; Tablo 3.36).

**Tablo 3.36.** Katılımcıların çocukluk travması ile aile ilişkilerinin karşılaştırılması.

		Çocuklukta travmatik yaşantı		
		Var	Yok	Toplam
Çok iyi	Frekans	28	196	224
	Beklenen değer	36,8	187,2	224,0
	Yüzde	5,1%	35,8%	40,9%
	Frekans	26	156	182

Aile ilişkileri	İyi	Beklenen değer	29,9	152,1	182,0
		Yüzde	4,7%	28,5%	33,2%
	Normal	Frekans	23	76	99
		Beklenen değer	16,3	82,7	99,0
		Yüzde	4,2%	13,9%	18,1%
		Frekans	9	25	34
	Zayıf	Beklenen değer	5,6	28,4	34,0
		Yüzde	1,6%	4,6%	6,2%
		Frekans	4	5	9
		Beklenen değer	1,5	7,5	9,0
	Çok zayıf	Yüzde	0,7%	0,9%	1,6%
		Frekans	90	458	548
Toplam	Beklenen değer	90,0	458,0	548,0	
	Yüzde	16,4%	83,6%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2(4) = 14,111$ ;  $P=0,007$

Katılımcıların ailevi sorunlar yaşama ile uyku hapi kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,003$ ; Tablo 3.37).

**Tablo 3.37.** Katılımcıların ailevi sorunlar yaşama ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Ailevi sorunlar			
		Var	Yok	Toplam	
Uyku hapi kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	2	5	7
		Beklenen değer	2,0	5,0	7,0
		Yüzde	0,4%	0,9%	1,3%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	4	4	8
		Beklenen değer	2,3	5,7	8,0
		Yüzde	0,7%	0,7%	1,5%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	10	6	16
		Beklenen değer	4,6	11,4	16,0
		Yüzde	1,8%	1,1%	2,9%
	Bir kere kullandım	Frekans	5	3	8
		Beklenen değer	2,3	5,7	8,0
		Yüzde	0,9%	0,5%	1,5%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	138	371	509
		Beklenen değer	147,7	361,3	509,0
		Yüzde	25,2%	67,7%	92,9%
	Toplam	Frekans	159	389	548
		Beklenen değer	159,0	389,0	548,0
		Yüzde	29,0%	71,0%	100,0%

\*Fisher exact test  $P=0,003$

Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ile intihar girişiminde bulunmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.38).

**Tablo 3.38.** Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ile intihar girişiminde bulunma durumlarının karşılaştırılması.

		Ekonomik sorunlar		Toplam	
		Var	Yok		
İntihar girişimi	Var	Frekans	13	12	25
		Beklenen değer	5,7	19,3	25,0
		Yüzde	2,4%	2,2%	4,6%
	Yok	Frekans	112	411	523
		Beklenen değer	119,3	403,7	523,0
		Yüzde	20,4%	75,0%	95,4%
Toplam	Frekans	125	423	548	
	Beklenen değer	125,0	423,0	548,0	
	Yüzde	22,8%	77,2%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 12,676$ ; P=0,000

Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşaması ile olumsuz arkadaş ortamına sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.39).

**Tablo 3.39.** Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşaması ile olumsuz arkadaş ortamına sahip olma durumlarının karşılaştırılması.

		Ekonomik sorunlar		Toplam	
		Var	Yok		
Olumsuz arkadaş grubu	Var	Frekans	34	55	89
		Beklenen değer	20,3	68,7	89,0
		Yüzde	6,2%	10,0%	16,2%
	Yok	Frekans	91	368	459
		Beklenen değer	104,7	354,3	459,0
		Yüzde	16,6%	67,2%	83,8%
Toplam	Frekans	125	423	548	
	Beklenen değer	125,0	423,0	548,0	
	Yüzde	22,8%	77,2%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 14,298$ ; P=0,000

Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ile adli bir olaya karışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,013; Tablo 3.40).

**Tablo 3.40.** Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ile adli bir olaya karışma durumlarının karşılaştırılması.

		Ekonomik sorunlar			
		Var	Yok	Toplam	
Adli bir olaya karışma	Var	Frekans	13	19	32
		Beklenen değer	7,3	24,7	32,0
		Yüzde	2,4%	3,5%	5,8%
	Yok	Frekans	112	404	516
		Beklenen değer	117,7	398,3	516,0
		Yüzde	20,4%	73,7%	94,2%
Toplam	Frekans	125	423	548	
	Beklenen değer	125,0	423,0	548,0	
	Yüzde	22,8%	77,2%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 6,126$ ;  $P=0,013$

Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,000$ ; Tablo 3.41).

**Tablo 3.41.** Katılımcıların ekonomik sorunlar yaşama ve aile ilişkilerinin karşılaştırılması.

		Ekonomik sorunlar			
		Var	Yok	Toplam	
Aile ilişkileri	Çok iyi	Frekans	184	40	224
		Beklenen değer	172,9	51,1	224,0
		Yüzde	33,6%	7,3%	40,9%
	İyi	Frekans	149	33	182
		Beklenen değer	140,5	41,5	182,0
		Yüzde	27,2%	6,0%	33,2%
	Normal	Frekans	64	35	99
		Beklenen değer	76,4	22,6	99,0
		Yüzde	11,7%	6,4%	18,1%
	Zayıf	Frekans	20	14	34
		Beklenen değer	26,2	7,8	34,0
		Yüzde	3,6%	2,6%	6,2%
	Çok zayıf	Frekans	6	3	9
		Beklenen değer	6,9	2,1	9,0
		Yüzde	1,1%	0,5%	1,6%
Toplam	Frekans	423	125	548	
	Beklenen değer	423,0	125,0	548,0	
	Yüzde	77,2%	22,8%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 21,310$ ;  $P=0,000$

Katılımcıların genel sağlık durumları ile intihar girişiminde bulunmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,000$ ; Tablo 3.42).

**Tablo 3.42.** Katılımcıların genel sağlık durumları ile intihar girişiminde bulunma durumlarının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi			
		Var	Yok	Toplam	
Genel sağlık durumu	Çok iyi	Frekans	1	57	58
		Beklenen değer	2,6	55,4	58,0
		Yüzde	0,2%	10,4%	10,6%
	İyi	Frekans	2	206	208
		Beklenen değer	9,5	198,5	208,0
		Yüzde	0,4%	37,6%	38,0%
	Normal	Frekans	13	223	236
		Beklenen değer	10,8	225,2	236,0
		Yüzde	2,4%	40,7%	43,1%
	Zayıf	Frekans	8	36	44
		Beklenen değer	2,0	42,0	44,0
		Yüzde	1,5%	6,6%	8,0%
	Çok zayıf	Frekans	1	1	2
		Beklenen değer	0,1	1,9	2,0
		Yüzde	0,2%	0,2%	0,4%
Toplam	Frekans	25	523	548	
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile ağrı kesici kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,002; Tablo 3.43).

**Tablo 3.43.** Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile ağrı kesici kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi			
		Var	Yok	Toplam	
Ağrı kesici kullanım	Her gün kullanıyorum	Frekans	3	13	16
		Beklenen değer	0,7	15,3	16,0
		Yüzde	0,5%	2,4%	2,9%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	15	167	182
		Beklenen değer	8,3	173,7	182,0
		Yüzde	2,7%	30,5%	33,2%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	7	265	272
		Beklenen değer	12,4	259,6	272,0
		Yüzde	1,3%	48,4%	49,6%
	Bir kere kullandım	Frekans	0	18	18
		Beklenen değer	,8	17,2	18,0
		Yüzde	0,0%	3,3%	3,3%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	0	60	60
		Beklenen değer	2,7	57,3	60,0

	Yüzde	0,0%	10,9%	10,9%
	Frekans	25	523	548
Toplam	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,002

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile uyku hapi kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.44).

**Tablo 3.44.** Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi			
		Var	Yok	Toplam	
Uyku hapi kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	3	4	7
		Beklenen değer	0,3	6,7	7,0
		Yüzde	0,5%	0,7%	1,3%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	2	6	8
		Beklenen değer	0,4	7,6	8,0
		Yüzde	0,4%	1,1%	1,5%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	7	9	16
		Beklenen değer	0,7	15,3	16,0
		Yüzde	1,3%	1,6%	2,9%
	Bir kere kullandım	Frekans	0	8	8
		Beklenen değer	0,4	7,6	8,0
		Yüzde	0,0%	1,5%	1,5%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	13	496	509	
	Beklenen değer	23,2	485,8	509,0	
	Yüzde	2,4%	90,5%	92,9%	
Toplam	Frekans	25	523	548	
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile antidepresan kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.45).

**Tablo 3.45.** Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile antidepresan kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi		
		Var	Yok	Toplam
Her gün kullanıyorum	Frekans	5	9	14
	Beklenen değer	0,6	13,4	14,0
	Yüzde	0,9%	1,6%	2,6%
Bazen kullanıyorum	Frekans	2	5	7
	Beklenen değer	0,3	6,7	7,0

Antidepresan kullanımı	Nadiren kullanıyorum	Yüzde	0,4%	0,9%	1,3%
		Frekans	4	9	13
		Beklenen değer	0,6	12,4	13,0
	Bir kere kullandım	Yüzde	0,7%	1,6%	2,4%
		Frekans	1	13	14
		Beklenen değer	0,6	13,4	14,0
	Hiç kullanmıyorum	Yüzde	0,2%	2,4%	2,6%
		Frekans	13	487	500
		Beklenen değer	22,8	477,2	500,0
Toplam	Yüzde	2,4%	88,9%	91,2%	
	Frekans	25	523	548	
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,010; Tablo 3.46).

**Tablo 3.46.** Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi			
		Var	Yok	Toplam	
Tütün ve tütün ürünleri kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	11	120	131
		Beklenen değer	6,0	125,0	131,0
		Yüzde	2,0%	21,9%	23,9%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	3	31	34
		Beklenen değer	1,6	32,4	34,0
		Yüzde	0,5%	5,7%	6,2%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	4	53	57
		Beklenen değer	2,6	54,4	57,0
		Yüzde	0,7%	9,7%	10,4%
	Bir kere kullandım	Frekans	1	25	26
		Beklenen değer	1,2	24,8	26,0
		Yüzde	0,2%	4,6%	4,7%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	6	294	300
		Beklenen değer	13,7	286,3	300,0
		Yüzde	1,1%	53,6%	54,7%
Toplam	Frekans	25	523	548	
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,010

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.47).

**Tablo 3.47.** Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi			
		Var	Yok	Toplam	
Alkol kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	2	4	6
		Beklenen değer	,3	5,7	6,0
		Yüzde	0,4%	0,7%	1,1%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	6	34	40
		Beklenen değer	1,8	38,2	40,0
		Yüzde	1,1%	6,2%	7,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	7	55	62
		Beklenen değer	2,8	59,2	62,0
		Yüzde	1,3%	10,0%	11,3%
	Bir kere kullandım	Frekans	1	24	25
		Beklenen değer	1,1	23,9	25,0
		Yüzde	0,2%	4,4%	4,6%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	9	406	415	
	Beklenen değer	18,9	396,1	415,0	
	Yüzde	1,6%	74,1%	75,7%	
Toplam	Frekans	25	523	548	
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile yasaklı madde kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,017; Tablo 3.48).

**Tablo 3.48.** Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumu ile yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi			
		Var	Yok	Toplam	
Yasaklı madde kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	0	2	2
		Beklenen değer	,1	1,9	2,0
		Yüzde	0,0%	0,4%	0,4%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	1	1	2
		Beklenen değer	,1	1,9	2,0
		Yüzde	0,2%	0,2%	0,4%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	1	4	5
		Beklenen değer	,2	4,8	5,0
		Yüzde	0,2%	0,7%	0,9%
	Bir kere kullandım	Frekans	1	2	3
		Beklenen değer	,1	2,9	3,0
		Yüzde	0,2%	0,4%	0,5%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	22	514	536	
	Beklenen değer	24,5	511,5	536,0	

	Yüzde	4,0%	93,8%	97,8%
	Frekans	25	523	548
Toplam	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,017

Katılımcıların intihar girişimi ile ailevi sorunlar yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.49).

**Tablo 3.49.** Katılımcıların intihar girişimi ile ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi		Toplam
		Var	Yok	
Ailevi sorunlar	Var	Frekans	19	159
		Beklenen değer	7,3	151,7
		Yüzde	3,5%	25,5%
	Yok	Frekans	6	383
		Beklenen değer	17,7	371,3
		Yüzde	1,1%	69,9%
Toplam	Frekans	25	523	548
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 28,078$ ; P=0,000

Katılımcıların intihar girişimi ile ekonomik sorunlar yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.50).

**Tablo 3.50.** Katılımcıların intihar girişimi ile ekonomik sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi		Toplam
		Var	Yok	
Ekonomik sorunlar	Var	Frekans	13	125
		Beklenen değer	5,7	119,3
		Yüzde	2,4%	20,4%
	Yok	Frekans	12	411
		Beklenen değer	19,3	403,7
		Yüzde	2,2%	75,0%
Toplam	Frekans	25	523	548
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 12,676$ ; P=0,000

Katılımcıların intihar girişimi ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.51).

**Tablo 3.51.** Katılımcıların intihar girişimi ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olmaları durumlarının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi		Toplam
		Var	Yok	
Olumsuz arkadaş grubu	Var	Frekans	13	89
		Beklenen değer	4,1	89,0
		Yüzde	2,4%	16,2%
	Yok	Frekans	12	459
		Beklenen değer	20,9	459,0
		Yüzde	2,2%	83,8%
Toplam	Frekans	25	548	
	Beklenen değer	25,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların intihar girişimi ile arkadaşlık ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,026; Tablo 3.52).

**Tablo 3.52.** Katılımcıların intihar girişimi ile arkadaşlık ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi		Toplam
		Var	Yok	
Arkadaşlık ilişkileri	Çok iyi	Frekans	5	135
		Beklenen değer	6,2	135,0
		Yüzde	0,9%	24,6%
	İyi	Frekans	9	204
		Beklenen değer	9,3	204,0
		Yüzde	1,6%	37,2%
	Normal	Frekans	6	177
		Beklenen değer	8,1	177,0
		Yüzde	1,1%	32,3%
	Zayıf	Frekans	3	23
		Beklenen değer	1,0	23,0
		Yüzde	0,5%	4,2%
	Çok zayıf	Frekans	2	9
		Beklenen değer	,4	9,0
		Yüzde	0,4%	1,6%
Toplam	Frekans	25	548	
	Beklenen değer	25,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 11,045$ ; P=0,026

Katılımcıların intihar girişimi ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.53).

**Tablo 3.53.** Katılımcıların intihar girişimi ile aile ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.

		İntihar girişimi			
		Var	Yok	Toplam	
Aile ilişkileri	Çok iyi	Frekans	3	221	224
		Beklenen değer	10,2	213,8	224,0
		Yüzde	0,5%	40,3%	40,9%
	İyi	Frekans	6	176	182
		Beklenen değer	8,3	173,7	182,0
		Yüzde	1,1%	32,1%	33,2%
	Normal	Frekans	7	92	99
		Beklenen değer	4,5	94,5	99,0
		Yüzde	1,3%	16,8%	18,1%
	Zayıf	Frekans	7	27	34
		Beklenen değer	1,6	32,4	34,0
		Yüzde	1,3%	4,9%	6,2%
	Çok zayıf	Frekans	2	7	9
		Beklenen değer	,4	8,6	9,0
		Yüzde	0,4%	1,3%	1,6%
Toplam	Frekans	25	523	548	
	Beklenen değer	25,0	523,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile uyku hapi kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,014; Tablo 3.54).

**Tablo 3.54.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu			
		Var	Yok	Toplam	
Uyku hapi kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	2	5	7
		Beklenen değer	1,1	5,9	7,0
		Yüzde	0,4%	0,9%	1,3%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	3	5	8
		Beklenen değer	1,3	6,7	8,0
		Yüzde	0,5%	0,9%	1,5%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	7	9	16
		Beklenen değer	2,6	13,4	16,0
		Yüzde	1,3%	1,6%	2,9%
	Bir kere kullandım	Frekans	2	6	8
		Beklenen değer	1,3	6,7	8,0
		Yüzde	0,4%	1,1%	1,5%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	75	434	509
		Beklenen değer	82,7	426,3	509,0
		Yüzde	13,7%	79,2%	92,9%

Toplam	Frekans	89	459	548
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0
	Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,014

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile antidepresan kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,007; Tablo 3.55).

**Tablo 3.55.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile antidepresan kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu			
		Var	Yok	Toplam	
Antidepresan kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	5	9	14
		Beklenen değer	2,3	11,7	14,0
		Yüzde	0,9%	1,6%	2,6%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	1	6	7
		Beklenen değer	1,1	5,9	7,0
		Yüzde	0,2%	1,1%	1,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	6	7	13
		Beklenen değer	2,1	10,9	13,0
		Yüzde	1,1%	1,3%	2,4%
	Bir kere kullandım	Frekans	2	12	14
		Beklenen değer	2,3	11,7	14,0
		Yüzde	0,4%	2,2%	2,6%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	75	425	500
		Beklenen değer	81,2	418,8	500,0
		Yüzde	13,7%	77,6%	91,2%
Toplam	Frekans	89	459	548	
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0	
	Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,007

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,003; Tablo 3.56).

**Tablo 3.56.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu			
		Var	Yok	Toplam	
Tütün ve tütün ürünleri kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	35	96	131
		Beklenen değer	21,3	109,7	131,0
		Yüzde	6,4%	17,5%	23,9%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	7	27	34
		Beklenen değer	7,0	27,0	34,0
		Yüzde	20,6%	79,4%	76,1%

Bazen kullanıyorum	Beklenen değer	5,5	28,5	34,0
	Yüzde	1,3%	4,9%	6,2%
Nadiren kullanıyorum	Frekans	8	49	57
	Beklenen değer	9,3	47,7	57,0
	Yüzde	1,5%	8,9%	10,4%
Bir kere kullandım	Frekans	2	24	26
	Beklenen değer	4,2	21,8	26,0
	Yüzde	0,4%	4,4%	4,7%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	37	263	300
	Beklenen değer	48,7	251,3	300,0
	Yüzde	6,8%	48,0%	54,7%
Toplam	Frekans	89	459	548
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0
	Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 16,010$ ;  $P=0,003$

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,010$ ; Tablo 3.57).

**Tablo 3.57.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu			
		Var	Yok	Toplam	
Alkol kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	3	3	6
		Beklenen değer	1,0	5,0	6,0
		Yüzde	0,5%	0,5%	1,1%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	12	28	40
		Beklenen değer	6,5	33,5	40,0
		Yüzde	2,2%	5,1%	7,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	10	52	62
		Beklenen değer	10,1	51,9	62,0
		Yüzde	1,8%	9,5%	11,3%
	Bir kere kullandım	Frekans	6	19	25
		Beklenen değer	4,1	20,9	25,0
		Yüzde	1,1%	3,5%	4,6%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	58	357	415	
	Beklenen değer	67,4	347,6	415,0	
	Yüzde	10,6%	65,1%	75,7%	
Toplam	Frekans	89	459	548	
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0	
	Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 13,266$ ;  $P=0,010$

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile yasaklı madde kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,012; Tablo 3.58).

**Tablo 3.58.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu			
		Var	Yok	Toplam	
Yasaklı madde kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	2	0	2
		Beklenen değer	,3	1,7	2,0
		Yüzde	0,4%	0,0%	0,4%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	1	1	2
		Beklenen değer	,3	1,7	2,0
		Yüzde	0,2%	0,2%	0,4%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	2	3	5
		Beklenen değer	,8	4,2	5,0
		Yüzde	0,4%	0,5%	0,9%
	Bir kere kullandım	Frekans	0	3	3
		Beklenen değer	,5	2,5	3,0
		Yüzde	0,0%	0,5%	0,5%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	84	452	536
		Beklenen değer	87,1	448,9	536,0
		Yüzde	15,3%	82,5%	97,8%
	Toplam	Frekans	89	459	548
		Beklenen değer	89,0	459,0	548,0
		Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,012

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile ailevi sorunlar yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.59).

**Tablo 3.59.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile ailevi sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu			
		Var	Yok	Toplam	
Ailevi sorunlar	Var	Frekans	42	117	159
		Beklenen değer	25,8	133,2	159,0
		Yüzde	7,7%	21,4%	29,0%
	Yok	Frekans	47	342	389
		Beklenen değer	63,2	325,8	389,0
		Yüzde	8,6%	62,4%	71,0%
Toplam	Frekans	89	459	548	
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0	
	Yüzde	4,6%	95,4%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 17,045; P=0,000$

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile ekonomik sorunlar yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,000$ ; Tablo 3.60).

**Tablo 3.60.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile ekonomik sorunlar yaşama durumlarının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu		Toplam	
		Var	Yok		
Ekonomik sorunlar	Var	Frekans	34	91	125
		Beklenen değer	20,3	104,7	125,0
		Yüzde	6,2%	16,6%	22,8%
	Yok	Frekans	55	368	423
		Beklenen değer	68,7	354,3	423,0
		Yüzde	10,0%	67,2%	77,2%
Toplam	Frekans	89	459	548	
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0	
	Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 14,298; P=0,000$

Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,001$ ; Tablo 3.61).

**Tablo 3.61.** Katılımcıların olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları ile aile ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.

		Olumsuz arkadaş grubu		Toplam	
		Var	Yok		
Aile ilişkileri	Çok iyi	Frekans	34	190	224
		Beklenen değer	36,4	187,6	224,0
		Yüzde	6,2%	34,7%	40,9%
	İyi	Frekans	24	158	182
		Beklenen değer	29,6	152,4	182,0
		Yüzde	4,4%	28,8%	33,2%
	Normal	Frekans	17	82	99
		Beklenen değer	16,1	82,9	99,0
		Yüzde	3,1%	15,0%	18,1%
	Zayıf	Frekans	8	26	34
		Beklenen değer	5,5	28,5	34,0
		Yüzde	1,5%	4,7%	6,2%
Çok zayıf	Frekans	6	3	9	
	Beklenen değer	1,5	7,5	9,0	
	Yüzde	1,1%	0,5%	1,6%	
Toplam	Frekans	89	459	548	
	Beklenen değer	89,0	459,0	548,0	

Yüzde	16,2%	83,8%	100,0%
-------	-------	-------	--------

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 19,648$ ;  $P=0,001$

Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile ağrı kesici ilaç kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,007$ ; Tablo 3.62).

**Tablo 3.62.** Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile ağrı kesici ilaç kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Adli bir olaya karışma			
		Var	Yok	Toplam	
Ağrı kesici ilaç kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	4	12	16
		Beklenen değer	,9	15,1	16,0
		Yüzde	0,7%	2,2%	2,9%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	6	176	182
		Beklenen değer	10,6	171,4	182,0
		Yüzde	1,1%	32,1%	33,2%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	14	258	272
		Beklenen değer	15,9	256,1	272,0
		Yüzde	2,6%	47,1%	49,6%
	Bir kere kullandım	Frekans	2	16	18
		Beklenen değer	1,1	16,9	18,0
		Yüzde	0,4%	2,9%	3,3%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	6	54	60
		Beklenen değer	3,5	56,5	60,0
		Yüzde	1,1%	9,9%	10,9%
	Toplam	Frekans	32	516	548
		Beklenen değer	32,0	516,0	548,0
		Yüzde	5,8%	94,2%	100,0%

\*Fisher exact test  $P=0,007$

Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile uyku hapi kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $P=0,001$ ; Tablo 3.63).

**Tablo 3.63.** Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile uyku hapi kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Adli bir olaya karışma			
		Var	Yok	Toplam	
Uyku hapi kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	0	7	7
		Beklenen değer	,4	6,6	7,0
		Yüzde	0,0%	1,3%	1,3%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	1	7	8
		Beklenen değer	,5	7,5	8,0
		Yüzde	0,2%	1,3%	1,5%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	6	10	16
		Beklenen değer	,9	15,1	16,0

	Yüzde	1,1%	1,8%	2,9%
Bir kere kullandım	Frekans	0	8	8
	Beklenen değer	,5	7,5	8,0
	Yüzde	0,0%	1,5%	1,5%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	25	484	509
	Beklenen değer	29,7	479,3	509,0
	Yüzde	4,6%	88,3%	92,9%
Toplam	Frekans	32	516	548
	Beklenen değer	32,0	516,0	548,0
	Yüzde	5,8%	94,2%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,001

Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,005; Tablo 3.64).

**Tablo 3.64.** Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Adli bir olaya karışma			
		Var	Yok	Toplam	
Tütün ve tütün ürünleri kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	17	114	131
		Beklenen değer	7,6	123,4	131,0
		Yüzde	3,1%	20,8%	23,9%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	1	33	34
		Beklenen değer	2,0	32,0	34,0
		Yüzde	0,2%	6,0%	6,2%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	3	54	57
		Beklenen değer	3,3	53,7	57,0
		Yüzde	0,5%	9,9%	10,4%
Bir kere kullandım	Frekans	1	25	26	
	Beklenen değer	1,5	24,5	26,0	
	Yüzde	0,2%	4,6%	4,7%	
Hiç kullanmıyorum	Frekans	10	290	300	
	Beklenen değer	17,5	282,5	300,0	
	Yüzde	1,8%	52,9%	54,7%	
Toplam	Frekans	32	516	548	
	Beklenen değer	32,0	516,0	548,0	
	Yüzde	5,8%	94,2%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,005

Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.65).

**Tablo 3.65.** Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Adli bir olaya karışma			
		Var	Yok	Toplam	
Alkol kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	2	4	6
		Beklenen değer	,4	5,6	6,0
		Yüzde	0,4%	0,7%	1,1%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	6	34	40
		Beklenen değer	2,3	37,7	40,0
		Yüzde	1,1%	6,2%	7,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	11	51	62
		Beklenen değer	3,6	58,4	62,0
		Yüzde	2,0%	9,3%	11,3%
	Bir kere kullandım	Frekans	0	25	25
		Beklenen değer	1,5	23,5	25,0
		Yüzde	0,0%	4,6%	4,6%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	13	402	415
		Beklenen değer	24,2	390,8	415,0
		Yüzde	2,4%	73,4%	75,7%
Toplam	Frekans	32	516	548	
	Beklenen değer	32,0	516,0	548,0	
	Yüzde	5,8%	94,2%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile yasaklı madde kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,001; Tablo 3.66).

**Tablo 3.66.** Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile yasaklı madde kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Adli bir olaya karışma			
		Var	Yok	Toplam	
Yasaklı madde kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	0	2	2
		Beklenen değer	,1	1,9	2,0
		Yüzde	0,0%	0,4%	0,4%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	1	1	2
		Beklenen değer	,1	1,9	2,0
		Yüzde	0,2%	0,2%	0,4%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	3	2	5
		Beklenen değer	,3	4,7	5,0
		Yüzde	0,5%	0,4%	0,9%
	Bir kere kullandım	Frekans	0	3	3
		Beklenen değer	,2	2,8	3,0
		Yüzde	0,0%	0,5%	0,5%
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	28	508	536
		Beklenen değer	31,3	504,7	536,0
		Yüzde	5,1%	92,7%	97,8%

Toplam	Frekans	32	516	548
	Beklenen değer	32,0	516,0	548,0
	Yüzde	5,8%	94,2%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,001

Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile aile ilişkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,006; Tablo 3.67).

**Tablo 3.67.** Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile aile ilişkileri durumlarının karşılaştırılması.

		Adli bir olaya karışma			
		Var	Yok	Toplam	
Aile ilişkileri	Çok iyi	Frekans	14	210	224
		Beklenen değer	13,1	210,9	224,0
		Yüzde	2,6%	38,3%	40,9%
	İyi	Frekans	7	175	182
		Beklenen değer	10,6	171,4	182,0
		Yüzde	1,3%	31,9%	33,2%
	Normal	Frekans	5	94	99
		Beklenen değer	5,8	93,2	99,0
		Yüzde	0,9%	17,2%	18,1%
	Zayıf	Frekans	3	31	34
		Beklenen değer	2,0	32,0	34,0
		Yüzde	0,5%	5,7%	6,2%
	Çok zayıf	Frekans	3	6	9
		Beklenen değer	,5	8,5	9,0
		Yüzde	0,5%	1,1%	1,6%
Toplam	Frekans	32	516	548	
	Beklenen değer	32,0	516,0	548,0	
	Yüzde	5,8%	94,2%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (4) = 14,420$ ; P=0,006

Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile adli bir olayın mağduru olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.68).

**Tablo 3.68.** Katılımcıların adli bir olaya karışma durumu ile adli bir olayın mağduru olmasının karşılaştırılması.

		Adli bir olaya karışma			
		Var	Yok	Toplam	
Adli bir olay mağduriyeti	Var	Frekans	13	11	24
		Beklenen değer	1,4	22,6	24,0
		Yüzde	2,4%	2,0%	4,4%
	Yok	Frekans	19	505	524
		Beklenen değer	30,6	493,4	524,0
		Yüzde	3,5%	92,2%	95,6%

Toplam	Frekans	32	516	548
	Beklenen değer	32,0	516,0	548,0
	Yüzde	5,8%	94,2%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,000

Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,005; Tablo 3.69).

**Tablo 3.69.** Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması.

		Adli bir olay mağduriyeti			
		Var	Yok	Toplam	
Cinsiyetiniz	Erkek	Frekans	14	163	177
		Beklenen değer	7,8	169,2	177,0
		Yüzde	2,6%	29,7%	32,3%
	Kadın	Frekans	10	361	371
		Beklenen değer	16,2	354,8	371,0
		Yüzde	1,8%	65,9%	67,7%
Toplam	Frekans	24	524	548	
	Beklenen değer	24,0	524,0	548,0	
	Yüzde	4,4%	95,6%	100,0%	

\*Ki-kare test  $\chi^2 (1) = 7,780$ ; P=0,005

Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,030; Tablo 3.70).

**Tablo 3.70.** Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		Adli bir olay mağduriyeti				
		Var	Yok	Toplam		
Tütün ve tütün ürünleri kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	12	119	131	
		Beklenen değer	5,7	125,3	131,0	
		Yüzde	2,2%	21,7%	23,9%	
	Bazen kullanıyorum	Frekans	1	33	34	
		Beklenen değer	1,5	32,5	34,0	
		Yüzde	0,2%	6,0%	6,2%	
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	3	54	57	
		Beklenen değer	2,5	54,5	57,0	
		Yüzde	0,5%	9,9%	10,4%	
	Bir kere kullandım	Frekans	1	25	26	
		Beklenen değer	1,1	24,9	26,0	
		Yüzde	0,2%	4,6%	4,7%	
	Hiç kullanmıyorum	Frekans	7	293	300	
		Beklenen değer	13,1	286,9	300,0	
		Yüzde	1,3%	53,5%	54,7%	
			Frekans	24	524	548

Toplam	Beklenen değer	24,0	524,0	548,0
	Yüzde	4,4%	95,6%	100,0%

\*Fisher exact test P=0,030

Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (P=0,000; Tablo 3.71).

**Tablo 3.71.** Katılımcıların adli bir olayın mağduru olma durumu ile alkol kullanım sıklığının karşılaştırılması.

		<u>Adli bir olay mağduriyeti</u>			
		Var	Yok	Toplam	
Alkol kullanımı	Her gün kullanıyorum	Frekans	2	4	6
		Beklenen değer	3	5,7	6,0
		Yüzde	0,4%	0,7%	1,1%
	Bazen kullanıyorum	Frekans	2	38	40
		Beklenen değer	1,8	38,2	40,0
		Yüzde	0,4%	6,9%	7,3%
	Nadiren kullanıyorum	Frekans	10	52	62
		Beklenen değer	2,7	59,3	62,0
		Yüzde	1,8%	9,5%	11,3%
	Bir kere kullandım	Frekans	1	24	25
		Beklenen değer	1,1	23,9	25,0
		Yüzde	0,2%	4,4%	4,6%
Hiç kullanmıyorum	Frekans	9	406	415	
	Beklenen değer	18,2	396,8	415,0	
	Yüzde	1,6%	74,1%	75,7%	
Toplam	Frekans	24	524	548	
	Beklenen değer	24,0	524,0	548,0	
	Yüzde	4,4%	95,6%	100,0%	

\*Fisher exact test P=0,000

## 4. BÖLÜM

### TARTIŞMA

#### 4.1. Araştırma Tartışma Verileri

Üniversite öğrencileri ile yaptığımız çalışmada cinsiyet faktörü ile; ağrı kesici kullanımı, ağrı kesici kullanım sıklığı, tütün kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, ailevi sorunlar yaşama ve adli bir olaya karışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tütün, alkol ve yasaklı madde kullanımı konusunda kadınlardan daha fazla bu maddelere yöneldikleri görülmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri, kültürel normlar, risk alma eğilimleri ve erkeklerin duygusal sorunlarını ifade etme biçimleri bu durumun yaşanmasında etkili olabilmektedir. Ayrıca erkeklerin sosyal çevrelerinde madde kullanımının daha yaygın olması ve stresle başa çıkma yöntemi olarak maddeye başvurma eğilimi de bu farklılıkta etkili olabilmektedir. Literatürdeki çalışmalarda bulgularımızı destekler niteliktedir. Biyolojik faktörler, psikiyatrik komorbiditeler, kişilik ve çevre, ergenlerin madde kullanımına başlamasıyla cinsiyete özgü riskler ortaya çıkarabilmektedir (Kuhn, 2015).

Doğum cinsiyeti, vücuttaki hormonlar üzerinde rol oynamaktadır ve bu hormonların salınımı bağımlılık gelişmesinde etken olan beyindeki ödül ceza sistemine de aracılık etmektedir. Bağımlılık konusunda etkili olan bir içsel faktör olarak gördüğümüz hormonlar gibi dışsal faktörlerin de bağımlılıklarda etkisi vardır. Genellikle toplumla ilgili faktörler olarak karşımıza çıkan toplumsal cinsiyet normları ve sosyal yaşamda tanımlanan cinsiyet rollerinin de bağımlılık üzerine etkileri görülmektedir (LaGrotta, 2021). Bağımlılıklar hem sosyokültürel hem de biyolojik bir olgu olarak ele alınmaktadır. Cinsiyet farklılıkları ve toplumsal cinsiyet yalnızca biyoloji tarafından belirlenmediği gibi tamamen sosyokültürel de değildir. Biyolojik, çevresel, sosyokültürel ve gelişimsel faktörler arasındaki etkileşimler daha erkeksi veya daha dişil fenotiplerle sonuçlanır. Beyindeki cinsiyete bağlı bu farklılıklar, kötüye kullanılan ilaçlara verilen tepkileri, kötüye kullanılan ilaçlara maruz kaldıktan sonra beyinde meydana gelen ilerleyici değişiklikleri ve bağımlılığın uyuşturucu alma deneyimlerinden kaynaklanıp kaynaklanmadığını etkileyebilmektedir (B. Becker, L. McClellan, & Glover Reed, 2016).

2006 yılında üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada alkol ve madde kullanımı nedeniyle tedaviye başvuran 126 kişiden %96,8'inin erkek, %3,2'sinin kadın olduğu, sosyokültürel faktörlerin cinsiyetler arasında bağımlılık ve maddeye başlama yaşında etkili olabileceği bulunmuştur (Bulut, ve diğerleri, 2006). 2013'te sigara alkol ve madde kullanım sıklığı üzerine

üniversite öğrencileri ile yapılan bir başka araştırmada bu maddelerin kullanımının erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermektedir (Ulukoca, Gökgöz, & Karakoç, 2013).

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyeti ile adli bir olaya karışma durumu arasında anlamlılık bulunmuş, erkeklerin adli bir olaya karışma oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmalarda çeşitli ve karmaşık süreçlerin bu konuda etkili olabileceği belirtilmektedir dolayısıyla bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Öncül, erkeklerin suç işleme eğilimleri üzerine yapılan çalışmaların çok boyutlu olduğunu, erkeklik kavramı, toplumsal cinsiyet rolleri, sosyoekonomik faktörler, eğitim düzeyi ve psikolojik durumların erkeklerin suça eğilimini etkileyebileceğini göstermektedir (Öncül, 2014).

Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz öğrencilerde devam edilen yüksekokul ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olma, tütün kullanımı, adli bir olaya karışma, adli bir olayın mağduru olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Teknik bilimler MYO devam eden öğrencilerin olumsuz arkadaş grubuna sahip olma oranlarının diğer iki yüksekokulla kıyaslandığında daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık MYO devam eden öğrencilerin tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığının da diğer yüksekokul öğrencilerine kıyasla daha az olduğu görülmektedir.

Adli bir olaya karışma durumunun varlığı Teknik Bilimler MYO devam eden öğrenciler arasında daha fazla görülmekte iken, en az Sağlık MYO' na devam eden öğrencilerde görülmektedir. 2021 yılında İstanbul'da sağlık meslek yüksekokuluna devam eden öğrencilerin tütün kullanımları ile yapılan araştırmada, erkeklerin kız öğrencilere oranla daha fazla tütün kullandıkları ve tütün kullanımına daha erken yaşlarda başladıkları ve günlük tüketim miktarının da yine kızlardan yüksek olduğu görülmüştür. Sigara kullanmaya başlamada "sigaranın sağlığa zararlı" olduğu düşüncesinin varlığının kullanım konusunda azaltıcı etkisi olduğu, sık görüşülen arkadaşların sigara kullanımının ise kullanımı artırdığı görülmüştür (Güdük, ve diğerleri, 2021). Bu çalışmadaki bulguların meslek yüksekokulları arasında oluşan bu farklılıklarda cinsiyet faktörünün etkisi bakımından çalışmamızla tutarlı olduğu görülmektedir. Nitekim çalışmamızda Sağlık MYO' na devam eden öğrencilerin çoğunlukla kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir, bu durumun da tütün kullanım oranları açısından oluşan farklılığın nedeni olduğu düşünülebilir. Yine sigaranın sağlığa zararlı olduğu görüşüne sahip olmanın ve sık görüşülen çevrenin sigara içme durumunun etkisi de göz önünde bulundurulduğunda, devam edilen yüksekokul ile bulunan anlamlı ilişkide etkisi olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda arkadaş etkisi, mesleki motivasyon, gelecek kaygısı, stres, merak, özentisi gibi birçok değişkenin meslek yüksekokulları arasında oluşan bu anlamlı

farklılıkta etkisi olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, bu konuda doğrudan bir çalışma yapılmadığı görülmektedir, alanda yapılacak daha fazla araştırmanın oluşan anlamlı ilişkiyi açıklamakta yardımcı olacağına inanılmaktadır.

Çocukluk travması yaşama ile ilgili yapılan analiz çalışmasından elde edilen bulgularda, çocuklukta travmatik bir yaşantının olup olmaması durumu ile bireylerin genel sağlık durumu, uyku hapi kullanım sıklığı, antidepresan kullanım sıklığı, ailevi sorunlar, ekonomik sorunlar, intihar girişimi, olumsuz arkadaş grubuna dâhil olma ve aile ile olan ilişkiler arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan travmaların, bireylerin yetişkinlik dönemlerindeki sosyal ilişkileri, yaşam boyu sağlık ve refahı üzerinde uzun vadeli etkileri olabileceği geniş çapta kabul edilen bir görüştür. Travmatik yaşantıların bireylerin stresle başa çıkma mekanizmaları, duygusal düzenleme becerileri ve sosyallik üzerine etkileri düşünüldüğünde ulaşılan bulguların beklendiği söylenebilir. Literatürdeki çalışmalar da travmaya maruz kalma ile ilgili elde ettiğimiz bulguları destekler niteliktedir. Wiechelt ve Straussner'un çalışmasında travmaya maruz kalmanın, madde kullanım bozuklukları da dâhil olmak üzere çeşitli ruh sağlığı sorunlarına yol açabileceği, travma ve bağımlılık arasındaki ilişkinin ise karmaşık ve çok boyutlu olduğundan bahsedilmektedir (A.Wiechelt & Lala A.Straussner, 2015). Bernstein'in çalışması da çocukluk çağı travmasının çocukların kendilerini, duygularını ve davranışlarını olumsuz etkileyebileceğinden bahsetmektedir. Çocukların, kendilerini güvende hissetmeyen, değersiz, yetersiz, suçlu, utanç duyan veya korkan bireyler haline gelebileceğini ve uyuşturucu kullanımı ile travmatik anıları bastırmak, duygusal acıyı hafifletmek, kendine güven kazanmak, sosyalleşmek veya sorunlardan kaçış için bir baş etme mekanizması olarak kullanılacakları anlatılmaktadır (Bernstein, Childhood Trauma and Drug Addiction, 2000). Bir başka çalışmada psikososyal stresörlerin, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde yaşanan travmatik, zorlayıcı veya olumsuz olayları kapsadığından ve bu olayların, bireylerin madde kullanımına yönelmesine ve suç işlemesine neden olabileceğine işaret etmektedir (Grahn R. , Padyab, Hall, & Lundgren, 2019). Madde bağımlılığı için risk faktörü olarak olumsuz çocukluk çağı olayları, duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkilerin incelendiği 2010 yılında gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, çocukluk çağı istismarı yaşama veya şiddet içeren suçlara maruz kalmanın, yaşam boyu duygudurum ve anksiyete bozuklukları yaşama ve madde bağımlılığı riski ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (R.Douglas, ve diğerleri, 2010).

Ailevi sorunlar yaşama ile ilgili yapılan analizlerde, ailevi sorunlar ile uyku hapi kullanım sıklığı arasında anlamlılık bulunmuştur. Aile ile sorun yaşadığını belirten katılımcıların uyku hapi kullanım oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Konu ile ilgili yapılan çalışmaların da

bulgumuzu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Uykuyu olumsuz etkileyen faktörler yalnızlık, olumsuz aile ortamı, teknoloji kullanımı, mavi ışık, kaygı, kafein, tütün ve alkol kullanımınıdır. Bunun yanında üniversitede sosyalleşmenin, fırsatları kaçırma korkusunun, sosyal ve teknolojik dikkat dağıtıcı unsurların uykuyu olumsuz etkilediği görülmektedir. Olumlu akran ilişkileri, iyi aile ortamları, ebeveyn kontrolü ve fiziksel aktivitelerin uykuyu olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Jakobsson, Josefsson, & Högberg, 2019). Aile ile yaşanan sorunların kişinin uyku ile ilgili problemler yaşamasında etkili olduğu görülmektedir, bu durumun da uyku hapi kullanımını artırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda ekonomik sorunlar yaşama ile intihar girişimi, olumsuz arkadaş ortamı, adli bir olaya karışma ve aile ile olan ilişkilerin değerlendirilmesi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ekonomik sorunlar, bireylerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilir ve bu da çeşitli riskli davranışlara yönelmelerine neden olabilir. Örneğin, maddi sıkıntılar nedeniyle bireyler yasa dışı faaliyetlere katılabilir veya destek bulmak için olumsuz arkadaş gruplarına yönelebilirler. Ayrıca, ekonomik baskılar aile içi ilişkiler üzerinde de stres yaratabilir ve bu da aile içi çatışmalara yol açabilir. Ekonomik sorunlar bireylerin psikolojik ve sosyal durumları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir, yaşanan maddi zorluklar, stres ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara yol açabilir ve bu da intihar girişimleri, olumsuz arkadaş çevrelerine katılım, adli olaylara karışma ve aile ilişkilerinde sorunlar gibi negatif sonuçlarla ilişkilendirilebilir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular konu ile ilgili alan yazında yapılan çalışmalarla örtüştüğü görülmektedir. 2012 yılında İsveç'te bir kamu sağlığı araştırmasında çocukluk döneminde yaşanan ekonomik sorunlar üzerine yapılan çalışmaya göre, çocuklukta yaşanan ekonomik stres, genel nüfusta bildirilen intihar düşünceleri ve intihar girişimleri ile ilişkili bulunmuştur (Lindström & Rosvall, 2018).

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunma durumu ile ağır kesici kullanım sıklığı, uyku hapi kullanım sıklığı, antidepressan kullanım sıklığı, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, ailevi sorunlar yaşama, ekonomik sorunların olması, olumsuz arkadaş grubuna sahip olunması, arkadaşlık ilişkileri ve aile ilişkileri arasında yapılan analiz çalışmasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Çalışmamızda birçok durum ile anlamlılık gösterdiği görülen intihar olayının çok boyutlu ve karmaşık yapısı konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da desteklenmektedir. Diyarbakır'da 2009 yılında 2040 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmada, intihar öyküsü bulunan gençlerin bulunmayanlara oranla hayatlarında en az bir defa madde kullandıkları ve intiharın madde kullanımı konusunda risk faktörü olduğu saptanmıştır (Yalçın, Eşsizoglu, Akkoç, Yaşan, & Gürgen, 2009). White ve Hungwe'nin, gençler arasında intihar düşüncesi ve intihar eğiliminin nedenlerine

ilişkin algıları inceleyen araştırmasında; aile içi sorunlar, ekonomik baskılar, yalnızlık, uyuşturucu kullanımı ve toplumsal baskılar gibi nedenler intihar düşüncesiyle ilişkilendirilmiştir ve çalışmamızı destekler niteliktedir. Araştırmada öğrenciler arasındaki sosyal sınıf farklılıkları, ekonomik zorluklar, yetersizlik hissi, desteksiz ve istikrarsız aile yapılarının intihar düşüncelerine yol açabileceği de görülmektedir (White & Hungwe, 2024). Kahn ve Wilcox'un ABD'deki ergenlerde intihar ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, intihar girişimiyle alkol, tütün ve esrar kullanımının güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Çalışmada daha sık madde kullanımı, daha yüksek intihar girişimiyle ilişkilendirilmiştir (Kahn & Wilcox, 2022). 2009 yılında Meksika'da 12-17 yaş arası ergenlerde madde kullanımı ve bağımlılığın intihar davranışları üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada; tütün kullanımı ve bağımlılığının, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve bağımlılığı kadar güçlü bir intihar davranışları yordayıcısı olduğu görülmüştür (Miller, ve diğerleri, 2011).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunma durumu ile ağrı kesici kullanım sıklığı, uyku hapi kullanım sıklığı, antidepresan kullanım sıklığı arasında bulunan istatistiksel anlamlılığın, literatürde yapılan çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir. Depresif belirtiler ve intihar (intiharı düşünme ve intihar girişimi) belirtilerinin, opioid ağrı kesiciler, uyarıcılar, sedatifler ve antidepresanlar olmak üzere dört ilaç grubunda etkilerinin incelendiği Zullig ve Divin' in çalışmasının sonuçları, depresif belirtiler ve/veya intihar düşüncesi bildiren öğrencilerin opioid ağrı kesici, uyarıcı, sedatif ve antidepresan kullanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermekte, özellikle de ağrı kesici, uyarıcı ve antidepresan kullanımı için daha güçlü bulgular ortaya koymaktadır (Zullig & Divin, 2012).

Çalışmamızda olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumu ile uyku hapi kullanım sıklığı, antidepresan kullanım sıklığı, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, ailevi sorunlar yaşama, ekonomik sorunlar yaşama ve aile ilişkileri arasında yapılan analiz çalışmasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Araştırma sonucumuzun literatürle uyduğu görülmektedir. Çapuk ve Aylaz' ın üniversite öğrencileri ile yaptığı bağımlılık araştırmasında madde kullanımında aile ve çevrenin etkisinden bahsedilmektedir. Bağımlılık yapan maddelerin kullanıldığı bir ortamda bulunan öğrenciler ile bulunmayanlar arasında madde kullanım eğilimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < .05$ ) (Çapuk & Aylaz, 2022). 2011 yılında Erzurum'da lise öğrencileri ile yapılan çalışmada, tütün ürünleri kullanımında en fazla arkadaş çevresinin etkili olduğu tespit edilmiştir (Gümüş, Kurt, Günay Ermurat, & Feyatörbay, 2011). 2013 yılında genç yetişkinlerin eğlence ve sosyal çevresinin, uyuşturucu madde kullanımına başlamalarındaki etkisini inceleyen bir çalışmada ekstazi kullanımında ve başlamada sosyal

çevrenin etkisinden bahsedilmiş, erken yaştaki madde kullanımı ve psikolojik problemlerin de ekstazi kullanımında risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Smirnov, ve diğerleri, 2013). 15-18 yaş grubu gençlerle yapılan bir başka çalışmada, gençler arasında sigara ve esrar kullanımı, aile ve arkadaş ilişkileri ile bağlantılı bulunmuş, bu maddelerin tüketiminde, arkadaşlarla ilişkiler ve okul çevresinden etkilenildiği ile ebeveyn tutumu arasındaki ilişkinin karşılıklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sahed & Jourdain, 2020).

Çalışmamızda adli bir olaya karışma durumu ile cinsiyet, ağrı kesici kullanım sıklığı, uyku hapi kullanım sıklığı, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, aile ilişkileri ve adli bir olayın mağduru olunması durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Katılımcıların "Adli bir olaya karıştınız mı?" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, hırsızlık, dolandırıcılık, kavga, yaralama ve trafik suçları ile ilgili adli süreç yaşadıkları ve yukarıda cinsiyet ile ilgili yapılan analizlerde bulguların paylaşıldığı üzere adli olaya karışma oranının erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde bulgularımızla aynı doğrultuda sonuçlar veren çalışmalara ulaşılmaktadır. Chen'in mahkumlarla yaptığı çalışmada cinsiyet farklılıkları suç işleme ile ilişkili bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre daha erken suça bulaştıkları, kadın mahkumların neredeyse üçte ikisinin suç eylemlerine katılmadan önce madde kötüye kullanımının olduğu, buna karşılık tüm erkek mahkumların yaklaşık yarısının böyle bir geçmişe sahip olduğu görülmüştür (Chen G. , 2009). Pelit ve Alkan'ın Karadeniz bölgesinde yaptıkları araştırmada, erkek çocukların kızlara oranla daha fazla suça sürüklendikleri ve bu durumun daha çok 15-17 yaş arasında olduğu görülmüştür. Araştırmada çocukların neredeyse üçte birinin madde kullanımı olduğu ve çoğunun da ilk sırada tütün olmak kaydıyla bağımlılık yapıcı diğer maddeleri de deneyimlediği görülmüştür. (Pelit & Alkan, 2022). 2013'te ergenlik döneminde tekrarlayan suçlar ile ilgili yapılan çalışmada, suçluluğun birçok olumsuz bileşenin sonucu olduğu ve bazı gençlerde kalıcı suçluluğun yetişkinlikte de devam ettiği bulunmuştur. Bu gençlerin alkol ve maddeye bağımlılığa daha yatkın olabileceği de görülmüştür (Tural Hesapçioğlu, Bilgier, & Kandil, 2013).

Araştırmamızda adli bir olayın mağduru olma durumu ile cinsiyet, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı ile alkol kullanım sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu tür bir ilişkinin sebepleri karmaşık olabilir ve birden fazla faktörü içerebilir. Cinsiyet, bireylerin sosyal ve kültürel normları, davranış kalıpları ve risk alma eğilimleri gibi konularda farklı deneyimlere sahip olmalarına neden olabilirken, tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile alkol kullanımı, stresle başa çıkma yöntemi olarak görülebilir. Adli bir mağduriyetin fiziksel ve zihinsel etkileri yanında, psikolojik etkileri çok daha uzun süre devam

edebilir, bu durumda mağdurun günlük yaşamını, genel iyilik halini, baş etme mekanizmalarını, sosyal çevre ile iletişimini derinden etkileyerek kişiyi riskli davranışlara sürükleyebilir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızda elde edilen bulguları destekler doğrultuda olduğu görülmektedir. Alver'in 2019 yılında devlet ve vakıf üniversitesine devam eden öğrenciler ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin depresyon düzeyi ile alkol ve tütün kullanımları arasında ilişki tespit edilmiş, depresyon şiddeti arttıkça tütün ve alkol kullanım düzeyinin arttığı bulunmuştur (Alver, 2019). Yılmaz'ın madde kullanımı etkisi altında olmanın suç mağduriyeti ile ilişkisini araştırdığı çalışmasında, suç ile madde kullanımı arasında ilişki olduğundan, madde kullanımının bireyin kendini kontrol mekanizmasını kaybetmesine neden olarak kişinin suç mağduru olmaya daha açık hale gelebileceğinden bahsetmektedir. Yurtdışında yapılan araştırmaların da benzer şekilde madde etkisi altında olmanın suç mağduru olma tehlikesini artırdığını belirtmiştir (Yılmaz, 2017).

Adli bir sürecin mağduru olma durumu ile adli bir olaya karışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Adli süreçlerin mağdurlar üzerinde uzun vadeli psikolojik etkilerinin olması, gelecekteki davranışlarını ve adli süreçlere olan tepkilerini etkileyebilmektedir. Mağdurlarda görülen ruhsal ve sosyal sorunlar, mağdurların adli süreçlere karışma olasılığını artırabilir. Nitekim 2013 yılında cinsel istismar mağdurları ile yapılan çalışmada, çocukluk çağında yaşanan istismar yetişkinlikte adli olaylara karışma ile ilişkili bulunmuştur (Gölge, Yavuz, Korkut, & Kahveci, 2013). Ayrıca yaşanan mağduriyetin yanında adli süreçlerin kendisi de mağdurlar üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir. 2017 yılında Mağdur Hakları Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan araştırma raporunda, adli süreçlerin uzunluğu, karmaşıklığı ve mağdurların adalet sistemine olan güvenini sarsmasının, kişileri adli olaylara karışmaya itebileceği belirtilmektedir (Adli Süreçte Mağdur Kadınlar (Araştırma Raporu), 2017). Çalışmamızdaki bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerinde bağımlılık yapıcı ilaç ve madde kullanımı ile risk faktörleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Çalışmamızda cinsiyet faktörünün; ağır kesici kullanımı, ağır kesici kullanım sıklığı, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, ailevi sorunlar yaşama, adli bir olaya karışma ve adli bir olayın mağduru olma durumları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Erkeklerin kadınlara oranla daha fazla;
  - ✓ Ağrı kesici,
  - ✓ Tütün,
  - ✓ Alkol,
  - ✓ Yasaklı madde kullandığı ve
  - ✓ Adli bir olaya karıştığı görülmüştür.
- Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz öğrencilerde devam edilen yüksekokul ile olumsuz arkadaş grubuna sahip olma, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, adli bir olaya karışma ve adli bir olayın mağduru olma durumları arasında ilişki olduğu görülmüştür. Teknik Bilimler MYO' na devam eden öğrencilerin diğer iki yüksekokula kıyasla daha fazla;
  - ✓ Olumsuz arkadaş grubuna sahip oldukları,
  - ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullandıkları,
  - ✓ Adli bir olaya karıştıkları ve
  - ✓ Adli bir olayın mağduru oldukları tespit edilmiştir.
- Çocuklukta travmatik bir yaşantının olup olmaması durumu ile bireylerin genel sağlık durumu, uyku hapi kullanım sıklığı, antidepresan kullanım sıklığı, ailevi sorunlar yaşama, ekonomik sorunların varlığı, intihar girişimi, olumsuz arkadaş grubuna dâhil olma ve aile ile olan ilişkiler arasında ilişki bulunmuştur. Travma yaşantısı olanların;
  - ✓ Uyku hapi kullanımı,
  - ✓ Antidepresan kullanımı,
  - ✓ Ailevi sorunlar yaşama,
  - ✓ Ekonomik sorunlar yaşama,
  - ✓ İntihar girişiminde bulunma ve
  - ✓ Olumsuz arkadaş grubuna sahip olma oranlarının daha yüksek olduğu ile
  - ✓ Genel sağlık durumlarının ve

- ✓ Aile ile olan ilişkilerinin daha zayıf olduğu bulunmuştur.
- Ailevi sorunlar yaşama durumu ile cinsiyet, uyku hapi kullanım sıklığı, çocuklukta travmatik yaşantının varlığı, intihar girişimi, olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumları arasında ilişki vardır.
  - ✓ Ailevi sorunlar yaşadığını bildirenlerin, uyku hapi kullanım oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda ekonomik sorunlar yaşama ile çocuklukta travmatik bir yaşantı, intihar girişimi, olumsuz arkadaş ortamı, adli bir olaya karışma ve aile ile olan ilişkilerin değerlendirilmesi durumları arasında ilişki olduğu görülmüştür. Ekonomik sorunlar yaşadığını bildirenlerin,
  - ✓ İntihar girişiminde bulunma,
  - ✓ Olumsuz arkadaş grubuna dâhil olma,
  - ✓ Adli bir olaya karışma oranlarının daha yüksek olduğu ve
  - ✓ Ekonomik sorunu olmayanların aile ilişkilerini daha zayıf olarak değerlendirdikleri görülmüştür.
- Araştırmamızda intihar girişiminde bulunma durumu ile bireylerin genel sağlık durumları, ağrı kesici kullanım sıklığı, uyku hapi kullanım sıklığı, antidepresan kullanım sıklığı, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, çocuklukta travmatik bir yaşantı, ailevi sorunlar yaşama, ekonomik sorunların olması, olumsuz arkadaş grubuna sahip olunması, arkadaşlık ilişkileri ve aile ilişkilerinin değerlendirilmesi arasında ilişki tespit edilmiştir. İntihar girişimi olanların;
  - ✓ Ağrı kesici kullanım sıklığının,
  - ✓ Uyku hapi kullanım sıklığının,
  - ✓ Antidepresan kullanım sıklığının,
  - ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullanma oranının,
  - ✓ Alkol kullanım oranının,
  - ✓ Ailevi sorunlar yaşama oranının,
  - ✓ Ekonomik sorunlar yaşama oranının ve
  - ✓ Olumsuz arkadaş grubuna sahip olma oranının daha yüksek olduğu ile
  - ✓ Genel sağlık durumunun,

- ✓ Arkadaşlık ilişkilerinin ve
- ✓ Aile ile ilişkilerinin daha zayıf olduğu tespit edilmiştir.
- Olumsuz arkadaş grubuna sahip olma durumu ile devam edilen yüksekokul, uyku hapi kullanım sıklığı, antidepresan kullanım sıklığı, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, çocuklukta travmatik bir yaşantı, intihar girişimi, ailevi sorunlar yaşama, ekonomik sorunlar yaşama ve aile ile olan ilişkilerin değerlendirilmesi arasında ilişki bulunmuştur. Olumsuz arkadaş grubuna sahip olanların;
  - ✓ Uyku hapi kullanım sıklığının,
  - ✓ Antidepresan kullanımının,
  - ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullanım oranının,
  - ✓ Alkol kullanım oranının,
  - ✓ Yasaklı madde kullanım oranının,
  - ✓ Ailevi sorunlar yaşama oranının ve
  - ✓ Ekonomik sorunlar yaşama oranının daha yüksek olduğu ile
  - ✓ Aile ilişkilerinin daha zayıf olduğu bulunmuştur.
- Araştırmamızda adli bir olaya karışma durumunun; cinsiyet, devam edilen yüksekokul, ağrı kesici kullanım sıklığı, uyku hapi kullanım sıklığı, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, yasaklı madde kullanım sıklığı, ekonomik sorunlar yaşama, aile ile olan ilişkiler ve adli bir olayın mağduru olunması durumları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Adli bir olaya karışanların;
  - ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullanım ve
  - ✓ Alkol kullanım oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Adli bir olayın mağduru olma durumu ile cinsiyet, devam edilen yüksekokul, tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı ve adli bir olaya karışma durumu arasında ilişki olduğu görülmüştür. Adli bir olayda mağdur olanların;
  - ✓ Tütün ve tütün ürünleri kullanım oranı,
  - ✓ Adli bir olaya karışmış olma oranı ve
  - ✓ Erkeklerin kadınlara kıyasla mağduriyet yaşama oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bağımlılık ve suça karışma gibi, kişi ve toplum refahını birçok açıdan etkileyen ve tehdit eden bu konuda, risk faktörlerinin bilinmesi; önleyici çabalara odaklanma, erken müdahale ve etkili mücadelede kaynakların verimli kullanılması açısından önemlidir. Dolayısıyla çalışmamızın bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sunacağı düşünülerek şu önerilerde bulunabiliriz:

- Kişilerarası ilişkilerde sağlıklı bağların zayıf olmasının maddeye yönelimi artırabildiği göz önünde bulundurularak, aile, arkadaşlar ve toplumdaki sosyal destek ağlarının güçlendirilmesine yönelik çalışmalar planlanabilir.
- Gençler ve ailelerinin bağımlılık konusunda bilinçlenmesine yönelik eğitim ve farkındalık programları düzenlenebilir.
- Sigara kullanımının yaygınlığı, ulaşılabilirliği ve geçiş madde özellikleri düşünüldüğünde küçük yaş gruplarında sigara ile mücadeleye, önleyici çalışmalara daha fazla ağırlık verilebilir.
- Bağımlılıkları önleme konusunda koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkan, stres ve duygusal zorluklarla etkili mücadele ve başa çıkma becerileri kazandırmak ile geleceğe dair umut ve hedeflerin oluşturulması için sağlanacak psikososyal destek çalışmaları artırılabilir.

## KAYNAKÇA

A.Wiechelt, S., & Lala A.Straussner, S. (2015). Introduction to the Special Issue: Examining the Relationship Between Trauma and Addiction. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. doi:<https://doi.org/10.1080/1533256x.2015.996501>

Abeyesinhe, S. (2014, 09). Cognitive Function in the Alcohol Addiction Treatment Population. Thesis. Loma Linda University. 12 02, 2023 tarihinde <https://www.proquest.com/docview/1627180257?parentSessionId=EGo26AJDvvS7BsrzT7vHhHHiHd50M%2FXIVoERi847Evk%3D&accountid=25248> adresinden alındı

Abolhassani, N., Haba-Rubio, J., Heinzer, R., Vollenweider, P., & Marques-Vidal, P. (2019). Ten-year Trend in Sleeping Pills Use in Switzerland: the CoLaus Study. *Sleep Medicine*, 64, s. 56-61. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.06.022>

Acheli, R. (2019, 10 28). Dépendance Aux Opiacés Et Stress Post Traumatique :Etudes Empiriques Des Facteurs De Risques Post-traumatiques Auprès De Patients Héroïnodépendants Sous Traitement De Substitution. These De Doctorat. Université de Nantes. 11 17, 2023 tarihinde <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=30ea478f-8a17-4e2b-bcb3-3f7716fc84fe> adresinden alındı

(2017). Adli Süreçte Mağdur Kadınlar (Araştırma Raporu). Ankara: Mağdur Hakları Daire Başkanlığı.

Agelii, A. (2013, 06 12). Treating Horror With Ecstasy: Neurobiological Rationale for Treating PostTraumatic Stress Disorder with 3,4-. Bachelor Degree Project in Cognitive Neuroscience. University of Skövde. 11 23, 2023 tarihinde <https://his.diva-portal.org/smash/get/diva2:632545/FULLTEXT01.pdf> adresinden alındı

Alharbi, R. S., Alhowail, A. H., Alharbi, A. G., & Emara, A. M. (2022, 03). Evaluation of the health status outcome among inpatients treated for Amphetamine Addiction. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 29(3), s. 1465-1476. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2021.11.025>

Al-Kandari, F. H., Yacoub, K., & Omu, F. E. (2007). Effect of Drug Addiction on the Biopsychosocial Aspects of Persons with Addiction in Kuwait: Nursing Implications. *Journal of Addictions Nursing*, 18(1), s. 31-40. doi:DOI: 10.1080/10884600600995374

Alver, E. (2019, 05 25). Üniversite Öğrencilerinin Alkol İstismarının Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi Üzerine Bir İnceleme. *Journal of Academic Value Studies*, 5(4), s. 623-638 (ISSN:2149-8598).

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (5. Baskı b.). Boylam Psikiyatri Enstitüsü Hekimler Yayın Birliği.

Amsterdam, J. v., Opperhuizen, A., & Brink, W. v. (2011, 04). Harm potential of magic mushroom use: A review. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 59(3), s. 423-429. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2011.01.006>

Ant, N. (2018, 04). Üniversite Öğrencilerinin Bağımlılık Yapıcı Maddeleri Kullanım Yaygınlığı ve Bağımlılık Yapıcı Maddelere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 3. 11 12, 2023 tarihinde alındı

Ateş, H., & Banazılı, A. M. (2020, 06 09). Türkiye’de Uyuşturucu Madde Bağımlılığıyla Mücadele: Narkotik. Medeniyet Araştırmaları Dergisi, 5(1), s. 63-80. 11 14, 2023 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1180836> adresinden alındı

B. Becker, J., L. McClellan, M., & Glover Reed, B. (2016). Sex differences gender and addiction. Journal of Neuroscience Research. Wiley. doi:<https://doi.org/10.1002/jnr.23963>

Bağımlılık Türleri. (2023). 11 14, 2023 tarihinde [npistanbul.com: https://npistanbul.com/amatem/bagimlilik-turleri](https://npistanbul.com/amatem/bagimlilik-turleri) adresinden alındı

Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. (2023). Bağımlılık Nedir. 11 06, 2023 tarihinde [bmyk.gov.tr: https://bmyk.gov.tr/TR-67179/bagimlilik-nedir.html](https://bmyk.gov.tr/TR-67179/bagimlilik-nedir.html) adresinden alındı

Becoña, E. (2018). Brain Disease Or Biopsychosocial Model İn Addiction? Remembering The Vietnam Veteran Study. Psicothema, 30(3), s. 270-275. doi:<https://doi.org/10.7334/Psicothema2017.303>

Bernstein, D. P. (200). Childhood Trauma and Drug Addiction: Assessment, Diagnosis, and Treatment. Alcoholism Treatment Quarterly, 18(3), s. 19-30. doi:[https://doi.org/10.1300/J020v18n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J020v18n03_03)

Bernstein, D. P. (2000). Childhood Trauma and Drug Addiction. Alcoholism Treatment Quarterly. doi:[https://doi.org/10.1300/J020v18n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J020v18n03_03)

BM'nin Küresel Uyuşturucu Raporu Korkutucu. (2023, 06 26). 11 09, 2023 tarihinde [www.dunyabulteni.net: https://www.dunyabulteni.net/asya/bm-nin-kuresel-uyusturucu-raporu-korkutucu-h553866.html](https://www.dunyabulteni.net) adresinden alındı

Braden, M. R. (2007, 05). Towards a Biophysical Understanding of Hallucinogen Action. Thesis . West Lafayette, Indiana . 11 25, 2023 tarihinde <https://www.proquest.com/docview/304838368?parentSessionId=07ZmbfvA4epKaoHA13RWeDj4Ca6HIFV1jRI5YKWPLSE%3D&accountid=25248> adresinden alındı

Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M., & Vırit, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 7(2), s. 65-70.

Ceyhun, B., Oğuztürk, Ö., & Ceyhun, A. (2001). Madde Kullanma Eğilimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4(2), s. 87-93.

Chen, G. (2009). Gender Differences in Crime Drug Addiction Abstinence Personality Characteristics and Negative Emotions. Journal of Psychoactive Drugs, 41(3), s. 255-266. doi:<https://doi.org/10.1080/02791072.2009.10400536>

Chen, J.-H., Lin, I.-H., Hsueh, T. Y., Dalley, J. W., & Tsai, T.-H. (2022, 11 15). Pharmacokinetics and transplacental Transfer Of Codeine and Codeine Metabolites From Papaver Somniferum L. Journal of Ethnopharmacology, 298. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jep.2022.115623>

Cicero, T. J., Ellis, M. S., Surratt, H. L., & Kurtz, S. P. (2014, 05 28). The Changing Face of Heroin Use in the United States. *JAMA Psychiatry*, 71(7), s. 821-826. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366

Codeine Chemical Formula. Codeine Chemical Molecular Structure. Vector. (tarih yok). 11 07, 2023 tarihinde Mavink.com: <https://mavink.com/explore/Codeine-Chemical-Structure> adresinden alındı

Coray, R. C., Berberat, J., Zimmermann, J., Seifritz, E., Stock, A.-K., Beste, C., . . . Quednow, B. B. (2023, 09). Striatal Iron Deposition in Recreational MDMA (Ecstasy) Users. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 8(9), s. 956-966. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2023.02.005>

Coyle, D. T., Pratt, C.-Y., Ocran-Appiah, J., Secora, A., Kornegay, C., & Staffa, J. (2017, 12 15). Opioid Analgesic Dose and The Risk of Misuse, Overdose, and Death: A Narrative Review. 1(9). doi:<https://doi.org/10.1002/pds.4366>

Çapuk, H., & Aylaz, R. (2022). Frequency of University Students' Use of Addictive Substances and Attitudes Toward Addictive Substances. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*.

Delgado, J. (2022). Intoxication From LSD and Other Common Hallucinogens. E. Schwarz (Dü.). içinde UpToDate. 11 25, 2023 tarihinde [https://e1c9b1a9cc9b2679354d789c7627a4c889c411cc.vetisonline.com/contents/intoxication-from-ld-and-other-common-hallucinogens?search=hallucinogen&source=search\\_result&selectedTitle=1~24&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1](https://e1c9b1a9cc9b2679354d789c7627a4c889c411cc.vetisonline.com/contents/intoxication-from-ld-and-other-common-hallucinogens?search=hallucinogen&source=search_result&selectedTitle=1~24&usage_type=default&display_rank=1#H1) adresinden alındı

DiClemente, C. (2016). Bağımlılık ve Değişim. Nobel Akademik Yayıncılık.

Dilbaz, N. (2013). Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığında Korunma. TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Aile Eğitim Programı. 11 12, 2023 tarihinde alındı

Egger, O., & Rauteberg, M. (1996). Internet Behaviour And Addiction. Unpublished, Master's Thesis, Work & Organisational Psychology Unit (Ifap) , Swiss Federal Institute Of Technology (Eth). Zurich. 11 13, 2023 tarihinde <https://pure.tue.nl/ws/files/4392817/587150.pdf> adresinden alındı

El-Aneed, A., Alaghebandan, R., Gladney, N., Collins, K., MacDonald, D., & Fischer, B. (2009). Prescription drug abuse and methods of diversion: The potential role of. *Journal of Substance use*, 14(2), s. 75-83. 11 13, 2023 tarihinde alındı

ElShahawi, H. H., Amin, G. R., Khalil, S. A., Morsy, M. H., Farwiesz, M. G., & Nawara, M. M. (2022). Prevalence of Tobacco Smoking in a Sample of General Secondary School Students in Cairo and Its Correlation to Other Psychiatric Disorders. *Middle East Current Psychiatry* , 29(87). doi:<https://doi.org/10.1186/s43045-022-00252-7>

Engel, G. (1978). The Biopsychosocial Model And The Education Of Health Professionals. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, s. 169-181. doi:[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90062-8)

Finnegan, G. R. (2023). Psychologists With Positive Lived Experience Of Antidepressant Use Working With Clients Against Antidepressant Use. Thesis. San Diego: Alliant International University. 12 02, 2023 tarihinde <https://www.proquest.com/docview/2821293972?parentSessionId=Bg3GCgxjcBSjdHFrep4gTro1nq01gZuvMRxF7S2dVy4%3D&accountid=25248> adresinden alındı

- Fitzgerald, M. (2009, 07). When is an analgesic not an analgesic? *Pain*, 144(1). doi:DOI: 10.1016/j.pain.2009.03.015
- Gasa, H. P., Mkhize, S., Shumba, K., Cinini, S. F., & Gopal, N. D. (2022, 03). Risk Factors of Substance abuse among University Students: An Exploratory Study. *International Journal of Criminology and Sociology*, 11, s. 15-27. doi:DOI: 10.6000/1929-4409.2022.11.03
- Gibeaut, E. (2020, 12). Barriers and Facilitators to Antidepressant Adherence in College Students. Thesis. Texas State University. 12 02, 2023 tarihinde <https://digital.library.txst.edu/server/api/core/bitstreams/ac178a73-7260-4bcd-94d1-f634480da990/content> adresinden alındı
- Goldman, D., Oroszi, G., & Ducci, F. (2005, 07). The Genetics Of Addictions: Uncovering The Genes. *Nature Reviews Genetics*, 6, s. 521-532. doi:10.1038/nrg1635
- Gölge, Z. B., Yavuz, M. F., Korkut, S., & Kahveci, S. (2013). Yetişkin Kadın Mağdurlarda Cinsel Saldırı Sonrası Görülen Ruhsal Ve Sosyal Sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*, 18(3), s. 82-91.
- Grahn, R., Padyab, M., Hall, T., & Lundgren, L. (2019). The Associations between Risky Psychosocial Environment Substance Addiction Severity and Imprisonment: A Swedish Registry Study. *Subst Use Misue*. doi:<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1696823>
- Grahn, R., Padyab, M., Hall, T., & Lundgren, L. (2020). The Associations between Risky Psychosocial Environment, Substance Addiction Severity and Imprisonment: A Swedish Registry Study. *Substance Use & Misuse*, 55(5), s. 697-706. doi:<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1696823>
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., & Jung, J. .. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. III. *Journal of American Medical Association Psychiatry*, 73(1), s. 39-47. 11 14, 2023 tarihinde alındı
- Griffiths, M. (2005). The Biopsychosocial Approach to Addiction. *Psyke & Logos*, 26, s. 9-26.
- Güdük, Ö., Selimoğlu Namoğlu, S., Yemenici, M., Ertürk, N., Arğa, K., Doğan Merih, Y., & Satman, İ. (2021). Üniversite Öğrencilerinde Tütün Kullanım Alışkanlıklarının Belirleyicileri Ve Algılar: İstanbul İlinde Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 264-273. doi:DOI: 10.17049/ataunihem.870195
- Gümüş, İ., Kurt, M., Günay Ermurat, D., & Feyatörbay, E. (2011). Lise öğrencilerinin madde bağımlılığı konusunda bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin belirlenmesi (Erzurum örneği). *Ekev Akademi Dergisi*, 48, s. 321-334.
- ICD-11 Coding Tool Mortality And Morbidity Statistics (MMS) (Who.İnt). (2023, 11 12). 11 04, 2023 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO). adresinden alındı
- İlaç Takip Sistemi. (2017). 11 14, 2023 tarihinde [its.tiga.com.tr](https://its.tiga.com.tr): <https://its.tiga.com.tr/ilac-takip-sistemi/its-tarihce/> adresinden alındı

- Jakobsson, M., Josefsson, K., & Högberg, K. (2019). Reasons for sleeping difficulties as perceived by adolescents: a content analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12750>
- Jay, M. (2019, 02 28). 100 Years of Mescaline. *Monatshefte für Chemie - Chemical Monthly*, 150, s. 957-959. doi:<https://doi.org/10.1007/s00706-019-02425-3>
- Jay, M. (2019, 05 23). Altered Minds: Mescaline's Complicated History. *Nature*, 569, s. 485-486. 11 27, 2023 tarihinde <https://www.nature.com/articles/d41586-019-01571-2> adresinden alındı
- Kahn, G. D., & Wilcox, H. C. (2022). Marijuana Use Is Associated With Suicidal Ideation and Behavior Among US Adolescents at Rates Similar to Tobacco and Alcohol. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 520-533. doi:<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1804025>
- Keyes, K., Cerda, M., Brady, J., Havens, J. R., & Galea, S. (2014). Understanding The Rural-urban Differences In Nonmedical Prescription Opioid Use and Abuse In The United States. *American Journal of Public Health*, s. 52-59. doi:10.2105/AJPH.2013.301709
- Konuray, A. O. (2008). Development Of Tolerance And Dependence In Barbiturate Use: A Systems Modeling Approach. *Yüksek Lisans Tezi*. 11 18, 2023 tarihinde alındı
- Koob, G. F., & Nestler, E. J. (1997). The Neurobiology of Drug Addiction. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9(3), s. 482-497. doi:DOI: 10.1176/jnp.9.3.482
- Kreek, M. J., Borg, L., Ducat, E., & Ray, B. (2010, 04). Pharmacotherapy in the Treatment of Addiction: Methadone. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), s. 200-216. doi:DOI: 10.1080/10550881003684798
- Kudlacek, O., Hofmaier, T., Luf, A., Mayer, F. P., Stockner, T., Nagy, C., . . . Sitte, H. H. (2017, 06 12). Cocaine Adulteration. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, s. 75-81. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchemneu.2017.06.001>
- Kuhn, C. (2015). Emergence of sex differences in the development of substance use and abuse during adolescence. *Pharmacology & Therapeutics*, 153, s. 55-78. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2015.06.003>
- LaGrotta, C. (2021). Gender Differences in Addiction. *Current Addiction Reports* Springer Science and Business Media LLC. doi:<https://doi.org/10.1007/s40429-021-00355-x>
- Le Grand, A., Hogerzeil, H., & Haaijer-Ruskamp, F. (1999). Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy and Planning* 1999, 14(2), s. 89-102. doi:10.1093/heapol/14.2.89
- Lin, Z., Francis, C. A., Kaldahl, C. A., Antczak, K. G., & Kumar, V. (2004, 09 14). United States Patent No. 6790959. 11 18, 2023 tarihinde <https://patentimages.storage.googleapis.com/fb/10/70/51882fa7074a0d/US6790959.pdf> adresinden alındı
- Lindström, M., & Rosvall, M. (2018). Economic stress in childhood and suicide thoughts and suicide attempts: a population-based study among adults. *Public Health*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.06.014>

Madde Bağımlılığı. (2023). Ankara Üniversitesi. 12 08, 2023 tarihinde <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=91575> adresinden alındı

Mallah, N., Figueiras, A., Miri, H. H., & Takkouche, B. (2021, 08 1). Association Of Knowledge And Attitudes With Practices Of Misuse Of Tranquilizers: A Cohort Study In Spain. *Drug and Alcohol Dependence*, 225. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108793>

Martins, B., Matos, A., & Sardinha, M. (2019). Therapeutic Heroin in the XXI Century. *Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE*. doi:[10.26226/morressier.5d1a038357558b317a140c59](https://doi.org/10.26226/morressier.5d1a038357558b317a140c59)

Mazzeo, F., Meccariello, R., & Guatteo, E. (2023, 04 25). Molecular and Epigenetic Aspects of Opioid Receptors in Drug Addiction and Pain Management in Sport. *International Journal of Molecular Sciences*. doi:<https://doi.org/10.3390/ijms24097831>

Miller, M., Borges, G., Orozco, R., Mukamal, K., Rimm, E. B., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2011). Exposure to alcohol drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: Findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 110-117. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.016>

Moro-Sutherland, D. M. (2000). Barbiturates. *Clin Med Emerg Med*, 1, s. 276-280. doi:[10.1053/cpem.2000.8484](https://doi.org/10.1053/cpem.2000.8484)

Nakamoto, K., Kawasaki, S., Kobori, T., Fujita-Hamabe, W., Mizoguchi, H., Yamada, K., . . . Tokuyama, S. (2012, 03 15). Involvement Of Matrix Metalloproteinase-9 In The Development Of Morphine Tolerance. *European Journal of Pharmacology*, 683(1-3), s. 86-92. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2012.03.006>

Nelson, R. A. (2008, 01). Effects of a Non-Pharmacological Bedtime Intervention on the Sleep Behavior and Sedative/Hypnotic Drug use of Nursing Home Residents. Doctoral Thesis. Graduate School Temple University. 11 19, 2023 tarihinde <https://www.proquest.com/dissertations-theses/effects-non-pharmacological-intervention-on-sleep/docview/304471978/se-2?accountid=25248> adresinden alındı

Niskanen, V. (2020, 12). Lsd, Psilosybını Ja Mdma Ja Psykoosit. Thesis. 11 25, 2023 tarihinde <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/124199/NiskanenVille.pdf?sequence=2&isAllowed=y> adresinden alındı

Ogura, T., & Egan, T. D. (2013). Opioid Agonists and Antagonists. *Pharmacology and Physiology for Anesthesia*, s. 253-271. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1679-5.00015-6>

Olukçu, G., & Özkınalı, S. (2023). Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı. 9.Hitit Öğrenci Kongresi (26-30 Nisan 2023) Bildiriler Kitabı (s. 36). Çorum: Hitit Üniversitesi Yayınları. 04 03, 2024 tarihinde alındı

Öncül, Ö. (2014, 01). Investigating Cognitive Mechanisms Of Offending Among Adult And Juvenile Male Prisoners: Suggestions For Intervention.

Öztürk, S. (2010). Ergenlikte Madde Bağımlılığın Projektif Testler Aracılığıyla İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Pelit, K., & Alkan, M. F. (2022). Suça Sürüklenen Çocukların Sosyo-Demografik ve Suç Özelliklerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Social Work Research*.  
<https://tr.kezana.net/Details/Article/2000714847> adresinden alındı

R.Douglas, K., Chan, G., Gelernter, J., J.Arias, A., F.Anton, R., D.Weiss, R., . . . R.Kranzler, H. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), s. 7-13.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.004>

Read, J. (2020). How Common and Severe are Six Withdrawal Effects From, and Addiction to, Antidepressants? The Experiences of a Large International Sample of Patients. *Addictive Behaviors*, 102. Elsevier. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106157>

Richards, S. K. (1996, 12). Differences Between Recent Cocaine, Cocaine/Alcohol, Or Cocaine/Alcohol/Marijuana Abuse On Symptoms, Treatment Dropout, And Relapse In Cocaine Abusers. Doctoral Thesis. Coral Gables, Florida: University of Miami. 11 20, 2023 tarihinde <https://www.proquest.com/docview/304313542?parentSessionId=vkM2%2FKnfj%2FafleKdEtlsmrcN00Vo31Rzv7Mxw6BwBM0%3D&accountid=25248> adresinden alındı

Sahed, I., & Jourdain, A. (2020). Families and Relationships with Friends in the. 29(1), s. 10-21.  
doi:<https://doi.org/10.1080/1067828X.2020.1805837>

Scheller, K. J. (2017, 01). Characterisation Of The Galanin 3 Receptor In Alcohol and Morphine Addiction In Mice. PhD Thesis. Victoria, Australia: The Florey Institute of Neuroscience and Mental Health . 11 17, 2023 tarihinde alındı

Schilt, T. (2009). Thinking of Ecstasy : Neuropsychological Aspects of Ecstasy Use. Thesis. Universiteit van Amsterdam. 11 23, 2023 tarihinde [https://pure.uva.nl/ws/files/824741/67903\\_04.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/824741/67903_04.pdf) adresinden alındı

Schmidt, S. K. (Dü.). (2004). Nicotine Addiction. *Journal of Addictions Nursing*, 15(105), s. 105.  
doi:DOI: 10.1080/10884600490452469

Sellers, E. M. (2008, 09 22). Addictive Drugs: Disposition, Tolerance and Dependence Interrelationships. *Drug Metabolism Reviews*, 8(1), s. 5-11. doi:10.3109/03602537808993774

Shiplo, S. (2015). Marijuana Use in Canada: Patterns of Use Among Medical Marijuana Users. Thesis. Waterloo, Ontario, Canada: University of Waterloo. 11 27, 2023 tarihinde [https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/9551/Shiplo\\_Samantha.pdf;jsessionid=36AE3A7F43462C839AA5F8466F892BE0?sequence=1](https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/9551/Shiplo_Samantha.pdf;jsessionid=36AE3A7F43462C839AA5F8466F892BE0?sequence=1) adresinden alındı

Simmler, L. D. (2013). Pharmacology of Amphetamine-Type Designer Drugs. Thesis. Basel: University of Basel. 11 21, 2023 tarihinde alındı

Skewes, M., & Gonzalez, V. (2013). The Biopsychosocial Model of Addiction. *Princ. Addict.*, 1, s. 61-70.  
doi:10.1016/b978-0-12-398336-7.00006-1

Smirnov, A., M.Najman, J., Hayatbakhsh, R., Wells, H., Legosz, M., & Kemp, R. (2013). Young adults' recreational social environment as a predictor of ecstasy use initiation: findings of a population-based prospective study. *Addiction*. doi:<https://doi.org/10.1111/add.12239>

Söylemezoğlu, T. (2008, 10). Madde Bağımlılığı, Narkotikler ve Analizleri. 11 14, 2023 tarihinde <https://slideplayer.biz.tr/slide/2881460/> adresinden alındı

Sun, Y., Tsai, M.-K., & Wen, C.-P. (2023, 06). Association of sleep duration and sleeping pill use with mortality and life expectancy: A cohort study of 484,916 adults. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 9(3), s. 354-362. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2023.01.017>

Sümer, N., Oruçlular, Y., & Çapar, T. (2015). Bağlanma ve Bağımlılık: Kuramsal Çerçeve ve Derleme Çalışması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), s. 192-209. 11 04, 2023 tarihinde [https://www.researchgate.net/publication/322267185\\_Baglanma\\_ve\\_bagimlilik\\_Kuramsal\\_cerceve\\_ve\\_derleme\\_calismasi](https://www.researchgate.net/publication/322267185_Baglanma_ve_bagimlilik_Kuramsal_cerceve_ve_derleme_calismasi) adresinden alındı

Sweetman, A., Putland, S., Lack, L., McEvoy, R., Adams, R., Grunstein, R., . . . Lovato, N. (2021, 04). The Effect of Cognitive Behavioural Therapy For Insomnia On Sedative-hypnotic Use: A Narrative Review. *Sleep Medicine Reviews*, 56. doi:[doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101404](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101404)

Tek Sözleşmesi. (1961). 11 05, 2023 tarihinde [tbmm.gov.tr: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR\\_KARARLAR/kanuntbmmc050/kanuntbmmc050/kanuntbmmc05000812.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc050/kanuntbmmc050/kanuntbmmc05000812.pdf) adresinden alındı

Thompson, C., Alcover, K., & Yip, S. W. (2021, 01 01). Development and Validation of a Prediction Model of Prescription Tranquilizer Misuse Based on a Nationally Representative United States Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 218. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108344>

Tural Hesapçioğlu, S., Bilgier, S., & Kandil, S. (2013). Ergenlikte Tekrarlayıcı Suç İşleme, Alprazolam ve Diğer Madde Bağımlılıkları Birlikteliği. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(2), s. 66-71.

(2023). Türkiye Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler. Emniyet Genel Müdürlüğü. Ankara: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Şube Müdürlüğü. 11 11, 2023 tarihinde [https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023\\_TURKIYE\\_UYUSTURUCU\\_RAPORU.pdf](https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf) adresinden alındı

Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2018). 101 Soruda Bağımlılık (2. Baskı b.). (P. K. ÖGEL, Dü.) İstanbul: Yeşilay Yayınları. 12 08, 2023 tarihinde alındı

Twark, C., & Suzuki, J. (2017, 9-10). Fenethyllyline-Induced Psychosis, Fenethyllyline-Themed Paranoid Delusions, or Both? *Psychosomatics*, 58(5), s. 561-564. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.03.014>

Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., & Karakoç, A. (2013). Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), s. 230-234.

Uyuşturucu Madde Türleri. (2015, 12 22). 11 16, 2023 tarihinde [www.kom.gov.tr: https://web.archive.org/web/20111105183812/http://www.kom.gov.tr/Tr/KonuYazdir.asp?CKey=55](http://www.kom.gov.tr) adresinden alındı

Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek Sözleşmesine Katılmamızın Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun ( Resmi Gazete Sayı: 12496). (1967, 01 05). 11 07, 2023 tarihinde [www.tbmm.gov.tr:](http://www.tbmm.gov.tr)

[https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR\\_KARARLAR/kanuntbmmc050/kanuntbmmc050/kanuntbmmc05000812.pdf](https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc050/kanuntbmmc050/kanuntbmmc05000812.pdf) adresinden alındı

Vale, A. (2007). Cocaine. *Medicine*. doi:doi.org/10.1016/j.mpmed.2007.08.010

White, M., & Hungwe, C. (2024). "It's a lot of things": Zimbabwean university students' perceptions on the causes of suicide ideation and suicidality among youths during the COVID-19 pandemic. *Vulnerable Children and Youth Studies*. doi:http://dx.doi.org/10.1080/17450128.2024.2326422.

WHO. (2023). icd.who.int. 11 04, 2023 tarihinde ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics (MMS): [https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/en/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release) adresinden alındı

Wiechelt, S. A., & Straussner, S. L. (2015, 03 17). Introduction to the Special Issue: Examining the Relationship Between Trauma and Addiction. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(1), s. 1-5. doi:DOI: 10.1080/1533256X.2015.996501

Wiegand, T. J. (2023, 11 01). Marijuana. *Encyclopedia of Toxicology (Fourth Edition)*, 6, 31-36. Elsevier. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824315-2.01042-3>

(2023). Word Drug Report Special Points Of interest. United Nations Office on Drugs and Crime.

World Health Organization. (2023). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 11 05, 2023 tarihinde Who.int: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> adresinden alındı

(1987). World Health Organization. The Rational Use Of Drugs. Report Of The Conference Of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985, Geneva. 11 14, 2023 tarihinde <https://iris.who.int/handle/10665/37174> adresinden alındı

World Health Organization. (2005, 04). Antimicrobial Resistance: A Threat To Global Health Security. Rational Use Of Medicines By Prescribers And Patients. 11 14, 2023 tarihinde [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_14-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_14-en.pdf) adresinden alındı

Yalçın, M., Eşsizoglu, A., Akkoç, H., Yaşan, A., & Gürgen, F. (2009). Dicle Üniversitesi Öğrencilerinde Madde Kullanımını Belirleyen Risk Faktörleri. *Klinik Psikiyatri*, 12, s. 125-133. 05 09, 2024 tarihinde [https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_12\\_3\\_125\\_133.pdf](https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_12_3_125_133.pdf) adresinden alındı

Yılmaz, A. (2017). Madde Etkisi Altında Suç Mağduriyeti. <https://741763626318e402fd7b7e8e2847d78f6534544e.vetisonline.com/index.jsp?modul=advantage-search&operator=or&fields=all&p=1&searchword=Madde%20Etkisi%20Alt%C4%B1nda%20Su%C3%A7%20Ma%C4%9Fduriyeti> adresinden alındı

Zimić, J. I., & Jukić, V. (2012). Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(2), s. 173-185. doi:10.1080/02791072.2012.685408

Zullig, K. J., & Divin, A. L. (2012). The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms,. *Addictive Behaviors*, 37, 890-899. doi:10.1016/j.addbeh.2012.02.008

Zykova, Y. V., Mannberg, A., & Myrland, Ø. (2022, 01 22). Effects of 'doctor shopping' behaviour on prescription of addictive drugs in Sweden. *Social Science & Medicine*. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114739



## EKLER

### EK-1: Etik kurul onayı



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2023-251


07/11/2023

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Doç. Dr. Sevil ÖZKINALI

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Prof. Dr. Mehmet KUTLU  
Başkan

Başvuru Numarası	2023-303
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Sevil ÖZKINALI
Araştırma Başlığı	Üniversite Öğrencilerinde Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörlerinin Araştırılması, Çorum Hitit Üniversitesi Örneği
Toplantı Tarihi	01.11.2023
Karar Numarası	2023-17

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.\*
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

## EK-2: Anket İzinleri



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu

Sayı : E-98627552-044-2300101280  
Konu : Anket Hk.

14.12.2023

Sayın Prof. Dr. Sevil ÖZKINALI

İlgi : 12.11.2023 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenize istinaden Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Adli Bilimler Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Gözde OLUKÇU'nun "*Üniversite Öğrencilerinde Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörlerinin Araştırılması , Çorum Hitit Üniversitesi Örneği*" başlıklı yüksek lisans tezine veri sağlamak için hazırlanan anketinizin Meslek Yüksekokulumuz bünyesinde öğrenim gören öğrencilere uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Zekeriya IŞIK  
M.Y.O. Müdürü

Belge Doğrulama Kodu: FDAAHUF

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Takip Adresi: <http://ubys.hitit.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: T.C. Hitit Üniversitesi Kuzey Kampüsü Çevre Yolu Bulvarı 19030 Çorum / TÜRKİYE

Bilgi için :

Ahmet Aracı

Telefon No: (0 364) 2191919

Faks No: (0 364) 2191938

Telefon No:

(0 364) 2221555 - 3636

e-Posta:

İnternet Adresi: <http://www.hitit.edu.tr>

Direkt Hat:

Keşif Adresi: [hitituniversitesi@hs01.kep.tr](mailto:hitituniversitesi@hs01.kep.tr)





T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Sayı : E-25962471-730.08.03-2300101286  
Konu : Anket İzni

15.12.2023

Sayın Prof. Dr. Sevil ÖZKINALI

İlgi : 12.11.2023 tarihli dilekçeniz.

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Adli Bilimler Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Gözde Olukçu'nun "Üniversite Öğrencilerinde Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörlerinin Araştırılması, Çorum Hitit Üniversitesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tezine veri sağlamak için hazırlanan anket çalışmanızın Meslek Yüksekokulumuz öğrencilerine uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Osman ÇUBUK  
M.Y.O. Müdürü

Belge Doğrulama Kodu: UFA447M

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: <http://ubys.hitit.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index>

Adres: T.C. Hitit Üniversitesi Kuzey Kampüsü Çevre Yolu Bulvarı 19030 Çorum / TÜRKİYE  
Telefon No: (0 364) 2194080  
e-Posta:  
Kep Adresi: [hitituniversitesi@hs01.kep.tr](mailto:hitituniversitesi@hs01.kep.tr)

Faks No: (0 364) 2191938  
İnternet Adresi: <http://www.hitit.edu.tr>

Bilgi için :  
Telefon No:  
Direkt Hat:

Gökhan Yılmaz  
Bilgisayar İşletmeni  
(0 364) 2191919 - 3000



### EK-3: Anket Formu

*Değerli Katılımcı,*

*Bu anket çalışması " Üniversite Öğrencilerinde Bağımlılık Yapıcı İlaç ve Madde Kullanımı ile Risk Faktörlerinin Araştırılması, Çorum Hitit Üniversitesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tezine veri sağlamak için hazırlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Sorulara ilişkin seçenekleri açık yüreklilikle ve mümkün olduğunca gerçekçi bir yaklaşımla cevaplamanız beklenmektedir. Araştırmanın gerçekleşmesi için ayıracağınız zaman ve vereceğiniz destekten dolayı şimdiden teşekkür ederim.*

*Gözde OLUKÇU (Hitit Üniversitesi, Adli Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi)*

*İletişim:* [REDACTED]

#### A) Tanımlayıcı Bilgiler

##### 1- Cinsiyetiniz\*

- Kadın
- Erkek

##### 2- Sınıfınız \*

- Hazırlık
- 1.Sınıf
- 2.Sınıf

##### 3- Yüksekokulunuz \*

- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
- Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu
- Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu

##### 4- Barınma durumunuz\*

- Evde tek kalıyorum
- Ailemle birlikte yaşıyorum
- Öğrenci evinde arkadaşlarımla kalıyorum
- Yurtta kalıyorum

**5- Kardeş sayınız (kendinizle birlikte)**

- 1
- 2
- 3
- 4 ve daha fazla

**6- Ailenizin maddi gelir durumunu değerlendiriniz**

- Çok zayıf
- Zayıf
- Normal
- İyi
- Çok iyi

**7-Genel sağlık durumunuzu değerlendiriniz**

- Çok zayıf
- Zayıf
- Normal
- İyi
- Çok iyi

**8- Aşağıdaki ağrı kesici grubu ilaçlardan kullandıklarınızı işaretleyiniz**

- Dolarex
- Novalgine
- Lyrica
- Valium
- Diğer (yazınız).....

**9- Ağrı kesici grubu ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?**

- Her gün kullanıyorum
- Bazen kullanıyorum
- Nadiren kullanıyorum
- Bir kere kullandım
- Hiç kullanmıyorum

**10- Kullandığınız uyku hapları (Doxilamin, Remeron. Citoles. Tolvon. Largactil. Prozac, CipraleX Xanax ) var mı? Varsa işaretleyiniz**

- Ativan
- Arkodin
- Unisom,
- İsmi hatırlamıyorum
- Diğer (yazınız) .....

**11- Uyku haplarını ne sıklıkla kullanıyorsunuz?**

- Her gün kullanıyorum
- Bazen kullanıyorum
- Nadiren kullanıyorum
- Bir kere kullandım
- Hiç kullanmıyorum

**12- Antidepresanlardan kullandıklarınız varsa işaretleyiniz veya diğer kısmına yazınız.**

- Xanax
- Selectra,
- Prozac,
- Cipralex,
- Diğer.....

**13- Antidepresan ilaçları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?**

- Her gün kullanıyorum
- Bazen kullanıyorum
- Nadiren kullanıyorum
- Bir kere kullandım
- Hiç kullanmıyorum

**14- İlaç almadığımızda aşağıdaki durum ya da durumlardan yaşadıklarınızı işaretleyiniz?**

- Öfke
- Devamlı yorgunluk
- İştah kaybı
- Uykusuzluk
- Hiçbiri

**15-Tütün veya tütün ürünlerini ne sıklıkla kullanıyorsunuz?**

- Her gün kullanıyorum
- Bazen kullanıyorum
- Nadiren kullanıyorum
- Bir kere kullandım
- Hiç kullanmıyorum

**16- Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?**

- Her gün kullanıyorum
- Bazen kullanıyorum
- Nadiren kullanıyorum
- Bir kere kullandım
- Hiç kullanmıyorum

**17-**Daha önce aşağıdaki yasaklı maddelerden kullandınız mı? Varsa işaretleyiniz

- Hayır kullanmadım
- Esrar
- Bonzai
- Meth (Kristal, Şekerleme)
- Diğer

**18-** Ne sıklıkla kullandınız?

- Her gün kullanıyorum
- Bazen kullanıyorum
- Nadiren kullanıyorum
- Bir kere kullandım
- Hiç kullanmıyorum

**19-** Çevrenizde yasaklı madde (esrar, eroin, meth, ecytasy,LSD, bonzai) kullanan var mı?

- Hayır yok
- Arkadaşlarım
- Ailem
- Akrabalarım
- Diğer..

**20-** Aşağıdaki durumlarla karşılaştınız mı? İşaretleyiniz

- Çocuklukta travmatik bir yaşantı (savaş, doğal afetler, kaza, cinsel veya fiziksel istismar, ani ölümler, ciddi hastalıklar)
- Ailevi sorunlar
- Ekonomik sıkıntılar
- İntihar girişimi
- Olumsuz arkadaş ortamına sahip olma

**21-** Adli bir olaya karıştınız mı? İşaretleyiniz

- Hayır karışmadım
- Kavga, Yaralama
- Hırsızlık, Dolandırıcılık
- Trafik suçu
- Diğer (yazınız)....

**22-** Adli bir olayın mağduru oldunuz mu? İşaretleyiniz

- Hayır mağdur olmadım
- Kavga, Yaralama
- Hırsızlık, Dolandırıcılık
- Trafik suçu
- Diğer (yazınız)....

**23-**Aşağıdaki alanlardan herhangi biri ile uğraştınız mı?

- Spor
- Sanat
- Resim
- Müzik
- Hayır uğraşmadım

**24-**Arkadaşlık ilişkilerinizi değerlendiriniz

- Çok zayıf
- Zayıf
- Normal
- İyi
- Çok iyi

**25-** Aileniz ile olan ilişkilerinizi değerlendiriniz

- Çok zayıf
- Zayıf
- Normal
- İyi
- Çok iyi

