T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof. Dr. İmdat Elmas

KANNABİNOİD TÜREVİ KULLANICILARINDA ZORUNLU ve GÖNÜLLÜ TEDAVİYE YAKLAŞIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SOSYAL BİLİMLER ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

Uzman Psikolog Ceren KOÇ

İstanbul, 2021

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ- CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof. Dr. İmdat Elmas

KANNABİNOİD TÜREVİ KULLANICILARINDA ZORUNLU ve GÖNÜLLÜ TEDAVİYE YAKLAŞIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SOSYAL BİLİMLER ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

Uzman Psikolog Ceren KOÇ

İstanbul, 2021

ÖZET

Uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı ülkemizde ve dünyada her geçen yıl artarak devam eden tıbbi, psikolojik, sosyolojik ve yasal bir sorundur. Madde bağımlılığı kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığını, sosyal yaşamını olumsuz şekilde etkilemektedir. Madde bağımlılığı sadece tıp ve psikoloji alanlarının değil; sosyoloji, adli bilimler ve hukuk alanlarının da başlıca araştırma ve müdahale alanlarından biridir. Ülkemizde 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda "Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." hükmü bulunmakta, ayrıca uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan ya da bulunduran kişilerin, soruşturma ve kovuşturma aşamalarında ve sonrasında rehabilitasyonları amaçlanmaktadır. Yasalarımıza göre uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişiler hakkında "tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri" ve uyuşturucu veya uyarıcı madde bulunduran kişiler hakkında "sadece denetimli serbestlik tedbiri" uygulanmaktadır. Bu tez çalışmasının amacını, hakkında denetimli serbestlik kararı verilerek zorunlu olarak tedaviye yönlendirilen kannabinoid türevi kullanıcıları ile gönüllü olarak tedaviye başvuran kannabinoid türevi kullanıcılarının karşılaştırılarak, seçilen iki grubun madde kullanım özellikleri, tedavi motivasyonları, kriminal düşünce yapıları, madde kullanımının yaşamlarına etkileri, ruhsal sorunları ve sosyal destek algılarının belirlenmesi ve böylece tedavi ve rehabilatasyon tedbirlerinin tekrar gözden geçirilmesine olanak sağlayacak verilerin sunulabilmesi oluşturmaktadır. Araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) servisinde tedavi gören toplam 155 kannabinoid türevi; yani esrar ve türevleri, kullanıcısı katılmıştır. Katılımcıların 121'i hakkında denetimli serbestlik kararı bulunan kişiler iken, 34'ü gönüllü olarak bağımlılık tedavisine başvurmuş kişilerdir. Verilerin toplanması için BAPİ (Bağımlılık Profil İndeksi) Klinik Formu (BAPİ-K), Kriminal Düşünce Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 23.0 programı kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre gönüllü olarak tedaviye başvurmuş katılımcılar, denetimli serbestlik tedbiri ile tedavide olan katılımcılardan daha çok madde kullanmaktadırlar. Yine gönüllü tedavi grubunun yaşamları madde kullanımından daha çok etkilenmektedir ve tedavi motivasyonları daha yüksektir. Gönüllü olarak tedavide olan katılımcıların denetimli serbestlik grubuna göre daha fazla ruhsal sorun yaşamaktadır. Kriminal düşünce yapısı ve algılanan sosyal destek bakımından ise iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Esrar, Sentetik Kannabinoid, Gönüllü Tedavi, Zorunlu Tedavi, Denetimli Serbestlik, Kriminal Düşünce, Sosyal Destek

ABSTRACT

Substance use is a medical, psychological, sociological and legal problem that continues to increase every year in our country and in the world. Substance addiction negatively affects the mental and physical health and social life of the person. Substance addiction does not only involve the disciplines of medicine, psychology or sociology; it is one of the main research and intervention fields of forensic sciences and law. In our country, according to the Turkish Penal Code No. 5237, "Any person who purchases, accepts or possesses substances for use is punished with imprisonment from one year to two years." In addition, it is aimed to rehabilitate those, who use or possess substances, during and after the investigation and prosecution stages. According to Turkish laws, "treatment and probation" is applied to persons using substances, and "only probation" is applied to persons who possess substances. The aim of this study is to compare cannabinoid derivative users who are referred for mandatory treatment as a condition of a probation decision to cannabinoid derivative users who voluntarily apply for treatment in terms of their substance use characteristics, treatment motivation, criminal thought structures, the effects of substance use on their lives, their mental and social problems, their perceptions of support, and thus ultimately to present data that will allow the treatment and rehabilitation measures to be reviewed and updated. A total of 155 cannabinoid derivatives users who are treated in the AMATEM (Alcohol Substance Addiction Treatment Center) service of the Erenköy Mental and Neurological Diseases Hospital participated in this study. While 121 of the participants had a probation sentence, 34 of them applied voluntarily for addiction treatment. Addiction Profile Index Clinical Form (API-C), Criminal Thinking Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support were used to collect the data. SPSS 23.0 program was used to analyze the data.

According to the results of our study, the participants who applied for treatment voluntarily used substances more often than the participants who were treated as a condition of the

probation sentence. Furthermore, the lives of the voluntary treatment group were affected more significantly by substance use and their motivation to get treated was higher. Additionally, participants who are voluntarily in treatment experience had more mental problems than the probation group. There was no statistically significant difference between the two groups in terms of criminal thinking and perceived social support.

Keywords: Addiction, Cannabis, Synthetic Cannabinoid, Voluntary Treatment, Compulsory Treatment, Probation, Criminal Thinking, Social Support

ÖNSÖZ

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak hazırlanmıştır.

Öncelikle doktora tez sürecim boyunca hoşgörüsünü ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. İmdat Elmas'a çok teşekkür ederim. Doktoraya girişimden tezimin bitişine kadar her an doktorayı bitireceğime dair inancımı pekiştiren Doç. Dr. Neylan Ziyalar'a ne kadar teşekkür etsem azdır. Her görüşmemizde yeni fikirlerle tezimin ilerlemesine katkıda bulunan ve bana vakit ayıran Doç. Dr. Gökhan Ersoy'a şükranlarımı sunarım.

2009 yılında lisanstan mezun olduğum andan beri birlikte çalıştığım, akıl hocam ve kariyerim adına en büyük şansım Prof. Dr. Kültegin Ögel'e hayatımdaki varlığı ve sonsuz desteği için çok teşekkür ederim.

Biz öğrencilerine bir ağaç gibi kol kanat geren Prof. Dr. Gökhan Oral'a çok teşekkür ederim.

Tez sürecimde uzaklarda olmalarına rağmen hep yanı başımda hissettirdikleri için canım arkadaşlarım Canan Dolma Vandenbrink ve Ebru Baykara'ya çok teşekkür ederim. Tez yazma sürecinde Duygu Buğa ve Sezin Öner Yaman'a tüm sızlanmalarıma katlandıkları ve akademik olarak ufkumu açan sohbetleri için minnettarım. Canım arkadaşım Zehra Olcay Tuna'ya yaşamımda olduğu için ne kadar teşekkür etsem azdır.

Son olarak (ama en önemlisi), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu babam ve İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunu anneme ikisinin mezun oldukları alanları doktorada birleştirmeme yardımcı oldukları için ve yaşamım boyunca beni koşulsuz sevip desteklediklerı için teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**

ABSTRACT ..... **iii**

ÖNSÖZ ..... **v**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**

1. Giriş ve Amaç **1**

2. Genel Bilgiler **5**

2.1. Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kavramı 5
2.2. Kannabinoidlerin Yapısı ve Tarihçesi 7
2.2.1. Esrar 9
2.2.2. Sentetik kannabinoidler 13
2.2.3. Epidemiyoloji 17
2.3. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi 21
2.3.1. Madde bağımlılığı tanısı 21
2.3.2. Gönüllü tedavi 23
2.3.3. Zorunlu tedavi 24
2.4. Madde Kullanımının Hukuki Yönü 27
2.4.1. Türkiye'de uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar 27
2.4.2. Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu 28
2.4.3. Denetimli serbestlik 29
2.4.4. Madde kullanımı ve suç ilişkisi 33
2.5. Türkiye'de Madde Kullanımına İlişkin Veriler 37
2.5.1. Adli veriler 37
2.5.2. Klinik veriler 39

3. Gereç ve Yöntem **41**

3.1. Örneklem 41
3.2. Ölçekler 41
3.2.1. Sosyodemografik Form 41
3.2.3. Kriminal düşünce ölçeği 42
3.2.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) 43

3.3. Veri analizi 43
4. Bulgular 45

4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri ve Betimleyici Analizler 45
4.2. Ölçekler Arası Korelasyonlar 55
4.3. Ölçek Güvenirlik Analizleri 57
4.4. Ölçeklerin Faktör Analizleri 59
4.5. Hipotez Testleri 62
4.6. Madde Kullanım Türü Karşılaştırmaları 69
5. Tartışma 72

6. Sonuç ve Öneriler 98

Kaynakça 104

7. Ekler ..... Error! Bookmark not defined.

Ek 1- Etik Kurul İzni ..... **Error! Bookmark not defined.**
Ek 2- İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Veri Toplama İzni ..... **Error! Bookmark not defined.**
Ek 3- Bilgilendirilmiş Onam Formu ..... **Error! Bookmark not defined.**
Ek 4- Sosyodemografik Veri Formu ..... **Error! Bookmark not defined.**
Ek 5- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ..... **Error! Bookmark not defined.**
Ek 6- Kriminal Düşünce Ölçeği ..... **Error! Bookmark not defined.**
Ek 7- Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K) .... **Error! Bookmark not defined.**
8. Özgeçmiş ..... Error! Bookmark not defined.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo I Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı 45

Tablo II Grupların Gelir Durumuna Bağlı Yüzdeleri 46

Tablo III Grupların Eğitim Durumuna Bağlı Yüzdeleri 47

Tablo IV Katılımcıların Daha Önce Cezaevi ve Denetimli Serbestlik Frekansları 48

Tablo V Katılımcıların Madde Kullanım Geçmişleri 48

Tablo VI Katılımcıların Madde Kullanım Sıklık Yüzdelikleri 49

Tablo VII Katılımcıların BAPİ-K Değerleri 50

Tablo VIII Katılımcıların Kriminal Düşünce Ölçeği Değerleri 51

Tablo IX Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Değerleri 52

Tablo X Ölçekler Arası Korelasyon Tablosu 56

Tablo XI Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Güvenirlik Değerleri 58

Tablo XII Kriminal Düşünce Ölçeği Güvenirlik Değerleri 58

Tablo XIII BAPİ-K Formunun Güvenirlik Değerleri 59

Tablo XIV Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Faktör Yükleri 60

Tablo XV Gruplar Arası BAPİ-K Ölçeği Karşılaştırılması 62

Tablo XVI Gruplar Arası Kriminal Düşünce Ölçeği Karşılaştırılması 63

Tablo XVII Gruplar Arası Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Karşılaştırması 63

Tablo XVIII Sadece Esrar Kullanıcıları ile Birden Çok Madde Kullanıcıları Karşılaştırılması 71

KISALTMALAR

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

BAPİ-K: Bağımlılık Profil Indeksi Klinik Formu

CBD: Kannabidiol

CBN: Kannabinol

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Madde; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

EMCDDA: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi)

ICD: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services (Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi)

THC: Tetrahidrokannabinol

UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1. Giriş ve Amaç

Uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı ülkemizde ve dünyada her geçen yıl artarak devam eden tıbbi, psikolojik, sosyolojik ve yasal bir sorundur. Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin çoğu hızla tolerans gelişimine neden olabilmektedir. Kişi, madde kullanarak aynı etkiyi yaşayabilmek için giderek artan miktarda maddeye ihtiyaç duymaktadır. Bu durum süre içinde artan toksik etkilerin, madde bulmak için gereken paranın bulunmasına harcanan zamanın ve madde kullanılan zamanın artması anlamına gelmektedir. Bağımlılık kısaca kişinin madde kullanma alışkanlığından vazgeçememesi olarak açıklanabilir (Elmas ve Yılmaz, t.y.).

Bitkisel kökenli ve/veya bazı kimyasal yollarla oluşturulmuş sentetik moleküllerden elde edilen, merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve/veya ruhsal olarak sakinleştirici ve/veya uyarıcı etkileri olan; kişide sürekli kullanıma bağlı olarak zamanla daha fazla kullanma isteği uyandıran ve alınmadığında yoksunluk belirtileri gösteren tüm maddeler uyuşturucu ve uyarıcı madde kategorisinde değerlendirilmektedir (Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayımladığı Alkol ve Uyuşturucu Terimleri Sözlüğü'ne göre uyuşturucu; sağlık nedenleriyle alınanların dışında, yaşayan organizmaya alındığında, organizmanın bir ya da birden çok işlevini değiştirebilen maddelerdir (WHO, 1994).

Madde; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kısaca DSM) güncel versiyonu olan DSM-5'e göre göre, herhangi bir nedenle kötüye kullanılan bir ilaç ya da toksin olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

Madde bağımlılığı kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığını, sosyal yaşamını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bireyin yaşamını derinden etkileyen bu sorun bireylerden oluşan toplumu da olumsuz yönde etkilemektedir; bu nedenle sadece bireysel değil toplumsal bir sorun olarak görülmektedir. Madde bağımlılığı kişide yalnızca fiziksel ve psikolojik hasarlara neden

olmakla kalmamaktadır; aynı zamanda işgücü kaybına yol açabilmekte, ailevi sorunlar yaşamasına neden olabilmekte ve toplumsal hayatını yıkıcı olarak etkilemektedir. Birçok ülkede uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı, imalatı ve ticareti suçtur. Bunun yanı sıra madde etkisi altında işlenen birçok suç da bulunmaktadır. Dolayısıyla madde bağımlılığı sadece tıp ve psikoloji alanlarının değil; sosyoloji, adli bilimler ve hukuk alanlarının da başlıca araştırma ve müdahale alanlarından biridir.

Uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı tüm toplumu ilgilendiren bir sağlık sorunudur. Hem bedensel hem de ruhsal bir sağlık sorunu olmanın yanı sıra; ülkelerin ya da ülkeler içindeki eyaletlerin uyuşturucu politikalarına, yasalarına ve uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin türlerine göre değişmekle birlikte birçok ülkede kullanım suç olarak görülmektedir.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, kısaca EMCDDA)'nin 2019 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre kullanımı en yaygın yasa dışı uyuşturucu esrardır ve 15-24 yaş grubu kullanıcılarının yaklaşık %20'si geçtiğimiz yıl esrar kullandığını bildirmiştir (EMCDDA, 2019).

Madde kullanıcıları; maddeyi temin etmek amacıyla, madde etkisi altında ya da maddenin yoksunluğu esnasında suç teşkil eden birçok davranış sergileyebilmektedirler. Madde bağımlılığının yol açtığı bireysel sorunlar dışında toplumsal ve yasal sorunların var olması; gönüllü tedavinin yanında zorunlu tedavinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Ülkemizde 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191. Maddesinde "Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" hükmü bulunmaktadır. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan ya da bulunduranların, soruşturma ve kovuşturma aşamalarında ve sonrasında bu kişiler hakkında verilen kararların infazında rehabilitasyon hedeflenmektedir (Kamer, 2008). Denetimli serbestlik tedbiri Türk Adalet Sistemi içinde alternatif bir infaz yöntemi olarak yer almaktadır. Denetimli serbestlik hizmetlerinin genel hedefi, toplumun refah ve mutluluğunun korunması,

suç işleyen kişilerin tekrar üretken ve sağlıklı bireyler olarak topluma kazandırılmasına yardım etmek olarak özetlenebilir. Yasalarımıza göre uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişiler hakkında "tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri" ve uyuşturucu veya uyarıcı madde bulunduran kişiler hakkında "sadece denetimli serbestlik tedbiri" uygulanmaktadır. Bu tedbirin; "tedavi" kısmı sağlık kurumlarınca, "sadece denetimli serbestlik" kısmı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlükleri'nce yerine getirilmektedir. Tedavi kısmı Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda gerçekleşmektedir. Bu kuruluşlar Alkol ve Madde Araştırma Tedavi Eğitim Merkezi (AMATEM) olarak adlandırılmaktadır. Denetim görevlisi denetim planı doğrultusunda; tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin uygulanması süresince sanık veya hükümlüyü uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirmenin yan sıra; kişinin sorumluluk bilincinin gelişmesine yardımcı olmaktadır. Bu iki grup, Türkiye'deki tüm AMATEM'lerde farklı iki grup olarak tedaviye alınmakta ve farklı tedavi protokolleri uygulanmaktadır. Ancak bu iki grubun farklılıkları ve benzerliklerine dair kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır ve bu konuda yeterli bilgi bulunmamaktadır.

Bu tez çalışmasının amacını, hakkında denetimli serbestlik kararı verilerek zorunlu olarak tedaviye yönlendirilen kannabinoid türevi kullanıcıları ile gönüllü olarak tedaviye başvuran kannabinoid türevi kullanıcılarının karşılaştırılarak, seçilen iki grubun madde kullanım özellikleri, tedavi motivasyonları, kriminal düşünce yapıları, madde kullanımının yaşamlarına etkileri, ruhsal sorunları ve sosyal destek algılarının belirlenmesi ve böylece tedavi ve rehabilatasyon tedbirlerinin tekrar gözden geçirilmesine olanak sağlayacak verilerin sunulabilmesi oluşturmaktadır.

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

1. A) H_0: Hakkında denetimli serbestlik kararı bulunan ve bu nedenle zorunlu olarak madde bağımlılığı tedavisine gelen kannabinoid türevi kullanıcıları ile gönüllü olarak

tedaviye başvuran kannabinoid türevi kullanıcılarının madde kullanım özellikleri bakımından aralarında bir fark yoktur.

B) H_1: Hakkında denetimli serbestlik kararı bulunan ve bu nedenle zorunlu olarak madde bağımlılığı tedavisine gelen kannabinoid türevi kullanıcıları ile gönüllü olarak tedaviye başvuran kannabinoid türevi kullanıcılarının madde kullanım özellikleri bakımından aralarında fark vardır.

2. A) H_0: Madde kullanımının yaşama etkisi bakımından gönüllü olarak tedaviye başvuran grup ile denetimli serbestlik grubu arasında etkilenme ve tedavi motivasyonu açısından fark yoktur.

   B) H_1: Madde kullanımının yaşama etkisi bakımından gönüllü olarak tedaviye başvuran grup denetimli serbestlik grubundan daha fazla etkilenir ve gönüllü grubun tedavi motivasyonu daha yüksektir.

3. A) H_0: Gönüllü olarak tedaviye başvuran grup ile zorunlu olarak tedaviye başvuran grup arasında ruhsal sorunlar açısından bir fark yoktur.

   B) H_1: Gönüllü olarak tedaviye başvuran grup ruhsal sorunlar açısından zorunlu olarak tedaviye başvuran gruptan daha fazla sorun yaşar.

4. A) H_0: Denetimli serbestlik tedbiri ile tedaviye yönlendirilmiş olan grup ile gönüllü grup arasında kriminal düşünce yatkınlığı bakımından bir fark yoktur.

   B) H_1: Denetimli serbestlik tedbiri ile tedaviye yönlendirilmiş olan grubun kriminal düşünce yatkınlığı gönüllü gruptan daha yüksektir.

5. A) H_0: Gönüllü tedavi olan grup ile denetimli serbestlik tedbiri ile tedaviye yönlendirilmiş olan grubun sosyal destekleri arasında fark yoktur.

   B) H_1: Gönüllü tedavi olan grup, denetimli serbestlik tedbiri ile tedaviye yönlendirilmiş olan gruptan daha fazla sosyal desteğe sahiptir.

2. Genel Bilgiler

2.1. Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kavramı

Tarihsel açıdan baktığımızda, uyuşturucu ve uyarıcı maddeler çok eski zamanlardan beri insanlar tarafından farklı amaçlarla kullanılmaktadır. Alkol, esrar ve afyon bu maddelerin en bilinenleri olarak sayılabilir. Özellikle afyon ve alkolün çok eski tarihlerden itibaren bazı dini törenlerde ve tıbbi uygulamalarda kullanıldığından bahsedilmektedir. Örneğin afyonun ağrı kesici ve rahatlatıcı etkisinin çok eski dönemlerde kullanıldığı görülmektedir (Babaoğlu, 1997). Resmi kaynaklara göre insanlık tarihinde ilk kullanılan maddenin alkol olduğu söylenebilir. Mısır, Anadolu, Mezopotamya ve diğer Akdeniz bölgelerinde yaşamış kişilerin alkol kullandıkları tarihsel kayıtlarda yer almaktadır. Eski Mısır, Yunan ve Roma tarihçileri alkollü içkilerden söz etmektedirler. Alkolün mitolojide de yeri vardır. Örneğin; Nuh tufanı efsanesinde, tufan esnasında Nuh'un gemisindeki üzümün önce üzüm suyuna, sonra şıraya ve şaraba dönüştüğü; tufandan sonra gemideki insanların şarap içerek karaya geldiği ve şarabı bu şekilde dünyaya yaydığı belirtilmektedir. Birçok araştırmacıya göre şarabın anavatanı Anadolu'dur. M.Ö.3000 yıllarında Avrupa kıtası daha şarabı bilmiyorken, Anadolu'da şarap üretildiği bildirilmiştir (Öncü ve ark., 2001).

Alkol, bugün olduğu gibi geçmişte de anksiyete ile baş etme yöntemi olarak kullanılmıştır (Ögel, 1997). M.Ö. 4000 yıllarında Mezopotamya'da, M.Ö. 2000 yıllarında ise Mısır'da haşhaş, afyon üretimi ve bunlardan elde edilen ilaçlarla ilgili bilgiler bulunmaktadır. M.Ö. 2700 yıllarında yazılan bir Çin kitabesinde de esrarın gevşetici ve huzur verici etkilerinden bahsedilmiştir (Ögel, 1997).

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin kullanım amaçları yıllar boyu farklılaşarak devam etmiştir ve hiçbir zaman tamamen yok olmamıştır. 20. yüzyılın başlarına kadar madde kullanıcıları iradesiz, kişilik zayıflığı yaşayan ve ahlaki değer eksikliği olan insanlar olarak değerlendirilmişlerdir. 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren uyuşturucu ve uyarıcı madde

kullanım bozukluğu belirtileri tıbbi olarak incelenmiştir ve bir hastalık olarak tanımlanmaya başlamıştır (Hesse, 2006).

DSÖ uyuşturucu ve uyarıcı madde tanımını şu şekilde yapmaktadır: "sağlık nedenleriyle alınanların dışında, yaşayan organizmaya alındığında, organizmanın bir ya da birden çok fonksiyonunu değiştirebilen herhangi bir maddedir" (Ögel, 2017). Genel anlamıyla uyuşturucu ve uyarıcı maddeler; ruhsal, davranışsal ve fiziksel değişikliklere neden olup, bağımlılık yapabilen kimyasal maddelerdir.

Merkezi sinir sistemini etkileyerek, kişinin zihinsel durumunda, duygularında ve davranışlarında değişiklik yapan; belli bir süre sonra "kötüye kullanım (abuse)" ya da "bağımlılık (addiction/dependence)" oluşturabilen maddelere farklı zamanlarda farklı isimler verilmiştir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM), zihinsel hastalıklar için hazırlanan bir tanı ölçütüdür, belirli aralıklarla güncellenmektedir ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmaktadır. 1987 yılında yayımlanan DSM-III-R'de "psikoaktif maddeler (psychoactive substances)" terimi kullanılırken; 1994 yılında yayımlanan DSM-IV'te sadece "madde (substance)" terimi kullanılmıştır. Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerle ilişkili bozukluklara da "maddeyle ilişkili bozukluklar (substance-related disorders)" adı verilmiştir. DSM-IV-TR'te bu terminolojide bir değişiklik yapılmamıştır (Tosun, 2008). DSM-IV'te yer alan "madde istismarı ve bağımlılığı" kavramı, şu anda kullanılan son versiyon olan 2013'te yayımlanan DSM-5'te "madde kullanımı ve bağımlılık bozuklukları" olarak değiştirilmiştir (Hasin ve ark., 2013).

DSM-IV'te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeler 11'e ayrılmışken, DSM-5'te 10'a ayrılmıştır. DSM-5'teki sınıflandırma; alkol, kafein, kenevir (kannabis), hallüsinojenler (fensiklidin ve diğer hallüsinojenler), inhalanlar (uçucular), opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler (dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı gidericiler), uyarıcılar

(amfetamin, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) şeklindedir. Ayrıca DSM-5'te kannabis yoksunluğu da tanımlanmıştır (Güleç ve ark. 2015).

2.2. Kannabinoidlerin Yapısı ve Tarihçesi

"Cannabis Sativa" veya "Cannabis Indica" bitkisi yani "Hint Keneviri", kannabinoidler adı verilen oksijen içeren aromatik hidrokarbon bileşiklerinin kaynağıdır. Hint keneviri bitkisi her coğrafyada ve her iklimde kolaylıkla yetişebilen bir bitkidir. Bitkinin yapraklarında, sapında, çiçeklerinde ve tohumlarında kannabinoidler bulunmaktadır. Aynı zamanda bitkinin özünden elde edilen reçineden de kannabinoid elde edilebilmektedir. Kannabinoidler ödül merkezini uyaran psikoaktif maddeler olarak tanımlanmaktadır. Bağışıklık sistemi, iştah, ağrı, zevk hissi, duygudurum ve hafıza gibi çeşitli fizyolojik süreçlerin düzenlenmesinde kannabinoidlerin belirleyici rol oynadığından bahsedilmektedir (Pertwee, 1997).

Kannabis bitkisinin, 60'tan fazla kannabinoid ve 400'den fazla kimyasal madde içerdiği belirtilmektedir. Kannabinoidler; bedende "Kannabinoid reseptör tip 1 (CB1/KB1)" ve "Kannabinoid reseptör tip 2 (CB2/KB2)" reseptörleri üzerinden etki ederler. KB1 reseptörleri birçok önemli fizyolojik fonksiyonda rol oynar. Bunlar arasında hareket kontrolü, ağrı hissi, beyin gelişimi ve olgunlaşması, öğrenme ve hafıza sayılabilir (Davidson ve ark., 2017).

Kannabinoidler; doğal kannabinoidler, endojen kannabinoidler ve sentetik kannabinoidler olarak üç grupta sınıflandırılabilirler. Doğal kannabinoid örneği olarak delta 9-tetrahidrokannabinol (THC) gösterilebilir. THC esrarın temel aktif bileşenidir. Endojen kannabinoidler, 2-araşidonilgliserol ve anandamidi içermektedir. Sentetik kannabinoidler ise laboratuvarlarda oluşturulan moleküllerden oluşmaktadır ve THC etkilerini taklit ederler (Artuç ve ark., 2014). Özetle kannabinoidler; bitkilerden elde edilenler fitokannabinoidler (THC gibi), vücudumuzda üretilenler endokannabinoidler (anandamid gibi) ve laboratuvarlarda üretilenler sentetik kannabinoidler olarak üçe ayrılabilir (Öztürk ve ark., 2019).

Birçok kannabinoidin farmakolojik yapısı hala bilinmezliğini korumaktadır. Öncelikle 1964'te THC'nin keşfedildiği belirtilmektedir (Gaoni & Mechoulam, 1964). THC kenevirin psikotropik özelliklerinin çoğundan sorumludur ve kannabinoidler arasında en fazla araştırılan kannabinoid olarak sayılabilir (Pertwee, 1999). 1980'de kannabinoid reseptörlerinin (KB1 ve KB2) keşfedilmesinin ardından tedavi amacıyla kullanılması amaçlanarak birçok kannabinoid reseptör agonisti üretilmiştir (Howlett ve ark., 2002). "Kannabinol (CBN)" ve "Kannabidiol (CBD)" de araştırılan önemli iki kannabinoiddir (Ashton, 2001).

Kenevir bitkisindeki ana kannabinoidler THC, CBD ve CBN'dir. Literatüre bakıldığında bugüne kadar en çok araştırılmış iki fitokannabinoidin, delta-9 tetrahidrokannabinol (THC) ve kannabidiol (CBD) olduğu görülmektedir. THC kişinin esrar kullanımı ile yaşadığı "yüksek" olarak nitelendirilen etkiden sorumludur; yani keyif verici niteliktedir ve KB1 reseptörleri üzerinde etkilidir. THC yağda çözünmektedir ve hızla beyne ve diğer organlara etki etmektedir (Tellioğlu & Tellioğlu, 2012). CBD ise keyif verici nitelikte olmayan bir maddedir ve KB2 reseptörleri üzerinde etkili olan esrar bileşenidir. CBD'nin, THC'nin etkilerine karşı olduğu araştırmalarda belirtilmiştir ve potansiyel terapötik etkileri dikkat çekicidir (Grotenhermen & Russo, 2002). Potansiyel terapötik etkisi göz önüne alınarak esrar bazlı ilaç özleri geliştirilmiştir. Bu özlerden biri de sentetik THC'dir (Babson ve ark., 2017).

Esrarın tarihçesine bakıldığında, Orta Asya kökenli olmasının muhtemel olduğu düşünülmektedir ve bazı kaynaklarda M.Ö. 10.000 yıllarında Çin'de yaygın olarak yetiştirildiği belirtilmektedir. Daha sonra Hindistan'da da yetiştirilmeye başlandığı ve kenevir bitkisinin özellikle kumaş yapımında kullanıldığı görülmektedir. Tarihte Yunanlılar ve Çinlilerin bazı giysilerini ve kementlerini kenevir bitkisinden yaptığı belirtilmektedir. Çin ve Hindistan'dan İran'a ticaret yoluyla yayıldığı, oradan da Arap dünyasına ulaştığı ve Araplar tarafından ekiminin Afrika'nın doğu kıyılarına yayıldığına değinilmektedir (Courtwright, 2001). Çin İmparatoru Shen-Nung'un (M.Ö. 2737) kannabisin romatizma ve sıtma tedavisinde etkili

olduğundan bahsettiği söylenmektedir (Drummer & Odell, 2001). Hintlilerin esrara başarı ve mutluluk anlamına gelen "vişema" adını verdikleri ve Perslerin kenevir bitkisinin neşe ve mutluluk getirdiğinden bahsettiği farklı kaynaklarda belirtilmektedir (Köknel, 1998). Neredeyse 4000 yıldır Hint keneviri rahatlatıcı amaçla ve bazı hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Esrarın ilk medikal kullanımının Çin'de olduğu varsayılmaktadır (Öztürk ve ark., 2019).

Esrarın Batı dünyasındaki tarihine bakıldığında, eski Yunanlılar tarafından lif için yetiştirildiği ve donanmalarının kullandığı yelkenleri yapmak için kenevir kullandığı görülmektedir. Romalı doktorların kenevir bitkisinin psikoaktif özelliklerini kaydettiği belirtilmektedir (Iverson, 2000). Geçmişte Amerika'daki İspanyol, İngiliz ve Fransız kolonileri tarafından kenevir ekimi yapılmış; bu tarlalarda çalışan köle sınıfı eğlence için esrar içerken, egemen sınıfların tütünü tercih ettiklerinden bahsedilmektedir (Courtwright, 2001). Avrupa'da yaygın şekilde esrar ekilmesine rağmen, Napolyon'un ordusunun Mısır'da esrar içen Araplarla karşılaşana kadar bu bitkinin psikoaktif ve sarhoş edici özelliklerini fark etmediği öne sürülmektedir (Iverson, 2000). Esrar kullanımının, Amerika Birleşik Devletleri'ne, ülkenin ilk on yıllarında ülkeye gelen Meksikalı işçiler tarafından girdiği belirtilmektedir (Courtwright, 2001).

1600'lü yıllarda yaşayan Evliya Çelebi'nin Seyahatname'sinde İstanbul'da esrar üreten ve satan dükkanlardan söz edilmektedir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde padişah IV. Murat döneminde yasaklanmış olmasına rağmen kullanımın sürdüğü; Bursa bölgesinde ve Konya Ovası'nda Hint keneviri yetiştirildiği kaynaklarda belirtilmektedir. Divan edebiyatında birçok şairin esrar ile ilgili şiirler yazdığı belirtilirken; Türklerin İslamiyet'ten önceki Şaman döneminde de esrar kullandığına değinilmektedir (Çelikay, 2017).

2.2.1. Esrar

Esrar (marijuana/marihuana) kannabinoidlerin ortak ismi olarak kabul edilmektedir ve bugün dünyada en çok üretilen ve istismar amacıyla tüketilen yasadışı madde olarak karşımıza

çıkmaktadır. Bazı botanikçiler, esrarın elde edildiği bitkinin iki temel çeşidi olduğunu öne sürmektedir. Bu bitkiler Cannabis Sativa ve Cannabis Indica'dır.

Birtakım kaynaklara göre Cannabis Sativa ve Cannabis Indica etkileri bakımından farklılıklar gösterebilmektedir. Sativa ürünlerinin enerji verici, canlandırıcı ve yaratıcılığı arttırıcı etkileri olduğu iddia edilmektedir. Indica ürünlerinin ise sakinleştirici; fiziksel ve zihinsel olarak rahatlatıcı etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu terimler yaygın olarak kullanılsa da bilimsel olarak temeli olmadığını belirten birçok kaynak da mevcuttur. Bir esrar ürününün enerji verici, sarhoş edici veya rahatlatıcı bir etkisi olmasının üründeki THC ve CBD miktarlarına göre ortaya çıkacağı belirtilmektedir (Kansagara ve ark., 2019).

Esrar geleneksel olarak bitki (marijuana, grass, weed) veya reçine (haşiş) türlerinde bulunmaktadır. Hint kenevirinin gövde, sap ve yapraklarının kesilmesinden, kurutulmasından ve kıyılmasından sonra esrar elde edilmektedir. Aynı zamanda bitki kesilmeden de reçinesinden esrar elde edilebilmektedir (Ögel, 2017).

Geçmiş yıllarda yaygın olarak kullanılan esrardaki THC oranının %3 veya daha az olduğu görülmektedir. 1960'lı yıllarda esrar elde etmek için daha çok bitkinin çiçeklerinden faydalanıldığı ve bir esrarlı sigarada ortalama 10 mg THC bulunduğu belirtilmektedir (Ashton, 2001). Bitkiyi yetiştirenler, farklı teknikler geliştirmeye başladıkça esrarın içindeki THC oranı artmaya başlamıştır. EMCDDA'nın 2019 tarihli Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre daha güçlü bir etkiye sahip esrar elde edilmesini sağlayan çok türlü bitkiler, Avrupa'da kullanılan toz esrarın bugüne kadar bilinen formlarının yerini almaktadır (EMCDDA, 2019).

Bitkinin çiçek ve tomurcuklarından elde edilen esrarda en yüksek kannabinoid konsantrasyonunun dişi bitkinin çiçeğinde olduğu belirtilmektedir. Tozlaşmanın önlenmesiyle dişi bitkinin enerjisini daha çok kannabinoid üretmeye dönüştürdüğü görülmüştür. Bu esrar türü "sinsemilla" olarak adlandırılmaktadır. "Sinsemilla" İspanyolcada tohumsuz anlamına gelmektedir; ancak bazen güçlü kokusundan dolayı "skunk/skank" olarak adlandırılmaktadır.

Kullanıcılar arasında da günlük kullanımda "skunk/skank" adı kullanılmaktadır. Bitkiler yüksek THC konsantrasyonu üretmek için yetiştirildiğinde, aynı anda çok fazla CBD üretememektedir (Murray ve ark., 2016).

Kaynaklar; 21. yüzyılın başlarında, esrarda bulunan ortalama THC oranının İngiltere ve Hollanda'da sırasıyla %16'ya ve %20'ye yükseldiğini göstermektedir. Avustralya'da ortalama THC'nin %15 civarında, Amerika Birlesik Devletleri'nde (ABD) ise 2014'te ortalama %12'ye ulaştığı belirtilmektedir. Zaman içinde "skunk/skank", geleneksel pazarın büyük bölümünü kaplamaya başlamıştır. ABD'de bazı eyaletlerde "eğlence amaçlı kenevir kullanımı" (recreational marijuana use) veya "tıbbi kenevir" (medical marijuana) yasallaştırıldıkça, çeşitlilik giderek artmaya başlamıştır. Esrar içeren bisküvi, çikolata ve kek gibi yenilebilir ürünlerin üretimi ve tüketimi artış göstermektedir (Murray ve ark., 2016).

ABD gibi bazı ülkelerde sadece esrar sarılıp sigara şeklinde içilebilirken; Avrupa'nın çoğu yerinde esrar tütünle karıştırılarak içilmektedir (Murray ve ark., 2016). İnhalasyon yoluyla alındığında; yani sigara şeklinde içildiğinde veya buharı solunduğunda, birkaç dakika içinde etkisini göstermeye başlar ve en yüksek etkisini 30 dakika içinde gösterir. Etkisi 2-4 saat kadar sürer. Bazı zihinsel etkilerinin 12 saate kadar sürebildiği belirtilmektedir. Esrarın özünden elde edilen reçine formu sigaraya damlatılarak da kullanılmaktadır. Sigara şeklindeki kullanımına "joint" adı verilmektedir (Öztürk ve ark., 2019). Bazı kullanıcılar "pipe" adı verilen pipo benzeri gereçlerle de esrar kullanmaktadırlar. Esrar, "vaporizer" yani buharlaştırıcı gereçlerle buharı içine çekilerek de kullanılmaktadır. Bu kullanım şekli nargile kullanımına benzemektedir ve kullanıcılar arasında "şaşal", "kova" ya da "bong" olarak da adlandirilmaktadir. Kek, kurabiye ya da şekerlemelere karıştırılarak ya da çay şeklinde de tüketilmektedir. Eğer kişi içinde esrar bulunduran bir yiyecek yerse etkilerinin 8 saate kadar sürebileceği belirtilmektedir (Murray ve ark., 2016). İdrarda saptanması, akut kullanımda 4-6 gün iken kronik kullanımda 20-30 güne kadar çıkabilmektedir (Ögel, 2017).

Esrar kullanımının etkileri birçok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Neşe (öfori), artan sosyalleşme ve içgörü, algıda değişiklik, zaman algısında bozulma ve duyusal deneyimde abartıya neden olmaktadır. Sosyal ortamlarda kullanıldığında aşırı gülme ve aşırı konuşmaya neden olabildiği belirtilmektedir. Esrarın etkileri kişinin kullandığı ortama, içinde bulunduğu ruh haline, kullanım dozuna ve geçmişte yaşadığı deneyimlere göre farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli kullanımda dikkat, hafıza ve öğrenmeyi olumsuz etkilediği; bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açabildiği belirtilmektedir. Aynı zamanda anksiyete, paranoya, panik atak ve konfüzyon (şaşkınlık) esrar kullanımına bağlı görülen istenmeyen sonuçlardır. Çok sık görülmemekle beraber kişi "flashback"ler (geriye dönüş/geçmişi gösteren sahne) yaşayabilmektedir. Bunlara ek olarak erken yaşta esrar kullanımı ile ilerleyen yaşlarda görülen depresyon arasında bir ilişki bulunmuştur. (Ögel, 2017).

Esrar etkilerinin kullanım şekline, THC oranına, kullanılan yere, kullanıcının beklentisine ve son deneyimine, kullanıcının biyolojik yatkınlıklarına bağlı olarak değişkenlik gösterebilmesinin mümkün olduğu belirtilmektedir. Alındıktan kısa bir süre sonra kaslarda gevşeme, kalp hızında artış ve kan basıncında düşme görülmektedir. Ağız kuruluğu, iştah artışı, gözlerde kızarıklık ve göz içi basıncında azalma yine bilinen etkileridir. Bunlara koordinasyon kaybı, gevşeme, kısa süreli bellek kaybı ve düşünce süreçlerinin yavaşlaması eşlik edebilmektedir. Konuşmada artış; zaman, renk ve ses algısında değişiklikler gözlemlenebilir. Etkilerinin kişiden kişiye değişebilmesinin de mümkün olduğu belirtilmektedir. Örneğin bazı kişilerde öfori ve gevşemenin tersine korku ve kaygı gibi duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir. Esrarın yüksek doz kullanımında psikotik bir tablo ortaya çıkabilmektedir. Uzun süreli esrar kullanımında kişilerde dikkat ve konsantrasyonda bozulmalar, kişilerarası iletişimde sıkıntılar ve içgörüde azalma görülebilmektedir (Öztürk ve ark., 2019).

Düzenli esrar kullanan kişilerde hafıza sorunları ortaya çıkabilmektedir. Uzun süreli ve yoğun kullanımda duygudurum bozuklukları, bilişsel işlevlerde bozulmalar, motivasyonsuzluk

sendromu, psikotik bozukluklar, paranoid bozukluklar, sosyal izolasyon ve anksiyete bozuklukları görülebilmektedir. Esrarın merkezi sinir sisteminin yanı sıra vücutta en çok zarar verdiği diğer sistem solunum sistemidir (Öztürk ve ark., 2019).

2009 yılından bu yana her yıl, Türkiye'de ele geçirilen kubar esrar (toz esrar) miktarı herhangi bir Avrupa Birliği ülkesinde ele geçirilen miktardan daha fazladır (EMCDDA, 2019). Yine 2019 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre esrar kullanımının Avrupa'da artmasının bir nedeni de mevzuattaki karışıklıklardır. CBD'nin yararları üzerinde net bir karar olmaması, araştırmaların hala yetersiz görülmesi, THC oranı düşük bazı ürünlerin yasal olarak satılması ya da denetlenmemesi, esrarın bazı ülkelerde yasallaştırılması gibi konuların mevzuatta karışıklıklara yol açtığı belirtilmektedir. Örneğin; 2017 yılından bu yana, kubar esrar ve esrar yağları birçok Avrupa Birliği ülkesinde sağlıklı gıda dükkanlarında gibi mağazalarda açık satışa sunulmaktadır (EMCDDA, 2019).

2.2.2. Sentetik kannabinoidler

Sentetik kannabinoidler son 10 yıl içinde yaygınlaşmış, esrar benzeri etkilere sahip olan psikoaktif maddelerdir. Görünüm olarak da esrara benzemektedir. Esrarın medikal kullanımının araştırmacıları sentetik kannabinoid sentezlemeye ittiğinden bahsedilmektedir. 1990'lı yıllarda Huffman ve arkadaşları "JWH maddeleri" olarak bilinen naftoilpirolleri, naftoilindolleri ve kannabinoid reseptör aktivitesi olan bileşikleri sentezlemişlerdir. Zaman içinde bu maddeler, sentetik kannabinoid içeren yeni maddelerin temel bileşeni halini almıştır (Evren & Bozkurt, 2013). Sentetik kannabinoidler tipik olarak KB1 reseptörleri üzerine tam agonist etki yapmaktadırlar. Bu nedenle düşük dozlarda bile en fazla etkiye yol açmaktadırlar (Küçük ve ark., 2015). Sentetik kannabinoidlerin, KB1 ve KB2 reseptörleri üzerinde etki göstermenin yanı sıra endojen kannabinoid reseptörlerine olan afinitesi yani benzerliği daha fazla olduğundan esrardan daha etkili olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve ark., 2019).

EMCDDA'ya göre sentetik kannabinoidlerin ilk kaynağı Çin'dir ve büyük kısmının bu bölgede üretildiği; sonrasında toz halinde dünyaya dağıtıldığı belirtilmektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2011 yılında yayımladığı rapora göre Kanada, Japonya, Meksika ve Avrupa ilkelerinde 2008 yılından önce sentetik kannabinoid kullanımı görülmüştür. Almanya, Birleşik Krallık ve İsviçre gibi ülkelerde 2004 yılında deneysel olarak sentetik kannabinoid kullanımı olduğu düşünülmektedir (UNODC, 2011). 2008 yılından sonra Avrupa'da kullanımda artış başlamış; ilerleyen yıllarda Avustralya, Mısır, İsrail, Yunanistan, Moldova ve Moğolistan da sentetik kannabiniod kullanımı ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir (Sanal, 2016).

Sentetik kannabinoidler "tasarım maddeler (designer drugs)" arasında görülmektedir. Tasarım maddeler kullanımı yasadışı olan maddelerin etkilerini taklit eden kimyasal bileşenlerden oluşmaktadır. 2004'te internette ve uyuşturucu satan dükkanlarda "Spice" ve "K2" isimleriyle satılmaya başlanan sentetik kannabinoidler; güvenli, bitkisel ve yasal algısı yaratılarak piyasaya sürülmüştür. Kimyasal yapısı nedeniyle de rutin testlerde saptanması zordur ve bu da yaygınlaşmasında önemli rol oynamıştır. Türkiye'de kullanıcılar arasında "Bonzai" ya da "Jamaika" olarak isimlendirilmektedir. EMCDDA'nın 2017 yılında yayımladığı rapora göre 2008 yılında "Spice"ta tespit edilen ilk sentetik kannabinoid JWH-018'dir. Aynı rapora göre Temmuz 2016'da EMCDDA tarafından risk değerlendirmesine tabi tutulan sentetik kannabinoid türü ilk olarak 2014'te Macaristan tarafından Avrupa Birliği Erken Uyarı Sistemi'ne bildirilmiştir ve ardından 23 Avrupa ülkesinin yanı sıra Türkiye ve Norveç'te de tespit edilmiştir (EMCDDA, 2017).

Sentetik kannabinoidlerin üretilen toz formu aseton gibi solventlerle çözülüp melisa gibi bitkilerin üzerine sıkılıp kurutulmaktadır. Ülkemizde yaygın olarak yavşan otunun kullanıldığı belirtilmektedir (Öztürk ve ark, 2019). Bu maddeler internette ve yurt dışında "head shop" ya da "smart shop" olarak adlandırılan uyuşturucu satılan dükkanlarda bitki büyüme düzenleyicisi,

tütsü vb. adı altında "insan kullanımına uygun değildir" etiketleriyle satılmaktadır. Ülkemizde ise kullanıcılar uyuşturucu madde satıcılarından elde etmektedir.

Bu maddeler genel olarak bitkisel içeriğin üzerine püskürtülmüş birkaç farklı sentetik kannabinoidi içermektedir ve içinde kannabis bulunmamaktadır. Kullanıldığında THC etkilerine benzer etkiler yaratmaktadır. Kullanıcılar tarafından esrara benzer biçimde içilmektedir. Sigara kağıdına sarılarak içilebildiği gibi, buharı içe çekilerek de kullanılabilir. Bu kullanım nargile kullanımına benzemektedir ve yine esrar kullanımındaki gibi kullanıcılar arasında "şaşal", "kova" ya da "bong" adı verilmektedir. Sentetik kannabinoidler inhalasyonla alındıktan sonra, akciğerlerden hızlıca emilmektedir ve birkaç dakikada beyne ve diğer organlara yayılmaktadır. Böylece etkisi çoğunlukla dakikalar içinde başlamaktadır (Pakiş & Polat, 2016).

Düşük doz sentetik kannabinoid kullanımında kullanıcılar öfori, emosyonel değişiklikler, konsantrasyon güçlüğü ve sedasyon gibi etkiler bildirmektedir. Yüksek doz kullanımında ise anksiyete, uyarılmışlık hali, ajitasyon, konfüzyon ve varsanılardan bahsedilmektedir. İntoksikasyonunda agresyon, hipertansiyon, bulantı ve kusma görülebilmektedir (Öztürk ve ark., 2019). Sentetik kannabinoidler çok farklı etkilere yol açabilmektedir; kullanıcı disforiden öforiye, sedasyondan uyarılmışlığa geçebilmektedir. Sentetik kannabinoid kullanımının olumsuz etkileri bağlamında psikoz, hafıza kaybı, paranoya, titreme, göğüs ağrısı ve sedasyon gibi istenmeyen fiziksel etkiler sayılabilir. Uzun süreli kullanımda akciğer hastalıklarına yol açabilmektedir. Sentetik kannabinoid kullanımının ardından en sık görülen fiziksel etkilerden biri de taşikardi olarak belirtilmektedir (Evren & Bozkurt, 2013). Bazı durumlarda inme ve nöbetlere de neden olabilmektedir. Tam olarak kanıtlanmamış olmakla birlikte sentetik kannabinoidlerin böbrek yetmezliğine yol açabildiği bazı kaynaklarda görülmektedir (Davidson ve ark., 2017). Uzun süre sentetik kannabinoid kullanan kişilerde; işitsel ve görsel varsanılar, paranoid hezeyanlar, dezorganize konuşma, anksiyete, uykusuzluk, intihar

düşüncesi gibi semptomlar görülebilmektedir (Pakiş&Polat, 2016). Sentetik kannabinoidlerin içindeki maddelerin kombinasyonu sürekli değişebildiği için etkileri de oldukça farklılaşabilmektedir.

Sentetik kannabinoid kullanımının bilişsel fonksiyonlara da zarar verdiği belirtilmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada uzun süreli hafızaya bakıldığında, sentetik kannabinoid kullanıcıları hem "recreational" yani eğlence için esrar kullanan hem de esrar kullanmayan kişilerden daha kötü performans göstermiştir. Ayrıca depresyon ve anksiyete oranlarının diğer iki gruptan daha fazla olduğu belirtilmiştir (Cohen ve ark., 2017).

Uzun süreli sentetik kannabinoid kullanımının bırakılmasından sonra kişilerde bazı yoksunluk belirtileri görülmektedir. Yoksunluk belirtileri olarak "craving" yani aşerme, baş ağrısı, tremor (titreme), anksiyete, irritabilite ve terleme sayılabilmektedir. Bu belirtilere ek olarak bulantı, kusma, hipertansiyon, somatik ağrılar ve çökkün duygu durum gözlemlenmektedir (Öztürk ve ark, 2019).

Türkiye'de JWH-018 narkotik ekibi tarafından ilk olarak 2010 yılında yakalanmıştır. Sentetik kannabinoidler 2011'den bu yana 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun hükümlerine tâbi hale gelmiştir (2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun Hükümlerine Tabi Tutulması Hakkında 2011/1310 Sayılı Karar). T.C. Kalkınma Bakanlığı tarafından yayımlanan On Birinci Kalkınma Planı Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Raporu'nda sentetik kannabinoidlerin laboratuvar testlerinde tespit edilmesi ile ilgili sorunların yaşandığına, laboratuvarların bu konuda güçlendirilmesi gerektiğinde değinilmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018)

2019 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre Türkiye'de madde kullanıcılarının %19'u, Macaristan'da ise %6'sı sentetik kannabinoid kullanımını bağımlılık tedavisine başvurmada temel sebep olarak bildirmişlerdir (EMCDDA, 2019).

2.2.3. Epidemiyoloji

Birçok kaynakta esrarın tüm dünyada en yaygın olarak kullanılan madde olduğu belirtilmektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suçlar Ofisi, 2016'da yayınladığı Dünya Uyuşturucu Raporu'nda 15-64 yaş aralığında dünya nüfusunun %5,6'sının en az bir kez uyuşturucu ve uyarıcı madde kullandığını raporlamıştır. Rapora göre yaklaşık 28 milyon kişi (15 ila 64 yaş arası), esrar kullanmıştır. 15-16 yaş arasındaki gençlerin 13,8 milyonu (%5,6) son 12 ayda en az bir kez esrar kullanmıştır. Rapora göre 2016 yılında 192 milyon kişi esrar kullanmıştır ve 2016 yılına gelinceye kadar geçen 10 yıl içerisinde esrar kullanımında yaklaşık %16'lık bir artış gerçekleşmiştir (UNODC, 2016).

2017 yılı Dünya Uyuşturucu Raporu'nda, dünya genelinde yetişkin popülasyonda esrar kullanımının yıllık prevalansının %3,8 olduğu belirtilmektedir (UNODC, 2017). EMCDDA'nın 2017'de yayınladığı Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre, Avrupa'da tüm yaş gruplarında en çok kullanılan yasa dışı madde esrardır. 2019 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre ise en yaygın kullanılan uyuşturucu olan esrarın kullanım yaygınlığı diğer maddelerden yaklaşık beş kat fazladır. Ayrıca 2019 raporuna göre esrarın yaşam boyu kullanım düzeyleri ülkeler arasında önemli değişkenlik göstermektedir (EMCDDA, 2019). Örneğin Fransa'da yetişkinler arasında %45 oranı görülebilirken, Malta'da yaklaşık %4 oranından bahsedilmektedir. Avrupa Birliği'nde 91,2 milyon olarak belirtilen 15-64 yaş aralığındaki kişilerin %27,4'ünün; yani neredeyse üç kişiden birinin yaşamlarında bir kere esrarı denediği tahmin edilmektedir. Genel popülasyon anketlerine bakıldığında, Avrupa Birliği'ndeki yetişkinlerin yaklaşık %1'inin günlük olarak veya neredeyse günlük olarak esrar kullandığı belirtilmektedir. (EMCDDA, 2019).

Esrar kullanıcıları arasındaki cinsiyet farklılıklarına bakıldığında, kullanıcıların büyük çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve ark., 2019). EMCDDA'nın 2019 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre Avrupa Birliği'nde yaklaşık 96 milyon kişinin veya

yetişkin nüfusunun %29'unun (15-64 yaş aralığı) yaşamlarının bir noktasında yasa dışı uyuşturucuları denediği öngörülmektedir. Maddeler arasında en sık denenen uyuşturucunun ise esrar olduğu belirtilmektedir. Rapora göre, 2017 yılında ilk kez tedaviye başlayan esrar kullanıcılarının %47'si geçtiğimiz ay her gün uyuşturucu kullandıklarını belirtmiş; Letonya, Macaristan ve Romanya'da bu oranin %10 veya daha az, İspanya, Hollanda ve Türkiye'de %68 veya daha fazla olduğu görülmüştür (EMCDDA, 2019).

Ülkemizdeki verilere bakıldığında, 1995'te İstanbul'da yapılan ESPAD (Avrupa Gençlerde Madde Kullanımını Değerlendirme Projesi - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) çalışmasına 2800 öğrenci katılmıştır. Bu çalışmada herhangi bir maddeyi en az bir kez kullanan genç oranı %7 olarak belirtilirken, esrar ve uçucu madde kullanım oranı %4 bulunmuştur (Hibell ve ark., 1997).

1998 yılında Türkiye'de 15 ilde, 15-17 yaş grubundan gençlerle yaygınlık çalışması yapılmış; yaşam boyu kullanım yaygınlığı esrar için %3,5 bulunmuştur. Bu araştırmada yaşam boyu esrar kullanımının en sık görüldüğü iller ise İzmir, İstanbul, Diyarbakır, Muğla, Antalya ve Adana olarak saptanmıştır (Ögel ve ark., 2001). 2003 yılında ülkemizde UNODC tarafından bir araştırma yapılmıştır ve lise öğrencileri örneklem olarak seçilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığının %4,3 olduğu gösterilmiştir. (UNODC, 2003).

2000 yılında yayınlanmış, 1998 yılında 7.849 lise öğrencisinden toplanan verilerle yapılmış bir çalışmada yaşam boyu en az bir kere esrar kullananların oranı %3,6 olarak bulunmuştur (Ögel ve ark., 2000).

Türkiye'de madde kullanım yaygınlığına ilişkin olarak yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri, "Genel Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığı" araştırmasıdır. Türkiye genelinde 25 ilde 15-64 yaş arasındaki 8.045 kişiye uygulanan ankete göre ülkemizde herhangi bir maddenin en az bir kere denenme oranı %2,7 olarak bulunmuştur. Madde sınıflandırması yaparak değerlendirme

yapıldığında; esrarın %0,7, ekstazinin %0,1, eroinin %0,02, kokainin %0,03 ve diğer maddelerin %2 oranında yaşam boyu en az bir kere denendiği saptanmıştır. Aynı araştırmaya göre esrar en sık kullanılan maddedir (TUBİM, 2011).

On ikinci sınıf öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada, 2011 yılındaki esrar kullanım yaygınlık oranı %11,4 iken 2016 yılında bu oranın %3,5'e düştüğü belirtilmektedir (Öztürk ve ark., 2019).

2018 yılında Türkiye'de hane halkında alkol, tütün ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırması yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi 15-64 yaş arası 42.754 kişiden oluşmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre örneklemin %3,1'i (1.338 kişi) hayatında en az bir kere madde kullanmıştır. Bu çalışmada hayatında en az bir kere madde kullananlar içerisinde esrarın en çok kullanılan madde olarak belirlendiği görülmektedir. Yaşam boyu esrar kullanma oranı %2,7, son 12 ayda esrar kullanma oranı %1,1, son 30 günde esrar kullanma oranı %0,8 olarak bulunmuştur. Araştırmada ilk esrar kullanma yaşının da ortalama 19 olarak bulunduğu belirtilmektedir (TUBİM, 2019).

2018 yılında yayınlanmış bir araştırmada Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığına 01 Ocak 2010- 31 Aralık 2013 tarihleri arasında savcılıklar ve mahkemeler tarafından uyuşturucu madde kullanımı nedeniyle gönderilen olgulara ait veriler incelenmiştir. Madde kullandığı tespit edilen 1.570 olgunun %91,7'sinde esrar kullandığı tespit edilmiştir. 2011 yılından itibaren de narkotik şubesine gelen sentetik kannabinoidlerin esrardan sonra ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (Karadeniz ve ark., 2018).

Sentetik kannabinoidler hakkında epidemiyolojik çalışma oldukça azdır. Yaygınlığı belirlemenin zor olmasının nedenleri arasında çoğu durumda kullanıcıların kullandıkları sentetik kannabinoid türünün farkında olmaması, maddenin içeriğinin değişkenlik göstermesi ve laboratuvar testlerinde zaman zaman saptanamaması gösterilmektedir. Türkiye'de sentetik

kannabinoid kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunun olgu sunumları olduğu görülmektedir. Acil servise başvuru yapan kullanıcılara dair bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastalarla yapılmış bir çalışmada 3 aylık süreçte 136 sentetik kannabinoid kullanıcısının acil servise başvurduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2015). Aynı yıl başka bir sağlık kurumunun acil servisine başvuran sentetik kannabinoid kullanıcılarıyla yapılan bir çalışmada 6 aylık sürede 112 kullanıcının başvuruda bulunduğu belirtilmektedir (Küçük ve ark., 2015).

Son yıllarda Amerika'da sentetik kannabinoid kullanımının düştüğüne dair bazı veriler göze çarpmaktadır. Amerika'da lise öğrencileri arasında yapılmış bir araştırmada katılan öğrencilerin %10,1'i son yıllarda sentetik kannabinoid kullandığını bildirmiştir. Aynı araştırmada son 12 ayda tüm örneklemin %3,2'si sıklıkla sentetik kannabinoid kullandığını belirtmiştir (Palamar & Acosta, 2015).

Yaş ortalaması 20,6 ± 5,1 olan 852 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, bir sentetik kannabinoid çeşidi olan K2 kullanım oranı %8 olarak bildirilmiştir (Hu ve ark., 2011). Almanya'da yapılan bir çalışmaya göre 18-24 yaş arası sentetik kannabinoid kullanımı %1,8-1,9 iken, 30-49 yaş arasında %0,1-0,3 olarak bildirilmiştir (Sönmez & Köşger, 2016).

Avrupa ülkelerinin büyük kısmı 2011 yılından beri yeni psikoaktif maddelerin kullanım yaygınlığına dair tahminleri ve araştırmaları raporlamaktadır. Yakın zamanlı raporlara göre 15 ila 34 yaş arasındaki kişiler arasında sentetik kannabinoidlerin kullanımında Hollanda'da %0,1'den Letonya'da %1,5'e uzanan farklı yaygınlık tahminleri ortaya çıkmaktadır (EMCDDA, 2019).

2014 yılında Fransa'da yapılan bir araştırmada 18-64 yaş arası yetişkinlerde yaşam boyu sentetik kannabinoid kullanım oranı %1,7 olarak belirtilmiştir. 2013 yılında İspanya'da yapılmış bir araştırmada 15-64 yaş arası 23.136 katılımcının %0,5'i hayatında bir kez sentetik kannabinoid kullandığını belirtmiştir (EMCDDA, 2017).

2.3. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi

2.3.1. Madde bağımlılığı tanısı

Bağımlılık tanısında standart olarak iki ana kaynak kullanılmaktadır. Bunlardan ilki Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmakta olan "International Classification of Diseases/ Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD)"; ikincisi ise Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı "The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı (DSM)" dır. İki kaynağın en güncel halleri ICD-10 ve DSM-5'tir.

ICD-10'a göre bağımlılık tanı kriterleri aşağıda belirten şekildedir:

"Aşağıdakilerden üç ya da daha fazlası son bir yıl içinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konulabilir:

(a) Maddeyi almak için çok güçlü bir istek veya zorlantı

(b) Madde alma davranışını denetlemede güçlük (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)

(c) Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu

(F1x.3 ve F1x.4'e bakınız): Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma

(d) Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlılardır.)

(e) Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması

(f) Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar görüldüğüne ilişkin

açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın gördüğü zararın ne olduğunu ve boyutlarını bilip bilmediği araştırılmalıdır.” (WHO, 2019).

DSM-5’e göre bağımlılık tanı kriterleri de aşağıda belirtildiği gibidir:

“Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları (DSM-5)-I

I. Madde ile İlişkili Bozukluklar

Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendisini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:
    1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.
    2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
    3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
    4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
    5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı.
    6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.
    7. Madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
    8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürme.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
    a. Esrikliği (entoksikasyonu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi.
    b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
    a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu (İlgili maddenin yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine bakınız)
    b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde (ya da yakından ilişkili bir madde) alınması." (American Psychiatric Association, 2013).

2.3.2. Gönüllü tedavi

Madde bağımlılığı tedavisinde ilaç tedavisi, psikososyal tedavi ve ikisinin bir arada yürütülmesi söz konusudur. Tedavi süreci kişinin kullandığı madde, eşlik eden ruhsal sorunlar, iş yaşamı gibi birçok farklı faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Bu nedenle bağımlılık tedavisinin kişiye özel olarak planlanmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (Akvardarlar ve ark., 2011).

Esrar bağımlılığı tedavisinde yoksunluk için hastaneye yatış söz konusu olabilirken ayaktan izleme ile de yoksunluk belirtileri takip edilebilmektedir. Bazı hastalarda yoksunluk belirtileri için kısa dönemli olarak anksiyolitikler kullanılırken; bazı hastalarda eşlik eden ya da altta yatan depresyon tedavisi için antidepresan tedavisi uygulanabilmektedir. Farmakolojik tedavinin yanında psikososyal tedavinin gerekliliği ve etkinliği birçok çalışmada belirtilmiştir. Bireysel

terapi, aile terapisi ve grup terapileri de tedavide destek olarak kullanılmaktadır (Çelikay, 2017).

Sentetik kannabinoid tedavisinde ise zehirlenme durumunda öncelikle fiziksel semptomlara yönelik tedavi uygulanmaktadır. Yoksunluk tedavisinde benzodiazepinlerin ilk tercih olduğu; psikotik semptomlar için olanzapin ve haloperidol gibi antipsikotiklerin yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır. Yine psikososyal tedavi de farmakolojik tedaviye eşlik etmektedir (Çelikay, 2017).

2.3.3. Zorunlu tedavi

19. yüzyıla kadar madde bağımlılığı ahlaki bir sorun olarak görülmüştür. Yakın tarihte ise madde bağımlılığının bir beyin hastalığı olduğu kabul edilmiştir. Literatürde "compulsory/mandatory/coerced treatment" olarak geçen zorunlu tedavinin birçok farklı yolu olduğu söylenebilir. Yasal olarak tedaviye yönlendirme zorunlu tedavinin en önce gelen yollarından biri olarak görülmektedir. Bunun dışında alanda yasal olarak tedaviye yönlendirilmiş olmayan kişilere de zorunlu tedavi uygulanıp uygulanmaması tartışılan bir konudur. Madde kullanan kişinin kendine ve çevresine verdiği ya da verebileceği zarar öne sürülerek ailenin zorlaması ya da sağlık sisteminin zorunlu kılması ile tedaviye zorlanması felsefe, sosyoloji, psikoloji ve tıp gibi birçok alanda farklı görüşlerin dillendirildiği bir konudur. Terminolojik farklılıklar barındırmakla birlikte birçok ülkede farklı şekillerde zorunlu tedavi uygulanmaktadır.

Madde bağımlılığında zorunlu tedavi Wild (2006) tarafından sosyal baskı terimi ile açıklanmaktadır ve sosyal baskıyı üçe ayırmaktadır; yasal sosyal kontroller, resmi sosyal kontroller ve resmi olmayan sosyal kontroller. Yasal sosyal kontroller genel olarak mahkeme kararı ile tedaviye yönlendirmeyi içerirken; resmi sosyal kontroller çalışan yardım programlarına yönlendirme, işverenin madde testi istemesi, kullanıcının velayet hakkı ya da devlet tarafından sağlanan maddi yardım haklarından mahrum bırakılmasını içerir. Resmi

olmayan sosyal kontroller ise madde kullanıcısının ailesi ve arkadaşları tarafından tedaviye ikna olması için verilen ültimatomları içermektedir (Wild, 2006). Yine Wild (1998) tarafından yapılmış bir çalışmada kendi isteği ile tedaviye gelen hastaların %40'nın bir şekilde sosyal baskı ile tedaviye geldiği görülmüştür (Wild, 1998).

Zorunlu madde bağımlılığı tedavisi, bağımlılık koşulu olmamakla birlikte madde kullanan kişilerin yasalar yoluyla zorunlu olarak madde bağımlılığı tedavisine alınması olarak açıklanabilir. 2009 yılında yapılan bir çalışmada, 104 ülkenin %69'unda zorunlu madde bağımlılığı tedavisinin bulunduğu belirtilmiştir (Israelsson, 2012).

Madde bağımlılığı tedavisinin etkinliği söz konusu olduğunda kişilerin tedavi olmak için gönüllü olmalarının önemi her zaman vurgulanmıştır. Ancak zorunlu tedavinin gerekliliğini savunanlar; madde bağımlılarının tedavi olmalarının gerekliliğini yasal sorunlar yaşamaları, madde kullanımı ile bağlantılı farklı suçlar işleme olasılıkları ve kamu sağlığını tehdit etme ihtimallerine dayandırmaktadır. Öte yandan, madde bağımlılarını yasal olarak tedaviye yönlendirmenin insan hakları ihlalleri açısından tartışılan bir kavram olduğu da vurgulanmaktadır.

Zorunlu tedavinin tarihsel gelişimine baktığımızda ilk dikkat çeken ülke ABD olmaktadır. 1962 yılına kadar ABD'de alkol ve madde bağımlılığı bir suç olarak görülmüştür. Sonrasında medikal bakış açısı dikkate alınmaya başlanmış ve madde bağımlılarının aslında kendilerinde minimum kontrolün kaldığı bir hastalığın kurbanı oldukları bakış açısıyla cezaevi temelli bağımlılık tedavi programları, denetimli serbestlik kapsamında madde bağımlılığı tedavi programları gibi programlar geliştirilmeye başlanmıştır (Fagan, 1999).

Zorunlu tedavinin etkili olabileceğini savunanların öne sürdükleri en önemli argümanlardan biri madde bağımlılığı tedavisi görenlerin sayıca azlığıdır. Dolayısıyla da zorunlu tedavinin madde bağımlılığı sorunu yaşayan daha çok kişinin tedavi olmasını sağlayacağı savunulmaktadır. Zorunlu tedaviye yönlendirilen kişilerin motivasyonlarının artması

gerektiğine de değinilmektedir. Öz Belirleme Kuramı (Self Determination Theory) davranış değişikliği için motivasyon ve kaynakları açıklayan bir kuramdır. Kurama göre çocukluk yıllarında daha çok içsel motivasyonla davranan kişi, ilerleyen zamanlarda çevresindeki ilişkilerle beraber sosyal kuralları anlamakta ve bu kurallara uygun davranışlar sergilemeye başlamaktadır. Bu nedenle kişi, ödül elde etmek ya da ceza almamak için davranışlar gösterir. Bu durum da dışsal motivasyonla ilişkilidir (Ryan & Deci, 2000). Dışsal motivasyon kontrollü motivasyondur, çünkü kişi baskı hissetmektedir. Burada tedavi motivasyonu bağlamında önemli bir nokta ortaya çıkmaktadır. Öz Belirleme Kuramı'na göre, dışsal nedenlerin içselleştirilebileceği ve dışsal motivasyonun özerk motivasyona dönüşebileceği belirtilmiştir. İçselleştirme süreci, gelişimsel açıdan büyük bir öneme sahip olmaktadır. Çünkü bu içselleştirme süreci yaşam boyu sürekli olarak sosyal değerlerin ve düzenlemelerin içselleştirilmesini sağlamaktadır (Ryan & Deci, 2000).

Yasal yollarla zorunlu olarak tedaviye yönlendirilen madde kullanıcıları ile gönüllü olarak tedaviye başvuran madde kullanıcılarının bağımlılık tedavisi motivasyonları üzerine yapılmış araştırmalar farklı sonuçlar yansıtmaktadır.

Son dönemlerde tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli olan faktörün; tedaviye devam etme ve tedavi süreci içinde kalmadan ziyade, bireyin bilişsel olarak tedavi süreci içinde yer alması olduğunun üzerinde durulmaktadır. Yasal zorunluluk nedeniyle tedaviye gelen bireylerin fiziksel olarak orada bulunmalarının tedavi motivasyonu ile ilgili olmayabileceği; ancak bireyin tedavi ekibiyle ilişkisi ve tedavinin etkinliğine dair inancı gibi faktörlerin tedavi motivasyonunu etkileyebileceği belirtilmektedir (Wild ve ark, 2016).

Türkiye'de madde kullanımı sonucunda yaptırım uygulanması birkaç kanunda karşımıza çıkmaktadır. Örneğin; Çocuk Koruma Kanunu'na göre 18 yaşını bitirmeyen çocukların uyuşturucu ve uyarıcı maddeleri kullanmaları durumunda mahkeme sağlık tedbiri bağlamında tedavi olmaları kararına varılabilmektedir. 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı

Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'a göre önleyici tedbirler bağlamında hakim tarafından verilecek tedbir kararıyla şiddet uygulayan kişinin alkol veya madde bağımlılığının olması halinde hastaneye yatmak dahil muayene ve tedavisi Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri destek hizmetleri kapsamında yürütülebilir (Çöpür ve ark., 2014). Türkiye'de çoğunlukla Türk Ceza Kanunu kapsamında denetimli serbestlik tedbiri verilen kişilere zorunlu tedavi yönlendirmesi yapılmaktadır.

2.4. Madde Kullanımının Hukuki Yönü

2.4.1. Türkiye'de uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar

Türkiye'de dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak suçtur. Türk Ceza Kanunu'nda uyuşturucu madde kullanımı 191. maddede düzenlenmiştir. Uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı bir sağlık sorunu olmasının yanı sıra topluma karşı işlenen bir suç olarak görülmektedir. Yasada uyuşturucu madde kullanımı kamu sağlığına karşı işlenen bir suç olarak belirtilmektedir. Bireyin kendi sağlığına zarar vermesinin önüne geçilmesi ve toplumun sağlıklı bireylerden oluşması amacıyla uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı yasaklanmaktadır. Madde bağımlılarının uyuşturucu ve uyarıcı madde temin etme amacıyla suç işlemelerine ek olarak; madde etkisi altında suç işlemeleri de sıklıkla görülen bir başka sorundur.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'ndaki uyuşturucu veya uyarıcı maddelere ilişkin suçlar uyuşturucu veya uyarıcı madde temin suçları ve uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar olarak iki gruba ayrılabilir.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde temini suçları üç gruba ayrılabilir: a) uyuşturucu veya uyarıcı madde imal, ithal ve ihraç suçu (TCK m.188/1), b) uyuşturucu veya uyarıcı madde satma, satışa arz etme, başkalarına verme, nakletme, sevk etme, depolama, satın alma, kabul etme veya bulundurma suçu (TCK m.188/3), c) uyuşturucu üretiminde kullanılan madde temini suçu (TCK m. 188/7).

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar da üç gruba ayrılabilir: a) uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma suçu (TCK m.190/1), b) uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını özendirme suçu (TCK m. 190/2), c) kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu (TCK m. 191).

Ayrıca uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımının sonucunda uygulanacak yaptırımların konu olduğu birkaç kanun bulunmaktadır. Bu kanunlar; 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu, 3298 Sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun, 4207 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu, 5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun, 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu, 5402 Sayılı Denetimli Serbestlik hizmetleri Kanunu ve 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun olarak sıralanabilir (Çöpür ve ark., 2014).

Mevcut çalışmada TCK Madde 191 kapsamında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu ele alınacaktır.

2.4.2. Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191. Maddesinde kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu düzenlenmiştir. TCK m. 191'e göre: "Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır". Ancak kanuna göre kişi hakkında kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilir ve Cumhuriyet savcısı erteleme süresince kişinin kendisine yüklenen yükümlülüklere uymaması durumunda oluşacak sonuçlar konusunda kişiyi uyarır. Erteleme süresinde kişiye en az bir yıl süreyle denetimli serbestlik

tedbiri uygulanır ve bu süre Cumhuriyet savcısı tarafından verilen karar doğrultusunda üçer aylık sürelerle en fazla bir yıl uzatılabilmektedir. Ayrıca denetimli serbestlik tedbiri bulunan kişinin gerekli görüldüğü takdirde denetimli serbestlik süresi içinde tedavi görmesine karar verilebilir. Kişi erteleme süresindeki yükümlülüklere ve tedavinin gereklerine uymazsa hakkında kamu davası açılabilir. Yükümlülüklere ve tedavinin gereklerine uygun davranırsa hakkında kovuşturmaya yer olmadığı kararına varılır (https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf).

2.4.3. Denetimli serbestlik

Yapılan birçok araştırma sonucu elde edilen istatistiksel veriler dünyada suç davranışının arttığını göstermektedir. Verilere bakıldığında ceza infaz kurumlarına giren ve çıkan kişilerin artması, suç ile mücadelede kapsamlı politikaların geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur.

Denetimli serbestlik; suç işleyen kişiler hakkında kamu davasının açılmasının, duruşma yapılmasının ya da cezaya hükmedilmesinin şartlı olarak geri bırakılmasını ve serbest bırakılan suçluya kontrol, yönlendirme ve idare sisteminin uygulanmasını belirleyen bir tedbirdir. İngilizce'de "probation" olarak adlandırılmaktadır. Denetimli serbestlik tedbirleri, hapis cezasına seçenek olan ve cezalar sistemini tamamlayan tedbirler olarak belirtilmektedir (Dönmezer-Erman, 1997). Denetimli serbestliğin kapsamı ve anlamı uygulandığı ülkelerce değişebilir. Genel olarak sosyal anlamda denetimli serbestlikte, kişinin ıslahı ve topluma kazandırılması esastır. Türk hukuk sisteminde ise denetimli serbestlik; kişinin işlediği bir suç nedeniyle tutuklanması ya da hakkında mahkumiyet kararı verilmesiyle ceza infaz kurumuna girmesi yerine, cezasını toplum içerisinde gözetim ve denetim altında çekmesidir. Günümüzde dünyada yaygın bir şekilde uygulanan bir ceza infaz yöntemi olan denetimli serbestlik uygulamasının temellerinin 17. yüzyıla dayandığı belirtilmektedir (Çalışkan, 2015). İlk uygulandığı ülkeler İngiltere ve Amerika'dır. Sonrasında diğer Avrupa ülkelerinde de

uygulanmaya başlanmıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren Amerika ve Avrupa'da denetimli serbestlik yaygın bir şekilde kullanılan bir sistem olmuştur.

Türkiye'de 2005 yılına kadar yürürlükte kalan 765 sayılı ceza kanununda denetimli serbestlik uygulamasına rastlanmamaktadır. 765 sayılı ceza kanununda denetimli serbestliğe en yakın olarak görülebilecek kavram erteleme kavramı olarak değerlendirilmektedir. Ancak erteleme sürecinde kişi hiçbir denetime tabi tutulmamaktadır. Denetimli serbestlik ile ilgili ilk düzenlemenin 07.11.1979 tarihinde 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun'da yapılan bir düzenleme olduğu varsayılmaktadır. Bu düzenleme ile 15 yaşından küçük çocukların şartlı salıverilmeleri kabul edilmiştir. Sonrasında Türk Ceza Kanunu'nun değişimi için hazırlanan taslaklarda denetimli serbestlik kavramına yer verilmiştir. Resmi olarak Denetimli Serbestlik Kurumu 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile oluşmuştur.

Denetimli serbestlik sisteminin amacı, hürriyeti bağlayıcı cezalar yerine alternatif yaptırımlar uygulanmasıdır. Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliği'ne göre denetimli serbestlik, "mahkemece belirtilen koşullar ve süre içinde, denetim ve denetleme planı doğrultusunda şüpheli, sanık veya hükümlünün toplumla bütünleşmesi açısından ihtiyaç duyduğu her türlü hizmet, program ve kaynakların sağlandığı toplum temelli bir uygulama"yı ifade etmektedir (https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5402.pdf).

Bir başka ifadeyle denetimli serbestlik sisteminin amacı; hükümlülerin suç işlemesine neden olan davranışlarının düzeltilmesi yoluyla tekrar suç işlemelerinin önlenmesi, ceza infaz kurumundan salıverilen hükümlülerin takip edilmesi, madde bağımlılarının rehabilitasyonu, mağdurların uğradıkları zararın giderilmesi ve sonuç olarak toplumun korunmasıdır.

Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesinde kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçundan dolayı açılan davada, fail uyuşturucu veya

uyarıcı madde kullanan kişi ise, hakkında mahkeme ve Cumhuriyet savcılıkları tarafından tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilebilir. Madde kullanan kişinin bir sağlık sorunu yaşadığı ve tedaviye ihtiyacı olduğu bilinmektedir. Bu kararın amacı, kişinin sağlığına kavuşmasıdır. Kişinin sağlığına kavuşması ile bireyin sağlığının yanı sıra kamu sağlığı da gözetilmektedir (Yokuş-Sevük, 2007).

Denetimli Serbestlik Müdürlükleri'nin temel görevi; tedavileri tamamlanan bağımlıların tedavi sonrası, yasa gereğince en az bir yıl süreyle uyuşturucudan uzak kalmalarını sağlamak ve topluma yeniden uyum sağlamalarını sağlayacak çalışmaların yürütülmesi yoluyla bağımlılara yardımcı olmaktır. Müdürlükler tarafından yürütülen rehberlik ve iyileştirme çalışmalarının farklı basamakları bulunmaktadır. Değerlendirme, bireysel görüşme, grup çalışmaları, boş zaman yapılandırması, sosyal ve kültürel faaliyetler, aile ve okul ziyaretleri, seminer ve konferanslar bunlar arasında sayılabilir (TUBİM, 2014).

Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliği'nin 90. maddesinde, TCK'nın 191. Maddesi gereğince hakim tarafından belirlenmemesi halinde, şube müdürlüğü veya büro tarafından, rehberlikle ilgili görevleri yerine getirmek üzere, çocuk ve yetişkin ayrımı gözetilerek; "suç türleri dikkate alınarak" şube müdürlüklerinde veya bürolarda çalışanların veya bulunmaması halinde, büro dışından sosyolog, öğretmen, sosyal çalışmacı, psikolog, özel eğitim uzmanı veya psikolojik danışman ve rehberin, rehber olarak görevlendirilmenin yapılacağı belirtilmektedir (Yokuş-Sevük, 2007).

Hakkında denetimli serbestlik tedbiri kararı verilen kişinin, bu tedbirin gereklerine uygun davranması gerekmektedir. Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranan kişi hakkında açılmış olan davanın düşmesine karar verilir. Kişi denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uymazsa davaya devam olunarak hüküm verilir (TCK m. 191/5).

Denetimli Serbestlik Müdürlükleri'nde görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı, sosyolog ve öğretmen ünvanlı meslek elemanları tarafından yapılandırılmış programlar yardımıyla hükümlülerin rehabilitasyonu adına çalışmalar yürütülmektedir.

2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan genelgeye göre, denetimli serbestlik ve tedavi hizmeti her ilde belirlenen kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde yer alan yataklı sağlık tesislerinde verilir. İl Sağlık Müdürlüğü, denetimli serbestlik kapsamında verilecek tedavi hizmeti ihtiyacını Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nin de görüşünü alarak değerlendirir ve tedavi hizmetini verecek sağlık tesisini belirler.

Denetimli serbestlik tedavi hizmetlerinde, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya anılan uzman hekim müdavisinde diğer hekimler ile psikolog/sosyal çalışmacı, hemşire/sağlık memuru, sekreter ve güvenlik personeli görev yapar.

Hekim, ilk görüşmede hastanın psikiyatrik değerlendirmesini ve muayenesini yapar ve hastanın ayakta ya da yatarak tedavi programını oluşturur. Bağımlı olmayan kişiler hakkında takip programı hazırlanır. Bağımlı tanısı koyulanlar ise sağlık kurumunca madde bağımlılığı tedavi merkezine sevk edilir. Ayakta tedavisi planlananlar için üç ay sürecek ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceği tedavi programı hazırlanır. Yatarak tedavi görmesi planlananlara ise tedavileri bittiğinde ek olarak üç ay sürecek ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceği ayrı bir ayakta tedavi programı oluşturulur.

Programa düzenli devam eden, yapılan klinik muayene ve değerlendirmelerde de tedavi sürecine uyum gösterdiği düşünülen hasta hakkında uyumlu olduğuna dair tıbbi kanaat raporu düzenlenir.

Klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde kuralları ihlal edenler ve uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam edenler hakkında ise tedavi programına uyumsuz olduğuna dair tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Belirlenen tedavi programının uzaması halinde, hastaların tedaviye

uyumu hakkında Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'ne ayrıca yazılı bilgi verilir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2015).

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişinin tedavi sonrası 1 yıllık denetim süresi devam eder. Kişinin yeniden toplumsallaşması açısından önemli olan tedavi sonrası sürenin belirli bir süresi olmadığı kanısına varılırsa, denetimli serbestlik süresinin uzatılmasına karar verilebilir (TCK m. 191/4). Uzatılma kararı verildiğinde, tedbirin süresi 3 yıldan fazla olamaz. Mahkeme, rehberlik edecek uzmanın sunduğu raporları dikkate alarak denetimli serbestlik süresinin uzatılmasına karar vermektedir.

2.4.4. Madde kullanımı ve suç ilişkisi

Literatüre bakıldığında madde kullanımı ve suç arasında belirgin bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişki iki yönlü olarak açıklanmaktadır; madde kullanımının suç işleme olasılığını arttırdığı ve suç işlemiş olmanın madde kullanımı olasılığını arttırdığı belirtilmektedir. Öne sürülen bir teoriye göre madde kullanımının suç işlemeye neden olması üç farklı modelle açıklanmaktadır. Bu modeller; psikofarmakolojik model, ekonomik gereksinim modeli ve sistemsel model olarak açıklanmıştır. Psikofarmakolojik modele göre uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı rasyonel düşünme becerisini zayıflatıp kişinin davranış kontrolünü düşürerek suç davranışı sergilemesine yol açmaktadır. Ekonomik gereksinim modeline göre uyuşturucu ve uyarıcı madde temin edebilmek ve maddi kaynak sağlayabilmek adına kullanıcılar suç işlemektedir. Sistemsel modele göre ise uyuşturucu üretimi ve ticaretinin yapıldığı ortamın sert kuralları nedeniyle şiddet suçlarının işlenme olasılığı artmaktadır (Goldstein, 1985). Buna ek olarak farklı teorilerle suç ve madde kullanımı arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılmıştır. Bazı kaynaklar; uyuşturucu madde temini ve dağıtımı da suç dünyası içerisinde gerçekleştiği için suç dünyası içinde bulunan kişilerin madde kullanımına yatkın olduğunu belirtmektedir. Bir başka teoriye göre madde kullanımı ve suç davranışı arasındaki ilişki psikolojik ve sosyolojik etkenlerle açıklanırken; bir diğer teoriye göre suç davranışı ve

madde kullanımı toplumun genel normlarından sapmış kişilere ait davranış bozuklukları olarak açıklanmaktadır (Altuner ve ark., 2009).

Markowitz tarafından yapılan bir araştırmaya göre gasp (yağma) suçlarının %25'inde, fiziksel saldırı suçlarının %33'ünde ve tecavüz suçlarının %46'sında alkol ve uyuşturucu madde ilişkisi bulunmaktadır (Markowitz, 2005). Literatürde özellikle eroin ve kokain kullanımı ile suç arasında kuvvetli bir ilişki olduğuna değinilmektedir (Feucht, 2003; Manzoni ve ark., 2007).

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM biriminde yatan hastalarla yapılan bir araştırmada 2.180 madde kullanıcısının %77'sinin herhangi bir suç nedeniyle hapse girdiği ya da ceza aldığı bulunmuştur. Bu olguların %51'i uyuşturucu madde kullanmak ve bulundurmak suçunu işlemiştir. Geri kalan olguların %5,5'i yaralama suçu, %0,2'si cinayet suçu, %2,8'i hırsızlık suçu, %0,4'ü gasp suçu, %14'ü diğer suçları ve %3,5'inin bu suçlardan en az ikisini işlediği sonucuna varılmıştır (Alpay, Karamustafaoğlu & Kükürt, 1995). Bir başka çalışmada örneklemin %37,7'sinin esrar kullandığı tespit edilmiş ve (Ögel ve ark, 1999). Aynı araştırmada esrar kullanıcılarının %21,7'si madde temin edebilmek için hırsızlık yapmış; yasadışı ve ahlaka aykırı eylemlerde bulunmuştur.

Ankara ilinde bulunan kapalı ve açık ceza infaz kurumlarındaki 344 tutuklu ve hükümlüden oluşan bir örneklemle yapılan bir çalışmanın verilerinde suç ve madde kullanımına ilişkin önemli veriler bulunmaktadır (Şahinli, 2016). Örneklemin %93'ü erkeklerden oluşmaktadır ve birçok farklı suç türünden ceza infaz kurumunda bulunmaktadırlar. Bu suç türleri cinayet, yaralama/fiziksel saldırı, cinsel taciz, tecavüz, tehdit/şantaj, fuhuş, oto hırsızlığı, diğer hırsızlıklar, sahtecilik/dolandırıcılık, zimmet, çek-senet tahsili, yağma (gasp, kapkaç, silahlı soygun), uyuşturucu suçları, ölümlü/yaralamalı trafik kazası ve diğer olarak belirtilmektedir. Mahkumların %13,4'ünün suç işlediği gün madde kullandığı; bu mahkumların da %12,1'inin esrar, %3,5'inin sentetik kannabinoid kullandığı görülmektedir. Yine mahkumiyet öncesi son 30 gündeki kullanım sıklıklarına bakıldığında en sık kullanılan maddenin esrar olduğu ortaya

çıkmıştır. Araştırmaya alınan 344 mahkumun %30,2'si yaşam boyu en az bir kez herhangi bir uyuşturucu kullandığını belirtirken; %28'i hayatı boyunca en az bir kere esrar kullandığını belirtmiştir. Örneklemin %6,3'ünün uyuşturucu maddeyi yasal olmayan yollarla elde ettiği gelirle temin ettiği, %3,7'sinin uyuşturucu madde satıcılığı yaptığı görülmüştür. Mahkumların %10'u uyuşturucu madde temin etmek için en az bir kere suç işlediklerini belirtmişlerdir. Çarpıcı bir başka bulgu ise örneklemin %3,5'inin uyuşturucu madde temin edebilmek için 40 kez ve üzerinde suç işlediğinin görülmesidir. Suç işlediği gün madde kullanmış olan 46 mahkumdan 21'i; yani yarısına yakını cinayet, yaralama ve tecavüz gibi şiddet içeren suçlar işlemişlerdir. Tüm örneklemdeki uyuşturucu kullanan mahkumların %50,9'u hırsızlık, gasp ve dolandırıcılık gibi yasadışı gelir getiren suçlar işlemişlerdir. Araştırmanın sonucunda, uyuşturucu madde kullanan mahkumların özellikle yasadışı gelir getiren suçları daha çok işledikleri, pahalı ve ağır denebilecek maddeleri kullananların (kokain gibi) bu suçları işleme oranının arttığı görülmektedir (Şahinli, 2016).

2011 yılı Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 1.125 mahkum ile yapılan araştırmada mahkumların %39,3'ü uyuşturucu madde kullandıklarını belirtmişlerdir. Erkek mahkumlarda bu oran %53,6'ya çıkmaktadır. Hükümlülerin %41,1'i cezaevi öncesi esrar kullandığını belirtmiştir (TUBİM, 2011).

2008 senesinde Avrupa Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından yayınlanan bir rapora göre esrar etkisi altında araç kullanımının trafik kazası yapma riskini arttırdığına değinilmiştir. Ülkemizdeki verilere bakıldığında Emniyet Genel Müdürlüğü'nün her sene yıllık kaza istatistiklerini yayımladığı görülmektedir; ancak uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı Türk Ceza Kanunu kapsamında ilgili mahkemelerde yargılaması yapılan bir suç olması nedeniyle kaza sebepleri arasında yer almamaktadır. Yurtdışında trafikte sürücülerin uyuşturucu ve uyarıcı madde etkisi altında olması ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Farklı yöntemlerle (yol kontrollerinde şüphe duyulan sürücülere test yapılması, alkol aldığı tespit

edilen sürücülerin madde testine de alınması, trafik kazasına karışan ya da kazada ölen sürücülere uyuşturucu testi yapılması gibi) gerçekleştirilen bu çalışmalarda Almanya'da 2002 yılında alkollü araç kullanan 1.199 sürücünün %5,3'ünün esrar kullandığı, 2001-2003 yılları arasında Norveç'te trafik kazasında ölen 243 sürünün %10,5'inin esrar kullandığı görülmüştür. Hollanda'da yapılan bir araştırmada ise rastgele yol kontrolünde kan ve idrar testi yapılan sürücülerin %4,5'inin esrar kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. 2003 yılında Fransa'da 900 sürücüden alınan kan örneklerinde de sürücülerin %10'unun esrar kullandığı ortaya çıkmıştır (Demirel, 2009).

Ülkemizde 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'na göre "Uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri almış olan sürücüler ile alkollü olan sürücülerin karayolunda araç sürmeleri yasaktır. Uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılıp kullanılmadığı ya da alkolün kandaki miktarını tespit amacıyla, kollukça teknik cihazlar kullanılır." (https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2918.pdf). Karayolları Trafik Yönetmeliği'ne göre sürücülerin madde kullanıp kullanmadığı tükürük ve benzeri biyolojik örnekler üzerinden teknik cihazlarla tespit edilir. Sürücünün pozitif çıkması halinde sürücü hakkında 2918 sayılı Kanun kapsamında işlem yapılması için mahalli zabıta tarafından ilgili trafik kuruluşuna ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun ilgili hükümlerine göre adli işlem yapılmak üzere adli birimlere bilgi verilir. Ayrıca para cezası verilerek sürücü belgesi beş yıl süreyle geçici olarak elinden alınır (https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8182&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5).

Ülkemizde Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı'na bağlı olarak görev yapan trafik zabıtası yol kontrolü sırasında uyuşturucu ve uyarıcı madde testi yapamadığı için yeterli veriye ulaşılamamaktadır. Demirel'in (2009) tez çalışmasında araştırmaya katılan trafik zabıtalarının %81'i meslek hayatı boyunca hiçbir sürücüyü kan ve idrar testi için sağlık

kuruluşuna sevk etmediğini; %86'sı da uyuşturucu ve uyarıcı madde altındaki sürücüyü tespit etmekte zorlandığını belirtmiştir (Demirel, 2009).

2.5. Türkiye'de Madde Kullanımına İlişkin Veriler

2.5.1. Adli veriler

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından senelik olarak ülkemizdeki uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımına daire veriler rapor olarak yayınlanmaktadır.

TUBİM'in hazırladığı 2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 2016 yılında 81.222, 2017 yılında 118.482, 2018 yılında ise %22,23'lük artışla 144.819 uyuşturucu olayı görülmüştür. Bu olaylarla ilgili yakalanan şüpheli sayısı 2016 yılında 114.276, 2017 yılında 170.175, 2018 yılında ise 206.134 olarak belirtilmektedir. 2018 yılında TCK 191. madde kapsamında 150.586 şüpheliye (%73,05) yasal işlem yapılmıştır. Raporlara bakıldığında uyuşturucu olayı sayısı ve şüpheli sayısı yıllar geçtikçe artmaktadır.

Madde türlerine göre olay ve şüpheli sayılarına bakıldığında çarpıcı bazı veriler göze çarpmaktadır. Esrar olaylarındaki şüpheli sayısı 2016 yılında 54.788, 2017 yılında 77.882 iken 2018 yılında 91.871'dir. Rapora göre esrar olay sayısının 2018 yılında artmasıyla şüpheli sayısında bir önceki yıla göre %17,96 oranında artış olmuştur. Türkiye'de gerçekleşen uyuşturucu olaylarının %45'inin esrar olayı olduğu belirtilmektedir. 2017 yılında 52.857 esrar olayı kayıt altına alınmışken; 2018 yılında bu sayı 65.172'ye çıkmıştır. 2018 yılı esrar olaylarının suç türlerine göre dağılımına bakıldığında ise TCK 191. madde kapsamındaki esrar şüpheli sayısının 53.628 olduğu görülmektedir.

Raporlara göre sentetik kannabinoidler olay sayılarında ise yıllar içinde çok ciddi bir artış görülmektedir. 2016 yılında sentetik kannabinoid olay sayısında 15.366 iken, 2017 yılında bu sayı 24.371'e çıkmıştır. 2018 yılında 24.320 sentetik kannabinoid olayı görülmüştür. Sentetik kannabinoidler şüpheli sayısı 2016 yılında 20.670 iken, 2017 yılında 34.107 şüpheliye yasal

işlem yapılmıştır. 2017 yılında sentetik kannabinoid olaylarındaki şüphelilerin %87,5'i TCK 191. maddeden suçlu bulunmuştur. 2018 yılında sentetik kannabinoidlerin şüpheli sayısı 2017 yılına göre %3,51 oranında düşerek 32.911'e inmiştir; ancak yine şüphelilerin %86,3'ü kullanım sebebiyle yasal işleme tabi tutulmuştur.

2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 2018 yılı itibariyle Türkiye genelinde bulunan 389 ceza infaz kurumunda toplam 264.182 hükümlü ve tutuklu bulunmaktadır. Kurumlardaki 57.674 tutuklu ve hükümlü uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan dolayı cezalandırılmışlardır. 2017 yılında toplam tutuklu ve hükümlülerin %21,65'i uyuşturucu bağlantılı suçlardan ceza infaz kurumlarındayken; 2018 yılında bu oranın %21,78'e çıktığı görülmektedir.

Denetimli serbestlik müdürlüklerinden gelen verilere bakıldığında 2018 yılında Türk Ceza Kanunu'nun 191'inci maddesi kapsamında 103.412 karar bulunmaktadır.

Doğrudan madde bağlantılı ölüm verileri yasal olmayan maddelerin (afyon ve türevleri, kokain, esrar, amfetamin ve türevleri, halüsinojenler ve yeni nesil sentetik maddeler) bir ya da birkaçının, bazılarında alkol ve/veya psikoaktif ilaçlarla birlikte alınmasından hemen sonra gerçekleşen ölümler ve bu madde veya maddelerin alınmasının ardından gelişen koma durumu sonrası hastanede gerçekleşen ölümler dikkate alınarak hazırlanmaktadır. 2016 yılında 920, 2017 yılında ise 941 kişi doğrudan madde bağlantılı ölmüştür. 2017 yılında 941 madde bağlantılı ölüm olayının %60'ında (564) sentetik kannabinoid mevcuttur. Sentetik kannabinoid görülen ölümlerin 247'sinde (%49) ölüm tek başına bu maddeden kaynaklanmıştır. 2018 yılında 657 kişi doğrudan narkotik madde sebebiyle ölmüştür. 2018 yılında 657 madde bağlantılı ölüm olayının %45,8'inde (301) sentetik kannabinoid mevcuttur. Madde bağlantılı ölüm vakalarının bir kısmında da çoklu madde kullanımı ölüm nedeni olarak görülmektedir ve çoklu madde kullanımının ölüm riskini daha da arttırdığı belirtilmektedir (TUBİM, 2019).

2.5.2. Klinik veriler

2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 2018 yılı sonu itibariyle Türkiye'de madde bağımlılığı tedavisi veren 113 adet tedavi merkezi bulunmaktadır. 48 merkezde hem ayaktan hem yatarak, 65 merkezde ise sadece ayaktan tedavi hizmeti sunulmaktadır. Türkiye'de 81 ilin 63'ünde en az bir bağımlılık tedavi merkezi vardır.

2017 yılında tedavi merkezlerinde tedavi gören hastaların madde türlerine göre dağılımı dikkat çekicidir. 01.01.2017-31.12.2017 tarihleri arasında polikliniklere yapılan toplam başvuru sayısı 211.126 olarak belirtilmektedir. Bu başvuruların 42.420'inin kannabinoid bağımlılığı nedeniyle başvurduğu görülmektedir. Aynı tarihler içerisinde 12.501 yatan hasta kaydı bulunmaktadır. Bu hastaların 1.722 tanesi kannabinoid bağımlılığı nedeniyle hastaneye yatmıştır.

Tanı kodlarına göre alkol ve nikotin kullanım bozuklukları dışarıda bırakıldığında, 2018 yılında tedavi merkezlerine yapılan toplam ayaktan tedavi başvuru sayısı 251.593'tür. Bunların 65.896'sı denetimli serbestlik kapsamında yönlendirilen kişilerdir. 2018 yılında tedavi merkezlerine yapılan yatarak tedavi başvuru sayısı 13.841'dir. Yatarak tedavi başvuruları incelendiğinde bir önceki seneye oranla %10,7'lik bir artış görülmektedir. 2018 yılında tedaviye başvuran kişilerin %45,7'si ilk kez tedavi gördüğünü belirtirken; %54,3'ü ise daha önce tedavi görmüşlerdir. Tedaviye başvuranların %26,7'si ikametgahını İstanbul olarak belirtmiştir.

01.01.2018-31.12.2018 tarihleri arası polikliniklere yapılan başvurularda 52.052 kişi kannabinoid bağımlılığı sebebiyle tedaviye başvurmuştur; 1.515 kişi kannabinoid bağımlılığı sebebiyle hastaneye yatmıştır. 2018 yılında yatarak tedavi görenlere bakıldığında %12,9'unun (1.459) sentetik kannabinoid, %8,3'ünün (941) esrar kullandığı belirtilmektedir.

2018 yılında yatarak tedavi görenlerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, %95,5'inin (10.815) erkek, %4,5'inin (514) kadın olduğu görülmektedir (TUBİM, 2019). Bu durumun,

kadınlarda madde kullanım sorununun daha az oluşundan mı yoksa tedavi başvurularının daha az oluşundan mı kaynaklandığı tartışmalı bir konu olarak görülmektedir.

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Örneklem

Katılımcılar, hakkında denetimli serbestlik kararı olan ve yasal olarak tedaviye yönlendirilen kannabinoid türevi kullanıcıları ve gönüllü olarak madde bağımlılığı tedavisine başvuran kannabinoid türevi kullanıcılarıdır. Bu araştırmanın evreni AMATEM'lerde gönüllü ve denetimli serbestlik tedbiri kapsamında tedavi gören kannabinoid türevi kullanıcılarıdır. Örneklem, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği'nde tedavi gören kannabinoid türevi kullanıcılarından oluşmaktadır.

Araştırmaya 155 kişi katılmıştır. Katılımcıların 121'i hakkında denetimli serbestlik kararı bulunan, 34'ü gönüllü olarak madde bağımlılığı tedavisine başvuran kişilerdir.

3.2. Ölçekler

3.2.1. Sosyodemografik form

Sosyodemografik form; katılımcıların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim ve gelir düzeylerini, daha önce cezaevine girip girmediklerini ve denetimli serbestlikleri bulunup bulunmadığını, kaç yaşında madde kullanmaya başladıklarını ve ne kadar süredir madde kullanmadıklarını belirlemek amacıyla sorulmuş sorulardan oluşmaktadır. Ek-4'te formun bir örneği yer almaktadır.

3.2.2. BAPİ-K ölçeği (Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu)

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ögel, K. ve ark. tarafından bağımlılığın farklı boyutlarını ve bağımlılık şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Ögel ve ark., 2012). Ölçek 5'li Likert tipi 37 sorudan oluşmaktadır ve 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler; madde kullanım özellikleri, tanı, yaşama etki, şiddetli istek ve motivasyon olarak belirtilmektedir.

Puan hesaplamalarında alt ölçeklerin puanları ayrı değerlendirilmekte, tüm ölçeğin puanı ise alt ölçeklerin ağırlıklandırılması ile elde edilmektedir.

BAPİ Klinik Formu (BAPİ-K) ise BAPİ'ye eklenen 3'lü Likert tipi 21 soru ile oluşturulmuştur. BAPİ-K toplam 58 sorudan oluşmaktadır. BAPİ'ye ek olarak; depresyon, anksiyete, öfke kontrol zorluğu, güvenli davranış eksikliği, dürtüsellik ve heyecan arama davranışını ölçmeyi hedefleyen 21 soru eklenerek geliştirilmiştir. BAPİ'nin ölçtüğü doğrudan bağımlılıkla ilgili alanların dışında bağımlılığın sürmesine neden olan ve bağımlılığa eşlik eden 6 alanın da değerlendirmesini içerir (Ögel ve ark., 2015). Ölçeğin bir örneği Ek-5'te sunulmuştur.

3.2.3. Kriminal düşünce ölçeği

Kriminal düşünceyi ölçen 5'li Likert tipi 37 sorudan oluşan bir ölçektir. Knight, Simpson ve Morey tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü'nde 2014 yılında Öncül tarafından yapılan "Suç Davranışı ile İlişkili Bilişsel Mekanizmaların Yetişkin ve Genç Erkek Mahkumlar Örneklemlerinde Araştırılması: Rehabilitasyon Çalışmaları İçin Öneriler" başlıklı doktora tezinde Türkçe adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır. 5li Likert tipi 37 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 6 boyutu ölçmektedir. Bu 6 boyut; hak görme (2., 10., 23., 24., 25., 33. ve 34. maddeler ile temsil edilen), meşrulaştırma/diğerlerini suçlama (8., 12., 17., 26., 27. ve 36. maddeler ile temsil edilen), güç yönelimi (5., 11., 14., 15., 16., 21. ve 29. maddeler ile temsil edilen), merhametsizlik (1., 7., 13., 18. ve 28. maddeler ile temsil edilen), kriminal rasyonalizasyon (6., 9., 19., 20., 31. ve 35. maddeler ile temsil edilen) ve kişisel sorumsuzluk (3., 4., 22., 30., 32. ve 37. maddeler ile temsil edilen) olarak belirtilmektedir. Yüksek puanlar suçu destekleyici düşünceyi yansıtır. Ölçeğin puanlaması için 1., 7., 13., 18.,19. ve 28. maddeler ters kodlanmıştır. Her ölçek puanının ortalaması alınarak ve 10 ile çarpılarak hesaplandıktan sonra, toplam ölçek puanı 6 alt ölçek puanının ortalaması alınarak elde edilir (Öncül, 2014).

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında toplam puan için Cronbach alfa değeri .84 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa değerleri alt ölçekler için sırasıyla .61, .59, .67, .59, .71 ve .61 şeklindedir. Test-tekrar test güvenirlik puanları toplam ölçek için .70 ve alt ölçekler için sırasıyla .51, .48, .55, .23, .67 ve .52 olarak belirtilmiştir (Öncül, 2014). Ölçeğin bir örneği EK-6'da yer almaktadır.

3.2.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek 1988'de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup Türkiye'de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. 7'li Likert tipi 12 maddeden oluşmaktadır. Önerilen alt ölçek yapısı; "aile", "arkadaş" ve "özel bir insan"dan alınan desteği içermektedir. Faktör analizi üç faktörlü yapıyı desteklemektedir (Kazarian & McCabe, 1991; Zimet ve ark., 1988; Eker & Arkar, 1995). Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı ve test-tekrar test korelasyonları yeterlidir. Tüm örneklemin güvenirlik (Cronbach's Alpha) katsayısı $\alpha = .89$ olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada ölçeğin tamamının ve alt ölçeklerinin iç tutarlılıkları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçekte her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak; Kesinlikle hayır = 1, Kesinlikle evet = 7, arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve ark., 1995). Ölçeğin bir örneği EK-7'de sunulmuştur.

3.3. Veri analizi

Araştırmada katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen verilerin analizi için veriler kodlanarak bilgisayara yüklenmiştir. Toplanan anket cevapları IBM SPSS Statistics for Windows versiyon 23.0 (2015) programı kullanılarak analiz edilmiş ve bu analizlere göre yorumlanmıştır.

Bulgular %95 güven aralığında, 0,05 anlamlılık düzeyinde tahlil edilmiştir. Analizleri uygulamamız sırasında eğer süreksiz bir değişken analiz ediliyorsa frekans ve yüzde teknikleri kullanılmış; eğer ikili grup test puanı karşılaştırılması yapılıyorsa bağımsız gruplar t-testi, ikiden fazla grup test puanı karşılaştırılmasında ise ANOVA testi uygulanmıştır. Bağımsız gruplar t-testi yapılırken Levene varyansların homojenliği testi kriter olarak alınmış ve varyansların eşit olmadığı iki grup karşılaştırıldığında parametrik düzeltmeler ona göre yapılmıştır. Son olarak, iki veya daha fazla sürekli değişkenin birbiri ile ilişkisini incelemek adına çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

4. Bulgular

4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri ve Betimleyici Analizler

Çalışmadaki katılımcıların demografik özellikleri betimsel analiz kullanılarak hesaplanmış, elde edilen frekans ve yüzde değerleri aşağıda sunulmuştur. Bu çalışmaya toplamda 155 katılımcı katılmış olup, 121 kişi denetimli serbestlik grubunda iken 34 kişi gönüllü grubunda yer almıştır (bkz. Tablo I).

Tablo I Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı

	Frekans	Yüzde	Ort. Yaş (SS)
Denetimli Serbestlik	121	78,1	30,58 (7,68)
Gönüllü	34	21,9	29,41 (9,81)

Katılımcıların %97,4'ünü erkekler oluştururken, sadece 4 katılımcı kadındır ve yaşını belirten 114 katılımcının yaşları minimum 18, maksimum 61 arasında ortalama 30,28'dir (*SS* = 8,25). 4 kadın katılımcının 3'ü denetimli serbestlik grubunda, 1'i ise gönüllü tedavi grubundadır. Denetimli serbestlik grubunun yaş ortalaması 30,58 (*SS* = 7,68) iken gönüllü tedavi grubunun yaş ortalaması 29,41'dir (*SS* = 9,81). Yapılan bağımsız gruplar t-testi analizi, iki grubun yaş bakımından istatistiki olarak birbirinden ayrılmadığını göstermiştir ($t(112) = .65$, $p = .51$).

Katılımcıların gelir düzeyleri orantılı olarak dağılmıştır. Buna göre, aylık geliri 1000 TL ve altı olan katılımcıların oranı %8,6, 1000-2000 TL arası olanların oranı %30,5, 2000-3000 TL arası olanların oranı %33,1, 3000 TL ve üzeri olanların oranı %27,8 olarak gözükmektedir. Çapraz tablo üzerinde yapılan ki kare analizi katılımcıların gelir düzeyinin denetimli serbestlik ve gönüllü tedavi grupları için orantılı dağılmadığını göstermiştir (χ^2 (3) = 18,77, $p < .001$; Gelir durumunun denetimli serbestlik ve gönüllü tedavi grupları karşılaştırması için Tablo II'ye bakınız).

Tablo II Grupların Gelir Durumuna Bağlı Yüzdeleri

Gelir Durumu	Grup	Yüzde	Frekans
1000 TL ve altı	Denetimli Serbestlik	%4,2	5
	Gönüllü Tedavi	%25	8
1000-2000 TL	Denetimli Serbestlik	%32,8	39
	Gönüllü Tedavi	%21,9	7
2000-3000 TL	Denetimli Serbestlik	%37,8	45
	Gönüllü Tedavi	%15,6	5
3000 TL ve üstü	Denetimli Serbestlik	%25,2	30
	Gönüllü Tedavi	%37,5	12

124 (%81) katılımcı veri toplama sırasında bir işte çalışırken, 29 (%19) katılımcı işsiz olduğunu belirtmiştir. Bir yıldan az çalışan ve 1-5 yıl arası çalışan katılımcıların oranları %27,2, 5-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzeri çalışan katılımcıların oranları ise %22,8 olarak çıkmıştır. 136 (%91,3) katılımcı daha önce de bir yerde çalışmakta olduğunu, mevcut işlerinin ilk işleri olmadığını belirtmiştir. Eğitim seviyesine bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun lise mezunu (%40,5) ve ortaokul mezunu (%30,7) olduğu görülmektedir. Çapraz tablo üzerinde yapılan ki kare analizi, katılımcıların eğitim seviyesinin denetimli serbestlik ve gönüllü tedavi grupları için orantılı dağıldığını göstermiştir (χ^2 (4) = 2,32, p = .68; Eğitim durumunun denetimli serbestlik ve gönüllü tedavi grupları karşılaştırması için Tablo III'e bakınız).

Tablo III Grupların Eğitim Durumuna Bağlı Yüzdeleri

Eğitim Durumu	Grup	Yüzde	Frekans
Okuryazar	Denetimli Serbestlik	%1,7	2
	Gönüllü Tedavi	%0	0
İlkokul Mezunu	Denetimli Serbestlik	%10,1	12
	Gönüllü Tedavi	%5,9	2
Ortaokul Mezunu	Denetimli Serbestlik	%31,9	38
	Gönüllü Tedavi	%26,5	9
Lise Mezunu	Denetimli Serbestlik	%37,8	45
	Gönüllü Tedavi	%50	17
Üniversite Mezunu	Denetimli Serbestlik	%18,5	22
	Gönüllü Tedavi	%17,6	6

108 (%70,6) katılımcının medeni durumu bekar iken, 117 (%76,1) katılımcının çocuğu yoktur. Çocuğu olan katılımcıların yarısının (%48,38) 1 tane çocuğu vardır. 84 (%54,5) katılımcı anne ve babası ile yaşarken, 30 (%19,5) katılımcı eş ve çocukları ile yaşamaktadır. Katılımcılara çocukluklarını geçirdiği yeri sorduğumuzda ise %93,4'ü şehir, %6,6'sı köy veya kasaba demiştir. 119 (%81,5) katılımcı kendilerini anne ve babalarının birlikte yetiştirdiğini, 18 (%12,3) katılımcı ise sadece annelerinin yetiştirdiğini belirtmiştir. 2 katılımcı çocukken annelerinin yaşamadığını söylerken, çocukken babalarının yaşamadığını söyleyen katılımcı sayısı ise 9'dur.

20 (%13,7) katılımcı kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bu hastalıklarda başı astım çekmekteyken; astım hastalığını böbrek, bronşit ve tansiyon hastalıkları takip etmektedir. Katılımcıların beşte biri (%21,4) daha önce cezaevine girdiğini belirtirken, daha önce denetimli serbestlik uygulamasına tabi olan 46 (%31,7) katılımcı vardır. Daha önce tedavi gören katılımcı

sayısı 44 (%28,6) olarak çıkmıştır (Tablo IV). Denetimli serbestlik grubunun %21,7'si, gönüllü tedavi grubunun ise %47,1'i daha önce tedavi gördüğünü bildirmiştir.

Tablo IV Katılımcıların Daha Önce Cezaevi ve Denetimli Serbestlik Frekansları

	Evet (%)	Hayır (%)
Daha önce cezaevine girdi	31 (21,4)	114 (78,6)
Daha önce denetimli serbestliğe girdi	46 (31,7)	99 (68,3)
Daha önce madde tedavisi gördü	44 (28,6)	110 (71,4)

Katılımcılar ortalama 19 yaşında (*SS* = 4,18) ilk defa madde kullandıklarını belirtirken ilk defa madde kullanımında aralık 10 yaş ile 33 yaştır. Son olarak, katılımcılara ne kadar süredir madde kullandıkları sorulduğunda ortalama 105 (*SS* = 91,53) aydır madde kullandıklarını; ne kadar süredir madde kullanmadıkları sorulduğunda ise ortalama 137 (*SS* = 171,10) gündür madde kullanmadıklarını belirtmişlerdir. (Gruplar arası karşılaştırma için Tablo V'e bakınız).

Tablo V Katılımcıların Madde Kullanım Geçmişleri

		DS Ort. (*SS)*	GT Ort. (*SS)*	*t*	*p*
1	İlk Madde Kullanım Yaşı	19,54 (4,15)	17,06 (3,77)	3,05	**.003**
2	Ne Kadar Süre Kullandı (Ay)	88,38 (73,04)	155,88 (118,33)	-3,03	**.004**
3	Ne Kadar Süredir Temiz (Gün)	162,26 (186,15)	69,57 (92,01)	2,52	**.001**

Katılımcılara, BAPİ-K formunun bir parçası olarak bir seri madde ismi verilmiş ve bu maddeleri kullanma sıklıklarına göre cevaplamaları istenmiştir. Katılımcıların madde kullanım sıklıklarını yüzdelik olarak görmek için Tablo VI'ya bakınız

Tablo VI Katılımcıların Madde Kullanım Sıklık Yüzdelikleri

Madde	Hiç (%)	Sadece 1-2 kez (%)	Ayda 1-3 kez (%)	Haftada 1-5 kez (%)	Hemen her gün (%)
Alkol	11,2	18,4	42,8	21,1	6,6
Esrar	16,3	18,3	28,8	19,6	17
Bonzai, jamaikan	71,1	10,5	5,3	5,3	7,9
Ekstazi	68,4	24,3	5,9	0,7	0,7
Eroin	94,8	2,6	0,6	0,6	1,3
Kokain	81	14,4	2,6	1,3	0,7
Taş (Krak kokain)	89,5	8,6	0	1,3	0,7
Roş	98	2	0	0	0
Uçucu maddeler	94,8	4,6	0,7	0	0
Çeşitli haplar (Akineton vb.)	91,6	5,8	1,9	0,6	0
Amfetamin türevleri	91,6	6,5	1,9	0	0
Diğer (LSD, GHB vb.)	96,1	3,3	0,7	0	0

Bu kısımda katılımcıların ölçeklere verdikleri cevapların betimleyici analizleri raporlanacaktır. Katılımcılar Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K), Kriminal Düşünce Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği olmak üzere toplamda 3 adet anket doldurmuşlardır. 58 sorudan oluşan BAPİ-K formunun 10 adet alt ölçeği vardır. Bu alt ölçekler bağımlılığın farklı yönleriyle ilgili sorulardan oluştuğu için betimleyici analizler her alt ölçek

için ayrı ayrı yapılacaktır. Katılımcıların BAPİ-K formuna verdikleri cevapların ortalama ve standart sapmalarını görmek için Tablo VII'e bakınız.

Tablo VII Katılımcıların BAPİ-K Değerleri

	Alt Ölçekler	Min	Max	Ort.	SS
1	Tanı Ölçütleri	0	4	1,58	1,04
2	Yaşama Etki	0	3,60	1,66	0,96
3	Şiddetli İstek	0	3,75	1,24	103
4	Motivasyon	0	4	2,80	1,21
5	Öfke Kontrol Yetersizliği	0	2	0,73	0,58
6	Güvenli Davranış Eksikliği	0	1,80	0,64	0,44
7	Heyecan Arama Davranışı	0	2	0,74	0,56
8	Depresyon	0	2	0,57	0,47
9	Anksiyete	0	2	0,47	0,48
10	Dürtüsellik	0	2	0,78	0,51

Not. Tanı Ölçütleri, Yaşama Etki, Şiddetli İstek ve Motivasyon faktörleri 5'li likert ölçeği üzerinden; Öfke Kontrol Yetersizliği, Güvenli Davranış Eksikliği, Heyecan Arama Davranışı, Depresyon, Anksiyete ve Dürtüsellik faktörleri 3'lü likert üzerinden cevaplandırılmıştır.

Katılımcıların BAPİ-K formuna verdikleri cevapların ortalamalarına göre, örneklemin alt ölçekleri göz önüne alındığında ölçeğin orta derecesinin altında oldukları gözükmektedir. BAPİ-K'nın bağımlılıkla ilgili alt ölçeklerinden olan bağımlılık tanı ölçütü alt ölçeği soruları DSM ve ICD'deki tanımlamalara göre oluşturulmuştur. Katılımcılar bu alt ölçekteki sorulara verdikleri cevaplarda, kullandıkları madde veya maddelerin onlar için nadiren sorun olduklarını belirtmişlerdir. Diğer alt ölçeklere verilen cevaplar incelendiğinde alt ölçek ortalamaları katılımcıların madde kullanımlarının yaşamlarına etkisinin görece az olduğunu ve madde

kullanım isteklerinin çok şiddetli olmadığını göstermektedir. Katılımcılar kullandıkları madde veya maddeleri bırakma konusunda da ortalama bir motivasyona sahiplerdir.

Betimleyici analizlerin bu kısmında katılımcıların Kriminal Düşünce Ölçeği'ne verdikleri cevapların sonuçları gösterilecektir. Kriminal Düşünce Ölçeği'nin hak görme, meşrulaştırma/diğerlerini suçlama, güç yönelimi, merhametsizlik, kriminal rasyonalizasyon ve kişisel sorumsuzluk olmak üzere 6 adet alt ölçeği vardır. Tablo VIII'de katılımcıların bu alt ölçeklere verdikleri cevapların ortalaması ölçeğin orta noktasının altında kalmıştır. Spesifik olarak, katılımcıların verdikleri cevapların ortalamalarını ve standart sapmalarını görebilirsiniz

Tablo VIII Katılımcıların Kriminal Düşünce Ölçeği Değerleri

	Alt Ölçekler	Min	Max	Ort.	SS
1	Hak Görme	10	45,71	20,88	7,69
2	Meşrulaştırma/Diğerlerini Suçlama	10	43,33	20,51	8,08
3	Güç Yönelimi	10	45,71	22,54	8,50
4	Merhametsizlik	10	46,00	22,94	8,18
5	Kriminal Rasyonalizasyon	10	50,00	29,73	9,67
6	Kişisel Sorumsuzluk	10	50,00	23,63	10,26

Son olarak, katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne verdikleri cevapların betimleyici analizlerinin sonuçlarından bahsedilecektir. Yapılan betimleyici analizlere göre, katılımcılar ortalama olarak en çok ailelerinden sosyal destek görürken, ikinci sırada arkadaşlarından ve en son aile ve arkadaşları dışında hayatlarındaki özel insanlardan sosyal destek görmektedirler. Literatürde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam skor üzerinden de değerlendirildiği için bu tabloda toplam skor da gösterilmiştir (Tablo IX'a bakınız).

Tablo IX Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Değerleri

	Alt Ölçekler	Toplam (SS)	Gönüllü Toplam (SS)	DS Toplam (SS)	Ort.	SS
1	Aile	21,31 (6,60)	20,96 (6,63)	21,44 (6,62)	5,32	1,65
2	Arkadaş	19,40 (7,39)	17,00 (7,04)	20,28 (7,36)	4,85	1,84
3	Özel İnsanlar	17,01 (8,14)	14,84 (7,56)	17,81 8,24)	4,25	2,03
4	Sosyal Destek Toplam	19,25 (6,04)	17,60 (5,14)	19,87 (6,27)	4,81	1,51

Demografik özelliklere bağlı olarak ölçeklerden çıkan ortalamalarda bir farklılık var mı diye baktığımızda karşımıza beklenebilir ancak yine de gösterilmesi önemli bulgular çıkmıştır. Daha önce denetimli serbestlik programına giren katılımcılarla girmeyen katılımcıların çevrelerinden aldıkları ortalama sosyal desteği karşılaştırmak adına yaptığımız bağımsız gruplar t-testi sonuçlarına göre, daha önce denetimli serbestlik programına giren katılımcılar (*Ort*. = 4,30, *SS* = 1,58), girmeyen katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 5,03, *SS* = 1,44), çevrelerindeki yakınlarından anlamlı olarak daha az sosyal destek almaktadırlar (t (114) = -2,44, p = .016). Aynı bağımsız gruplar t-testi alt ölçekler özelinde bakıldığında ise daha önce denetimli serbestlik programına giren katılımcılar (*Ort*. = 4,09, *SS* = 2,14), girmeyen katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 5,17, *SS* = 1,60), sadece arkadaşlarından anlamlı olarak daha az sosyal destek almaktayken (t (53,21) = -2,72, p = .009), aile ve hayatlarındaki özel insanlardan anlamlı olarak daha az veya daha çok sosyal destek almamaktadırlar (p > .05). Ancak, daha önce denetimli serbestlik programına girilip girilmemesi aile bireylerinden veya özel insanlardan alınan sosyal desteği etkilememektedir. Daha önce denetimli serbestlik programına giren katılımcılarla, daha önce böyle bir programa girmeyen katılımcıları Kriminal Düşünce Ölçeğinde karşılaştırdığımız vakit

bu iki grubun birbirinden istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde ayrıldığını keşfettik. Buna göre, en az ikinci defa denetimli serbestlik programına giren katılımcılar (*Ort*. = 43,93, *SS* = 12,14), ilk defa denetimli serbestlik programına giren katılımcılara göre (*Ort*. = 37,66, *SS* = 10,90), Kriminal Düşünce Ölçeğinde daha fazla bir ortalamaya sahip çıkmışlardır (*t* (74) = 2,30, *p* = .024). Ancak, bu iki grup BAPİ-K formundan alınan skorlar açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > .05).

Daha önce cezaevine giren katılımcılar ile girmeyen katılımcıları da benzer şekilde ana ölçekler ve alt ölçekler bağlamında karşılaştırmak için bağımsız gruplar t testi gerçekleştirilmiştir. Ana ölçekler özelinde, bu iki grup arasındaki tek anlamlı fark Kriminal Düşünce Ölçeğinde çıkmıştır (t (74) = 3,01, *p* = .003). Cezaevi geçmişi olan katılımcıların (*Ort*. = 45,91, *SS* = 13,01) Kriminal Düşünce Ölçeğinden aldıkları skor daha önce cezaevine girmemiş katılımcılardan (*Ort*. = 37,44, *SS* = 10,23) daha fazla çıkmıştır. Diğer iki ana ölçekler BAPİ-K ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nde daha önce cezaevine giren ve girmeyen iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > .05). Alt ölçekler bakımından ise anlamlı farklar sadece Kriminal Düşünce Ölçeğinin hak görme ve meşrulaştırma/diğerlerini suçlama alt ölçeklerinde bulunmuştur. Daha önce cezaevine giren katılımcıların (*Ort*. = 23,80, *SS* = 8,88) hak görme alt ölçeğinden aldıkları skorlar daha önce cezaevine girmemiş katılımcıların hak görme alt ölçeğinden aldıkları skorlardan (*Ort*. = 19,82, *SS* = 7,03) daha fazla bulunmuştur (t (108) = 2,38, *p* = .019). Benzer şekilde, daha önce cezaevine giren katılımcıların (*Ort*. = 23,78, *SS* = 7,78) meşrulaştırma/diğerlerini suçlama alt ölçeğinden aldıkları skorlar daha önce cezaevine girmemiş katılımcıların aynı alt ölçekten aldıkları skorlardan (*Ort*. = 19,25, *SS* = 7,83) daha fazla bulunmuştur (t (105) = 2,56, *p* = .012). Diğer ölçeklerin bütün alt ölçeklerinde bu iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (*p* > .05).

Katılımcıların eğitim düzeyi ile madde kullanımına başlama yaşları arasında farklılık olup olmadığını anlamak üzere tek yönlü ANOVA analizi yapılmıştır. Sonuçlar, madde kullanımına

başlama yaşı ortalamalarının eğitim düzeyi grupları arasında istatiksel olarak ayrışmadığını göstermiştir (F (4, 134) = 1,13, $p > .05$). Buna göre, farklı eğitim düzeyine sahip katılımcılar benzer yaşlarda ilk defa madde kullanmışlardır.

Benzer şekilde, katılımcıların gelir düzeyinin algıladıkları sosyal destek üzerinde bir etkisi olup olmadığını cevaplandırmak adına tek yönlü ANOVA analizi yapılmıştır. Yapılan analizin sonuçlarına göre, gelir düzeyi grupları arasında algılanan sosyal destek bakımından anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır (F (3, 118) = 3,83, $p = .012$). Buna göre, ölçek toplam skoru üzerinden bakıldığında, Bonferroni düzeltmesine göre yapılan post hoc testi 3000 TL ve üzeri (Ort. = 5,46, SS = 1,35) aylık geliri olan katılımcıların, 1000 TL ve altı (Ort. = 3,98, SS = 1,33) aylık geliri olan katılımcılara kıyasla çevrelerindeki insanlardan daha fazla sosyal destek aldığını göstermektedir ($p = .021$). Aileden alınan sosyal destek özelinde bakıldığında gelir düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu ortaya çıkmıştır (F (3, 120) = 4,28, $p = .007$). Bonferroni düzeltmesine göre yapılan post hoc testi 1000 TL ve altı (Ort. = 3,92, SS = 1,81) aylık geliri olan katılımcıların ailelerinden aldıkları sosyal desteğin, 1000-2000 TL (Ort. = 5,47, SS = 1,50) arası aylık geliri olan ve 3000 TL ve üstü (Ort. = 5,76, SS = 1,62) aylık geliri olan katılımcılara kıyasla daha az olduğunu göstermektedir ($p < .05$).

Son olarak, yapılan bağımsız gruplar t-testi bir işte çalışan katılımcıların ailelerinden aldıkları sosyal desteğin işsiz katılımcılara göre daha fazla olduğunu göstermektedir (t (120) = 2,26, p = .025). Spesifik olarak, çalışan katılımcıların ailelerinden aldıkları sosyal destek (Ort. = 5,49, SS = 1,65) çalışmayan katılımcılardan (Ort. = 4,67, SS = 1,54) anlamlı olarak daha fazladır.

Denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubundaki katılımcılar kullandıkları bazı uyuşturucu maddelerin sıklıkları açısından da farklılaşmaktadırlar. Gönüllü tedavi grubundaki katılımcılar (*Ort.* = 1,62, *SS* = 1,85) sentetik kannabinoid maddesini denetimli serbestlik grubundaki katılımcılardan (*Ort.* = 0,42, *SS* = 0,87) istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha sık kullanmaktadırlar (t (37,26) = -3,65, $p = .001$). Bu iki grubun kullanım sıklığı açısından

farklılaştığı bir diğer uyuşturucu maddenin ekstazi olduğu görülmektedir. Gönüllü tedavi grubundaki katılımcılar (*Ort*. = 0,70, *SS* = 1,01), denetimli serbestlik grubundaki katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 0,33, *SS* = 0,55), ekstazi maddesini daha sık kullanmaktadırlar (*t* (150) = 2,76, *p* < .001). Bu iki uyuşturucu madde dışında, denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu arasında BAPİ-K formunun madde kullanım alt ölçeğinde katılımcılara kullanım sıklıkları sorulan uyuşturucu maddelerde (örn. esrar, kokain) herhangi bir fark bulunmamıştır. Son olarak, denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubunun evde kimlerle yaşadıkları (t (152) = -.25, p = .79), daha önce cezaevine girip girmemeleri (t (143) = .38, p = .73), eğitim düzeyleri (t(151) = -1.01, p = .31) ve medeni durumları (t (151) = -.07, p = .94) karşılaştırıldığında istatiksel olarak birbirinden ayrılmadıkları görülmüştür.

4.2. Ölçekler Arası Korelasyonlar

Bu bölümde katılımcıların doldurdukları ölçeklerin birbirleri arasındaki korelasyonel ilişkileri incelenecektir. Alt ölçeklerin ilişkisine bakılmadan, sadece ölçeklerden alınan toplam skorlar bağlamında korelasyonel ilişkiler incelendiğinde yapılan analizler yalnızca Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği ile BAPİ-K formu toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup negatif yönde zayıf korelasyon olduğu görülmektedir (*r* = -.24, *p* = .016). Buna göre, çevrelerindeki insanlardan aldıkları sosyal desteği fazla olarak algılayan katılımcılar BAPİ-K formuna verdikleri bağımlılık ile ilgili sorularda daha az skor almaktadırlar (bkz. Tablo X).

Tablo X Ölçekler Arası Korelasyon Tablosu

	BAPİ-K	Kriminal Düşünce	ÇASDÖ
BAPİ-K	1	.11	-.24*
Kriminal Düşünce		1	.05
ÇBASDÖ			1

Not. ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, *= p < .05

Ölçeklerin alt ölçekleri göz önüne alınarak yapılan korelasyonel ilişki analizleri ise birçok anlamlı korelasyonel ilişki ortaya çıkarmıştır. Yapılan analizlere göre, Kriminal Düşünce Ölçeğinin güç yönelimi alt ölçeği BAPİ-K formunun motivasyon ve güvenli davranış eksikliği alt ölçekleri dışında diğer bütün alt ölçeklerle anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Katılımcıların güce başvurma düşüncesi arttıkça bağımlılığa dair tanı ölçütleri (r = .21), madde kullanımının yaşama etkisi (r = .21), madde kullanma isteği (r = .24), öfke kontrol yetersizliği (r = .33), heyecan arama davranışı (r = .29) ve bunlara ek olarak depresyon (r = .21), anksiyete (r = .23) ve dürtüselliğin (r = .29) hepsi pozitif bir şekilde artmaktadır (bütün p değerleri < .05). Kriminal düşünce ölçeğinin merhametsizlik alt ölçeği ise algılanan sosyal destek alt ölçekleri ile anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Verdikleri cevaplara göre, merhametsiz davranmaya yatkın olan katılımcılar ailelerinden (r = -.21), arkadaşlarından (r = -.29) ve hayatlarındaki özel insanlardan (r = -.28) daha az sosyal destek görmektedirler (bütün p değerleri < .05). Katılımcıların arkadaşlarından aldıkları sosyal destek ise BAPİ-K formu alt ölçeklerinin hemen hemen hepsiyle anlamlı olarak ilişkili çıkmıştır. Arkadaşlardan alınan sosyal destek arttıkça bağımlılığa dair tanı ölçütleri (r = -.32) , madde kullanımının yaşama etkisi (r = -.33), madde kullanma isteği (r = -.21), öfke kontrol yetersizliği (r = -.26), güvenli davranış eksikliği (r = -.26) ve bunlara ek olarak depresyon (r = -.30) ve anksiyete (r = -.25) skorları azalmaktadır (bütün p değerleri < .05). Son olarak, kriminal düşünce ölçeğinin alt ölçeği olan kriminal

rasyonalizasyon arttıkça madde kullanımının yaşama etkisi (r = .24), öfke kontrol yetersizliği (r = .22), heyecan arama davranışı (r = .32) ve dürtüsellik (r = .28) artmaktadır (bütün p değerleri < .05). Ölçekler arasında yapılan korelasyon analizlerinin hepsi anlamlı çıkmamıştır. Örnek vermek gerekirse, Kriminal Düşünce Ölçeğinden alınan skor ile BAPİ-K formunun tedavi olmayla ilgili motivasyonu ölçen alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, p > .05.

Alt ölçekler arasında bulunan anlamlı korelasyonlar ise, Kriminal Düşünce Ölçeğinin alt ölçekleri olan güç yönelimi ve kriminal rasyonalizasyon BAPİ-K formunun alt ölçekleri ile pozitif ve anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Bağımlılığın birçok farklı boyutunu ölçen BAPİ-K formunun bu iki alt ölçekle olan ilişkisi hangi düşünce biçimlerinin bağımlılığı daha çok etkilediği konusunda ışık tutmaktadır. Buna ek olarak katılımcıların çevrelerindeki insanlardan aldıkları sosyal destek ile Kriminal Düşünce Ölçeğinin bir alt ölçeği olan merhametsizlik negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkiyi net olarak açıklamak gerekirse, katılımcılar algıladıkları sosyal destek düştükçe, merhametsizlik ölçeğinden daha yüksek puan almaktadırlar. Son olarak, bulunan korelasyonel ilişkiler sosyal desteğin, özellikle arkadaşlardan alınan sosyal desteğin, bağımlılık boyutlarıyla negatif ilişkisini göstermektedir. Arkadaşlardan alınan sosyal desteğin yüksek olması madde kullanımını, maddenin yaşama etkisini ve kullanım isteğini azaltmakla beraber; depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar üzerinde de faydalı olduğunu göstermektedir.

4.3. Ölçek Güvenirlik Analizleri

İlk olarak Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği güvenirlik analizine sokulmuştur. 12 maddeden oluşan bu ölçeğin güvenirlik analizi sonuçları destekleyici çıkmıştır (α = .91). Hem maddeler arası korelasyon hem de herhangi bir madde çıkarıldığında alfa değerinin önemli bir oranda artmamasından kaynaklı olarak herhangi bir maddenin çıkarılmasına gerek

görülmemiştir (Ölçeğin alt ölçeklerini de içeren güvenirlik değerlerini görmek için tablo XI'e bakınız).

Tablo XI Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Güvenirlik Değerleri

Alt Ölçekler	Alfa değeri
Aile	.89
Arkadaşlar	.84
Özel İnsan	.90
Bütün Ölçek	.91

İkinci olarak, 37 maddelik Kriminal Düşünce Ölçeğinin güvenirlik analizi yapılmıştır. Ters kodlanmış/yazılmış maddelerin skorları dönüştürüldükten sonra yapılan analizin sonuçları alfa değerini kabul edilir standartlarda göstermektedir (α = .87). Benzer şekilde, bu ölçekte de madde çıkarıldığı takdirde alfa skorunda anlamlı bir değişiklik olmadığı için herhangi bir madde çıkarılmamıştır (Ölçeğin alt ölçeklerini de içeren güvenirlik değerlerini görmek için tablo XII'ye bakınız).

Tablo XII Kriminal Düşünce Ölçeği Güvenirlik Değerleri

Alt Ölçekler	Alfa Değeri
Hak Görme	.73
Meşrulaştırma/Diğerlerini Suçlama	.70
Güç Yönelimi	.78
Merhametsizlik	.72
Kriminal Rasyonalizasyon	.67
Kişisel Sorumsuzluk	.68
Bütün Ölçek	.87

Son olarak, BAPİ-K formunun demografik sorularını oluşturan ilk 8 sorusu dışındaki maddeler için güvenirlik analizi yapılmıştır. Yapılan güvenirlik analizi sonuçlarına göre BAPİ-K formunun alfa değeri yüksek çıkmıştır (α = .95). Bu sonuçlara göre, kullanılan üç ölçeğin güvenirlik analizi sonuçları katılımcıların verdikleri cevaplarda bir tutarsızlık olmadığını, aksine katılımcıların ölçeklere verdikleri cevapların oldukça düzeyli olduğunu göstermektedir (Ölçeğin alt ölçeklerini de içeren güvenirlik değerlerini görmek için tablo XIII'e bakınız).

Tablo XIII BAPİ-K Formunun Güvenirlik Değerleri

Alt Ölçekler	Alfa Değeri
Tanı Ölçütleri	.89
Yaşama Etki	.89
Şiddetli İstek	.85
Motivasyon	.84
Öfke Kontrol Yetersizliği	.84
Güvenli Davranış Eksikliği	.69
Heyecan Arama Davranışı	.79
Depresyon	.73
Anksiyete	.78
Dürtüsellik	.61
Bütün Ölçek	.95

4.4. Ölçeklerin Faktör Analizleri

Bu bölümde kullanılan üç ölçeğin faktör analizi sonuçları gösterilecektir. İlk olarak Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör analizi yapılmıştır. Bu ölçeğin 12 maddesi üzerinde varimax rotasyonu kullanılarak temel eksen faktör analizi yapılmıştır. Bartlett'in küresellik testi anlamlı çıkmış ($p < 0.001$) ve KMO örneklem yeterlilik ölçümü 0,88

bulunmuştur. Bu iki test bu ölçeğin faktör analizi için uygun olduğuna ve örneklemin yeterli çeşitliliğe sahip olduğunu göstermektedir. Faktör analizi sonuçlarına göre, özdeğer (eigenvalue) skoru 1'in üzerinde olan 3 faktör ortaya çıkmış ve bu 3 faktör toplam varyansın %76'sını açıklamaktadır. Dönüştürülmüş faktör matrisine bakıldığı zaman bütün faktör yüklerinin 0,54'ten fazla olduğu gözükmektedir (Bütün faktör yükleri için Tablo XIV'e bakınız). Faktör yükleri ölçeğin ölçtüğünü iddia ettiği gibi aileden, arkadaşlardan ve aile ve arkadaşlar dışındaki özel insanlardan alınan sosyal destek maddeleri olarak üç alt ölçeğe ayrılmaktadır.

Tablo XIV Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Faktör Yükleri

	Madde	Faktör Yükleri
Faktör 1: Aile ve arkadaşlar dışında özel biri		
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	.71
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	.82
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	.81
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	.73
Faktör 2: Aile		
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	.81

4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	.87
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	.54
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	.77
Faktör 3: Arkadaşlar		
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	.72
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	.85
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	.82
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	.68

İkinci olarak, Kriminal Düşünce Ölçeği'ne faktör analizi yapılmıştır. Temel eksen faktör analizi metodu varimax rotasyonu ile 37 madde üzerinde yapılmış olup, Bartlett'in küresellik testi anlamlı çıkmış ($p < 0.001$) ve KMO örneklem yeterlilik ölçümü 0,74 bulunmuştur. Sonuçlar özdeğeri (eigenvalue) 1'in üzerinde olan 10 farklı faktör olduğunu göstermektedir. Ancak hem faktörlerin açıklanan varyanslarına hem de yamaç grafiğine (scree plot) bakıldığında 6 faktörlü çözüm ortaya çıkmaktadır. Bu 6 faktör toplam varyansın %55'ini açıklamaktadır.

Son olarak, BAPİ-K formuna faktör analizi yapılmıştır. Benzer şekilde, temel eksen faktör analizi kullanılarak yapılan bu faktör analizinde Bartlett'in küresellik testi anlamlı çıkmış ($p < 0.001$) ve KMO örneklem yeterlilik ölçümü 0,86 bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonuçları özdeğeri 1'in üzerinde olan 10 adet faktör ortaya çıkmıştır. Faktör yükleri ölçeğin alt ölçeklerinde değerlendirilen bağımlılık boyutlarını temsil edecek şekilde sonuçlanmıştır.

4.5. Hipotez Testleri

Bu bölümde bu çalışmanın hipotezlerini cevaplandırmak adına yapılan analizler raporlanacaktır. Takip etmeyi ve hatırlamayı kolaylaştırmak adına, analiz sonuçları her bir hipotez başlığının altında ayrı ayrı gösterilecektir. Öncelikle, gruplar arası BAPİ-K ölçeği karşılaştırılmasına dair sonuçlar Tablo XV'te görülebilir.

Tablo XV Gruplar Arası BAPİ-K Ölçeği Karşılaştırılması

Alt Ölçek		DS Ort. (*SS*)	GT Ort. (*SS*)	*t*	*p*
	BAPİ-K	7,98 (3,76)	11,61 (5,27)	-3,60	**.001**
1	Madde Kullanım	0,60 (0,48)	1,12 (0,85)	-3,33	**.002**
2	Yaşama Etki	1,56 (0,94)	2 (0,98)	-2,35	**.025**
3	Motivasyon	2,68 (1,20)	3,18 (1,14)	-2,13	**.034**
4	Depresyon	1,97 (1,71)	3,29 (2,13)	-3,29	**.002**
5	Anksiyete	1,26 (1,30)	1,97 (1,76)	-2,16	**.036**
6	Heyecan Arama Davranışı	2,08 (1,59)	2,73 (1,97)	-1,95	.052
7	Öfke Kontrol Yetersizliği	1,93 (1,52)	3,11 (2,15)	-2,97	**.005**
8	Güvenli Davranış Eksikliği	3,02 (2,13)	3,97 (2,48)	-2,17	**.031**
9	Dürtüsellik	2,04 (1,47)	3,20 (1,40)	-3,98	**.001**
10	Tanı Ölçütleri	1,34 (0,82)	2,43 (1,30)	-4,55	**.001**
11	Şiddetli İstek	1,04 (0,91)	1,88 (1,16)	-3,84	**.001**

DS: Denetimli Serbestlik grubu, GT: Gönüllü Tedavi grubu

Katılımcıların gruplar arası Kriminal Düşünce Ölçeği karşılaştırılmasına dair sonuçlar Tablo XVI'da verilmiştir. Sonuçlar, denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubunun ne ölçek genelinde ne de herhangi bir alt ölçekte anlamlı olarak ayrışmadığını göstermektedir.

Tablo XVI Gruplar Arası Kriminal Düşünce Ölçeği Karşılaştırılması

		DS Ort. (*SS)*	GT Ort. (*SS)*	*t*	*p*
	Kriminal Düşünce Ölçeği Toplam	41,52 (12,45)	36,93 (9,44)	1,60	.112
1	Hak Görme	21,60 (8,18)	19,03 (5,98)	1,82	.072
2	Meşrulaştırma/Diğerlerini Suçlama	20,84 (8,16)	19,58 (7,90)	0,71	.479
3	Güç Yönelimi	22,87 (8,62)	21,73 (0,27)	0,65	.517
4	Merhametsizlik	22,91 (8,69)	23,03 (6,83)	-0,68	.940
5	Kriminal Rasyonalizasyon	29,74 (9,59)	29,72 (10,05)	0,01	.992
6	Kişisel Sorumsuzluk	24,56 (10,86)	20,91 (8,00)	1,71	.053

DS: Denetimli Serbestlik grubu, GT: Gönüllü Tedavi grubu

Tablo XVII'de de görüleceği üzere, denetimli serbestlik ve gönüllü tedavi grupları Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği üzerinde karşılaştırıldığında, sadece arkadaş alt ölçeğinde istatistiki olarak ayrışmılar, toplam skor veya diğer alt ölçekler arasında herhangi bir fark bulunamamıştır.

Tablo XVII Gruplar Arası Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Karşılaştırması

		DS Ort. (*SS)*	GT Ort. (*SS)*	*t*	*p*
1	Toplam Skor	41,52 (12,45)	36,93 (9,44)	1,60	.112
2	Sosyal Destek (Arkadaş)	5,07 (1,84)	4,25 (1,76)	2,21	**.028**
3	Sosyal Destek (Aile)	5,36 (1,65)	5,24 (1,65)	0,35	.726
4	Sosyal Destek (Özel Bir İnsan)	4,45 (2,06)	3,71 (1,89)	1,80	.074

DS: Denetimli Serbestlik grubu, GT: Gönüllü Tedavi grubu

Hipotez 1: Hakkında denetimli serbestlik kararı bulunan ve bu nedenle zorunlu olarak madde bağımlılığı tedavisine gelen kannabinoid türevi kullanıcıları ile gönüllü olarak tedaviye başvuran kannabinoid türevi kullanıcıları madde kullanım özellikleri bakımından aralarında fark vardır

Birinci hipotezi test etmek adına bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır. Bu testte denetimli serbestlik grubundaki katılımcılarla gönüllü tedavi grubundaki katılımcıları BAPİ-K formunun madde kullanım alt ölçeği bakımından karşılaştırılmıştır ve hipotezi destekleyici sonuçlar bulunmuştur (bkz. Tablo XV). Levene'in varyansların eşitliği testi anlamlı çıktığı için ($p <$ .001), gruplar arası varyans eşit kabul edilmemiştir (equal variances not assumed) ve testler ona göre kullanılmıştır. Spesifik olarak, denetimli serbestlik grubundaki katılımcılar (*Ort*. = 0,61, *SS* = 0,48) madde kullanımı açısından gönüllü tedavi grubundaki katılımcılardan (*Ort*. = 1,12, *SS* = 0,85) anlamlı olarak ayrılmıştır ($t(38,24) = -3,33$, $p = .002$). Bu sonuca göre, gönüllü tedavi grubundaki katılımcılar daha fazla madde kullandıklarını belirterek denetimli serbestlik grubundaki katılımcılardan ayrışmışlardır.

Hipotez 2: Madde kullanımının yaşama etkisi bakımından gönüllü olarak tedaviye başvuran grup denetimli serbestlik grubundan daha fazla etkilenir ve gönüllü grubun tedavi motivasyonu daha yüksektir

İkinci hipotez iki farklı bağımsız gruplar t testi gerektirdiğinden ötürü sonuçları ayrı ayrı raporlanacaktır. İlk olarak, denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu madde kullanımının yaşama etkisi bağlamında karşılaştırılmıştır. Levene'in varyansların eşitliği testi anlamlı çıkmadığı için ($p > .05$) gruplar arasındaki varyans eşit kabul edilmiştir. Sonuçlara göre, madde kullanımının yaşam üzerindeki etkisi gönüllü tedavi grubundaki katılımcılarda (*Ort*. = 2,00, *SS* = 0,98), denetimli serbestlik grubundaki katılımcılara (*Ort*. = 1,56, *SS* = 0,94) kıyasla, daha fazla çıkmıştır ($t(141) = -2,35$, $p = .025$). İkinci hipotezin birinci kısmını tasdik edici sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; gönüllü tedavi grubundaki katılımcıların yaşamları

madde kullanımlarından denetimli serbestlik grubundaki katılımcılara göre daha çok etkilenmektedir (bkz. Tablo XV).

İkinci olarak, denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu tedavi olma motivasyonları bağlamında değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmenin yapılması adına bağımsız gruplar t testi gerçekleştirilmiştir. Levene'in varyansların eşitliği testi anlamlı çıkmadığı için ($p > .05$) gruplar arasındaki varyans eşit kabul edilmiştir. Sonuçlar hipotezin ikinci kısmını da destekleyici çıkmıştır. Buna göre, gönüllü tedavi grubundaki katılımcılar (*Ort*. = 3,18, *SS* = 1,14), denetimli serbestlik grubuna (*Ort*. = 2,68, *SS* = 1,20) kıyasla, tedavi motivasyonları açısından tedavi olmaya daha motive çıkmışlardır ($t(142) = -2,13$, $p = .034$). Bu sonuçlar gönüllü grubunun anlamlı olarak tedavi olmaya daha motive olduklarını göstermektedir (bkz. Tablo XV).

Hipotez 3: Gönüllü olarak tedaviye başvuran grup ruhsal sorunlar açısından zorunlu olarak tedaviye başvuran gruptan daha fazla sorun yaşar

Üçüncü hipotezde gönüllü tedavi olan katılımcıların depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlarının denetimli serbestlik grubundan daha fazla olup olmadığının test edilmesi hedeflenmiştir. İkinci hipotezde olduğu gibi bağımsız gruplar t testleri depresyon ve anksiyete için ayrı ayrı uygulanmıştır. İlk olarak, gönüllü tedavi grubu denetimli serbestlik grubuyla depresyon skorları üzerinden karşılaştırılmıştır. Uygulanan bağımsız gruplar t testinde Levene'in varyansların eşitliği testi anlamlı çıktığı için ($p < .001$), gruplar arası varyans eşit kabul edilmemiştir (equal variances not assumed) ve parametreler ona göre düzenlenmiştir. Gönüllü tedavi grubu (*Ort*. = 3,29, *SS* = 2,13) depresyon skorlarında denetimli serbestlik grubundan (*Ort*. = 197, *SS* = 1,71) anlamlı olarak daha fazla ortalamaya sahip çıkmıştır ($t(46,69) = -3,29$, $p = .002$). Aynı bağımsız gruplar t testi anksiyete skorları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Levene'in varyansların eşitliği testi anlamlı çıktığı için ($p < .001$), gruplar arası varyans eşit kabul edilmemiştir ve (equal variances not assumed) parametreler ona göre düzenlenmiştir. Burada da gönüllü tedavi grubunun (*Ort*. = 1,97, *SS* = 1,76) anksiyete

skorlarında denetimli serbestlik grubundan (*Ort*. = 1,26, *SS* = 1,30) anlamlı olarak daha fazla ortalamaya sahip olduğu görülmüştür (t(44,58) = -2,16, p = .036). Bu sonuçlar, üçüncü hipotezi destekler şekilde, gönüllü tedavi grubunun denetimli serbestlik grubundan daha fazla ruhsal sorun yaşadığını göstermektedir (bkz. Tablo XV).

Hipotez 4: Denetimli serbestlik tedbiri ile tedaviye yönlendirilmiş olan grubun kriminal düşünce yatkınlığı gönüllü gruptan daha yüksektir

Bu hipotezde iki grubun kriminal düşünce yatkınlığı üzerinde karşılaştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla uygulanan bağımsız gruplar t testinin sonuçlarına göre denetimli serbestlik grubu (*Ort*. = 41,52, *SS* = 12,45) ile gönüllü tedavi grubu (*Ort*. = 36,93, *SS* = 9,44) arasında kriminal düşünceye yatkınlık açısından anlamlı bir fark çıkmamıştır (t(75) = 1,60, p > .05). Bu sonuca göre, kriminal düşünceye yatkınlık puanları açısından denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu arasında anlamlı farklılık yoktur ve H_0 hipotezi doğrudur (bkz. Tablo XVI).

Hipotez 5: Gönüllü tedavi olan grup, denetimli serbestlik tedbiri ile tedaviye yönlendirilmiş olan gruptan daha fazla sosyal desteğe sahiptir

Bu hipotezi test etmek adına bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır. Levene'in varyansların eşitliği testi anlamlı çıkmadığı için (p > .05), gruplar arası varyans eşit kabul edilmiştir ve parametreler ona göre düzenlenmiştir. Sonuçlar denetimli serbestlik grubu (*Ort*. = 4,96, *SS* = 1,56) ile gönüllü tedavi grubunun (*Ort*. = 4,40, *SS* = 1,28) sosyal destek bakımından birbirlerinden anlamlı olarak ayrılmadıklarını göstermiştir (t(119) = 1,85, p > .05). Bu sonuca göre, beşinci hipotezimiz için H_0 hipotezi doğrudur (bkz. Tablo XVII).

Bu bölümde çalışmanın hipotezlerinin araştırılması için uygulanan analizler dışında toplanan veriler üzerinde yapılan analizler paylaşılacaktır. Bu analizler hem araştırılması önemli olabilecek değişkenlerin ilişkilerini anlamak, hem de denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubunun birbirlerinden diğer hangi yönlerden ayrıldığını daha iyi görmek adına gerçekleştirilmiştir.

Bu analizlerde bulunan ilk önemli bulgu; denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubunun çevrelerinden gördükleri sosyal destek alt ölçekler bağlamında araştırılırken görülmüştür. Hipotez 5 bu iki grubun ölçek ortalamaları kıyaslandığında birbirlerinden ayrışacağı yönünde iken bu hipotezi destekleyici sonuçlar bulunamamıştır. Bir sonraki adım olarak gruplar ölçeğin alt ölçeklerini kullanarak karşılaştırılmıştır. Bu analiz sonucunda arkadaşlardan alınan sosyal desteğin iki grup için anlamlı olarak birbirlerinden ayrıldığı görülmüştür. Spesifik olarak, denetimli serbestlik grubundaki katılımcılar (*Ort*. = 5,07, *SS* = 1,84), gönüllü tedavi grubundaki katılımcılara (*Ort*. = 4,25, *SS* = 1,76) kıyasla, arkadaşlarından daha fazla sosyal destek almaktadır ($t(121) = 2,21$, $p = .028$). Ancak, denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubunun ailelerinden ve onlar için özel olan insanlardan aldıkları sosyal destek birbirine yakın ortalamalara sahip olduğu için istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .05$). Bu sonuçlar, hipotezimizin aksine, denetimli serbestlik grubunun arkadaşlarından daha fazla sosyal destek aldıklarını, ancak aile ve hayatlarındaki özel insanlardan, gönüllü tedavi grubundaki katılımcılarla benzer derecede bir destek gördüklerini göstermektedir.

Bir sonraki analizde BAPİ-K formunun alt ölçeklerinden alınan ortalamalar denetimli serbestlik ve gönüllü tedavi grubu için karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda yukarıda gösterilen ilişkilere ek olarak birkaç anlamlı fark daha bulunmuştur. Öncelikle BAPİ-K formu toplam skoru özelinde giriş yapmak gerekirse, denetimli serbestlik grubu (*Ort*. = 7,98, *SS* = 3,76) ile gönüllü tedavi grubu (*Ort*. = 11,61, *SS* = 5,27) birbirlerinden anlamlı olarak ayrışmaktadır, ($t(42,02) = -3,60$, $p = .001$). Gönüllü tedavi grubu puanı, denetimli serbestlik grubu puanından yüksektir.

BAPİ-K formunun alt ölçekleri incelendiğinde ise denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubunun bu alt ölçeklerin birçoğunda da anlamlı olarak ayrıştığı görülmüştür. Öfke kontrol yetersizliği alt ölçeğine verilen cevapların ortalamaları denetimli serbestlik grubundaki katılımcılar (*Ort*. = 1,93, *SS* = 1,52) için gönüllü tedavi grubundaki katılımcılardan (*Ort*. = 3,11,

SS = 2,15) anlamlı olarak daha az bulunmuştur (t(43,38) = -2,97, p = .005). Benzer şekilde, denetimli serbestlik grubunun (*Ort*. = 3,02, *SS* = 2,13) güvenli davranış eksikliği alt ölçeğinden aldığı ortalama gönüllü tedavi grubunun (*Ort*. = 3,97, *SS* = 2,48) aldığı ortalamadan anlamlı olarak daha az çıkmıştır (t(145) = -2,17, p = .031). Bir diğer alt ölçek olan tanı ölçütleri ortalamaları iki grup için karşılaştırıldığında da bu iki grubun birbirlerinden anlamlı olarak ayrıştığı gözükmektedir. Denetimli serbestlik grubunun (*Ort*. = 1,34, *SS* = 0,82) tanı ölçütleri alt ölçeğinden aldığı ortalama gönüllü tedavi grubunun (*Ort*. = 2,43, *SS* = 1,30) aldığı ortalamadan anlamlı olarak daha az bulunmuştur (t(39,36) = -4,55, p < .001). Dürtüsellik denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubunun ayrıştığı bir diğer alt ölçek olarak ortaya çıkmıştır. Buna göre, denetimli serbestlik grubunun (*Ort*. = 2,04, *SS* = 1,47) aldığı ortalamanın gönüllü tedavi grubunun (*Ort*. = 3,20, *SS* = 1,40) aldığı ortalamaya kıyasla, anlamlı olarak daha az olduğunu görülmektedir (t(125) = -3,98, p < .001). Son olarak, denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu BAPİ-K formunun şiddetli istek alt ölçeğinden aldıkları ortalama bakımından anlamlı olarak ayrışmışlardır. Sonuçlar, denetimli serbestlik grubunun (*Ort*. = 1,04, *SS* = 0,91) aldığı ortalamanın gönüllü tedavi grubunun (*Ort*. = 1,88, *SS* = 1,16) aldığı ortalamaya kıyasla, anlamlı olarak daha az olduğunu göstermektedir (t(46,18) = -3,84, p < .001). Bu sonuçlar, BAPİ-K ölçeği toplam puan ortalamasına ek olarak; denetimli serbestlik grubunun öfke, güvenli davranış eksikliği, tanı ölçütleri, şiddetli istek ve dürtüsellik alt ölçeklerinin hepsinde gönüllü tedavi grubundan anlamlı olarak daha az bir ortalamaya sahip olduklarını göstermektedir. Karşılaştırdığımız bu iki grup BAPİ-K formunun sadece heyecan arama davranışı alt ölçeğinde birbirinden anlamlı olarak ayrılmamışlardır (p < .05).

BAPİ-K formunun dürtüsellik alt ölçeğinin Kriminal Düşünce Ölçeğinden alınan skoru yordayıp yordamadığına bakmak adına regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi sonuçları dürtüselliğin Kriminal Düşünce Ölçeğinden alınan skoru yordamadığını göstermiştir (p > .05). Bir sonraki adım olarak gönüllü tedavi grubu ile denetimli serbestlik grubu aynı

regresyon analizine ayrı ayrı sokulmuştur. Denetimli serbestlik grubundaki katılımcılar için benzer sonuç bulunurken ($p > .05$), gönüllü tedavi grubundaki katılımcıların dürtüsellik düzeyi ($\beta = 0{,}53$, $SE = 1{,}10$) Kriminal Düşünce Ölçeğinden aldıkları skoru anlamlı olarak yordamıştır ($p = .008$). Bu sonuçlar, denetimli serbestlik grubunda değil ancak gönüllü tedavi grubundaki katılımcıların dürtüsellik düzeyinin kriminal düşünce seviyelerini arttırdığını göstermektedir.

4.6. Madde Kullanım Türü Karşılaştırmaları

Analizlerin bu bölümünde sadece esrar kullanan katılımcılarla esrar dışında herhangi bir ikinci madde (örn. ekstazi, kokain) kullanan katılımcılar karşılaştırılmıştır. Sadece esrar kullanan katılımcı sayısı 56, esrar dışında herhangi bir ikinci madde kullanan katılımcı sayısı ise 84 olarak çıkmıştır. İlk olarak bu iki grup daha önce denetimli serbestlik programına girip girmediklerine göre karşılaştırılmıştır. Çapraz tablolar üzerinde yapılan ki kare analizi bu iki grubun tedavi geçmişleri bakımından anlamlı olarak ayrışmadığını göstermektedir, $p > .05$. Bu iki grup ana bağımlı değişkenlerimiz üzerinden karşılaştırıldığında ise istatiksel olarak anlamlı farklar çıkmıştır (bkz. Tablo XVIII). Bu farklardan bahsedecek olursak, BAPİ-K ölçeği toplam puan ortalamasında birden çok madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 10,57, *SS* = 4,30), sadece esrar kullanan katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 6,15, *SS* = 2,98), istatiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla ortalamaya sahip çıkmışlardır ($t(109{,}45) = -6{,}50$, $p < .001$). BAPİ-K ölçeğinin alt ölçeklerinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir. Birden çok madde kullanan katılımcıların öfke kontrol yetersizliği alt ölçeği ortalaması (*Ort*. = 2,61, *SS* = 1,86) sadece esrar kullanan katılımcılardan (*Ort*. = 1,72, *SS* = 1,51) daha fazla çıkmıştır ($t(130) = -2{,}85$, $p = .003$). Güvenli davranış eksikliği alt ölçeğinde de benzer şekilde, birden çok madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 3,78, *SS* = 2,21) sadece esrar kullanan katılımcılardan (*Ort*. = 2,50, *SS* = 2,14), daha yüksek ortalamaya sahiptir ($t(130) = -3{,}26$, $p < .001$). Birden çok madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 2,68, *SS* = 1,66) sadece esrar kullanan katılımcılara göre (*Ort*. = 1,72, *SS* = 1,62) daha fazla heyecan arama davranışı içerisinde çıkmışlardır ($t(130) = -3{,}24$, $p < .001$).

BAPİ-K ölçeğinin depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunları ölçen alt ölçeklerinde de benzer sonuçlar çıkmıştır. Buna göre, birden çok madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 2,84, *SS* = 1,91) sadece esrar kullanan katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 1,47, *SS* = 1,61), depresyon alt ölçeğinde daha fazla ortalamaya sahiptirler ($t(128) = -4{,}14$, $p < .001$). Bir diğer ruhsal sorun alt ölçeği olan anksiyete alt ölçeğinde de birden fazla madde kullanan katılımcıların (*Ort*. = 1,74, *SS* = 1,46) sadece esrar kullanan katılımcılardan (*Ort*. = 104, *SS* = 1,41) daha fazla ortalamaya sahip oldukları görülmüştür ($t(128) = -2{,}67$, $p = .008$). Tanı ölçütleri alt ölçeği bu iki grubun istatiksel olarak ayrıştığı bir diğer alt ölçektir. Birden fazla madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 1,93, *SS* = 1,09) bu alt ölçekte de, sadece esrar kullanan katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 1,06, *SS* = 0,69), daha fazla ortalamaya sahiplerdir ($t(134{,}87) = -5{,}67$, $p < .001$). Madde kullanımının yaşama etkisini ölçen alt ölçek ortalamaları da birden fazla madde kullanan katılımcılarda (*Ort*. = 1,97, *SS* = 0,88), sadece esrar kullanan katılımcılara göre (*Ort*. = 1,09, *SS* = 0,80), daha fazladır ($t(127) = -5{,}59$, $p < .001$). Birden fazla madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 1,55, *SS* = 1,08) BAPİ-K formunun madde kullanım isteğini ölçen şiddetli istek alt ölçeğinde de, sadece esrar kullanan katılımcılara göre (*Ort*. = 0,74, *SS* = 0,72), daha fazla ortalamaya sahiptirler ($t(127{,}29) = -5{,}14$, $p < .001$). BAPİ-K formunun motivasyon alt ölçeğinden alınan ortalamalar birden fazla madde kullanan katılımcıların (*Ort*. = 3,02, *SS* = 1,11) madde bırakma motivasyonlarının sadece esrar kullanan katılımcılara (*Ort*. = 2,55, *SS* = 1,29) kıyasla daha fazla olduğunu göstermiştir ($t(127) = -2{,}14$, $p = .034$). BAPİ-K formunun alt ölçekleri arasında iki grubun istatiksel olarak birbirinden anlamlı olarak ayrıştığı son alt ölçek dürtüsellik alt ölçeğidir. Birden çok madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 2,87, *SS* = 1,36), sadece esrar kullanan katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 1,62, *SS* = 136), dürtüsellik alt ölçeğinde daha fazla bir ortalamaya sahiptir ($t(114) = -4{,}76$, $p < .001$).

Bir diğer ölçek olan Kriminal Düşünce Ölçeğinde birden fazla madde kullanan katılımcılarla sadece esrar kullanan katılımcılar karşılaştırıldığında ne ölçeğin bütününde ne de güç yönelimi

alt ölçeği dışında diğer alt ölçeklerde bu iki grubun farklılaştığı görülmüştür. Birden fazla madde kullanan katılımcılar (*Ort*. = 23,82, *SS* = 8,85) Kriminal Düşünce Ölçeğinin güç yönelimi alt ölçeğinde, sadece esrar kullanan katılımcılara kıyasla (*Ort*. = 20,45, *SS* = 7,89), daha fazla bir ortalamaya sahip çıkmışlardır ($t(103) = -1,97$, $p = .050$).

Son olarak, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve bu ölçeğin alt ölçeklerinde birden çok madde kullanan katılımcılar ile sadece esrar kullanan katılımcılar karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, bu iki grubun hem bütün ölçekte hem de alt ölçeklerde istatiksel olarak birbirinden ayrışmadığını göstermiştir ($p > .05$).

Tablo XVIII Sadece Esrar Kullanıcıları ile Birden Çok Madde Kullanıcıları Karşılaştırılması

	Ölçek ve Alt Ölçekler	Sadece Esrar Ort. (*SS)*	Birden Çok Madde Ort. (*SS)*	*t*	*p*
1	BAPİ-K	6,15 (2,98)	10,57 (4,30)	-6,50	**.001**
2	Tanı Ölçütleri	1,06 (0,69)	1,93 (1,09)	-5,67	**.001**
3	Yaşama Etki	1,09 (0,80)	1,97 (0,88)	-5,59	**.001**
4	Şiddetli İstek	0,74 (0,72)	1,55 (1,08)	-5,14	**.001**
5	Motivasyon	2,55 (1,29)	3,02 (1,11)	-2,07	**.034**
6	Öfke Kontrol Yetersizliği	1,72 (1,51)	2,60 (1,86)	-2,85	**.003**
7	Güvenli Davranış Eksikliği	2,50 (2,14)	3,78 (2,21)	-3,26	**.001**
8	Heyecan Arama Davranışı	1,72 (1,62)	2,68 (1,66)	-3,24	**.001**
9	Depresyon	1,47 (1,61)	2,84 (1,91)	-4,14	**.001**
10	Anksiyete	1,04 (1,41)	1,74 (1,46)	-2,67	**.008**
11	Dürtüsellik	1,62 (1,36)	2,87 (1,36)	-4,76	**.001**
12	Güç Yönelimi	20,45 (7,89)	23,82 (8,85)	-1,97	**.050**

5. Tartışma

Uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı yıllar geçtikçe artmakta olan ve toplumları birçok yönden etkileyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde kullanım bozuklukları ya da bağımlılık tedavisinde birçok farklı öğretiden ve yöntemden yararlanılmaktadır. Tedavi sürecinde genellikle hastanın gönüllü olarak tedaviye başvurmuş olmasıyla; daha önemlisi tedavi motivasyonunun yüksek olmasıyla tedavinin daha etkin olduğu kanısı bulunmaktadır. Ancak madde kullanımının suç olarak kabul edildiği birçok ülkede zorunlu tedavi de söz konusu olmaktadır. Bu çalışmanın amacı; hakkında denetimli serbestlik kararı verilerek zorunlu olarak tedaviye yönlendirilen kannabinoid türevi kullanıcıları ile gönüllü olarak tedaviye başvuran kannabinoid türevi kullanıcılarının birçok yönden karşılaştırılmasıdır.

Mevcut çalışmaya toplamda 155 kişi katılmıştır. 121 kişi denetimli serbestlik grubunda iken 34 kişi gönüllü tedavi grubundadır. Bu çalışmadaki katılımcıların %97,4'ünü erkekler oluşturmaktadır. Bağımlılıkta cinsiyet ve toplumsal cinsiyet bağlamında birçok çalışma bulunmaktadır. Bağımlılık ve nüksetmede cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıkları; insanlarla ve hayvanlarla yapılan çalışmalarda görülebilmektedir. İnsanlarla yapılan çalışmalarda cinsiyet farklılıklarına bakıldığında; kadın bağımlılarda damgalanmanın daha fazla olduğu, devam eden kişilerarası şiddete daha fazla maruz kaldıkları, tedavi arama ve tedaviye katılımlarının önünde daha fazla engel bulunduğunun üstünde durulmaktadır. Sosyal desteğin eksik olması, kadınların iyileşmesini engelleyen bir faktör olarak görülmektedir (Becker ve ark, 2017). Biyolojik bağlamda kadın ve erkek cinsiyetlerine sahip olmanın bağımlılığa etkisi olduğu bazı çalışmalarda belirtilse de madde kullanımında hem erkeklerin hem de kadınların gelişimsel deneyimlerinin etkisinin göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bazı araştırmalar, kadın bağımlılarda erkeklere nazaran aile bireylerinde bağımlı bulunması, travmatik bir yaşantıya sahip olma ve stresin daha fazla etkili olabildiği öne sürülmektedir. Farklı çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan bir incelemede kişilerarası stresörlere ek olarak,

bağımlı olan kadınların duygusal bozukluklar yaşama olasılığı daha yüksekken; bağımlı olan erkeklerin suç işleme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tuchman, 2010). Aynı incelemede kadınların tedavi programlarındaki başarısızlık oranlarının birçok araştırmada erkeklerden daha fazla çıkmasının kısmen geleneksel programların erkekler tarafından ve erkekler için tasarlanmasına bağlanabileceğinin üzerinde durulmuştur. Çalışmamızda da literatürle tutarlı olarak erkeklerin kadınlardan daha fazla tedavi sistemi içerisinde olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada tüm örneklemin yaş ortalaması 30,28; denetimli serbestlik grubunun yaş ortalaması 30,58 iken gönüllü tedavi grubunun yaş ortalaması 29,41'dir. 2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre AMATEM'lere 2018 yılı içinde başvuran kişilerin yaş ortalaması 27,2 olarak bulunmuştur (TUBİM, 2019). Berk (2010) tarafından 169 denetimli serbestlik tedbiri bulunan madde kullanıcısı ile yapılan bir başka çalışmada da örneklemin tamamı erkeklerden oluşmaktadır ve yaş ortalamaları 31,21 olarak bulunmuştur (Berk, 2010). Mevcut çalışmada katılımcıların yaşlarının farklı çalışmalardakine benzer olduğu görülmektedir. Çalışmamızda denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu arasında anlamlı bir yaş farkı bulunmamaktadır.

Madde kullanımına başlama yaşının bağımlılığın gelişimi ile oldukça önemli bir ilişkisinin olduğu birçok farklı kaynakta vurgulanmaktadır. Mevcut çalışmadaki katılımcılar ortalama 19 yaşında ilk defa madde kullandıklarını belirtmişlerdir ve ilk defa madde kullanımında aralık 10 yaş ile 33 yaş olarak bulunmuştur. Denetimli serbestlik grubunun %28,9'u 18 yaşından önce madde kullanımına başladığını belirtirken; gönüllü tedavi grubunun %48,6'sı 18 yaşından önce madde kullanımına başladığını belirtmiştir. Yani denetimli serbestlik grubunun üçte birine yakını, gönüllü tedavi grubunun da yarısına yakını 18 yaş öncesinde madde kullanımına başlamıştır. TUBİM'in 2019 raporuna göre, 2018 yılında yatarak tedaviye başvuran hastaların madde kullanımına ilk başlama yaşı 15 ile 24 yaş arasında gösterilmiştir (TUBİM, 2019). 6

aylık süre içinde İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Polikliniği'ne denetimli serbestlik nedeniyle başvuran 302 kişi ile yapılmış bir başka araştırmada katılımcıların %25'i madde kullanmaya 16-19 yaşları arasında başladıklarını; %44,4'ü ise 20-24 yaş arasında madde kullanmaya başladığını belirtmiştir (Kaylı ve ark., 2016). Çalışmamızın verileri benzer çalışmalardaki verilerle tutarlı şekilde kişilerin madde kullanımına 18 yaşından önce başlayabildiklerini göstermektedir.

ABD'de bağımlılık sorunu ile çalışan önemli kurumlardan Substance Abuse and Mental Health Services / Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (SAMHSA) 18 yaş öncesinin esrar kullanımı açısından gelecekle ilişkili kritik bir risk dönemi olduğunu öne sürmektedir (SAMHSA, 2015). Bir çalışmalarında 12-14 yaş arasındaki ilk kullanımı erken ve 15-17 yaş arası ilk kullanımı geç-erken kullanım olarak belirlemişlerdir. Çalışmada 26 ile 49 yaş arası 5988 esrar kullanıcısı yer almıştır ve bu katılımcıların eğitim seviyesi ve iş durumuna bakılmıştır. Katılımcıların %32,2'si erken ilk kullanımı (12-14 yaş) ve %67,8'i geç-erken ilk kullanımı (15-17) bildirmiştir. İlk esrar kullanımı 15 ve 17 yaşları arasında olan katılımcıların liseyi tamamlama olasılığı, 12 ve 14 yaşları arasında ilk esrar kullanımı olanlara kıyasla %45 daha yüksek olarak bulunmuştur (SAMHSA, 2015). Araştırmaya göre gençler ne kadar erken esrar kullanımına başlarlarsa, eğitim hayatları o kadar sekteye uğramaktadır. Gençlik döneminde esrar kullanımının önlenmesinin önemi çalışmalarda sıklıkla vurgulanmaktadır.

Literatürde genellikle kişilerin önce sigara, sonra alkol, daha sonra da esrar kullanımına geçtiği belirtilmektedir. Birçok çalışma kişilerin ilk olarak esrar kullandığını, sonra diğer maddelere geçiş yaptığını göstermektedir (Aktaş ve ark., 2006). Birçok kaynakta esrarın bir "geçiş maddesi/gateway drug" olduğu öne sürülmektedir; yani kullanımı sonrası kişilerin daha sert olarak görülen diğer uyuşturuculara geçişinin kolaylaştığından söz edilmektedir. Araştırmalara bakıldığında, erken yaşta esrar kullanımının diğer uyuşturucuların kullanımı, çocuk suçluluğu ve işsizlik gibi konularda bir risk faktörü olabildiğinin üzerinde durulmaktadır. Ayrıca, esrar

kullanımının derecesi ile belirli şiddet içeren suçları işleme olasılığı arasında önemli bir ilişki olduğundan bahsedilmektedir (Friedman ve ark., 2003). Bu nedenle erken yaşta esrar kullanımına başlanmasının önlenmesinin ve esrar kullanıcılarının tedavisinin suç önleme politikaları bağlamında da önemli bir yeri olduğu düşünülebilir.

Mevcut çalışmadaki katılımcıların eğitim seviyesine bakıldığında ise katılımcıların büyük çoğunluğunun lise mezunu (%40,5) ve ortaokul mezunu (%30,7) olduğu görülmektedir. Denetimli serbestlik grubunun %37,8'i lise mezunu iken gönüllü tedavi grubunun %50'si lise mezunudur. Sehlikoğlu'nun Adıyaman ilindeki 145 denetimli serbestlik tedbiri almış madde kullanıcısı ile yaptığı araştırmada katılımcıların %22,1'i lise mezunudur (Sehlikoğlu, 2019). Hem gönüllü olarak tedaviye başvurmuş hem de denetimli serbestlik tedbiri ile tedavi gören hastaların bulunduğu toplam 258 erkek hasta ile yapılmış bir başka çalışmada hastaların %17,1'inin lise mezunu olduğu belirtilmiştir (Bilici ve ark., 2012). Bir başka çalışmada da 169 denetimli serbestlik tedbiri almış kişiden oluşan örneklemin %21,3'ünün lise mezunu olduğu görülmüştür (Berk, 2010). 2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 2018 yılında AMATEM'lerde tedavi gören hastaların %86,9'u 1-8 yıl arası, %8,1'i 9-12 yıl arası eğitim almıştır (TUBİM, 2019). Mevcut çalışmadaki katılımcıların eğitim durumunun benzer çalışmalardaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada, katılımcıların aylık gelir düzeylerine bakıldığında denetimli serbestlik grubunun %37'si 2000 TL altında aylık gelir bildirirken; gönüllü tedavi grubunun %46,9'u 2000 TL altı gelir bildirmiştir. Denetimli serbestlik nedeniyle tedaviye yönlendirilmiş kişilerle yapılmış başka bir çalışmada örneklemin %49,7'si 2000 TL altı geliri olduğu belirtilmiştir (Sehlikoğlu, 2019). Aralık 2015-Şubat 2016 arasında Erzurum ilinde denetimli serbestlik polikliniğine gelen 132 erkek hasta ile yapılmış bir çalışmada örneklemin aylık gelir dağılımına bakıldığında %40,2'sinin 1000-2000 TL arasında aylık geliri olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada hastaların son 1 yıllık çalışma durumları sorgulandığında ise %65,9'unun çalıştığı,

%16,7'sinin işsiz olduğu, %5,3'ünün ise öğrenci olduğu görülmüştür (Eren ve ark., 2018). 103 kişinin esrar ve sentetik kannabinoid kullanıcısı olduğu; 57 kişinin ise madde geçmişi olmayan kontrol grubu olarak yer aldığı bir araştırmada; 32 madde kullanıcısının çalışmadığı ve 55 madde kullanıcısının aylık gelirinin 2000 TL altı olduğu görülmüştür (Çelikay, 2017). Mevcut çalışmadaki katılımcıların gelir durumu benzer çalışmalardaki katılımcıların gelir durumu ile benzerdir.

2006 yılında yayınlamış bir çalışmada, lise son sınıftayken esrar kullanımı olduğunu belirten kişilerin 29 yaşındaki gelir seviyelerinin; lisede esrar kullanmamış olan kişilerden daha düşük olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda lisede esrar kullanımı olan gençlerin ileride üniversiteye devam etme ve sabit bir işte çalışma oranının da düşük olduğu görülmüştür (Ringel ve ark., 2006). Bu durum farklı açılardan açıklanmaktadır. Gençlik döneminde beyin gelişimi devam ederken esrar kullanıyor olmanın bilişsel becerilere zarar verebileceğinin yanı sıra; esrar kullanımı nedeniyle ortaya çıkabilen motivasyonsuzluk sendromu (amotivasyonel sendrom) nedeniyle kullanıcıların iş yaşamına uyum sağlamakta zorlanabilecekleri üzerinde durulmaktadır. Motivasyonsuzluk sendromunda kişide apati (umursamazlık), günlük olağan işlerde işlevsellik kaybı ve uzun vadeli planlar yapamama gibi belirtiler görülmektedir. Bilişsel becerilerin araştırıldığı bir çalışmada, esrar kullanıcılarının esrar kullanmayan kişilere göre daha düşük bilişsel becerilere sahip olduğu ortaya konmuştur (Gruber ve ark., 2012). Aynı çalışmada, 16 yaş öncesinde esrar kullanmaya başlayanların; 16 yaş sonrasında esrar kullanmaya başlayanlardan daha düşük bilişsel becerilere sahip oldukları, sıklık ve miktar olarak da daha fazla esrar tükettikleri görülmüştür. Esrarın beynin ön lobunu etkilemesi suretiyle kullanıcıların kontrol, inhibisyon (engelleme) ve karar verme becerilerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu vurgulanmıştır. 25 yıllık boylamsal bir çalışmanın sonuçlarına göre; geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde esrar kullanımının ilerleyen yıllarda düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi, işsizlik ve düşük yaşam memnuniyeti ile anlamlı bir ilişkisi olduğu

ortaya konmaktadır (Fergusson & Boden, 2008). Esrar kullanımı nedeniyle bilişsel becerilerin zarar görmesi ile bireyin eğitim ve iş hayatının olumsuz etkilendiği; dolayısıyla aylık gelirinin düşük olmasının bu durumla ilişkili olabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Mevcut çalışmada katılımcıların %81'i bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. TUBİM'in 2019 raporuna göre AMATEM'lerde tedavi gören hasta grubunun %21'inin işsiz olduğu, %41,3'ünün ise düzenli bir işi olmadığı belirtilmiştir (TUBİM, 2019). Sehlikoğlu'nun (2019) denetimli serbestlik grubuyla yaptığı çalışmada katılımcıların %69'u gelir getiren düzenli bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir (Sehlikoğlu, 2019). Bir başka araştırmada daha katılımcıların %69'u düzenli olarak bir işi olduğunu belirtmiştir (Kaylı ve ark., 2016). Farklı çalışmalarda katılımcıların iş durumların örneklem özelliklerine, eğitim seviyelerine ve yaşadıkları yerlere göre değişiklik gösterebildiği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada denetimli serbestlik grubunun %85,8'i; gönüllü tedavi grubunun %63,6'sı işi olduğunu bildirmiştir. Örneklemin %91,3'ü veri toplama döneminden önce de çalıştığını; %23,9'u 1 yıldan kısa süredir çalıştığını belirtmiştir. Gönüllü tedavi grubunun %37'si 1 yıldan az süredir çalıştığını bildirmiştir. İşlerini belirten katılımcılarda en sık görülen mesleklerin esnaflık, inşaat işçiliği, şoförlük, barmenlik, teknikerlik ve garsonluk olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların benzer çalışmalara göre iş durumunun daha iyi olduğu söylenebilir. Öte yandan bu işlerin çoğunlukla geçici işler olduğu öne çıkmaktadır. Geçici işler olmasına ek olarak literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında örneklemlerin farklılığı ve yaşadıkları yerlerin farklılığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızdaki veriler Türkiye'nin en büyük ili İstanbul'dan toplanmıştır ve birçok farklı çalışmaya göre daha fazla iş imkanı olan bir ilde verilerin toplandığı düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızdaki örneklemin iş durumu benzer çalışmalara göre daha iyi çıkmasına rağmen hem denetimli serbestlik grubunda hem de gönüllü tedavi grubunda düşük gelir seviyesinin dikkat çekici olduğu söylenebilir.

Medeni durum sorusuna cevap veren katılımcılardan denetimli serbestlik grubunda bulunan kişilerin %24,4'ü evli, %72,3'ü bekar, %0,8'i ayrı yaşıyor ve %2,5'i boşanmışken; gönüllü tedavi grubundaki kişilerin %26,5'i evli, %64,7'si bekar, %5,9'u ise boşanmış olduğunu belirtmiştir. Benzer çalışmalarda da katılımcıların büyük çoğunluğu bekar olduklarını belirtmişlerdir (Musalar, 2011; Kahraman, 2015; Karaağaç ve ark., 2017). Çalışmamızda da katılımcıların yarısından çoğunun bekar olması diğer çalışmalarla benzer bir sonuçtur. Medeni durum ve madde bağımlılığı arasındaki ilişki araştırılan konulardan biridir. Birçok farklı çalışmada madde kullanıcılarının çoğunluğunun bekar olduğuna değinilmektedir. 2018 yılında yapılan bir çalışmada, 19-20 yaşlarında ağır alkol ve esrar kullanımı olan bireylerin 35 yaşında bağımlılıklarının devam ettiği; 29-30 yaşında evli olmayanların bağımlılıklarının evli olanlara göre daha ağır seyrettiği belirtilmektedir (Jang ve ark., 2018). 2006 yılında yayınlanmış bir başka çalışmada erkek katılımcıların evlilik sonrası esrar kullanımının önemli derecede azaldığı görülmüştür. Bu durumun sosyal beklentilerle, biriyle birlikte yaşamaya başlamakla ve evliliğin birçok toplumda kendine çekidüzen verme olarak görülmesiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir (Duncan ve ark., 2006).

Mevcut çalışmadaki denetimli serbestlik grubunun %20,7'si; gönüllü tedavi grubunun %23,5'inin daha önce cezaevi yaşantısı bulunmaktadır. Denetimli serbestlik grubu ile yapılan bir başka araştırmada örneklemin %37,9'unun daha önce cezaevi yaşantısı varken; yine denetimli serbestlik grubu ile yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %27,8'inin cezaevi yaşantısı bulunmaktadır (Eren ve ark., 2018; Turan, 2010). Çelikay'ın (2017) çalışmasındaki esrar kullanıcılarının %46,2'si 1-5 kez tutuklandığı; %42,1'i 1-5 kez cezaevinde kaldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmadaki sentetik kannabinoid kullanıcılarının %43,6'sı 1-5 kez tutuklandığı; %53,6'sı 1-5 kez cezaevinde kaldığı belirtilmiştir (Çelikay, 2017).

Yakın zamanda Bursa Devlet Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %26,5'inde cezaevi öyküsü görülmüştür (Mutlu & Sarıkaya,

2019). 1997-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören esrar kullanıcılarının %43'ünün geçmiş cezaevi öyküsü bulunmaktadır (Evren ve ark., 2002). Cezaevi popülasyonu ile yapılmış başka bir çalışmada, mahkumların %35,5'i cezaevine girmeden önce en az bir kere madde kullandıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmadaki mahkumların %40,5'i uyuşturucu madde suçundan cezaevinde bulunduklarını kaydetmişlerdir (Öncül, 2014). Uyuşturucu madde kullanımı ile cezaevi yaşantısı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Mevcut çalışmadaki oranlar benzer çalışmalara göre görece az olsa da hem gönüllü tedavi grubunun hem denetimli serbestlik grubunun geçmişte cezaevi yaşantısına sahip olma oranının dikkat çekici olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada denetimli serbestlik grubunun %28,8'inin geçmişte de denetimli serbestlik öyküsü bulunurken; gönüllü tedavi grubunun %41,2'sinin daha önce denetimli serbestlik öyküsü bulunmaktadır. Denetimli serbestlik grubundaki kişilerden daha önce de denetimli serbestlik öyküsü bulunan 32 kişinin %36,6'sının veri toplama sürecinden önce birden fazla kez denetimli serbestlik tedbiri bulunmaktadır. Çelikay'ın (2017) çalışmasında denetimli serbestlik karar sayılarına bakıldığında esrar kullanıcıların %50'sinin; sentetik kannabinoid kullanıcılarının %64,7'sinin ilk kararı olmadığı görülmüştür. Mevcut çalışmadaki oranın alandaki bazı çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir.

Gönüllü tedavi grubu ile denetimli serbestlik grubu geçmiş cezaevi öyküsünün var ya da yok olması bakımından kıyaslandığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da kriminal geçmişleri bakımından çok farklı olmadıklarını göstermektedir ve çalışmamızdaki gönüllü tedavi grubunun da geçmişte yasal sorunlar yaşadığı söylenebilir.

Farklı çalışmalarda cezaevi popülasyonun yarısı veya yarısından fazlasının madde bağımlılığı sorunu olduğundan bahsedilmektedir (Walters, 2012). SAMHSA 2013 raporunda ABD'de şartlı tahliye almış 4 kişiden 1'inin, denetimli serbestlik almış 10 kişiden 3'ünün madde kullandığı; genel popülasyonda ise bu oranın 10 kişiden 1'i olarak görüldüğü belirtilmektedir

(SAMHSA, 2013). Yine bir başka çalışmada, tutuklandıkları anda idrar testi ile madde taraması yapılan kişilerin %80'i en az bir madde kullanmış olarak raporlanmıştır ve bu kişilerin de %80'inin geçmiş suç öyküsü bulunmaktadır. Cezaevi popülasyonu ve madde kullanımı arasındaki ilişki literatürde yer alan bir araştırma konusudur ve bu ilişkiye dair farklı açıklamalar vardır. Alkol ve uyuşturucu maddelerin; suç işlemenin nedeni (alkol ve madde satın alabilmek için) olabileceği gibi suç işlemede kolaylaştırıcı (etkisi altında olarak) olarak da etkili olabildiği belirtilmektedir (Barry, 2006). Kimileri madde bağımlılığının suça neden olduğunu söylerken kimileri tersinin gerçekleştiğini iddia eder. Bir diğer açıklama da üçüncü bir değişkenin bu ilişkide etkili olduğu üzerinedir. Bu değişkenin genel sapma (anormalite), düşük öz-kontrol veya zayıf yürütme işlevi (low executive functioning) olabileceği öne sürülmektedir. Walters (2012), uyuşturucu ve suç ilişkisinde iki boyutta kriminal düşünce yapısı olabileceğini belirtmiştir: proaktif ve reaktif. Proaktif kriminal düşünce soğukkanlı, planlı ve kasıtlı iken; reaktif kriminal düşüncenin dürtüsel, ani, plansız ve asabi olduğuna değinmiştir. Yapılan bir çalışmada geçmiş madde kullanım öyküsü ile proaktif kriminal düşünce arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiyi açıklarken uzun süreli madde kullanımının beyinde yarattığı nörolojik etkilerle bağlantılı olabileceğinin üzerinde durulmuştur (Walters, 2012).

Birçok çalışmada eğitim seviyesinin kriminal düşünce yatkınlığı ve mükerrer suçla da ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Eğitimin suçu önleyici bir faktör olduğu belirtilmektedir (Blomberg ve ark., 2012). Kişilerin eğitim sistemi içinde yer aldıkları yıl arttıkça suç işleme olasılıklarının düştüğü üzerinde durulmaktadır (Groot & van den Brink, 2010). Amerika'da yapılan bir çalışmada madde ile ilişkili denetimli serbestlik tedbiri bulunan kişilerde eğitim seviyesi yükseldikçe kriminal düşünce seviyesinin düştüğü gösterilmektedir (Folk ve ark., 2018). Mevcut çalışmada kriminal düşünce ölçeğinde en yüksek puanı ilkokul mezunlarının, en düşük puanı da üniversite mezunlarının aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonucun da literatürle tutarlı olduğu söylenebilir.

Kriminal düşünce yapısı; suç davranışını haklı gösterme ve rasyonelleştirme gibi çarpıtılmış düşünce yapısına dayandırılmaktadır (Walters, 2003). Kriminal düşünce yatkınlığı konusunda mevcut çalışmada gönüllü tedavi grubu ve denetimli serbestlik grubu arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Ancak gönüllü tedavi grubunun anlamlı sayılabilecek bir kısmının da cezaevi ve denetimli serbestlik öyküsünün olması; geçmiş cezaevi ve denetimli serbestlik öyküsü ile şu anki kriminal düşünce yapısını karşılaştırmamızı gerekli kılmıştır.

Daha önce cezaevine girip girmeme ile kriminal düşünce yapısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, mevcut çalışmada daha önce cezaevine girmiş olan katılımcıların Kriminal Düşünce Ölçeği'nde aldıkları puanların daha önce cezaevine girmemiş olanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da literatürle tutarlı bir bilgidir. Mükerrer suçun yordayıcılarından biri olarak kişinin suç geçmişi sayılmaktadır (Gendreau ve ark., 1996). Yine bir başka çalışmada da mükerrer suçluların kriminal düşünce puanları kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmaktadır (Palmer & Hollin, 2004).

Kriminal Düşünce Ölçeği'nin alt ölçeklerine bakıldığında çalışmamızdaki katılımcıların her alt ölçekte ortalamanın altında kaldıkları görülmüştür. Denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu arasında Kriminal Düşünce Ölçeği'nin hiçbir alt ölçeğinde anlamlı bir fark çıkmamıştır.

Öte yandan çalışmamızın veri toplama sürecinde gönüllü olarak tedaviye başvuran katılımcılar dahil daha önce denetimli serbestlik almış olan katılımcılarla, daha önce denetimli serbestlik almamış olan katılımcılar kıyaslandığında Kriminal Düşünce Ölçeği'nde anlamlı farklılıklar göze çarpmaktadır. Daha önce denetimli serbestlik almış olan katılımcılar güç yönelimi, hak görme ve meşrulaştırma/diğerlerini suçlama alt ölçeklerinde daha önce denetimli serbestlik almamış katılımcılardan daha yüksek puanlar almışlardır. Bu alt ölçeklerdeki sorular kişilerin suç niteliği taşıyan bir olay söz konusu olduğunda sorumlusunu toplum ve kendileri dışındaki insanlar olarak gördüklerini, daha iyi bir yaşam için gerekirse suç işlenebileceği

düşündüklerini, fiziksel olarak saldırganlaşmanın hak arama yollarından biri olduğuna inandıklarını ve buna başvurulabileceğini düşündüklerini gösteren sorulardır. Hak görme, meşrulaştırma, güç yönelimi ve kriminal rasyonalizasyon alt ölçekleri Öncül'ün (2014) çalışmasındaki örneklemde de madde kullanımı ile ilişkili çıkmıştır. Mevcut çalışmanın sonuçları Öncül'ün (2014) çalışması ile tutarlıdır; mevcut çalışmada daha önce denetimli serbestlik geçmişi bulunan madde kullanıcıları benzer alt ölçeklerde yüksek puan almıştır.

Kriminal Düşünce Ölçeği'nin hak görme, meşrulaştırma, kriminal rasyonalizason ve güç yönelimi alt ölçeklerinin genellikle madde kullanıcılarının suç işleme sebeplerini madde intoksikasyonuna ya da zor koşullar altında sürdürdükleri bir yaşama bağlamaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Güç yönelimi agresif ve manipulatif davranışlarla güç elde etme ve insanları kontrol altına alma olarak açıklanmaktadır ve bu alt ölçek nevrotiklikle de (duygusal dengesizlik) ilişkilendirilmektedir. Başka bir çalışma da yasal zorunlulukla madde kullanımı tedavisinde olan kişilerle yapılmıştır ve şiddet içeren suçlar işlemiş olan kişilerin güç yönelimi ve kriminal rasyonalizasyon alt ölçeklerinde yüksek puan aldıkları vurgulanmıştır (Taxman ve ark., 2011).

Kriminal Düşünce Ölçeği ile daha önce cezaevine girip girmeme arasındaki ilişkiye bakıldığından daha önce denetimli serbestlik almış olup olmamakla benzer sonuçlara rastlanmıştır. Daha önce cezaevine girmiş olan katılımcıların kriminal düşünce ölçeği toplam puanı daha önce cezaevine girmemiş olan katılımcılardan daha yüksek çıkmıştır. Alt ölçekler incelediğinde hak görme, meşrulaştırma ve kişisel sorumsuzluk ölçeklerinde daha önce cezaevine girmiş olan madde kullanıcılarının daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Mevcut çalışmada daha önce cezaevine girmiş olan katılımcıların, daha önce cezaevine girmemiş olan katılımcılarla kıyaslandıklarında işledikleri suçu daha fazla meşrulaştırdıkları ve daha az kişisel sorumluluk aldıkları söylenebilir. Mükerrer suç ile kriminal düşünce yapısı bir süredir araştırılan bir konudur ve farklı örneklemlerde farklı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Etnik

köken, eğitim seviyesi, yaş gibi birçok faktörün kriminal düşünce yapısı ile ilişkili olabileceğinin üzerinde durulmaktadır.

Mevcut çalışmada gönüllü tedavi grubu yaklaşık ortalama 13 yıldır madde kullandığını belirtirken, denetimli serbestlik grubu 7 yıldır madde kullandığını belirtmiştir. Berk'in çalışmasındaki örneklemin madde kullandığı süre yaklaşık ortalama 8,5 yıl olarak bildirilmiş, örneklemin çoğunluğunun daha önce tedavi başvurusu olmadığına değinilmiştir (Berk, 2010). Çalışkan'ın (2015) çalışmasındaki örneklemin yaklaşık ortalama 8 yıl kannabis kullandığı; Alban (2018) tarafından yapılan bir başka çalışmada hastaların %31,3'ünün 11-16 yıl arası alkol ve madde kullandığı görülmektedir. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimi'ne başvuran hastalarla yapılan bir başka çalışmada da yaklaşık ortalama 8 yıldır madde kullandıkları ve %51,2'sinin daha önce tedaviye başvurduğu belirtilmiştir (Bulut ve ark., 2006). Mevcut çalışmadaki katılımcıların toplam madde kullanım sürelerinin benzer çalışmalarla tutarlı olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada denetimli serbestlik grubunun %21,7'si, gönüllü tedavi grubunun ise %47,1'i daha önce tedavi gördüğünü bildirmiştir. Benzer bir başka çalışmada, gönüllü olarak tedaviye başvuranların %64'ü geçmişte tedaviye başvurmuşken, denetimli serbestlik grubunun %12'si geçmişte tedaviye başvurmuştur (Musalar, 2011). Denetimli serbestlik tedbiri olan 234 esrar kullanıcısı ile yapılmış bir araştırmada katılımcıların %25,6'sı daha önce tedaviye başvurduklarını bildirmişlerdir (Çalışkan, 2015). Mevcut çalışma sonucunun benzer çalışmalarla tutarlı olduğu söylenebilir. Öte yandan gönüllü olarak tedaviye başvuran kişilerin geçmiş tedavi başvuru sayılarının zorunlu olarak tedavide olan kişilerden daha fazla olduğu görülmektedir. 2019 TUBİM raporuna göre 2018 yılında AMATEM'lere tedavi amaçlı başvuran kişilerin %12,9'u sentetik kannabinoid, %8,3'ü esrar kullanımı nedeniyle tedaviye başvurmuştur ve hastaların %45,7'i ilk kez tedavi gördüğünü belirtirken, %54,3'ü daha önce

tedavi gördüğünü belirtmiştir (TUBİM, 2019). Bağımlılıkta relaps yani nüks sıklıkla rastlanan bir durumdur ve hastalar tedaviye birkaç kez başvurabilmektedir. Denetimli serbestlik gruplarıyla yapılan çalışmalarda daha önce tedaviye başvurma oranları, gönüllü olarak tedaviye başvuranlara göre daha düşük çıkmaktadır. Çalışmamızdaki bulgunun literatürle tutarlı olduğu söylenebilir. Gönüllü olarak tedaviye başvurmuş kişilerle yapılan çalışmalarda denetimli serbestlik gruplarına göre daha yüksek geçmiş tedavi öyküsünün bulunması tedavi motivasyonlarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca literatüre bakıldığında tedaviye başvuran hastaların çoğunda çoklu madde kullanımı görülmektedir.

Bağımlılık sorununda tedaviye başvurmanın önünde birçok engel bulunmaktadır. Bu engeller arasında yüksek tedavi maliyetleri, tedavi veren sağlık ekibine ulaşma ve kabul için uzun bekleme süreleri, program eksiklikleri, madde kullanıcısının sorunun varlığını inkar etmesi, tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmama, mevcut tedavi seçeneklerinden memnun olmama ve damgalanma/etiketlenme (stigma) kaygısı gibi birçok farklı engel bulunmaktadır (Hammarlund ve ark., 2018). Tedavi arayışında da belli faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Bu faktörlerden biri olarak, kişinin madde kullanımının yaşamında ciddi sorunlara yol açması görülmektedir. Bir diğeri; yardım aramanın bireysel özelliklerden, çevresel koşullardan ve sosyokültürel bağlamdan etkilenmesidir (Hser ve ark., 1998). Bazı kaynaklar, bağımlılığın yanında görülen psikiyatrik sorunların madde kullanıcılarının bağımlılık tedavisine başvurmasında önemli bir faktör olarak görülebildiğini öngörmektedir. Örneğin esrar kullanıcıları ile yapılan bir çalışma, eşlik eden psikiyatrik sorunların bağımlılık tedavisine başvurmada rolü olabileceğini göstermektedir (Budney ve ark., 1998). Literatüre bakıldığında, tedaviye başvurmada kişinin motivasyonunun madde kullanım miktarı ve sıklığı, aile ve akran ilişkileri, yasal zorunluluk ve akıl sağlığı durumu (örneğin, anksiyete, depresyon) gibi faktörlerle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Goodman, 2011).

Çalışmamızdaki gönüllü tedavi grubu yaklaşık ortalama 2 aydan uzun süredir madde kullanmadığını belirtirken, denetimli serbestlik grubu 5 aydan uzun süredir madde kullanmadığını belirtmiştir. Denetimli serbestlik grubu yasal bir zorunluluk nedeniyle tedavide olduğu için ve düzenli olarak idrar testi verdiği için daha uzun süredir madde kullanmamaları şaşırtıcı değildir. Öte yandan Berk'in araştırmasında örneklemin %12,5'i son 1 aydır hiç madde kullanmadığını belirtmişken; bu kişilere idrar testi yapılmış ve yarısından fazlasının test sonuçlarında toksik maddeye rastlanmıştır (Berk, 2010). Bazen idrar testlerinde yanlış negatif görülebilmektedir. Ülkemizde özellikle sentetik kannabinoid kullanımında bazı laboratuvarlarda tespitte sorunlar yaşandığı bilinmektedir. Denetimli serbestlik grubunun, çalışmamızda toplanan verilerin adli süreçlerini etkilemesi kaygısı ile madde kullanmadıkları süreyi olduğundan daha uzun söylemiş olma ihtimalleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Mevcut çalışmada denetimli serbestlik grubu BAPİ-K ölçeğinin madde kullanım özellikleri alt ölçeğinden ortalama 0,60 puan alırken; gönüllü tedavi grubu bu alt ölçekten ortalama 1,12 puan almıştır. Denetimli serbestlik yükümlüleriyle yapılan başka bir çalışmada katılımcıların aynı alt ölçekten ortalama 1,41 puan aldığı görülmektedir (Yücel, 2019). Tanı ölçütleri alt ölçeğinde mevcut çalışmadaki denetimli serbestlik grubu ortalama 1,34 puan; madde kullanımının yaşam üzerine etkileri alt ölçeğinde 1,56 almışken Yücel'in (2019) çalışmasındaki katılımcılar tanı alt ölçeğinden ortalama 5,58 puan; yaşam üzerine etkileri alt ölçeğinden ortalama 11,6 puan almıştır. Mevcut çalışmadaki denetimli serbestlik yükümlüleri şiddetli istek alt ölçeğinden ortalama 1,04 puan; motivasyon alt ölçeğinden ortalama 2,68 puan almıştır. Yücel'in (2019) çalışmasındaki örneklem ise şiddetli istek alt ölçeğinden ortalama 3,26 puan; motivasyon alt ölçeğinden 5,92 puan almıştır. Mevcut çalışma ile aynı anketin kullanıldığı Yücel'in (2019) çalışması kıyaslandığında, mevcut çalışmadaki denetimli serbestlik grubunun bağımlılıkla ilgili ölçeklerde oldukça düşük puan aldığı görülmektedir (Yücel, 2019). Gönüllü tedavi grubu, madde kullanımının yaşama etkisi alt ölçeğinde de denetimli serbestlik grubundan daha yüksek

puan almıştır. Gönüllü grubunun tedaviye başvurma sebeplerinden biri olarak madde kullanımı nedeniyle yaşamlarının olumsuz etkilenmesi düşünülebilir.

Denetimli serbestlik grubunun bağımlılıkla ilişkili alt ölçeklerde daha düşük puan almasının birden çok açıklaması olabileceği düşünülmektedir. Araştırma yöntemlerinde önemli bir kavram olan "yanlış cevap verme" kavramından burada bahsedilebilir. Yanlış cevap verme bilmemekten, bilgi yoksunluğundan ya da yanlış hatırlama gibi kasıtlı olmayan nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Öte yandan kasıtlı nedenlerden de kaynaklanabilir. Örneğin; insanlar araştırma konusuna ve sorulara göre sosyal olarak uygun olan cevabı verme eğilimi gösterebilirler. Bunun iki yönü olduğu düşünülmektedir; kendi kendini aldatma ve izlenim yönetimi. Örneklemde yer alan kişilerin hem kendilerini kandırma hem de diğer insanlara kendilerini beğendirme isteği nedeniyle yanlış cevaplar verebileceklerinin üzerinde durulmaktadır (Mills & Kroner, 2005). Suç geçmişi olan kişilerin anketlerde yanlış cevap verme eğilimi olabileceğinden literatürde sıklıkla bahsedilmektedir. Mevcut çalışmanın verileri toplanırken denetimli serbestlik grubunda olan katılımcıların isim alınmamasına rağmen anketleri doldururken gözlemlenen kaygılarının, verilerin nerede kullanılacağına dair sorular sormalarının, adli süreçlerini bu anketlerin etkileyip etkilemeyeceğine dair detaylı bilgi almak istemelerinin ve şüpheci davranmalarının da yanlış cevaplar vermelerine neden olabileceği düşünülmektedir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM biriminde yataklı tedavi gören, 32'si sentetik kannabinoid kullanıcısı olan toplam 131 hastayla yapılan bir başka araştırmada kullanıcılara BAPİ verilmiştir (Ateş ve ark., 2019). Kannabinoid kullanıcıları madde kullanım özellikleri alt ölçeğinde ortalama 2,96, tanı ölçütleri alt ölçeğinde 16,13, yaşama etki alt ölçeğinde 32,25, şiddetli madde isteği alt ölçeğinde 9,94 ve motivasyon alt ölçeğinde 10,56 puan almışlardır. Çalışmamızdaki ortalamalar Ateş ve ark.'ının (2019) çalışmasında yer alan katılımcıların ortalamalarından oldukça düşüktür. Bunun bir nedeni çalışmamızdaki

katılımcıların ayaktan tedavi gören hastalar olması olabilir. Yataklı tedavi kararı verilen hastaların görece bağımlılıkla ilişkili semptomlarının daha şiddetli olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda BAPİ-K'nın motivasyon alt ölçeğine bakıldığında gönüllü tedavi grubu denetimli serbestlik grubundan daha yüksek puan almıştır. Bunun literatürle oldukça tutarlı olduğu söylenebilir. Zorunlu olarak bağımlılık tedavisinde olan ve gönüllü olarak tedaviye başvurmuş bağımlılarla yapılmış birçok çalışmada gönüllü başvuran grubun tedavi motivasyonlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Stevens ve ark., 2005; Lincour ve ark., 2002). Motivasyonun bağımlılık tedavisine başvurmada, tedavide kalmada ve tedavinin etkinliğinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Birçok araştırma, bağımlıların tedaviye başvurmasında günlük hayatlarının madde kullanımından önemli derecede etkilenmesi, madde kullanımının fiziksel sağlıkla ilgili sorunlara yol açması, psikososyal sorunlara yol açması ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşanmaya başlamasının önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (Kline, 1997). Bağımlılıkta zorunlu ve gönüllü tedavide motivasyon sıklıkla araştırılan bir konudur ve genellikle gönüllü tedavi olan kişilerin tedavi motivasyonunun daha yüksek çıktığı söylenebilir. Ancak tedavinin etkinliği açısından bakıldığında bazı çalışmalar zorunlu olarak tedavi olan bağımlıların tedaviden gönüllüler kadar yararlanabildiğine de değinmektedir (Howard & McCaughrin, 1996).

Mevcut çalışmada kullanılan BAPİ-K ölçeğinin, bağımlılıkla direkt ilişkili soruları dışında bağımlılığı sürdüren ve bağımlılığa eşlik eden altı farklı alanın değerlendirmesini içeren soruları da bulunmaktadır. Bu altı alanın ikisi ruhsal durumu, diğerleri ise bağımlılıkla ilgili bazı kişisel özellikleri ölçmektedir. Bu alanlar; depresyon, anksiyete, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı ve dürtüsellik olarak tanımlanmaktadır. Mevcut çalışmada denetimli serbestlik grubu ve gönüllü tedavi grubu arasında depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Gönüllü tedavi grubu hem depresyon hem anksiyete alt ölçeklerinde denetimli serbestlik grubundan daha fazla puan almıştır.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları bağımlılık ile sıklıkla birlikte görülen bozukluklardır. Bir duygu durum bozukluğu olan depresyon ile bağımlılık ilişkisinin çetrefilli bir ilişki olduğu söylenebilir. Literatürde kişilerin kendi kendilerini tedavi etme (self-medication) amacıyla alkol ve madde kullanıyor olabileceğinin altı çizilmektedir. Birtakım nörobiyolojik faktörlerin hala açıklanmaya muhtaç olduğu da görülmektedir. Kişinin erken çocukluk döneminde yaşadığı stres verici olayların nörotransmiter dengesini bozabildiği üzerinde de durulmaktadır (Stokes ve ark., 2020). Yakın zamanda ikiz katılımcılarla yapılan bir çalışmada düzenli esrar kullanımı olan ve esrar kullanımı olmayan ya da çok az olan aynı yumurta ikizleri karşılaştırıldığında, düzenli esrar kullanıcısı olanların depresif semptomlarının diğer gruptan fazla olduğu ortaya konmuştur (Agrawal ve ark., 2017). 2006-2015 yılları arasında Amerika'da toplanan geniş bir örneklemin verileriyle yapılmış bir çalışma da esrar kullanıcılarının depresyon belirtilerinin esrar kullanmayan kişilere göre çok daha fazla olduğunu; dolayısıyla tedavi sürecinde hem depresyon hem bağımlılık tedavisinin bir arada yürütülmesine ihtiyaç olduğunu belirtmektedir (Carrà ve ark., 2019).

Madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları da sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu ilişki bağlamında farklı açıklamalar ortaya atılmaktadır. Kişinin anksiyete bozukluğunun önce geldiği ve anksiyetesini tedavi etmek amaçlı madde ya da alkol kullanmaya başladığı öne sürülen argümanlardan biridir. Bir diğeri madde yoksunluğunda anksiyete semptomlarına benzer semptomlar yaşanması sebebiyle kişinin madde kullanımını sürdürebildiğidir. Madde kullanımının var olan anksiyete bozukluğunu daha zorlayıcı bir hale çevirebildiği vurgulanmaktadır (Robinson ve ark., 2009). Kişilerin kısa süreli bir rahatlama ve anksiyetenin yarattığı rahatsızlığı ortadan kaldırmak amacıyla esrar kullandıkları; ancak bu davranışlarının uzun vadede esrar bağımlılığının gelişmesine neden olduğunun üstünde durulmaktadır. Amerika'da düzenli aralıklarla yapılan ulusal bir çalışmada (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions/NESARC) 43.093 kişiden oluşan örneklemden toplanan

verilerle duygudurum bozukluğu olan bireylerin yaklaşık dörtte birinin (%24,1) semptomları hafifletmek için alkol veya uyuşturucu kullandığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada anksiyete bozukluklarında kendi kendini tedavi etmek amaçlı madde kullanımı en çok panik bozuklukta görülmüştür (Bolton, Robinson & Sareen 2009). Yine 34.653 kişinin katılımıyla yapılmış başka bir araştırma anksiyete bozukluklarında kendi kendini tedavi etmek için alkol ve madde kullanımının, önemli miktarda madde kullanım bozukluğu riski yarattığını göstermektedir. Madde kullanım bozukluklarında kendi kendini tedavi etmek için alkol ve madde kullanımının sosyal fobi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, bu sonuçların komorbiditenin yani eş tanının gelişmesine yol açabileceği düşünülmektedir (Robinson ve ark., 2011).

Bir başka çalışma alkol ya da madde bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik bozukluk veya bozukluklar arttıkça, bireylerin tedaviye daha motive olduğunu göstermektedir (Castel ve ark., 2006). Bu sonuç çalışmamız ile tutarlıdır. Gönüllü tedavi grubu anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinde denetimli serbestlik grubundan daha yüksek puan aldığı gibi, tedavi motivasyonu alt ölçeğinde de daha yüksek puan almıştır. Mevcut çalışmada gönüllü grubun depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarının yüksek olması literatürle tutarlı bir sonuç olarak görülebilir. Gönüllü olarak tedaviye başvurmada kişinin ruhsal sorunlar yaşamasının etkisi olduğu düşünülebilir. Yasal yollarla tedaviye yönlendirilen ve gönüllü olarak tedaviye yönlendirilen toplam 998 erkek madde kullanıcı ile yapılmış bir araştırma, yasal yollarla yönlendirilenlerin gönüllü olarak tedaviye gelen gruptan çok daha az psikososyal sorun yaşadığını belirtmektedir (Kline, 1997). Bu araştırmalar ışığında, yasal yollarla tedaviye başvuran kişilerin gönüllü olarak tedaviye başvuran kişilere nazaran yaşamlarında henüz madde kullanımına bağlı çok fazla sorun yaşamamış olabileceği öne sürülmektedir.

Bir başka çalışmada da yasal zorunlulukla tedaviye yönlendirilen grup ve gönüllü olarak tedavi olan grup karşılaştırıldığında depresyon ve anksiyete puanlarında gönüllü grubun diğer gruptan daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Marshall & Hser, 2002). Öte yandan Prochaska ve Di

Clemente'nin Değişim Aşamaları Modeli'ne (Prochaska & Di Celemente, 1983) göre henüz değişime karar verme aşamasına gelmemiş olan kişilerin kendilerini değerlendirme, sorunlarının farkında olma, sorunları hakkında açıkça konuşma ve yardıma açık olma konusunda karar verme aşamasına gelmiş kişilerden daha geride olduğu belirtilmektedir (Farabee, Nelson & Spence, 1993). Dolayısıyla mevcut çalışmada denetimli serbestlik grubunun gönüllü tedavi grubuna göre hem bağımlılıkla ilgili alt ölçeklerde hem de depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinde daha düşük puan alması, tedavi motivasyonlarının düşük olması ve değişim döngüsünde henüz niyet/karar aşamasında olmama ihtimallerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülülebilir.

BAPİ-K ölçeğindeki diğer alt ölçekler ise öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı ve dürtüselliktir. Çalışmamızda denetimli serbestlik grubunun öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği ve dürtüsellik alt ölçeklerinin hepsinde gönüllü tedavi grubundan anlamlı olarak daha az bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Karşılaştırılan bu iki grup BAPİ-K formunun sadece heyecan arama davranışı alt ölçeğinde fark göstermemişlerdir. Dürtüsellik; önceden düşünmeden ani harekete geçme, davranışın sonuçlarını düşünmeden eylemde bulunma, iyi planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan davranışlarda bulunma olarak açıklanabilir (Moeller ve ark, 2001). Literatürde dürtüselliğin madde kullanıcılarında madde kullanmayan kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda madde kullanımın başlaması ve sürdürülmesinde de önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır.

Yücel'in (2019) çalışmasındaki denetimli serbestlik grubu ile çalışmamızdaki denetimli serbestlik grubu BAPİ-K'nın klinik alt ölçeklerinde ayrışabilmektedir. Öfke kontrol yetersizliği alt ölçeğinde nereydese aynı puanlar göze çarparken; güvenli davranış eksikliği ve heyecan arama davranışı alt ölçeklerinde farklılıklar bulunmaktadır (Yücel, 2019). Depresyon ve

anksiyete alt ölçeklerinde çalışmamızdaki grup Yücel'in (2019) çalışmasındaki gruptan görece daha az puan almışlardır.

Yücel'in (2019) araştırması ile mevcut çalışmanın BAPİ-K ölçeği bağlamındaki farklılıklarının bir nedeni örneklemler arasındaki farklılık olabilir. Yücel'in (2019) çalışmasındaki örneklem denetimli serbestlik tedbiri olan ya da ceza infaz kurumundan şartlı tahliye ile çıkmış denetimli serbestlik süreci devam eden; eğitim ve iyileştirme faaliyetlerine en az 6 aydır devam eden kişilerden oluşmaktadır. Çalışmamızdaki örneklemde ise denetimli serbestlik süreci yeni başlamış ve henüz ilk tedavi oturumunda olan katılımcılar da bulunmaktadır. Dolayısıyla yaşadıkları sorunların farkında olma ve sorunları hakkında konuşma noktasında katılımcılar arasında farklılık olma ihtimali mevcuttur.

Musalar (2011) çalışmasında duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının da içinde bulunduğu madde kullanım bozukluklarına eşlik eden tanıları araştırmış ve denetimli serbestlik grubu ile gönüllü grubu karşılaştırmıştır. Çalışmada denetimli serbestlik ve gönüllü tedavi grubu arasında anksiyete bozuklukları kategorisinde anlamlı bir fark bulunamamışken duygudurum bozukluklarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Gönüllü tedavi grubunun %90'ında geçmiş ya da şu anda varolan bir duygudurum bozukluğu tanısı mevcutken (en yüksek oran depresyon); denetimli serbestlik grubunda bu oran %60 bulunmuştur (Musalar, 2011). Bu verinin çalışmamızla tutarlı olduğu söylenebilir.

Vurgulanması gereken bir diğer önemli nokta da çalışmamızda grupları sadece esrar kullananlar ve esrarın yanında başka bir madde kullananlar olarak ayırarak yaptığımız analizlerde; esrarın yanında başka bir veya birden fazla madde kullananların BAPİ-K ölçek toplam puanında ve BAPİ-K alt ölçeklerinde daha yüksek puan almış olmalarıdır. Çoklu madde kullanımının fiziksel ve psikolojik olarak bireye tek madde kullanımından daha fazla zarar verdiği öne sürülmektedir (Smith ve ark., 2011). İngiltere'de 8.538 kişiden toplanan verilerle yapılmış bir çalışmada katılımcıların %10,49'u herhangi bir madde kullandığını; madde

kullananların %59,8'i sadece esrar kullandığını, geri kalan %40,18'lik grup ise esrar ile birlikte başka bir madde daha kullandığını belirtmiştir. Çoklu madde kullananların çok daha fazla ruhsal sağlık problemi yaşadığı görülmüştür. Örneğin bizim çalışmamızda da öne çıkan bir madde olan ekstazi kullananlarla yapılan bir çalışmada, kişilerin bağımlılık tedavisine madde bağımlılığına eşlik eden ruhsal sorunları nedeniyle başvurdukları görülmüştür (Verheyden ve ark., 2003).

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin ve alt ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkilerine baktığımız analizler çarpıcı sonuçlar ortaya koymuştur. Mevcut çalışmada, katılımcıların güce başvurma düşüncesi arttıkça bağımlılığa dair tanı ölçütlerinin, madde kullanımının yaşama etkisinin, madde kullanma isteğinin, öfke kontrol zorluğunun, heyecan arama davranışının ve bunlara ek olarak depresyon, anksiyete ve dürtüselliğin arttığı belirlenmiştir. Güce yönelim alt ölçeği şiddet eğilimi ile ilgili bir ölçektir. Literatürde kriminal düşünce ölçeğinin alt ölçekleri olan güç yönelimi ve kriminal rasyonalizasyon BAPİ-K formunun alt ölçekleri ile pozitif ve anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Birçok farklı çalışma saldırganlık, hiperaktivite, dürtüsellik, antisosyal davranış ile madde kullanımı arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir (Moss & Tarter, 1993). Çalışmamızda güç yönelimi ile BAPİ-K ölçeğinin alt ölçekleri arasındaki ilişki de bu bağlamda literatürle tutarlıdır.

Çalışmamızda aynı şekilde kriminal rasyonalizasyon alt ölçeği ile de BAPİ-K ölçeğinin alt ölçekleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Suç davranışını meşrulaştırma ve rasyonelleştirme antisosyal düşünce örüntüleri olarak görülmektedir. Kişinin aile yaşamı, arkadaş çevresi, okul ortamı; özetle büyüdüğü ortamın kişinin düşünce yapısının oluşmasında önemli olduğu ve suç davranışının meşru ve rasyonel kabul edildiği ortamlarda madde kullanımın da yaygın olduğu vurgulanmaktadır (Wooditch ve ark., 2014). Aynı zamanda madde kullanımın nörolojik birçok etkisinin de olduğu düşünülürse, madde kullanıcılarının rasyonel

düşünme, davranışlarının sonuçlarını ölçüp tartabilme ve sağlıklı kararlar verebilme becerilerinin zedelendiği söylenebilir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile katılımcıların üç alandaki sosyal destek algılarına bakılmıştır. Bu alanlar aile, arkadaş ve özel biri olarak belirlenmiştir. Mevcut çalışmada katılımcıların en çok ailelerinden, sonra arkadaşlarından, sonra da özel bir insan olarak tanımladıkları kişilerden destek gördükleri görülmüştür. Ölçek toplam puanında denetimli serbestlik grubu ile gönüllü tedavi grubu arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte, denetimli serbestlik grubu gönüllü tedavi grubundan daha yüksek puan almıştır. Bu durum çalışmamızın hipotezi ile uymamaktadır.

Madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik almış bir örneklemle yapılmış bir çalışmada katılımcılara araştırmamızda kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği verilmiştir. Katılımcıların üçte ikisi arkadaş ve partner; dörtte üçü de diğer aile bireyleriyle sorunları olduğunu bildirmiştir. Öte yandan algılanan sosyal destek bağlamında ortalama düzeyde yüksek puanlar almışlardır. Araştırmacılar sosyal destek bağlamında en yüksek desteği özel birinden aldıklarını, sonra aileden, en son da arkadaşlardan aldıklarını belirtmişlerdir. Araştırmada önemli sonuçlardan biri, aileden alınan sosyal destek ile kişinin tutuklanma sayısı arasında negatif ilişkinin olduğudur (Lemieux, 2002).

Ateş ve ark.'nın (2019) araştırmasındaki örneklem gönüllü olarak tedavide bulunan madde kullanıcılarından oluşmaktadır. Esrar kullanıcısı olan katılımcılar Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nde toplam ortalama 55,03 puan alırken; aile desteği alt ölçeğinde 22,63, arkadaş desteği ölçeğinde 22,63, özel biri alt ölçeğinde ise 16,84 puan almışlardır (Ateş ve ark., 2019). Çalışmamızdaki gönüllü tedavi grubunun aynı ölçekteki ortalamalarına bakıldığında katılımcıların görece daha az puan aldıkları söylenebilir. Bunda çalışmamızdaki gönüllü tedavi grubunun sayıca az olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada örneklemdeki erkek öğrencilerin %16,1'i hayatında en az bir kere herhangi bir madde, %4,1'i hayatında en az bir kere esrar kullandığını belirtmiştir. Araştırmada öğrencilerin aileleriyle ilişkilerine bakıldığında, aile ilişkilerinin kötü olduğunu belirten öğrencilerin madde kullanma riskinin 4 kat arttığı görülmüştür (Ulukoca ve ark., 2013). Cezaevinden yeni çıkmış kişilerle yapılan bir çalışmada, tekrar madde kullanımına dönmenin yani nüksün en önemli belirleyicilerinden biri olarak aile içi ilişkilerin kötü olması belirtilmektedir (Slaght, 1999). Aile ilişkilerinin bağımlılığın önlenmesi ve tedavisinde oldukça önemli bir yeri olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmadaki örneklem sadece esrar kullananlar ve esrarın yanında başka bir madde de kullananlar olarak ikiye ayrıldığında da algılanan sosyal destek bağlamında bir fark görülmemiştir. Ancak denetimli serbestlik geçmişi olan katılımcılarla daha önce denetimli serbestlik geçmişi olmayan katılımcılar kıyasladığında, daha önce denetimli serbestlik geçmişi olmayanların çevrelerindeki yakınlarından daha fazla sosyal destek gördüğü ortaya çıkmıştır. Alt ölçeklere bakıldığında bu farkın arkadaşlardan alınan destekte anlamlı şekilde ortaya çıktığı görülmüştür. Bireyin arkadaşlık bağlarının zayıf olması ile suç arasındaki ilişkiden bahsedilmektedir (Cullen, 1994). Bu durum suça karışmış olmanın kişileri arkadaş ortamından izole etmesi ve damgalanmaya (stigma) neden olması ile açıklanabilir. Madde bağımlısı olmak bir damgalanma sebebiyken, kriminal sisteme dahil olmuş olmanın ve suç geçmişine sahip olmanın bu damgalanmayı ikiye katladığı belirtilmektedir (Hartwell, 2004). Mahkumlarla yapılan bazı çalışmalar da cezaevinde bulunan madde kullanıcılarının sosyal desteğinin az olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda algılanan sosyal destekle ilişkili çıkan bir diğer değişken de katılımcıların iş durumu ve aylık ortalama gelirleri olmuştur. İş sahibi olan ve aylık geliri 3000 TL üzerinde olan katılımcıların ailelerinden gördükleri sosyal destek; işsiz ve aylık geliri 1000 TL altı olan

katılımcılardan daha yüksek çıkmıştır. İşsizlik ve maddi durumun yetersizliği aile içindeki sorunların artmasına ve bağımlı bireyle olan ilişkilerinin kötüye gitmesine neden olabilir.

Batman Bölge Devlet Hastanesi Denetimli Serbestlik Polikliniği'ne sevk edilen 123 madde kullanıcısı ile yapılmış bir çalışmada katılımcıların %39'u 1000-2000 TL arası aylık gelir bildirmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu madde kullanmaya başladıktan sonra aile ilişkilerinin bozulduğunu ve arkadaş çevrelerinin neredeyse tamamen madde kullanan bireylerden oluşmaya başladığını belirtmişlerdir (İmir, 2019).

2016 yılında yayınlaşmış bir araştırma madde kullanıcılarının ailelerinden aldıkları destek ile meslekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmadaki işsiz, işçi ve öğrenci kategorisi dışında "diğer" olarak belirtilen çiftçi, özel sektör vb. meslek sahibi olanların ailelerinden daha fazla sosyal destek gördüğü öne çıkmıştır (Avşar ve ark., 2016).

Rize Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nden hizmet alan 327 yetişkin madde kullanıcısı ile yapılmış bir başka çalışmada katılımcıların %80,7'i bir mesleği olduğunu ancak %65,7'i bir işte çalıştığını, %57,5'i 3.000 TL'nin altında aylık gelire sahip olduğu ve %44,1'i bu geliri yetersiz olarak değerlendirdiği belirtilmiştir. Araştırmaya göre gelir düzeyi düşük olanların aile işlevselliği, geliri yüksek olanlara göre daha sağlıksızdır (Karataş, 2020).

Cezaevinden salıverilme öncesinde %96'sına madde bağımlılığı tanısı konmuş 27 mahkumla yapılmış bir çalışmada, cezaevinden çıktıktan sonraki yaşama uyum sağlayıp sağlayamadıklarına bakılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu cezaevi sonrası iş durumunun ve ekonomik durumunun oldukça kötü olduğunu belirtmiştir (Jacoby & Kozie-Peak, 1997). Denetimli serbestlik grubu ile yapılmış bir başka çalışma, katılımcıların sosyal çevresinin oldukça dar olduğunu ve bu sosyal çevreye denetimli serbestlik görevlisi, doktor, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanı gibi tedavi ekibinden birini ya da birilerini de dahil ettiklerini ortaya koymuştur. Tedavi ekibinden aldıkları sosyal desteği yüksek olarak değerlendiren

katılımcıların denetimli serbestlik süreçlerinin çok daha verimli geçtiği belirtilmektedir (Skeem ve ark., 2009).

Mevcut çalışmada, sosyal desteği fazla olarak değerlendiren katılımcıların BAPİ-K formuna verdikleri bağımlılık ile ilgili sorulardan daha az puan aldıkları görülmüştür. Kişinin çevresinden aldığı destek arttıkça, bağımlılık sorununun azaldığı söylenebilir. Bu literatürle de tutarlı bir bilgidir. Birçok araştırma tedavi sürecinde madde kullanıcılarının sosyal çevrelerinden destek görmesinin olumlu sonuçlara katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır (Birtel ve ark., 2017; Atadokht ve ark., 2015).

Çalışmamızdaki dikkat çeken bir başka bulgu da merhametsizlik alt ölçeği ile sosyal destek arasındaki ilişkidir. Merhametsizlik ölçeğinde yüksek puan alan katılımcıların aile, arkadaş ve özel birinden aldıkları sosyal destek anlamlı şekilde düşüktür. Morey'in (2006) araştırmasında merhametsizlik alt ölçeğinin kişinin başkalarıyla ilişkisinde sahip olduğu duygusal katılımın derinliğini (veya yokluğunu) gösterdiğine değinilmektedir (Morey, 2006). Literatürde merhametsizlik ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamış olsa da; aile, arkadaş ve özel birinden aldığı sosyal desteği düşük olarak nitelendiren birinin, başkalarıyla kurduğu ilişkide duygusal bir derinliğe sahip olmama ihtimalinin yüksek olabileceği düşünülebilir.

Mevcut çalışmada arkadaş desteği yüksek olan katılımcıların BAPİ-K ölçeğindeki birçok ölçekte daha düşük puan aldığı görülmüştür. Çalışmamızda arkadaş desteği yüksek olan katılımcıların anksiyete ve depresyon puanlarının anlamlı şekilde düşük olması literatürle tutarlı bir bilgidir. Bir başka çalışmada benzer şekilde sosyal desteği az olan madde kullanıcılarının depresif semptomlarının daha fazla olduğu ve madde kullanımlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Dobkin ve ark., 2002). Bireylerin sosyal desteğinin yüksek olması ile anksiyete ve depresyon gibi sorunların düşük olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Chen, 2006). Kişinin sosyal ilişkilerinin iyi olmaması, anksiyete ve

depresyon riskini arttırmakta; birçok kişi uyuşturucu ve uyarıcı maddeleri anksiyete ve depresyonu kendi kendine tedavi etmek için kullanabilmektedir.

6. Sonuç ve Öneriler

Bağımlılık tüm dünyada yükselen bir sorun olmaya devam etmektedir. Bağımlılık sorunu yaşayan kişilerin tedavisi toplum sağlığı için oldukça önemlidir. Bağımlı hastalar tedaviye gönüllü olarak başvurabildikleri gibi; kurallar ve işleyiş ülkeden ülkeye değişmekle birlikte yasal yollarla da tedaviye yönlendirilebilmektedirler. Çalışmamızın amacı kannabinoid türevi kullanıcılarında gönüllü olarak tedaviye başvuran ve denetimli serbestlik tedbiri alarak zorunlu şekilde tedavide olan hastaları birçok farklı açıdan karşılaştırmaktı.

İlk hipotezimiz iki grubun madde kullanım özellikleri açısından farklı olduğuydu. Çalışmamızın sonucunda bu hipotezin doğrulandığı görülmüştür. Gönüllü tedavi grubundaki katılımcıların denetimli serbestlik grubundaki katılımcılardan daha fazla madde kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Gönüllü olarak tedaviye başvuran kişilerin daha önce tedaviye başvurma oranı da madde kullanım süreleri de denetimli serbestlik grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Bağımlılık nükslerle seyreden bir hastalıktır ve hastalar birçok kez tedavi sistemine girip çıkmaktadır. Gönüllü grubun madde kullanım öyküsü daha uzun olduğu için madde kullanımlarının daha fazla çıkmış olması doğal görülebilir.

İkinci hipotezimiz madde kullanımının gönüllü grubun yaşamını denetimli serbestlik grubuna göre daha fazla etkilediğiydi. Bu hipotez de doğrulanmıştır. Çalışmamıza göre gönüllü olarak tedavide olan katılımcıların yaşamları madde kullanımından daha olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu da tedaviye gönüllü olarak başvurmalarında önemli bir etken olabilir. Madde kullanımı kişilerin okul ya da iş hayatlarının, ekonomik durumlarının, çevrelerindeki insanlarla ilişkilerinin, fiziksel ve psikolojik sağlıklarının kötüye gitmesine yol açmaktadır. Gönüllü grup denetimli serbestlik grubuna göre daha uzun süredir madde kullandığı için yaşamında daha fazla olumsuzluk yaşamış ve bunların sonucunda da tedaviye başvurma kararına varmış olabilir. Öte yandan; denetimli serbestlik grubu, madde kullanımının yaşamlarına olan etkisinin henüz o kadar farkında da olmayabilir ya da bunu araştırmamızda

belirtmek istememiş olabilir. Hipotezin ikinci kısmı ise iki grup arasındaki tedavi motivasyon farklılığına dairdi. Sonuca göre de denetimli serbestlik grubunun tedavi motivasyonu gönüllü grubun motivasyonundan düşük çıkmıştır. Bu sonuç oldukça anlaşılabilir ve tahmin edilebilirdir. Denetimli serbestlik nedeniyle AMATEM'de bulunan kişiler kendi rızaları dışında yasal bir zorunlulukla orada bulunmaktadırlar. Öte yandan literatürde, zorunlu tedavi ve gönüllü tedavi sonuçlarının karşılaştırıldığı araştırmalar birbirinden farklı sonuçlar göstermektedir. Bazı araştırmalar zorunlu olarak tedavide bulunan kişilerin de tedaviden olumlu sonuç alabildiğini gösterirken bazı araştırmalar tersini iddia etmektedir. Birçok araştırmanın ortak olarak buluştuğu nokta ise tedavi motivasyonudur. Zorunlu tedavide olan kişilerin de tedaviye başladıktan sonra motivasyonunun artabildiği belirtilmektedir. Tedavi ekibi ile kurulan ilişkinin önemi vurgulanmaktadır. Bunun için motivasyon artırıcı grup çalışmalarının ve bireysel görüşmelerin önemine değinilmektedir. Kişi yasal nedenlerle tedavide olsa da, tedavi ekibinde yer alan bir ya da birden fazla kişi ile iyi bir ilişki kurabildiğinde, baskı hissetmediğinde ve yardım alabileceğine inandığında motivasyonu artabilir. Bizim araştırmamızın sonucuna göre de denetimli serbestlik tedbiri ile bağımlılık tedavisinde bulunan bireylerin motivasyonunun artırılması için daha fazla bireysel görüşme ve grup çalışması yapılması önerilebilir. Şu an mevcutta denetimli serbestlik almış kişilere, altı oturumluk grup çalışması formatında denetimli serbestlik bağımlılık programı uygulanmaktadır. Bu oturumlar; denetimli serbestlik bilgilendirme ve bağımlılık, uyuşturucu/uyarıcı maddeler ve etkileri, motivasyon kazandırma, duygu, düşünce ve davranış döngüsü, tekrar kullanmaya başlamayı önleme ve iyileşmek oturumları olarak düzenlenmiştir. Program geliştirilirken, bağımlılıkla ilgili birçok bileşenin kısa sayılabilecek bir sürede ele alınabilmesi hedeflenmiştir. Ancak bu oturumların etkin bir şekilde uygulanması büyük önem arz etmektedir. Motivasyon kazandırma oturumuna ek olarak bireysel görüşmelerle kişilerin tedavi motivasyonlarının artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızın üçüncü hipotezi gönüllü tedavi grubundaki katılımcıların denetimli serbestlik grubundaki katılımcılardan daha fazla ruhsal sorun yaşadığıdır ve bu hipotez de doğrulanmıştır. Gönüllü tedavi grubu depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinde diğer gruptan daha yüksek puan almıştır. Madde kullanımının bireyde yarattığı psikolojik hasar aşikardır. Bağımlılık birçok ruhsal bozukluk ile bir arada gitmektedir ve tedavide eş tanının çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Bağımlılığın gelişiminde kimi zaman bir sebep kimi zaman bir sonuç olan eşlik eden bozukluklar tedavi edilmediğinde bağımlılık tedavisinin etkin olarak tamamlanması pek mümkün değildir. Bu nedenle hastada bağımlılığa eşlik eden bozukluk ya da bozuklukların saptanması ve tedavi edilmesi önerilmektedir.

Çalışmanın dördüncü hipotezi denetimli serbestlik grubunun kriminal düşünce yatkınlığının gönüllü gruptan daha fazla olduğuydu ve bu hipotez doğrulanmadı. Kriminal düşünce ölçeğinde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Gönüllü tedavi grubunun da ceazevi ve denetimli serbestlik geçmişine sahip olma oranının yüksek olması iki grup arasında kriminal düşünce ölçeğinde anlamlı bir fark olmamasında önemli bir noktadır. Öncelikle denetimli serbestlik grubunun veri toplama sürecinde oldukça kuşkucu ve tedirgin olduğunun altı çizilmelidir. Her ne kadar bu çalışmada verilen ölçeklerin adli süreçlerini hiçbir şekilde etkilemeyeceği, ölçekleri isim yazmadan doldurabilecekleri vurgulanmış olsa da defalarca bu ölçekleri doldurmakla adli süreçlerinin etkilenip etkilenmeyeceğine dair sorular sormuşlardır. Dolayısıyla ölçeklerde yanıltıcı bazı cevaplar da vermiş olabilecekleri düşünülmektedir. Buna ek olarak, keşfedici analizlere bakıldığında kriminal düşünce ölçeğinde geçmişte denetimli serbestlik öyküsü olan ya da cezaevi öyküsü olan katılımcıların, geçmişte yasal herhangi bir sorunu olmamış katılımcılardan daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu sonuç literatürle tutarlı olmakla beraber, rehabilitasyonda farklı yöntemlerin gelişmesinin gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Denetimli serbestlik tedbiri alan ya da cezaevinden tahliye olan bireylerin kriminal düşünce yapılarının hedef alınması, yasal sistem içerisindeyken düzenli olarak grup

çalışmaları ve bireysel terapilerle kriminal düşüncelerin değiştirilmesi için uğraş verilmesi mükerrer suçun önlenmesi adına elzemdir. Yurtdışındaki birçok çalışma, cezaevlerinde uygulanan grup çalışmaları ve terapötik müdahalelerin olumlu sonuçlar verebildiğini göstermektedir. Ülkemizde de cezaevlerinde psikososyal servislerde görev alan psikolog ve sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. Cezaevlerinde rehabilitasyon amaçlı bazı grup çalışmaları düzenlenmektedir. Bu çalışmaların etkinliğinin arttırılmasının, personelin eğitilmesinin ve çalışma motivasyonlarının yüksek tutulmasının gerekliliği ortadadır. Bağımlılar, mahkumlar ve tutuklular çalışılması güç olabilen popülasyonlardır ve personelin tükenmişliği fazla olabilmektedir. Bu tükenmişliğin olabildiğince önüne geçilmesi suç ve bağımlılık ile mücadelede kayda değer bir tuğla taşı görevi görecektir.

Çalışmanın beşinci ve son hipotezi gönüllü tedavi grubunun denetimli serbestlik grubundan daha fazla soysal desteğe sahip olduğudur. Bu hipotez doğrulanmamıştır. Sosyal destek bağlamında anlamlı bir fark çıkmadığı gibi, denetimli serbestlik grubu arkadaşlarından aldıkları sosyal desteği gönüllü tedavi grubundan daha yüksek olarak değerlendirmişlerdir. Bunun birçok farklı nedeni olabileceği düşünülmektedir. Gönüllü olarak tedavide olan grubun tedavi motivasyonu daha yüksektir ve arkadaşlığın bağımlılığın sürdürülmesinde önemli bir faktör olduğunu grup çalışmalarında dillendirmektedirler. Denetimli serbestlik grubu arkadaşlarının bağımlılıklarının sürmesinde önemli bir etken olmadığını düşünüyor olabilir. Buna ek olarak bağımlılık tedavisinde kişilerin nüks yaşamaları ve tedaviye birden çok kez başvurmaları çevrelerindeki insanlar için yıpratıcı bir süreç olabilmektedir. Çalışmamızdaki gönüllü grubun tedaviye birden fazla kez başvurmuş olması; ailenin, arkadaşların ya da yaşamlarındaki diğer kişilerin güvenini ve inancını sarsmış olabilir. Keşfedici analizlerde ortaya çıkan önemli bir sonuç da işsiz olan ve aylık geliri düşük olan katılımcıların aileden sosyal destek göremedikleri ya da az gördükleri yönündedir. Maddi zorluk içerisinde olan bağımlıların, manevi olduğu kadar maddi olarak da ailelerini zor durumda bıraktıkları durumlar oldukça fazladır.

Ülkemizde zorunlu ve gönüllü tedavide farklı işleyişler olmakla birlikte bu çalışma bu iki grubun farklılıklarını ve benzerliklerini gözler önüne sermektedir. Denetimli serbestlik grubunun tedavi motivasyonun arttırılmasına şiddetle ihtiyaç vardır.

Hipotezlere ek olarak keşfedici analizlerin ışığında birkaç konunun vurgulanması gerekmektedir. Öncelikle çalışmamızda literatürle tutarlı olarak bağımlıların eğitim seviyesinin düşük olduğu görülmektedir. Bağımlılık tedavisinden önce bağımlılığı önleme adına çocuk ve ergenlerin eğitim sistemi içinde tutulması, suç ve bağımlılık ile mücadelede hayati önem taşımaktadır. Kriminal düşünce yapısının eğitim seviyesi yükseldikçe azalması, bu önemin bir başka kanıtı olarak görülebilir.

Birden fazla madde kullanan kişilerin birçok konuda sadece esrar kullanan kişilerden daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür. Bu literatürle tutarlı bir bilgidir. Çoklu madde kullanımı bağımlılığın daha şiddetli yaşanmasına ve suçun artmasına neden olmaktadır.

Bir diğer vurgulanması gereken konu ise farklı disiplinlerden gelen uzmanların bağımlılık tedavisinde bir arada çalışmasının gerekliliğidir. Bağımlılık tedavisinde psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve ergoterapist gibi farklı disiplinlerden gelen uzmanların tedavi ekibinde yer alması, tedavinin etkinliğini arttırmaktadır. Tedavi sürecinde ve sonrasında kişinin gerekli eğitim ve iş desteğini alabilmesi, madde kullanımına geri dönmemesi için gerekli koşullardan biridir. Bağımlılığa eşlik eden ruhsal ve fiziksel sorunların saptanması, gerekiyorsa ilaç tedavisinin uygulanması, terapi desteği verilmesi ve düzenli aralıklarla takip sisteminin işlemesi rehabilitasyonun tamamlanabilmesi için sağlanmalıdır. Adalet sistemine denetimli serbestlik alarak ya da tutuklu/hükümlü olarak girmiş her bir bireyin kriminal düşünce yapısının ölçekler yardımı ile ölçülmesi, bu ölçeklerin sonucuna göre de grup çalışmaları ve bireysel terapi desteği ile sağlıklı bir düşünce yapısına kavuşmalarının amaçlanması toplumun refahını arttırmada büyük rol oynayacaktır.

Son olarak, çalışmamızda özellikle gönüllü tedavi grubu sınırlı sayıda katılımcıdan oluşmaktadır. Dolayısıyla farklı özellikteki ve daha büyük bir örneklem grubuyla çalışma yapıldığında farklı sonuçlara ulaşılabilir. Bu iki grubun benzerliklerinin ve farklılıklarının, farklı örneklemlerle araştırılmaya devam edilmesi alana büyük katkılar sağlayacaktır.

Kaynakça

Agrawal, A., Nelson, E. C., Bucholz, K. K., Tillman, R., Grucza, R. A., Statham, D. J., ... & Lynskey, M. T. (2017). Major depressive disorder, suicidal thoughts and behaviours, and cannabis involvement in discordant twins: a retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 4(9), 706-714.

Aktaş, E. Ö., Koçak, A., Şenol, E., Yemişçigil, A., Coşkunol, H., Erbaş, K., & Akbaba, M. (2006). Ege Bölgesinde ele geçirilen narkotik maddeler ve madde bağımlılarının incelenmesi. Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 3(1), 13-24.

Akvardarlar, Y., Arıkan, Z., Berkman, K., Dilbaz, N., Oral, G., Uluğ, B., ... & Mete, L. (2011). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı*. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Pozitif Matbaa, 879-253.

Alban, K. (2018). Alkol-madde bağımlısı bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı; Elazığ ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi amatem örneği/Alcohol-and drug-addicted individuals internalized stigmatization and self-esteem Elaziğ mental health hospital, amatem example. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi, Elazığ.

Alpay, N., Karamustafaoğlu, N., & Kükürt, R. (1995). Madde bağımlılarında suç. Düşünen Adam, 8(2), 16-17.

Altuner, Durdu; Engin, Nalan; Gürer, Cüneyt; Akyay, İlkay; Akgül, Arif (2009) Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma, Tıp Araştırmaları Dergisi, Cilt:7, Sayı:2, s. 87-94.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th ed: DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association

Artuç, S., Doğan, K. H., & Demirci, Ş. (2014). Uyuşturucu maddelerde yeni trend sentetik kannabinoidler. *Adli Tıp Bülteni*, 19(3), 198-205.

Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. International journal of high risk behaviors & addiction, 4(1).

Ateş, N., Unubol, B., Bestepe, E. E., & Bilici, R. (2019). The effect of perceived social support on quality of life in Turkish men with alcohol, opiate and cannabis use disorder. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-21.

Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *British Journal of Psychiatry*, 178(02), 101–106.

Avşar, G., Koç, F., & Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. ACU Sağlık Bil Derg 2016(1):44-49

Babaoğlu, A. N. (1997). *Uyuşturucu ve tarihi: bağımlılık yapan maddeler*. Kaynak Yayınları.

Babson, K. A., Sottile, J., & Morabito, D. (2017). Cannabis, cannabinoids, and sleep: a review of the literature. *Current psychiatry reports*, 19(4), 23.

Barry, M. (2006). *Youth Offending in Transition: The Search for Social Recognition*. London: Routledge.

Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 136-147.

Berk, G. (2010). *Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Tedavi Kararlarında Uygulanacak Bağımlılık Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir

Bilici, R., Uğurlu, G. K., Tufan, E., Güven, T., & Uğurlu, M. (2012). Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4), 223-227.

Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1-8.

Blomberg, T. G., Bales, W. D., & Piquero, A. R. (2012). Is educational achievement a turning point for incarcerated delinquents across race and sex?. Journal of youth and adolescence, 41(2), 202-216.

Bolton, J. M., Robinson, J., & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of affective disorders*, 115(3), 367-375.

Budney, A. J., Radonovich, K. J., Higgins, S. T., & Wong, C. J. (1998). Adults seeking treatment for marijuana dependence: a comparison with cocaine-dependent treatment seekers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6(4), 419.

Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M., & Vırıt, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanim bozukluklari birimine başvuran hastalarin sosyodemografik özellikleri. *Journal of Dependence*, 7, 65-70.

Carrà, G., Bartoli, F., & Crocamo, C. (2019). Trends of major depressive episode among people with cannabis use: Findings from the National Survey on Drug Use and Health 2006–2015. *Substance Abuse*, 1–7. doi:10.1080/08897077.2018.1550464

Castel, S., Rush, B., Urbanoski, K., & Toneatto, T. (2006). Overlap of clusters of psychiatric symptoms among clients of a comprehensive addiction treatment service. Psychology of Addictive Behaviors, 20(1), 28.

Chen, G. (2006). Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 306-323.

Cohen, K., Kapitány-Fövény, M., Mama, Y., Arieli, M., Rosca, P., Demetrovics, Z., & Weinstein, A. (2017). The effects of synthetic cannabinoids on executive function. *Psychopharmacology*, *234*(7), 1121-1134.

Courtwright, D.T., (2001). *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cullen F. (1994) Social support as an organizing concept for criminology: Presidential address to the academy of criminal justice sciences, Justice Quarterly, 11:4, 527-559, DOI: 10.1080/07418829400092421

Çalışkan, N. (2015) *Denetimli Serbestlik Tedbiri ile Tedavi Kararı Verilen Kannabis Kullanıcılarında Dürtüsellik ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Takip Sonuçları ile İlişkisi*, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara

Çelikay H., (2017). *Esrar ve sentetik esrar kullanımı olan bireylerin nöropsikolojik işlevlerinin madde kullanımı olmayan bireylerle karşılaştırılması*. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü.

Çöpür, M., Eryılmaz, A., & Çakmak, D. (2014). Alkol, madde kullanımı ve yasal sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2), 84-88.

Davidson, C., Opacka-Juffry, J., Arevalo-Martin, A., Garcia-Ovejero, D., Molina-Holgado, E., & Molina-Holgado, F. (2017). Spicing Up Pharmacology: A Review of Synthetic Cannabinoids From Structure to Adverse Events. *Advances in Pharmacology*, 135–168.doi:10.1016/bs.apha.2017.05.001

Demirel, A., (2009). *Trafikte Uyuşturucu Ve Keyif Verici Madde Kullanimi*. Fen Bilimleri Enstitüsü, Gazi Üniversitesi

Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356.

Dönmezer, S., Erman, S., (1997). Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku, Genel Kısım, Cilt III, Ankara.

Drummer, & Odell, M. (2001). *The forensic pharmacology of drugs of abuse*. Arnold.

Duncan, G. J., Wilkerson, B., & England, P. (2006). Cleaning up their act: The effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography*, 43, 691–710. doi:10.1353/dem.2006.0032

Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. Türk Psikoloji Dergisi,10(34), 17-25.

Elmas, İ., & Yılmaz, A. (t.y.). Zehirlenmeler ve Madde Bağımlılığı. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/9.html Son Erişim Tarihi: 17.03.2021

EMCDDA. (2017). *Avrupa Uyuşturucu Raporu: Trendler ve Gelişmeler*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001TRN.pdf adresinden edinilmiştir. Son Erişim Tarihi: 17.03.2021

EMCDDA. (2019). *Avrupa Uyuşturucu Raporu*. Lüksemburg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF.pdf adresinden edinilmiştir. Son Erişim Tarihi: 17.03.2021

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

Evren C. & Bozkurt M. (2013) Sentetik Kannabinoidler: Son Yılların Krizi, Düşünen Adam *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*;26:1-11

Evren, E. C., Ögel, K., & Çakmak, D. (2002). Esrar ve meperidin (Petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 20-27.

Fagan, R. (1999). The use of required treatment for substance abusers. Substance Abuse, 20(4), 249-261.

Farabee, D., Nelson, R., & Spence, R. (1993). Psychosocial profiles of criminal justice-and noncriminal justice-referred substance abusers in treatment. Criminal Justice and Behavior, 20(4), 336-346.

Fergusson, D. M., & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6), 969-976.

Feucht, Thomas, E, (2003), "Prostitutes on Crack Cocaine Addiction, Utility, and Marketplace Economics" edt. Gaines, Larry, K and Kraska, Peter, B, Drug, Crime, & Justice, 2. Edition, Illinois: Waveland Press, Inc. pp. 135-147.

Folk, J. B., Stuewig, J. B., Blasko, B. L., Caudy, M., Martinez, A. G., Maass, S., ... & Tangney, J. P. (2018). Do demographic factors moderate how well criminal thinking predicts recidivism?. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(7), 2045-2062.

Friedman AS, Terras A & Glassman K (2003) The differential disinhibition effect of marijuana use on violent behavior: a comparison of this effect on a conventional, non-delinquent group versus a delinquent or deviant group. *Journal of Addictive Diseases*, 22(3), 63–78

Gaoni, Y., & Mechoulam, R. (1964). Isolation, structure, and partial synthesis of an active constituent of hashish. *Journal of the American chemical society*, 86(8), 1646-1647.

Gendreau, Paul. (1996). *The principles of effective intervention with offenders*. In (Alan T. Harland, ed.), Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply. Thousand Oaks, CA: Sage.

Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of drug issues*, 15(4), 493-506.

Goodman, I., Peterson-Badali, M., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36(6), 660–668.

Groot, W., & van den Brink, H. M. (2010). The effects of education on crime. *Applied economics*, 42(3), 279-289.

Grotenhermen, F., & Russo, E. (2002). *Cannabis and cannabinoids: pharmacology, toxicology, and therapeutic potential*. Psychology Press.

Gruber, S. A., Sagar, K. A., Dahlgren, M. K., Racine, M., & Lukas, S. E. (2012). Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 496.

Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoğlu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460

Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 115–136. https://doi.org/10.2147/SAR.S183256

Hartwell, S. (2004). Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, 15(1), 84-99.

Hasin DS, O'Brein CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A et al. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders:recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170:834-851

Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M., ... & Grant, B. F. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. American Journal of Psychiatry, 173(6), 588-599.

Hesse M. (2006). What does addiction mean to me. *Mens sana monographs*, 4(1), 104–126. https://doi.org/10.4103/0973-1229.27609

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A., & Ahlström, S. (1997). The 1995 ESPAD report. Alcohol and other drug use among students in 26 European countiries.

Howard, D. L., & McCaughrin, W. C. (1996). The treatment effectiveness of outpatient substance misuse treatment organizations between court-mandated and voluntary clients. *Substance use & misuse*, 31(7), 895-926.

Howlett, A. C., Barth, F., Bonner, T. I., Cabral, G., Casellas, P., Devane, W. A., ... & Mechoulam, R. (2002). International Union of Pharmacology. XXVII. Classification of cannabinoid receptors. *Pharmacological reviews*, 54(2), 161-202.

Hser, Y.-I., Maglione, M., Polinsky, M. L., & Anglin, M. D. (1998). Predicting Drug Treatment Entry Among Treatment-Seeking Individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), 213–220. doi:10.1016/s0740-5472(97)00190-6

Hu, X., Primack, B. A., Barnett, T. E., & Cook, R. L. (2011). College students and use of K2: an emerging drug of abuse in young persons. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *6*(1), 16.

https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf (Son Erişim Tarihi: 13.11.2020)

https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5402.pdf (Son Erişim Tarihi: 13.11.2020)

https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2918.pdf (Son Erişim Tarihi: 13.11.2020)

https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8182&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 (Son Erişim Tarihi: 13.11.2020)

IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Israelsson, M., & Gerdner, A. (2012). Compulsory commitment to care of substance misusers: International trends during 25 years. European addiction research, 18(6), 302-321.

Iverson LL (2000) *The Science of Marijuana*. New York, NY: Oxford University Press

İmir, H. (2019). Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Madde Bağımlısı Bireylerin Aile ve Sosyal Çevreleri ile Olan İlişkileri (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Jacoby, J. E., & Kozie-Peak, B. (1997). The benefits of social support for mentally ill offenders: prison-to-community transitions. *Behavioral Sciences & the Law*, 15(4), 483–482.

Jang, B. J., Schuler, M. S., Evans-Polce, R. J., & Patrick, M. E. (2018). Marital status as a partial mediator of the associations between young adult substance use and subsequent substance use disorder: Application of causal inference methods. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 79(4), 567-577.

Kahraman, U., Z. (2015). *Madde Kullanım Suçlarında Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Kamer, V.K., (2008) Madde Bağımlılarının Rehabilitasyonunda Yeni Dönem Denetimli Serbestlik Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 79, http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2008-79-471 13.11.2020 tarihinde indirilmiştir.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, (2015). 2015-11 Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri. https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,55469/2015-11-denetimli-serbestlik-tedavi-hizmetleri.html Son erişim tarihi: 17.03.2021

Kansagara, D., Becker, W. C., Ayers, C., & Tetrault, J. M. (2019). Priming primary care providers to engage in evidence-based discussions about cannabis with patients. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 42.

Karaağaç, H., Usta, Z. E., Usta, A., Yarmalı, M. G., & Gödekmerdan, A. (2017). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin retrospektif analizi. *Dusunen Adam*, 30(3), 251-257.

Karadeniz, H., Birincioğlu, İ., Ketenci, H. Ç., & Karabacak, V. (2018). Doğu Karadeniz Bölgesinde Uyuşturucu Madde Kullanımının Değerlendirilmesi (2010-2013). *Karadeniz Chemical Science and Technology*, (2), 32-36.

Karataş, Z. (2020). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Yetişkinlerin Sorunlarının Açıklanmasında Aile İşlevleri ve Çeşitli Demografik Değişkenlerin Rolü. Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(1), 70-105.

Kaylı, D. Ş., Altıntoprak, A. E., Çelikay, H., Korkmaz, Y. B., & Kabakçı, D. (2016). Madde bağımlılığı nedeniyle denetimli serbestlik tedavisine yönlendirilen bireylerde madde kullanım örüntüsü ile göç arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17(5). 376-384.

Kazarian, S. S., & McCabe, S. B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*, 19(2), 150-160.

Kline, A. (1997). Profiles of criminal-justice clients in drug treatment: Implications for intervention. *Addictive behaviors*, 22(2), 263-268.

Knight, K., Simpson, D. D., & Morey, J. T. (2002). *TCU-NIC Cooperative Agreement: Final report*. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research

Köknel Ö., (1998) *Bağımlılık. "Alkol ve Madde Bağımlılığı".* Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık A.Ş., İstanbul.

Küçük, E., Küçük, İ., & Kirazaldı, Y. Y. (2015). Acil serviste yeni bir tehlike: Sentetik kannabinoidler (Bonzai, Jameika). *Genel Tıp Dergisi*, 25, 18-22.

Lemieux, C. M. (2002). Social support among offenders with substance abuse problems: Overlooked and underused?. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 23(1), 41-57.

Lincour, P., Kuettel, T. J., & Bombardier, C. H. (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: A pilot study. *Addictive behaviors*, 27(3), 381-391.

Manzoni, Patrik; Fischer, Benedikt and REHM, Jürgen, (2007), "Local Drug-Crime Dynamics in a Canadian Multi-Site Sample Of Unterated Opioid Users", Canadian *Journal Of Criminology & Criminal Justice*, University of Toronto Pres, pp. 341-373.

Markowitz, S., (2005), "Alcohol, Drugs And Violent Crime", *International Review Of Law And Economics*", 25 (2005), pp. 20-44.

Marshall, G. N., & Hser, Y.-I. (2002). Characteristics of criminal justice and noncriminal justice clients receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 27(2), 179–192

Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). An Investigation Into the Relationship Between Socially Desirable Responding and Offender Self-Report. *Psychological Services*, 2(1), 70.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.

Morey, J. T. (2006). Gender differences in ratings of criminal thinking, psychosocial functioning, and response to treatment for individuals in correctional substance abuse treatment [electronic resource]. UMI thesis.

Moss, H. B., & Tarter, R. E. (1993). Substance abuse, aggression, and violence: what are the connections?: clinical update. *American Journal on Addictions*, 2(2), 149-160.

Murray, R. M., Quigley, H., Quattrone, D., Englund, A., & Di Forti, M. (2016). Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis. *World Psychiatry*, 15(3), 195-204.

Musalar Ö. (2011). Denetimli serbestlik tedbiri ile tedavi kararı verilenlerde madde kullanım özellikleri ı. eksen ve ıı. eksen tanılarının araştırılması. Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir

Mutlu, E., & Öztürk Sarıkaya, Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, s. 276-285.

Ögel, K. (1997). *Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık*. İletişim

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., & Sır, A., (1999). *Madde kullanımı ve suç*. 3P Dergisi, 7.

Ögel, K. (2017). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı*. IQ Kültür Sanat Yayıncılık. İstanbul

Ögel K, Tamar D, Evren C ve ark (2001) Türkiye'de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12:47-52.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., & Çakmak, D. (2000). İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Klinik psikiyatri*, 3(4), 242-245.

Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.

Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., İşmen, E. M., & Görücü, S. (2015). Bağımlılık Profil Indeksi Klinik Formunun (BAPİK) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(2), 57-69.

Öncü F, Ögel K, Çakmak D. (2001). Alkol Kültürü – 1: *Tarihsel Süreç ve Meyhane Kültürü. Bağımlılık Dergisi*, 2(3), 133-138.

Öncül, Ö. (2014). Investigating cognitive mechanisms of offending among adult and juvenile male prisoners: suggestions for intervention (Doctoral dissertation, MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY).

Öztürk, M., Ögel, K., Evren C., Bilici, R. (2019). *Beğımlılık: Tanı ve Tedavi*. Yeşilay yayınları

Pakiş, I., & Polat, O. (2016). Sentetik kannabinoidler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (1):6-13.

Palamar, J. J., & Acosta, P. (2015). Synthetic cannabinoid use in a nationally representative sample of US high school seniors. *Drug and alcohol dependence*, 149, 194-202.

Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (2004). Predicting reconviction using the psychological inventory of criminal thinking styles with English prisoners. *Legal and Criminological Psychology*, 9(1), 57-68.

Pertwee, R. G. (1997). Pharmacology of cannabinoid CB1 and CB2 receptors. *Pharmacology & therapeutics*, 74(2), 129-180.

Pertwee, R. G. (1999). Cannabis and cannabinoids: pharmacology and rationale for clinical use. *Complementary Medicine Research*, 6(Suppl. 3), 12-15.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. doi:10.1037/0022-006x.51.3.390

Ringel, J. S., Ellickson, P. L., & Collins, R. L. (2006). The relationship between high school marijuana use and annual earnings among young adult males. *Contemporary Economic Policy*, 24(1), 52-63.

Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 38-45.

Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. M. (2011). Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 800-807.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary educational psychology*, 25(1), 54-67.

SAMHSA (2015). 2014 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

SAMHSA (2013), Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.

Sanal Y., (2016). *Tedavi Sürecindeki Bağimlilarin Sentetik Kannabinoid Kullanim Örüntüleri Ve Algilari*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı

Sehlikoğlu, K., (2019). *Madde Kullanimi Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Bireylerin Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri Ile Suç - Ceza İlişkilerinin Değerlendirilmesi.* Uzmanlık Tezi, Adiyaman Üniversitesi Tip Fakültesi Adli Tip Anabilim Dali.

Slaght, E. (1999). Focusing on the family in the treatment of substance abusing criminal offenders. Journal of Drug Education, 29(1), 53-62.

Skeem, J., Louden, J. E., Manchak, S., Vidal, S., & Haddad, E. (2009). Social networks and social control of probationers with co-occurring mental and substance abuse problems. *Law and human behavior*, 33(2), 122-135.

Smith, G. W., Farrell, M., Bunting, B. P., Houston, J. E., & Shevlin, M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey. *Drug and alcohol dependence*, 113(2-3), 222-228.

Sönmez, İ. & Köşger F. (2016)Sentetik Kannabinoid Reseptör Agonisti Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk: Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 27(1):63-6

Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kerschl, V., Oeuvray, K., Ooyen van, M., ... & Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. Substance use & misuse, 40(3), 269-283.

Stokes, P. R., Jokinen, T., Amawi, S., Qureshi, M., Husain, M. I., Yatham, L. N., ... & Young, A. H. (2020). Pharmacological Treatment of Mood Disorders and Comorbid Addictions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 0706743720915420.Şahinli K. (2016). *Alkol ve uyuşturucu madde kullanımının suçlu davranışla ilişkisi: Ankara ceza infaz kurumları örneği*. Güvenlik Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara.

T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023). Alıntı: https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikliYasam_ve_BagimliliklaMucadeleCalismaGrubuBagimliliklaMucadeleAltCalismaGrubuRaporu.pdf Son Erişim Tarihi: 17.03.2021

Taxman, F. S., Giuranna Rhodes, A., & Dumenci, L. (2011). Construct and predictive validity of criminal thinking scales. *Criminal Justice and Behavior*, 38(2), 174-187.

Tellioğlu, T., & Tellioğlu, Z. (2012). Tıbbi esrar psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılabilir mi?. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 98-109.

Tosun, M., 2008. "Madde Bağımlılığına Genel Bakış", İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi etkinlikleri, Türkiye‟de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum, (62): 201-220.

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127-138.

Turan, R. (2010). *Madde kullanım nedeniyle denetimli serbestlik ve tedavi tedbirine hükmolan kişilerin tedaviyi başarıyla tamamlamalarını öngören etkenlerin irdelenmesi*. Doctoral dissertation, Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

TUBİM (2011). *Türkiye Uyuşturucu 2011 Raporu.* Erişim: http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202011.pdf

TUBİM (2014). *Türkiye Uyuşturucu 2014 Raporu.* Erişim: http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202014.pdf

TUBIM (2019). *Türkiye Uyuşturucu 2019 Raporu.* Erişim adresi: http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2019-TURKIYE-UYUSTURUCU-RAPORU.pdf Erişim tarihi: 19 Ağustos 2020.

Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., & Karakoç, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. Fırat Tıp Dergisi, 18(4), 230-234.

United Nations Office on Drugs and Crime (2011). *Synthetic Cannabinoids in Herbal Products*. Erişim: https://www.unodc.org/documents/scientific/Synthetic_Cannabinoids.pdf (Son erişim tarihi: 13.11.2020)

United Nations Office on Drugs and Crime (2003). Preventing Drug Abuse in Turkey National Assessment of Drug Abuse. Erişim: https://www.unodc.org/pdf/gap_turkey_drug_abuse_report.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (*2016*). *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7). Erişim: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2017). *World Drug Report 2017* (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6). Erişim: https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_1_EXSUM.pdf

Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 (2018). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/uyusturucu_eylem_plani/2018-2023_Uyusturucu_ile_Mucadele_Ulusal_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf

Verheyden, S. L., Henry, J. A., & Curran, H. V. (2003). Acute, sub-acute and long-term subjective consequences of 'ecstasy'(MDMA) consumption in 430 regular users. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 18(7), 507-517.

Walters, G. D. (2003). Changes in criminal thinking and identity in novice and experienced inmates: Prisonization revisited. *Criminal Justice and Behavior*, 30(4), 399-421.

Walters, G. D. (2012). Relationships among race, education, criminal thinking, and recidivism: Moderator and mediator effects. *Assessment*, 21(1), 82-91.

Wild, T. C., Yuan, Y., Rush, B. R., & Urbanoski, K. A. (2016). Client engagement in legally-mandated addiction treatment: A prospective study using self-determination theory. *Journal of substance abuse treatment*, 69, 35-43.

Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. Addictive behaviors, 31(10), 1858-1872.

Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. Addictive Behaviors, 23, 81–95.

Wooditch, A., Tang, L. L., & Taxman, F. S. (2014). Which criminogenic need changes are most important in promoting desistance from crime and substance use?. *Criminal Justice and Behavior*, 41(3), 276-299.

World Health Organization. (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. World Health Organization. Alıntı: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf;jsessionid=D9A1 5F15D90530D764AC8364FB8569E1?sequence=1

World Health Organization. (2019). ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed. World Health Organization.

Yılmaz, K., Yalçın, M., Çakmakçı, H., Bektemür, G., Egici, M. T., & Leblebici, Y. (2015). Acil servise bonzai kullanımıyla başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerinin resrospektif olarak değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(2), 80-85.

Yokuş-Sevük, H., (2007). *Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar*. Seçkin Yayıncılık.

Yücel, İ. D., (2019). Denetimli Serbestlik Personelinin Ve Madde Kullanan Denetimli Serbestlik Yararlanicilarinin Rehabilitasyon Uygulamalarinda Yaşadiklari Güçlüklerin Saptanmasi-izmir İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.