T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

KABİL'DEKİ MADDE BAĞIMLILIĞI KLİNİKLERİNDE TEDAVİ GÖREN BAĞIMLILARIN EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

MOHAMMAD İSMAİL FAROOK

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KASIM 2019

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

KABİL'DEKİ MADDE BAĞIMLILIĞI KLİNİKLERİNDE TEDAVİ GÖREN BAĞIMLILARIN EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Mohammad İsmail FAROOK

DOKTORA TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KASIM 2019

Mohammad İsmail Farook tarafından hazırlanan "Kabil'deki Madde Bağımlılığı Kliniklerinde Tedavi Gören Bağımlıların Epidemiyolojik Özelliklerinin Belirlenmesi "adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof.Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Halk Sağlığı ABD, Gazi Üniversitesi Tıp Fak.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Başkan : Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Halk Sağlığı ABD, Gazi Üniversitesi Tıp Fak.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Üye : Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL
Halk Sağlığı ABD, Gazi Üniversitesi Tıp Fak.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Üye : Prof. Dr. Meral SAYGUN
Halk Sağlığı ABD, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fak.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Üye : Prof. Dr. M. Esin OCAKTAN

Halk Sağlığı ABD, Ankara Üniversitesi Tıp Fak.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Üye : Prof. Dr. Metin HASDE

Halk Sağlığı ABD, Sağlık Bilimleri .Ü Gülhane Tıp Fak.

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....

Tez Savunma Tarihi: 06/11/2019

Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Mohammad İsmail FAROOK

06/11/2019

KABİL'DEKİ MADDE BAĞIMLILIĞI KLİNİKLERİNDE TEDAVİ GÖREN BAĞIMLILARIN EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

(Doktora Tezi)

Mohammad İsmail FAROOK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kasım 2019

ÖZET

Afganistan Sağlık Bakanlığı açıklamasına göre ülke genelinde toplam 3,5 milyon kişi uyuşturucu madde kullanmaktadır. Bunların 2,4 milyonu sürekli kullanmaktadır ve bunun da %30'u çocuklar, %7'si kadınlardır. Kesitsel tipte tasarlanan bu çalışmada Kabil'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı 6 madde bağımlılığı tedavi merkezinde yatan bağımlıların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya tedavi merkezlerinde tedavi gören 800 kişi alınmıştır. İstatiksel analiz SPSS 22.0 programıyla yapılmıştır. Araştırma grubunun yaş ortalaması 30,74±11,44'tür (ortanca=30). %88,9'u erkek, %50,6'sı evli ve %34,3'ü bekârdır. Yüzde 35,9'unun hiç eğitim almamış, %23,3'ü ortaokul, %22,3'ü lise, %14,5'i ilkokul ve %4,1'i lisans mezunudur. %60,5'i kentte yaşamakta, %62,8'i mültecidir. %76,6'sı bir işte çalışmakta, %17,5'i çalışmamakta ve %5,8'i öğrencidir. %44,3'ünün aylık gelir 10001-20000 Afgani (147,1-294,1 USD), %30,3'ünün 10000 ve altı Afgani (≤147,1 USD), %10,6'sının 20001-30000 Afgani (294,1-441,2 USD) ve %7,4'ünün 30000 Afgani (>441,2 USD) üzeri olduğu görülmüştür. Bağımlıların %7,5'inde hepatit C, %4,8'inde hepatit B, %0,1'inde HIV pozitiftir. Madde kullanmaya başlangıç ortalama yaşı 19,95±8,8'dir (ortanca=19). Maddeye başlama sebepleri arasında 'arkadaş ortamı nedeniyle' önermesi %36,6 birinci sıradadır. Onu %22,3 ile 'sıkıntı giderici olduğu için', %18,6 ile 'kandırılarak' ve %17,6 ile 'keyif verici olduğu için' önermeleri takip etmektedir. Bireylerin ilk tercih ettikleri madde %46,0 ile esrardır. Onu %25,3 ile afyon, %17,0 ile eroin takip etmektedir. Eroin %87,1 ile yaşam boyu en sık kullanılan madde olmuştur. Onu, %66,3'le esrar, %65,5'le afyon, %62,0 'le CAM (amfetamin), %39,8 ile alkol, %23,0 ile tramadol ve %22,9 ile kristal (metamfetamin) takip etmektedir. <18 yaş grubuna göre; 18-30 yaş olanlar 3,52 kat, 31-45 yaş olanlar 5,49 kat ve 45> yaş olanlar 3,51 kat fazla eroin kullanmaktadır. Kentte yaşayanlar, kırda yaşayanlara göre 1,86 kat fazla eroin kullanmaktadır. Erkekler, kadınlardan 12,24 kat fazla esrar kullanmaktadır. Boşanmış/dul olanlar, bekâr olanlara göre 2,79 kat daha fazla esrar kullanmaktadır. Kentte yaşayanlar, kırda yaşayanlardan 1,89 kat ve mülteci olanlar, mülteci olmayanlardan 1,68 kat daha sık esrar kullanmaktadır. Madde ticareti yapanlar, yapmayanlara göre 2,26 kat daha sık esrar kullanmaktadır. Mülteci olmayanlara göre 1,63 kat; uyuşturucu tarlalarında çalışmış olanlar, çalışmayanlara göre 3,24 kat, çalışmayan kişiler, öğrencilere göre 8,24 kat daha sık afyon kullanmaktadır. Afganistan'da uyuşturucu kullanıcılarının sayısı ve uyuşturucu yaygınlığının ülke çapında periyodik değerlendirmesinin yapılması ve uyuşturucu kullanımına ilişkin bir izleme sistemi kurulması önerilmektedir.

Bilim Kodu	:	1029
Anahtar Kelimeler	:	Madde bağımlılığı, Epidemiyoloji, Afganistan, Bağımlılık tedavi merkezleri
Sayfa Adedi	:	143
Danışman	:	Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

DETERMINATION OF EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADDICTS TREATED IN DRUG ADDICTION CLINICS IN KABUL

(Ph. D. Thesis)

Mohammad İsmail FAROOK

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

November 2019

ABSTRACT

According to the Afghanistan Ministry of Public Health, there are around 3.5 million drug users throughout the country, of whom 2.4 million are regular users, consisting 30% children and 7% women. This cross-sectional study was aimed to determine the epidemiological characteristics of addicts hospitalized in 6 drug addiction treatment centers in Kabul. The study included 800 people who were treated in treatment centers. SPSS 22.0 program was used for statistical analysis. The mean age was 30.74 ± 11.44 years (median = 30) consisting of 88.9% men, 50.6% married and 34.3% single. It is seen that 35.9% of these users have never received any education, 23.3% are secondary, 22.3% are high school, 14.5% are primary school and 4.1% are university graduates. 60.5% live in the city and 62.8% are refugees. 76.6% are employed, 17.5% are unemployed and 5.8% are students. Looking at their monthly income, 44.3% of them had an income of 10001-20000 Afghani (147.1-294.1 USD), 30.3% of them were 10000 and below Afghani (≤147.1 USD), 10.6% of them were 20001 -30000 Afghani (294.1-441.2 USD) and 7.4% were over 30000 Afghani (> 441.2 USD). As per infectious diseases, 7.5% of the addicts showed positive with hepatitis C, 4.8% with hepatitis B and 0.1% with HIV. The mean age of onset of drug use was 19.95 ± 8.8 (median = 19). Among the reasons for starting drugs were mainly "social environment" with 36.6%, followed by propositions for being "relieving distress" with 22.3%, "misleading" with 18.6% and "recreational purpose" with 17.6%. The most preferred substance for individuals is cannabis with 46.0%, followed by 25.3% opium and 17.0% heroin. When lifelong substance use frequency is examined; heroin was the most commonly used substance with 87.1% use, followed by Cannabis with 66.3%, opium with 65.5%, "Shisha"a (amphetamine) with 62.0%, alcohol with 39.8%, tramadol with 23.0% and crystal (methamphetamine) with 22.9%. Compared to <18 age group, addicts who are 18-30 years old used 3.52 times, 31-45 years old 5.49 times and 45> old used 3.51 times more heroin. People living in urban areas use 1.86 times more heroin than those living in rural areas. It was found that men use 12.24 times more cannabis than women. Those who are divorced / widowed use 2.79 times more cannabis than single ones. Urban inhabitants used 1.89 times more cannabis than rural inhabitants and repatriated refugees used 1.68 times more cannabis than non-refugees. Drug traffickers used 2.26 times more cannabis than non-traffickers. Refugees used 1.63 times more opium than non-refugees. Those working in drug fields used 3.24 times more opium than those who did not. People who do not work use opium 8.24 times more frequently than students. After the above research and analysis, it is recommended that a nationwide periodic assessment should be done on the number and prevalence of drug users in Afghanistan and also establish a monitoring system.

Science Code : 1029
Key Words : Drug Addiction, epidemiology, Afghanistan, addiction treatment centers
Page Number : 143
Advisor : Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde katkılarından dolayı tez danışmanım ve değerli hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan'a;

Halk Sağlığı doktora eğitimim boyunca her türlü bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım; Prof. Dr. Sefer Aycan, Prof. Dr. Seçil Özkan, Prof. Dr. Fatma Nur Baran Aksakal, Öğretim Görevlisi Dr. Asiye Uğraş Dikmen'e;

Deneyim ve bilgisi için Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Zehra Arıkan'a;

Tezin istatistiksel değerlendirmesinde danışmanlık aldığım Uzm. Dr. Cemal Koçak'a teşekkür ederim.

Afganistan İslam Cumhuriyeti Yüksek Eğitim Bakanlığı'na, eğitim hayatımda bana maddi ve manevi katkılarını esirgemediği için teşekkür ederim. Araştırma süreci boyunca Afganistan İslam Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na, Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı'na, anket toplamama imkânı sağlayan madde bağımlılığı tedavi merkezleri başhekimlerine, araştırma grubundaki psikiyatri uzmanlarına, psikologlara, hemşire ve sosyal çalışmacılara teşekkür ederim. Ayrıca eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan aileme de teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

İÇİNDEKİLER vii

ÇİZELGELERİN LİSTESİ x

ŞEKİLLERİN LİSTESİ xii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Madde Bağımlılığı Sorununun Boyutu 3

2.2. Bağımlılık Tanımı 5

2.3. Bağımlılık Türleri 6

2.3.1. Fiziksel bağımlılık 6

2.3.2. Psikolojik bağımlılık 7

2.4. Bağımlılık Epidemiyolojisi 7

2.4.1. Dünya'da ve Afganistan'da afyon kullanımı 8

2.5. Madde Bağımlılığının Etiyolojisi 10

2.5.1. Madde bağımlılığı ile ilişkili faktörler 10

2.6. Madde Etki Yolakları 11

2.7. Madde Kullanımının Sonuçları 12

2.7.1. Maddenin yol açtığı bozukluklar 12

2.7.2. Bağımlı kişide görülen davranış değişiklikleri 13

2.8. Bağımlılığın Evreleri 13

2.9. Bağımlılık Yapan Maddeler 14

2.9.1. Alkol 15

2.9.2. Amfetaminler 15

2.9.3. Halusinojenler 16
2.9.4. Esrar ve türevleri 16
2.9.5. Kokain 16
2.9.6. Uçucu maddeler 16
2.9.7. Nikotin 17
2.9.8. Opiat 17
2.10. Bağımlılık Yapan Maddelerin Tarihçesi 18
2.11. Madde Bağımlılığında Tanı Koyma 22
2.11.1. Bağımlılık teşhisinde kullanılan ana kriterler (APA, 1994) 22
2.11.2. DSM tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanı kriterleri 22
2.11.3. Bağımlılık profil indeksi (BAPİ) 25
2.11.4. Öykü alma 25
2.11.5. Biyolojik tanı yöntemleri 25
2.11.6. İlaç ile tanı 28
2.11.7. Ölçek kullanımı 28
2.12. Madde Bağımlılığı Tedavisi 28
2.12.1. Tıbbi tedavi 29
2.12.2. Psikososyal tedavi 32
2.12.3. Özel bağımlılık klinikleri 33
2.13. Madde Bağımlılığından Korunma 33
2.13.1. Önleme modelleri 33
2.13.2. Önleme programları 34
3. GEREÇ VE YÖNTEM 37
3.1. Araştırmanın Tipi 37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 38
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri 40

3.4.1. Dâhil edilme kriterleri 40
3.4.2. Dışlanma kriterleri 40
3.5. Veri Toplama Araçları 41
3.6. Verilerin Toplanması 42
3.7. Verilerin Analizi 44
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 44
3.9. Araştırma Takvimi 45
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları 45
4. BULGULAR 47
5. TARTIŞMA 89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 115
6.1. Sonuç 115
6.2. Öneriler 117
KAYNAKLAR 119
EKLER 129
EK-1. Etik kurul 130
EK-2. Onam formu 133
EK-3. Anket formu 134
ÖZGEÇMİŞ 143

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 3.1. 2019 yılında Afganistan'da madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin tedavi kapasitesi 39

Çizelge 3.2. Araştırma takvimi 45

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018 48

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018 51

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018 53

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımı ile ilgili özellik ve bulguların dağılımı, Afganistan, 2018 55

Çizelge 4.5. Madde kullanımının kişide yol açtığı ruhsal rahatsızlıkların dağılımı, Afganistan, 2018 57

Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin ilk tercih ettikleri madde dağılımı, Afganistan, 2018 58

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin en son kullandıkları maddelerin dağılımı, Afganistan, 2018 59

Çizelge 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanım sıklıkları, Afganistan, 2018 60

Çizelge 4.9. Araştırmaya katılan bireylerin tercih ettikleri maddeye göre özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018 62

Çizelge 4.10. Araştırmaya katılan bireylerin aldığı tedavi ile ilgili özellikleri, Afganistan, 2018 63

Çizelge 4.11. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanma durumu, Afganistan, 2018 65

Çizelge 4.12. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanma durumu, Afganistan, 2018 66

Çizelge 4.13. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanma durumu, Afganistan, 2018. 68

Çizelge 4.14. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanımı, Afganistan, 2018 70

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 4.15. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanma durumu, Ankara, 2018 72

Çizelge 4.16. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanma durumu, Afganistan, 2018..... 73

Çizelge 4.17. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanma durumu, Afganistan, 2018..... 75

Çizelge 4.18. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanımı, Afganistan, 2018 77

Çizelge 4.19. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanma durumu, Afganistan, 2018 79

Çizelge 4.20. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanma durumu, Afganistan, 2018 80

Çizelge 4.21. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanma durumu, Afganistan, 2018 82

Çizelge 4.22. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanımı, Afganistan, 2018 84

Çizelge 4.23. Bağımlıların bazı özelliklerinin eroin kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu, Afganistan, 2018..... 85

Çizelge 4.24. Bağımlıların bazı özelliklerinin esrar kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu, Afganistan, 2018..... 87

Çizelge 4.25. Bağımlıların bazı özelliklerinin afyon kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu, Afganistan, 2018..... 88

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil **Sayfa**

Şekil 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı, Afganistan, 2018 49

Şekil 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımı, Afganistan, 2018 49

Şekil 4.3. Ailede madde kullananların dağılımı, Afganistan, 2018 52

Şekil 4.4. Katılımcıların uyuşturucu madde kulanım yerleri hakkında düşünceleri, Afganistan, 2018 54

Şekil 4.5. Katılımcıların uyuşturucu maddeye başlama sebeplerinin dağılımı, Afganistan, 2018 56

Şekil 4.6. Madde kullanımın kullanan kişide yol açtığı ruhsal rahatsızlıklar, Afganistan, 2018 57

Şekil 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin ilk tercih ettikleri madde dağılımı, Afganistan, 2018 59

Şekil 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanım sıklıkları, Afganistan, 2018 61

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	**Açıklamalar**
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük

Kısaltmalar	**Açıklamalar**
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AMATEM	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
ANDUS	Afghanistan National Drug Use Survey (Afganistan Ulusal Uyuşturucu Kullanımı Çalışması)
APA	American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
ASI	Addiction Severity Index **(**Bağımlılık Şiddeti Endeksi**)**
BAPİ	Bağımlılık Profil İndeksi
BM	Birleşmiş Milletler
BUN	Blood Urea Nitrogen **(**Kan üre azotu**)**
CPK	Creatine phosphokinaz **(**Kreatin fosfokinaz**)**
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

Kısaltmalar	Açıklamalar
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Europol European Police Office (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Madde İzleme Merkezi)
FDA	United States Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
GABA	Gamma Amino Bütirik asit
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
IDU	Intravenous Drug User (Damar içi Madde Kullanıcısı)
INL	International Narcotics and Law Enforcement Affairs (Uluslararası Narkotik ve Hukuk Bürosu İcra Dairesi)
LAAM	Levo α asetilmetadol
LSD	Liserjic asit dietilamid
M.Ö.	Milattan önce
MDMA	Methylenedioxymethamphetamine
NMDA	N-metil-D-aspartat
NSP	Needle and Syringe Programmes (İğne ve Şırınga Programı)
UNODC	United Nations Office on Drug and Crime **(**Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)
yy.	Yüzyıl

1. GİRİŞ

Uyuşturucu madde kullanımı insanlık tarihi kadar eskidir ve zaman geçtikçe dünyadaki bütün insanlar için hem sağlık hem de sosyal problem yaratan bir mesele haline gelmektedir. Madde bağımlılığı sadece sağlık sektörü ile ilişkili bir sorun olmadığı gibi tüm sağlık çalışanlarını da ilgilendiren bir konu olduğu için bu konu hakkında tüm sağlık çalışanlarının bilgisi olmalıdır. Madde bağımlılığının dünyadaki tüm toplumlarda yaşayan bireyler için ekonomik, psikolojik, sosyal ve nörolojik boyutları olan son derece komplike bir olgu olduğu bilinmektedir. Madde bağımlılığı nüks ve düzelme periyodları ile seyreden kronik bir hastalık ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde madde bağımlılığı problemi toplumda sık görülen, sık öldüren, sık kısıtlılığa ve sık işgücü kaybına yol açan bir problemdir [1].

2018 Dünya Uyuşturucu Raporuna göre dünya üzerinde 31 milyon madde bağımlısı bulunmaktadır. Ayrıca dünya genelinde uyuşturucu kullanan kişi sayısı da 275 milyondur. Bundan 2 sene önceki 2016 raporu incelendiğinde ise madde bağımlısı sayısının 29,5 milyon, uyuşturucu kullanan kişi sayısının ise 250 milyon olduğu görülmektedir. Aradaki 25 milyonluk fark uyuşturucuyu deneyen ve kullananların sayısında hızlı bir artış olduğunu göstermektedir. Rapora göre 2016 yılında 192 milyon kişi esrar, 34 milyon kişi eroin, 21 milyon kişi ekstazi, 18 milyon kişi de kokain kullanmış, aynı yıl 10,6 milyon kişi de damar içi uyuşturucu madde kullanmıştır. Bunların yarıdan fazlası hepatit C ve her sekiz kişiden biri HIV (Human Immunodeficiency Virus = İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) ile yaşamaktadır. Rapora göre Afganistan'da afyon üretimi 2016 yılından 2017 yılına kadar %65 artarak 10500 tona ulaşmıştır. Buna karşın 2016'da 91 ton eroin ele geçirilmiştir [2].

Maalesef Afganistan, uzun yıllar süren iç savaş nedeniyle her türlü yasa dışı işler için uygun bir merkez olmuştur ve adeta şimdi bütün dünya için uyuşturucu madde üreten bir kaynak konumundadır [3]. 2018 Dünya Uyuşturucu Raporuna göre Afganistan, haşhaş ekimi ve afyon üretiminde dünya birincisidir. Afganistan'ın nüfusu yaklaşık 31.6 milyondur ve bunun %10' dan fazlası uyuşturucu madde bağımlısıdır [2].

ANDUS (Afghanistan National Drug Use Survey = Afganistan Ulusal Uyuşturucu Kullanımı Çalışması) 2015 raporuna göre Afganistan'da 2.010.000- 2.460.000 uyuşturucu madde kullananları varken, 2017 yılında Afganistan'da 3 milyondan fazla uyuşturucu madde

kullananları olduğu açıklanmıştır. 2019 yılında ise Afganistan Sağlık Bakanlığı açıklamasına göre ülke genelinde toplam 3,5 milyon kişi uyuşturucu madde kullanmaktadır. Bunlardan 2,4 milyon sürekli kullanmaktadır ve bunun da %30'u çocuklar, %7'si kadınlardır. Afganistan'da madde bağımlılığına karşı mücadele eden kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı, Uyuşturucu ile Mücadele Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı'dır ve bu kuruluşlara en büyük mali desteği veren ABD (Amerika Birleşik Devletleri) Dışişleri Bakanlığı, Uluslararası Narkotik ve Hukuk Bürosu İcra Daireleri'dir (INL) [3].

Günümüzde Afganistan'da madde bağımlılığı büyük bir sağlık sorunudur ve zaman geçtikçe de çarpıcı bir artış göstermektedir, 2019 yılında Afganistan'da toplam 86 adet madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmaktadır. Bunlardan 69'u Sağlık Bakanlığı'na ve geri kalan 17'si özel sektöre aittir. Ama özel sektöre ait merkezler de Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde çalışmaktadır. Bu tedavi merkezlerinde yataklı, ayakta ve evde tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Şimdiye kadar Afganistan'ın başkenti Kabil şehrinde madde bağımlılığı hakkında tedavi merkezlerinde hiçbir araştırma yapılmamıştır. Madde bağımlılarının özelliklerinin saptanması, bağımlılıktan korunma için hangi gruplara müdahale programları geliştirileceğine yönelik ışık tutatacaktır. Bu gerekçelerle bu çalışmada, Afganistan'ın başkenti Kabil şehrinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yatan bağımlıların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Bağımlılığı Sorununun Boyutu

Madde bağımlılığı dünya çapında büyük bir sağlık sorunudur. BM'nin (Birleşmiş Milletler) 2016 dünya uyuşturucu raporuna göre dünyadaki yetişkin nüfusun yüzde 5'i uyuşturucu madde kullanmaktadır ve aynı yıl dünyada uyuşturucu madde yüzünden 207 bin insan hayatını kaybetmiştir. Bütün uyuşturucu maddeler arasında insan sağlığına en zararlı maddelerin opioidler olduğu belirtilmekte ve bunlar içinde de 182,5 milyon kullanıcıyla esrar dünyada en fazla kullanılan madde olarak bilinmektedir. 2016 yılında dünyada 247 milyon kişi uyuşturucu madde kullanmış olup, bunun 29 milyonu madde kullanımına bağlı hastalıklarla uğraşırken, bunların yalnızca 6'da 1'inin tedavisi vardır. Bunların 1,6 milyonunda HIV, 6 milyonunda hepatit C pozitif bulunmaktadır. Rapora göre ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttığında uyuşturucu kullanım oranı da artış göstermektedir. Gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde bütün uyuşturucu madde tipleri kullanılmakta olup gelir seviyesi düşük olanlarda ise amfetamin gibi daha ucuz maddeler tüketilmektedir [4].

2017'de, tahminen 271 milyon insan veya 15-64 yaş arası küresel nüfusun %5,5'i uyuşturucu kullanmaktaydı. Bu sıklık 2016 yılına benzerse de, uzun vadeli bir görüş, uyuşturucu kullananların sayısının şu anda 2009 yılına göre %30 daha yüksek olduğunu ortaya koyuyor. Bu artış kısmen 15-64 yaş arası küresel popülasyondaki %10'luk bir artışa bağlı olmasına rağmen, veriler Afrika, Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da opioid türevi kullanımının ve Kuzey Amerika, Güney Amerika ve Asya'da esrar kullanımının yaygın olduğunu gösteriyor. Dünyada en yaygın kullanılan madde, esrar olmaya devam etmekte olup, 188 milyon insanın kullandığı tahmin edilmektedir. Esrar kullanımının yaygınlığı, Amerika ve Asya'daki yükselen eğilimlerle bile, küresel düzeyde on yıl boyunca genel olarak sabit kalmıştır [5].

Genel olarak, Kuzey Amerika %4 opioid kullanan nüfus ile en yüksek yıllık prevalansın olduğu alt bölge olmaya devam etmektedir. Yakın ve Orta Doğu ve Güney-Batı Asya, nüfusun %1,6'sında yıllık opioid (afyon, morfin ve eroin) kullanım sıklığı mevcuttur. Bununla birlikte, kullanıcı sayıları açısından, küresel opioid türevi kullanıcılarının %35'i ve dünya çapındaki afyon kullanıcılarının neredeyse yarısı Güney Asya'da yaşamaktadır [5].

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisinin (UNODC), 2017 Afganistan Afyon Ekim ve Üretim Araştırması sonuçlarına göre; Afganistan'da 2017 yılında haşhaş ekimi bir önceki yıla göre %63 artarak 328 bin hektara ulaşmıştır. 2017 yılında 4 bin 800-ton olan afyon üretimi ise %87 artışla 2018 yılında 9 bin tona çıkmıştır. 1994'ten beri Afganistan'da afyon ekim ve üretimi ilişkin artmış olup, 2017'de rekor seviyelere ulaşıldığı kaydedilmiştir. Raporda 2017 yılında Afgan hükümetinin 750 hektar haşhaş imha ettiği belirtilmiştir. Oysa ki 2016'da imha edilen haşhaş tarlası 355 hektar idi. Raporda Afganistan'da 24 farklı bölgede haşhaş ekildiği belirtilmiştir. Artan afyon üretiminin afyon fiyatlarını da düşürdüğü vurgulanmıştır [6].

Afganistan dünyadaki afyonlu uyuşturucuların %90'ını üretmektedir. Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı, 2006 yılından beri Afganistan Sağlık Bakanlığı bünyesindedir ve madde bağımlıların tedavisinden sorumludur. Maddeye olan talebi azaltma, Afgan Ulusal Uyuşturucu Kontrol Stratejisinin bir parçasıdır. Bu departmanın görevleri arasında; önleme, tedavi, madde zararlarının azaltılması, kamuyu bilinçlendirmek, rehabilitasyon ve illerde, ilçelerde, köylerde uyuşturucu bağımlılarına sağlık hizmeti veren personelin mesleki bilgi düzeyini yükseltmek bulunmaktadır. Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı'nı destekleyen kuruluşlar; Afganistan Devleti, ABD Dış İşleri Bakanlığı ve Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'dir [6].

2017'de, ülkenin 32 ilinde uyuşturucu bağımlıları için toplam 109 tedavi merkezi bulunmaktaydı. Bunlardan 59 tedavi merkezi Sağlık Bakanlığı'na bağlı olup, kalan 48 merkez özel sektöre bağlıydı. 2019 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı'nın ülkede toplam 69 madde bağımlılığı tedavi merkezi oluşmaktadır. Bu merkezlerde hem önleme hem de tedavi hizmetleri ayakta, yatarak ve bağımlıların evlerinde sunulmaktadır. Ayrıca Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı özel sağlık firmalarına ait 17 madde bağımlılığı tedavi merkezi için bütçe hazırlar ve buralarda verilen hizmetleri sadece denetler. Tedavinin her dönemlik toplam yatak sayısı 3290 olup, yıllık tedavi kapasitesi 38856 kişidir. Bunlardan 31440 kişi yataklı, 2240 kişi ayakta ve 5176 kişi kendi evlerinde tedavi almaktadır. Ayrıca yıllık 437000 kişi madde bağımlılığının zararları hakkında bilgilendirilmektedir. Toplam 86 tedavi merkezinden, direkt Sağlık Bakanlığı Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı tarafından yönetilen 69 merkezin yatak sayısı 3485'tir ve her yıl 27040 bağımlı yatarak buralarda tedavi edilmektedir. Bahsedilen merkezlerden 14'ü yatarak tedavi vermekte, hem de maddenin zararları hakkında vatandaşları bilgilendirmektedir. 2019 yılında Afganistan'ın genelinde 12

tedavi merkezi INL tarafından desteklenmiştir ve yurt içi sağlık firmaları tarafından hizmetler sunulmaktadır. 5 tedavi merkezi UNODC tarafından desteklenmektedir. Genel olarak Maddeye Olan Talebi Azaltma Milli Programında 1148 kişi çalışmaktadır. Kabil'de, toplam 23 madde bağımlılığı tedavi merkezi mevcuttur. Bunlardan 9 merkez Sağlık Bakanlığı'na bağlı olup; 6 merkezde yatarak, 3 merkezde ayaktan tedavi sunulmaktadır. 14 merkez özel sektöre bağlıdır ve bu merkezler yatarak (inpatient), ayaktan (outpatient) ve evde (home based) olmak üzere üç düzeyde hizmet sunmaktadır.

Afganistan Narkotikle Mücadele Bakanlığına göre ülkede 3 milyonu aşkın uyuşturucu madde kullananları bulunduğunu bildirmiştir. Yani ülke nüfusunun %10'dan fazlası uyuşturucu madde kullanılmaktadır. Afganistan oransal olarak dünyada uyuşturucu madde bağımlısı sayısının en yüksek olduğu ülkelerden birisidir. 30 yıllık çatışmalardan kaçan Afganlar, uyuşturucu bağımlılığının yüksek olduğu İran ve Pakistan'a sığınmışlardır.2015 taki Afganistan ulusal uyuşturucu madde araştırmasına göre kırsal alanda yaşayanlarda kentsele göre uç kat daha fazla uyuşturucu madde kullanılması raporlanmış. Şimdiye kadar Afganistan'da madde bağımlılarının epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi hakkında hiçbir araştırma yapılmamıştır ve günümüzde Afganistan'da madde bağımlılığı büyük bir sağlık sorunu olup, zaman gittikçe bu problem çarpıcı bir artış göstermektedir [7].

2.2. Bağımlılık Tanımı

Bağımlılığın tanımı tarih boyunca farklı kaynaklarda farklı şekillerde yapılmıştır. Bağımlılık kavramı farmakolojik öğeleri de içeren kendi kendine zarar verme ile karakterize bir davranıştır.

Bir veya daha fazla yasadışı maddeye karşı güçlü fizyolojik isteğe, yoksunluk semptomları yaşanmasına ve aynı etkiye ulaşmak için daha fazla uyuşturucu maddeye ihtiyaç duyulmasına bağımlılık denir [8]. Kullanıcıya mutluluk verici ama aynı zamanda zarar veren, kompulsif ve tekrarlayıcı nitelikte, değiştirilmesi ya da bırakılması zor, her türlü madde kullanımına bağımlılık denir [9].

Yeşilay'a göre madde bağımlılığı; bedenin fonksiyonlarına negatif istikamette etki gösteren ürünlerin tüketilmesi ve kişinin gördüğü zarara rağmen bunları kullanmayı bırakamamasıdır. Kişi, maddeye ara verdiği zaman yoksunluk semptomlarıyla karşılaşır. Zamanla madde

kullanım sıklığını ve dozunu artırır [10]. Eğer bir kişide aşağıdaki 4 kriterden en az 3'ü 12 ay süre zarfında görülür ise o birey bağımlı kabul edilir.

1. Tüketilen maddenin miktarının yaşanan problemlere rağmen git gide artırılması.
2. Bırakma çabalarının boşa gitmesi.
3. Maddeyi sağlamak, kullanmak veya bırakmak için fazla zaman harcanması.
4. Sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalması veya bırakılması.

DSÖ'ye (Dünya Sağlık Örgütü) göre uyuşturucu bağımlılığı; kişinin hem vücut, hem de sosyal fonksiyonlarını olumsuz etkileyen maddeleri kullanması ve kişinin kullandığı maddenin zararlarını görmesine rağmen, bu maddeleri kullanmaya devam etmesi, bırakamaması ve zaman geçtikçe miktarının artırılması ve kullanıma ara verildiğinde yoksunluk semptomları yaşamasıdır [11].

Bağımlılık, kişinin bir maddeyi arama ve almaya zorlanma, sınırlı kullanım durumunda kontrol kaybı ve olumsuz duygudurumunun (disfori, kaygı, sinirlilik vs.) görülmesiyle karakterize olan ve tekrarlayan kronik bir süreçtir. Ögel'e (2010) göre; "insan, her şeye bağımlılık geliştirebilir ancak bazı maddelerin bağımlı etme potansiyeli daha yüksektir. Uyuşturucu maddeler de bu tür maddeler içerisindedir" [12].

Uyuşturucu madde kullanımının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığın yanı sıra yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği görülmüştür. Zihinsel durumu değiştiren maddeler DSM-V'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre üç temel bozukluk türüne neden olur: madde intoksikasyonu, madde yoksunluğu ve madde kullanım bozuklukları [13].

2.3. Bağımlılık Türleri

Bağımlılık, fiziksel ve ruhsal olmak üzere iki çeşittir. Fiziksel bağımlık kısa bir süre içinde sonlanabilir. Asıl problem ruhsal bağımlılık olup uzun bir süreçtir ve daha fazla çaba gerektirir.

2.3.1. Fiziksel bağımlılık

Fiziksel bağımlılık; maddeye duyulan fizyolojik bir istektir. Beden maddeye karşı alışkanlık geliştirir. Madde alınmadığında, bazı belirtiler ortaya çıkar. Çünkü vücudun alıştığı fizyolojik

durum bozulmuştur. Kişi artık kendini bu yeni duruma uydurmak mecburiyetinde hisseder [14].

Bağımlı olma hali, ürünle alakalı sorunlar yaşanılmasına karşın kişinin bu ürünü kullanma eyleminin devamını ortaya koyan kognitif, fizyolojik özelliklerin görülmesidir. Bu durumda madde sürekli kullanılmak istenir. Fiziksel bağımlılığın oluşumu tolerans kavramıyla açıklanabilir. Tolerans, uyuşturucu alındığında ilk kez oluşan istendik etkileri tekrar yaşamak amacıyla maddenin git gide daha fazla ve sık kullanılmasıdır [15].

2.3.2. Psikolojik bağımlılık

Psikolojik bağımlılık da denilen bu durum: maddenin kullanımı ile zevk alınması veya sıkıntıdan kurtulmak adına maddeyi almaya, önlenemez istektir [16]. Bireyin duygusal ve kişilik yapısına bağlı olarak, gereksinimlerini tatmin etme veya giderme amacıyla maddeye düşkünlüğü olarak ifade edilebilir. Madde bırakıldığında birtakım ruhsal problemler ortaya çıkar. Fiziksel ve psikolojik bağımlılık eş zamanlı olabilir. Fiziksel bağımlılık tedavisi, psikolojik olandan görece kolaydır. Çünkü psişik bağımlılıktan kurtuluş isteğe bağımlıdır. Ayrıca psikolojik bağımlılık tedavisi uzun sürelidir [17]. Ama günümüzde iki tür bağımlılığın ayrımı yapılmamakta ve bütün değerlendirilmektedir [18].

2.4. Bağımlılık Epidemiyolojisi

Avrupa'da 92 milyon erişkinin ve 15-64 yaş grubundaki her dört kişiden birinin yaşamlarında uyuşturucu madde denediği düşünülmektedir. Bu deneyimin kadınlara kıyasla (36,3 milyon), erkeklerde (56,0 milyon) daha fazla olduğu görülmekedir. En fazla denenen madde esrar (53,5 milyon erkek ve 34,3 milyon kadın) olmuştur. Onu kokain (11,8 milyon erkek ve 5,2 milyon kadın), MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) (9,0 milyon erkek ve 4,5 milyon kadın) ve amfetaminler (8,0 milyon erkek ve 4,0 milyon kadın) takip etmektedir [19].

Avrupa'da 2017 yılında erkekler, kadınlardan 2 kat fazla olmak üzere 18,9 milyon genç erişkin (15-34 yaş arası) uyuşturucu kullanmıştır [19].

Avrupa Birliği'nde 87,6 milyon erişkinin (%26,3) yaşam boyunca esrarı denediği düşünülmektedir. Bu kişilerin 17,2 milyon kadarı genç yaş grubundadır. Ayrıca bu kişilerin

9,8 milyonu 15-24 yaş arasındadır. Esrar kullanımı erkeklerde kadınlara göre 2 kat fazladır [19].

2018 yılında yapılan araştırmalar genç yetişkinlerde esrar kullanımının bir önceki seneye (2017) göre ya sabit olduğunu veya artışlar olduğunu göstermiştir [19].

Kokain, Avrupa'nın güney ve batısında daha çok olmak üzere Avrupa'da en yaygın kullanılan yasadışı maddedir. On yedi milyon Avrupalı erişkinin (yetişkinlerin %5,1'i) yaşamları boyunca kokain denediği tahmin edilmektedir. Bir önceki yıl kokain kullanan 15-34 yaş grubunda 2,3 milyon genç yetişkinin olduğu düşünülmektedir [19].

13,5 milyon Avrupalı erişkinin veya bu yaş grubunun %4,1'inin yaşamları boyunca MDMA/ekstazi denediği düşünülmektedir. 2,2 milyon genç yetişkinin (15-34 yaş) MDMA'yı son yıl (bu yaş grubunun %1,8'i) kullandığı düşünülmektedir [19].

UNODC 2018 Raporu'na göre uyuşturucu bağımlılığıyla olan ölümlerin %76'sı opiyat kaynaklıdır. Yine bu rapora göre 2016'da dünyada 34 milyon kişi eroin kullanmıştır [2].

2018'deki Avrupa uyuşturucu raporuna göre de eroinden kaynaklı ölümlerde artış görülmektdir. Bu ölümlerin en dikkat çekici olduğu ülke Birleşik Krallık'tır. Bu ülkede ölümler çoğunlukla (%87) aşırı dozda opioid alımına bağlıdır [19].

2017 yılında Afganistan'da kırsal alanlarda yapılan çalışmalarda madde testi pozitif olan çocukların %72 afyon, %17 kodein ve %11 eroin kullandıkları görülmüştür. Bu sıklıklar ülkenin kentsel alanlarında %46 afyon, %32 eroin ve %20 kodein şeklindedir. Kırsal kesimdeki hanelerde yaşayanlar kentsel kesimdekilere göre 5 kat daha fazla oranda opioid kullanmaktadır. Kırsalda yaşamakta olan çocuklarda opioid pozitiflik oranı, kentli çocuklardan 6 katı daha fazladır [20].

2.4.1. Dünya'da ve Afganistan'da afyon kullanımı

Dünyada afyon üretimi 2016-2017 yılları arasında %65 artış ile 10500'e tona çıkmış ve UNODC raporuna göre, son yüzyıldaki rekoruna ulaşmıştır [20].

2017 yılında afyonun yaklaşık 9 bin tonu Afganistan'da üretilmiş ve geçmiş yıllara göre, %83 artışı göstermektedir, yani Afganistan dünyanın en büyük haşhaş veya afyon üreticisidir. Afganistan'da opioidler en yaygın uyuşturucu grubunu teşkil etmekte olup, özellikle kırsal alanlarda en sık kullanılan madde olarak tanımlanmıştır [20].

Afganistan' da yıllar süren iç savaş yüzünden bazı kırsal alanların devlet kontrolü altında olmaması, kırsal alanlarda yaşayanların işsizlik ve kötü ekonomik durum içinde olmaları uyuşturucu ticareti yapanlar için iyi bir fırsat olmuştur. Uyuşturucu ticareti yapanlar fakir çiftçileri haşhaş ekmeye teşvik etmiş ve her sene haşhaş ekimiyle afyon üretimi önce Afganistan'da, sonra dünya genelinde artmıştır. İran, Türkiye yoluyla iletilen afyon Avrupa'ya dağıtılmaktadır. Kaçakçılar en fazla geliri Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere'den elde etmektedir.

Afganistan, afyon üretiminde dünyanın en büyüğü konumundadır. Avrupa ülkelerinde ele geçirilen eroin de çoğunlukla Afganistan, İran ve Pakistan'da üretilmektedir.

Afganistan'da haşhaş ekimindeki artış dünyada haşhaş artışı anlamına gelmektedir. 2016-2017 yılları arasında dünya genelinde haşhaş ekiminde %37 artış görülmüştür. Dünyada yaklaşık 420000 hektar haşhaş ekilmiştir ve bunların da %75'ten fazlası Afganistan'a aittir.

Alkol ve madde bağımlılığı gelişmiş ülkelerde önde gelen sağlık sorunlarından birisidir. 2001'de yapılan bir araştırmada, ABD'de 12 yaş üzeri 16 milyon kişinin alkol veya madde bağımlısı olduğu görülmüştür. Bunların 2 milyonu her ikisine birden bağımlıdır [21].

Pek çok araştırmada bağımlılığın kadınlara nazaran erkeklerde daha fazla olduğu gösterilmiştir. Özellikle alkol dışı maddelerde bu fark daha belirgindir. ABD'de yapılan bir çlışmada alkol bağımlılığı ömür boyu sıklığı kadınlarda %3-5, erkeklerde %10; alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %10, erkeklerde %20 saptanmıştır [22]. Başka araştırmada 15-54 yaş erkek ve kadınların %90'ının en az bir kere alkol kullandığı görülmüştür. Ayrıca alkol kullanan erkeklerin %21,4'üne, kadınların ise %9,2'sine alkol bağımlılığı tanısı konulduğu gözlenmiştir [23].

2.5. Madde Bağımlılığının Etiyolojisi

Madde bağımlılığının; toplumun madde kullanımına yaklaşımı, medya etkisi, maddeye ulaşılabilirlik, sosyokültürel nedenler, madde kullanım modelleri ve tedavi biçimleri gibi birçok nedeni olduğu ifade edilmektedir [24].

Bağımlılığı açıklamak adına çeşitli etiyolojik nedenler öne sürülmüştür. Bazı araştırmacılar genetik ve biyolojik etkenleri öne çıkarmıştır. Kimi araştırmacılar da psikososyal faktörlerin önemine vurgu yapmıştır. İnsan biyopsikososyal varlık olduğundan; insanın bağımlılıkla ilişkisini sağlam verilere dayandırarak anlayabilmek kolay olmamıştır [25,26].

2.5.1. Madde bağımlılığı ile ilişkili faktörler

Madde bağımlılığından koruyucu etkenler

Madde bağımlılığından koruyucu başlıca etkenler şu şekilde sayılabilir:

- Aile bireyleri arasında pozitif ve güçlü bağların olması.
- Ebeveynlerin çocuklarının hem neler yaptıklarından hem de çocuklarının arkadaşlarından bilgi sahibi olması.
- Ailede kuralların açık olması ve bu kurallara uyulması.
- Ebeveynlerin çocuklarının yaşamlarıyla ilgilenmeleri.
- Kulüpler ve okul benzeri kurulmuş kurumlarla güçlü bağların olması.
- Uyuşturucu maddelerin kullanılması hakkında doğru bilgilenme.
- Sosyal olarak cezalandırma.
- İslam toplumlarında uyuşturucu maddelerin dinen yasak olması [12].

Madde bağımlılığına risk yaratan etkenler

Düşük engellenme eşiği; sorunlar, engeller karşısında kolay kırılan ve olumsuz duygular yaşayan insanlar, bu özelliklerinden dolayı daha fazla engellenme yaşarlar. Maddeyi bırakan insanların herhangi bir olumsuzlukta yeniden madde kullanmaya başladıkları görülmektedir.

Dürtüsellik (impulsivite); uyuşturucu madde bağımlısı olan kişi o an hissedilen duygular veya içten gelen dürtülerle, önceden düşünmeden veya bilinçli olarak karar almadan hızlı bir şekilde eyleme geçmektedir.

Heyecan arama davranışı ve risk alıcı davranışlar; madde kullanan kişiler yeni, karmaşık, farklı, heyecan dolu deneyimler aramak ve sosyal, fiziksel, yasal ve ekonomik riskleri heyecan uğruna göze almak isterler [12].

Sayılan bu 3 kişisel etken dışında madde bağımlılığı riski yaratan diğer etkenler şunlardır:

- Ailede ruhsal problemi olan veya bağımlılığı olan ebeveynlerin olması
- Yanlış çocuk yetiştirme metodları
- Bağlanma ve ilgi eksikliği olan ebeveyn-çocuk ilişkisi
- Şiddet içeren davranışlar ya da sınıfta aşırı utangaçlık
- Okuldaki başarıların düşmesi
- Zayıf sosyal becerilerin olması
- Uyuşturucu kullanımının onaylanmış olduğu aile, okul ve iş ortamlarının bulunması
- Yaşanılan ortamda uyuşturucu maddenin kolay elde edilebilir olması
- Madde kullanımının kabul gördüğü bölgelerde yaşamak
- Toplumsal baskı, çözümsüzlükler, zorluklar ve çatışmalara sağlıklı çözümler getirilememesi
- Akranlarının teşvik ve destekleri [12].

2.6. Madde Etki Yolakları

Uyuşturucu maddeler, alındıktan sonra beyindeki yaşamsal işlevlerin sürdürülmesine olanak sağlayan bölgelerde değişikliklere neden olur. Madde bağımlılığı olan kişilerin beyninde iki önemli yolak; ödül ve ağrı yolaklarıdır. Yapılan bir araştırmaya göre bağımlılık yapıcı birçok maddenin ödül sistemini aktive ettiği ve sinir hücrelerinin fazla miktarda dopamin salgılamasına neden olduğu saptanmıştır [12].

Dopamin; karar verme, motivasyon, düşünce, his, davranış, hareket ve dikkat gibi birçok temel fonksiyonda görev alır. Uyuşturucu maddelerden bazıları alındıklarında 2-10 kat fazla dopamin üretimine neden olur. Birbirine bağlı olan nükleus accumbens ve tegmental alandan

ödül yolağı oluşur. Ödül yolağı kişi herhangi bir davranışı için olumlu pekiştirme aldığında aktif hale gelir. Ödül yolağının en önemli yapıları dopamin adlı nörtransmiter üzerinden çalışan limbik sistem içerisinde yer almaktadır. Limbik sistemin önemli fonksiyonları arasında; beynin hemostazisi kontrol etmesi, hafıza ve öğrenmeye yardımcı olması, cinsel ve motivasyonlu davranışlar ile beslenme davranışlarının sağlanmasını kapsar [12].

Dopamin salınımı insanlarda ödüllendirici etkiye neden olur ama kişi bağımlıysa nükleus accumbense dopamin salınımı aynı etkiyi yaratmaz. Bağımlı olan kişilerde uyuşturucu maddeler striatumda dopamin artışına yol açmaz onun yerine orbitofrontal kortekste aktivasyon artar. Sonuç olarak maddeyi birinci defa kullanmak accumbensi etkiler, tekrarlayan kullanım prefrontal korteksin, glutamaterjik sinir hücrelerinin aktivitesini hızlandırır [12].

2.7. Madde Kullanımının Sonuçları

2.7.1. Maddenin yol açtığı bozukluklar

Maddenin intoksikasyonu, kötüye kullanımı, yoksunluk esnasında ve yoksunluk semptomları bittikten sonra, uzun süre devam eden madde kullanımı sonucunda aşağıdaki bozukluklar ortaya çıkabilir [14]:

- Psikotik bozukluklar.
- Duygudurum bozuklukları.
- Kaygı bozuklukları.
- Obsesif kompulsif bozukluklar.
- Uyku-uyanıklık bozuklukları.
- Dalgınlık, halsizlik, isteksizlik.
- Beslenme sorunları, kilo yitimi.
- Gözlerde kanlanma.
- Göz bebeklerinde daralma-büyüme.
- Peltek-mırıldanır gibi konuşma.
- Sarhoşluk hali.
- Deride lekelenme, enjeksiyon izleri.
- Cinsel işlev bozuklukları.

- Deliryum.
- Majör veya hafif nörobilişsel bozuklukları.

2.7.2. Bağımlı kişide görülen davranış değişiklikleri

Madde bağımlılığı farklı davranış biçimlerini içeren bir hastalıktır. Çünkü bağımlılık yapıcı madde kullanan kişinin beyninde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik değişiklikler saptanmıştır. Madde bağımlısı bir kişide aşağıdaki bazı değişiklikler görülmektedir [12]:

- İstenenden daha fazla kullanım.
- Maddeyi bulmak ve kullanmak için çok zaman harcama.
- Yükümlülüklerden kaçınma.
- Etkinliklerin azalması.
- Fiziksel veya psikolojik sorunlara karşın kullanma.
- Tolerans ve yoksunluk semptomları.
- Yaşadığı çevre ve arkadaş seçiminde değişiklikler görülmesi.
- Bazen neşeli ve sakin ama bazı zamanlar çok öfkeli ve saldırgan davranışlar.
- Evde aile ile az vakit geçirme yüzünden aile ilişkilerinin azalması ve daha fazla ev dışı vakit geçirme.
- Evdeki bireylerden kendini soyutlama isteği.
- Sık duş alma.
- Paraya çok önem vermezken daha fazla para harcamaya başlama.
- Kendi kişisel bakımına özen göstermeme.
- Öğrenim başarısızlığı [12].

2.8. Bağımlılığın Evreleri

Bağımlılık aşağıda sıralanan 8 evreden oluşmaktadır:

- Hazırlık evresi; bu evrede kişide bağımlılık yapıcı madde kullanımı hakkında ön düşünce ve yargı gelişir.
- İlk madde kullanımı evresi; bu evrede birey ilk defa bağımlılık yapıcı maddeyi kullanır. Kişide korku ve merak vardır.

- Madde kullanmayı sürdürme; bu evrede kişide merak duygusu kaybolur ve kişi ilk kullandığı maddeyi tekrar alır. Kişi; ben bağımlı olmam, kontrol edebilirim, bu son olacak gibi gerçeği yansıtmayan düşünceler taşımaktadır.
- İlerleme evresi; bu evrede kişi madde bağımlısı haline gelir ve kişide artık bu evrede bağımlılık yapıcı madde kullanımını bırakacak istek, güç bulunmaz.
- Bırakma evresi; bu evrede birey bağımlılık yapıcı madde kullanmasının kendisine zarar verdiğine inanır ve kişide kurtulma duygusu gelişir. Bireyi bırakması için zorlamak, bırakma denemesinin başarısız olmasına sebep olacaktır yani bağımlı kişi henüz savaşmaya hazır değildir.
- Yeniden kullanmayı düşünme; bu evrede birey bıraktığı maddeyi tekrar kullanmaya başlamak hakkında olumlu düşünmeye başlar. Kişide maddeyi ilk kullandığı zamana dair hatıralar canlanır ve kişi eski arkadaşlarla yakınlaşmaya başlar. Eğer bu evrede kişinin bu maddeye yeniden döndüğü farkedilirse kurtulma şansının fazla olduğuna inanılır.
- Tekrar madde kullanımı; bu evrede maddeye karşı duyulan istek, vazgeçememe, sıkıntı giderme gibi nedenler sonucunda kişi tekrar bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmaya başlar ve olayın temelini bir kez kullanmaktan bir şey olmaz düşüncesi oluşturur.
- Tekrar başlama (relapse); bu evrede bağımlılığın tüm belirtileri kişide hâkim olur. Sonuç olarak kişi ikinci kez madde bağımlısı haline gelir.

2.9. Bağımlılık Yapan Maddeler

Bağımlılık yapıcı maddeler iki tipte sınıflanmaktadır [27].

Birinci tür sınıflama;

- Opiyat
- Alkol
- Sedatif ya da Hipnotik
- Esrar
- Kokain
- Uçucu Maddeler
- Kafein ve Başka Uyarıcılar
- Halüsinojenler
- Tütün

- Bilinmeyen Maddeler

İkinci tür sınıflama;

- Merkezi sinir sistemi yatıştırıcıları (alkol, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler)
- Merkezi sinir sistemi uyaranları (kokain, amfetamin ve kafein)
- Algı değiştirici maddeler (uçucular, esrar, halüsinojenler, fensiklidin)
- Narkotikler (opiat)
- Nikotin
- Diğer (kortikosteroidler ve diğer ilaçlar)

2.9.1. Alkol

Etil alkol (etanol); alkollü içeceklerde bulunan ve vücutta metabolize edilebilen tek alkol türüdür. Alkollü içeceklerde farklı miktarlarda etanol bulunur.

Alkolün ulaşılabilir olması, çevre tarafından kabul gören bir alışkanlık olarak görülmesi, akran çevresince tüketiliyor olması, bağımlılığı tetikleyen çevresel faktörler olarak sayılabilir. Daha çok elit kesim olarak adlandırılan üst sınıf ve gelir düzeyi düşük olan alt sınıfta bu bağımlılık türü karşımıza çıkmaktadır. Alkolün, yasal bir ürün olması nedeniyle bağımlılık sürecinin hızlı geliştiği söylenebilir. Alkol duyarlılığının da alkol bağımlılığına yatkınlığı belirleyen önemli bir faktör olduğu öne sürülmektedir. Buna göre, alkole az tepki verebilen veya dayanma gücü fazla olan kişilerin alkol bağımlısı olmaya daha yatkın oldukları bildirilmektedir [28].

Alkol yoksunluğunda ortaya çıkan deliryum tablosuna deliryum tremens adı verilmektedir. Bağımlılık, genellikle 5-15 yıllık içme sürecinden sonra oluşmaktadır. Tremorlar, varsanılar, nöbetler görülmektedir. Bunlara varsanılar, ateş, otonomik hiperaktivite, hipertansiyon, taşikardi gibi belirtiler eşlik etmektedir. Bu belirtiler yoksunluğun 3-5 gününde başlamaktadır [29].

2.9.2. Amfetaminler

Amfetaminler özellikle İngiltere, Avustralya ve Batı Avrupa'da esrarın ardından en çok tüketilen maddelerdir. Birtakım müstahzarları ilaç amacıyla kullanılmaktadır. Kristal, kristal

meth ve speed isimleriyle satılmakadır. Kısa süreli neşelilik ve samimiyette artışa neden olur [30].

2.9.3. Halusinojenler

Aşırı olarak kötüye kullanımı olan bu tür ürünler; olmayan görüntü, olmayan sesler duyma şeklinde duyu kusurlarına yol açmaları nedeniyle halusinojen olarak adlandırılır. Gerçeklik duyusunun yitimi, algılayamama, fiziksel yapısının değiştiği, bulunduğu mekânın farklılaştığı gibi yanılsamaların olduğu tablolara yol açabilir [30].

2.9.4. Esrar ve türevleri

2018 yılı Avrupa Uyuşturucu Raporu'ndan edinilen bilgiye göre Avrupa'da en çok kullanılan uyuşturucu esrardır ve en çok suç işleme potansiyelinin de esrar kullanıcılarında olduğu tespit edilmiştir [19].

Esrar, kannabinoid reseptörlerine bağlanır. Hint kenevirinden dünüştürülen türüne fitokannabinoidler denilir. Psikoaktif etkiden sorumlu bileşen tetrahidrokannabinoldur [31].

Bilim adamlarının tahminlerine göre dünyada en fazla kötüye kullanılan madde esrardır. Aynı zamanda yıllardır tedavi amacıyla da kullanılmaktadır. Bu özelliği bazı madde kullanıcıları açısından zarar algısının oluşmasına engel olmaktadır [32].

2.9.5. Kokain

Güney Amerika'da doğada yetişen ve uyarıcı özelliğinden yararlanmak amacıyla yerli halk tarafından yaprakları çiğnenerek kullanılan bir bitkinin alkaloididr. İlk defa 1860'da işlenmiş, tıp alanında lokal anestezik maksadıyla kullanıma sunulmuştur. Günümüzde vazokonstriksiyon amacıyla göz, burun, boyun ameliyatlarında kullanılmaktadır [33].

2.9.6. Uçucu maddeler

Uçucu solventler oda sıcaklığında kolaylıkla buharlaşabilen maddelerdir. Terapötik indeksleri dardır ve hızlı bir şekilde toksik etkiye neden olurlar. Öforiye neden olmaları, ucuz, kolay elde edilebilmeleri sebebiyle kötüye kullanımı olan maddelerdir.

Genel adı uçucular olan maddeler arasında yapıştırıcılar, çözücüler, tinerler, çakmak gazı bulunmaktadır. Benzin, daksil, bali, aseton ve ayakkabı boyası da sık koklanan uçuculardandır. Gençlerde ve ekonomik geliri düşük bireylerde kullanımı sıktır [33].

2.9.7. Nikotin

Nikotinin en çok tercih edilen türü tütündür. Sigara, pipo, puro, toz halinde veya çiğnenerek tüketilir. Tütünün psikoaktif bileşeni en fazla nikotindir. Nikotin bağımlılığı dünyada en fazla karşılaşılan bağımlılık türüdür. Yakın tarihe kadar satışı kontrolsüz, kullanımı denetimsiz olmuştur. Toplumsal alanlarda çok rastlanan önemli bir bağımlılıktır [30].

Nikotin yoksunluğu son sigaranın içilmesinden yaklaşık 90 dakika sonra başlamaktadır. Depresif bir mizaç, disfori, uykusuzluk, huzursuzluk ve öfke, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, nabızda azalma, iştah artması şeklinde yoksunluk tablosu bulunmaktadır [34].

2.9.8. Opiat

Opioid, afyon çiçeği (haşhaş) ya da aynı etkileri yaratan sentetik türlerini kapsar. Dünyada farklı 20'den fazla çeşit opioid medikal kullanımı belirlenmiştir. Opiyat kullanıldıktan sonra kişilerde öfori ve o anki endişelerinde azalma olur. Opioidler güçlü analjezik etkilere sahip olduğu için ağrı tedavisinde kullanılırlar, ama yan etkileri ve suistimal edilebilirlik özellikleri yüzünden ilk planda kullanılan bir analjezik değildir [35].

Opioidler ve türevleri aldıktan sonra beyinde yer alan; mü, kappa, sigma ve delta opioid reseptörleri üzerine etki gösterir. Mü reseptörleri; analjezi, öfori, solunum depresyonundan sorumludur. Kappa reseptörleri; sedasyon, uyku, diürezden sorumludur. Sigma reseptörleri; huzursuzluk, disfori ve halüsinasyondan sorumludur. Delta reseptörleri ise; analjezi ve kardiyak etkilerinden sorumludur. Opioid maddeler hızla bağımlılık ve tolerans geliştirdiklerinden fizyolojik bağımlılık çabuk oluşur [25].

Opiyat kullanılan bir kişide var olan sorunlar opioid intoksikasyonu, yoksunluğu, uyku problemleri ve cinsel fonksiyon bozukluklarıdır [25].

Opiyat bağımlılığı diyebilmek için aşağıdaki durumlardan 3 ya da daha fazlasının bir arada en az 1 ay süre ile ya da sürekli ise 1 aydan kısa dönemlerde 12 aylık dönem içinde tekrarlayarak meydana gelmesi gereklidir.

1. Opioidi almak için güçlü bir istek.
2. Opioide başlama, sonlandırma veya alımını kontrol etmekte güçlük.
3. Opioid kesilme semptomlarını önlemek için opioidi yeniden kullanmak. Kullanım azaltıldığında ya da kesildiğinde görülen fiziksel kesilme.
4. İstenen etki gücüne erişmek adına daha fazla madde alma isteği veya aynı ölçüde maddeyi kullanmaya rağmen etki gücünde zayıflama benzeri tolerans bulguları.
5. Opioid kaynaklı ilgi alanlarının terkedilmesi veya maddeye ulaşmak için çok zaman harcama.
6. Maddenin zararlarına dair kanıtların varlığına rağmen devam eden opioid kullanımı.

2.10. Bağımlılık Yapan Maddelerin Tarihçesi [36]

Alkol: Madde kötüye kullanımı insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihte yazılmış metinlerden bilgisini alabildiğimiz ilk madde alkoldür. İnsanlar alkolün gerginliği ve anksiyeteyi azalttığını keşfetmiştir. Tarihi kaynaklardan elde edilen verilere göre alkolün ilk kullanımı meyve ya da balın fermente edilip tüketilmesi yoluyla gerçekleştirilmiştir. Alkolün üzüm fermentasyonu yoluyla bilinçli olarak üretilmesine dair ilk veriler milattan önce 6000'li yıllarda Ermenistan'da gerçekleşmiştir [37]. Mezopotamya bölgesinde bulunan tabletlerde şarabın ilaç olarak kullanıldığına dair bilgiler yer almaktadır [38].

Tütün: Tütün kullanımının geçmişi M.Ö. 4000 yıl öncesine dayanmaktadır. Amerika keşfedilmeden yıllar önce Kuzey Amerika'da yaşayan yerlilerin tütünü bildikleri ve kullandıkları, yapılan arkeolojik kazı ve bulgulardan elde edilmiştir [39]. Bu dönemlerde Meksika, Orta ve Güney Amerika yerlilerinin tütün sakızı çiğnedikleri saptanmıştır. Tütün bitkisinin anavatanı Antiller ve Orta Amerika'dır. Eski çağlarda buralarda yaşayanlar ateşi ve dumanı kutsal saymışlardır. Yukatan yarımadasında Mayalardan kalma harabelerdeki kabartma resimlerde, güneşi kutsayn rahiplerin yabani tütün yapraklarını pipo şeklindeki çubuklar içinde yakarak dumanı göğe üfledikleri görülmektedir [40]. Tütünün Avrupa'ya gelişi Christophe Colomb ve arkadaşlarının 1492 yılında Amerika'yı keşfetmelerine dayanır. Ekip; ellerinde bitki yapraklarından yapılmış ve bir ucu yanmakta olan çomaklar bulunan

Kızılderililere rastlar. Bunlar çomakların diğer ucundan dumanı ağızlarına çekmekte, sonra da ağız ve burunlarından üflemektedir. Christophe Colomb yerli insanların kullandıkları sazdan yapılmış borucuğun Tobacco olan ismini tütün bitkisine vermiş, böylece Nicotina Tobacco kavramı doğmuştur [39].

Daha sonra Amerika'ya seyahatlerde bulunan Vespuci, Magellan, Cortez yerliler gibi tütün içmişler ve uzun müddet kullanarak tütün tiryakisi olmuşlardır. Amerika'dan dönerken de tütünün bitkisini Avrupa'ya getirmişler. Avrupa'ya getirilen bu tütün bitkileri ilk önce süs ve şifa amacıyla kullanılmıştır [41].

18. yüzyıla gelindiğinde Güney Amerika'da tütün kağıt içine sarılıp tüketilmeye başlanmıştır. 1844 yılında Fransa'da Cigaret adıyla kâğıda sarılı sigara üretilmiş, aynı yıl İtalya'da puro yapımına başlanmıştır [39]. Sigara 1856 Kırım Savaşı ile birlikte yayılmaya başlamıştır. Bu savaş esnasında gazete kağıtlarına sarılan tütün Türk, İngliz, Fıransız, ordularında ilgi uyandırmıştır. Savaş zamanı tütün kullanan askerlerin memleketlerine döndüklerinde alışkanlıklarını sürdürmeleri tütün sanayisinin temel taşlarını oluşturmuştu [41].

1881 yılında Amerikalı James Bonsack saatte 12.000 adet sigara yapabilen ilk sigara makinesini üretmiştir. Kısa sürede de bu makine dünya ülkelerine yayılmıştır. Sigara üretimindeki ilerlemeler sonucu tütünün asit miktarı düşürülüp içim kalitesi yükseltildikten ve kibrit icat edildikten sonra sigara tiryakiliği artmıştır. 1931 yılında Benson ve Hedges ilk ağızlığı ve kostik sodaya batırılmış pamuktan oluşan ilk ticari filtreyi geliştirmişlerdir. 1934'te ise ilk mentollü sigara üretilmiştir [39].

Esrar ve Afyon: Hintliler ve Eski Roma esrarı mutluluk ve başarı anlamı taşıyan "vişema" sözcüğüyle adlandırmışlardır. Pers İmparatorluğu'nun dini kitabı olan Zerdüşt kenevirin insanoğluna neşe verdiği, üzüntü ve kederini dağıttığından bahsetmekteydi. Ünlü tarihçilerden olan Herodot'un bir eserinde Mezopotamya bölgesinde yaşamış olan Sümerler ve Asurlular ile Aral bölgesinde yerleşmiş olan İskitlerin, kenevire benzer bir bitkinin yapraklarının yakılması sonucunda ortaya çıkan dumanı solumak suretiyle sarhoş oldukları ve neşelendikleri belirtilmektedir [38].

Ayrıca bağımlılık yaratan maddelerin terörizm için de kullanıldığına dair belgeler bulunmaktadır. Bunların bir örneği de 1091-1276 yıllarında Alamut Kalesinde ikamet eden Hasan Sabbah önderliğindeki, İran'da hüküm süren Haşhaşin Devletidir. Hasan Sabbah esrar, alkol gibi maddeler aracılığıyla fedaileri bağımlı hale getirip pek çok suikast planlamış; bulunduğu bölgede hatırı sayılır terrorist bir kuvvet meydana getirmiştir. Günümüzde de bu tip örneklere sıklıkla rastlanmaktadır. Terörist örgütler hem ekonomik kazanç sağlamak amacıyla hem de militan yetiştirmek için bağımlılık yapan maddelerden faydalanmaktadırlar [38].

Barbitüratlar: Barbitüratların tarihi 1864'te Alman Adolf vonBaeyer'in malonate ve üreyi birleştirmesi neticesinde malonil üreyi sentezlemesiyle başlamıştır. Bu sentezlemenin sonucunda ortaya çıkan barbitürik asid aktif olmayan asid türlerinden biridir (42). Zamanla barbitürik asid molekülü kullanılarak farklı kimyasal işlemler uygulanarak çeşitli barbitüratlar sentezlenmiştir. Bunların en önemlileri arasında fenobarbital ve barbital örnek olarak gösterilebilir. 1912'den sonra ilaç maksadıyla kullanılmaya başlanan fenobarbital ve öbür barbitürat türevleri yetmiş yedi çeşit rahatsızlığı tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır [42,43]. Ne yazık ki günümüzde barbitüratların, madde bağımlılığı olan hastalar tarafından tedavi amacı dışında, uyuşturucu madde olarak kullanılması yaygınlaşmıştır.

Benzodiazepinler: Bağımlılık yapma özelliğine sahip ilaçlar arasında sentezlenmesi 1930'lara dayanan benzodiazepinler de bulunmaktadır. Bu ilaçlar genellikle mental hastalıkların tedavisinde kullanılmasına rağmen maalesef madde bağımlıları tarafından amacı dışında kötüye de kullanılabilmektedir. Polonya'nın Krakow şehrinde kimyager olarak çalışan Leo Sternbach boya kimyasıyla ilgili çalışmaları sırasında heptoksidiazinleri sentezledi. 1950'lerden sonra ABD'de Hoffman La-Roche laboratuarlarında arkadaşlarıyla devam ettiği çalışmalarında farklı benzodiazepin türevlerini (Klordiazaepoksid, diazepam, klonazepam, alprozalam, klorazepat, oksazepam, temazepam, flurazepam vb) sentezledi ve tedavi amacıyla kullanıma hazır duruma getirdi [37]. Şu anda 40 dolayında benzodiazepine türevi ilaç vardır. Günümüze değin 8 tanesi FDA'dan (United States Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) anksiyete tedavisinde kullanılabilir onayı almıştır. Benzodiazepinler barbitüratlara nazaran daha güvenilir ilaçlardır. Bu nedenle hızla tedavide barbitüratların yerini almıştır. Bununla birlikte, en başta sedatif ve hipnotik etkileri

olmak üzere çok sayıda farmakolojik etkilerine tolerans gelişmesi ve barbitüratlara kıyasla daha yavaş ilerlese de bağımlılık yapmaları ve kötüye kullanımları bu ilaçları da sınırlı kullanıma zorunlu hale getirmiştir [44].

Kokain: Güney Amerika'da 3000 yıldan beri kullanılan koka bitkisini, 1859'da izole eden ve kokain adını veren Albert Niemann'dır [45]. Kokaini; 1884 yılında Carl Koller göz cerrahisi, William Halsted ise intradermal ve sinir blokajlarında kullanmaya başlamıştır. Bu hadiseler modern lokal anestezide başlangıç kabul edilmektedir. Kokain, devlet adamları, sporcular ve sanatçılar arasında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bilhassa I. Dünya Savaşı zamanı yaygınlaşan kullanımı, zararları anlaşılınca azalmaya başlamıştır [46].

Morfin: Afyondaki aktif madde olan morfin 1805 yılında Sertürner tarafından izole edilmiştir. Daha sonra intravenöz anestezik olarak kullanılmıştır [46].

Eroin: Di asetil morfin (eroin) 1874 'de sentezlenmiş, 1898'de piyasaya heroin ismiyle sunulmuştur [47].

LSD (Lysergic acid diethylamide): İlk kez 1938'de İsviçre'de Albert Hoffmann tarafından sentezlenmiştir [47].

Opiat: Opiat kullanımı tarihi kaynaklara göre "M.Ö. 4000'li yıllarda Sümerlerin, M.Ö. 2000'li yıllarda Mısır'da, M.Ö. 2700 yılında Orta Asya'da eski Çin ve Hint ülkelerinde haşhaş ekimi, afyon üretimi ve afyondan yapılan ilaçlarla ilgili ayrıntılı yazılar ve kalıntılara rastlanmaktadır." Son zamanlarda edinilen bilgilere göre de 19. yüzyılda morfin ve türevleri kullanılmıştır [34].

Bağımlılık yapıcı maddeler ve madde bağımlılığı 1960'lı yıllara kadar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak düşünülmemiştir. Bu dönemde, en başta esrar ve afyon olmak üzere alkolün ve barbitüratların bağımlılık yaptığı ve maddeyi kötüye kullanımın bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne girmiş olmakla birlikte bunun sebepleri, tedavisi ve önlenmesine ilişkin önemli çalışmaların 1980'li yıllardan başlayarak giderek artış gösterdiği görülmektedir. Bunun önemli sebeplerinden biri Vietnam Savaşı sonrası ülkelerine dönen çok sayıda ABD askerinin opioid bağımlısı olması nedeniyle ABD'nin bu konuyla mücadele etmek zorunda kalmasıdır.

Savaşta ağır yaralanan askerlerin ağrılarını dindirmek için hazır bulundurulan harp paketlerindeki morfin ampüllerinin, öforizan ve stres giderici olarak kötüye kullanılması, ayrıca bu bağımlılık yapan maddelerin askerler tarafından kolayca ulaşılabilir olmasıdır. Savaştan sonra ülkelerine dönen bu bağımlı askerlerin savaş öncesi yaşamış oldukları topluma yeniden uyum sağlayabilmek için madde arayışları sırasında yasa dışı yollara başvurmaları ve ardından yeni bağımlıların oluşması, madde bağımlılığının ele alınması gereken, çok ciddi boyutlarda bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermiştir [42].

2.11. Madde Bağımlılığında Tanı Koyma

2.11.1. Bağımlılık teşhisinde kullanılan ana kriterler (APA, 1994)

APA kriterlerine göre bağımlılık teşhisinde kullanılan ana kriterler şunlardır [13]:

- Kasıtlı, zevk verici davranışların alışkanlık örüntülerini temsil ederler.
- Aşırı hale gelebilir ve ciddi sorunlar yaratabilir.
- Zaman içinde bu problemli davranışların kalıcılığı söz konusudur.
- Davranışları birbiriyle ilişkili psikolojik fizyolojik öğeleri kapsar.
- Her durumda bu davranışlara bağımlı hale gelen kişiler, bu davranışları durdurmakta ve değiştirmekte zorluk çekmektedir.

2.11.2. DSM tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanı kriterleri

DSM-5 ile birlikte, madde bağımlılığı kavramı yerine ‘madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları’ kavramı gelmiştir. Bağımlılık bozuklukları kavramıyla birlikte, konunun kapsamı da genişlemiş ve literatürde eylemsel bağımlılıklar arasında gösterilen ‘kumar bağımlılığı’na da değinilmiştir [48].

DSM-5 kriterlerin açısından madde bağımlılığına tanı konulabilmesi için aşağıdaki kriterlerden en az üçünün 12 aylık süre içinde bulunması gerekir [13]:

- Toleransa ilişkin kanıtlar,
- Bırakma/yoksunluk belirtilerine ilişkin kanıtlar,
- Maddenin genellikle planlanandan daha fazla miktarda veya uzun sürede kullanılması,

- Kullanımı azaltma veya kontrol etme için sürekli istek duyulması veya bunların başarılamaması,
- Maddeyi elde etmek (çok sayıda doktora gitmek veya uzun mesafeler katetmek gibi),
- Maddeyi kullanmak (başkasının içtiği sigarayı alıp kendisinin içmesi gibi) veya etkilerinden kurtulmak adına gerekli olan aktivitelere fazla süre ayrılması,
- Madde kullanma nedeniyle sosyal, mesleki ve eğlenceyle ilgili aktivitelerden vazgeçilmesi veya bu aktivitelerin azalması,
- Maddeden kaynaklanan veya maddenin kötüleştirebileceği kalıcı, tekrarlayıcı fiziksel veya psikolojik sorunun olabileceğinin bilinmesine karşın madde kullanımına devam edilmesi (depresyonun kokainden kaynaklandığının bilinmesine karşın kokain kullanmaya devam etme ya da bir ülserin alkol tüketimiyle kötüleştiğinin bilinmesine rağmen içki içmeye devam etme) [49].

Genel olarak hastalar çok küçük bir dozla bağımlılık yaratan maddeyi tüketmeye başlar fakat bir süre sonra maddeyi amaçladıklarından daha fazla kullanmaya başlarlar.

Kullanımı azaltma girişimleri; hastaların çoğu madde kullanımını kontrol etmek istedikleri halde sürekli kontrol girişimlerinde başarısız olur, eğer kesinlikle kararlılar ise başarabilirler. Eğer madde bağımlısı olan kişi, bağımlılık yapıcı maddeyi bıraktıktan sonra bir yıldan az zaman geçmiş ise buna erken bırakma dönemi denilir. Bir yıldan fazla zaman geçmiş ise buna tam bırakma denir. Eğer madde bağımlılığı olan kişi bağımlılık yapıcı maddeyi bıraktıktan sonra hayat boyu bir daha kullanmaz ise buna abstinens denir.

Harcanan zaman; bu sadece alkol ve tütün için geçerli değildir, çünkü bu maddelerin satışı piyasada yasal olduğundan her zaman çok kolay ulaşabilir. Geri kalan maddelerin satışı yasadışı olduğundan hastalar bu maddeleri bulabilmek için oldukça fazla zaman harcamaktadır.

Madde isteği; güncel bir kriter olarak eklenmiştir. Kişi maddeyi elde etmek ve kullanmak adına fazla çaba harcar. Kumar oynamada olduğu gibi dopamin salgılanmasıyla bağlantılıdır.

Sorumluluktan kaçma; madde kullanım bozukluğu olan kişiler çoğunlukla evdeki, toplumdaki ve işteki sorumlulukları üzerlerine almak istememektedir.

Bireysel/sosyal ilişkilerde kötüleşme; hastalar kendi aile üyeleriyle ve aynı çevrede yaşadığı insanlar ile kavga ve tartışma halinde olmasına rağmen madde kullanmaya devam eder. Kendi sosyal ilişkilerine önem vermez ve zaman geçtikçe sosyal ilişkileri daha da kötüleşir.

Aktivitelerde azalma; madde kullanım bozukluğu olan hastalar genel olarak günlük işlerini ve sosyal aktivitelerini önemsemezler.

Fiziksel tehlikelerin önemsenmemesi; madde bağımlılığı olan hastalar arasında özellikle alkoliklerde trafik kazaları yaygınlık göstermektedir. Bütün bağımlılık yaratan maddeler fiziksel tehlikeler için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

Psikolojik/tıbbi uyaranların önemsenmemesi; bilindiği gibi uyuşturucu maddeler insan sağlığına zararlı etkiye sahiptir ve bu maddelerin bazıları düşünceleri ve duygu durumunu bozar ve psikozu tetikleyebilir. Bu hastalarda karaciğer hastalıkları (hepatitler ve siroz), kusma ve öğürmelerden kaynaklanan gastrointestinal varisler oluşur. Damardan madde kullanan hastalar tarafından genelde, bilinen HIV enfeksiyonuna ve hepatit risklerine rağmen ortak iğne kullanılır.

Tolerans; madde bağımlılığı olan kişilerin vücudu kimyasal etkilere gittikçe alışacağı için aynı etkiyi elde etmek amacıyla kullanılan maddenin miktarını arttırdığında kişide tolerans geliştiği söylenebilir. Bu durumlar halüsinojenler hariç diğer tüm madde grupları için geçerlidir (özellikle alkol, opiyatlar ve sedatifler için). Hastalar tolerans ile aynı etkiyi görmek için eskisinden daha fazla miktarda madde almak zorunda kalır ya da kullanmaya devam ettikleri dozdan daha az etkilenirler.

Yoksunluk; eğer bir hasta sık ve uzun zaman kullanılan bir maddeyi aniden kullanmayı bırakır ise veya madde miktarını ciddi bir boyutta azaltır ise yoksunluk semptomları ortaya çıkabilir ve bu semptomlar kullanılan maddeye özgüdür. Bazı semptomlar aşağıda listelenmiştir;

- Duygudurumunda değişimler (kaygı, sinirlilik, depresyon)
- Anormal motor aktiviteleri (hareketlilik, hareketsizlik)
- Uyku problemleri (az uyuma veya aşırı uyuma)
- Diğer fiziksel problemler (yorgunluk, iştahta değişimler)

2.11.3. Bağımlılık profil indeksi (BAPİ)

Bu indeks Kültegin Ögel, Cüneyt Evren, Figen Karadağ ve Defne Tamar Gürol tarafından geliştiren bir indekstir. Bu indeks, bağımlılığın boyutunu değerlendirmeyi ve bağımlılık şiddetini ölçmeyi amaçlar. Bağımlılık profil indeksi (BAPİ) aşağıdaki beş ölçekten oluşmaktadır [50].

- Madde kullanım özellikleri.
- Bağımlılık tanı ölçütleri.
- Maddenin kişi yaşamına etkisi.
- Şiddetli madde kullanma arzusu.
- Madde kullanmayı bırakma motivasyonu.

Yukarıdaki her alt ölçeğin puanı BAPİ toplam puanını belirlemektedir [50].

2.11.4. Öykü alma

Uyuşturucu madde kullanan kişinin tanısını koymak için en önemli adım öykü almaktır. Zira uzun süre madde kullanan kişiler bu durumu önemsiz kabul edebilir. Genellikle hastalarda yalan söyleme, önemsememe ve sorunları saklama eğilimi vardır.

Öykü almaya hayat öyküsünden başlanmalıdır. Kişinin iş yaşamı, okul, aile ve arkadaşları ile arasındaki problemler sorgulanmalıdır. Madde kullanım özellikleri ise ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalıdır. Kişinin maddeyi ne kadar süredir kullandığı, bu işlem sırasında yanında kimlerin bulunduğu tanı ve tedavi açısından önemlidir. Kişinin düzenli olarak madde kullanmaya ne zaman başladığı sorgulanmalıdır. İlk kullandığında verdiği tepkileri sorgulanmalıdır [51].

2.11.5. Biyolojik tanı yöntemleri

Kullanılan uyuşturucu madde ağızdan, solunum yoluyla veya damar içi kullanım yoluyla vücuda girebilir. Kanda serbest olarak ve proteinlere bağlanarak gideceği yere ulaşır. Vücut içinde etkisini gösterebilmek için hücrelere ulaşmalıdır. Yalnızca serbest olan, proteinlere bağlanmayanlar hücrelere ulaşabilir. Vücuda alınan madde karaciğerde diğer kimyasal maddelerle birleşebilir ve bunun sonucunda etkisiz hale gelen bileşimler idrarla

uzaklaştırılır. Ayrıca madde karaciğerde kimyevi dönüşüme maruz kalabilir. Aktif hale gelince kalan kısmı böbrekten atılır. Karaciğer hastalıkları (örneğin hepatit), bu metabolizasyonu engelleyebilir [51].

İdrar tetkikleri

Uyuşturucu maddelerin kullanımını tespit etmek için en sık başvurulan yöntem idrar tahlilidir. İdrar tetkiki ile uzun zaman madde kullanma durumu varsa tespiti sağlanır. Ama ölçüm geçerliliği bakımından zayıftır. Ancak son 2-3 gün vücut içinde olanları tespit etme ve biyolojik tarama açısından uygundur. Çoğunlukla idrar tahlilleri bağımlılık potansiyeli fazla maddeleri tespit için yapılmaktadır. Maddenin idrardaki yoğunluğu kandakinden yüksektir. Kullanımdan sonra uzun bir süre idrarda ölçülebilmektedir. İdrar tetkikinin dezavantajlarından biri, kimi maddeler kanda serbest dolaştıklarından, tespitlerinin zor olmasıdır. Bilhassa belli bir periyot geçmiş ise maddenin ne olduğu idrar ile anlaşılamayabilmektedir. İdrar tahlillerinin kolay ve hızlı uygulanan yöntemleri geliştirilmiştir [51].

Maddelerin idrarda tespit edilme zamanları farklı farklıdır. Eroin 2-4 gün, esrar 1-3 gün (kronik kullanıcılarda birkaç ay), kokain 12-48 saat, LSD 12 saat idrarda kalır. Uçucu madde kullanılmışsa karaciğer ve böbrek testleri faydalı olacaktır. Fensiklidin kulanılmışsa kreatin fosfo kinaz, kreatinin, kan üre azotu ölçümleri fazla çıkabilir [51].

Kan tetkikleri

Niceliksel tahlil olarak değerlendirildiğinde kan tetkikleri başarılı bir tetkik türüdür. Kan tetkikinin bir başka avantajı da yanılma ihtimalinin idrar tetkikine nazaran düşüklüğüdür. Kan tahlili güvenilir sonuç versin isteniyorsa madde alımından az bir süre sonra yapılmalıdır. Dezavantajı ise bağımlıların kan aldırmak istememeleri olabilir. Ayrıyeten kanın alınma, taşınma, saklanma ve analizi için özenli davranılmalıdır [51].

Damar içi uyuşturucu bağımlısı insanlarda damar hasarı olmuş olabileceğinden kan alımı çok önemlidir. Uzman kişilerce alınmalıdır. Türkiye’de kan analizleri yaygın kullanılmamaktadır [51].

Saç teli analizi

Sonradan geliştirilen biyolojik metodlardan birisidir. Saç teli analizi ile bağımlının uzun süreçte madde kullanıp kullanmadığı gösterilebilir. Saç telleri 1 aylık süreçte kabaca 1 santimetre uzamaktadır. Bu nedenle de saç tellerinin santimetresindeki maddenin yoğunluğu farklıdır. Eğer düzenli olarak idrar tahlili yapılamıyorsa saç teli analizi yapılmalıdır. Bu yöntem kişinin madde kullanıp kullanmadığını gösterir. İnsanın kafasından saç örneği alıp analiz etmek kolay değildir. Saçın nereden kesileceğine dikkat etmek önemlidir. Kullanılan şampuan ve kremler saçtaki madde yoğunluğunu etkileyebilir [51].

Davranış değişiklikleri

Bağımlılık tanısı koymada kişinin bazı davranış değişiklikleri göstermesi de bize ipucu sağlayabilir. Madde kullanan kişide görülebilen bazı değişimler şöyle sıralanabilir [51]:

- Çevre ve arkadaş değişikliği.
- Bazen neşeli, bazen öfkeli duygudurum.
- Aile iletişiminde azalma, evde az zaman geçirme.
- Evde yalnız kalmak isteme.
- Sık duş alma.
- Çok para harcama.
- Öz bakımda azalma.
- Okul başarısında düşüş.

Sayılan değişimlerin ergenlik zamanında da görülebileceği akılda tutulmalıdır. Madde türüne bağlı olarak birtakım değişimler de gözlenebilir. Bunlara örnek şunlar sıralanabilir [51]:

- Uyku problemleri.
- Dalgın ve halsiz olma, isteksizlik.
- Beslenme problemleri, kilo kaybı.
- Göz içinde kanlanma, göz bebeklerinin daralması veya büyümesi.
- Konuşurken güçlük yaşama.
- Sarhoş olma hali.

- Deride lekeler ve enjeksiyon izleri.

2.11.6. İlaç ile tanı

Naloksan verildiğinde opiyat maddelerin etkisi kaybolmaktadır. Opiyat bağımlısı olan kişilerin cilt altına veya adale içine naloksan enjekte edilince bu kişiler saatlerce devam eden yoksunluk sendromu yaşamaktadırlar. Böylece bu kişilerin maddeyi kullanıp kullanmadığı ortaya çıkabilmektedir [51].

2.11.7. Ölçek kullanımı

Uyuşturucu madde kullanımının değerlendirilebilmesi için Bağımlılık Şiddet Endeksi (ASI) kullanılabilmektedir. Bu endeks madde ve alkol kullanım sorununun şiddeti ve kullanımın neden olduğu tıbbi, yasal, çalışma durumu, ailesel, sosyal ve psikiyatrik sorunları saptamak üzere geliştirilmiş 45 dakika süren, yapılandırılmış, standartlaştırılmış klinik bir araçtır. ASI, tedaviye başlamadan 1 ay önce problemleri tespit ederek tedavi öncesi planlamaya katkı sunmaktadır [52].

Ayrıca bireyin alkolle alakalı sorunlarını anlamak için KESİ (CAGE) isimli bir ölçüm kullanılabilmektedir. KESİ kolay ve hızlı uygulanan bir ölçümdür. KESİ, "kesmek, eleştiri, suçluluk ve ilk iş"in baş harflerinden oluşmaktadır. Birtakım bulguların son bir senede varlığını araştırır. Sorulardan en az birini "evet" diye cevaplayan bireylerin alkol tüketimi ile alakalı problemleri olduğu düşünülmelidir. KESİ, alkol tüketimini ayrıntılandırma adına bir işarettir.

2.12. Madde Bağımlılığı Tedavisi

Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi uzun yıllar boyunca sadece sosyal ve davranışsal yöntemlerle sürdürülmüştür. Bağımlılığın biyolojik süreçlerinin daha iyi anlaşılmasıyla farmakolojik tedavi seçenekleri de gündeme gelmiştir [53]. Nörotransmitter ve reseptör düzeyinde gün geçtikçe artan bilgilerle, özellikle madde isteği ve nüks oluşumunu önlemede, pek çok farmakolojik ürün geliştirilmiştir [54].

Madde ve alkol bağımlılığında hastanın, bağımlılık şiddetini değerlendirmek, detoksifikasyon, yan etkileri tedavi etmek, ruhsal durumu değerlendirmek, kişiyi maddeden

ve ortamlardan uzaklaştırmak amacıyla yatırılarak tedavi tercih edilebilir. Bu sayede hastanın, saygınlığı zedelenmemiş ve yaşam kalitesi bozulmadan bırakma süreci geçirilmiş ve kişi tedaviden sonraki sürece hazırlanmış olacaktır [55].

Afganistan genelinde toplam 86 adet madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmaktadır. Bu tedavi merkezlerinde yataklı, ayakta, evde ve bülgesel şekinde tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Yıllık bütün tedavi merkezlerin tedavi kapasitesi 40000 civarındadır. Buralarda tedavi semptomatik bir şekilde uygulanmaktadır.

Yataklı tedavi hizmetleri; tedavi merkezlerinde 45 günden 3 aya kadar bir süreyi kapsar. İlk iki hafta detoksifikasyon dönemi ve sonra rehabilitasyon dönemi olarak kabul edilir. Taburcu olduktan sonra bir yıla kadar takip dönemi olmaktadır. Bu merkezlere hem kendi isteğiyle gelenler, hemde zorla getirelen bağımlılar başvurmaktadır.

2.12.1. Tıbbi tedavi

Uyuşturucu bağımlılığı tedavisi detoksifikasyon işlemiyle start alır. Maddeyi vücuttan atma işlemine detoksifikasyon denir. Detoksifikasyon işleminin tedaviye gelen tüm bireylere yapılma zorunluluğu yoktur. Tedaviden günler, haftalar önce maddeyi bırakanlar doğrudan ilaç tedavisine geçebilmektedir. Bu dönemde ilaçlar yoluyla yoksunluk krizleri engellenmeye çalışılır. Ancak tıbbi tedavi sadece detoksifikasyondan oluşmaz. Rehabilitasyon ve taburculuğun ardından tıbbi tedavi sürdürülebilmektedir [48].

İlaç tedavisi, tıbbi tedavinin önemli komponentidir. Bilhassa ayaktan tedavide olumlu sonuçları vardır. İlaç tedavisi üç temel yaklaşımdan oluşmaktadır [48];

Antagonizma: Bu yaklaşımda, maddenin etkilerini baskılamak için, bu maddenin "antagonisti" verilir. Bu antagonist madde beyinde maddenin bağlandığı reseptöre daha çabuk bağlanmak suretiyle işlemi gerçekleştirir.

Yerine Koyma (Substitution): Maddeyle benzer etkileri olan bir ilacın, uzman gözetiminde verilmesidir. Örnek olarak nikotinin yerine verilen bant ve sakız verilebilir. Bu yöntemde hedeflenen çoğunlukla opiyat bağımlısı kişilerdir. Opiyat bağımlıları için en fazla kullanılan maddeler ise, metadon ve buprenorfin gibi ilaçlardır. Son zamanlarda, metadon negatif etkilerinden dolayı, buprenorfinin kullanımı artmıştır. Fakat Afganistan'da madde

bağımlılığı tedavi merkezlerinde buprenorfin kullanılmamakta olup sadece Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan metadon kullanılmaktadır [56].

Antabuse tedavisi: Çoğunlukla alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılır. Etki mekanizması, bağımlılın alkolü tükettiğinde rahatsızlanmasını sağlayarak, alkol tüketme arzusunun önüne geçmektir [57].

Alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılan ilaçlar [58]

Disülfiram

Alkol bağımlılığında kullanımına en başta başlanan ve 1951'de ilk FDA onayı alan ilaçtır. Alkolün metabolizmasında bulunan aldehit de hidrogenaz enzimini irreversibl bloklayarak toksik ara metabolit asetaldehitin birikmesine sebebiyet verir. Yüzün kızarması, bulantı-kusma, taşikardi, tansiyon düşmesi benzeri bulgularla ilerleyen asetaldehit toksikasyonuna neden olabilir. Yavaş atıldığından alımdan 1-2 hafta sonrası bile 'disülfiram reaksiyonu' gözlenebilir [59,60]. Tedaviden en az 12 saat önce bağımlının alkolü bırakması gerekmektedir. Ciddi reaksiyon varlığında; akut miyokard enfarktüsü, solunum durması, psikoz, deliryum ve ani ölümler görülebilir [61].

Naltrekson

1996'da FDA onayı verilen naltrekson, opiyatın reseptörlerine yüksek afinite gösteren bir yarışmalı opiyat antagonistidir. Naltrekson alkolün, bağımlı kişide yarattığı memnuniyeti, alkol isteğini ve olumlu pekiştirici etkiyi azaltmak, aynı zamanda tiksindirici etkiyi yani olumsuz pekiştirici etkiyi artırmak amacıyla endorfin reseptörlerini bloke eder [62].

Akamprosat

Kalsiyum asetil homo taurinat yapısında, santral sinir sisteminde inhibitör etkisi olan taurinin yapıca analoğu olan bir maddedir. FDA onayı 2004'de alınan akamprosat, yapısı bakımından kan-beyin bariyerini geçebilecek niteliktedir. Glutamatın işlevini antagonize edebilmekte, gamma amino bütirik asitin işlevini ise uyarabilmektedir. Bu şekilde glutamat ile gamma amino bütirik asit arasında denge sağlar ve sonuç olarak istemli alkol tüketimini engellemiş olur [63].

Opiyat bağımlılığı tedavisinde kullanılan ilaçlar

Metadon

Opiyat bağımlılığında kullanılan reseptör agonisti bir maddedir. Afganistan'da ilaç fabrikası bulunmadığından tüm ilaç ve tıbbi malzemelerde olduğu gibi metadon da yurt dışından geldiği için titizlikle kullanılması gereken bir ilaç olarak sadece yatarak tedavi gören hastalar üzerinde uygulanmaktadır. Uygulanırken günlük alınan opioid dozu ölçüsünde metadonun dozu da hesaplanmalıdır [64,65].

LAAM (Levo α asetil metadol)

Madde bağımlılığının tedavisi için 1993'de FDA onayı verilmiş olan, opiyat agonisti bir maddedir. Etki süresinin uzun olduğundan haftalık 3 defa kullanımı yeterli olmaktadır. Yan etkileri arasında QT uzaması ve kardiyak ritm sorunları gibi ciddi sorunlar olmasından dolayı günümüzde kullanımı sınırlandırılmıştır. Fakat Afganistan'da bu ilaç hiç bir şekilde kullanılmamaktadır [64].

Naltrekson

Alkol bağımlılığında da kullanılan bu ilaç μ reseptörlerine 100 kat daha fazla yapışır. Böylece olumlu etkilerin açığa çıkması engellenir. İlaç etkisine tolerans oluşmaz ve yoksunluğa neden olmaz. Opiyat bağımlılığı tedavisinde de nüksü önlemek amacıyla kullanılabilir. İlacı kullanmaya opiyat kullanımında tamamen kurtulduktan sonra başlanılmalıdır [66].

Buprenorfin

Kısmi opioid agonisti olan ilaç, yüksek doz alındığında naltrekson, düşük dozda ise metadon benzeri etki göstermektedir. Opiyat bağımlılığı tedavisinde 2002'de FDA onayını almış olan buprenorfin metadona göre daha güvenli bir profil sergilemekte olup, uzun etki süresiyle de opiyatın detoksifikasyonu ve idamesinde kullanılmaktadır [64].

Buprenorfin ve Nalokson

Kısmi opioid agonisti buprenorfin, opioid reseptörünün antagonisti naloksonun karışımından üretilmiştir. İçeriğinde bulunan nalokson nedeniyle kötüye kullanımı zayıftır. Plasebo maddelere göre opioidlere olan isteği önemli ölçüde azaltmaktadır. Opioid reseptör afinitesinin yüksek olması sebebiyle reseptörlere bağlanmaktadır. Keyif verici etki ortaya çıkarmadığı gibi çekilme bulgularını yok edecek kadar da agonistik etki göstermektedir [64,66].

2.12.2. Psikososyal tedavi

Detoksifikasyon tedavisinden sonra yoksunluk bulguları çoğunlukla azalmaktadır. Birey, bağımlılık öyküsü ve mevcut durumuna göre bireysel veya grup terapisine alınır. Bu terapilerin esas maksadı kişinin davranışlarını değiştirmesine yardımcı olmaktır. Bireyler kendilerini tanımakta, güçlü-zayıf taraflarını keşfederek maddeye başlama sebeplerini hatırlamaktadırlar. Bu sebeplerin yok edilmesine gayret gösterilmektedir. Kişinin tekrar maddeye başlamasını önlemek adına bilinçlendirme yapılmaktadır. Kısaca, bu terapilerle tedavi görmüş kişilerin yaşam tarzlarını değiştirmesi ve relaps riskinin üstesinden gelebilmeleri için strateji geliştirmeleri sağlanmaktadır [67].

Türkiye'de detoksifikasyon süreci kamu hastanelerinde ortalama 7 gün iken, Afganistan'da 14 gün sürmektedir. Kronik olarak madde kullanan kişilerde süre uzayabilir. Detoksifikasyondan sonra birey Türkiye'de 10-15 gün, Afganistan'da ise 2 ay süreyle rehabilitasyon programına dâhil olmaktadır. Bu sürenin terapi süreci açısından yetersiz olması sebebiyle psikoterapideki tekniklere nazaran kısa zamnda davranışı değiştirebilecek yöntemler tercih edilmektedir [12].

Sosyal rehabilitasyon, kişi korunaklı koşullardan taburcu edildikten sonraki süreci kapsar. Bireye meslek kazandırılması, maddeden uzak kalmasını sağlayacak alışkanlıklar kazandırılması sağlanır. Yatırılarak tedavi klinikte gözetim altındadır. Ancak Afganistan'da tedavi merkezlerine yatmayı reddeden hastalar için yatış öncesi hasta ve ailesiyle, psikologlar tarafından birkaç seans düzenlenerek hasta yatarak tedaviye ikna edilmektedir. Tedavinin bağımlı kişi tarafından zor kısmı dışarıda başlar. Bu nedenle kişiyi buna hazır hale getirmek gerekmektedir [48].

2.12.3. Özel bağımlılık klinikleri

Afganistan'da da Türkiye'deki AMATEM'ler gibi son zamanlarda özel bağımlılık tedavi merkezleri kurulmuştur. Ülke genelinde toplam19 özel bağımlılık kliniği kurulmuştur ve bu kliniklerde yataklı ve ayakta tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Afganistan'da genel olarak ekonomik durumları iyi olmadığı için bu özel merkezlere herkes gidememektedir. Sadece zenginler bu merkezlere gidebilmektedir. 19 özel bağımlılık kliniğinden 2'si başkent Kabil'de, diğer 17'si büyük şehir merkezlerinde yer almaktadır.

Madde bağımlılığı ifadesi toplumlarda genelde olumsuz algılanmaktadır. Bu nedenle 'damgalama endişesiyle sağlık kurumlarına başvurmayan çok sayıda kişi bulunmaktadır. Afganistan'da kurulmuş olan madde bağımlılığı tedavi merkezlerindeki yatak kapasitesinin azlığı, ayrıca bu yerlerin yoğun talebi karşılayamaması sebebiyle taburculuk süreleri hastanın çıkarları doğrultusunda esnetilememektedir. Yatarak tedavi pek çok bağımlı için yetersiz kalmakta ve bağımlılar relapsla karşılaşabilmektedir [48].

2.13. Madde Bağımlılığından Korunma [68]

2.13.1. Önleme modelleri

Madde tüketimiyle alakalı bulunan ve kullanılan pek çok madde bağımlılığını önleme ve korunma programları mevcuttur. Bunlar incelendiğinde benzer yönleri bulunmakla beraber farklı yönlerinin de olduğu gözlemlenmektedir. Madde kullanımını engellemeye yönelik bu modeller dört boyutta incelenebilir [69].

Davranış değiştirme modelleri (Behavioral change models)

Bu modellerin odaklandığı konu bireysel ve toplumsal seviyede davranış değişimidir. Araştırmaların sonucunda bu modele dayalı olan önleme programlarının etkili olduğu görülmüştür [70].

Halk sağlığı modeli (Public health model)

Modelin amacı kanıta dayanarak birey ve çevrenin etkileşiminden kaynaklanan problemleri belirlemek ve maddeye olan arzuyu azaltmaktır. Bu model kapsamında bilgi verme ve tutum

gelişimiyle birey değişecektir. Aynı zamanda bireyin çevresinde sistemsel değişim yoluyla madde isteğini köreltme ve politikal geliştirerek alım gücünü zorlayıcı fiyat artışı gibi yöntemlerle maddeye ulaşmayı zorlaştırarak maddeye erişimi azaltma öngörülmektedir [71].

Tıp enstitüsü modeli (Institute of medicine-IOM)

Bu model, müdahalelerini hedef gruplara uygun bir biçimde hazırlamayı, bu kişilerin gereksinimlerini karşılamayı amaçlamakta ve beraberinde müdahalelerde farklı amaçların dikkate alınmasını esas almaktadır. Bu model kapsamında üç değişik kategori bulunmaktadır. Bunlar;

- Evrensel programlar; tüm popülasyona hizmet eden programlar (ailelere ya da okullardaki tüm öğrencilere hizmet eden önleme çalışmaları).
- Seçici programlar; risk altında bulunan gruplara hizmet eden programlar (bağımlı olan ya da okulunda sorunlarla karşılaşan çocuklara hizmet eden çalışmalar).
- Belirgin programlar; madde kullanımına veya riskli davranış emareleri sergilemeye başlamış bireylere yönelik çalışmalar [72].

Etki ağı modeli (Web of influence model)

Bu model, önlemeye ilişkin etki alanlarının (birey, aile, akran, okul, toplum ve çevre) bireysel düzeydeki etkileşimine odaklanmaktadır. Bunun yanı sıra risk unsurları ve önleyici unsurların etkileşim durumunu kavramaya ilişkin bakış açısı belirlemeyi esas almaktadır [73].

2.13.2. Önleme programları

Bu programlar ile amaçlanan bireyin madde ile ilgili bilgilenmesi, risk faktörlerini görmesi, çatışmalarla baş etme becerilerini geliştirmeleri yoluyla madde arzusuyla mücadele becerisini kazanmalarıdır [74].

1960'lı yıllarda uygulanan önleme programları yeterli olamayınca, 1970'li yıllarda duygulanım odaklı yaklaşımla kişinin kendine güvenini geliştiren eğitimler seçilmiş, 1980'lı yıllarda bilişsel-davranışçı yöntemlere ve beceri geliştiren programlara başlanmıştır. Bilişsel-davranışçı yöntemler, diğer eski programlara kıyasla daha başarılı olmuştur [75].

Günümüzde devam eden okullarda seminerler verme uygulamasının etkisinin zayıf ve devamlılık açısından da başarısız olduğu kanıtlanmıştır [68]. Sıklıkla genç bireylere tavsiye niteliğinde konuşmalar şekilnde ve interaktif olamayan bir tarzda yapılan bu uygulamalar öğrencilerin ilgisini çekememekte ve arzu edilen faydayı sağlayamamaktadır [76].

Günümüzde, madde kötüye kullanımını engellemeye hizmet eden, bilimsel programlar bulunmaktadır. Bu programların etkinliği, araştırmalarla doğrulanmıştır. Kimi programlarda kişilerin sağlıklı hayat sürmelerine olanak sağlayacak beceriler kazanması, kimisinde ise sağlıklı davranışların oluşumunu temin edebilecek bir ortamı gerçekleştirmek hedef alınmaktadır [69]. Bu programlar, gençlerin madde kullanma nedenlerine, risk ve önleyici faktörlere odaklanan psiko-sosyal hipotezlere dayandırılmaktadır [68].

“Madde Kullanımına Hayır Projesi”, yüksek riskli sayılabilecek lise öğrencilerini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Programda maddeyle ilgili tutum ve inançlar dışında, öz kontrol ve problemle baş etme becerisi de kazandırılmaktadır. Bir çalışmada, programın uygulandığı öğrencilerde madde kullanımı sıklığı, kontrol grubundakilere nazaran %25 azalmıştır [77].

“Lise Öğrencileri İçin Kısa Alkol Taraması ve Müdahale Programı”, alkol problemi ve bundan kaynaklı birçok sorun (derse katılamama, sınav kaçırma, kazalar, şiddet ve taciz) yaşayan üniversite öğrencileri için de uyarlanmıştır. Bu program, alkol tüketimini azaltarak alkolün olumsuz sonuçlarını da azaltmayı hedeflemektedir [77].

UNICEF de madde bağımlılığı riskine sahip çocukların yaşama becerilerini geliştirmek amacıyla bir program hazırlamıştır. Programın hedefleri küçük grup çalışmaları yoluyla kolaylaştırma, iletişim, karar verme, beceri geliştirmede farkındalık yaratma, stresle baş etme becerisini kazandırmaktır [78].

Afganistan’da 2019-2023 için uyuşturucu talebini azaltma ulusal politikası kabul edilmiştir. Bu ulusal politika: önlem, tedavi, rehabilitasyon ve bağımlılığın acil durumlarına müdahele başlıkları altında toplanmıştır. Afganistan anayasa yedinci maddeye göre hükümet tüm terör eylemlerini, uyuşturucu maddenin yetiştiriciliği, kaçakçılığını, üretimini ve kullanımını yasaklar. Bu politikaya göre bağımlılıların tedavisinden Sağlık Bakanlığı ve mesleki eğitim programlarından Çalışma Sosyal İşleri Bakanlığı sorumludur.

Uyuşturucu talebini azaltmak için ulusal politika kapsamında Ulusal Çalışma Grubu kurulmuştur. Bu kurulda; Uyuşturucu ile Mucadele Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal İşleri Bakanlığı, Kültür Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Yüksek Eğitim Bakanlığı, Kadın İşleri Bakanlığı, Göç ve Geri Dönenler Bakanlığı, Kırsal Rehabilitasyon ve Kalkınma Bakanlığı, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Diyanet İşleri Bakanlığı yer almaktadır.

Halkın genel bilgilendirme programları; camilerde, okullarda, sağlık kuruluşlarında, medyada ilgili bakanlıklar tarafından yapılmaktadır.

Ülkede uyuşturucu önleme programları üç düzeyde sunulmaktadır:

1. Ulusal önlem: bu tip önleme ülkedeki tüm nüfusu kapsar.
2. Seçici önlem: bu tip önlem toplumun sadece belli gruplarını kapsar yani bağımlılık açısından risk altındaki grupları kapsar (mesela okullarda öğrenme problemi olan öğrenciler).
3. Endikasyon önlemi: bu tip önleme toplumdaki tam bağımlılığı olmayan, ama bağımlılığın bazı bulgularına sahip olanlar için uygulanmaktadır (mesela ailelerden ve okullardan ayrılan ve bağımlı arkadaşı olan çocuklar)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Afganistan'ın başkenti Kabil şehrindeki madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerle yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Afganistan İslam Cumhuriyeti, yüz ölçümü 652.237 kilometre kare olan Asya Kıtası'ndaki dağlık bir ülkedir. Denize sınırı bulunmamaktadır. Doğu ve güneyinde Pakistan, kuzeyinde Özbekistan, Türkmenistan ve Tacikistan, batısında İran, doğusunda da ufak bir sınırla Çin ile çevrilidir. Merkezi İstatistik Kurumu güncel verilerine göre Afganistan'ın toplam nüfusu yaklaşık 31.6 milyondur. Bunlardan 15.5 milyonu (%49) kadın ve 16.1 milyonu (%51) erkektir. Nüfusun 7.5 milyonu kentsel ve 22.6 milyonu kırsal bölgelerde yaşamakta ve aynı zamanda 1.5 milyon insan da mevsimsel olarak ikamet ettiği yeri değiştirmektedir. Son verilere göre Afganistan'da ortalama yaşam süresi, kadınlarda ortalama 66.7 yıl, erkeklerde ise 63 yıl olarak kaydedilmiştir.

Afganistan'ın başkenti Kabil ülkenin merkezi bölgesinde bulunmaktadır. Kabil, Afganistan'ın 34 şehrinden en kalabalık ve en gelişmiş olanı olup Parwan, Kapisa, Laghman, Nangarhar, Wardak ve Logar şehirlerinin ortasında yer almaktadır. Kabil'in %56'sı dağlık iken, %38'i düz arazi şeklindedir. Kabil çokkültürlü, çokdilli bir şehirdir.

Kabil denizden yaklaşık 1800 metre yüksekliğinde olup, dünyada, denizden en yüksekte bulunan başkentlerden biridir. Afganistan'ın ticaret ve kültür merkezi olarak tanımlanan bir ildir.

Kabil 4523.9 kilometre kare yüzölçümü ile Afganistan yüz ölçümünün %0,7'sini oluşturmaktadır. Kilometre kareye 1074 kişi düşmektedir. Kabil şehrinde, bir büyükşehir belediyesi ve 22 küçük şehir belediyesi (Nahiye), 14 ilçe ve yaklaşık 768 köy yer almaktadır. 2016-2017 yılı tahminlerine göre ilin toplam nüfusu 4523718 kişi iken, erkekler 2337151, kadınlar 2186567 kişidir. Kentsel alanlarda toplam nüfus 3839580, erkekler 1987337, kadınlar 1852243 kişidir. Kırsal alanların toplam nüfusu 684138, erkekler 349814, kadınlar

334324 kişidir. Hızlı kentleşme olduğu için Kabil dünyanın 64. en büyük şehri haline gelip dünyanın beşinci en hızlı büyüyen şehri olmaktadır.

Kabil ilinde nüfusun yaygınlığına göre şehir merkezi, toplam il nüfusunun %77,2'sine karşılık gelmektedir.

Bu çalışma tüm yaş gruplarında yer alan her iki cinsiyeti de kapsamaktadır. Kabil şehrinde yer alan 1000 yataklı İbnisina (erkek), 300 yataklı Jangalak (erkek), 50 yataklı Ahmad shah baba mena (erkek), 50 yataklı Khushal khan (erkek), 50 yataklı Dehbory (kadın ve çocuk) ve 100 yataklı Khushal khan (kadın ve çocuk) madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

2017'de, ülkenin 32 ilinde uyuşturucu bağımlıları için toplam 109 tedavi merkezi bulunmaktadır. Bunlardan 59 merkez Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Genel olarak madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yaklaşık 2500 kişi çalışmaktadır. Kabil'de, toplam 23 madde bağımlılığı tedavi merkezi mevcuttur. Bunlardan 9 merkez Sağlık Bakanlığı'na bağlı olup 6 merkezde yataklı, 3 merkezde ayakta tedavi sunulmaktadır. 14 merkez özel sektöre bağlıdır ve bu merkezler yatarak (inpatient), ayakta (outpatient) ve ev tabanlı (home based) olmak üzere üç düzeyde hizmet sunmaktadır.

2019 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı'nın ülkede toplam 69 madde bağımlılığı tedavi merkezi olmuştur. Bu merkezlerde önleme ve tedavi hizmetleri hem ayakta, hem yatarak hem de bağımlıların evlerinde sunulmaktadır. Ayrıca Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı özel sağlık firmalarına ait tedavi merkezi için bütçe hazırlamakta ve bu merkezlerde verilen hizmetleri denetlemektedir. Tedavinin her dönemlik toplam yatak sayısı 3290 olup, yıllık tedavi kapasitesi 38856 kişidir. Bunlardan 31440 kişi yataklı, 2240 kişi ayakta ve 5176 kişi kendi evlerinde tedavi görmektedir. Ayrıca yıllık 437000 kişi madde bağımlılığının zararları hakkında bilgilendirilmektedir. Toplam 86 tedavi merkezinden, direkt Sağlık Bakanlığı Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı tarafından yönetilen 69 merkezin yatak sayısı 3485'dir ve her yıl 27040 bağımlı yatarak buralarda tedavi edilmektedir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. 2019 yılında Afganistan'da madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin tedavi kapasitesi

	Sağlık Bakanlığı	Sivil Toplum Kuruluşları (NGO)	UNODC	Toplam
Tedavi merkezlerinin sayıları	69	12	5	86
Yatak sayıları	3485	425	125	4035
Yıllık tedavi sayıları	27040	3400	1000	31440
Ayakta yıllık tedavi kapasitesi	2240	0	0	2240
Evde yıllık tedavi kapasitesi	5176	640	0	5816
Tedavi merkezlerinin yıllık tedavi kapasitesi	34456	4040	1000	39496

Araştırma evrenini madde bağımlılığı konusunda yataklı tedavi hizmeti veren 14 merkez oluşturmaktadır. Bu merkezler:

1. Jangalak 300 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
2. Pul charkhy 1000 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
3. Ahmad sha Baba Mena 50 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
4. Khoshal khan Mena 50 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
5. Dehbory 50 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
6. Karte sakhy 40 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
7. Karte parwan 20 Yataklı Madde Bağımlılığı tedavi Merkezi
8. Dahne Bakh 20 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
9. Khoshal khan Mena 100 Yataklı Kadın ve Çocuklar Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
10. Sang amaj 20 Yataklı Kadınlar Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
11. Sang amaj 15 Yataklı Çocuklar Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
12. Shah shahed 20 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
13. Labi jar 50 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
14. Tai mani 20 Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

Yukarda sıralanan 14 merkezden 6'sı yani Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan merkezler arasından araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve onay veren hastalar araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Dâhil edilme kriterleri

- Verilerin toplandığı süre zarfında araştırmanın yapıldığı madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yatarak tedavi görüyor olmak
- Kişi 18 yaşından büyükse kendisinin, küçükse ebeveynlerinin sözlü ve yazılı olarak çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Kişinin araştırmanın yapıldığı madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde hastalarla ilişki kurmanın zor olduğu 15 günlük detoksifikasyon dönemini geçmiş ve rehabilitasyon döneminde olması
- Bulaşıcı hastalıklar için labaratuvar kan sonucu olması

3.4.2. Dışlanma kriterleri

- Kişi 18 yaşından büyükse kendisinin, küçükse ebeveynlerinin sözlü ve yazılı olarak çalışmaya katılmayı kabul etmemesi
- Kişinin araştırmanın yapıldığı madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde hastalarla ilişki kurmanın zor olduğu ilk dönem olan 15 günlük detoksifikasyon dönemi içinde yer alıyor olması
- Kişinin anketi doldurma açısından oryante ve uyumlu olmaması
- Bulaşıcı hastalıklar için labaratuvar kan sonucu olmaması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı değişkenler

- Eroin kullanma durumu
- Esrar kullanma durumu
- Afyon kullanma durumu

3.5.2. Bağımsız değişkenler

- Yaş grupları
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Anne-baba eğitim durumu
- Kardeş sayısı
- Ikamet yeri
- Kendi odası olma durumu
- Mülteci olma durumu
- Çalışma durumu
- Aylık gelir durumu
- Aylık aile gelir durumu
- Çalışmadığı halde gelir kaynakları
- Eşlik eden bulaşıcı hastalıklar
- Aileyi terk etme durumu ve sayısı
- Aileden ayrı yaşama durumu
- Aile içi şiddet olma durumu
- Ebeveynlerin boşanma durumu
- Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık olma durumu
- Ailede madde kullanma durumu
- Ailede madde kullanan kişi
- Maddenin kullanıldığı yer
- Silahlı bir görevde bulunma durumu
- Aileden kayıp olma durumu
- Uyuşturucu tarlasında çalışma ve uyuşturucu ticareti yapma durumu
- Başarısız sevgi hikayesi

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verisi, araştırmacı tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış ve yerel dile çevrildikten sonra örneğe girmeyen bir madde bağımlılığı tedavi merkezinde ön denemesi

yapılmış olan bir anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 5 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, kişinin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu gibi özellikleri) kayıt altına alınmıştır. İkinci bölümde, bağımlılığa neden olan etmenler, üçüncü bölümde, maddenin oluşturduğu sonuçlarla ilgili sosyal problemler, dördüncü bölümde bağımlılık yapıcı madde ve tedavisi, beşinci ve son bölümde madde kullanım nedeni ile oluşan bulaşıcı hastalıklar konusunda sorular bulunmaktadır. Anket formu yerel dilde uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu 13.06.2017 tarih ve 06 sayılı toplantısında planlanan çalışma için madde bağımlılığı tedavi merkezlerinden izin alınması koşuluyla etik açıdan bir sakınca bulunmadığına karar vermiştir. Etik komisyonun vermiş olduğu karar, Afganistan resmi diline çevrilerek, Afganistan Büyükelçiliği Eğitim Ataşeliği'ne 20.07.2017 tarihinde teslim edilmiş, Afganistan Büyükelçiliği'nden, Afganistan Yüksek Eğitim Bakanlığı Dış İlişkiler Ofisine gönderilmiştir. Anket tercüme edilip teslim edildikten sonra 17.09.2017 tarihinde Afganistan Yüksek Eğitim Bakanlığı tarafından veri toplama için Afganistan Sağlık Bakanlığı'na başvurulmuştur. Sağlık Bakanı'nın imzaladığı izin belgesi ve direktifi doğrultusunda, ‘Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı'nı’, Kabil şehrinde tüm madde bağımlılığı merkezlerinde araştırma için olanakları hazırlamıştır. 18.09.2017 tarihinde ‘Maddeye Olan Talebi Azaltma Departmanı’ başkanı ile araştırma ekibine karar verilmiş, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kabil’deki yataklı tüm madde bağımlılığı kliniklerine araştırma izni verilmiş ve tüm hastanelere yazı gönderilmiştir. Araştırmacı, araştırma ekibini anket uygulaması hakkında bilgilendirmiş, ekiptekilerin de fikirleri alınmıştır. İkinci gün 20 hastaya uygulanmış, üçüncü gün hastane başhekimi, araştırma ekibi ve araştırmacı birlikte doldurulan anketler hakkında görüşmüştür. Ankette bazı değişikliklere karar verilmiştir. Dördüncü gün ekip 10 kişi ile anketin son biçimini uygulamıştır. Çalışma boyunca araştırma ekibi hiçbir problem ile karşılaşmamıştır.

Ekipte araştırmacı yanı sıra, üç psikolog 1000 yataklı İbnisina (erkek) madde bağımlılığı tedavi merkezinden 3 sosyal danışman, 3 psikolog, 50 yataklı Dehory tedavi merkezinden bir bayan hemşire, 100 yataklı Khushal Khan tedavi merkezinden bir bayan hemşire 300 yataklı Jangalak (erkek) madde bağımlılığı tedavi merkezinden bir doktor olmak üzere 10 kişi yer almıştır. Araştırma sırasında her gün bir psikiyatrist araştırma ekibine yardım etti.

Bayan hemşireler 4 gün araştırma hakkında eğitim aldıktan sonra kendi tedavi merkezlerine döndüler ve oradaki hastaları yürütülecek araştırma hakkında bilgilendirdiler. Anket uygulanması detoksifikasyon döneminden sonraki rehabilitasyon hastaları üzerinde yapılmıştır. Afganistan'ın en büyük madde bağımlılığı hastanesi olan 1000 yataklı İbnisina (erkek) Tedavi Merkezi'ndeki hastalar başvuru esasına göre ya da belirli aralıklarla polis zoruyla bulundukları yerde toplanarak tedavi görmektedirler. Bu hastalara izlenen prosedür öncelikle hijyenik şartların sağlanmasına yönelik olmaktadır. Tedavi süreci 3 ay olup, bu sürenin 15 günü detoksifikasyon, kalanı ise rehabilitasyondan oluşmaktadır. Rehabilitasyon döneminde dini eğitim verilmekte, sportif etkinlikler yapılmakta, meslek (marangozluk ve demir işçiliği) kazandırılmaktadır. Tedavinin başka bir parçası ise seçmeli soğuk tatbikattır. Bu merkezde 24.09.2017 - 17.10.2017 tarihleri arasında toplam 501 hasta araştırmaya katılmıştır. 300 yataklı Jangalak (erkek) madde bağımlılığı tedavi hastanesinde ise toplam tedavi süreci 1,5 ay olup yine hastalar aileleriyle birlikte gönüllü ya da zorla getirilmekte olup, detoksifikasyon yine 15 gün sürerken, kalan rehabilitasyon süreci 1 aydır. Rehabilitasyon döneminde dini eğitim verilmekte, sportif etkinlikler yapılmakta, meslek (marangozluk ve demir işçiliği) kazandırılmaktadır. Tedavinin başka bir parçası ise seçmeli soğuk tatbikattır. 18.10.2017 - 22.10.2017 tarihleri arasında toplam 99 hasta bu merkezde bulunmaktaydı. 23.10.2017 - 26.10.2017 tarihleri arasında 100 yataklı Khushal Khan (kadın ve çocuk) madde bağımlılığı tedavi hastanesinde toplam 97 hasta bakılmakta olup, bu hastanede de hastalar gönüllü veya zorla tedavi merkezine gelmişlerdi. Kadın ve çocuklar için ayrı eğitim programları izlenmekte olup kadınlar için izlenen rehabilitasyon döneminde güzellik kursu verilmektedir. Bu merkezde tedavi süreci 3 ay sürmektedir. 28.10.2017 - 29.10.2017 tarihleri arasında 50 yataklı Dehbory (kadın ve çocuk) Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde toplam 46 hasta bakılmakta olup, hastalar tedavi olmak için kendileri başvurmuşlardı ve tedavi süreci 3 ay olup, kadınlar için güzellik kursu ve eğitim uygulanmaktayken, çocuklar için yine eğitim ve oyun olanağı sağlanmıştır. 30.10.2017 tarihinde, 50 yataklı Khushal khan (erkek) Madde Bağımlılığı Tedavi Hastanesi'nde, toplam 31 hasta ile görüşülmüştür, bu hastanede tedavi süresi 3 aydır. Hastalar gönüllü başvururken, rehabilitasyon süreci sadece dini eğitim ve sportif faaliyetleri kapsamaktadır. 31.10.2017 tarihinde 50 yataklı Ahmad Shah Baba Mena (erkek) madde bağımlılığı tedavi hastanesinde toplam 26 hasta ile görüşülmüştür. Bu merkezde de tedavi süreci 3 ay olup, rehabilitasyon döneminde dini eğitim, sportif faaliyetler bulunmaktadır. Tedavinin bir parçası olarak seçmeli soğuk tatbikat vardır. Sonuçta toplam 02.11.2017 - 14.11.2017 tarihleri arasında 800

hastayla görüşülmüştür. Veri toplanan hastanelerin laboratuvarlarında araştırma grubundaki hastaların laboratuvar sonuçları kontrol edilmiştir

3.7. Verilerin Analizi

İstatiksel analiz SPSS 22.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca (medyan) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare, Yates Düzeltmeli Ki-kare ve Fisher'in Kesinlik Testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelenmiştir. Buna göre değişkenler normal dağılıma uyduğu yerlerde, parametrik testler (paired sample t testi ve bağımsız gruplarda t testi) ile normal dağılıma uymadığı yerlerde ise nonparametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi) ile karşılaştırılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarla belirlenen farklı prediktörlerin uyuşturucu maddeyi kullanma varlığını öngörmedeki etkileri çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Model uyumu değerlendirmede Hoshmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson ve Spearman Korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada, öncelikle hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusunda bilgilendirilmeye hakları oldukları belirtilerek, araştırmaya katılmada 'gönüllülük' ilkesi yerine getirilmiştir. Bu açıklama hem sözel olarak, hem de anket uygulaması öncesinde ekte yer alan 'Aydınlatılmış Onam ve İzin Formu' ile yazılı olarak bildirilmiştir. Toplanan formlardaki bilgiler bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ve kişi ile paylaşılmayacaktır.

Araştırmanın etik uygunluğu için, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'na başvurulmuş; 13.06.2017 tarih ve 06 sayılı toplantıda etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca, çalışmanın amacı her katılımcıya açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya katılım konusunda gönüllülük esas alınmıştır.

3.9. Araştırma Takvimi

Konu belirlendikten sonra 2017 Şubat-Nisan aylarında literatür taranmış ve araştırma önerisi Nisan ayında kabul edilmiştir. 13 Haziran 2017 tarihinde etik kurul onayı alındıktan sonra Eylül-Ekim aylarında veri toplanmıştır. Verinin bilgisayara aktarılması Kasım-Aralık 2017 döneminde araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında araştırma verilerinin analizi, tablo ve grafik yapımı gerçekleşmiştir. Temmuz-Aralık 2018 döneminde genel bilgiler yazılmıştır. Ocak-Mayıs 2019 arasında ek analizler yapılmış giriş, genel bilgiler ve bulgular kısımları tamamlanmıştır. Haziran-Eylül 2019 döneminde de rapor yazımına devam edilmiş ve tartışma kısmı yazılmıştır. Tezin diğer kısımları düzenlenerek 16 Eylül 2019 tarihinde tez raporu tamamlanmıştır. Rapor jüriye 6 Kasım 2019 tarihinde sunulmuştur.

Çizelge 3.2. Araştırma takvimi

	Mart 2017	Nisan 2017	Haziran-Eylül 2017	Eylül-Ekim 2017	Kasım-Aralık 2017	Ocak-Haziran 2018	Temmuz 2018- Eylül 2019
Literatür tarama, araştırmanın planlanması	X	X					
Anket formu oluşturulması		X					
Gerekli izinlerin alınması			X	X			
Uygulama				X			
Verilerin bilgisayara aktarılması					X		
Verilerin analizi						X	
Rapor yazımı							X

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma sadece Afganistan'ın başkenti Kabil'deki Sağlık Bakanlığı'na bağlı bağımlılık tedavi merkezlerinde yatan bağımlılarla yapıldığı için, tüm Kabil'e genellenemez. Ayrıca bu kişiler arasında il dışından gelenler de olduğu için çalışma yine Kabil'e genellenemez.

Detoksifikasyon döneminde hastalarla iletişim zor olduğu için, sadece bu dönemi tamamlayan hastalar çalışmaya alınmıştır. O yüzden merkezlerdeki tüm bağımlılar hakkında veri toplanamamıştır.

On sekiz yaş altı çocuklara anket uygulayabilmek için ebeveynlerden onam alınması gerekli olmuştur. Bu nedenle onam vermeyen bazı ebeveynlerin çocukları çalışmaya alınamamıştır.

Bulaşıcı hastalıklar için laboratuvar kan sonucu olmayan kişiler çalışmadan dışlanmıştır. Bu durum da bir miktar veri kaybına yol açmıştır.

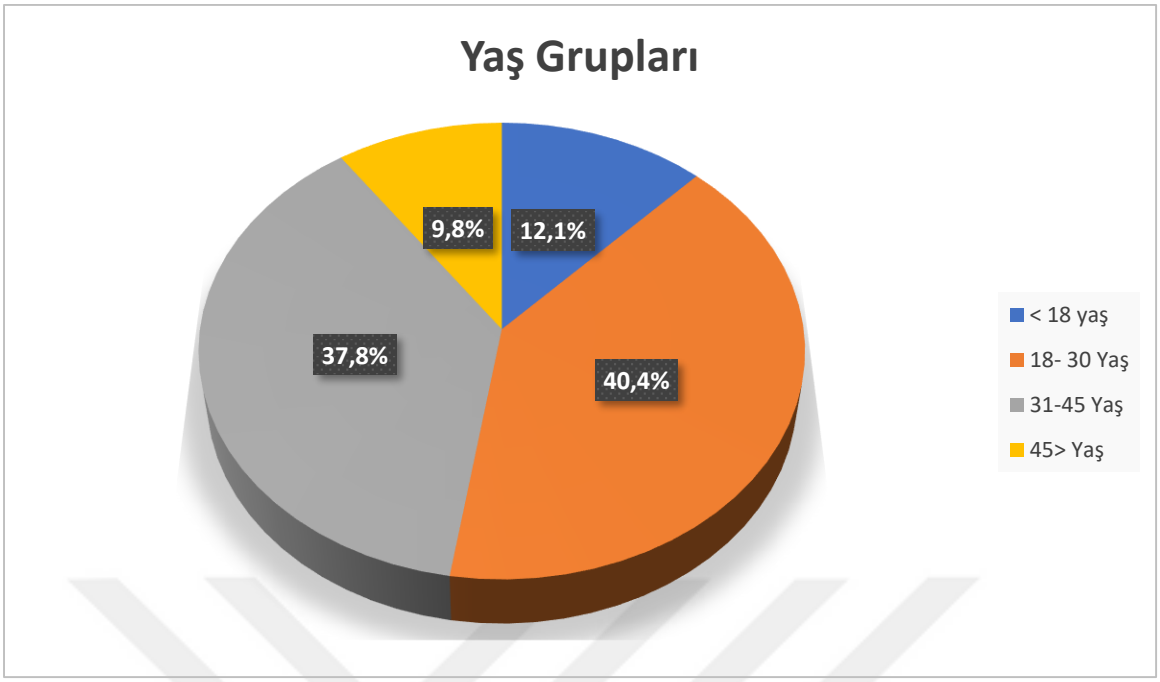
4. BULGULAR

Araştırmada yer alan madde bağlılığı tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören hastalardan toplam 800 kişi katılmıştır. Bu kişilerin yaş ortalaması 30,74±11,44'tür (ortanca yaş=30, minimum 2, maksimum 68). En büyük kesimi %40,4 ile 18-30 yaş arası genç erişkinler oluştururken, onu %37,8 ile 31-45 yaş grubu takip etmektedir. Katılımcıların %88,9'u erkek, %50,6'sı evli ve %34,3'ü bekârdır. Eğitim durumları incelendiğinde; %35,9'unun hiç eğitim almadığı görülürken, %23,3'ü ortaokul, %22,3'ü lise, %14,5'i ilkokul ve %4,1'i lisans mezunudur. %60,5'i kentte yaşamakta, %74,2'si kendi odası olduğunu belirtmiş ve %62,8'i mülteci durumda olduğunu söylemiştir. Mülteci olanların da %87,5'i ülke dışında mültecidir. Araştırmaya katılan bağımlıların %76,6'sı bir işte çalışmakta, %17,5'i herhangi bir işte çalışmamakta ve %5,8'i öğrencidir. Aylık gelir durumlarına bakıldığında %44,3'ünün 10001-20000 Afgani (147,1-294,1 ABD doları), %30,3'ünün 10000 ve altı Afgani (≤147,1 ABD doları), %10,6'sının 20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları) ve %7,4'ünün 30000 Afgani (>441,2 ABD doları) üzeri olduğu görülmüştür. Çalışmayanların gelir kaynaklarına bakıldığında %72,2'sinin hırsızlık, %69,0'unun dilencilik, %65,0'inin kendi eşyalarını satmak, %48,4'ünün borç almak ve %42,1'inin aile yardımı olduğu görülmüştür. Katılımcıların %7,5'inde hepatit C, %4,8'inde hepatit B, %0,1'inde HIV olmak üzere eşlik eden bulaşığı hastalığı vardır (Çizelge 4.1). Şekil 1'de araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre, şekil 2'de ise eğitim gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

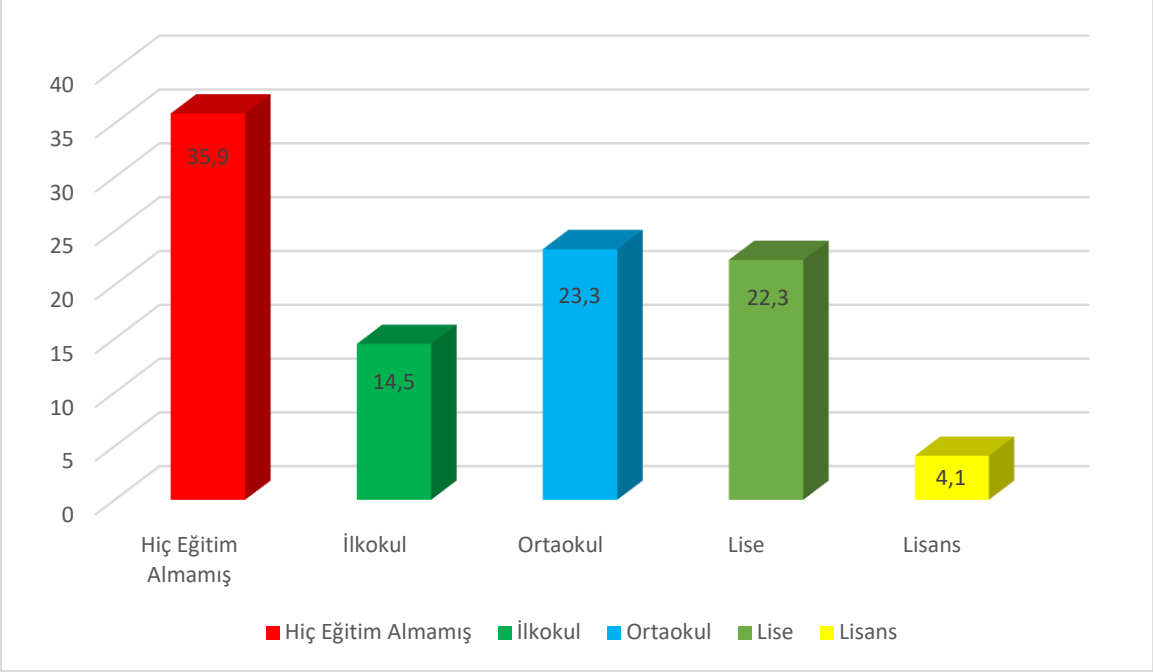
Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=800)		
18- 30 Yaş	323	40,4
31-45 Yaş	302	37,8
<18 Yaş	97	12,1
45> Yaş	78	9,8
Cinsiyet (n=800)		
Erkek	711	88,9
Kadın	89	11,1
Medeni Durum (n=800)		
Evli	405	50,6
Bekâr	274	34,3
Boşanmış	104	13,0
Dul	17	2,1
Eğitim Durumu (n=800)		
Hiç Eğitim Almamış	287	35,9
Ortaokul	186	23,3
Lise	178	22,3
İlkokul	116	14,5
Lisans	33	4,1
İkamet Yeri (n=800)		
Kent	484	60,5
Kır	316	39,5
Kendi Odası Olma Durumu (n=519)		
Evet	385	74,2
Hayır	134	25,8
Mülteci Olma Durumu (n=800)		
Evet	502	62,8
Hayır	298	37,3
Nerede Mülteci Olduğu (n=502)		
Ülke Dışı	439	87,5
Ülke İçi	63	12,5
Şu An Çalışma Durumu (n=800)		
Çalışıyor	613	76,6
Çalışmıyor	140	17,5
Öğrenci	46	5,8
Emekli	1	0,1
Aylık Gelir (n=800)		
10001-20000 Afgani (147,1-294,1 USD)	354	44,3
≤10000 Afgani (≤147,1 USD)	242	30,3
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 USD)	85	10,6
>30000 Afgani (>441,2 USD)	59	7,4
Çalışmadığı Halde Gelir Kaynakları (n=126)**		
Hırsızlık	91	72,2
Dilencilik	87	69,0
Kendi eşyalarını satmak	82	65,0
Borç almak	61	48,4
Aile yardımı	53	42,1
Eşlik Eden Bulaşıcı Hastalıklar (n=800) **		
Hepatit C	60	7,5
Hepatit B	39	4,8
HIV	1	0,1

*: Sütun yüzdesi, ** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir



Şekil 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı, Afganistan, 2018



Şekil 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımı, Afganistan, 2018

Katılımcıların %49,3'ünde aileyi terk etme öyküsü varken, %27,9'u ailesinden ayrı yaşamaktadır. %62,7'si evi birden fazla kez terk etmiştir. %44,0'ü aile içi şiddet görmüş, %15,1'inin ise ebeveynleri boşanmıştır. Anne eğitim durumlarına bakıldığında; %77,5'inin hiç eğitim almadığı, baba eğitim durumlarına bakıldığında ise, %54,6'sının hiç eğitim almadığı tespit edilmiştir. Bağımlıların %67,6'sı 5 ve üzeri kardeşken, sadece %1,6'sı tek

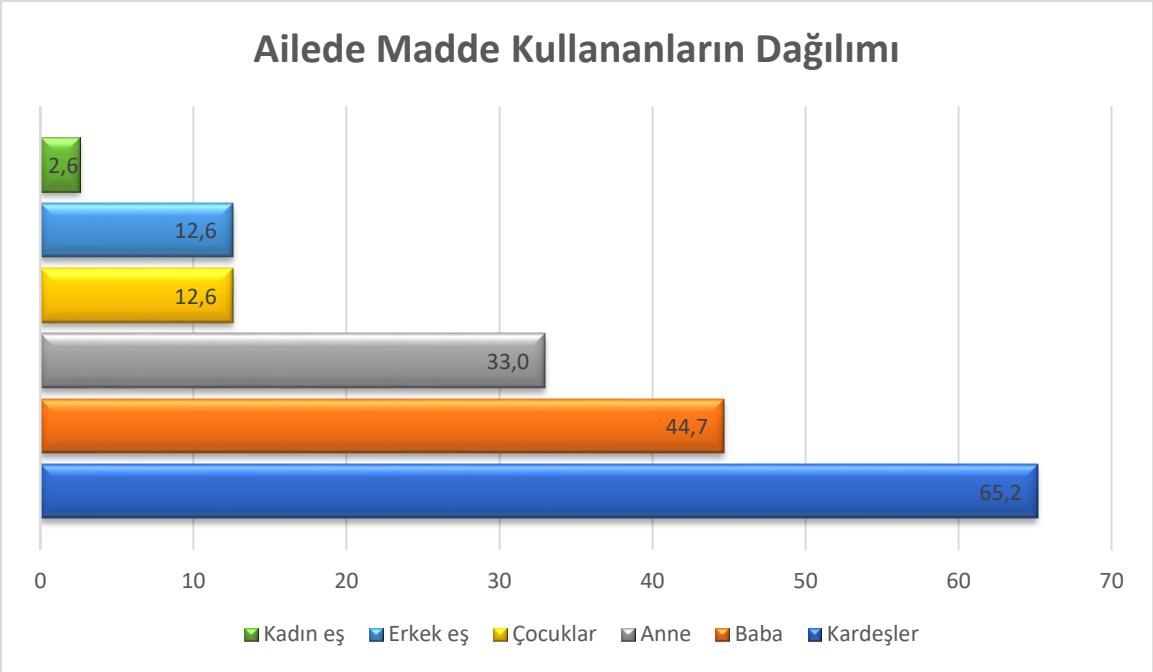
çocuktur. Aylık aile gelirine bakıldığında %26,5'inin 20000 ve altı Afgani (≤294,1 ABD doları), %28,8'inin 20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD dolaı) ve %23,6'sının 30001-50000 Afgani (441,2-735,3 ABD doları) ve %21,6'sının 50000 Afgani (>735,3 ABD doları) üzeri olduğu görülmüştür. Katılımcıların %79,5'inde birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık yokken, %16,6'sında bir kişide ve %3,9'unda birden fazla kişide psikiyatrik hastalık vardır. Ailede madde kullanım sıklığı %28,8 iken, en çok kullanan aile bireyi %65,2 ile kardeşler olmuştur. Onu %44,7 ile baba ve %33,0 ile anne takip etmektedir (Çizelge 4.2.). Ailede madde kullanımı sorusuna evet cevabını veren 230 kişinin ailesinde ortanca=2, minimum=1 ve maksimum=9 kişi madde kullanmaktadır.

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
Aileyi Terk Etme Durumu (n=800)		
Hayır	406	50,8
Evet	394	49,3
Aileden Ayrı Yaşama Durumu (n=800)		
Birlikte Yaşıyor	577	72,1
Ayrı Yaşıyor	223	27,9
Evi Terk Etme Sayısı (n=394)		
2 veya 2'den fazla	247	62,7
1 defa	147	37,3
Aile İçi Şiddet Olma Durumu (n=800)		
Hayır	448	56,0
Evet	352	44,0
Ebeveynlerin Boşanma Durumu (n=800)		
Boşanmamış	679	84,9
Boşanmış	121	15,1
Anne Eğitim Durumu (n=800)		
Hiç Eğitim Almamış	620	77,5
Lise	66	8,3
Ortaokul	54	6,8
İlkokul	34	4,3
Lisans	26	3,3
Baba Eğitim Durumu (n=800)		
Hiç Eğitim Almamış	437	54,6
Lise	161	20,1
Lisans	94	11,8
Ortaokul	86	10,8
İlkokul	22	2,8
Kardeş Sayısı (n=800)		
5 ve üzeri	541	67,6
2-4	246	30,8
1	13	1,6
Aylık Aile Geliri (n=800)		
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 USD)	226	28,8
≤20000 Afgani (≤294,1 USD)	212	26,5
30001-50000 Afgani (441,2-735,3 USD)	189	23,6
>50000 Afgani (>735,3 USD)	173	21,6
Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hasta Olma Durumu (n=800)		
Yok	636	79,5
Bir kişide	133	16,6
Birden fazla kişide	31	3,9
Ailede Madde Kullanım Durumu (n=800)		
Hayır	570	71,3
Evet	230	28,8
Ailede Madde Kullananların Dağılımı (n=230) **		
Kardeşler	150	65,2
Baba	103	44,7
Anne	76	33,0
Erkek eş	29	12,6
Çocuklar	29	12,6
Kadın eş	6	2,6

*: Sütun yüzdesi

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.



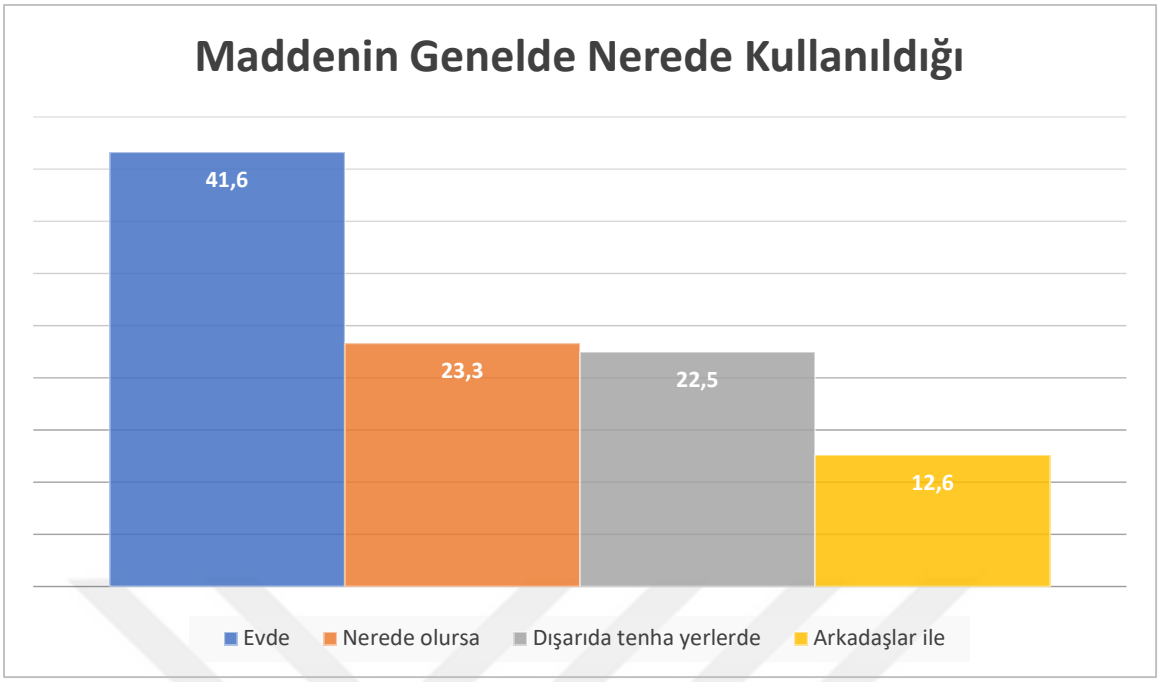
Şekil 4.3. Ailede madde kullananların dağılımı, Afganistan, 2018

Çizelge 4.3'te araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %94,2'si madde kullanımının boşanma üzerine etkisi olduğunu düşünmektedir. %41,6'sı maddenin genelde evde kullanıldığını belirtirken; %23,3'ü 'nerede olursa', %22,5'i 'dışarıda tenha yerlerde' ve %12,6'sı 'arkadaşlar ile' yanıtını vermiştir. Katılımcıların %45,8'i silahlı bir görevde bulunmuştur. %30,8'inin savaş yüzünden ailesinde kayıp olmuştur ve %44,0'ünün savaş dışında ailede ölüm olmuştur. Bağımlıların %19,9'u uyuşturucu yetiştirilen tarlalarda çalışmış, %27,0'si uyuşturucu madde ticareti yapmış ve %48,5'i başarısız bir sevgi hikâyesi yaşamıştır.

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
Madde Kullanımının Boşanma Üzerine Etkisi Olma Durumu (n=104)		
Evet	98	94,2
Hayır	6	5,8
Maddenin Genelde Nerede Kullanıldığı (n=800)		
Evde	333	41,6
Nerede olursa	186	23,3
Dışarıda tenha yerlerde	180	22,5
Arkadaşlar ile	101	12,6
Silahlı Bir Görevde Bulunma Durumu (n=800)		
Hayır	434	54,3
Evet	366	45,8
Savaş Yüzünden Aileden Kayıp Olma Durumu (n=800)		
Hayır	554	69,3
Evet	246	30,8
Savaş Dışında Ailede Ölüm Olma Durumu (n=800)		
Hayır	448	56,0
Evet	352	44,0
Uyuşturucu Yetiştirilen Tarlalarda Çalışma Durumu (n=800)		
Hayır	641	80,1
Evet	159	19,9
Uyuşturucu Madde Ticareti Yapma Durumu (n=800)		
Hayır	584	73,0
Evet	216	27,0
Başarısız Bir Sevgi Hikâyesi Olma Durumu (n=755)		
Hayır	389	51,5
Evet	366	48,5

*: Sütun Yüzdesi



Şekil 4.4. Katılımcıların uyuşturucu madde kulanım yerleri hakkında düşünceleri, Afganistan, 2018

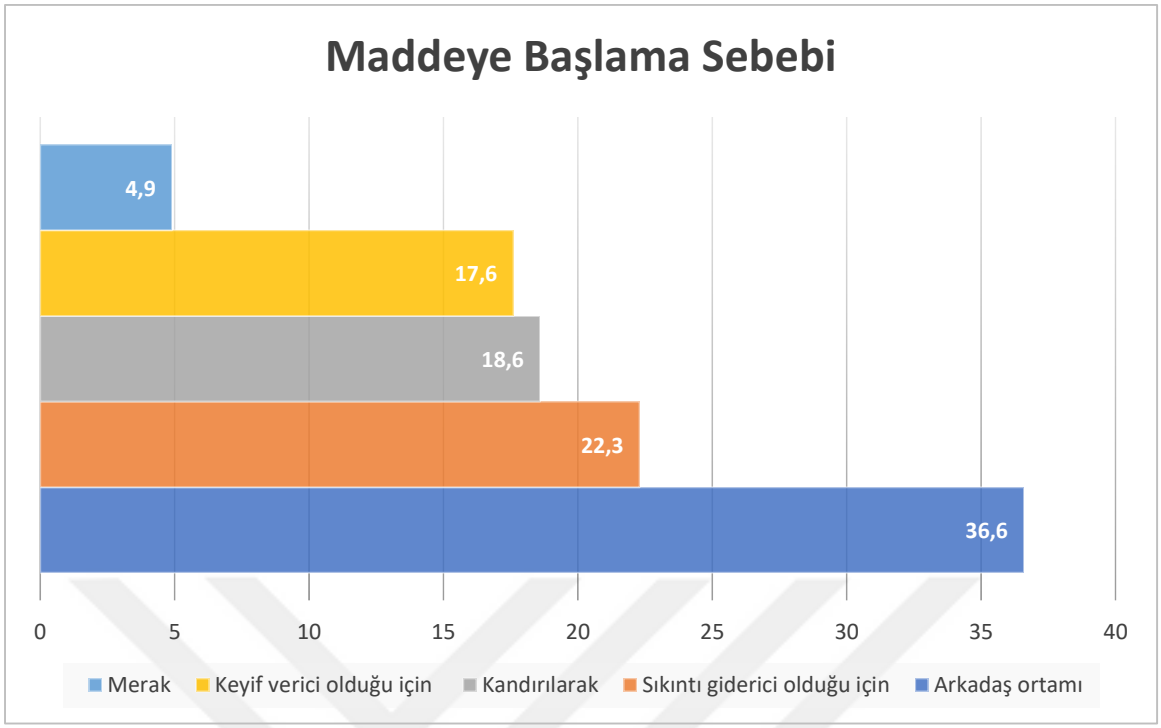
Çalışmaya katılanların %65,3'ü geçmişte yasaya aykırı davranışta bulunmuş ve bunların %93,1'i bunu birden çok kere tekrarlanmıştır. Yasaya aykırı davranışın niteliğine bakıldığında %67,8 ile gasp ve hırsızlık birinci sırada yer almaktadır. Onu %54,9 ile ahlak suçu, %52,8 ile kavga-yaralama ve %36,9 ile uyuşturucu ticareti takip etmektedir. Bütün bu suçların madde etkisi ile işlendiğini söyleyenlerin sıklığı %37,0'dir. Çalışmaya alınan bağımlıların %12,3'ü 1 kez, %4,3'ü 2 kez ve %6,6'sı 2'den fazla kere intihar girişiminde bulunmuştur. Madde kullanımının ruhsal bir rahatsızlığa yol açtığını düşünme durumu %42,5 ile evet yanıtı almıştır. Madde kullanım sıklıkları tütün %83,5, nasuar (NASWAR) %84,1, nargile %43,0 şeklindedir. Maddeye başlama sebepleri arasında 'arkadaş ortamı nedeniyle' önermesi %36,6 ile birinci sıradadır. Onu %22,3 ile 'sıkıntı giderici olduğu için' önermesi, %18,6 ile 'kandırılarak' önermesi ve %17,6 ile 'keyif verici olduğu için' önermesi takip etmektedir. Cinsel isteğin artması için madde kullananların sıklığı %37,1 iken, bu amaçla en çok kullanılan madde %53,5 ile afyondur (Çizelge 4.4.).

Katılımcıların madde kullanmaya başlangıç ortalama yaşı 19,95±8,8'dir (ortanca yaşı:19, minimum:1, maksimum: 58).

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımı ile ilgili özellik ve bulguların dağılımı, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
Yasaya Aykırı Davranışta Bulunma Durumu (n=800)		
Evet	522	65,3
Hayır	278	34,8
Yasaya Aykırı Davranışta Kaç Kez Bulunduğu (n=522)		
İki veya daha fazla kez	486	93,1
Bir kez	36	6,9
Yasaya Aykırı Davranışın Niteliği (n=522) **		
Gasp ve hırsızlık	354	67,8
Ahlak suçu	287	54,9
Kavga- yaralama	276	52,8
Dolandırıcılık	193	36,9
Uyuşturucu ticareti	120	22,9
Siyasi	93	17,8
Cinayet	63	12,0
Suçların Madde Etkisi İle İşlenme Durumu (n=522)		
Hayır	329	63,0
Evet	193	37,0
İntihar Girişimi Durumu (n=800)		
Hayır	615	76,9
Bir kez	98	12,3
İkiden fazla	53	63,0
İki kez	34	4,3
Madde Kullanımının Ruhsal Bir Rahatsızlığa Yol Açtığını Düşünme Durumu (n=800)		
Hayır	460	57,5
Evet	340	42,5
Tütün Kullanma Durumu (n=800)		
Evet	668	83,5
Hayır	132	16,5
Nasuar (NASWAR) Kullanma Durumu (n=800)		
Evet	673	84,1
Hayır	127	15,9
Nargile Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	456	57,0
Evet	344	43,0
Maddeye Neden/ Nasıl Başladığı (n=800)		
Arkadaş ortamı nedeniyle	293	36,6
Sıkıntı giderici olduğu için	178	22,3
Kandırılarak	149	18,6
Keyif verici olduğu için	141	17,6
Merak	39	4,9
Cinsel İsteğin Artması İçin Madde Kullanma Durumu (n=741)		
Hayır	466	62,9
Evet	275	37,1
Cinsel İsteğin Artması İçin Kullanılan Maddeler (n=275)		
Afyon	147	53,5
Eroin	70	25,5
Cam (amfitamn)	37	13,5
Esrar	8	2,9
Tab K	4	1,5
Alkol	4	1,5
Kristal	3	1,1
Uçucu madde	2	0,7

*: Sütun Yüzdesi, ** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.



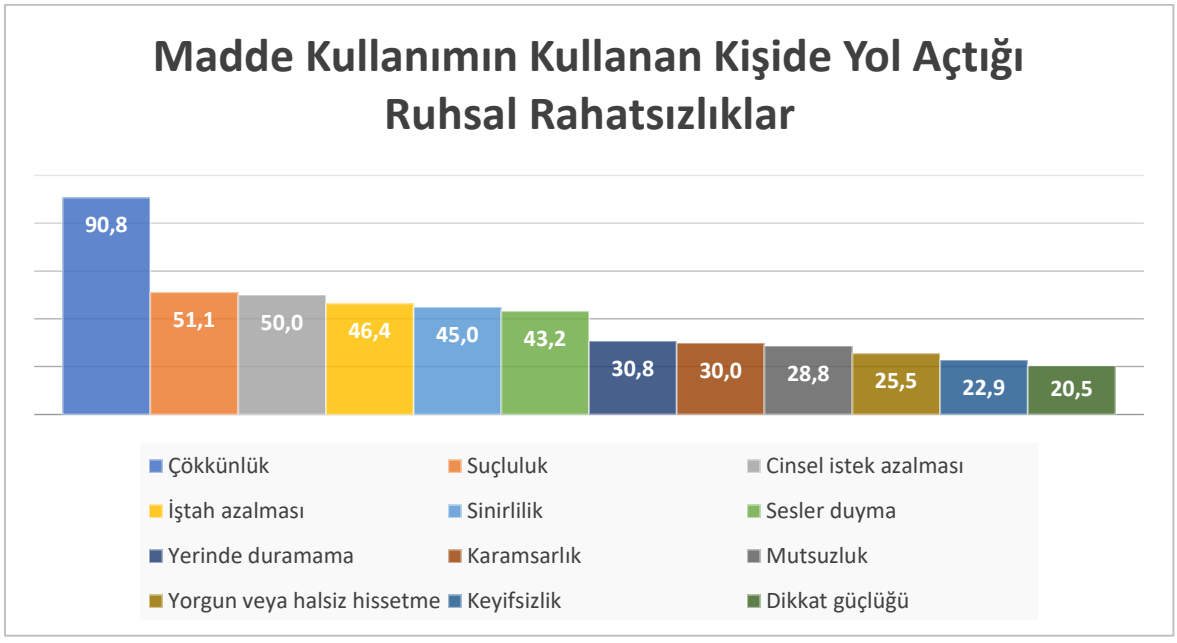
Şekil 4.5. Katılımcıların uyuşturucu maddeye başlama sebeplerinin dağılımı, Afganistan, 2018

Madde kullanımın kullanan kişide yol açtığı ruhsal rahatsızlıklar incelenmiştir. Buna göre sırasıyla; çökkünlük %90,8, suçluluk %51,1, cinsel istek azalması %50,0, iştah azalması %46,4, sinirlilik %45,0, sesler duyma %43,2, yerinde duramama %30,8, karamsarlık %30,0, mutsuzluk %28,8, yorgun veya halsiz hissetme %25,5, keyifsizlik %22,9, dikkat güçlüğü %20,5 şeklindedir (Çizelge 4.5.). Şekil 4. 6'da madde kullanımın kullanan kişide yol açtığı ruhsal rahatsızlıklara ait grafik verilmiştir.

Çizelge 4.5. Madde kullanımının kişide yol açtığı ruhsal rahatsızlıkların dağılımı, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
Çökkünlük	309	90,8
Suçluluk	174	51,1
Cinsel istek azalması	170	50,0
İştah azalması	158	46,4
Sinirlilik	153	45,0
Sesler duyma	147	43,2
Yerinde duramama	105	30,8
Karamsarlık	102	30,0
Mutsuzluk	98	28,8
Yorgun veya halsiz hissetme	87	25,5
Keyifsizlik	78	22,9
Dikkat Güçlüğü	70	20,5
Sürekli endişe hali	57	16,7
Panik atak	55	16,1
Değersizlik	46	13,5
Kontrol edilme hissi	34	10,0
Uyku bozukluğu	31	9,1
Tv veya radyodan mesaj alma	31	9,1
Olmayan koku hissi	30	8,8
Çok ve yüksek sesli konuşma hissi	30	8,8
Çok para harcama	29	8,5
Korku hissi	17	5,0
Kötülük görme düşünceleri	16	4,7
Kötü bir şey olacak hissi	15	4,4
Kendini üstün görme	15	4,4
Olmayan dokunma hissi	14	4,1
Görüntüler görme	10	2,9
Cinsel istek artışı	6	1,7
İştah artması	5	1,4

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir



Şekil 4.6. Madde kullanımın kullanan kişide yol açtığı ruhsal rahatsızlıklar, Afganistan, 2018

Çizelge 4.6.'da araştırmaya katılan bireylerin ilk tercih ettikleri madde dağılımları verilmiştir. Buna göre; en sık %46,0 ile esrar kullanılmaktadır. Onu %25,3 ile afyon, %17,0 ile eroin takip etmektedir. Şekil 4.7'de araştırmaya katılan bireylerin ilk tercih ettikleri madde dağılımına ait çubuk grafik verilmiştir.

İlk tercih edilen maddenlerden esrarın kullanma süresi ortalama 5,1 yıldır (ortanca=4 yıl), eroinin kullanma süresi ortalama 5,0 yıldır (ortanca=3,5 yıl), amfetaminin kullanma süresi ortalama 1,6 yıldır (ortanca=1 yıl), afyonun kullanma süresi ortalama 7,4 yıldır (ortanca=5,5 yıl) ve alkolün kullanma süresi ortalama 5,0 yıldır (ortanca=3,5 yıl).

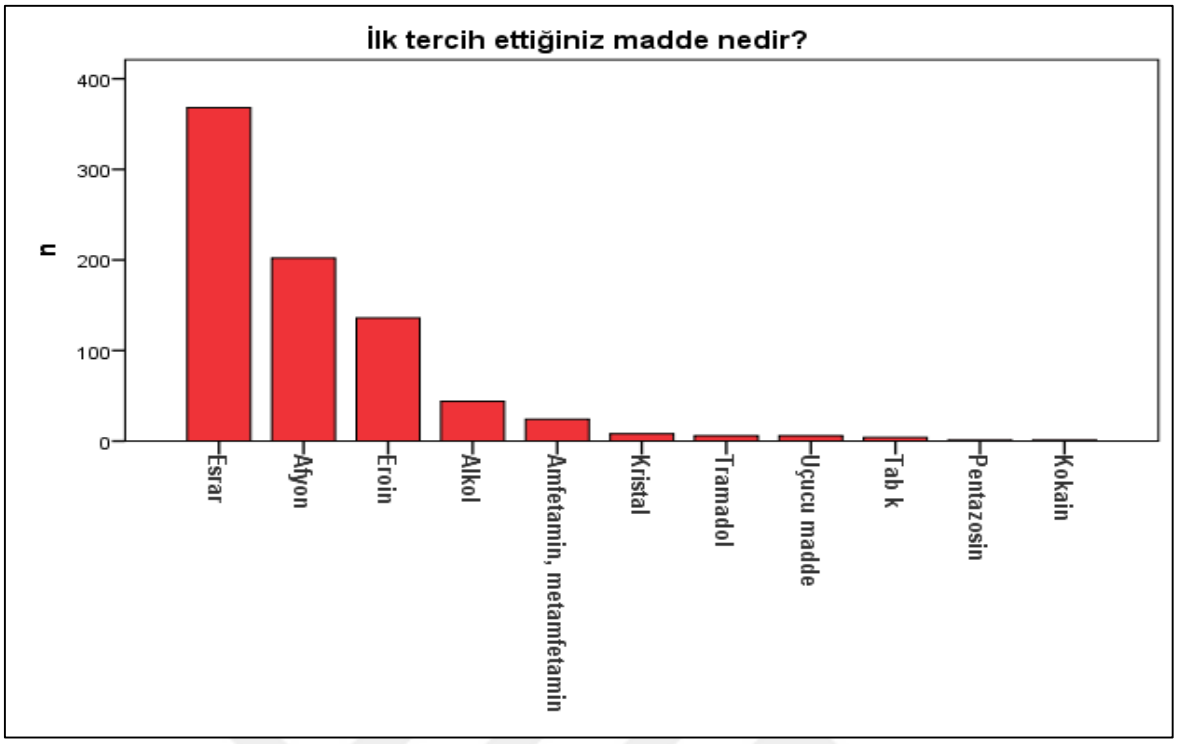
En son tercih edilen maddelerden esrarın kullanma süresi ortalama 3,5 yıldır (ortanca=2 yıl), eroinin kullanma süresi ortalama 4,8 yıldır (ortanca=3,0 yıl), amfetaminin kullanma süresi ortalama 3,4 yıldır (ortanca=2,5 yıl), afyonun kullanma süresi ortalama 5,0 yıldır (ortanca=3,0 yıl) ve alkolün kullanma süresi ortalama 3,6 yıldır (ortanca=2,5 yıl).

Son tercih edilen madde günlük ortalama tüketimi esrar için 1,1 gram (ortanca=1 gram), eroin için 1,2 gram (ortanca=0,5 gram), amfetamin için 1,4 adet (ortanca=1 adet), afyon için 1,6 gram (ortanca=1 gram), alkol için 1,4 kadehtir (ortanca=1 kadeh).

Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin ilk tercih ettikleri madde dağılımı, Afganistan, 2018

	n	%
Esrar	368	46,0
Afyon	202	25,3
Eroin	136	17,0
Alkol	44	5,5
CAM (amfitamin)	24	3,0
Kristal	8	1,0
Uçucu madde	6	0,8
Tramadol	6	0,8
Tab k (sentetik)	4	0,5
Kokain	1	0,1
Pentazosin	1	0,1
Toplam	800	100,0

n=sayı, %=Sütun yüzdesi



Şekil 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin ilk tercih ettikleri madde dağılımı, Afganistan, 2018

Çizelge 4.7 ’de araştırmaya katılan bireylerin en son tercih ettikleri maddelerin dağılımları verilmiştir. Buna göre; tedavi merkezine yatmadan önce en sık %75,9 ile eroin kullanılmaktadır. Onu %13,9 ile CAM (amfetamin), %6,9 ile afyon takip etmektedir.

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin en son kullandıkları maddelerin dağılımı, Afganistan, 2018

	n	%
Eroin	607	75,9
CAM (amfetamin)	111	13,9
Afyon	55	6,9
Esrar	11	1,4
Kristal	11	1,4
Kokain	3	0,4
Tramadol	1	0,1
Tab k (sentetik)	1	0,1
Toplam	800	100,0

n=sayı, %=Sütun yüzdesi

Çizelge 4.8.’da araştırmaya katılan bireylerin madde kullanım sıklıkları verilmiştir. Buna göre; eroin %87,1 ile en sık kullanılan madde olmuştur. Onu, %66,3 ile esrar, %65,5 ile

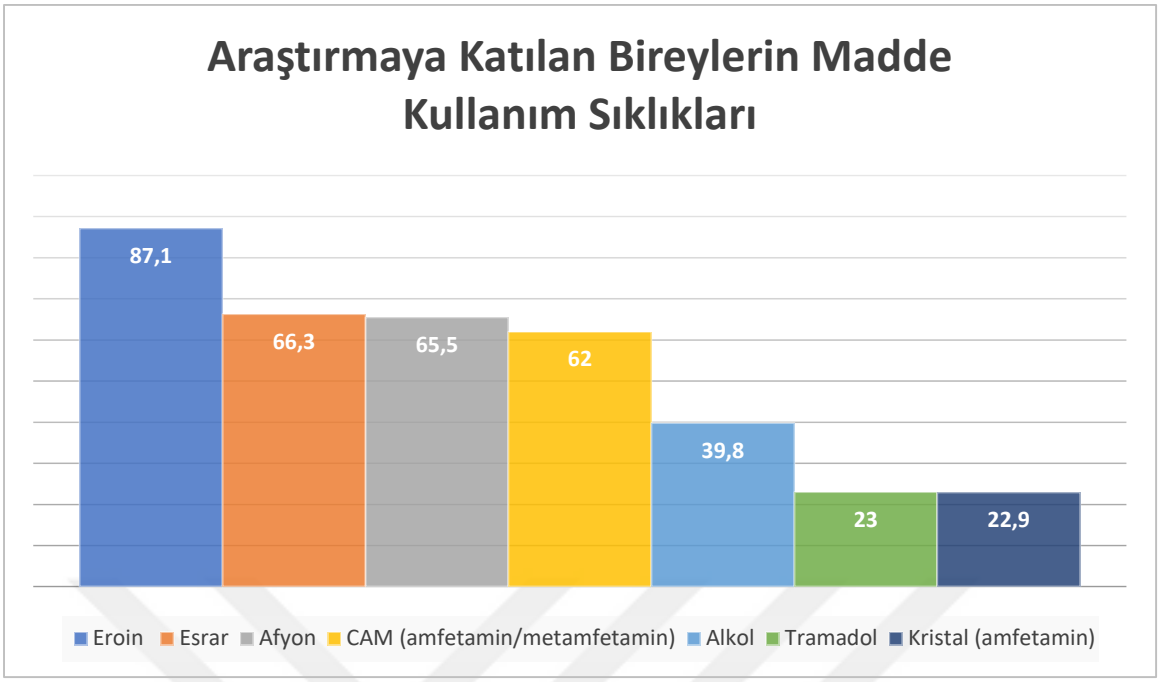
afyon, %62,0 ile CAM (amfetamin), %39,8 ile alkol, %23,0 ile tramadol ve %22,9 ile kristal (metamfetamin) takip etmektedir.

Çizelge 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanım sıklıkları, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
Esrar Kullanma Durumu (n=800)		
Evet	530	66,3
Hayır	270	33,7
Uçucu Madde Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	737	92,1
Evet	63	7,9
Eroin Kullanma Durumu (n=800)		
Evet	697	87,1
Hayır	103	12,9
Kokain Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	750	93,7
Evet	50	6,3
Tab K (MDMA) Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	697	87,1
Evet	103	12,9
Benzodiyazepin Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	751	93,9
Evet	49	6,1
Kristal (Amfetamin) Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	617	77,1
Evet	183	22,9
CAM (Amfetamin) Kullanma Durumu (n=800)		
Evet	496	62,0
Hayır	304	38,0
Metadon Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	682	85,2
Evet	118	14,8
Pentazosin Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	767	95,1
Evet	33	4,1
Tramadol Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	616	77,0
Evet	184	23,0
Afyon Kullanma Durumu (n=800)		
Evet	524	65,5
Hayır	276	34,5
Combinol-D Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	746	93,3
Evet	54	6,7
Alkol Kullanma Durumu (n=800)		
Hayır	482	60,2
Evet	318	39,8

*: Sütun Yüzdesi

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir



Şekil 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanım sıklıkları, Afganistan, 2018

Çizelge 4.9.'da araştırmaya katılan bireylerin tercih ettikleri maddeye göre bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Kişilerin ilk tercih ettiği maddeyi kullanma sıklığı %79,8 her gün, %11,1 haftada birkaç kez ve %9,1 ayda birkaç kez şeklindedir. Kişilerin ikinci tercih ettiği maddeyi kullanma sıklığı %79,6 her gün, %10,8 haftada birkaç kez ve %9,6 ayda birkaç kez şeklindedir. Kişilerin üçüncü tercih ettiği maddeyi kullanma sıklığı %77,0 her gün, %11,4 haftada birkaç kez ve %11,6 ayda birkaç kez şeklindedir.

Eroin kullanma şekli %95,8 duman yoluyla, %30,8 burun yoluyla, %21,6 iğne ile, %21,0 sigara şeklindedir.

Esrar kullanma şekli %96,7 sigara olarak, %38,8 deniz altında, %38,6 kaylun nargile/ kova ve %34,3 demir şeklindedir.

Afyon kullanma şekli %80,5 demir ile, %53,8 oral (sakız vb…), %37,4 boafur ile, %32,0 sıvı olarak ve %22,7 sigara şeklindedir.

Çizelge 4.9. Araştırmaya katılan bireylerin tercih ettikleri maddeye göre özelliklerinin dağılımı, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
İlk Tercih Ettiği Maddeyi Kullanma Sıklığı (n=800)		
Her gün	638	79,8
Haftada birkaç kez	89	11,1
Ayda birkaç kez	73	9,1
İkinci Tercih Ettiği Maddeyi Kullanma Sıklığı (n=676)		
Her gün	538	79,6
Haftada birkaç kez	73	10,8
Ayda birkaç kez	65	9,6
Üçüncü Tercih Ettiği Maddeyi Kullanma Sıklığı (n=676)		
Her gün	412	77,0
Ayda birkaç kez	62	11,6
Haftada birkaç kez	61	11,4
Eroin Kullanma Şekli (n=697) **		
Duman yoluyla	668	95,8
Burun yoluyla	215	30,8
İğne ile	151	21,6
Sigara gibi sararak	147	21,0
Esrar Kullanma Şekli (n=530) **		
Sigara	513	96,7
Deniz altında	206	38,8
Nargile/ Kova	205	38,6
Demir	182	34,3
Esrarlı Yemek Yeme Durumu (n=800)		
Hayır	590	73,8
Evet	210	26,3
Afyon Kullanma Şekli (n=524) **		
Demir	422	80,5
Oral (sakız vb.)	282	53,8
Boafur	196	37,4
Sıvı	168	32,0
Sigara	119	22,7

*: Sütun Yüzdesi
** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Kişilerin ilk tercih ettiği maddelerden esrarı kullanma sıklığı %74,5 her gün, %12,8 haftada birkaç kez ve %12,8 ayda birkaç kez şeklindedir. Eroini kullanma sıklığı %97,8 her gün, %2,2 haftada birkaç kez şeklindedir. CAM (amfetamin) kullanma sıklığı %75,0 her gün, %12,5 haftada birkaç kez ve %12,5 ayda birkaç kez şeklindedir. Afyonu kullanma sıklığı %87,1 her gün, %8,9 haftada birkaç kez ve %4,0 ayda birkaç kez şeklindedir. Alkolü

kullanma sıklığı %29,5 her gün, %36,4 haftada birkaç kez ve %34,1 ayda birkaç kez şeklindedir.

Çizelge 4.10.'de araştırmaya katılan bireylerin aldığı bağımlılık tedavisi ile ilgili özellikleri verilmiştir. Buna göre; katılımcıların %52,8'i daha önce tedavi görmüştür. Son tedavinin kaçıncı gününde olduklarına bakıldığında %36,7'sinin 15-30 gün arası, %48,4'ünün 31-60 gün arası ve %14,9'unun 61 günden fazla olduğu görülmüştür. Tedavide en çok kullanılanlar %95,7 ile antihistaminikler, %93,5 ile vitaminler, %78,3 ile benzodiazepinler, %68,1 ile soğuk terapi ve %61,1 ile antidepresanlar olmuştur.

Çizelge 4.10. Araştırmaya katılan bireylerin aldığı tedavi ile ilgili özellikleri, Afganistan, 2018

	Sayı	(%)*
Daha Önce Tedavi Görme Durumu (n=800)		
Evet **	422	52,8
Hayır	378	47,3
Son Tedavinin Kaçıncı Gününde Olduğu (n=798)		
31-60 gün arası	386	48,4
15-30 gün arası	293	36,7
61 günden fazla	119	14,9
Tedavide Kullanılan İlaçlar (n=800)***		
Antihistaminikler	766	95,7
Vitaminler	748	93,5
Benzodiazepinler	627	78,3
Soğuk terapi (su duşu)	545	68,1
Antidepresanlar	489	61,1
Klonidin	352	44,0
Antipsikotikler	240	30,0
Nartkotik analjezikler tedavisi	226	28,2
Antibiotikler	115	14,3

*: Sütun Yüzdesi
****** Evet diyenlerin tedaviye başvuru sayısı ortalama=2,85±1,48 (ortanca=2,00, min=1, maks=13)
*** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Çizelge 4.11.'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanma durumu verilmiştir. <18 yaş grubu %67,0, 18- 30 yaş grubu %88,5, 30-45 yaş grubu %91,7 ve 45> yaş grubu %88,5 sıklıkta eroin kullanmaktadır. Yaş grupları arasında eroin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). İkişerli

karşılaştırmalar sonucu farkın <18 yaş grup ile tek tek diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Erkekler (%88,9), kadınlara göre (%73,0) anlamlı şekilde daha sık eroin kullanmaktadır (p<0,001).

Evlilerin %88,9'u, bekârların %81,4'ü, dulların %94,1'i ve boşanmışların %94,2'si eroin kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p=0,002). İkili karşılaştırmalarda farkın bekar grup ile diğer gruplar arasındaki ikili karşılaştırmalardaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Hiç eğitim almamışların %82,6'sı, ilkokul mezunlarının %93,1'i, ortaokul mezunlarının %90,9'u, lise mezunlarının %87,1'i, lisans mezunlarının %84,8'i eroin kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p=0,022). Yapılan ikili değerlendirmeler sonucu farkın uç gruplar olan hiç eğitim almamışlar ve ilkokul mezunları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Kentte yaşayanlar (%89,7), kırda yaşayanlara göre (%83,2) anlamlı şekilde daha sık eroin kullanmaktadır (p=0,008).

Kendine ait odası olanlar (%89,6), olmayanlara göre (%74,6) anlamlı şekilde daha sık eroin kullanmaktadır (p<0,001).

Mülteci olanlar (%91,0), olmayanlara göre (%80,5) anlamlı şekilde daha sık eroin kullanmaktadır (p<0,001).

Çalışma durumlarına bakıldığında şu anda çalışanların %88,3'ü, çalışmayanların %84,4'ü ve öğrenci olanların %80,4'ü eroin kullanmaktadır (p=0,177).

Kişilerin aylık gelir grupları arasında eroin kullanımı açısından anlamlı fark yokken (p=0,388), aylık aile gelir grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0,005). Aylık aile gelir grupları arasındaki farkı 20001-30000 Afgani ve >50000 Afgani grupları arasındaki fark oluşturmaktadır (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanma durumu, Afganistan, 2018

	Eroin Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Yaş Grubu (n=800)				
<18 Yaş	65	67,0	32	33,0
18- 30 Yaş	286	88,5	37	11,5
30-45 Yaş	277	91,7	25	8,3
45> Yaş	69	88,5	9	11,5
χ^2=41,381	**p<0,001**			
Cinsiyet (n=800)				
Erkek	632	88,9	79	11,1
Kadın	65	73,0	24	27,0
χ^2=17,726	**p<0,001**			
Medeni Durum (n=800)				
Evli	360	88,9	45	11,1
Bekâr	223	81,4	51	18,6
Dul	16	94,1	1	5,9
Boşanmış	98	94,2	6	5,8
χ^2=14,588	**p=0,002**			
Eğitim Durumu (n=800)				
Hiç Eğitim Almamış	237	82,6	50	17,4
İlkokul	108	93,1	8	6,9
Ortaokul	169	90,9	17	9,1
Lise	155	87,1	23	12,9
Lisans	28	84,8	5	15,2
χ^2=11,451	**p=0,022**			
İkamet Yeri (n=800)				
Kent	434	89,7	50	10,3
Kır	263	83,2	53	16,8
χ^2=7,072	**p=0,008**			
Kendi Odası Olma Durumu (n=519)				
Evet	345	89,6	40	10,4
Hayır	100	74,6	34	25,4
χ^2=18,254	**p<0,001**			
Mülteci Olma Durumu (n=800)				
Evet	457	91,0	45	9,0
Hayır	240	80,5	58	19,5
χ^2=18,375	**p<0,001**			
Nerede Mülteci Olduğu (n=502)				
Ülke İçi	53	84,1	10	15,9
Ülke Dışı	404	92,0	35	8,0
χ^2=4,214	**p=0,040**			
Şu An Çalışma Durumu (n=800)				
Çalışıyor	541	88,3	72	11,7
Çalışmıyor	119	84,4	22	15,6
Öğrenci	37	80,4	9	19,6
χ^2=3,468	p=0,177			
Aylık Gelir				
≤10000 Afgani (≤147,1 ABD doları)	209	86,4	33	13,6
10001-20000 Afgani (147,1-294,1 ABD doları)	315	89,0	39	11,0
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları)	79	92,9	6	7,1
>30000 Afgani (>441,2 ABD doları)	51	86,4	8	13,6
χ^2=3,021	p=0,388			
Aylık Aile Geliri				
≤20000 Afgani (≤294,1 ABD doları)	189	89,2	23	10,8
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları)	207	92,0	18	8,0
30001-50000 Afgani (441,2-735,3 ABD doları)	159	85,0	28	15,0
>50000 Afgani (>735,3 ABD doları)	142	80,7	34	19,3
χ^2=12,790	**p=0,005**			

* Satır yüzdesi

Dilencilik yapanla yapmayan, kendi eşyalarını satanla satmayan, hırsızlık yapanla yapmayan, borç alanla almayan ve aile yardımı alanla almayan arasında eroin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Hepatit B hastalığı olanlar %100,0, olmayanlar %86,5 sıklıkta eroin kullanmaktadır. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (p=0,027).

Hepatit C hastalığı olanlar %95,0, olmayanlar %86,5 sıklıkta eroin kullanmaktadır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,069) (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanma durumu, Afganistan, 2018

Çalışmadığı Halde Gelir Kaynakları (n=126)	Eroin Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Dilencilik (n=126)				
Evet	79	90,8	8	9,2
Hayır	33	84,6	6	15,4
χ^2=0,512	p=0,474			
Kendi eşyalarını satmak (n=126)				
Evet	74	90,2	8	9,8
Hayır	38	86,4	6	13,6
χ^2=0,132	p=0,716			
Hırsızlık (n=126)				
Evet	83	91,2	8	8,8
Hayır	29	82,9	6	17,1
χ^2=1,040	p=0,308			
Borç almak (n=126)				
Evet	54	88,5	7	11,5
Hayır	58	89,2	7	10,8
χ^2=0,000	p=1,000			
Aile yardımı (n=126)				
Evet	47	88,7	6	11,3
Hayır	65	89,0	8	11,0
χ^2=0,000	p=1,000			
Eşlik Eden Bulaşıcı Hastalıklar (n=800)				
HIV (n=800)				
Evet	1	100,0	0	0,0
Hayır	696	87,1	103	12,9
χ^2=0,148	p=1,000			
Hepatit B (n=800)				
Evet	39	100,0	0	0,0
Hayır	658	86,5	103	13,5
χ^2=4,912	**p=0,027**			
Hepatit C (n=800)				
Evet	57	95,0	3	5,0
Hayır	640	86,5	100	13,5
χ^2=2,867	p=0,090			

Aileyi terk etme durumu olanlar (%90,9), olmayanlara göre (%83,5) ve aileden ayrı yaşama durumu olanlar (%94,2), olmayanlara göre (%84,4) anlamlı olarak daha sık eroin kullanmaktadır ($p<0,05$). Yine aile içi şiddet olanlarda (%91,2), olmayanlara göre (%83,9) eroin kullanımı anlamlı şekilde daha sıktır ($p=0,002$).

Ebeveynleri boşanmış olanlarda %91,7 sıklıkta, boşanmamışlarda ise %86,3 sıklıkta eroin kullanma durumu vardır ($p=0,135$).

Anne eğitim grupları arasında eroin kullanımı açısından anlamlı fark yokken ($p=0,722$); baba eğitim grupları arasında eroin kullanımı açısından anlamlı fark vardır ($p=0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın hiç eğitim almamış ile lise ve hiç eğitim almamış ile ortaokul arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık olmayanlarda %89,0 sıklıkta, bir kişide hastalık olanlarda %78,9 sıklıkta ve birden fazla kişide hastalık olanlarda %83,9 sıklıkta eroin kullanımı vardır ($p=0,006$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın 'birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık olmayan' grup ile 'bir kişide hastalık olan' grup arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Anne ve babası madde kullanmayanlarda, kullananlara göre anlamlı şekilde daha sık eroin kullanımına rastlanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanma durumu, Afganistan, 2018.

	Eroin Kullanma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	% *	Sayı	% *		
Aileyi Terk Etme Durumu (n=800)						
Evet	358	90,9	36	9,1	9,670	0,002
Hayır	339	83,5	67	16,5		
Aileden Ayrı Yaşama Durumu (n=800)						
Ayrı Yaşıyor	210	94,2	13	5,8	12,825	<0,001
Birlikte Yaşıyor	487	84,4	90	15,6		
Evi Terketme Sayısı (n=394)						
1 defa	126	85,7	21	14,3	6,531	0,011
2 ve 2'den fazla	232	93,9	15	6,1		
Aile İçi Şiddet Olma Durumu (n=800)						
Evet	321	91,2	31	8,8	9,274	0,002
Hayır	376	83,9	72	16,1		
Ebeveynlerin Boşanma Durumu (n=800)						
Boşanmış	111	91,7	10	8,3	2,239	0,135
Boşanmamış	586	86,3	93	13,7		
Anne Eğitim Durumu (n=800)						
Hiç Eğitim Almamış	537	86,6	83	13,4		
İlkokul	32	94,1	2	5,9		
Ortaokul	47	87,0	7	13,0	2,076	0,722
Lise	59	89,4	7	10,6		
Lisans	22	84,6	4	15,4		
Baba Eğitim Durumu (n=800)						
Hiç Eğitim Almamış	361	82,6	76	17,4		
İlkokul	19	86,4	3	13,6		
Ortaokul	81	94,2	5	5,8	18,617	0,001
Lise	150	93,2	11	6,8		
Lisans	86	91,5	8	8,5		
Kardeş Sayısı (n=800)						
1 tane	13	100,0	0	0,0		
2-4 tane	215	87,4	31	12,6	2,028	0,363
≥5 tane	469	86,7	72	13,3		
1. Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hasta Olma Durumu (n=800)						
Yok	566	89,0	70	11,0		
Bir kişide	105	78,9	28	21,1	10,202	0,006
Birden fazla kişide	26	83,9	5	16,1		
Ailede Madde Kullanma Durumu (n=800)						
Evet	187	81,3	43	18,7	9,750	0,002
Hayır	510	89,5	60	10,5		
Ailede Madde Kullanan Kişi						
Anne (n=230)						
Evet	49	64,5	27	35,5	21,153	<0,001
Hayır	138	89,6	16	10,4		
Baba (n=230)						
Evet	73	70,9	30	29,1	12,137	<0,001
Hayır	114	89,8	13	10,2		
Kardeşler (n=230)						
Evet	118	78,7	32	21,3	1,507	0,220
Hayır	69	86,3	11	13,8		
Kadın Eş (n=230)						
Evet	5	83,3	1	16,7	9,750	1,000
Hayır	182	81,3	42	18,8		
Erkek Eş (n=230)						
Evet	26	89,7	3	10,3	9,750	0,309
Hayır	161	80,1	40	19,9		
Çocuklar (n=230)						
Evet	25	86,2	4	13,8	9,750	0,614
Hayır	162	80,6	39	19,4		

*: Satır yüzdesi

Maddenin arkadaşlar ile iken kullanıldığını söyleyenlerde %88,1 sıklıkta, evde kullanıldığını söyleyenlerde %81,1 sıklıkta, dışarıda tenha yerlerde kullanıldığını söyleyenlerde %90,6 sıklıkta ve nerede olursa olsun kullanıldığını söyleyenlerde ise %94,1 sıklıkta eroin kullanımı vardır ($p<0,001$). İkili karşılaştırmalarda farkın evde kullanıldığını söyleyenler ile nerede olursa olsun kullanıldığını söyleyen arasında ve evde kullanıldığını söyleyenler ile dışarıda tenha yerlerde kullanıldığını söyleyenler arasında olduğu görülmüştür.

Silahlı bir göreve bulunanlarda, bulunmayanlara göre; Savaş Dışında Ailede Ölüm olanlarda olmayanlara göre; Uyuşturucu Yetiştirilen Tarlalarda çalışmayanlarda, çalışanlara göre anlamlı şekilde eroin kullanımı daha sıktır ($p<0,05$).

Madde kullanımının boşanma üzerine etkisi olma durumu, savaş yüzünden aileden kayıp olma durumu, uyuşturucu madde ticareti yapma durumu, başarısız bir sevgi hikâyesi olma durumu açısından ise anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 4.14.).

Çizelge 4.14. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerine göre eroin kullanımı, Afganistan, 2018

	Eroin Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Madde Kullanımının Boşanma Üzerine Etkisi Olma Durumu (n=104)				
Evet	92	93,9	6	6,1
Hayır	6	100,0	0	0,0
χ^2=0,390	p=1,000			
Maddenin Genelde Nerede Kullanıldığı (n=800)				
Arkadaşlar ile	89	88,1	12	11,9
Evde	270	81,1	63	18,9
Dışarıda tenha yerlerde	163	90,6	17	9,4
Nerede olursa	175	94,1	11	5,9
χ^2=20,856	p<0,001			
Silahlı Bir Görevde Bulunma Durumu (n=800)				
Evet	329	89,9	37	10,1
Hayır	368	84,8	66	15,2
χ^2=4,600	p=0,032			
Savaş Yüzünden Aileden Kayıp Olma Durumu (n=800)				
Evet	312	86,2	34	13,8
Hayır	485	87,5	69	12,5
χ^2=0,283	p=0,594			
Savaş Dışında Ailede Ölüm Olma Durumu (n=800)				
Evet	316	89,8	36	10,2
Hayır	381	85,0	67	15,0
χ^2=3,928	p=0,047			
Uyuşturucu Yetiştirilen Tarlalarda Çalışma Durumu (n=800)				
Evet	127	79,9	32	20,1
Hayır	570	88,9	71	11,1
χ^2=9,301	p=0,002			
Uyuşturucu Madde Ticareti Yapma Durumu (n=800)				
Evet	190	88,0	26	12,0
Hayır	507	86,8	77	13,2
χ^2=0,185	p=0,667			
Başarısız Bir Sevgi Hikâyesi Olma Durumu (n=755)				
Evet	331	90,4	35	9,6
Hayır	338	86,9	51	13,1
χ^2=2,352	p=0,125			

*: Satır Yüzdesi

Çizelge 4.15.'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanma durumu verilmiştir. <18 yaş grubu %29,9, 18- 30 yaş grubu %77,1, 30-45 yaş grubu %68,5 ve 45> yaş grubu %55,7 sıklıkta esrar kullanmaktadır. Yaş grupları arasında esrar kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,001). İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın <18 yaş grup ile tüm gruplar arasında ve >45 yaş grupla 18-30 yaş grup arasındaki farktan kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Erkekler (%72,0), kadınlara göre (%20,2) anlamlı şekilde daha sık esrar kullanmaktadır (p<0,001).

Evlilerin %68,9'u, bekârların %59,9'u, dulların %64,7'si ve boşanmışların %73,1'i esrar kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p=0,037). Ikili karşılaştırma sonucu farkın bekarlarla boşanmışlar arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Hiç eğitim almamışların %57,8'i, ilkokul mezunlarının %59,5'i, ortaokul mezunlarının %72,6'sı, lise mezunlarının %77,0'si, lisans mezunlarının %69,7'si esrar kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,001). İkili karşılaştırmalar sonucu eğitim almamışlarla, ortaokul ve lise mezunları arasında ve de ilkokul ile lise mezunları arasında fark olduğu görülmüştür.

Kentte yaşayanlar (%70,0), kırda yaşayanlara göre (%60,4) anlamlı şekilde daha sık esrar kullanmaktadır (p=0,005).

Kendine ait odası olanlar (%65,5), olmayanlara göre (%42,5) anlamlı şekilde daha sık esrar kullanmaktadır (p<0,001).

Mülteci olanlarda %68,7, olmayanlarda %62,1 esrar kullanımı vardır (p=0,055).

Çalışma durumlarına bakıldığında şu anda çalışanların %70,0'i, çalışmayanların %60,3'ü ve öğrenci olanların %34,8'i esrar kullanmaktadır (p<0,001). Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında farkın öğrenci-çalışıyor ve öğrenci-çalışmıyor grupları arasında olduğu görülmüştür.

Kişilerin aylık gelir grupları arasında esrar kullanımı açısından anlamlı fark yokken (p=0,383), aylık aile gelir grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0,001) (Çizelge 4.15). İkişerli karşılaşırmalar sonucu farkın ≤20000 Afgani grubu ile 30001-50000 Afgani grubu ve ≤20000 Afgani grubu ile 20001-30000 Afgani grubu arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Çizelge 4.15. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanma durumu, Ankara, 2018

	Esrar Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Yaş Grup (n=800)				
<18 Yaş	29	29,9	68	70,1
18- 30 Yaş	249	77,1	74	22,9
30-45 Yaş	207	68,5	95	31,5
45> Yaş	45	57,7	33	42,3
χ^2=77,571	**p<0,001**			
Cinsiyet (n=800)				
Erkek	512	72,0	199	28,0
Kadın	18	20,2	71	79,8
χ^2=94,873	p<0,001			
Medeni Durum (n=800)				
Evli	279	68,9	126	31,1
Bekâr	164	59,9	110	40,1
Dul	11	64,7	6	35,3
Boşanmış	76	73,1	28	26,9
χ^2=8,460	**p=0,037**			
Eğitim Durumu (n=800)				
Hiç Eğitim Almamış	166	57,8	121	42,2
İlkokul	69	59,5	47	40,5
Ortaokul	135	72,6	51	27,4
Lise	137	77,0	41	23,0
Lisans	23	69,7	10	30,3
χ^2=24,106	**p<0,001**			
İkamet Yeri (n=800)				
Kent	339	70,0	145	30,0
Kır	191	60,4	125	39,6
χ^2=7,877	p=0,005			
Kendi Odası Olma Durumu (n=519)				
Evet	252	65,5	133	34,5
Hayır	57	42,5	77	57,5
χ^2=21,671	p<0,001			
Mülteci Olma Durumu (n=800)				
Evet	345	68,7	157	31,3
Hayır	185	62,1	113	37,9
χ^2=3,692	p=0,055			
Nerede Mülteci Olduğu (n=502)				
Ülke İçi	40	63,5	23	36,5
Ülke Dışı	305	69,5	134	30,5
χ^2=0,661	p=0,416			
Şu An Çalışma Durumu (n=800)				
Çalışıyor	429	70,0	184	30,0
Çalışmıyor	85	60,3	56	39,7
Öğrenci	16	34,8	30	65,2
χ^2=26,438	**p<0,001**			
Aylık Gelir Sınıfları (n=800)				
≤10000 Afgani (≤147,1 ABD doları)	164	67,8	78	32,2
10001-20000 Afgani (147,1-294,1 ABD doları)	255	72	99	28
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları)	58	68,2	27	31,8
>30000 Afgani (>441,2 ABD doları)	46	78	13	22
χ^2=3,059	p=0,383			
Aylık Aile Geliri (n=800)				
≤20000 Afgani (≤294,1 ABD doları)	118	55,7	94	44,3
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları)	155	68,9	70	31,1
30001-50000 Afgani (441,2-735,3 ABD doları)	139	74,3	48	25,7
>50000 Afgani (>735,3 ABD doları)	118	67,0	58	33,0
χ^2=16,845	**p=0,001**			

*Satır yüzdesi

Dilencilik yapanla yapmayan, kendi eşyalarını satanla satmayan, hırsızlık yapanla yapmayan, borç alanla almayan ve aile yardımı alanla almayan arasında esrar kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Hepatit B hastalığı olanlar %69,2, olmayanlar %66,1 sıklıkta esrar kullanmaktadır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,818).

Hepatit C hastalığı olanlar %66,7, olmayanlar %66,2 sıklıkta esrar kullanmaktadır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=1,000).

Araştırmaya katılan bireylerin çalışmadığı halde gelir kaynakları ve eşlik eden bulaşıcı hastalıklara göre esrar kullanımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanma durumu, Afganistan, 2018

	Esrar Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Çalışmadığı Halde Gelir Kaynakları (n=126)				
Dilencilik (n=126)				
Evet	61	70,1	26	29,9
Hayır	32	82,1	7	17,9
χ^2=1,415	p=0,234			
Kendi eşyalarını satmak (n=126)				
Evet	64	78	18	22
Hayır	29	65,9	15	34,1
χ^2=1,600	p=0,206			
Hırsızlık (n=126)				
Evet	66	72,5	25	27,5
Hayır	27	77,1	8	22,9
χ^2=0,091	p=0,763			
Borç almak (n=126)				
Evet	44	72,1	17	27,9
Hayır	49	75,4	16	24,6
χ^2=0,045	p=0,832			
Aile yardımı (n=126)				
Evet	40	75,5	13	24,5
Hayır	53	72,6	20	27,4
χ^2=0,024	p=0,876			
Eşlik Eden Bulaşıcı Hastalıklar (n=800)				
HIV (n=800)				
Evet	0	0,0	1	100,0
Hayır	530	66,3	269	33,7
χ^2=1,965	p=0,337**			
Hepatit B (n=800)				
Evet	27	69,2	12	30,8
Hayır	503	66,1	258	33,9
χ^2= 0,053	p=0,818***			
Hepatit C (n=800)				
Evet	40	66,7	20	33,3
Hayır	490	66,2	250	33,8
χ^2=0,000	p=1,000			

*Satır yüzdesi, **Fisher'in kesin testi, ***Yates düzeltme testi

Aileyi terk etme durumu olanlar (%74,4), olmayanlara göre (%58,4) ve aileden ayrı yaşama durumu olanlar (%70,9), olmayanlara göre (%64,5) anlamlı olarak daha sık esrar kullanmaktadır ($p<0,05$).

Aile içi şiddet olanlarda %66,7 sıklıkta, olmayanlarda %66,3 sıklıkta esrar kullanımı vardır ($p=0,976$).

Ebeveynleri boşanmış olanlarda %57,0 sıklıkta, boşanmamışlarda ise %67,9 sıklıkta esrar kullanma durumu vardır ($p=0,020$).

Anne eğitim grupları arasında esrar kullanımı açısından anlamlı fark yokken ($p=0,900$); baba eğitim grupları arasında esrar kullanımı açısından anlamlı fark vardır ($p=0,008$). İkişerli karşılaştırmada farkın hiç eğitim almamışlarla lisans mezunları arasında olduğu görülmüştür.

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık olmayanlarda %64,8 sıklıkta, bir kişide hastalık olanlarda %75,9 sıklıkta ve birden fazla kişide hastalık olanlarda %54,8 sıklıkta esrar kullanımı vardır ($p=0,018$). İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın ‘bir kişide hastalık olan’ grup ile ‘birden fazla kişide hastalık olan’ grup arasında olduğu görülmüştür.

Anne ve babası madde kullanmayanlarda, kullananlara göre anlamlı şekilde daha sık esrar kullanımına rastlanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.17.).

Çizelge 4.17. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanma durumu, Afganistan, 2018

	Esrar Kullanma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	% *	Sayı	% *		
Aileyi Terk Etme Durumu (n=800)						
Evet	293	74,4	101	25,6	**22,868**	**<0,001**
Hayır	237	58,4	169	41,6		
Aileden Ayrı Yaşama Durumu (n=800)						
Ayrı Yaşıyor	158	70,9	65	29,1	**2,929**	**0,087**
Birlikte Yaşıyor	372	64,5	205	35,5		
Evi Terketme Sayısı (n=394)						
1 defa	100	68,0	47	32,0	**4,942**	**0,026**
2 ve 2'den fazla	193	78,1	54	21,9		
Aile İçi Şiddet Olma Durumu (n=800)						
Evet	233	66,7	119	33,8	0,001	0,976
Hayır	297	66,3	151	33,7		
Ebeveynlerin Boşanma Durumu (n=800)						
Boşanmış	69	57,0	52	43,0	**5,426**	**0,020**
Boşanmamış	461	67,9	218	32,1		
Anne Eğitim Durumu (n=800)						
Hiç Eğitim Almamış	412	66,5	208	33,5		
İlkokul	21	61,8	13	38,2		
Ortaokul	36	66,7	18	33,3	1,065	0,900
Lise	42	63,6	24	36,4		
Lisans	19	73,1	7	26,9		
Baba Eğitim Durumu (n=800**)**						
Hiç Eğitim Almamış	267	61,1	170	38,9		
İlkokul	16	72,7	6	27,3		
Ortaokul	57	66,3	29	33,7	**13,670**	**0,008**
Lise	118	73,3	43	26,7		
Lisans	72	76,6	22	23,4		
Kardeş Sayısı (n=530)						
1	7	53,8	6	46,2		
2-4	147	59,8	99	40,2	**8,091**	**0,017**
≥5	376	69,5	165	30,5		
1. Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hasta Olma Durumu (n=800)						
Yok	412	64,8	224	35,2		
Bir kişide	101	75,9	32	24,1	**8,005**	**0,018**
Birden fazla kişide	17	54,8	14	45,2		
Ailede Madde Kullanma Durumu (n=800)						
Evet	114	49,6	116	50,4	**40,191**	**<0,001**
Hayır	416	73,0	154	27,0		
Ailede Madde Kullanan Kişi						
Anne (n=230)						
Evet	5	6,6	71	93,4	**81,354**	**<0,001****
Hayır	109	70,8	45	29,2		
Baba (n=230)						
Evet	31	30,1	72	69,9	**28,282**	**<0,001**
Hayır	83	65,4	44	34,6		
Kardeşler (n=230)						
Evet	75	50,0	75	50,0	0,033	0,857
Hayır	39	48,8	41	51,3		
Kadın Eş (n=230)						
Evet	4	66,7	2	33,3	0,721	0,444***
Hayır	110	49,1	114	50,9		
Erkek Eş (n=230)						
Evet	8	27,6	21	72,4	**5,446**	**0,020**
Hayır	106	52,7	95	47,3		
Çocuklar (n=230)						
Evet	10	34,5	19	65,5	2,369	0,124
Hayır	104	51,7	97	48,3		

*: Satır yüzdesi, **Yates testi, ***Fisher'in kesin testi

Maddenin arkadaşlar ile iken kullanıldığını söyleyenlerde %80,2 sıklıkta, evde kullanıldığını söyleyenlerde %51,4 sıklıkta, dışarıda tenha yerlerde kullanıldığını söyleyenlerde %77,7 sıklıkta ve nerede olursa olsun kullanıldığını söyleyenlerde ise %74,2 sıklıkta esrar kullanımı vardır ($p<0,001$). İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın evde kullananlar grubundan kaynaklandığı görülmüştür.

Silahlı bir görevde bulunanlarda (%74,0), bulunmayanlara göre (%59,7); uyuşturucu madde ticareti yapanlarda (%73,6), yapmayanlara göre (%63,5) ve başarısız bir sevgi hikâyesi olanlarda (%76,0), olamayanlara göre (%64,5) esrar kullanımı anlamlı şekilde daha sıktır ($p<0,05$).

Madde kullanımının boşanma üzerine etkisi olma durumu, savaş yüzünden aileden kayıp olma durumu, savaş dışında ailede ölüm olma durumu, uyuşturucu yetiştirilen tarlalarda çalışma durumu açısından ise anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerine göre esrar kullanımı, Afganistan, 2018

	Esrar Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Madde Kullanımının Boşanma Üzerine Etkisi Olma Durumu (n=104)				
Evet	73	74,5	25	25,5
Hayır	3	50	3	50
χ^2=0,703	p=0,402			
Maddenin Genelde Nerede Kullanıldığı (n=800)				
Arkadaşlar ile	81	80,2	20	19,8
Evde	171	51,4	162	48,6
Dışarıda tenha yerlerde	140	77,7	40	22,2
Nerede olursa	138	74,2	48	25,8
χ^2= 57,793	**p<0,001**			
Silahlı Bir Görevde Bulunma Durumu (n=800)				
Evet	271	74,0	95	26,0
Hayır	259	59,7	175	40,3
χ^2= 18,328	**p<0,001**			
Savaş Yüzünden Aileden Kayıp Olma Durumu (n=800)				
Evet	152	61,8	94	38,2
Hayır	378	68,2	176	31,8
χ^2= 3,162	p=0,075			
Savaş Dışında Ailede Ölüm Olma Durumu (n=800)				
Evet	227	64,5	125	35,5
Hayır	303	67,6	145	32,4
χ^2= 0,872	p=0,350			
Uyuşturucu Yetiştirilen Tarlalarda Çalışma Durumu (n=800)				
Evet	104	65,4	55	34,6
Hayır	426	66,5	215	33,5
χ^2= 0,063	p=0,802			
Uyuşturucu Madde Ticareti Yapma Durumu (n=800)				
Evet	159	73,6	57	26,4
Hayır	371	63,5	213	36,5
χ^2= 7,171	**p=0,007**			
Başarısız Bir Sevgi Hikâyesi Olma Durumu (n=755)				
Evet	278	76,0	88	24,0
Hayır	251	64,5	138	35,5
χ^2= 11,750	**p=0,001**			

*: Satır Yüzdesi

Çizelge 4.19.'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanma durumu verilmiştir. <18 yaş grubu %45,4, 18- 30 yaş grubu %59,4, 30-45 yaş grubu %75,5 ve 45> yaş grubu %76,9 sıklıkta afyon kullanmaktadır. Yaş grupları arasında afyon kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,001). İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın <18 yaş grubu ile 31-45 yaş, <18 yaş grubu ile >45 yaş grubu ve 18-30 yaş grubu ile 31-45 yaş, 18-30 yaş grubu ile >45 yaş grubu arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Erkekler (%67,2), kadınlara göre (%51,7) anlamlı şekilde daha sık afyon kullanmaktadır (p=0,004).

Evlilerin %67,9'u, bekârların %59,9'u, dulların %70,6'sı ve boşanmışların %70,2'si afyon kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark yoktur (p=0,107).

Hiç eğitim almamışların %68,6'sı, ilkokul mezunlarının %65,5'i, ortaokul mezunlarının %64,0'ü, lise mezunlarının %65,2'si, lisans mezunlarının %48,5'i afyon kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p=0,224).

Kırda yaşayanlar (%70,6), kentte yaşayanlara göre (%62,2) anlamlı şekilde daha sık afyon kullanmaktadır (p=0,015).

Kendine ait odası olanlar (%68,8), olmayanlara göre (%56,0) anlamlı şekilde daha sık afyon kullanmaktadır (p=0,007).

Mülteci olanlarda %71,3, olmayanlarda %55,7 afyon kullanımı vardır (p<0,001).

Çalışma durumlarına bakıldığında şu anda çalışanların %68,2'si, çalışmayanların %68,1'i ve öğrenci olanların %21,7'si afyon kullanmaktadır (p<0,001). Fark öğrenci grubundan kaynaklanmaktadır.

Kişilerin aylık gelir grupları (p=0,736) ve aylık aile gelir grupları (p=0,687) arasında afyon kullanımı açısından anlamlı fark yoktur (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.19. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanma durumu, Afganistan, 2018

	Afyon Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Yaş Grup (n=800)				
<18 Yaş	44	45,4	53	54,6
18- 30 Yaş	192	59,4	131	40,6
30-45 Yaş	228	75,5	74	24,5
45> Yaş	60	76,9	18	23,1
χ^2=40,514	**p<0,001**			
Cinsiyet (n=800)				
Erkek	478	67,2	233	32,8
Kadın	46	51,7	43	48,3
χ^2=8,457	**p=0,004**			
Medeni Durum (n=800)				
Evli	275	67,9	130	32,1
Bekâr	164	59,9	110	40,1
Dul	12	70,6	5	29,4
Boşanmış	73	70,2	31	29,8
χ^2=6,107	p=0,107			
Eğitim Durumu (n=800)				
Hiç Eğitim Almamış	197	68,6	90	31,4
İlkokul	76	65,5	40	34,5
Ortaokul	119	64,0	67	36,0
Lise	116	65,2	62	34,8
Lisans	16	48,5	17	51,5
χ^2=5,680	p=0,224			
İkamet Yeri (n=800)				
Kent	301	62,2	183	37,8
Kır	223	70,6	93	29,4
χ^2=5,940	**p=0,015**			
Kendi Odası Olma Durumu (n=519)				
Evet	265	68,8	120	31,2
Hayır	75	56,0	59	44,0
χ^2=7,277	**p=0,007**			
Mülteci Olma Durumu (n=800)				
Evet	358	71,3	144	28,7
Hayır	166	55,7	132	44,3
χ^2=20,164	**p<0,001**			
Nerede Mülteci Olduğu (n=502)				
Ülke İçi	50	79,4	13	20,6
Ülke Dışı	308	70,2	131	29,8
χ^2=1,854	p=0,173			
Şu An Çalışma Durumu (n=800)				
Çalışıyor	418	68,2	195	31,8
Çalışmıyor	96	68,1	45	31,9
Öğrenci	10	21,7	36	78,3
χ^2=41,361	**p<0,001**			
Aylık Gelir Sınıfları (n=800)				
≤10000 Afgani (≤147,1 ABD doları)	156	64,7	85	35,3
10001-20000 Afgani (147,1-294,1 ABD doları)	242	68,4	112	31,6
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları)	59	69,4	26	30,6
>30000 Afgani (>441,2 ABD doları)	42	70,0	18	30,0
χ^2=1,272	p=0,736			
Aylık Aile Geliri (n=800)				
≤20000 Afgani (≤294,1 ABD doları)	134	63,2	78	36,8
20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları)	145	64,4	80	35,6
30001-50000 Afgani (441,2-735,3 ABD doları)	124	66,3	63	33,7
>50000 Afgani (>735,3 ABD doları)	121	68,8	55	31,3
χ^2=1,481	p=0,687			

*Satır yüzdesi

Kendi eşyalarını satarak gelir elde edenler (%72,0), satmayanlara göre (%50,0) anlamlı şekilde daha sık afyon kullanmaktadır (p=0,024). Dilencilik yapanla yapmayan, hırsızlık yapanla yapmayan, borç alanla almayan ve aile yardımı alanla almayan arasında afyon kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Hepatit B hastalığı olanlar %76,9, olmayanlar %64,9 sıklıkta afyon kullanmaktadır. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,172). Hepatit C hastalığı olanlar %78,3, olmayanlara göre %64,5 anlamlı şekilde daha sık afyon kullanmaktadır (p=0,042) (Çizelge 4.20.).

Çizelge 4.20. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanma durumu, Afganistan, 2018

	Afyon Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Çalışmadığı Halde Gelir Kaynakları (n=126)				
Dilencilik (n=126)				
Evet	56	64,4	31	35,6
Hayır	25	64,1	14	35,9
χ^2=0,000	p=1,000			
Kendi eşyalarını satmak (n=126)				
Evet	59	72,0	23	28,0
Hayır	22	50,0	22	50,0
χ^2=5,092	p=0,024			
Hırsızlık (n=126)				
Evet	57	62,6	34	37,4
Hayır	24	68,6	11	31,4
χ^2=0,172	p=0,678			
Borç almak (n=126)				
Evet	43	70,5	18	29,5
Hayır	38	58,5	27	41,5
χ^2=1,494	p=0,222			
Aile yardımı (n=126)				
Evet	33	62,3	20	37,7
Hayır	48	65,8	25	34,2
χ^2=0,046	p=0,830			
Eşlik Eden Bulaşıcı Hastalıklar (n=800)				
HIV (n=800)				
Evet	1	100,0	0	0,0
Hayır	523	65,5	276	34,5
χ^2=0,527	p=1,000**			
Hepatit B (n=800)				
Evet	30	76,9	9	23,1
Hayır	494	64,9	267	35,1
χ^2= 1,866	p=0,172***			
Hepatit C (n=800)				
Evet	47	78,3	13	21,7
Hayır	477	64,5	263	35,5
χ^2=4,133	p=0,042			

*Satır yüzdesi, **Fisher'in kesin testi, ***Yates düzeltme testi

Aileyi terk etme durumu olanlar (%71,3), olmayanlara göre (%59,9) ve aileden ayrı yaşama durumu olanlar (%74,4), olmayanlara göre (%62,0) anlamlı olarak daha sık afyon kullanmaktadır ($p<0,05$).

Aile içi şiddet olanlarda %63,6 sıklıkta, olmayanlarda %67,0 sıklıkta afyon kullanımı vardır ($p=0,326$).

Ebeveynleri boşanmış olanlarda %54,5 sıklıkta, boşanmamışlarda ise %67,5 sıklıkta afyon kullanma durumu vardır ($p=0,006$).

Anne ve baba eğitim grupları arasında afyon kullanımı açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık olmayanlarda %64,2 sıklıkta, bir kişide hastalık olanlarda %74,4 sıklıkta ve birden fazla kişide hastalık olanlarda %54,8 sıklıkta afyon kullanımı vardır ($p=0,034$). İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın ‘bir kişide hastalık olan’ grup ile ‘birden fazla kişide hastalık olan’ grup arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Anne ve babası madde kullanmayanlarda, kullananlara göre anlamlı şekilde daha sık afyon kullanımına rastlanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.21.).

Çizelge 4.21. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanma durumu, Afganistan, 2018

	Afyon Kullanma Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	% *	Sayı	% *		
Aileyi Terk Etme Durumu (n=800)						
Evet	281	71,3	113	28,7	**11,636**	**0,001**
Hayır	243	59,9	163	40,1		
Aileden Ayrı Yaşama Durumu (n=800)						
Ayrı Yaşıyor	166	74,4	57	25,6	**10,934**	**0,001**
Birlikte Yaşıyor	358	62,0	219	38,0		
Evi Terketme Sayısı (n=394)						
1 defa	101	68,7	46	31,3	0,782	0,376
2 ve 2'den fazla	180	72,9	67	27,1		
Aile İçi Şiddet Olma Durumu (n=800)						
Evet	224	63,6	128	36,4	0,966	0,326
Hayır	300	67,0	148	33,0		
Ebeveynlerin Boşanma Durumu (n=800)						
Boşanmış	66	54,5	55	45,5	**7,571**	**0,006**
Boşanmamış	458	67,5	221	32,5		
Anne Eğitim Durumu (n=800)						
Hiç Eğitim Almamış	416	67,1	204	32,9		
İlkokul	21	61,8	13	38,2		
Ortaokul	36	66,7	18	33,3	6,654	0,155
Lise	34	51,5	32	48,5		
Lisans	17	65,4	9	34,6		
Baba Eğitim Durumu (n=800)						
Hiç Eğitim Almamış	295	67,5	142	32,5		
İlkokul	13	59,1	9	40,9		
Ortaokul	64	74,4	22	25,6	8,430	0,077
Lise	98	60,9	63	39,1		
Lisans	54	57,4	40	42,6		
Kardeş Sayısı (n=530)						
1	7	53,8	6	46,2		
2-4	151	61,4	95	38,6	3,737	0,154**
≥5	366	67,7	175	32,3		
1. Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hasta Olma Durumu (n=800)						
Yok	408	64,2	228	35,8		
Bir kişide	99	74,4	34	25,6	**6,771**	**0,034**
Birden fazla kişide	17	54,8	14	45,2		
Ailede Madde Kullanma Durumu (n=800)						
Evet	142	61,7	88	38,3	2,021	0,155
Hayır	382	67,0	188	33,0		
Ailede Madde Kullanan Kişi						
Anne (n=230)						
Evet	37	48,7	39	51,3	**8,189**	**0,004**
Hayır	105	68,2	49	31,8		
Baba (n=230)						
Evet	55	53,4	48	46,6	**5,494**	**0,019**
Hayır	87	68,5	40	31,5		
Kardeşler (n=230)						
Evet	98	65,3	52	34,7	2,358	0,125
Hayır	44	55,0	36	45,0		
Kadın Eş (n=230)						
Evet	3	50,0	3	50,0	0,359	0,677***
Hayır	139	62,1	85	37,9		
Erkek Eş (n=230)						
Evet	13	44,8	16	55,2	3,240	0,072**
Hayır	129	64,2	72	35,8		
Çocuklar (n=230)						
Evet	17	58,6	12	41,4	0,027	0,869**
Hayır	125	62,2	76	37,8		

*: Satır yüzdesi, **Yates testi, ***Fisher'in kesin testi

Maddenin arkadaşlar ile iken kullanıldığını söyleyenlerde %63,6 sıklıkta, evde kullanıldığını söyleyenlerde %65,8 sıklıkta, dışarıda tenha yerlerde kullanıldığını söyleyenlerde %66,7 sıklıkta ve nerede olursa olsun kullanıldığını söyleyenlerde ise %65,1 sıklıkta afyon kullanımı vardır ($p=0,953$).

Silahlı bir görevde bulunanlarda (%69,1), bulunmayanlara göre (%62,4); uyuşturucu madde ticareti yapanlarda (%74,5), yapmayanlara göre (%62,2) ve uyuşturucu yetiştirilen tarlalarda çalışanlarda (%83,0), çalışmayanlara göre (%61,2) afyon kullanımı anlamlı şekilde daha sıktır ($p<0,05$).

Madde kullanımının boşanma üzerine etkisi olma durumu, savaş yüzünden aileden kayıp olma durumu, savaş dışında ailede ölüm olma durumu, başarısız bir sevgi hikâyesi olma durumu açısından ise anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 4.22.).

Çizelge 4.22. Araştırmaya katılan bireylerin madde kullanımını etkilediği düşünülen tanımlayıcı özelliklerine göre afyon kullanımı, Afganistan, 2018

	Afyon Kullanma Durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	% *	Sayı	% *
Madde Kullanımının Boşanma Üzerine Etkisi Olma Durumu (n=104)				
Evet	69	70,4	29	29,6
Hayır	4	66,7	2	33,3
χ^2=0,038	p=1,000**			
Maddenin Genelde Nerede Kullanıldığı (n=800)				
Arkadaşlar ile	64	63,6	37	36,6
Evde	219	65,8	114	34,2
Dışarıda tenha yerlerde	120	66,7	60	33,3
Nerede olursa	121	65,1	65	34,9
χ^2= 0,339	p=0,953			
Silahlı Bir Görevde Bulunma Durumu (n=800)				
Evet	253	69,1	113	30,9
Hayır	271	62,4	163	37,6
χ^2= 3,925	**p=0,048**			
Savaş Yüzünden Aileden Kayıp Olma Durumu (n=800)				
Evet	164	66,7	82	33,3
Hayır	360	65,0	194	35,0
χ^2= 0,214	p=0,644			
Savaş Dışında Ailede Ölüm Olma Durumu (n=800)				
Evet	238	67,6	114	32,4
Hayır	286	63,8	162	36,2
χ^2= 1,243	p=0,265			
Uyuşturucu Yetiştirilen Tarlalarda Çalışma Durumu (n=800)				
Evet	132	83,0	27	17,0
Hayır	392	61,2	249	38,8
χ^2= 26,951	p<0,001			
Uyuşturucu Madde Ticareti Yapma Durumu (n=800)				
Evet	161	74,5	55	25,5
Hayır	363	62,2	221	37,8
χ^2= 10,684	p=0,001			
Başarısız Bir Sevgi Hikâyesi Olma Durumu (n=755)				
Evet	254	69,4	112	30,6
Hayır	250	64,3	139	35,7
χ^2= 2,238	p=0,135			

*: Satır Yüzdesi, **: Fisher'in kesin testi

Çizelge 4.23.'te bağımlılıların bazı özelliklerinin eroin kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu verilmiştir. Daha önce yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu belirlenen (p<0,25) yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, evde kendi odası olma durumu, mülteci olma durumu, şu anda çalışma durumu, aylık gelir durumu, ailenin aylık gelir durumu, aileyi terk etme durumu, aileden ayrı yaşama durumu, aile içinde şiddet varlığı, ebeveynlerin boşanmış olma durumu, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı, ailede madde kullanan varlığı, silahlı bir görevde bulunma durumu, savaş yüzünden ailede kayıp varlığı, savaş dışı ailede ölüm varlığı, uyuşturucu yetiştirilen tarlalarda çalışma

durumu, uyuşturucu ticareti yapma durumu, başarsız sevgi hikayesi varlığı bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Eroin kullanma durumu ise bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Lojistik regresyon modeli backward: LR yöntemiyle kurulmuştur. Nihayi modele 18 adımda ulaşılmıştır. Hosmer ve Lemeshow Testi'ne göre ilgili değişkenlerle kurulan modelimiz geçerli olup (p=0,939), Nagelkerke R^2 %20,4'tür.

Eroin kullanımını; yaş grubu, ikamet yeri ve birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık varlığı anlamlı şekilde etkilemektedir (p<0,05). <18 yaş grubuna göre; 18-30 yaş olanlar 3,52 kat, 31-45 yaş olanlar 5,49 kat, 45> yaş olanlar 3,51 kat daha fazla eroin kullanmaktadır. Kentte yaşayanlar, kırda yaşayanlara göre 1,86 kat daha fazla eroin kullanmaktadır.

Çizelge 4.23. Bağımlıların bazı özelliklerinin eroin kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu, Afganistan, 2018

	OR	%95 GA		p
		Alt sınır	Üst sınır	
Yaş grubu				
18-30 yaş (ref.: <18 yaş)	3,52	1,30	9,52	**0,013**
31-45 yaş (ref.: <18 yaş)	5,49	2,00	15,19	**0,001**
45> yaş (ref.: <18 yaş)	3,51	1,01	12,22	**0,015**
İkamet yeri				
Kent (ref.: kır)	1,86	1,02	3,42	**0,044**
Aileden ayrı yaşama durumu				
Evet (ref.: hayır)	2,14	0,95	4,83	0,066
Ebeveynlerin boşanmış olma durumu				
Evet (ref.: hayır)	7,21	0,95	55,00	0,057
1. derece akrabada psikiyatrik hastalık varlığı				
Yok (ref.: bir kişide)	2,27	1,13	4,58	**0,022**
Birden fazla kişide (ref.: bir kişide)	1,15	0,28	4,76	0,852
Başarısız sevgi hikâyesi varlığı				
Evet (ref.: hayır)	1,70	0,91	3,20	0,098

ref.: referans, OR: odds ratio, GA: güven aralığı, p: anlamlılık düzeyi

Çizelge 4.24'ta bağımlıların bazı özelliklerinin esrar kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu verilmiştir. Daha önce yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu belirlenen (p<0,25) yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, evde odası olma durumu, mülteci olma durumu, şu anda çalışma durumu, aylık gelir durumu, ailenin aylık gelir durumu, aileyi terk etme durumu, aileden

ayrı yaşama durumu, aile içinde şiddet varlığı, ebeveynlerin boşanmış olma durumu, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı, ailede madde kullanan varlığı, silahlı bir görevde bulunma durumu, savaş yüzünden ve savaş dışı ailede ölüm varlığı, uyuşturucu yetiştirilen tarlalarda çalışma durumu, uyuşturucu ticareti yapma durumu, başarsız sevgi hikayesi varlığı bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Esrar kullanma durumu ise bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Lojistik regresyon modeli backward: LR yöntemiyle kurulmuştur. Nihayi modele 17 adımda ulaşılmıştır. Hosmer ve Lemeshow Testi'ne göre ilgili değişkenlerle kurulan modelimiz geçerli olup (p=0,561), Nagelkerke R^2 %25,4'tür.

Esrar kullanımını; cinsiyet, medeni durum, ikamet yeri, mülteci olma durumu, baba eğitim durumu ve uyuşturucu ticareti yapma durumu anlamlı şekilde etkilemektedir (p<0,05). Erkekler, kadınlardan 12,24 kat daha fazla esrar kullanmaktadır. Boşanmış/dul olanlar, bekâr olanlara göre 2,79 kat daha fazla esrar kullanmaktadır. Kentte yaşayanlar, kırda yaşayanlardan 1,89 kat ve mülteci olanlar, mülteci olmayanlardan 1,68 kat daha sık esrar kullanmaktadır. Ayrıca uyuşturucu madde ticareti yapanlar, yapmayanlara göre 2,26 kat daha sık esrar kullanmaktadır.

Çizelge 4.24. Bağımlıların bazı özelliklerinin esrar kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu, Afganistan, 2018

	OR	%95 GA		p
		Alt sınır	Üst sınır	
Cinsiyet				
Erkek (ref.: kadın)	12,24	5,79	25,88	**<0,001**
Medeni durum				
Evli (ref.: bekar)	1,16	0,69	1,96	0,574
Boşanmış/dul (ref.: bekar)	2,79	1,28	6,10	**0,010**
İkamet yeri				
Kent (ref.: kır)	1,89	1,20	2,99	**0,006**
Mülteci olma durumu				
Evet (ref.: hayır)	1,68	1,01	2,81	**0,048**
Baba eğitim durumu				
İlkokul (ref.: eğitimi yok)	0,86	0,26	2,84	0,805
Ortaokul (ref.: eğitimi yok)	0,44	0,21	0,92	**0,029**
Lise (ref.: eğitimi yok)	1,37	0,77	2,43	0,287
Lisans (ref.: eğitimi yok)	2,14	0,95	4,80	0,067
1. derece akrabada psik. Hastalık varlığı				
Bir kişide (ref.: birden fazla kişide)	3,00	0,96	9,35	0,059
Yok (ref.: birden fazla kişide)	1,59	0,57	4,39	0,372
Savaş yüzünden ailede kayıp varlığı				
Hayır (ref.: evet)	1,59	0,99	2,55	0,057
Uyuşturucu ticareti yapma durumu				
Evet (ref.: hayır)	2,26	1,37	3,73	**0,001**

ref.: referans, OR: odds ratio, GA: güven aralığı, p: anlamlılık düzeyi

Çizelge 4.25.'te bağımlılıların bazı özelliklerinin afyon kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu verilmiştir. Daha önce yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu belirlenen (p<0,25) yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, evde kendi odası olma durumu, mülteci olma durumu, şu anda çalışma durumu, aylık gelir durumu, ailenin aylık gelir durumu, aileyi terk etme durumu, aileden ayrı yaşama durumu, aile içinde şiddet varlığı, ebeveynlerin boşanmış olma durumu, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık varlığı, ailede madde kullanan varlığı, silahlı bir görevde bulunma durumu, savaş yüünden ailede kayıp varlığı, savaş dışı ailede ölüm varlığı, uyuşturucu yetiştirilen tarlalarda çalışma durumu, uyuşturucu ticareti yapma durumu, başarsız sevgi hikayesi varlığı bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Afyon kullanma durumu ise bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Lojistik regresyon modeli backward: LR yöntemiyle kurulmuştur. Nihayi modele 19 adımda ulaşılmıştır. Hosmer ve Lemeshow Testi'ne göre ilgili değişkenlerle kurulan modelimiz geçerli olup (p=0,054), Nagelkerke R^2 %20,2'dir.

Afyon kullanımını; mülteci olma durumu ve şu anda çalışma durumu ve uyuşturucu tarlalarında çalışmış olma durumu anlamlı şekilde etkilemektedir (p<0,05). Mülteci olanlar, mülteci olmayanlara göre 1,63 kat; uyuşturucu tarlalarında çalışmış olanlar, çalışmayanlara göre 3,24 kat daha sık afyon kullanmıştır. Çalışmayan kişiler, öğrencilere göre 8,24 kat daha sık afyon kullanmaktadır.

Çizelge 4.25. Bağımlıların bazı özelliklerinin afyon kullanımına etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu, Afganistan, 2018

	OR	%95 GA		p
		Alt sınır	Üst sınır	
Yaş grubu				
18-30 yaş (ref.: <18 yaş)	0,51	0,16	1,60	0,249
31-45 yaş (ref.: <18 yaş)	1,50	0,46	4,84	0,502
45> yaş (ref.: <18 yaş)	1,32	0,35	4,99	0,686
Cinsiyet				
Erkek (ref.: kadın)	1,81	0,94	3,47	0,076
Eğitim durumu				
Eğitim yok (ref.: lisans)	2,40	0,79	7,27	0,034
İlkokul (ref.: lisans)	5,68	1,59	20,27	0,939
Ortaokul (ref.: lisans)	2,46	0,78	7,78	0,392
Lise (ref.: lisans)	3,08	0,99	9,55	0,122
Mülteci olma durumu				
Evet (ref.: hayır)	1,63	1,01	2,63	**0,045**
Şu anda çalışma durumu				
Çalışıyor (ref.: öğrenci)	9,26	1,80	47,53	0,716
Çalışmıyor (ref.: öğrenci)	8,24	1,46	46,54	**0,008**
Uyuşturucu tarlasında çalışma durumu				
Evet (ref.: hayır)	3,24	1,74	6,02	**<0,001**

ref.: referans, OR: odds ratio, GA: güven aralığı, p: anlamlılık düzeyi

5. TARTIŞMA

Afganistan'da son zamanlarda yapılan çalışmalar, ülkedeki uyuşturucu kullanıcı sayısının artmaya devam ettiğini ve 2015 yılında 1,9-2,4 milyon olan kullanıcı sayısının [79] günümüzde (2019) 3,5 milyonu aştığı tahmin edilmektedir [3]. Ulusal yetişkin uyuşturucu kullanım sıklığı (%12,6), küresel uyuşturucu kullanım sıklığının (%5,2) 2 katından fazladır [79]. Ulusal düzeydeki opioid madde kullanım oranı, genel nüfusta %4,9 ve yetişkinler arasında %8,5 olarak tahmin edilmektedir. Esrar ikinci yaygın olarak kullanılan maddedir. Nüfus düzeyinde, esrar kullanım sıklığı %2,2, yetişkinlerde %3,8'dir. Benzodiazepin kullanım sıklığı erişkinlerde yaklaşık %1,4'tür. Barbitürat ve alkol için kullanım sıklıkları benzerdir (yetişkin popülasyonda %0,2 ve genel popülasyonlarda %0,1). Amfetamin tipi uyarıcılar yetişkinlerde yaklaşık %0,5 ve genel popülasyonda %0,3 sıklıkta kullanılmaktadır. Uyuşturucu kullanımının ülkedeki her üç haneden birinin etkilediği tahmin edilmektedir. Kırsal alanlarda uyuşturucu kullanımı, kentsel alanlardan 2,5 kat fazladır. Kırsal kesimdeki çocuklar için madde kullanım sıklığı %11,3, şehir çocukları için ise %2,3'tür [79].

Afganistan'da, madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yatan bağımlıların epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmaya 800 kişi alınmıştır. Bu kişilerin yaş ortalaması 30,7'dir (ortanca yaş=30). En büyük kesimi %40,4 ile 18-30 yaş arası genç erişkinler oluştururken, onu %37,8 ile 31-45 yaş grubu takip etmektedir. Katılımcıların %88,9'u erkek, %50,6'sı evli ve %34,3'ü bekârdır. Eğitim durumları incelendiğinde; %35,9'unun hiç eğitim almadığı görülürken, %23,3'ü ortaokul, %22,3'ü lise, %14,5'i ilkokul ve %4,1'i lisans mezunu olduğu görülmüştür. %60,5'i kentte yaşamaktadır.

İran'da yapılan bir çalışma, uyuşturucu madde bağımlısı popülasyonunun benzer şekilde %90'ından fazlasının erkek olduğunu göstermektedir. Erkekler, devlet merkezlerinde tedavi görmek isteyenlerin %98'ini oluşturmaktadır. Bağımlıların üçte ikisi evlidir. Tahran'da evli olan bağımlı sıklığı en düşüktür ve çalışmamıza benzer şekilde bağımlıların yaklaşık yarısı evli bulunmuştur. Tutuklu grubun bile çoğunluğu (%51) evlidir. Bağımlıların %10'undan azı yalnız yaşamaktadır [80].

Yine İran'da 260 kişi ile yapılan başka bir çalışmada erkek ve kadınlar arasında yaş açısından anlamlı fark yokken; medeni durum, eğitim seviyesi açısından anlamlı farklar

olduğu görülmüştür. Erkek hastaların %25'i bekâr olup kadınlar çoğunlukla evlidir (%85). Erkek hastaların çoğunluğu (%93,6) eğitimliyken, kadınlarda sıklık %82,5'ti ve çoğunlukla ilkokul mezunuydu (%38,3) [81]. İran'da eğitimsiz sıklığının bizim çalışmaya göre daha az olduğu görülmüştür.

Afganistan'da yapılan bir çalışmada katılımcıların ortalama yaşı bizimkine benzer şekilde 30,1 yıldı. 327 katılımcının %22,6'sı Kabil'in daimî sakiniydi ve %77,4'ü Afganistan'ın 28 ilindendi. Diğer 6 ilden katılımcı yoktu. Katılımcıların yaklaşık yarısı 18-27 yaşları arasındaydı [82].

Afganistan'da 3163 uyuşturucu kullanıcısı ile görüşülen bir çalışmada; bunların %60,8'i 17 yaş üstü erkek, %17,9'u 17 yaş üstü kadın, %14,7'si 17 yaş ve altı çocuk ve %6,6'sı 17 yaş ve altı kızlardı. Yaş dağılımı 10-85 arasında değişmekteydi. %40'ı 10-24 yaş, %42,1'i 25-39 yaş ve %14,8'i 40-54 yaş arasındaydı. Literatüre ve bizim çalışmamıza benzer şekilde uyuşturucu kullanıcılarının %78,5'i erkek, %21,5'i kadındı. Bu cinsiyet dağılım farklılığının kültürel ve diğer faktörler nedeniyle kadın uyuşturucu kullanıcılarına erişim sağlamanın zor olmasından kaynaklandığı unutulmamalıdır. Buna karşılık, Afganistan'da sokaklarda çok sayıda erkek uyuşturucu kullanıcısı ile görüşme yapma olanağı vardır. Görüşülen kişilerin %56'sı hiçbir eğitim kurumuna gitmediğini, %18,5'i ilkokula gittiğini ve %1,5'i üniversiteye gittiğini belirtti. Eğitim düzeyi tüm görüşülen kişiler arasında düşükken, erkek uyuşturucu kullanıcılarına göre anlamlı sayıda fazla sayıda kadın tamamen eğitimsiz olduğunu söylemiştir (%51,4 ile karşılaştırıldığında %69,4) [83]. Bu çalışma da bizimki gibi Afganistan'ın Kabil şehrinde yapılmasına bizimkine göre eğitimsiz insan sıklığı oldukça yüksektir. Bunun olası bir nedeni bizim çalışma tedavi olmak için tedavi merkezine başvuranlarda yapılmasına karşılık, bu çalışma halihazırda uyuşturucu kullanmaya devam eden bağımlılarla onların yaşadıkları yerlerde yapılmıştır. Bu kişiler tedavi olan kişiler değildir ve dolayısıyla daha eğitimsiz olmaları beklenebilir.

Erkekler (%88,9), kadınlara göre (%73,0) anlamlı şekilde daha sık eroin kullanmaktadır. Evlilerin %88,9'u, bekârların %81,4'ü, dulların %94,1'i ve boşanmışların %94,2'si eroin kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır.

Birleşmiş Milletler raporuna göre Afganistan'da görüşülen kadınların %20'si eroin kullanmıştı. Kadın kullanıcı sıklığı saha araştırması olduğu için bizim çalışmaya göre daha azdır [84].

Erkekler (%72,0), kadınlara göre (%20,2) anlamlı şekilde daha sık esrar kullanmaktadır. Evlilerin %68,9'u, bekârların %59,9'u, dulların %64,7'si ve boşanmışların %73,1'i esrar kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır.

İlk UNODC Afganistan esrar araştırmasına (2009) göre görüşme yapılan kadın uyuşturucu kullanıcılarının %40'ı yaşamları boyunca esrar kullandığını bildirdi [84]. Bu çalışmada kadınlarda esrar kullanım sıklığı bu çalışmadan yüksek tespit edilmiştir. Bu durum bize, araştırmada tedavi merkezlerine başvuran kadınlar için esrar kullanımının yaygın bir problem olmadığını düşündürmüştür.

Hiç eğitim almamışların %57,8'i, ilkokul mezunlarının %59,5'i, ortaokul mezunlarının %72,6'sı, lise mezunlarının %77,0'si, lisans mezunlarının %69,7'si esrar kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır.

Afganistan esrar araştırmasına (2009) göre esrar kullanıcılarının belirgin özelliği genel olarak yüksek eğitim seviyesiydi. Esrar kullanıcılarının yarısının ilköğretim mezunu olduğu ve üçte birinin ise orta öğretime sahip olduğunu bildirmiştir. Bu, ortalama olarak, eğitimsiz olan diğer uyuşturucu kullanıcıları ile keskin bir tezat oluşturmaktadır [84]. Genel olarak esrara ulaşım maliyetli olduğu için daha eğitimli ve varlıklı keşiler tarafından daha sık kullanılmaktadır.

Türkiye'nin İzmir ilinde AMATEM bağımlılık tedavi biriminin 2011-2012 verilerini esas alarak yapılan bir çalışmada, hastaların yaş ortalamasını 45,4 yıl, erkek yüzdesi %96,9 saptanmıştır [85]. Türkiye'nin Gaziantep iline ait 2001-2005 AMATEM verilerinin değerlendirildiği çalışmada, erkek yüzdesi %96,8, yaş ortalaması 36,02 yıl saptanmıştır [86]. Bu iki çalışmada bağımlıların yaş ortalamasının bizimkinden yüksek olmasının nedeni bu merkezlerde daha fazla alkol kullanıcısı olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü alkol kullanıcıları genel olarak daha ileri yaşlardadır. Kaldı ki bizim çalışmadaki bağımlıların çok küçük bir kesimi alkol bağımlısıydı. Daha çok genç madde kullanıcıları vardı. Ayrıca

Afganistan'da madde tacirlerinin çocukları ve gençleri kullandıkları bilinmektedir. Bu da Afganistan'da bağımlıların daha küçük yaşta olmasını açıklamaktadır.

Türkiye'nin Adıyaman ilinde 401 bağımlı ile yapılan bir çalışmada başvuruların %97,8'si erkek, %2,2'si kadındı. Yaş ortalaması 25,8 yıldı. Yaş ortalamaları opiyat kullanım bozukluğu için 24,97 yıl, esrar kullanım bozukluğu için 24,20 yıl, alkol kullanım bozukluğu için 46,00 yıl, stimülan kullanım bozukluğu için 25,60 yıl, inhalan kullanım bozukluğu için 23,50 yıl olarak belirlendi. Alkol kullanıcılar, diğer tüm bağımlılardan daha ileri yaştaydı. Katılımcıların %11,5'i 15-19 yaş, %62,0'si 20-24 yaş, %27,6'sı 25-29 yaş aralığında bulunmaktaydı [87]. Kültürel farklılıklar önemli bir etkendir. Afganistan'da genç bir birey afyon tarlasında çalıştığı için veya anne-babası tarafından uyutulması maksadıyla afyon verildiği için madde kullanıma başlayabiliyorken, Adıyaman'da bali gibi sentetik inhaler maddeler yoluyla madde kullanımına başlanabilmektedir.

Türkiye'nin Elazığ ilinde bağımlılarla yapılan bir çalışmaya, tümü erkek olan 258 hasta dâhil edilmiştir. Hastaların ortalama 30,1 yaşında ve evli olduğu (%56,2), çoğunlukla eşleri ve çocukları (%48,4) ile yaşamakta oldukları saptanmıştır. Hastaların çoğunlukla ilköğretim (%47,7) düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır [88].

Türkiye'nin Kayseri ilinde 2007-2015 yılları arasında AMATEM'de yatarak tedavi gören 1222 hasta ile yapılan bir çalışmada, olguların %94,8'i erkek, %5,2 kadındı ve erkek/kadın oranı 18/1 idi. Hastaların yaş ortalaması 33,6 bulundu. Hastaların %49,6'sı bekâr, %47,4'ü evli ve %3,0'ı boşanmış idi. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %54,5'i ilköğretim, %40,6'sı lise, %3,9'u üniversitesi mezunu iken, %1,0'ı okuryazar değildi [89].

Hindistan'ın Kaşmir ilinde yapılan bir çalışmada bir yıl boyunca (Haziran 2008 - Mayıs 2009), madde bağımlılığı olan 198 hasta Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine kabul edildi. Hepsi erkekti ve ortalama yaş 26,8'di. %53,5'i lise eğitimi almıştı; %20,2'si öğrenciydi. Hastaların çoğu (%89,9) çekirdek ailedendi. Çoğunluk (%70,7) hiç evlenmedi. Ankete katılanların %96'sı Müslümandı [90].

Hindistan'ın Kolkata ilinde yapılan bir çalışmada toplam 284 kişi ile görüşülmüştür. Çoğunluk (%88) 20-49 yaş grubunda ve ortalama yaş 31,2'dir. Çoğunluk Hindular (%64,8) ve erkeklerdir (%96,8). Nüks vakalarının çoğu (%61,3), şu anda evli (%45,8) ve okuma

yazma bilmeyen (%10,2) idi. %57,7'si çekirdek ailelere, azami oranı kent sakinleriydi (%60,5) [91].

Finlandiya'da yapılan bir araştırmada madde bağımlılarının yaş ortalaması 24,5 (ortanca=23 yıl) idi ve yarıdan fazlası 15-24 yaşları arasındaydı. Kadınlardan daha fazla erkek vardı (%70'e, %30) ve %98'i Finlandiya vatandaşıydı. Çoğunluk (%92) evli değildi. Eğitim düzeyleri düşüktü ve az sayıda (%2) üniversite seviyesine gelmişti [92]. Görüldüğü gibi kadın kullanıcı sayısı Finlandiya'da bizim çalışmaya ve doğu ülkelerine göre yüzde olarak daha fazladır. Bu da Avrupa ülkelerinde madde kullanımının sadece erkekler için bir sorun olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda <18 yaş grubu %29,9, 18- 30 yaş grubu %77,1, 30-45 yaş grubu %68,5 ve 45> yaş grubu %55,7 sıklıkta esrar kullanmaktadır. Yaş grupları arasında esrar kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın <18 yaş grubunun daha az esrar kullanmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Finlandiya'da yaşam boyu esrar kullanımı erkeklerde ve bizim sonucun tam tersine 15-24 yaşları arasındaki bağımlılar arasında diğerlerinden daha yaygındı [92]. Bu durum ülkeler arasında var olan bir takım madde tercih farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Ülkelerin sosyo ekonomik farklılıkları ve genç nüfusun uyuşturucu maddelere ulaşım kolaylıkları da bu farklılığın bir nedeni olabilir.

Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu (%86) okuryazardı ve aralarında %52'si mezundu. Büyük bir kısmı (%66) evli değildi ki bu genç yaşlarından dolayı olabilir. Katılımcıların çoğunluğu (%75) genç yaş grubundandı (20-30 yaş) ve ortalama yaş 27,6 idi. Yine çoğunlukla genç yaş grubundaki kişilerin uyuşturucu bağımlısı olduğu görülmüştür [93]. Litaratürde ortak olan bu bulgunun olası bir nedeni genç yaş grubunun en savunmasız grup olmasından kaynaklanabilir.

Bir çalışmada 464 damar içi yuşturucu kullanıcısından bir tanesi hariç hepsi erkekti ve çoğunluğu (%99) Afgan'dı. Üçte biri örgün eğitimi olmadığını ve %22,0'sinin 5 yıl veya daha az eğitim aldığını bildirdi. Yarısı evliydi ve sadece dört katılımcı evsiz olduğunu bildirdi [94].

Bütün bu çalışmalardan anlaşılmaktadır ki özellikle Afganistan ve komşu ülkelerde ve Türkiye'de bağımlıların büyük bir yüzdesini genç erişkin yaş grubundaki ve topluma göre daha eğitimsiz erkekler oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan bağımlıların %76,6'sı bir işte çalışmakta, %17,5'i herhangi bir işte çalışmamakta ve %5,8'i öğrencidir. Aylık gelir durumlarına bakıldığında %44,3'ünün 10001-20000 Afgani (147,1-294,1 ABD doları), %30,3'ünün 10000 ve altı Afgani (≤147,1 ABD doları), %10,6'sının 20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları) ve %7,4'ünün 30000 Afgani üzeri (>441,2 ABD dolar) olduğu görülmüştür. Çalışmayanların gelir kaynaklarına bakıldığında %72,2'sinin hırsızlık, %69,0'unun dilencilik, %65,0'inin kendi eşyalarını satmak, %48,4'ünün borç almak ve %42,1'inin aile yardımı olduğu görülmüştür.

Aylık aile gelirine bakıldığında %26,5'inin 20000 ve altı Afgani (≤294,1 ABD doları), %28,8'inin 20001-30000 Afgani (294,1-441,2 ABD doları) ve %23,6'sının 30001-50000 Afgani (441,2-735,3 ABD doları) ve %21,6'sının 50000 Afgani (>735,3 ABD doları) üzeri olduğu görülmüştür. Katılımcıların %79,5'inde birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık yokken, %16,6'sında bir kişide ve %3,9'unda birden fazla kişide psikiyatrik hastalık vardır.

Birleşmiş Milletler raporuna göre ortalama bir Afgan uyuşturucu kullanıcısı muhtemelen işsizdir, okuyamaz veya yazamaz ve herhangi bir eğitim alması durumunda çok az bilgisi vardır. Eğer çalışıyorsa, büyük olasılıkla özel iş yapmakta veya bir çiftçi olarak veya vasıfsız işçi olarak çalışmaktadır. Çoğu Afgan gibi, o da fakirdir. Bu rapora konu olan çalışmaya göre, ortalama uyuşturucu kullanıcısı görüşmeden önceki ay boyunca yaklaşık 5500 Afgani (1145 ABD doları) kazanmıştı [84].

Kabil'de yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğu (%88,1) şu anda çalıştığını ve günlük işçi olduğunu bildirdi (%77,9). Katılımcıların yaklaşık yarısı (%49,3) aylık 3000 Afgani (61,2 ABD doları) kazandığını bildirmiştir [94].

Afganistan'da yapılan bir çalışma katılımcıların çoğunun ekonomik olarak geri olduğunu (%78,3) ortaya koydu. Afganistan'daki uyuşturucu bağımlılığı oranındaki artışın sebeplerinden biri yoksulluktur. Ayrıca, bu çalışmaya katılanların çoğunluğunun sosyal statüsü çok düşüktü (%86,8). İşsizlik bu çalışmaya katılanlar arasında yaygındı (%66,7)

[82]. İşsizliğin madde kullanımı ve madde kullanım bozukluklarının büyümesi için önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir.

İran'da yapılan bir çalışmada çalışıyor olma uyuşturucu madde bağımlılarda yaygındı. İşsiz uyuşturucu bağımlıları nüfusun sadece beşte birini oluşturuyordu. Sokak uyuşturucu madde bağımlılarının %27'si işsizken, işsizlik oranı tedavi görenlerde %24 ve tutuklu bağımlılarda %10'du. İlginç bir şekilde, yüksek bağımlılık oranına sahip bir batı ili olan Kermanshah'dan bir rapor, rehabilitasyon kampında gözaltında bulunan 149 uyuşturucu bağımlısının sadece %3,7'sinin tutuklanmadan önce işsiz olduğunu gösteriyordu. Ülke genelindeki rehabilitasyon merkezlerinden toplanan veriler, mahkumların %85'inden fazlasının kabul edilmeden önce istihdam edildiğini göstermiştir [80].

İran'da yapılan başka bir çalışmada erkeklerin aylık geliri, kadınlardan daha yüksekti ve kadınların %90'ının geliri yoktu, erkeklerde gelir oranı %40'dı [81].

Türkiye'de Kayseri ilinde katılımcıların %39,8'i düzenli iş sahibi, %36,7'si işsiz, %12,1 geçici işçi ve %11,4'ü emekliydi. İşsizlik oranı alkol kullananlarda %21,1, esrar kullananlarda %50,0, eroin kullananlarda %36,0 idi. Alkol bağımlılarında çalışma oranı diğer madde bağımlılarından yüksekti [89].

Hindistan'da yapılan bir çalışmada %22,2'si işsiz, yarısından fazlası (%56) zayıf ya da düşük-orta sosyoekonomik bir geçmişe sahipti [90]. Bir diğer çalışmada uyuşturucu madde bağımlıların %34,2'si yoksulluk sınırının altındaydı [91]. Finlandiya'da yarıdan biraz fazlası (%57) işsizdi [92].

Hindistan Kaşmir'de katılımcıların çoğu (%64) çalışıyordu (çoğunlukla kendi özel işletmelerini işletiyorlardı) ve %40'ı orta sınıftandı [93]. İran'da yapılan çalışmalarda, Ziaddini deneklerinin %67,9'unun [95], Nigam ise %91,7'sinin çalıştığını bildirmiştir. [96].

2014'te yayımlanan bir rapora göre Afganistan'da uyuşturucu madde kullanıcılarının %63,6'sının son 12 ay boyunca işsiz olduğunu gösterdi. İstihdam edilenlerin %13,6'sı özel sektörde, %8,5'i hükümet için çalışan ve %5,4'ü kendi topraklarına sahip çiftçilerdi. Görüşme yapılan uyuşturucu kullanıcıları tarafından bildirilen ortalama aylık gelir 9798

Afgani'ydi (183 ABD doları). İstihdam edilen uyuşturucu kullanıcıları ortalama haftada altı gün çalıştılar [83].

Yapılan kimi çalışmalarda bağımlılar gelir durumu düşük işsiz kişiler iken; kimi çalışmalarda da maddi olanakları daha iyi olan kişilerin daha fazla bağımlı oldukları görülmektedir. Bu durum kişinin maddeye ulaşabilecek kadar bir ekonomik gücünün olmasıyla alakalıdır. Eğer kişi maddeye ulaşmak için kendine uygun bir yol bulduysa çalışıyor olmasının ve iyi bir gelirinin olmasının fazla bir önemi yoktur. Ama kimi uyuşturucu maddeler de ulaşılması zor ve pahalı olduğu için daha çok nispeten varlıklı kişiler tarafından kullanılmaktadır.

Katılımcıların madde kullanmaya başlangıç ortalama yaşı 19,95'tir (ortanca:19).

Afganistan'da yapılan başka bir çalışmada esrar kullanmaya başlama yaşı ortalama 19,6 iken; eroin kullanmaya başlama yaş ortalaması erkeklerde 24,1, kadınlarda 22,5'di. İstatistiksel analiz bunun cinsiyetler arasında önemli ölçüde değişiklik göstermediğini göstermiştir [83].

Hindistan Kaşmir'de hastaların dörtte üçünden fazlası (%76,8) 11-20 yaş grubunda maddeye başlamıştı [90]. Bu diğer çalışmalara göre oldukça düşük bir yaş grubunu işaret etmektedir. Bu tablo bölgedeki çocuk ve genç nüfusun ve onlara karşı devlet korumasının yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Nigam ve arkadaşları Hint nüfusu konusundaki çalışmalarında deneklerinde ortalama madde bağımlılığı yaşını 28,7 [96], Kalra ve Bansal ise uyuşturucu kullanımına başlama yaşını ortalama 25,5 bulmuştur [97].

İran'da, erkekler madde kullanımına kadınlardan erken başlar ve ilk madde kullanımı deneyiminin yaklaşık üçüncü yılından sonra bağımlılık gelişir. Bununla birlikte, kadınlar ilk kullanımın başlamasından sonra daha hızlı bağımlı olur ve dozu artırır ve tedavi sürecine hızla girerler. Ortalama olarak, kadınlar yaşamlarının üçüncü on yılının son bölümünde yasadışı madde kullanımına başlarken, erkekler için bu yaş 21 yaş civarıdır. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ise ilk yasadışı madde deneyim yaşı, İran'a göre daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada İran'da ilk kez sigara ve alkol tüketimi yaş ortalamaları

benzerdi (sırasıyla 18,8 ve 18,9). Uyuşturucu bağımlılarının dörtte birinde, esas olarak eroin olmak üzere IV (intravenöz) opioid enjeksiyonu öyküsü vardı. IV uyuşturucu kullanıcısı ortalama yaşının 31,4 yaş, yani IV uyuşturucu kullanıcısı olmayanlardan 2 yaş küçük olduğunu göstermiştir. IV uyuşturucu kullanıcısı olmayan yaklaşık 3,5 yıl (başlangıç yaşları 19,6 yıl vs 23,1 yıl) ve 26,2 yaşındayken enjekte etmeye başladı. Böylece, yasadışı uyuşturucuların enjeksiyonu, IV olmayan tüketimden ortalama 7 yıl sonra başlamaktaydı [80].

Finlandiya'da yapılan bir çalışmada ilk alkol tüketimindeki ortalama yaşı 13 ve ilk yasadışı uyuşturucu kullanımındaki ortalama yaş 15,4 idi [92]. Bu sonuç Avrupa gibi gelişmiş bir kıtada madde kullanım yaşının ne kadar düşük olduğunu göstermesi açısından son derece düşündürücüdür.

Türkiye Elazığ'da değerlendirilen hastaların düzenli olarak madde kullanımına ortalama 22,5 yaşında başladığı görülmüştür. Ortalama madde kullanım süresi 11,8 yıl bulunmuştur. Madde kullanımına en uzun ara verilen sürenin ortalaması ise 0,7 aydır [88].

Genel olarak madde kullanıma başlangıç yaşları benzer olmakla birlikte Finlandiya ve Hindistan Kaşmir'de daha küçük yaşlarda madde kullanımına başlandığı görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %62,8'i mülteci durumda olduğunu söylemiştir. Mülteci olanların da %87,5'i ülke dışında mültecidir.

Yapılan bir çalışmada ortalama bir kullanıcı Afganistan'da uyuşturucu kullanımını başlatmasına rağmen, uyuşturucu kullanıcılarının yaklaşık %28'i mülteci olarak İran'da ve yaklaşık %9'u Pakistan'da kullanmaya başlamıştır. Afyon ve eroin kullanıcıları arasında, %40'a varan oran afyon kullanımına İran'da başlamıştır [84].

Başka bir çalışmada ilk defa uyuşturucu kullanımı Afganistan dışından göç edenlerde %38,5 sıklıkta gözlendi [82].

Afganistan'da bağımlılara ilk kez uyuşturucu kullandıkları yer sorulduğunda, uyuşturucu kullanıcılarının %66'sı Afganistan'da, %25,8'i İran'da, %8'i Pakistan'da demiştir. Afganistan'da göç ile uyuşturucu kullanımı arasında bir bağlantı olduğu söylenebilir. Tüm

illerdeki katılımcılar göçmenlerin yaşadığı sorunların bu kişileri uyuşturucu kullanmaya zorlayabileceğini bildirmiştir [83].

Katılımcıların %49,3'ünde aileyi terk etme öyküsü varken, %27,9'u ailesinden ayrı yaşamaktadır. %62,7'si evi birden fazla terk etmiştir. %44,0'ü aile içi şiddet görmüş, %15,1'inin ise ebeveynleri boşanmıştır. Anne eğitim durumlarına bakıldığında; %77,5'inin hiç eğitim almadığı, baba eğitim durumlarına bakıldığında ise %54,6'sının hiç eğitim almadığı tespit edilmiştir. Bağımlıların %67,6'sı 5 ve üzeri kardeşken, sadece %1,6'sı tek çocuktur.

Ailede madde kullanım sıklığı %28,8 iken, en çok madde kullanan aile bireyi %65,2 ile kardeşler olmuştur. Onu %44,7 ile baba ve %33,0 ile anne takip etmektedir. Ailede madde kullanımı sorusuna evet cevabını veren 230 kişinin ailesinde ortanca 2 kişi madde kullanmaktadır.

Birleşmiş Milletler raporuna göre Afganistan'da görüşme yapılan uyuşturucu kullanıcılarının aile üyeleri arasında da ciddi uyuşturucu kullanımı vardı. Afyon, esrar ve eroin, katılımcıların başka bir aile üyesi tarafından düzenli kullanımdan bahsettiği üç ana maddeydi. Uyuşturucu kullananların %40'ından fazlası ebeveyn kullanımından bahsederken, üçte biri ailelerinde düzenli olarak afyon kullanan kardeşlerden bahsetti [84].

Afganistan'da yapılan bir çalışmada bağımlıların ailesinde uyuşturucu kullanımı öyküsü olanlar %15,6'idi [82]. Bu çalışmada bizimkine göre nerdeyse yarı sıklıkta aile kullancısı vardır. Bu çalışmaların farklı metodolojiyle yapılmasından veya çalışmalara alınan kişilerin sosyodemografik farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Hindistan Kaşmir'de %4,0 vakada ailede madde kötüye kullanımı öyküsü vardı. Ailesel madde bağımlılığının bulaşmasının potansiyel bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir ve önemli kanıtlar, aileliğin madde bağımlılığında nedensel rolünü desteklemektedir [90].

İran'da yapılan bir çalışmada madde bağımlılarının yaklaşık %46,6'sı en az bir birinci derece kullanan akrabaya sahip olduğunu iddia ediyor, büyük olasılıkla babası uyuşturucu kullanıyor. Vakaların dörtte birinde, uyuşturucu kullanan bir aile üyesinden daha fazlası vardır [80].

Görüldüğü gibi burada verilen literatürler arasında bile ailede uyuşturucu madde kullanım sıklığı %4 ile %46,6 arasında değişmektedir. Muhtemelen çalışmalara alınan kişilerin sosyodemografik özellikleri farklıdır. Her ne kadar sadece bağımlılarda yapılan çalışma sonuçları burada tartışılıyor olsa da, bağımlıların çalışmalara nerelerden alındığı da önemlidir. Kimi çalışma tedavi merkezlerinde yapılırken, kimisi sahada bağımlıların yaşadığı ortamlarda yapılmıştır. Bazı farklıkların nedeni bu olabilir.

Katılımcıların %45,8'i silahlı bir görevde bulunmuştur. %30,8'inin savaş yüzünden ailesinde kayıp olmuştur ve %44,0'ünün savaş dışında ailede ölüm olmuştur. Bağımlıların %19,9'u uyuşturucu yetiştirilen tarlalarda çalışmış, %27,0'si uyuşturucu madde ticareti yapmış ve %48,5'i başarısız bir sevgi hikâyesi yaşamıştır.

Çalışmaya katılanların %65,3'ü geçmişte yasaya aykırı davranışta bulunmuş ve bunların %93,1'i bunu birden çok kere tekrarlamıştır. Yasaya aykırı davranışın niteliğine bakıldığında %67,8 ile gasp ve hırsızlık birinci sırada yer almaktadır. Onu %54,9 ile ahlak suçu, %52,8 ile kavga-yaralama ve %36,9 ile uyuşturucu ticareti takip etmektedir. Bütün bu suçların madde etkisi ile işlendiğini söyleyenlerin sıklığı %37,0'dir.

Birleşmiş Milletler raporuna göre bizim bulgularımıza benzer şekilde Afganistan'da bağımlıların, muhtemelen uyuşturucu kullanımının masraflarını karşılamak veya ailesine yardım etmek için, varlıklarını satarak, borç para alarak veya çalarak, para dilenerek veya başka suçlar işleyerek gelir elde etmeye çalıştıkları görülmüştür [84].

Afganistan'da yapılan başka bir çalışmada uyuşturucu parası almak için kullanılan yöntemlerle ilgili olarak, kilit bilgi kaynaklarının %73'ü uyuşturucu kullanıcılarının yalvardığını, %65,9'u varlıklarını sattıklarını ve %57,1'i alışkanlıklarını finanse etmek için suç işlediklerini belirtmiştir [83].

Görüldüğü gibi uyuşturucu bağımlıları maddeye ulaşmak için her türlü yönteme başvurmaktadır.

Maddeye başlama sebepleri arasında 'arkadaş ortamı nedeniyle' önermesi %36,6 ile birinci sıradadır. Onu %22,3 ile 'sıkıntı giderici olduğu için', %18,6 ile 'kandırılarak' ve %17,6 ile

‘keyif verici olduğu için’ önermeleri takip etmektedir. Cinsel isteğin artması için madde kullananların sıklığı %37,1 iken, bu amaçla en çok kullanılan madde %53,5 ile afyondur.

Afganistan’da yapılan bir çalışmada katılımcıların neredeyse yarısı benzer şekilde arkadaşlarının, aile üyelerinin ve meslektaşların cesaretlendirmesinden dolayı eroin kullanmaya başladığını göstermiştir [82].

Afganistan’da yapılan başka bir çalışmada yapılan görüşmeler, akran baskısı, ekonomik konular, depresyon ve tıbbi sorunlardan, ilaç üretimine ve kaçakçılığına doğrudan katılım göstermeye kadar, uyuşturucu kullanımının arkasındaki çeşitli nedenleri ortaya koydu. Ayrıca, bir dizi görüşmeci, başka bir uyuşturucu kullanıcısı tarafından uyuşturucu kullanımına zorlandıklarını söyledi. Çalışmaya göre, ilaç kullanımının birincil nedeni akran baskısıdır. Özellikle kadın uyuşturucu kullanıcıları, ağırlıklı olarak eşlerinden veya ebeveynlerinden uyuşturucu aldıklarını söylediler. Erkek kullanıcılar, bazıları alışkanlıklarını finanse etmek için çaldıklarını ve uyuşturucu satıcıları da dâhil olmak üzere daha geniş bir kaynaktan uyuşturucu elde ettiklerini söylediler. Ayrıca, bazı uyuşturucu kullanıcıları, uyuşturucu kullanımlarının bir sonucu olarak haşhaş ekimine ve afyon ticaretine dâhil olduklarını söylediler [83].

İran’da yapılan bir çalışmada kadınların eşlerine ekonomik bağımlılığı (gelirsiz %90) ve İranlı ailelerin ataerkil yapısı, madde bağımlısı kişilerin, eşlerini madde bağımlılığına yönlendirmelerinin daha muhtemel olduğu bir durum yaratmaktadır. Kadınların yaklaşık %90'ı evlendikten sonra uyuşturucu kullanımına başlamaktadır [98]. Kadınlar stresten kaçmak için ilaç ve madde kullanımı gibi klişeleşmiş tepkilere sığınabilmektedir [81].

Hindistan Kaşmir’de yapılan bir çalışmada madde bağımlılığı için belirtilen farklı nedenler arasında akran baskısı (%96), olumsuz bir ruh hali durumundan kurtulma (%45), olumlu bir ruh hali (%18) ve reçeteli ilaç kötüye kullanımı (%17) saptanmıştır [90].

Hindistan Kaşmir’de yapılan bir diğer çalışmada, deneklerin %50'sinin bu maddeleri alan arkadaşlarının etkisi altında opioid maddeleri almaya başladığı görülmüştür (akran baskısı). Çalışılan popülasyonun %30'u tarafından belirtilen diğer bir sebep ise deneme/eğlence amaçlıydı. Dikkat çeken diğer önemli durum, hastaların %20'sinin tıbbi nedenlerle reçete edilmesine rağmen opioid maddesini kötüye kullanmaya başlamış olmalarıdır [93].

Kalra ve Bansal tarafından yapılan bir araştırmada, deneklerinin %20'sinin, zevk/deneme için bağımlılık başlattığını, akran baskısı nedeniyle %9,5'i ve vakaların %9'unda iyatrojenik nedene ikincil olduğunu bildirmiştir [97].

Görülmüştür ki madde kullanımına en sık arkadaş etkisiyle başlanmaktadır. Diğer önemli nedenler stres ve deneme/eğlence gibi sebeplerdir. Bizim çalışmada fazla olmamakla birlikte bazı çalışmalarda tıbbi gerekçelerle madde kullanımına başlamanın çok yaygın olduğu görülmektedir.

%41,6'sı maddeyi genelde evde kullandığını belirtirken; %23,3'ü 'nerede olursa', %22,5'i 'dışarıda tenha yerlerde' ve %12,6'sı 'arkadaşlar ile' yanıtını vermiştir.

Afganistan'da yapılan bir çalışmada erkek ve kadın uyuşturucu kullanıcıları, uyuşturucu tüketimi için tercih ettikleri yerler bakımından farklı eğilimler sergilemiştir. Kadın kullanıcılar, genellikle kendi evlerinde veya eşlerinin evlerinde uyuşturucu kullandıklarını, erkek kullanıcılar ise işyeri ve kamusal alanlar da dahil olmak üzere farklı yerlerden bahsetmiştir [83].

Katılımcıların %94,2'si madde kullanımının boşanma üzerine etkisi olduğunu düşünmektedir. Madde kullanımın kişide yol açtığı ruhsal rahatsızlıklar incelenmiştir. Buna göre; çökkünlük %90,8, suçluluk %51,1, cinsel istek azalması %50,0, iştah azalması %46,4, sinirlilik %45,0, sesler duyma %43,2, yerinde duramama %30,8, karamsarlık %30,0, mutsuzluk %28,8, yorgun veya halsiz hissetme %25,5, keyifsizlik %22,9, dikkat güçlüğü %20,5 şeklinde listelenmiştir.

Çalışmaya alınan bağımlılar %12,3'ü 1 kez, %4,3'ü 2 kez ve %6,6'sı 2'den fazla kere intihar girişiminde bulunmuştur. Madde kullanımının ruhsal bir rahatsızlığa yol açtığını düşünme durumu %42,5 ile evet yanıtı almıştır.

Hindistan Kolkata'da yapılan çalışmada 260 madde bağımlısı hastada bazı komorbid psikiyatrik hastalıklar mevcut bulunmuştur. Sık görülen hastalıklar anksiyete (%44,7), depresyon (%30,6) ve paranoid delüzyon (%9,8) idi. İntihar fikirleri bağımlıların %1,4'ünde mevcuttu ve %0,7'sinde intihar girişimi olduğu bildirildi [91]. İntihar sıklığının bizimkinden düşük olmasının nedeni çalışmalara alınan bağımlıların farklı sosyo kültürel özelliklerinden

kaynaklanabilir. Çalışma yaptığımız kişiler çoğunlukla ağır bağımlılığı olan uzun süredir tedavi alan kişilerdi, bu yüzden intihar düşünce ve sıklığı daha fazla bulunmuş olabilir.

Afganistan'da yapılan bir çalışmada, afyon kullanımının fiziksel sağlık (%72,6), duygusal refah (%63,4) ve istihdam (%41,9) ile ilgili sorunlara neden olduğu bildirildi. Görüşme yapılan uyuşturucu kullanıcıları, eroin kullanımının fiziksel sağlık, inançlarını koruma sorunları, suçluluk, utanma, özgüven eksikliği gibi duygusal konular, istihdam ve yasa ile ilgili sorunları içeren çeşitli sorunlara neden olduğunu belirtti. Çoğunluk (%77) kavgalar ve boşanmalar da dâhil olmak üzere aile ilişkilerinin kötüleştiğini belirtti. Görüşme yapılan uyuşturucu kullanıcıları, esrar kullanımının fiziksel sağlıkla ilgili (%62,3), duygusal sorunlara (%55,8) ve iş bulma problemlerine (%36,1) ilişkin olarak çeşitli sorunlara neden olduğunu belirtti. Çoğunluk (%63,6), kavgalar, boşanma ya da şiddet gibi aile ilişkilerinin kötüleştiğini vurguladı [83].

Türkiye Kayseri ilinde bağımlılık tedavi merkezinde yatan hastaların %31,7'sinin alkol ve madde bağımlılığına eşlik eden başka bir psikiyatrik tanısı da vardı. Alkol ve madde bağımlığının yanında psikiyatrik eş tanısı olan hastalarda (%31,7), birinci sırada depresif bozukluklar, ikinci sırada psikotik bozukluklar gelmekteydi [89].

Esrar ile ilgili Türkiye'de 2011 yılında 8045 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada yaşam boyu esrar kullanımı %2,8 bulunmuştur. Esrar kullanıcılarının %14,0'ü bırakma anksiyetesi, %14,0'ü kontrol kaybı, %10,9'u günlük performans problemleri, %6,9'u kişiler arası şiddet problemleri yaşıyordu. Bağımlıların %35,1'i esrar kullanımını bırakmak istiyordu, %18,0'i esrar kullandığı için pişmandı [99].

Madde bağımlıların çoğunda fiziksel, ruhsal problemler görülmektedir. Ayrıca bu kişilerde eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar azımsanmayacak sıklıktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin ilk tercih ettikleri madde dağılımları verilmiştir. Buna göre; en sık %46,0 ile esrar kullanılmaktadır. Onu %25,3 ile afyon, %17,0 ile eroin takip etmektedir.

Afganistan'da yapılan bir çalışmada ülkede üretilen büyük miktarda afyon miktarı göz önüne alındığında, uyuşturucu kullanıcılarının önemli bir yüzdesinin (%43,6) tercih ettiği

ilk uyuşturucu madde afyon olmuştur. Bahsedilen diğer ilk maddeler, esrar (%35,6), eroin (%16) ve sakinleştirici ya da yatıştırıcılardır (%4,8). %1'den azının morfin kullandığı bildirildi. Görüşmeler, erkek uyuşturucu kullanıcıları tarafından ilk kez uyuşturucu olarak çeşitli maddelerin kullanıldığını, esrarın en yaygın olduğunu belirtti (%44,3). Kadın uyuşturucu kullanıcılarının ezici bir çoğunluğu (%67,5) afyonun denedikleri ilk ilaç olduğunu söyledi [83].

İlk tercih edilen maddelerden esrarın kullanma süresi ortalama 5,1 yıldır (ortanca=4 yıl), eroinin kullanma süresi ortalama 5,0 yıldır (ortanca=3,5 yıl), amfetaminin kullanma süresi ortalama 1,6 yıldır (ortanca=1 yıl), afyonun kullanma süresi ortalama 7,4 yıldır (ortanca=5,5 yıl) ve alkolün kullanma süresi ortalama 5,0 yıldır (ortanca=3,5 yıl).

En son tercih edilen maddelerden esrarın kullanma süresi ortalama 3,5 yıldır (ortanca=2 yıl), eroinin kullanma süresi ortalama 4,8 yıldır (ortanca=3,0 yıl), amfetaminin kullanma süresi ortalama 3,4 yıldır (ortanca=2,5 yıl), afyonun kullanma süresi ortalama 5,0 yıldır (ortanca=3,0 yıl) ve alkolün kullanma süresi ortalama 3,6 yıldır (ortanca=2,5 yıl).

Son tercih edilen madde günlük ortalama tüketimi esrar için 1,1 gram (ortanca=1 gram), eroin için 1,2 gram (ortanca=0,5 gram), amfetamin için 1,4 gram (ortanca=1 gram), afyon için 1,6 gram (ortanca=1 gram), alkol için 1,4 kadehtir (ortanca=1 kadeh).

Hindistan Kaşmir'de yapılan bir çalışmada ortalama afyon tüketimi 5,7 yıldı [93]. Margoob ve arkadaşları %41,7 hastanın 5 yıldan fazla bir süre boyunca madde aldığını ve bunların sadece %5,9'unun 1 yıldan az medikasyon aldığını gösteren bir epidemiyoloji çalışması yaptı [100]. Ziaddini ve arkadaşları çalışmalarında ortalama afyon tüketim yılının 8,0 yıl olduğunu [95] ve Nigam ve arkadaşları ise 4-5 yıl olduğunu bildirdi [96].

Finlandiya'da yapılan bir çalışmada 14 yaşında veya daha küçük yaştaki hastalar çoğunlukla birincil ilaçlarını (opiyat) haftada bir ya da daha az kötüye kullanırken, diğer yaş gruplarında ise çoğunlukla birincil ilaçlarını her gün kötüye kullandılar. Esrar, en çok suistimal edilen ikincil ilaçtı. Sekonder ilaç seçimi cinsiyet arasında benzerdi ve yaş grupları arasında farklıydı. Sekonder ilaç genellikle geçen ay haftada bir veya daha az suistimal edildi (%33). Kadınların çoğu ve 14 yaş ve altındaki bağımlılar ikincil ilaçlarını haftada bir ya da daha az sıklıkta kötüye kullandılar [92].

Tedavi merkezine yatmadan önce en sık %75,9 ile eroin kullanılmaktadır. Onu %13,9 ile CAM (amfetamin), %6,9 ile afyon takip etmektedir.

İran'da yapılan bir çalışmada ankete katılanların %73'ünde soruşturma öncesi ay afyon kötüye kullanımı olmuştur. Eroin, bir önceki ayda %39 kullanım oranıyla ikinci sırada yer aldı. İranlı narkotik kullanıcıları da Shireh adında bir afyon türünü kötüye kullanıyorlardı. Bir önceki ay esrar kullanım öyküsü, numunenin %13'ünde vardı. Kokain ve uyarıcı kullanımı önemsizdi. Ortalama olarak, ankete katılanların %62'si, dönem boyunca tek ilaç kullanıcısıydı. Sigara içme öyküsü ve alkol tüketimi sırasıyla %94,4 ve %63 oranında bulundu [80].

Türkiye'de yapılan çalışamalarda Elazığ'da tedavi amacıyla başvuran hastalar arasından en sık kullanılan maddenin esrar olduğu (%51,6) görülmüştür. Çalışmaya alınan 258 hastanın dosyalarındaki tanılar DSM-IV-TR ölçütlerine göre değerlendirildiğinde, en sık üç tanının kannabis kötüye kullanımı (%42,2), opioid bağımlılığı (%29,1) ve çoklu madde kötüye kullanımı (%12,8) olduğu saptanmıştır [88]. Kayseri'de kliniğe başvuranların %37,2'si alkol, %34,1'i esrar, %18,5'i eroin, %4,0'ı benzodiazepin, %1,9'u amfetamin, %1,7'si bali, %1,5'i sentetik kannobinoid, %1,1'i ekstazi bağımlılığı nedeniyle yatış yapmıştı. Değerlendirilen 1222 vakanın %7,2'sinde alkol ve madde bağımlılığının birlikte olduğu, %30,0'ında sadece alkol bağımlılığı, %62,7'sinde ise alkol dışı madde bağımlılığı olduğu saptandı [89]. Adıyaman'da opiyat kullanım bozukluğu tanısını karşılayan %84,8, eroin kullanım bozukluğu tanısını karşılayan %7,5, alkol kullanım bozukluğu tanısını karşılayan %4,0, stimülan kullanım bozukluğu tanısını karşılayan %2,5, halusinojen kullanım bozukluğu tanısını karşılayan %0,2, inhalan kullanım bozukluğu tanısını karşılayan %1 başvuru vardı [87].

Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından Türkiye'nin 25 bölgesinde yapılan bir çalışmada yaşam boyu tütün kullanım sıklığı %51,8, alkol kullanımı %28,3, uyuşturucu kullanımı %2,8 ve madde kötüye kullanımı %10,5 bulunmuştur [101].

Çalışmamızda en son tedavi merkezine yatma sebepleri açısıdan madde kulanımı sorgulanmıştır. Bu sebeple en sık eroinin son aşama yatarak tedavi gerektirdiği anlaşılmıştır. Afyon ve diğer maddelerin günlük hayatta kullanılmasına rağmen çoğunlukla tedavi gerektirmediği görülmüştür. Diğer uluslararası yayınlar bağımlıları bu şekilde gruplandırıp

değerlendirmediği için tedavi merkezine yatırılan bağımlılarda en son kullanılan uyuşturcu madde türünü karşılşatırmak güçtür.

Birden çok kullanım birlikte değerlendirildiğinde yaşam boyu en sık kullanılan madde %87,1 ile eroin olmuştur. Onu, %66,3 ile esrar, %65,5 ile afyon, %62,0 ile CAM (amfetamin), %39,8 ile alkol, %23,0 ile tramadol ve %22,9 ile kristal (metamfetamin) takip etmektedir. Ayrıca sigara kullanım sıklığı %83,5, nasuar %84,1, nargile %43,0 şeklindedir.

Afganistan'da 2014 yılında yapılan bir çalışmada uyuşturucu kullananların %51,5'inin afyon tükettikleri görülmüştür. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, erkek kullanıcıların %46,5'ine, kadın kullanıcıların %66,8'ine karşılık geliyordu. Ayrıca uyuşturucu kullanıcılarının %31,4'ü esrar kullandığını belirtmiştir (kadın kullanıcıların %10,2'si ve erkek kullanıcıların %38,3'ü). Görüşülen uyuşturucu kullanıcıları arasında %40,6'sı eroin kullanmıştır (kadınlarda %18,6 ve erkeklerde %47,8). Bulgular, ankete katılan illerde afyondan sonra eroinin en popüler madde olduğunu gösterdi. Hangi üç uyuşturucunun uyuşturucu kullanıcıları tarafından en sık kullanıldığı sorulduğunda, kilit bilgi kaynaklarının çoğunluğu (%74,1) eroinden, %58,4'ü afyondan ve %48,7'si esrardan bahsetmektedir [83]. Bu çalışma tedavi merkezlerinde yapılmadığı için uyuşturucu madde kullanım sıklıkları bizimkinden düşük bulunmuştur.

Rasekh ve arkadaşlarının Afganistan'da bağımlılık tedavi merkezinde yaptıkları araştırmada en yaygın uyuşturucu kullanımı yöntemi sigara gibi içmekti (Kabil'de %95,9 ve Kabil dışı %94,1). En sık kullanılan madde ise eroindir (%90,8) ve bunu takiben afyon (%19,3), kristal (%19,3), esrar (%9,8) ve diğer ilaçlar (%9,5) olduğunu gösterdi [82]. Benzer şekilde bu çalışmada da Afganistan'da en sık kullanılan madde eroin bulunmuştur.

Birleşmiş Milletler raporuna göre Afganistan'da görüşme yapılan uyuşturucu kullanıcılarının yaklaşık %60'ı yaşam boyu en az bir kez afyon kullandığını bildirmiştir. Erkekler ve genç erkekler arasında en yaygın kullanılan maddeler esrar, afyon ve eroin olurken; genç kadınlar arasında afyon, esrar ve eroin; kadınlar arasında afyon, sakinleştiriciler ve afyon türevleri (ağrı kesici); ve ergenler arasında esrar, afyon ve eroindir. Çocuklara gelince, bilgi verenler afyon, sakinleştiriciler ve esrarın en sık kullanıldığını bildirdi. Bu son gözlem, özellikle kuzey doğu ve güney bölgelerinde, çocukları yerleştirmek için afyon kullanma konusundaki uzun zamandır bilinen bir uygulamaya karşılık

gelmektedir. Bu bulgu, özellikle yukarıda belirtilen bölgelerdeki uyuşturucu kullanıcılarının yarısından fazlasının çocuklarını uyutmak için afyon verdiğini bildirmesi derinden rahatsız edicidir [84].

Hindistan Kaşmir'de yapılan çalışmada en yaygın suistimal maddeler arasında nikotin (%94,4), tıbbi opioidler (%65,7), esrar (%63,6), benzodiazepinler (%45,5), diğer reçeteli ilaçlar (%43,4), alkol (%32,5), inhalanlar (%11,1) ve kokain (%7,5) bulunmaktadır. 21-30 yaş arasında çoklu madde bağımlılığı hastaların %91,9'unda vardı [90].

Hindistan Kolkata'da yapılan çalışmada kentsel ve kırsal alanda birincil uyuşturucu bağımlılığı olarak alkol oranı %73,4 ve %26,6 iken, kentsel alanda eroin ise %78,1'dir. Vakaların %80'inde uyuşturucu kullanımına başlama yaşı 18-25 yıl arasındaydı. Başlangıçta en yaygın uyuşturucu madde esrardı. Damar içi uyuşturucu kullanıcıları %7,8 idi. Hepsi tütün kullanmıştı [91].

İran'da afyon en yaygın opioid türevidir (%82), ardından afyon külleri (%28), tıbbi olmayan kullanımlar için metadon (%16,6), eroin ve cracked eroin (%16), morfin (%2,6) [81]. Opioidlerin yanı sıra, İran'da yasadışı olarak kullanılan ortak maddeler arasında, 2012'de son 12 ayda %2 prevalansı olan alkol, %1 prevalansı olan esrar ve 2011'de %0,5 prevalansı olan metamfetamin yer almaktadır [102]. Bizden farklı olarak İran'da en sık afyon kullanıldığı görülmektedir. Eroin kullanım sıklığı ise %16'dır. Ülkelerdeki bağımlılar arasında kullanılan maddelerin sıklıkları değişkenlik göstermektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalar değerlendirilecek olursa; İzmir'de AMATEM'de yapılan çalışmada, hastaların %78'inin alkol kullanım bozukluğu, %6'sının madde kullanım bozukluğu ve %16'sının da hem alkol hem de madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi aldığı görülmüştür [85]. 2007-2015 yılları arasında Kayseri'de AMATEM biriminde takip edilen hastaları geriye dönük inceledikleri çalışmada, en sık başvuru nedeninin alkol kullanım bozukluğu (%37,2) olduğunu, ikinci sırada esrar kullanım bozukluğu (%34,1)'nun geldiğini bildirmişlerdir. Kayseri'de hastaların büyük çoğunluğu sigara kullanmaktadır (%91,7) [89]. Gaziantep iline ait 2001-2005 AMATEM verilerinin değerlendirildiği çalışmada, alkol kullanım bozukluğu tanısını %46,8, opiyat kullanım bozukluğunu %42,1, esrar kullanım bozukluğunu %7,1 saptamıştır [86]. Dünya üzerinde doğudan batıya

gidildikçe bağımlılar arasında alkol kullanımı artmaktadır. Bu yüzden Türkiye'de de Afganistan'a göre alkol kullanımı daha sıktır.

Ankara, İstanbul ve İzmir'de 2009-2010 yıllarında bağımlılık tedavisi gören ve emniyet tarafından kaydedilen kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada Ankara'da esrar için 15-64 yaş hız erkeklerde binde 15,8, kadınlarda binde 1,2 ve toplamda binde 8,5 bulunmuştur. İzmir'de esrar için 15-64 yaş hız erkeklerde binde 21,3, kadınlarda binde 2,3 ve toplamda binde 11,9 bulunmuştur. Opiyat için Ankara'da 15-64 yaş hız erkeklerde binde 2,5, kadınlarda binde 0,4 ve toplamda binde 1,4 bulunmuştur [103].

Kişilerin ilk tercih ettiği maddelerden esrarı kullanma sıklığı %74,5 her gün, %12,8 haftada birkaç kez ve %12,8 ayda birkaç kez şeklindedir. Eroini kullanma sıklığı %97,8 her gün, %2,2 haftada birkaç kez şeklindedir. CAM (amfetamin) kullanma sıklığı %75,0 her gün, %12,5 haftada birkaç kez ve %12,5 ayda birkaç kez şeklindedir. Afyonu kullanma sıklığı %87,1 her gün, %8,9 haftada birkaç kez ve %4,0 ayda birkaç kez şeklindedir. Alkolü kullanma sıklığı %29,5 her gün, %36,4 haftada birkaç kez ve %34,1 ayda birkaç kez şeklindedir.

Afganistan'da yapılan bir çalışmada görüşülen kişiler afyon, eroin ve esrarın aynı anda en çok tüketilen maddeler olduğunu belirtti. Önceki ay boyunca aynı anda çeşitli uyuşturucu türleri kullandığını itiraf edenler arasında, neredeyse yarısı (%45,2) her gün kullandıklarını, %25'i haftada bir kez ve %20,5'i haftada 2-3 kez kullandıklarını belirtmiştir. Eroin tüketim sıklığı ile ilgili olarak, ankete katılanların %38,5'i günde üç kez eroin kullandığını, %32,1'i günde iki kez, %18,7'sinin günde bir kez kullandığını bildirdi. Görüşmecilerin %49,3'ü günde 2-3 kez kullandığını, %31,5'inin günde bir kez, %14,9'u günde 3-5 kez esrar kullandığını bildirdi [83].

Elazığ'da yapılan çalışmada kullanılan madde miktarı; alkol için 7,7 standart içki/gün, esrar için 3,5 sigara/gün, eroin için ise 1,3 gram/gün olarak belirlenmiştir [88].

Rasekh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada günde iki kereden fazla madde kullanan hastalar Kabil'de %32,4, diğer illerde ise %39,9 idi [82].

Eroin kullanma şekli %95,8 duman yoluyla, %30,8 burundan, %21,6 iğne ile, %21,0 sigara şeklindedir. Esrar kullanma şekli %96,7 sigara, %38,8 deniz altında, %38,6 nargile ve %34,3 demir kullanaraktır. Afyon kullanma şekli %80,5 demir kullanarak, %53,8 oral (sakız vb…), %37,4 boafur ile, %32,0 sıvı olarak ve %22,7 sigara şeklindedir.

Afganistan'da yapılan bir çalışmada afyon, en çok sigara olarak tüketilmesine karşın, bazı kullanıcılar da bunu enjekte etmekte veya siyah çay ile ağızdan almaktadır. Katılımcıların çoğu (%65,7) afyon kullanmakta ve en yaygın oral olarak aldıklarını bildirdi. Cinsiyetler arasında, afyonun tüketilme biçiminde açık farklılıklar vardır. Erkek afyon kullanıcıları öncelikli olarak sigara içerken (%79,1), kadın afyon kullanıcıları, oral tüketim (%41,6), sigara (%36,5) veya her ikisinin bir kombinasyonu (%21,9) gibi çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Görüşülen kişilerin çoğu (%98,2) bizim çalışmaya benzer şekilde, birincil esrar tüketimi yönteminin sigara olduğunu belirtti. Faryab, Balkh ve Kabil'de bazı görüşmeciler, zehirlenmeyi artırdığı söylenen yiyeceklerle (genellikle et çorbasında) haşhaş aldıklarını belirtti [83].

Hindistan Kaşmir'de solunum yolu kullanımı ergenler arasında baskın olarak görülmüştür nikotin (%50,2), esrar (%49,2), alkol (%51,1), opioidler (%58,4) ve benzodiazepinler (%53,5) daha baskındır [90].

2015 yılında Hindistan'da bir çalışmada çalışılan popülasyonda ana madde uygulama yolu oral yoldu. Bu, kişiler tarafından kullanılan yönlendirilmiş farmasötik ürünlerin esas olarak oral preparasyonlarda mevcut olması ile doğrulanabilir. Yaygın olarak kullanılan diğer kullanım yöntemi ise, tozu genellikle bir alüminyum folyo üzerine koyması ve daha sonra onu yanan muma koyması ve üretilen dumanı soluması için kullanmasıdır [93].

Birleşmiş Milletler raporuna göre Afganistan'da uyuşturucu kullanıcılarının yaklaşık %6'sının yaşamları boyunca en az bir kez damar içi uyuşturucu kullandığı belirtildi. Bunların yaklaşık üçte ikisi son 12 ayda enjeksiyon yapmıştı ve bunların yarısı şu anda damar içi uyuşturucu kullanıyordu. Bunların çoğu ya günlük olarak ya da haftada 2-4 gün arasında uyuşturucu enjekte ediyordu. Eroin ve afyonun ardından geçen yıl en çok enjekte edilen iki ilaç vardı. Opioid ve sakinleştirici kullanıcılarının neredeyse %6'sı, bu maddeleri geçen yıl düzenli olarak enjekte ettiğini bildirdi [84].

Pakistan, Quetta'da yapılan bir araştırmada, ankete katılan 143 Afgan'ın %18'inin enjekte madde kullandığı ve bunların %72'sinin iğne paylaşımı olduğu görüldü. Kabil'deki damar içi uyuşturucu kullanıcıları arasında yapılan bir araştırmada ankete katılan 67 kişinin çoğunluğunun "enjektörü" paylaşmadığı ve günlük olarak tek kullanımlık şırıngaları eczaneden aldığını görülmüştür (maliyet 3 Afgani=0,06 ABD doları) [104].

Ghaderi tarafından İran'da yapılan bir çalışmada, enjeksiyon geçmişi sıklığı %4'tür [81]. Rahimi-Movaghar ve arkadaşları İran'da madde kullananlarda enjeksiyon prevalansının artmakta olduğunu belirtmiş ve bu çalışmada erkek katılımcılarda %18 olduğunu söylemiştir [105]. Uyuşturucu kullanıcılarında küresel enjeksiyon yaygınlığı, İran'dakiden yaklaşık iki kat daha sıktır (%40) [106]. Başka bir çalışmada İran uyuşturucu bağımlılarının yaklaşık %20-25'i, yaşamları boyunca en az bir kez damar içi madde enjekte ettiğini itiraf etmektedir [80].

Hindistan Kaşmir'de katılımcıların çoğunluğu (%55) opioid maddeleri 3 yıldan daha kısa süredir kullanıyordu ve %30'u ise 4-6 yıldır kullanıyordu. Oral yol en sık kullanılan yöntemdi (%35) ve intravenöz (%11) yöntem izliyordu. Bağımlıların %41'i birden fazla ilaç uygulama yolu kullanıyordu [93].

Finlandiya'da yapılan bir çalışmada opiatlar en sık görülen primer maddelerdi, ardından uyarıcılar geliyordu. Erkekler arasında opiat kötüye kullanımı daha yaygın iken, kadınlar arasında uyarıcı kötüye kullanımı daha yaygındı. 45 yaş ve üzeri hastalar, eşit oranda uyarıcıları kötüye kullandılar. Birincil ilaçlar esas olarak intravenöz yoldan (%45) verildi ve bu, her iki cinsiyette de ve daha büyük yaş gruplarında diğer uygulama yollarından daha yaygın olarak rapor edildi. İlk damar içi madde kötüye kullanımı yaş ortalaması 19,5'idi. İntravenöz ilaçların yaşam boyu kötüye kullanımı %64'tü ve erkekler ve 45 yaş ve üstü kişilerde daha yüksekti. Son bir ay içerisinde katılımcıların %64'ü damardan ilaçları kötüye kullandı ve bu erkekler arasında ve 45 yaş ve üstü kişilerde daha yaygındı. %39'u, iğneleri ve şırıngaları ömür boyu/hiç paylaşmadığını bildirmiştir. Daha az sayıda kişi (%13), son bir ay içinde iğneleri ve şırıngaları paylaştığını bildirmiştir ve raporlar her iki cinsiyette de benzerdir, ancak 15-24 yaş grubu diğerlerinden daha yüksekti. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada ikincil madde kullanıcıları çoğunlukla sigara gibi sararak (%39) ve ağızdan tüketiyordu (%38). Oral tüketim 25-34, 35-44 ve 45 yaş ve üstü gruplarında daha yaygındı [92].

Katılımcıların %7,5'inde hepatit C, %4,8'inde hepatit B, %0,1'inde HIV olmak üzere eşlik eden bulaşığı hastalığı vardır.

Afganistan'da 2012'deki Entegre Biyolojik Davranış Araştırması, uyuşturucu enjekte eden insanlar arasında HIV prevalansının bizim çalışmadan daha sık ve %4,4 olduğunu göstermektedir. Çalışmada ayrıca HIV pozitifliği, yüksek risk davranışı olan kadınlarda %0,3, yüksek risk davranışı olan erkeklerde %0,4 ve mahkumlar arasında %0,7 bulundu. Genel nüfusta 15-49 yaş arasındaki prevalans %0,04 olarak tahmin edilmektedir [107].

2018 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre 2015-16'da damar içi uyuşturucu kullanıcılarından oluşan ulusal örnekler içinde mevcut veya geçmiş enfeksiyon belirten HCV antikorlarının yaygınlığı %15-82 arasında değişmiştir, 13 ülkeden 6'i ulusal verilerinde oranların %50'yi aştığını raporlamıştır. HCV, uyuşturucu enjekte eden yaşlılar arasında gençlere kıyasla daha yaygındır ve bu da yıllar geçtikçe riskin birikiyor olduğunu ve yaşlıların daha yüksek enfeksiyon riski taşıdığını göstermektedir. Uyuşturucu kullanıcıları arasında, hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu HCV enfeksiyonundan daha az görülmektedir. Ancak, bu virüs için HBV yüzey antijeninin varlığı akut veya kronik olabilecek mevcut bir enfeksiyonu belirtir. Ulusal verilerin mevcut olduğu 7 ülkede, uyuşturucu enjekte edenlerin %1,5'i ile %11'inin hâlihazırda HBV ile enfekte olduğu tahmin edilmekteydi [19].

Pakistan, Quetta'da damar içi uyuşturucu kullanıcıları arasında yapılan bir araştırmada, ankete katılan 143 Afgan'ın hiçbirinin prezervatif kullanmadığı, %4'ünün HIV/AIDS pozitif olduğu bildirildi. Bu bizim çalışmaya göre yüksek bir yüzdedir. Pakistan'da hepatit C prevalansı genel popülasyonda %5,3-7,0 arasında, enjekte edilmeyen eroin kullanıcılarında %22 ve damar içi uyuştucu (IDU) kullananlarda %89 arasında değişmektedir. Komşu ülkelerde damar içi uyuşturucu kullanıcıları arasında HIV görülme sıklığı Tacikistan'da %29,8 ve Özbekistan'da %12,1 rakamları vardır. İran'daki tüm HIV vakalarının %65'i damar içi uyuşturucu kullanıcıları arasındadır [101].

Afganistan'da, enjekte uyuşturucu kullanıcıları arasında önemli bir HIV prevalansına sahip (%7,1) ve UNODC ile Salık Bakanlığı tarafından yapılan bulgular, enjekte eden uyuşturucu kullanıcılarının yüksek riskli davranışlar uyguladığını göstermektedir. Genel olarak, enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları genellikle aynı iğneyi birden fazla kez kullandıklarını

bildirilmiştir. Eroin enjekte edildiğini bildirenlerin %37'si, HIV ve/veya hepatit riskini vurgulayan başka bir uyuşturucu kullanıcısı ile bir iğne paylaştığını belirtmiştir. İğneleri başkalarıyla paylaşan kullanıcıların yalnızca %17'si kadındı [83].

Afganistan'da yapılan kesitsel bir çalışmada 483 katılımcının tümü erkek ve ortanca yaş 28 yıl, ilk enjeksiyon yaşı 24 ve enjeksiyon süresi 2 yıl idi. Beşte biri (%23,0) son 1 yıl içinde damar içine madde enjekte etmeye başlamıştı. Rapor edilen riskli enjeksiyon uygulamaları, iğneleri/şırıngaları (%16,9) veya diğer enjeksiyon ekipmanlarını (%38,4) paylaşmayı içermiştir. HIV, HCV Ab, HBSAg ve sifilizin prevalansı sırasıyla %2,1, %36,1, %4,6 ve %1,2 idi. HIV ve HCV enfeksiyonunun her ikisi de bağımsız olarak iğneler/şırıngaların paylaşılması ile ilişkiliydi. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%53,8) kayıt sırasında NSP (needle and syringe programmes) hizmetlerini kullanıyordu ve %51,3'ü son üç ayda NSP'lerden şırınga aldığını bildirdi [108].

Farklı çalışmalarda bağımlılar arasında farklı HIV/AIDS, HBV ve HCV yüzdeleri verilse de özellikle damar içi uyuşturucu kullanıcıları arasında normal topluma göre bu üç bulaşıcı hastalığın daha sık görüldüğü aşikârdır. Genel olarak Afganistan'da damar içi uyuşturucu kullanımı diğer yöntemlere göre daha az olduğu için mevcut çalışmada da bağımlılığa eşlik eden HIV/AIDS, HBV ve HCV prevalansı bir miktar düşüktür.

Katılımcıların %52,8'i daha önce tedavi görmüştür. Son tedavinin kaçıncı gününde olduklarına bakıldığında %36,7'sinin 15-30 gün arası, %48,4'ünün 31-60 gün arası ve %14,9'unun 61 günden fazla olduğu görülmüştür. Tedavide en çok kullanılanlar %95,7 ile antihistaminikler, %93,5 ile vitaminler, %78,3 ile benzodiazepinler, %68,1 ile soğuk terapi ve %61,1 ile antidepresanlar olmuştur.

Afganistan'da 2009 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece %14,9'u ortanca 9 gün süren detoksifikasyon geçirdi. Tüm katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%24,0), son tedavi döneminden bu yana ortanca 10 ay olmak üzere bağımlılıkları için önceki tedaviyi bildirdi. Ayakta tedavi programları, rapor edilen en yaygın tedavi idi [94].

Birleşmiş Milletler raporuna göre Afganların uyuşturucu kullanımı sorununun kötüleştiğini algıladıklarını ve yardım için çok az istekli olduklarını görmek rahatsız edicidir. Ankete katılan uyuşturucu kullanıcılarının sadece %10'u bir çeşit uyuşturucu tedavisi almıştı, ancak

%90'ı buna ihtiyaç duyduğunu düşünüyordu. Bu, ilaç tedavisine erişimi olmayan yaklaşık 700.000 Afganlıyı işaret ediyordu [84].

İran'da yapılan bir çalışmada kadınlar bağımlılık kliniklerine başvuranların yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır [109].

Türkiye Kayseri'de yapılan çalışmada hastaların %55,5'i kendi isteğiyle, %40,6'sı ailesinin isteğiyle, %2,3'ü adli yollarla ve %1,6'sı diğer yollarla hastaneye başvurmuştu. Başvuranların %67,7'si 1-15 gün, %30,4'ü 15-30 gün, %1,3'ü 30-45 gün ve %0,6'sı 45 günün üzerinde yatış yapmıştı. Serviste ilk kez yatan hasta sayısı (%60) tekrarlayan yatışlara göre fazlaydı. 2-3 kez yatan hasta oranı %25,6, 4-5 kez yatan hasta oranı %7,5 ve 5'den fazla yatışı olan hasta oranı %6,9 idi. Tüm hastaların %40,0'ı daha önce yatarak tedavi görmüştü. Bu oran amfetamin kullananlarda %63,7, alkol kullananlarda %35,4, esrar kullananlarda %41,8, eroin kullananlarda ise %46,1 idi [89].

Türkiye Elazığ'da hastaların en sık denetimli serbestlik süreci ile tedavi başvurusunda bulundukları gözlenmiştir (%50,8). Hastaların %64,3'ü geçmişte madde kullanımını bırakmaya çalıştığını; bu hastaların %32,6'sının ise geçmişte de yatarak tedavi edildiği belirlenmiştir. Taburculukta reçete edilen ilaçlar değerlendirildiğinde %40,3 antipsikotikler, %35,3 antidepresanlar, %16,7 benzodiazepinler, %14,0 duygudurum dengeleyicileri kullanılmıştır. Tedavide en sık kullanılan antipsikotik ketiapin iken (%26,4), en sık kullanılan duygudurum dengeleyici karbamazepin (%7,4), antidepresan ise mirtazapindir (%19,8) [88].

Türkiye Kayseri'de yapılan çalışmada hastaların %67,7'si ilk 15 gün içinde taburcu olmuştu. Katılan tüm hastaların %41'i daha önce yatarak tedavi görmüştü. Bali ve ekstazi bağımlılarında bu oranların diğer gruplara göre daha düşük saptanması, tekrarlayan başvuruların madde türüne göre değiştiğini göstermektedir [89]. Süre, tedaviyi etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bağımlılık tedavisinin süresi birçok farklı etkene göre değişkenlik göstermektedir. Bazı araştırmalar tedavinin başarıyla sonuçlanabilmesi için en az üç ay devam etmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu sürenin altındaki tedavilerin bireye fazla bir yarar sağlamadığı iddia edilmektedir [110]. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde nüks önemli bir sorundur [111].

Mevcut çalışmada hastaların daha önceden yatarak tedavi alma yüzdeleri yukardaki çalışmalara göre daha fazladır. Bu durum Afganistan Kabil'deki tedavi merkezlerinde tekrarlayan yatışların fazla olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni ailesinden ayrı yaşayanlarda uyuşturucu madde kullanımının daha fazla olması olabilir. Bu kişiler çoğunlukla evsizdir hemde hastaların taburcu olduktan sonra onlar için uygun bir çalışma ortamı hazırlanmaması, bağımlılığı olan arkadaşlar ile yakınlaşma yüzünden tekrar bağımlı olabilir ve tekrar tedavi merkezlerine daha sık getirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sonuç olarak; araştırmaya madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören 800 kişi alınmıştır. Bu kişilerin yaş ortalaması 30,74±11,44'tür (ortanca yaş=30, minimum 2, maksimum 68). Katılımcıların %88,9'u erkek, %50,6'sı evli ve %34,3'ü bekârdır. Eğitim durumları incelendiğinde; %35,9'unun hiç eğitim almadığı görülürken, %23,3'ü ortaokul, %22,3'ü lise, %14,5'i ilkokul ve %4,1'i lisans mezunudur.

Maddeye başlama sebepleri arasında 'arkadaş ortamı nedeniyle' önermesi %36,6 ile birinci sıradadır. Onu %22,3 ile 'sıkıntı giderici olduğu için' önermesi, %18,6 ile 'kandırılarak' önermesi ve %17,6 ile 'keyif verici olduğu için' önermesi takip etmektedir.

Katılımcıların madde kullanmaya başlangıç ortalama yaşı 19,95'tir (ortanca yaş:19).

Bağımlıların ilk tercih ettikleri madde %46,0 ile esrar, %25,3 ile afyon, %17,0 ile eroindir. en son kullandıkları maddeler %75,9 ile eroin, %13,9 ile CAM (amfetamin), %6,9 ile afyondur.

Ömür boyu madde kullanım sıklıkları %87,1 ile eroin, %66,3 ile esrar, %65,5 ile afyon, %62,0 ile CAM (amfetamin), %39,8 ile alkol, %23,0 ile tramadol ve %22,9 ile kristal (metamfetamin) şeklindedir.

Katılımcıların %52,8'i daha önce tedavi görmüştür.

Erkekler (%88,9), kadınlara göre (%73,0) anlamlı şekilde daha sık eroin kullanmaktadır ($p<0,001$). Evlilerin %88,9'u, bekârların %81,4'ü, dulların %94,1'i ve boşanmışların %94,2'si eroin kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,002$). Hiç eğitim almamışların %82,6'sı, ilkokul mezunlarının %93,1'i, ortaokul mezunlarının %90,9'u, lise mezunlarının %87,1'i, lisans mezunlarının %84,8'i eroin kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,022$). Çalışma durumlarına bakıldığında şu anda çalışanların %88,3'ü, çalışmayanların %84,4'ü ve öğrenci olanların %80,4'ü eroin kullanmaktadır ($p=0,177$).

Kişilerin aylık gelir grupları arasında eroin kullanımı açısından anlamlı fark yokken (p=0,388), aylık aile gelir grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0,004) (Çizelge 4.11).

Erkekler (%72,0), kadınlara göre (%20,2) anlamlı şekilde daha sık esrar kullanmaktadır (p<0,001). Evlilerin %68,9'u, bekârların %59,9'u, dulların %64,7'si ve boşanmışların %73,1'i esrar kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p=0,037). Hiç eğitim almamışların %57,8'i, ilkokul mezunlarının %59,5'i, ortaokul mezunlarının %72,6'sı, lise mezunlarının %77,0'si, lisans mezunlarının %69,7'si esrar kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,001). Çalışma durumlarına bakıldığında şu anda çalışanların %70,0'i, çalışmayanların %60,3'ü ve öğrenci olanların %34,8'i esrar kullanmaktadır (p<0,001).

Erkekler (%67,2), kadınlara göre (%51,7) anlamlı şekilde daha sık afyon kullanmaktadır (p=0,004). Evlilerin %67,9'u, bekârların %59,9'u, dulların %70,6'sı ve boşanmışların %70,2'si afyon kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark yoktur (p=0,107). Hiç eğitim almamışların %68,6'sı, ilkokul mezunlarının %65,5'i, ortaokul mezunlarının %64,0'ü, lise mezunlarının %65,2'si, lisans mezunlarının %48,5'i afyon kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p=0,224). Çalışma durumlarına bakıldığında şu anda çalışanların %68,2'si, çalışmayanların %68,1'i ve öğrenci olanların %21,7'si afyon kullanmaktadır (p<0,001). Fark öğrenci grubundan kaynaklanmaktadır.

Afganistan'daki uyuşturucu kullanımının tehlikeleri hakkında farkındalık yaratmanın acil bir ihtiyaç olduğu açıktır. Akran baskısının, insanların uyuşturucu kullanımına sunulmasında bu kadar büyük bir rol oynaması nedeniyle, gençleri eğitmeye odaklanmak çok önemlidir. Ayrıca, uyuşturucu satıcılarının sayısının artması, kolluk kuvvetleri tarafından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir konudur [83].

Potansiyel olarak tedaviye ihtiyacı olan uyuşturucu kullanıcılarının sadece %0,25'i tedavi merkezlerine başvurmaktadır [112]. Bekleme listeleri az sayıdaki yatak nedeniyle 6 ayı geçmektedir. Afganistan'ın, onlarca yıllık ihtilaftan sonra yeniden inşa edilen halk sağlığı altyapısı, uyuşturucu bağımlılığının tedavisi için öncelikli bir alan olmamıştır. Bununla birlikte, artan sayıda damar içi uyuşturucu kullanımı ve HIV gibi kan kaynaklı enfeksiyonların ortaya çıkması, Afganistan'da uyuşturucu kullanıcılarına sunulan hizmetlerin artması ihtiyacını ortaya koymaktadır [112]. Çalışan madde bağımlıları günlük

olarak bir programa katılmak zorunda kaldıklarında bile işlerini kaybetme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Özel programlar, 2019'unda gayri safi yurt içi geliri 20,5 milyar dolar olarak tahmin edilen bir ülkedeki birçok uyuşturucu kullanıcısı ve aileleri için yasaklayıcı olan 15 günlük bir detoksifikasyon programı için 10.000 Afgani'ye (yaklaşık 205 ABD Doları) mal olmaktadır [113].

6.2. Öneriler

Afganistan'da uyuşturucu kullanıcılarının sayısı ve uyuşturucu yaygınlığının ülke çapında periyodik değerlendirmesinin yapılması ve uyuşturucu kullanımına ilişkin bir izleme sistemi kurulması önerilmektedir. Çocuklar ve gençler bu sisteme dâhil edilmelidir. Uyuşturucu tedavi hizmetleri, ülkenin kırsal alanlarına yayılmalı ve ülkenin kırsal alanlarındaki kadınların ve çocukların ihtiyaçlarına ve kapasitelerine kültürel olarak uyarlanmış tedavi ortamları oluşturulmalıdır. Hükümet, tedavi merkezlerinin sayısını artırmaya devam etmeli ve mevcut tedavi merkezlerinin kapasitesini genişletmelidir. Hükümet, farklı tedavi hizmetlerinin etkinliği ve tedavi süresi hakkında bir değerlendirme yapmalıdır. UNODC, uyuşturucu tedavi merkezlerinin yönetiminde sorumlulukları devralması için hükümeti desteklemelidir. Hükümet, halkın bilinçlenmesi için kampanyaların özellikle kırsal alanlara yayılma erişimini artırmalı ve genişletmeli ve tedavi merkezleri ile hizmetlerini kullanabilecek bağımlıların bilgi ve farkındalığı, geliştirilmeli, ayrıca sağlanan tedavinin etkinliği ve süresi arttırılmalıdır. Çocuklar, kadınlar, engelliler ve hükümlüler gibi belirli uyuşturucu kullanıcısı grupları hakkında daha fazla bilgi sağlamak için temel çalışmalar yapılmalıdır [79]. Yapılan bu araştırmadan sonra aşağıdaki noktaları önerebiliriz:

1. Uyuşturucu madde elde edilen bitkileri yetiştirmeyi azaltmak amacıyla Tarım Bakanlığının çiftçiler için ekonomik değeri eşit düzeyde fakat zararsız, kullanımı çok olan farklı bitki türleri yetiştirmeye teşvik ve yardım programı yapılması
2. Hükümet tarafından uyuşturucu madde elde edilen bitkileri yetiştiren çiftçilerin ve bu tip tarlalarda çalışanların, bu işin yasadışı olduğu hakkında bilgilendirilmesi ve buralarda çalışanlar için farklı ve uygun çalışma ortamlarının oluşturulması
3. Hükümet tarafından uyuşturucu madde elde edilen bitkilerin yetiştirildiği tarlaların imha edilmesi, uyuşturucu madde üreten fabrikaların ortadan kaldırılması, uyuşturucu ticareti yapanların ve yetiştirenlerin engellenmesi için özel askeri teşkilat oluşturulması

4. Hükümet tarafından uyuşturucu maddelerle mücadele etme amacıyla ülke genelinde tüm eğitim kuruluşlarında kısa dönemli bilgilendirme programları oluşturulması
5. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından müfredata madde bağımlılığının zararları konusunun dâhil edilmesi
6. Diyanet İşleri Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar tarafından uyuşturucu yetiştirme, ticareti ve kullanımının yasak olduğu konusunda halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi
7. Uyuşturucu ile mücadele amacıyla medya aracılığıyla toplumun her kesimine uygun programların düzenlenmesi
8. Uyuşturucu madde elde edilen bitkileri yetiştirenler ve ticaretini yapanlar hakkında hükümet tarafından yeni yasalar çıkartılması, hukuki ve cezai işlem uygulanması
9. Uyuşturucu maddelerle mücadele amacı ile ülkenin farklı bölgelerinde ilanların asılması ve broşürlerin dağıtılması
10. İç ve dış mültecilerin yaşadığı kamplarda uyuşturucu ile mücadele programlarının düzenlenmesi
11. Sağlık Bakanlığı tarafından madde bağımlıları için uygun hizmetler sunulması ve tedavi edilen kişilerin tedavi sonrasında da yakın takibe alınması
12. Yetkililer tarafından tedavisi tamamlanmış ama bir iş sahibi olmayan eski bağımlılara uygun bir iş imkânı sunulması
13. Uyuşturucu ticareti yapan kişilerin ifşa edilmesi ve bu işi yapmalarını engellemek amacıyla uluslararası yetkililere bildirilmesi
14. Narkotikle mücadele kuruluşları tarafından madde bağımlılığının önlenmesi ile ilgili yeni rehberler geliştirilmesi
15. Özellikle çabuk etkilenmeye açık gruplar olan çocuklar, ergenler gibi korunmasız grupların narkotik kullanıcı haline gelmemesini ve savunmasız gruplar arasındaki madde bağımlılığını azaltmaya yönelik tedbirlerin alınması
16. Müdahaleler ile ilgili veri toplama, anket ve araştırmalar da dâhil olmak üzere talep azaltma faaliyetleriyle ilgili verilerin toplanması, analiz edilmesi ve yayılması için araştırma merkezlerinin kurulması

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 11.

2. İnternet: The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018) World Drug Report United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9, 7-8. Web: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf, Son Erişim Tarihi: 12.05.2019.

3. İnternet: United Nations on Drugs and Crime (UNODC), (2015). Afghanistan national drug use survey (ANDUS). 10. Web: https://www.unodc.org/documents/afghanistan/UNODC-DRUG-REPORT15-ONLINE-270116_1.pdf, Son Erişim Tarihi: 12.09.2018.

4. İnternet: Yeşilay. (2016) Dünya uyuşturucu raporu. Web: https://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/2016-dunya-uyusturucu-raporu-aciklandi, Son Erişim Tarihi: 01.06.2019.

5. İnternet: United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). World Drug Report 2019, United Nations, 7-8. Web: https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html, Son Erişim Tarihi: 01.06.2019.

6. İnternet: United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). Afghanistan opium survey 2017 cultivation and production. 4-5. Web: https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghan_opium_survey_2017_cult_prod_web.pdf, Son Erişim Tarihi: 03.10.2018.

7. İnternet: SGI global. (2015). Afghanistan national drug use survey. p:11-13 Web: https://photos.state.gov/libraries/afghanistan/941877/Reports/Afghanistan%20Drug%20Use%20survey.pdf, Son Erişim Tarihi: 19.07.2018.

8. İnternet: American Psychiatric Association, APA (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC. p: 5-7 Web: http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf, Son Erişim Tarihi: 10.02.2019.

9. Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addiction*. New York: John Wiley & Sons, 378.

10. İnternet: Yeşilay. Bağımlılık nedir? Web: https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir, Son Erişim Tarihi: 01.06.2019.

11. İnternet: WHO. Management of substance abuse. Web: https://www.who.int/substance_abuse/en/, Son Erişim Tarihi: 05.07.2019.

12. Ögel, K. (2010). *Alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları, 57.

13. Morrison, J. (2017). *DSM-5'i kolaylaştıran 'Klinisyenler için tanı rehberi'* (Çev. Şahin, M., Uğur Kural, H.). Ankara: Nobel Tıp Yayınları, 393.

14. Ögel, K. (2018). *Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı.* İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 61.

15. Erdamar, G., Kurupınar, A. (2014). Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı: Bartın ili örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 65-84.

16. Townsend, M.C. (2015). *Substance-related disorders. essentials of psychiatric mental health nursing. concepts of care in evidence-baced practice* (Fifth Edition). Philadelphia: F.A. Davis Company, 267-271.

17. Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D., Çakmak, D. (1998). *Alkol ve madde el kitabı: Temel kavramlar*. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 9-11.

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

19. İnternet: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2018). *Avrupa uyuşturucu raporu eğilimler ve gelişmeler.* Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu. Web: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001TRN_PDF.pdf, Son Erişim Tarihi: 11.12.2018.

20. İnternet: Afghanistan Opium Survey. (2018). Cultivation and Production, Ministry of Counter-Narcotics and United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations Office on Drugs and Crime. Web: https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2018.pdf, Son Erişim Tarihi: 03.01.2019.

21. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2009*). Kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* İstanbul: Güneş Kitabevi, 40.

22. Ragier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J. and Judd, L.L. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Assosiation,* 264(19), 2511-2518.

23. Anthony, J.C., Warner, L.A. and Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the national comorbidity survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244-268.

24. Uluğ, B. (1997). Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç, C., Köroğlu E. (Ed.). *Psikiyatri temel kitabı*. Ankara: Mediographics Ajans Matbaacılık, 66-67.

25. Ögel, K. (2002). *Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi.* İstanbul: IQ Yayıncılık, 66.

26. Olçay, G.U. (2016). *Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 15.

27. Arslan, H. (2016). *Ankara ili polatlı ilçesindeki ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ve aile içi ilişkiler temelinde 13-18 yaş gençlerde madde bağımlılığı*. Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 7-13.

28. Mırsal, H., Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., Tan, D., Bilge, Ö. ve Beyazyürek, M. (2004). *İntihar girişiminde bulunan alkol bağımlılarında çocukluk çağı olumsuz yaşantıları*. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İzmir, 628, 630.

29. Özden, S.Y. (2004). *Uyuşturucu madde bağımlılığı* (İkinci Baskı). İstanbul: Alfeme Basım Yayın, 20.

30. İnternet: EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Europol European Police Office (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Madde İzleme Merkezi) ve TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi). (2007). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele Ulusal Raporu (TASLAK), 59-34-28. Web: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/942/NR2007Tureky_tr.pdf, Son Erişim Tarihi: 21.10.2018.

31. Kayaalp, O., Uzbay, T. (2007). *İlaç kötüye kullanımı ve ilaç bağımlılığı* (2. Cilt) (13.baskı). Ankara: Feryal Matbaacılık, 846-868.

32. Dilbaz, N. (2013). *Madde kullanım riski ve madde bağımlılığından korunma.* Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 28.

33. Tekeli, İ. (2011). *Göç ve ötesi*. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 31-32.

34. Babaoğlu, A.N. (1997). *Uyuşturucu ve tarihi bağımlılık yapan maddeler* (1. Baskı). İstanbul: Yaylacık Matbaası, 55.

35. Coşkunol, H. (2014). Madde kullanım bozukluklarına genel bakış. Bağımlılık Yapan Maddeler ve Toksikoloji Kitabı. İzmir, 1-12.

36. Ersoy, Ö. (2015). *Kahramanmaraş il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen faktörler*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 11-15.

37. McKim, M.W. (2000). *Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology* (Fourth Edition). New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 16.

38. Uzbay, İ.T. (1981). Mezopotamya uygarlığında eczacılık mesleğine dair bir inceleme. *Eczacılık Bülteni,* 23, 57-60.

39. Uzunca G. (2002). *Tütün Tarihi*. Sigara ve Sağlık Konferansı, Bursa, 22-30.

40. Devlet Planlama Teşkilatı. (1975). *Tütün ve Tütün Mamulleri Sanayi.* Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı, 2-4.

41. Gür, M. (1978). *Genel tütüncülük*. İstanbul: Tütün Eksperleri Yüksek Okulu Yayını, 3-5.

42. Dundee, J.W., McIlroy, P.D.A. (1982). A history of the barbiturates. *Anaesthesia*, 37, 726-734.

43. Reinisch, J.M., Sanders, S.A. (1982). Early barbiturate exposure: The brain sexually demogrophic behavior and larning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 6, 311-319.

44. İnternet: Uzbay, İ.T. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Meslek Içi Sürekli Eğitim Dergisi*. Web: http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110325100354madde_bagimlililigi_tarihcesi.pdf, Son Erişim Tarihi: 05.11.2018.

45. Şatır, T.T., Kalyoncu, A. and Pektaş, Ö. (2000). Kokain kullanım bozukluğunda birbirini takip eden iki sürecin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi,* 1(1), 18-21.

46. Larson, P., Murray, M.J., Mikhail, S.M., Morgan, G.E. (2011). *Klinik anesteziyoloji*. (Çev. Tulunay, M., Cuhruk, H.) *Journal of Anesthesia,* 1-10.

47. Ceylan, M.E., Türkcan, A. (2003). *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri II. (Cilt I.).* İstanbul: Ceylan, 17.

48. Yıldız, O. (2018). *Belediye madde bağımlılığı merkezlerinin çalışmalarının değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2.

49. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5.* American Psychiatric Association, Washington, USA, 481-491.

50. Ögel, K., Karadağ, F., Evren, C., Gürol, D.T. (2011). Kullanılan madde türüne göre bağımlılık profili değişiklik gösteriyor mu? *Bulletin of Clinical Psychopharmacology,* 21(2), 154-155.

51. Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme.* İstanbul: Yeniden Yayınları, 463.

52. Demirbaş, H., İlhan, İ. ve Doğan, Y.B. (2003). *Bağımlılık şiddetini belirleme ölçeğinin geçerlilik-güvenilirlilik çalışması.* Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği, Ankara, 1.

53. Uzun, S. (2017). Lise öğrencilerinin madde bağımlılığı profilleri, madde bağımlılığından korunma konusundaki öz yeterlikleri ve önleme konusundaki görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 11.

54. Uğurlu, T.T., Şengül, C.B. ve Şengül, C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 4(1), 37-50.

55. Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric-mental health nursing* (Fourth Edition) Philadelphia: Wolterskluwer/Lippincott Williams&Wilkins, 143-386.

56. Reif, S., Braude, L., Lyman, D.R., Dougherty, R.D. Daniels, A. S., Ghose, S. Sh., Salim, O. and Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for ındividuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatric Services in Advance*, 65(7), 853-861.

57. Ray, O. and Ksir, C. (1996). Drugs, society and human behavior William C Brown Pub; 7th edition (October 1995) (7th Edition). Belgium, pg.123-125.

58. Toker Uğurlu, T., Balcı Şengül, C. ve Şengül, C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(1), 37-50.

59. Işık, E. (2009). *Erişkinlerde klinik psikofarmakoloji*. İstanbul: Golden Medya Baskı, 337-359.

60. Uluğ, B. (2007). *Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar*. Ankara: HYB Basım Yayın, 161-172.

61. İnanlı, İ.Ç., Eren, İ. (2007). Alkol bağımlılığının nörobiyolojisi ve uzun dönem ilaç tedavisinde yenilikler. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar,* 1(1), 17-28.

62. Collins, G.B., McAllister, M.S., Adury, K. (2006). Drug adjuncts for treating alcohol dependence. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73, 641-656.

63. Baltieria, D.A., Andrade, A.G. (2003). Efficacy of acamprosate in the treatment of alcohol-dependent outpatients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 156-159.

64. Kosten, T.R., George, T.P. (2002). The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. *Science & Practice Perspectives*, 1, 13-20.

65. Tellioğlu, T. (2010). Buprenorphine: A new alternative in the treatment of opioid addiction. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20, 261-265.

66. Ross, S., Peselow, E. (2009). Pharmacotherapy of addictive disorders. *Clinical Neuropharmacology*, 32, 277-289.

67. Ertoğlu, M.N. (2013). *Ankara AMATEM'de alkol tedavisi gören bireylerin tedavi sürecinde karşılaştıkları problemlerin tedavi motivasyonuyla arasındaki ilişkiler ve sosyal hizmet uygulamalarının incelenmesi.* Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizetler Anabilim Dalı, Ankara, 50-54.

68. Özbay, Y., Yılmaz, S., Büyüköztürk, Ş., Aliyev, R., Tomar, İ. H., Eşici, H. ve Akyıldız, F. D. (2017). Madde bağımlılığı: Temiz bir yaşam için bireyin güçlendirilmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 81-130.

69. Center for Substance Abuse Prevention. Prevention works! Prevention handbook. Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) & National Prevention Network (NPN). (2006). Web: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.423.175&rep=rep1&type=pdf, Son Erişim Tarihi: 11.04.2019.

70. Panahi, R., Ramezankhani, A., Tavousi, M., Osmani, F. and Niknami, S. (2017). Predictors of adoption of smoking preventive behaviors among university students: Application of health belief model. *Journal of Education and Community Health*, 4(1), 35-42.

71. Rudd, R.A., Aleshire, N., Zibbel, J.E. and Gladden, R.M. (2016). Increases in drug and opioid overdose deaths - United States, 2000-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(50), 1378–1382.

72. Shamblen, S.R., Derzon, J.H. (2009). A preliminary study of the population-adjusted effectiveness of substance abuse prevention programming: Towards making IOM program types comparable. The *Journal of Primary Prevention,* 30(2), 89–107.

73. Shaw, R.A., Rosati, M.J., Salzman, P., Coles, C.R. and McGeary, C. (1997). Effects on adolescent ATID behaviors and attitudes of a 5-year community partnership. *Evaluation and Program Planning,* 20(3), 307-313.

74. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D. and Versino, E. (2008). School-based prevention for illicit drug use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.

75. Sayım, A. (2000). *Lise öğrencilerini bilgilendirmenin madde konusundaki görüşlerine etkisinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 15-16.

76. Kumpfer, K.L., Bluth, B. (2004). Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to substance abuse disorders. *Substance Use & Misuse,* 39(5), 671-698.

77. Griffin, K.W., Botvin, G.J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 19(3), 505–526.

78. Botvin, G.J. (2015). *Life Skills Training: Promoting health and personal development.* New York, NY: Princeton Health Press, 6.

79. Islamic republic of Afghanistan Ministry of Counter Narcotics. (2015). The 2015 Afghanistan Drug Report, Kabul, 11.

80. Mokri, A. (2002). Brıef Overvıew Of The Status Of Drug Abuse In Iran. *Archives of Iranian Medicine,* 5(3), 184-190.

81. Ghaderi, A., Motmaen, M., Abdi, I. and Rasouli-Azad, M. (2017). Gender differences in substance use patterns and disorders among an Iranian patient sample receiving methadone maintenance treatment. *Electronic Physician*, 9(9), 5354.

82. Rasekh, B., Saw, Y.M., Azimi, S., Kariya, T., Yamamoto, E., and Hamajima, N. (2018). Associations of treatment completion against drug addiction with motivational interviewing and related factors in Afghanistan. *Nagoya Journal of Medical Science*, 80, 329-340.

83. İnternet: UNODC. (2014). Impacts Of Drug Use On Users and Their Families In Afghanistan. Web: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Impacts_Study_2014_web.pdf, Son Erişim Tarihi: 15.08.2019.

84. İnternet: United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Drug Use in Afghanistan: Survey Executive summary. Web: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Afghan-Drug-Survey-2009-Executive-Summary-web.pdf, Son Erişim Tarihi: 15.08.2019.

85. Savaşan, A., Engin, E. and Ayakdası, D. (2013). Bir amatem kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarsi değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4, 75-79.

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

87. Eğilmez, O.B., Örüm, M.H. and Kara, M.Z. (2019). Adıyaman ili AMATEM verilerinin geriye dönük olarak incelenmesi: 2018 yılı verileri. *Bağımlılık Dergisi - Journal of Dependence*, 20(2), 88-96.

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

89. Karaağaç, H., Esenkaya Usta, Z., Usta, A., Gümüş Yarmalı, M. and Gödekmerdan, A. (2017). Kayseri eğitim ve araştırma hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin retrospektif analizi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 251-257.

90. Rather, Y.H., Bashir, W., Sheikh, A.A., Amin, M. and Zahgeer, Y.A. (2013). Socio-demographic and clinical profile of substance abusers attending a regional drug de-addiction centre in chronic conflict area: Kashmir, India. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 20(3), 31-38.

91. Sau, M., Mukherjee, A., Manna, N. and Sanyal, S. (2013). Sociodemographic and substance use correlates of repeated relapse among patients presenting for relapse treatment at an addiction treatment center in Kolkata, India. *African Health Sciences*, 13(3), 791-799.

92. Onyeka, I.N., Uosukainen, H., Korhonen, M.J., Pharm, L., Beynon, C., Bell, J.S., Ronkainen, K., Fohr, J., Tiihonen, J. and Kauhanen, J. (2012). Sociodemographic Characteristics and Drug Abuse Patterns of Treatment-Seeking Illicit Drug Abusers in Fınland, 1997–2008: The HUUTI Study. *Journal of Addictive Diseases*, 31, 350-362.

93. Farhat, S., Hussain, S. S., Rather, Y. H. and Hussain, S. K. (2015). Sociodemographic profile and pattern of opioid abuse among patients presenting to a de-addiction centre in tertiary care Hospital of Kashmir. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 6(3), 94.

94. Todd, C. S., Abed, A. M., Scott, P. T., Safi, N., Earhart, K. C. and Strathdee, S. A. (2009). A cross-sectional assessment of utilization of addiction treatment among injection drug users in Kabul, Afghanistan. *Substance Use & Misuse*, 44(3), 416-430.

95. Ziaddini, H., Nasirian, M. and Nakhaei, N. (2010). Comparison of buprenorphine and clonidine in heroin detoxification. *Journal of Addiction Medicine*, 2, 1-2.

96. Nigam, A.K., Ray, R. and Tripathi, B.M. (1993). Buprenorphine in opiate withdrawal: A comparison with clonidine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 391-394.

97. Kalra, I., Bansal, P.D. (2012). Socio-demographic profile and pattern of drug abuse among patients presenting to a Deaddiction Centre in rural area of Punjab. *Psychiatry Journals*, 15, 327-331.

98. Hojjat, S.K., Hatami, S.E., Rezaei, M., Hamidi, M., Khalili, M.N. (2016). Women in opioid maintenance treatment in Iran: Background characteristics and history of substance use and risk behaviors. *Journal of Substance Use*, 1-7.

99. Kotan, Z., Ozger Ilhan, S., Ilhan, M.N., Arıkan, Z. (2019) Fundamental Characteristics, Attitudes and Behaviors Regarding Substance Use Focusing on Cannabis: Findings from the General Population Survey in Turkey, 2011. Community Mental Health Journal 55:709–713.

100. Margoob, M.A., Majid, A.G. and Hussain, A. (2004). Changing socio-demographic and clinical profileof substance abuse in Kashmir valley. International Journal of Current Medical Science & Practice, 11, 14-6.

101. İlhan, M.N., Arikan, Z, Kotan, Z, Tolga Tunçoğlu, T., Pinarci M, Taşdemir, A, Ay, B., Koçak, N. (2016) Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Tobacco, Alcohol, Substance Use and Drug Misuse in General Population in Turkey. Arch Neuropsychiatry. Ankara, 53: 205-212.

102. Merikangas, K.R., McClair, V.L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779-789.

103. Kraus, L., Hay, G., Richardson, C., Yargic, İ., Ilhan, M.N., Ay, P., Karasahin, F., Pinarci, M., Tuncoglu, T., Piontek, D., Schulte, B. (2017) Estimating high-risk cannabis and opiate use in Ankara, Istanbul and Izmir. *Drug and Alcohol Review* 36, 626–632.

104. Todd, C.S., Safi, N. and Strathdee, S.A. (2005). Drug use and harm reduction in Afghanistan. *Harm Reduction Journal*, 2, 13.

105. Rahimi-Movaghar, A, Amin -Esmaeili, M., Shadloo, B., Noroozi, A. and Malekinejad, M. (2015). Transition to injecting drug use in Iran: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Drug Policy*, 26(9), 808-819.

106. İnternet: United Nations Office on Drugs, Crime. (2016). World drug report. United Nations Publications. Web: https://www.unodc.org/wdr2016/, Son Erişim Tarihi: 10.08.2019.

107. İnternet: Afghanistan Global AIDS Monitoring. (2018). Country progress report. Web: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/AFG_2018_countryreport.pdf, Son Erişim Tarihi: 08.08.2019.

108. Todd, C.S., Nasir, A., Stanekzai, M.R., Fiekert, K., Rasuli, M.Z., Vlahov, D. and Strathdee, S.A. (2011). Prevalence and correlates of HIV, syphilis, and hepatitis B and C infection and harm reduction program use among male injecting drug users in Kabul, Afghanistan: A cross-sectional assessment. *Harm Reduction Journal*, 8, 22.

109. Tavakoli, M., Mohammadi, L., Yarmohammadi, M., Farhoudian, A., Ja'fari, F. and Farhadi, M.H. (2014). Status and trend of substance abuse and dependence among Iranian women. *Journal of Rehabilitation*, 14(5), 30-37.

110. İnternet: Ögel, K. (2016). Bağımlılık tedavisinde temel bilgiler. Web: http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf, Son Erişim Tarihi: 24.03.2016.

111. Annis, H.M., Davis, C.S., Hester, R.K. and Miller, W.R. (Editors). (1989). *Relapse prevention.* New York: Pergamon Press, 170-182.

112. İnternet: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2005). Afghanistan Drug Abuse Survey 2005. UNODC, Kabul, Afghanistan. Web: https://www.unodc.org/pdf/afg/2005AfghanistanDrugUseSurvey.pdf, Son Erişim Tarihi: 11.08.2019.

113. United Nations Childrens Fund (UNICEF). (2007). Afghanistan: statistics. Available at: http://www.unicef.org/infobycounlTv/afghanistan afghanistan statistics.html. Son Erişim Tarihi: 09.08.2019.

EKLER

EK-1. Etik kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.06.2017-E.89568

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 14574941-302.08.01-
Konu : Mohammad İsmail FAROOK
Hk.

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 16/06/2017 tarihli ve 77082166-302.08.01- 88273 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız Doktora öğrencisi Mohammad İsmail FAROOK' un, etik kurul başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Etik Komisyon'unun ilgi sayılı cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne » Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne » Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Emniyet Mah. Taç Sok. No: 3 06330 Eczacılık Fakültesi Dekanlık Binası 1. Kat Etiler Y.Mahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 212 49 85
e-Posta :saglikb@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://saglikb.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Demet Günal
Şef
Telefon No:03122023255

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devam) Etik kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/06/2017-E.88273

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/04/2017 tarihli ve 14574941-302.14.03- 53555 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Mohammad İsmail FAROOK'un, Prof.Dr.Mustafa Necmi İLHAN'ın** danışmanlığında yürüttüğü "***Kabil'deki Madde Bağımlılığı Kliniklerinde Tedavi Gören Bağımlıların Epidemiyolojik Özelliklerin Belirlenmesi***" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **13.06.2017** tarih ve **06** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No : 2017-257

Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devam) Etik kurul

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 13.06.2017	**TOPLANTI SAYISI : 06**
ADI-SOYADI	**İMZA**
Prof.Dr.Alper CEYLAN **BAŞKAN**	KATILAMADI
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN **BAŞKAN YRD.**	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILAMADI
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	KATILAMADI
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	KATILAMADI
Doç.Dr.Nihan KAFA	

EK-2. Onam formu

Değerli Katılımcı,
Ben Mohammad İsmail Farook, Kabil Ali Abad Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli olan bir doktoruyum. Kabil'deki Madde Bağımlılığı kliniklerinde Tedavi Gören Bağımlıların Epidemiyolojik Özelliklerin belirlemek amacı ile bir araştırma yapıyoruz.
Sizin da bu araştırmaya katılmasını istiyoruz ve araştırtmaya katılmak isteye bağlıdır. Sizden istenen tek şey tarafımızdan aşağıdaki anket sorularını cevaplamanızdır.
Çalışma sırasında toplanan bütün bilgiler gizli tutulacak ve sadece bu çalışmanın amaçları için kullanılacaktır.
Eğer siz bu çalışmaya dâhil olursanız çalışmamızın başarısına katkı sağlamış olacaksınız. Eğer Kendiniz bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıya adınız ve baba adınızı yazarak parmak izinizi veya imzanızı atınız.

Adı:
Baba adı:
İmza veya parmak izi: Tarih:

Değerli Anne ve Babalar,
Ben Mohammad İsmail Farook, Kabil Ali Abad Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli olan bir doktoruyum. Kabil'deki Madde Bağımlılığı kliniklerinde Tedavi Gören Bağımlıların Epidemiyolojik Özelliklerin belirlemek amacı ile bir araştırma yapıyoruz.
Sizin çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmasını istiyoruz. Çocuğunuzdan istenen tek şey tarafımızdan aşağıdaki anket sorularını cevaplamasıdır.
Çalışma sırasında toplanan bütün bilgiler gizli tutulacak ve sadece bu çalışmanın amaçları için kullanılacaktır.
Eğer çocuğunuz ile birlikte bu çalışmaya dâhil olursanız çalışmamızın başarısına katkı sağlamış olacaksınız. Kendiniz ve çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıya çocuğunuzun adını ve baba adını yazarak parmak izinizi veya imzanızı atınız.

Çocuğun adı:
Velinin adı:
Velinin imzası veya parmak izisi: Tarih:

EK-3. Anket formu

Anket No:
Tedavi merkezi:
Tarih:……. / …… / 2017
Araştırma Projesinin Adı: Kabil'deki Madde Bağımlılığı kliniklerinde Tedavi Gören Bağımlıların Epidemiyolojik Özelliklerin Belirlenmesi

Sorumlu Araştırıcının Adı Soyadı: Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan
Yadımcı Araştırıcının Adı Soyadı: Dr. Mohammad İsmail Farook

1. İsim (1)

2. Soy isim (1)

3. Yaşınız: (1)

4. Cinsiyetiniz: (1)
1. Erkek 2. Kadın

5. İkamet: (1)
1. Kent merkezi 2. Kırsal alan

6. Medeni durumunuz: (1)
1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış

7. Madde kullanımının boşanma üzerine etkisi oldu mu? (1)
1. Evet 2. Hayır

8. Maddeyi genelde nerede kullanıyor? (1)
1. Arkadaşlarla 2. Evde 3. Dışarda tenha yerlerde 4. Nerede olursa

9. ev de ise kendi odaları var mı? (1)
1.Evet 2. Hayır

10. Mülteci oldunuz mu? (1)
1. Evet 2. Hayır

11. Cevap evet ise (1)
1. Ülke içi 2. Ülke dışı (1)

12. Ailenizi terk ettiğiniz oldu mu? (1)
1. Evet 2. Hayır

EK-3**.** (devam) Anket Formu

13. Cevabınız evet ise kaç defa terk ettiniz? (1)
    1. 1 defa 2. 2 ve 2'den fazla

14. Şu anda ailenizden ayrı mı yaşıyorsunuz? (1)
    1. Evet 2. Hayır

15. Silahlı bir görevde bulundunuz mu? (1)
    1. Evet 2. Hayır

16. Savaş yüzünden ailenizden bir ya da birden fazla kaybınız oldu mu? (1)
    1. Evet 2. Hayır

17. Savaş dışında ailede ölüm var mı? (1)
    1. Evet 2. Hayır

18. Aile içinde şiddet olay var mı? (2)
    1. Evet 2. Hayır

19. Ebeveynler boşanmış mı? (2)
    1.Evet 2. Hayır

20. Uyuşturucu yetiştirilen tarlalar da çalıştınız mı? (2)
    1. Evet 2. Hayır

21. Uyuşturucu madde ticareti yaptınız mı? (2)
    1. Evet 2. Hayır

22. Başarısız sevgi hikayeniz var mı? (2)
    1. Evet 2. Hayır

23. Şu anda çalışıyor musunuz? (1)
    1. Evet 2. Hayır 3. Emekli 4. Öğrenci

24. Aylık geliriniz ne kadar? (1)

25. Çalışmadığı halında gelir nedenleri? (1)
    1. Dilencilik 2. Kendi eşyaları satmak 3. Hırsızlık 4. Borç almak

26. Aile ekonomi durumunuz nasıldır? (1)
    1.yüksek 2. Orta 3. Kötü

EK-3. (devam) Anket Formu

27. Eğitim durumunuz? (1)

1. Yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans

28. Annenizin eğitim durumu? (1)
1. Yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans

29. Babanızın eğitim durumu? (1)
1. Yok 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans

30. Kardeş sayınız? (1)

31. Ailenizin aylık geliri ne kadar? (1)

32. 1. Derece akrabalarda psikiyatrik hastalık: (2)
1. Yok 2. Bir kişide 3. Birden fazlada kişide

33. Ailede madde kullananlar var mı? (2)
1.Evet 2. Hayır

34. Cevabınız evet ise ailenizde kaç kişi madde kullanmaktadır? (2)

35. Cevabınız evet ise ailenizde kimler madde kullanıyor? (2)
1. Anne 2. Baba 3. Kardeşler 4. Eş 5. Çocuklar

36. Yasaya aykırı davranışı yaptınız mı? (3)
1.Evet 2. Hayır

37. Cevabınız evet ise kaç kez? (3)
1. 1 kez 2. 2 veya daha fazla

38. Yasaya aykırı davranışın niteliği (birden fazla işaretleyebilirsiniz): (3)
1. Cinayet 2. Gasp ve hırsızlık 3. Dolandırıcılık 4. Ahlak Suçu
5. Kavga-yaralama 6. Siyasi 7. Uyuşturucu ticareti 8. Diğer (……)

39. Suçlar madde etkisi ile mi işlendi: (3)
1. Evet 2. Hayır

40. İntihar girişimi: (3)
1. Hayır 2. Bir kez 3. İki kez 4. İkiden fazla

EK-3. (devam) Anket Formu

41. Madde kullanımının sizde ruhsal bir rahatsızlığa yol açtığını düşünüyor musunuz? (3)
1. Evet 2. Hayır

42. Cevabınız evet ise; ruhsal şikâyetleriniz nelerdir? (3)
1. Çökkünlük 2. Karamsarlık 3. Mutsuzluk 4. Keyifsizlik
5. Dikkat güçlüğü 6. Uyku bozukluğu 7. İştah azalması
8.iştah artması 9. Suçluluk 10. Değersizlik 11. Sürekli endişe hali
12. Sinirlilik 13. Kötü bir şey olacak hissi 14. Yerinde duramama
15. Yorgun veya halsiz hissetme 16. Korku hissi 17. Panik atak
18. Sesler duyma 19. Görüntüler görme 20. Olmayan koku hissi
21.olmayan dokunma hissi 22. Kötülük görme düşünceleri 23. Kontrol edilme
24. Tv veya radyodan mesaj alma 25. Çok ve yüksek sesli konuşma
26. Cinsel istek artışı 27. Cinsel istek azalması
28. Kendini üstün görme 29. Çok para harcama

43. Tütün (sigara) kullandınız mı? (4)
1. Evet 2. Hayır

44. Nasuar kullandınız mı? (4)
1. Evet 2. Hayır

45. Nargile kullandınız mı? (4)
1. Evet 2. Hayır

46. Madde kullanmaya başladığınız yaş: (4)

47. Neden ve nasıl başladığınız? (4)
1. Sıkıntı giderici olduğu için 2. Arkadaş ortamı nedeniyle
3. Merak 4. Kandırılarak 5. Keyif verici olduğu için

48. Hangi maddeleri kullandınız? (4)
1. Esrar 2. Uçucu madde 3. Esrar
4. Kokain 5.tab k (MDMA ecstasy) 6.Benzodiazipinler
7. Kristal (metamfitamin) 8. Şişe (amfitamin) 9.Metadon
10. Pentazosin 11. Tramadol 12. Afyon
13. Combinol d 14. Alkol

49. 1. Tercih ettiğiniz madde?

50. 1. Tercih ettiğiniz maddeyi ne sıklıkla kullanıyordunuz? (4)
1. Her gün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez

EK-3. (devam) Anket Formu

51. 1. Tercih ettiğiniz maddeyi ne zamandan beri kullanıyordunuz? (4)

52. 2. Tercih ettiğiniz madde?

53. 2. Tercih ettiğiniz maddeyi ne sıklıkla kullanıyordunuz? (4)
1. Her gün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez

54. 2 Tercih ettiğiniz maddeyi ne zamandan beri kullanıyordunuz? (4)

55. 3. Tercih ettiğiniz madde? (4)

56. 3 Tercih ettiğiniz maddeyi ne sıklıkla kullanıyordunuz? (4)
1. Her gün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez

57. 3 Tercih ettiğiniz maddeyi ne zamandan beri kullanıyordunuz? (4)

58. En son Tercih ettiğiniz madde? (4)

59. En son Tercih ettiğiniz maddeyi günlük ne kadar kullanıyordunuz? (4)

60. En son tercih ettiğiniz maddeyi ne zamandan beri kullanıyordunuz? (4)

61. Esrari nasıl kullanıyordunuz? (4)
1. İğne aracılıyla (intravenöz enjeksiyon) 2. Duman
3. Parfüm 4. Sigara 5.Burun

62. Esrarı nasıl kullanıyordunuz? (4)
1. Sigara ile 2. Demir ile 3. kaylun (kova/nargile) 4. Deniz altındaki

63. Hayatınızda hiç esrarlı yemek yediniz mi? (4)
1. Evet 2. Hayır

64. Afyon nasıl kullanıyor musunuz? (4)
1. Oral yolla (sakız gibi) 2. Sıvı 3. Demir ile 4. Sigara 5. Boafur

65. Hayatınızda hiç yılan, akrep, tırnak ve karınca sigara içinde kullandınız mı? (4)
1.Evet 2. Hayır

66. Cinsel isteği arttırması için madde kullandınız mı? (4)
1. Evet 2. Hayır

EK-3. (devam) Anket Formu

67. Evet ise kullandığınız madde nedir? (4)

68. Daha önce hiç tedavi gördünüz mü: (4)
1. Evet 2. Hayır

69. Evet ise bu kaçıncı tedavi başvurunuz? (4)

70. Tedavinizin kaçıncı gündesiniz? (4)
1. 15- 30 gün arası 2. İkinci ay 3. Üçüncü ay

71. Tedavi de kullandığınız ilaçlar: (4)
1.Antidepresanlar 2. Antipsikotikler 3. Narkotik analjezikler tedavisi
4.Benzodiazepinler 5. Vitaminler 6. Klonidin
7.Anti histaminler 8. Anti biotikler 9. Soğuk terapi (su duşu)

72. Eşlik eden bulaşıcı hastalıkları (5)
1. HIV 2.HBS 3. HCV

EK-4. Araştırma yapan ekibin bazı fotoğrafları

1000 yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezi

Anketi uygulanırken hasta ve araştırmacı fotoğrafı (1000 yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezi)

EK-4. (devam) Araştırma yapan ekibin bazı fotoğrafları

Dehbory 50 yataklı çucuk ve kadın madde bağımlılığı tedavi merkezi

Khoshal khan mena 100 yataklı çocuk ve kadın madde bağımlılığı tedavi merkezi

EK-4. (devam) Araştırma yapan ekibin bazı fotoğrafları

Khoshal khan mena 50 yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezi

Jangalak 300 yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Farook, Mohammad İsmail
Uyruğu : Afgan
Doğum tarihi ve yeri : 03.04.1984, Logar Afganistan
Medeni hali : Evli
Telefon : 0(531) 782 58 95
e-mail : ismailfarook16@yahoo.com

Eğitim Derecesi	**Okul/Program**	**Mezuniyet yılı**
Doktora	Gazi üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitütüsü/ Halk Sağlığı ABD	Devam Ediyor
Lisans	Afganistan Kabil Tıp Fakültesi	2010
Lise	İmam Hussain Lisesi	2001

İş Deneyimi, Yıl	**Çalıştığı Yer**	**Görev**
2012 Temmuz-Kasım	Afganistan İslam Cumhuriyeti	Yüksek Eğitim Bakanlık Müşaviri
2010-2012	Kabil Ali Abad Üniversite Hastanesi	Üroloji Bölümünde Asistan Doktoru

Yayınlar

1. Mohammad Ismail, Mustafa Necmi İlhan (2019). Health Policies of Turkey and Neighborhood countries for Syrian Asylum Seekers. **Gazi Medical Journal.** ISSN:2147-2092 E-ISSN:2147-2092

Yabancı Dil

İngilizce, Türkçe

Hobiler

Kitap okumak

GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...