



T.C
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**UÇUCU MADDE KULLANAN ERGENLERDE
BİLİNÇLENDİRME EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ**

SİBEL COŞKUN
DOKTORA TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. ÖZLEM IŞIL

İSTANBUL-2006

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KISALTMALAR.....	5
1. ÖZET.....	6
2. SUMMARY.....	7
3. GİRİŞ ve AMAÇ.....	9
4. GENEL BİLGİLER.....	11
4.1. MADDE KULLANIMI VE BAĞIMLILIK.....	11
4.1.1. Bağımlılık Tanımı.....	11
4.1.2. Bağımlılıkta Kuramsal Modeller.....	12
4.2. MADDE BAĞIMLILIĞININ TANISAL SINIFLAMASI.....	14
4.2.1. Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri.....	15
4.2.2. Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri.....	15
4.2.3. UM Kullanımının Tanısal Sınıflandırması.....	15
4.3. UÇUCU MADDELER.....	16
4.3.1. Uçucu Madde Kullanımı.....	16
4.3.2. Kullanıcıların Sınıflandırılması.....	17
4.3.3. Uçucu Madde Kullanım Yaygınlığı.....	17
4.3.4. Uçucu Maddeler ve Kaynağı.....	20
4.3.5. Uçucu Maddelerin Özellikleri ve Etkileri.....	22
4.3.6. Uçucu Madde Kullananlarda Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	24
4.3.7. Madde Kullanımı ve Suç.....	27
4.4. MADDE KULLANIMI NEDENLERİ.....	29
4.4.1. Arkadaş Grubuna Bağlı Etkenler.....	30
4.4.2. Aile ve Ebeveyne Bağlı Etkenler.....	30
4.4.3. Bireysel Etkenler.....	32
4.4.4. Sosyal ve Çevresel Etkenler.....	32
4.4.5. Ergenlikte Madde Kullanımını Etkileyen Dönemsel Değişkenler.....	34
4.5. SOKAK ÇOCUKLARI VE MADDE KULLANIMI.....	37
4.6. TEDAVİ VE YAKLAŞIMLAR.....	40
4.6.1. Tedavide Genel İlkeler.....	40
4.6.2. Uçucu Madde Kullananların Tedavisindeki Özellikler.....	41

4.6.2.1. Maddeye bağı özellikler.....	41
4.6.2.2. Psikososyal özellikler.....	42
4.6.3. Tedavi Planını Etkileyen Faktörler.....	43
4.6.4. Tedavi Programı ve Kapsamı.....	44
4.6.5. Tedavide Yer Alan Uygulamalar.....	47
4.7. MADDE ÖNLEME VE EĞİTİM PROGRAMLARI.....	53
4.7.1. Önleme.....	53
4.7.2. Önleme Çalışmaları.....	55
4.7.3. Önleme Programları	56
4.8. PSİKOEĞİTİM VE SAĞLIK EĞİTİMİ.....	61
4.8.1. Eğitimde Kullanılan Kuramsal Yaklaşımlar.....	61
4.8.2. Psikoeğitsel Yaklaşımlar.....	62
4.8.3. Sağlık Eğitimi	63
4.8.4. Psikiyatri Hemşireliğinin Eğitici Rolü.....	65
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	68
5.1. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri.....	68
5.2. Araştırmanın Evreni	69
5.3. Araştırmanın Örneklemi	69
5.4. Araç ve Gereç	70
5.5. Araştırmanın Uygulama Aşamaları.....	71
5.6. Oturumlarda Ele Alınan Konular	72
6. BULGULAR.....	75
6.1. Sosyo-Demografik Bulgular	75
6.2. Kullanılan Maddeye İlişkin Bulgular.....	79
6.3. Tedavi Motivasyonu ve Tekrar Madde Kullanımına Ait Bulgular	82
6.4. Eğitimin Etkinliğine Yönelik Sorulara Ait Bulgular	86
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	93
7.1. Sosyo-Demografik Bulguların Tartışılması.....	93
7.2. Kullanılan Maddeye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	98
7.3. Tedavi Motivasyonu ve Tekrar Madde Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	102
7.4. Eğitimin Etkinliğine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	105

8. EKLER

EK 1- BİLGİ FORMU.....	112
EK-2- ÖN GÖRÜŞME SORU FORMU.....	114
EK-3- EĞİTİM SONU SORU FORMU.....	116
EK-4- SON GÖRÜŞME SORU FORMU.....	118
EK-5- SOKAKTA YAŞAYAN VE MADDE KULLANAN ÇOCUKLARA PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM KILAVUZU.....	121
EK-6- EĞİTİMDE KULLANILAN RESİMLİ KARTLAR.....	138

9. KAYNAKLAR	141
---------------------------	------------

10. ÖZGEÇMİŞ	153
---------------------------	------------

11. ETİK KURUL ONAYI.....	154
----------------------------------	------------

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: (The American Nurses' Association) Amerikan Hemşireler Birliği

Ark. : Arkadaşları

BDT: Bilişsel Davranışçı Tedavi

DARE: (Drug Abuse Resistant Education) Maddeye Karşı Direnç Eğitimi

DSM-IV-TR: Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatrik Tanı Sınıflaması-IV

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NİDA: (National Institute on Drug Abuse) Uluslararası Madde Bağımlılığı Örgütü

RY: (Reconnecting Youth) Ergenle Yeniden Bağlantı Programı

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

UM: Uçucu Madde

UMATEM :Uçucu Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi

UMB: Uçucu Madde Bağımlılığı

UMKK: Uçucu Madde Kötüye Kullanımı

1. ÖZET

UMATEM’de (Uçucu Madde Tedavi Araştırma ve Eğitim Merkezi) tedavi görmekte olan ergenlerde bilinçlenmenin sağlanması ve tedaviye yönelik işbirliğinin artırılması amacıyla yapılan çalışmada, uçucu madde kullanan ergenlerden oluşturulan 31 kişilik deney grubuna üç oturumluk bireysel eğitim uygulanmıştır. Eğitimde “YENİDEN Eğitim ve Sağlık Derneği” tarafından hazırlanan “Sokakta Yaşayan ve Madde Kullanan Çocuklara Psikososyal Yaklaşım Kılavuzu”nda bireysel uygulamalar bölümünde yer alan “bağımlılık hakkında bilgilendirme”, “uçucu maddeler ve etkileri”, “riskli durumlar”, “madde kullanma arzusu ile baş etme”, “ısrarlara karşı koyabilme” ve “acil durumlar” adlı konuları içeren bölümler uygulanmıştır. Eğitim uygulanan ergenlerin, eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir hafta sonra soru formundaki sorulara verdikleri doğru yanıtlar ile bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. 31 kişiden oluşan kontrol grubu ergenlerin ise hastaneye yatışı takip eden hafta içinde ve ortalama 10 gün sonra bilgi düzeyleri aynı soru formu ile değerlendirilmiştir.

Sosyo-demografik veriler için kullanılan bilgi formu ile bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik soru formundan elde edilen veriler bilgisayar ortamında, değerlendirilmiştir. Sosyo demografik açıdan aralarında anlamlı farklılık bulunmayan deney ve kontrol grubu ergenlerin soru formundaki sorulara verdikleri doğru yanıt sayıları karşılaştırıldığında, deney grubu ergenlerin sorulara verdiği doğru yanıt sayısı, ve tedavi motivasyonu kontrol grubu ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışma kapsamına alınan ergenler, bir yıl sonra kesitsel olarak madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde, deney grubu ergenlerde madde kullanmaya devam edenlerin oranı kontrol grubu ergenlere göre daha düşük saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuç olarak; uçucu madde kullanan ergenlerin bilinçlenmesine yönelik uygulanan bireysel eğitim programı ile deney grubu ergenlerin bilgi düzeyi ve motivasyonu artmış ve uygulanan eğitim tedavi sürecine katkı sağlamıştır. Bu ve benzer eğitim ve beceri geliştirme programlarının daha yaygın olarak kullanılması ve psikiyatri hemşirelerinin bu programlarda aktif rol alması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Ergenlik, uçucu madde, eğitim, tedavi, etkinlik

2. SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF AWARENESS EDUCATION AMONG ADOLESCENT INHALANT ADDICTS

In the study, which was conducted in Istanbul Bakırköy Inhalant Use Research and Treatment Center (UMATEM), 31 inhalant user inpatient subjects were taken three individual sessions in order to obtain awareness and to increase the cooperation in therapy. In the education, topics were prepared by “YENİDEN-Association of Health and Education” that are contained in the chapter on individual practice of “Guidance for a psychosocial approach to inhalant addicted street children”, “information on addiction”, “inhalants and their effects”, “at-risk situations”, “coping with craving”, “resistance of peer pressure” and “planning of urgent situations”. The level of knowledge of adolescents was assessed with questionnaires for pre-, post- and after a week from education according to their right answers. The treatment group consisted of 31 adolescents that received the individual education during the week that following the hospitalization. Then the level of knowledge of the 31 adolescents in the control group was tested with the same questionnaires during the week following the hospitalization and retested approximately 10-10 days later.

The data gained from the questionnaires that were used for the socio-demographic data and for the evaluation of the level of knowledge related with the education applied were assessed with computer program. No difference was found between adolescents in the treatment and control groups in terms of socio-demographic status. The difference between treatment group and control group – related to the knowledge and motivation for therapy - was statistically significant ($p<0,001$). The adolescents were evaluated one year later concerning inhalant abuse, it turned out that the number of the adolescents in the treatment group continuing inhalant abuse was less than the adolescents of the control group.

In conclusion, the awareness education aimed at adolescent inhalant addicts raised the level of knowledge and motivation of the adolescents in the treatment group. It is important that similar education and skill development programs are applied extensively

and psychiatric nurses have an active role in such programs.

Key Words: Adolescents, inhalants, education, treatment, effectiveness

3. GİRİŞ

Ülkemizde uçucu madde bağımlılığı (UMB) özellikle 13-18 yaş arası ergenleri tehdit eden ve gittikçe yaygınlaşan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (47,95). Uçucu madde bağımlılığına yol açan maddeler günlük yaşamda yaygın olarak kullanılan, elde etmesi kolay, ucuz ve hızlı etkili maddelerdir ve UMB son yıllarda ülkemizde önemli bir sorun haline gelmiştir(5). En sık kullanılan tiner ve bali (yapıştırıcı) türevleridir. Solumak ve koklamak şeklinde kullanılan bu maddeler fiziksel ve ruhsal olarak ağır zararlar verirler (15,102).

Uçucu madde (UM) kullanımı en çok 13-18 yaş arası ergenlerde görülmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük, aile içi ilişkileri bozuk olan, yurtlarda ya da sokakta bulunan çocuk ve ergenler UM kullanan popülasyonun çoğunluğunu oluşturmaktadır (15,47). Özellikle sorunlardan uzaklaşmak ve bir gruba ait olma isteği ile ergenler UM kullanabilirler. Ayrıca sokaktaki çocuk ve ergenler madde bağımlılığı yanı sıra istismara uğrayabilirler, fiziksel ve psikolojik travmalar yaşayabilirler (10,11). UM kullananlarda zaman içinde diğer uyuşturucu maddeleri deneme ve kullanma eğilimi de artmaktadır (47,137).

Daha çok resmi kurumlar veya ailelerin isteği ile tedaviye gelen bu çocuk ve ergenler için tedavi süreci oldukça zordur (47,94). Sorun çok boyutlu ve karmaşıktır ve bütüncül yaklaşım ile ele alınmalıdır. UMB veya uçucu madde kötüye kullanımı (UMKK) tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra davranış tedavisi, bilinçlendirme eğitimi, psiko-sosyal beceri kazandırma eğitimi, aktivite programları, aile terapisi, sosyal çevrenin düzenlenmesi ve rehabilitasyon büyük önem taşımaktadır (46,94,95). Özellikle ergenlerin bilinçsizce sürüklendiği bu bağımlılık sorununun çözümü ve yinelemeleri önlemek için bilinçlendirme eğitiminin uygulanması, ergenlerin bağımlılıktan kurtulmaya yönelik işbirliği ve motivasyonunu, dolaylı olarak da tedavinin başarı düzeyini arttırmada önemlidir (132). Tedaviyi yarıda bırakma ve yeniden UM kullanmaya başlama sık karşılaşılan ve tedavi ekibine de çaresizlik hissettiren bir durumdur (94).

Tedavi ekibinin öncelikli amacı ergeni tedavi süreci içinde tutulmasıdır (95). Sıklıkla tedavi sürecinin başında olan yineleme/nüks ve tedaviyi yarıda bırakma durumunun azaltılmasında verilecek olan bu eğitim önem kazanmaktadır. Fakat, eğitim verilmesi yinelemeyi etkileyen değişkenlerden sadece biridir. Sosyal ve fiziksel çevreye ilişkin değişkenler, duygusal ve bilişsel değişiklikler etkili olmaktadır. Stresle baş etme, problem çözme, öfkeyle baş etme gibi psikososyal beceri kazandırmaya yönelik konuların eğitim programına eklenmesi tedavinin başarısını daha da arttırabilir (94,95,136).

Bu araştırmada UMB veya UMKK ön tanısı ile UMATEM’de tedavi gören ergenlere; “bağımlılık hakkında bilgilendirme”, “uçucu maddeler ve etkileri”, “riskli durumlar”, “madde kullanma arzusu ile baş etme”, “ısrarlara karşı koyabilme” ve “acil durumlar” adlı konularda uygulanacak bilinçlendirme eğitimi ile bilgilenenin sağlanması, dolaylı olarak da tedaviye yönelik işbirliğinin arttırılması amaçlanmıştır.

Özellikle ülkemizde önemli ve gittikçe büyüyen bir sorun olan UM kullanan çocuk ve ergenler için yapılan her çaba büyük değer taşımaktadır. Bilinçlendirme ve beceri kazandırmaya yönelik eğitimlerin yapılması tedavide önemli yere sahiptir (114). Psikiyatri hemşireliğinin önemli işlevlerinden biri olan eğitim ve danışmanlık rolünün etkin olarak kullanılacağı bu eğitim paketi ile ergenlerin bilgilencmeleri amaçlanarak, tedavi motivasyonları ve işbirliği düzeyinin arttırılması hedeflenmektedir UMB alanındaki çalışmaların sınırlı sayıda olduğu düşünülürse bu araştırma bu alandaki çalışmalara ve hemşirelik uygulamalarına rehberlik edebilir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. MADDE KULLANIMI VE BAĞIMLILIK

Günümüzde hızla artan madde kullanımı ve bağımlılığı dünyanın önemli toplum ruh sağlığı sorunlarından biridir. Yarattığı etkiler, komplikasyonlar, sonuçlar nedeniyle ve eşlik eden sosyo-kültürel ve ekonomik bileşenlerle tıp dışı disiplinleri de ilgilendirmektedir (2).

4.1.1. Bağımlılık Tanımı

Bağımlılık birey ve nesnesi arasında bireyin kendi seçimiyle başlar. Bu ilişki başlangıçta bireyin özgür iradesi ile başlamış olsa da bireyin özerkliği zaman içinde ortadan kalkar ve birey yeni tür tutum ve davranışlar edinir. Bireyin kendinde bilişsel davranışsal veya duygusal değişiklikler yaratmak için gittikçe dozunu arttırmak zorunda kaldığı, kullanmadığı zamanlar bedensel veya psikolojik sorunlar yaşadığı ve kullanımının kişinin bedeninde, işlevselliğinde ve insan ilişkilerinde güçlükler yarattığı, maddelerin ortaya çıkardığı tabloya “madde bağımlılığı” denilmektedir (111).

Bağımlılığın gelişmesine ve tedavi sürecine etki eden pek çok değişken vardır. Bağımlılığın gelişmesi bir süreç içinde olmaktadır. Kullanılan maddenin cinsine göre bu süreç uzun ya da kısa olabilir. Madde önce bir kez denenir, daha sonra zaman zaman ve sosyal ortamlarda kullanım başlar. Bunu, düzenli kullanım ve bağımlılık izler. Önlemeye yönelik çabalar ve erken dönemde müdahale büyük önem taşır (91,94).

Bağımlıların büyük çoğunluğu kontrol edebileceği ve bağımlı olmayacağı inancı ile madde kullanmaya başlamaktadır. Ancak sonuçta kişi farkına varmadan bağımlı hale gelmektedir. Bağımlılığın gelişme riski kullanılan maddenin cinsine, maddenin saflığına, kullanan kişinin fiziksel ve ruhsal yapısına göre değişir. Bağımlılık yapan maddelerin psikolojik etkileri çok yoğundur. Bu nedenle bir kez kullanım bile sorun yaratabilir. Kişi maddeyi bıraktığında ve kullanmadığı sürede iyidir. Ancak madde kullandığı andan itibaren bağımlılık sorunu hemen canlanır ve her şey yeniden başa döner (100,102).

Bağımlılığın evreleri:

Hazırlık evresi; kişi herhangi bir madde kullanabileceğine dair fikir geliştirmeye başlar.

İlk madde kullanımı; korku ve merakın hakim olduğu bu evrede madde kullanılır. “Ben bağımlı olmam, kontrol edebilirim” gibi düşünceler vardır.

İlerleme evresi; yoğun madde kullanımı vardır ama maddeyi bırakma isteği yoktur.

Bırakma evresi; zararların artması ile maddeden kurtulma isteği vardır, fakat bırakmak maddenin etkilerinden arınmak değil maddesiz hayatını sürdürebilmektir

Tekrar madde kullanmayı düşünme (prolapse); kullandığı maddeye ilişkin olumlu düşünceler içinde olup kişi, eski arkadaş ve madde çevresine geri döner.

Tekrar madde kullanımı/Kayma (lapse/slip); “bir kereden bir şey olmaz” düşüncesi ile tekrar madde kullanılır, suçluluk duygusu yaşanmaktadır.

Tekrar başlama/Yineleme/Nüks (relaps); yoğun şekilde tekrar madde kullanılmaya başlanır (94,100,102).

Madde bağımlılığını, maddenin tehlikeli kullanımından ayırmak gereklidir. Tehlikeli kullanım, madde kullanımının kişinin kendine, hayatına ve çevresine zarar vermesidir. Madde kullanımına bağlı olarak kişi işine gitmez, okula devam etmez, işinde başarısızlıklar ortaya çıkar, ailesini ve çocuklarını ihmal eder ya da bedeninde fiziksel bozulmalar olur. Madde kullanımı nedeni ile tartışma, kavga gibi yinelenen kişiler arası ve toplumsal sorunlar, madde taşımak ve bulundurmamak ya da madde etkisi ile gelişen davranış bozuklukları dolayısıyla yasal sorunlar ortaya çıkabilir (37,102). Madde bağımlılığı birey ve ailenin yanı sıra sosyal sorunlar yaratması nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden ve ekonomik maliyeti oldukça yüksek olan önemli bir sorundur (37).

4.1.2. Madde Bağımlılığında Kuramsal Modeller

Madde bağımlılığını açıklamada başlıca kuramlar şöyledir:

Klasik ve Edimsel Koşullanma; koşullu tepkiler insan yaşamında olumlu ve olumsuz davranışın öğrenilmesinde önemli rol oynamaktadır. Doğuştan var olan tepkiler araya giren değişik uyarılarla koşullu tepkilere dönüştürülebilir. Bağımlılığın

oluşmasında dışardan gelen uyaranlar kadar insanın içinden gelen uyaranların da rolü vardır. Özellikle;

Anksiyete → alkol ve madde → anksiyetenin azaltılması

Bu örüntü tekrarlı uygulamalar sonucunda öğrenilir. Bir süre sonra bir zamanlar anksiyete uyardığı için madde kullanma davranışını başlatan çeşitli ortam ve durumlar, koşullanma sonucu, artık anksiyete uyarımadan madde kullanma davranışını başlatabilmektedir. Daha ileri dönemlerde ise bağımlılık gelişmekte ve artık kişi anksiyeteyi azaltmak yerine oluşan bırakma belirtilerinin bastırılması için madde kullanma davranışını sürdürmektedir. Davranışın yapılma sıklığını artıran etkiler veya maddeler pekiştirici olarak tanımlanmaktadır. Pekiştirici olan maddelerin kullanılmasını takiben bu maddeleri kullanma davranışı önce sıklaşmakta sonra klasik koşullanma sürecinin desteğiyle öğrenilmiş davranış olmaktadır. Kullanılan madde duygulanımda haz sağlayarak kullanma davranışını sıklaştırıyorsa bu maddenin pozitif pekiştirici özelliği var denilmektedir. Bir maddenin kullanımı var olan sıkıntıyı gidererek madde kullanımını sıklaştırıyorsa negatif pekiştirici etkiden söz edilmektedir. Pekiştirici olma, bağımlılık yapıcı maddelerin ortak özelliklerinden biridir (19,127,135).

Klasik şartlanma açısından madde kullanımı doğal uyaran, maddenin vücutta neden olduğu tepkiler ise doğal tepkilerdir. Bir madde bağımlısı için arkadaşının elinde gördüğü bir madde, daha önce madde kullandığı ortama ait görüntüler ve sesler, maddenin pekiştirici etkilerine benzer ve madde kullanma isteğini de içeren bir koşullu tepkiye neden olur. Böylece edimsel ve klasik şartlanma süreçleri madde kullanma dürtüsünü sürekli tazelerken, madde kullanımı bilinç dışı otomatik bir davranış olarak süre gider (59,127,135).

Bilişsel model; Marlatt tarafından 4 bilişsel model tanımlanmıştır;

- Hastalar başlangıçta madde kullanımı ile ilgili yeterli kontrolü ellerinde tuttuklarını hissederler. Fakat stres, çatışma, sosyal baskı gibi riskli durumlarda yeterlilik hissi tehdit altındadır. Kişi bu durumlarla baş edebilirse maddeye “hayır” der ve kendine güveni artar, aksi halde maddenin kölesi olduğunu düşünür.

- Kişi madde kullanımı sonucu olumlu beklenti içinde ise çoğunlukla madde kullanacaktır.

- Kişi madde kullanımını pek çok iç ve dış nedene bağlar, fiziksel olarak bağımlı olduğunu düşündükçe madde kullanımı devam edecektir. Her şeyin kendi kontrolünde olduğunu kabul etmeyebilir veya kendine güveni az olabilir
- Kritik kararlar kişiyi yönlendirir. Yol ayrımında ne karar verildiği önemlidir. Bir engelle karşılaşma durumunda ani madde kullanma kararı sık görülür (94,135).

Sosyal Öğrenme Modeli; Bandura'nın sosyal öğrenme modelinde gözlemlenenler ve gözlemleyenler vardır. Gözlemlenenlerce taşınan model bilgi, gözlemleyenlerde simgesel düzeyde yeni davranış kalıplarının oluşmasına neden olabilir. Alkol ve madde kullanımı için başlıca etmenlerden biri ailedir. Anne ve babanın alkol ve madde kullanımı çocuğun da bu maddeleri kullanmasında etkilidir. Arkadaş ve akran grubunun ve madde kullanımına dair inançların da etkili olduğuna dair pek çok araştırma bulunmaktadır(19, 21)

4.2. MADDE BAĞIMLILIĞININ TANISAL SINIFLAMASI

4.2.1.Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

Psikiyarik bozuklukların sınıflandırmasına ilişkin DSM IV-TR'e göre; aşağıdaki kriterlerden sadece üçünün olması bağımlılık tanısı koymak için yeterli olmaktadır.

1. Tolerans gelişmesi. Aynı etkiyi sağlayabilmek için belirgin olarak artmış miktarda madde kullanma gereksinimi, ya da sürekli aynı miktarda kullanılması ile belirgin azalmış etki sağlanması
2. Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
Maddenin tasarlanandan daha yüksek miktarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması
3. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabaların olması
4. Maddeyi sağlamak, maddeyi kullanmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla çaba harcama
5. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması

6. Maddenin neden olmuş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fiziksel/ psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi (5).

4.2.2. Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırmasına ilişkin DSM IV-TR'e göre;

1. İşte, okulda ya da evde alması gereken sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanımı
2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı
3. Madde ile ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar
4. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlara karşın sürekli madde kullanımı (5).

4.2.3. Uçucu Madde Kullanımının Tanısal Sınıflandırması

Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırmasına ilişkin DSM IV-TR'e göre;

1. *UM/İnhalan kullanım bozuklukları:* UMB ve UMKK tanıları için daha önce bahsedilen “madde bağımlılığı” ve “madde kötüye kullanımı” tanı kriterleri geçerlidir.

- UM/inhalan bağımlılığı (bkz. “madde bağımlılığı” tanı ölçütleri)
- UM/İnhalan kötüye kullanımı (bkz. “madde kötüye kullanımı” tanı ölçütleri)

2. *UM/İnhalan kullanımının yol açtığı bozukluklar:*

- UM/İnhalan entoksikasyonu
- UM/İnhalan entoksikasyonu deliryumu
- UM/İnhalanın yol açtığı kalıcı demans
- UM/İnhalanın yol açtığı psikotik bozukluk/ hezeyanlarla giden
- UM/İnhalanın yol açtığı psikotik bozukluk/ halusinasyonlarla giden
- UM/İnhalanın yol açtığı duygudurum bozukluğu
- UM/İnhalanın yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan UM/İnhalanla ilişkili bozukluk (5).

4.3. UÇUCU MADDELER

4.3.1. Uçucu Madde Kullanımı

Uçucu maddeler çok farklı maddeleri içermektedir. Literatürde; uçucu maddeler “volatile”, buharı içe çekilen solunan maddeler “inhalant”, çözücü maddeler ise “solvent”, yapıştırıcı maddeler “adhesive” karşılığı olarak kullanılmaktadır. Ancak ülkemizde tüm bu maddeler UM kavramı içinde birleştirilmiştir (15,102). Uçucu maddeler kimyasal buharlar üretirler ve içe çekildiğinde zihni uyaran etki yaparlar. Uzmanlar bine yakın ev ve sanayi ürününün koklanan madde olarak kullanılabileceğini doğrulamışlardır (51,71).

Sokakta yaşayan çocuklar arasında en sık kullanılan uçucu maddeler; tiner, bali ve benzeri yapıştırıcılar, tüpgaz, benzindir. Tiner ve yapıştırıcılar farklı oranlarda olmakla birlikte “Toluen” adı verilen bir kimyasal madde içerir. Toluen oldukça toksik bir madde olup, zehirlenmeye ve bedensel zararlara yol açar. Tolerans hızla gelişir ve bağımlılık potansiyeli yüksektir (15,54,71,100). Tiner daha çok beze dökerek burundan koklama ve ağızdan içine nefes çekme şeklinde, yapıştırıcı/bali ise poşet içine dökerek koklama şeklinde kullanılır (111).

Uçucu maddelerin kullanımının tarihsel gelişimine baktığımızda UM kullanımı 2500 yıl öncesine kadar uzanmaktadır. Eski Yunan’da kehanetleriyle ünlü Delphoi kentinde kahinlerin söz söylemeden önce tapınağın altındaki kanallardan gelen bir takım buharları soludukları ve ardından kehanette bulunduklarından söz edilmektedir. Son 50 yılda petro kimya sanayisinde olağanüstü gelişmeler olmuş ve uçucu özellik gösteren sentetik maddelerin sayısı hızla artmıştır. İlk UM kullanımı ile ilgili vakalar 1950’li yıllarda bildirilmiştir (93).

UM kullanımı daha çok son 20 yıldır artan bir sorundur. Bazen çocukların esrar, sigara veya alkol kullanmadan önce ilk denedikleri madde UM olmaktadır. Başlama yaşları da genellikle geç çocukluğun bittiği ve ergenliğin başladığı dönemlere denk gelmektedir (46,51). UM kullanımı daha çok göç etmişler/azınlıklar, düşük sosyoekonomik sınıflar, aile içi ilişkilerin bozuk olduğu veya parçalanmış aile

çocuklarında, okul başarısı düşük ve istismar öyküsü olan çocuklarda daha çok göze çarpmaktadır. Sosyal desteğin az olduğu kişiler stresi yatıştırmak için benzer durumdaki diğer kişileri bulup grup aktivitesi şeklinde yatıştırıcı olarak madde kullanabilmektedir (14,32,95).

4.3.2. Kullanıcıların Sınıflandırılması

Dünyada ergen popülasyonunda UM kullanımı ciddi bir sorundur. UM'ler legal, ucuz ve elde edilmesi kolay maddeler olup çok hızlı etki gösterirler (71). *Kullanım şekilleri:*

Deneme amaçlı kullanım; uçucu maddelerin nasıl bir şey olduğunu anlamak için bir veya iki kez koklanmasıdır. Bu davranış genellikle arkadaşları taklit isteği veya akran grubunun baskısı ile olur.

Uzun dönem aralıklı kullanım; maddeyi deneyerek meraklarını gidermiş olanların kullanmayı sürdürdükleri fakat kronikleşmenin görülmediği kullanım tipidir. En önemli motivasyon bir gruba dahil olma isteği ve kabul edilme gereksinimidir.

Uzun dönem ağır kullanım; uçucu maddelerin koklanması sürekli bir davranış haline gelmiştir. UM koklama eylemi bazen yaşamın zorluklarından kaçış için bir yoldur (15,100).

Kronik UM kullanımı arzulanan miktarın her seferinde daha da yükselmesiyle dayanıklılığı arttırmaktadır. Kullanıcılar, varılan en son sarhoşluk düzeyini uçucu maddelerle yakalayamadıklarında, bu tatmini sıklıkla hap, alkol ve esrar gibi diğer maddelerde aramaktadırlar (10).

4.3.3. Uçucu Madde Kullanım Yaygınlığı

Türkiye'de bugüne kadar UM kullanımıyla ilgili yapılan okul araştırmalarında UM kullanım sıklığı diğer ülkelerle kıyaslandığında daha düşük bulunmuştur. Türkiye'de uçucu maddeler, tütün ve alkolden sonra en sık kullanılan maddelerdir (102).

Şahin (129) tarafından 1094 öğrenci ile yapılan araştırmada madde kullananların sayısı 129 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada uçucu maddelerin lisede okuyan

öğrenciler arasında en çok kullanan psikoaktif maddelerden biri olan esrardan daha yaygın olarak kullanıldığı saptanmıştır.

Ayer (8) tarafından yapılan çalışmada İstanbul'un sekiz ayrı ilçesindeki 19 lisede ikinci sınıf öğrencilerin psikoaktif madde kullanım profili araştırılmıştır. Madde kullanımında, orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyde kabul edilen ilçelerdeki lise öğrencileri ile alt sosyo-ekonomik seviyede kabul edilen ilçelerdeki lise öğrencileri arasında kullanım oranları açısından anlamlı fark saptanmıştır. Kolay elde edilebileceği düşünülen maddelerin, kullanım oranları da yüksek bulunmuştur. Ayrıca, fiziksel taciz, ihmal, duygusal ve cinsel istismara uğrayan öğrencilerin, diğer öğrencilere kıyasla daha sık ve daha fazla alkol ve/veya madde kullandıkları ve kendini kesme gibi davranışlar tespit edilmiştir.

1995 yılında Türkiye'de yapılan bir araştırmada 2800 öğrenciden %3'ünün UM kullandığı saptanmıştır. İstanbul'da 1996 yılında lise ikinci sınıf öğrencileri arasında yürütülen araştırmada öğrencilerin %4'ünün, 1998 yılında Türkiye genelinde yürütülen araştırmanın sonuçlarına göre ise öğrencilerin %8.6'sının UM kullandığı bulunmuş ve son yıllarda ülkemizde UM kullanımının arttığı belirtilmiştir. (95,102,103). 2001'de ilköğretimde toplam 12.270, orta öğretimde 11.989 öğrenci ile yapılan çalışmada, madde kullanımına yönelik anket uygulanmış ve UM kullanım sıklığı ilköğretimde %3.2, ortaöğretimde %5.2 olarak bulunmuştur. Fakat UM kullanan çocuk/ergenlerin bir kısmı eğitim sisteminin dışında kaldığından UM kullanım oranının okullarda yapılan araştırma sonuçlarından daha fazla olması muhtemeldir (98). Ayrıca bir çocuk koruma merkezinde barınan çocukların %47.4'ünün madde kullandığı, bunların %45.6'sının tercih maddesinin tiner olduğu saptanmıştır (96).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, sigara ve UM dışında kalan maddelerin kullanım yaygınlığının bu ülkelerdeki aynı yaş grubundaki öğrencilere kıyasla ülkemizde daha düşük olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin %22'sinin ilk madde kullandığında bunun arkadaş grubu tarafından paylaştığı, beşte birinin maddeyi bir arkadaşından aldığı bulunmuş, sigara ve alkol dışındaki tüm maddelerin kullanımında artış olduğu görülmüştü (104).

Ülke, bölge ve ırk gibi değişkenlere göre maddeler değişkenlik göstermekle beraber araştırmalarda kullanıcıların %90'ının toluen, %5'inin klorlu hidrokarbonları tercih ettiği, düşük sosyo ekonomik bölgede yaşayanlarda kullanım oranının daha yüksek olduğu ve erkeklerin çoğunluğu oluşturduğu bulunmuştur (15). UM kullanım oranları değişik ülkelere göre farklılık göstermektedir. Yaklaşık 29 ülkede yürütülen bir çalışmaya göre yaşam boyu en az bir kez UM kullanımı Kanada'da %14,6, Avustralya'da %50, İngiltere'de %4-10, Japonya'da %40, Hırvatistan'da %14, Danimarka'da %7, Finlandiya'da %5, İtalya'da %9, Polonya'da %11, İsveç'te %14, Litvanya'da %15, Fransa'da %6, Yunanistan'da %8, A.B.D'de %20, İngiltere'de %18, Beziya'da %24 olarak saptanmıştır (95,102). Ülkemizde madde kullanım oranı pek çok ülkeye göre daha düşüktür. 1995 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yedi ayrı ildeki liselerde yapılan çalışmada yaşam boyu alkol dışı psikoaktif madde kullanım oranının %3.5, UM kullanımının %5,9 olduğu bildirilmiştir (97,104).

ABD'de yapılan pek çok çalışmada elde edilen benzer sonuçlara göre; ortaöğretimde UM kullanımı %20'ye ulaşmaktadır. İngiltere'de ise ilk UM kullanma yaşı 13 olarak belirlenmiştir. İspanyol kökenliler ve beyazlar arasında kullanımın daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Bir çok ülkede uçucu maddelerden diğer maddelere geçiş sık görülmektedir (6,71). 11 ayrı sınıf düzeyini karşılaştıran ve öğrenciler arasında yapılan bir anket çalışmasında lise öğrencilerinde yaşam boyu bir kez esrar kullanma oranı %38.2, UM %19.4, alkol %80.4 olarak bulunmuştur (152). Mc Garvey ve ark. tarafından (86) 285 UM kullanan ergenle yapılan çalışmada, UM kullanımı etnik azınlıkta %44.4, beyazlarda %36.1 oranındadır, %60 oranında ağız yolu ile koklama tercih edilmektedir. %52 oranında arkadaşlarla birlikte kullanım belirlenmiş, sokakta kullanım oranı %40 olarak rapor edilmiştir. Başka bir çalışmada ise 285 ergen arasında UM kullanma oranı %17,9, yaş ortalaması 13 olarak bulunmuştur (86).

Ergenlerin yetişkinlere göre daha fazla oranda madde kullanmayı denedikleri, madde kullanımının özellikle ergenlikte başladığı belirtilmektedir. Riskli şeyler yapmaktan hoşlanma oranı yine UM kullananlarda daha yüksek bulunmuştur (104). 2004 yılında İstanbul'da öğrenciler arasındaki riskli davranışları belirlemek için yapılan araştırmada, en az bir defa esrar kullanan öğrencilerin oranı %5.8 olarak

bulunmuştur. Esrarın geçiş maddesi olma özelliği belirtilmiş olup, esrar kullananlarda kullanmayanlara göre ecstasy kullanma riski 34 kat, eroin kullanma riski 17 kat ve UM kullanma riski 10 kat daha fazla bulunmuştur (96).

4.3.4. Uçucu Maddeler ve Kaynağı

Çok farklı uçucu maddeler vardır. Bunların etkileri de birbirinden farklı olmakla birlikte, kullanım yolları benzer olduğu için, ortak başlık altında sınıflandırılmaktadır. Uçucu maddeler arasında sayılabilecek olanlar şunlardır:

Ev ve endüstri ile ilgili uçucu maddeler: Yapıştırıcı, amaşır suyu, sa boyası, tırnak cilası, aseton, duvar boyası, tiner, ayakkabı boyası, tüpgaz, akmak gazı, sa spreyi, deodorant, oda spreyi.

Sanat/ofis malzemeleri: Daksil, işaretleyici, kalem ve boyalar.

Tıbbi uçucular: Nitröz oksit, helyum ve oksijen gibi anestetik gazlar, eter, kloroform, astma inhalanları, nitrit içeren kalp ilaçları.

Tıbbi olmayan amaçlarla kullanılan gazlar: Benzin, propan, bütan, antifriz, akü asidi, tutuşturucu sıvılar, gülme gazları (15, 71,100,102).

Uçucu Maddeler, maddelerin kullanım alanı ve kaynağını tablo halinde listelersek;

Grup yapısı	Uçucu Maddeler	Kaynaklar
Alifatik hidrokarbonlar	Propane Butane Gasoline Hexane, isobutan, heptane	Tüpgaz, spreylər Çakmak gazı, sprej boya, oda/saç spreji Otogaz, benzin Model yapışkanı, lastik yapıştırıcı sprej boya vb Kuru temizleme ajanları
Halojenize Hidrokarbonlar (Kanserojen etkisi çok ve ozon tabakasına zararlı)	1,1,1 Triklor etan (TCE) Triklor etilen Trikloro floro metan Dikloro metan Bromokloro difloro metan (BCF) Klorodifloro metan, perkloretilen Kloroform Enfluran, halotan Freonlar ve florokarbonlar Tetrakloro floro metan ve Metilen klorid Bromochlorodifluoromethane Dibromotetrafluoroethane Trifluorobromomethane	Leke ve yağ çıkarıcı Buzdolabı gazı, aerosol yakıt Boya çıkarıcılar Leke ve yağ çıkarıcı Laboratuvarda sentez için Aneztezik Buzdolabı gazı Yağlayıcı ve film yapıcı madde, teflon vb. Leke çıkarıcı, yardımcı yağ çözücü Yangın söndürücüler
Aromatic hidrocarbons	Benzen Toluen Xylene Naphthalene	Reçine, vernik, parlatici, gaz Sprej boya, boya tineri,yapışkan Ağac yapışkanı, vernik tineri Kaba yağlama maddeleridir, suyla karışmazlar
Nitritler	Naphtha Butil/isobutil nitrit Amil nitrit Nitrous oksid	Jet/çakmak yakıtı Oda spreyleri Astım spreyleri Anestetik gaz, sinir gazı
Eterler Ketonlar (Boya çözücüler)	Dietil eter Asetone Metil n-butil keton, Metil isobutil keton Metil amil keton, Metil etil keton, Sikloheksanon	Labotuvır solusyonları Aseton Çeşitli boyaların imalatı Sprej boyalar
Alkoller	Metil alkol İzopropil alkol	Pek kullanılmaz, çözücüdür Form ve çözücü olarak kullanılır
Glikoller	Etilen Glikol Di etilen glikol ve grupları Polietilen glikol	Tekstil ve kimya sanayide kullanılan petrol kaynaklı yüzey aktif maddeleridir,
Esterler	Etil asetat, amil asetat, butil asetat, propil asetat	Asetat kalemleri, tipex, duvar boyası ve parfümler
(6,63,71)		

4.3.5. Uçucu Maddelerin Özellikleri ve Etkileri

Uçucu maddeler lipofliktir yani lipid çözünürlükleri oldukça yüksektir ve bu yüzden tüm dokulara özellikle merkezi sinir sistemine (MSS) hızla dağılır. Toluene ve benzeri kimyasalların bir kısmı akciğerlerden atılırken, bir kısmı ise benzoik aside okside olup, hippurik asit şeklinde böbreklerden atılır. Asıl metabolizma yeri karaciğerdir. Kullanımdan haftalar sonra kanda saptanabilir. Alkol ile alındıklarında ise kan konsantrasyonu artar (15,25,102).

Eğer bir kişi UM alıyorsa; giysilerinde ve nefeste kimyasal bir koku vardır; dağınık bir konuşma tarzları oluşur; sersemlemiş gibidirler. Parmaklarında ya da yüzünde normalde olmayacak boya vb işaretleri vardır; gözleri kırmızı ve suludur, burun ve ağız çevresinde lekeler ve bazen yaralar bulunur. Kronik kullanıcılarda anksiyete, ajitasyon daha belirgindir (51,102).

UM solumanın etkileri kullanılan doza göre de farklılıklar gösterir:

- Düşük doz: Neşelenme, kendini iyi hissetme, uyarıcı etkiler, baş dönmesi, bulantı, ışığa hassasiyet, tükürükte artma, öksürük
- Orta doz: Konfüzyon, çift/bulanık görme, ağrıya duyarsızlık, algılama bozukluğu, hallüsinasyonlar, hezeyanlar, agresif ve tehlikeli davranışlar.
- Yüksek doz: MSS'nin baskılanması, reflekslerin zayıflaması, denge bozukluğu, konuşma bozukluğu, dalgınlık ve nöbetler (35, 68,102).

Kullanım süresine göre UM etkileri farklılık gösterir. Uçucu maddelerin fiziksel etkileri olarak; çarpıntı, solunum güçlüğü, baş dönmesi, baş ve karın ağrısı, kas zayıflığı, bulantı ve burun kanaması, dışkı ve idrarı tutmakta güçlük görülür (95). Alınan UM akciğerler tarafından kan dolaşımına ve oradanda hızla beyin ve diğer organlara dağıtılır. Alındıktan birkaç dakika sonra; kelimeler birbirine karışır, koordineli hareketlerde yeteneksizlik, kol ve bacaklarda spazmlar, öfori, baş dönmesi görülür. Bunların yanı sıra kişi de halüsinasyonlar, hezeyanlar görülebilir. “Kafa yapıcı” olarak tanımlanan etkisi çok kısa sürede sona erdiğinden, kullanıcılar etkinin daha uzun sürmesi için saatlerce tekrar tekrar madde kullanırlar ve bu nedenle bilinç kaybı hatta ölüm meydana gelebilir. Kişide ayrıca ilgisizlik, bozulmuş muhakeme

yeteneği, okul-iş ve sosyal ortamlardaki işlevselliğin bozulması gibi belirtiler görülür. Uzun süreli etkileri arasında, kısa süreli hafıza kaybı, kalıcı beyin hasarı, bilişsel işlevlerde bozukluk, duyma kaybı, akciğer, karaciğer ve böbreklerde fonksiyon kaybı, geriye dönüşü olmayan miyokardit, renal tübüler asidoz, kemik iliği depresyonu, lökopeni olarak sıralanabilir. Nörolojik toksisite, ventriküllerde genişleme, serebral ve beyin dokusunda atrofi, hücre hasarı, demans, ensefalopati, periferal nöropati, duyu kaybı ve Gullian Barry sendromu görülebilir.Yüksek doz alındığında kişide konfüzyona, deliryuma, entoksikasyona ve  l me yol açabilir (6,15,63,68,86,101,107).

UM kullananlarda aspirasyon, travmalar, asfiksi, kardiyak aritmi, anoksi, vagal inhibisyon, solunum depresyonu, ventriküler fibrilasyon gibi ciddi etkiler  l me götürebilir. UM kullanolarda gelişen ölüm olayına “*UM kullanımına bağlı ani ölüm sendromu*” denir (6,63,84). Yapılan bir çalışmada Teksas’ta 10 yıllık süre içinde 144 UM kullanımına bağlı ani ölüm gelişmiştir (84).

UM kullananlarda bağımlılığın en önemli kriterlerinden birisi olan tolerans gelişimi çok kolay ve hızlı olmaktadır. Uçucu maddeler klinik açıdan önemli sayılabilecek yoksunluk belirtilerine neden olmazlar. Uzun süre kullanolarda bile yoksunluk belirtileri oldukça hafiftir. Yoksunluk belirtileri arasında uyku bozuklukları, çarpıntı, yönelim bozukluğu, aşırı sinirlilik, huzursuzluk, terleme, bulantı, başağrısı görülebilir (95,102).

Kronik UM kullananlar arasında paranoid psikoz, temporal lob epilepsisi, zeka (IQ) düzeyinde azalma görülebilir. Psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar kronikleşerek kalıcı olabilir (6,25). Hamile UM kullanicılarında düşükler, düşük kilolu doğumlar, yüzde anomaliler, mikrosefali ve fetal UM sendromu görülebilir (6). Yine yapılan bir araştırmada UM kullanan ergenlerde bilişsel işlevlerde %28’lik bir gerileme gösterilmişlerdir (123).

Madde kullanımının sonuçları şöyle sıralanabilir:

Fiziksel sonuçları; kazalar, HIV, hepatit vb enfeksiyonlar, kötü beslenme, hayati organlarda ve beyinde hasar, kanser, ölüm

Psikolojik sonuçları; yaşam biçimini ve ilgilerin sınırlanması, depresyon, hafıza ve dikkat problemleri, deliryum ve ruhsal bozukluklar

Sosyal sonuçları; toplum tarafından reddedilmek, şiddet görme ve şiddet gösterme, iş ve okul başarısızlıkları/kayıplar, maddelerin etkisi altında iken oluşan suçlar (95,102).

4.3.5. Uçucu Madde Kullananlarda Görülen Ruhsal Bozukluklar

UM kullanan çocuk/ergenlerin bir çoğunun kendini ifade etme, hayır deme, sorun çözme, iletişim gibi sosyal becerilerinde eksiklikler vardır. Genel olarak yetiştikleri ortamda bu becerileri elde edebilecek olanakları bulamamaktadırlar. Genelde istismar edici ve cezalandırıcı aile ortamlarından kaçan çocuk, insanlarla iletişim kurma, kendini ifade etme becerilerini ya kazanamamıştır ya da kaybetmiştir. Madde kullanımı, riskli cinsel ilişkiler, kendini kesme gibi kendine zarar verici davranışlar bu tür becerilerin eksikliği sonucunda bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (102).

Davranım bozukluğu olan çocuklarda anksiyete, psikolojik travma belirtileri, madde bağımlılığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve öğrenme problemleri sıklıkla görülür. Davranım bozukluğu olan çocuklarda, UM kullanımı genelde davranım bozukluğunun bir sonucu olarak görülebilir. Davranım bozukluğu olan çocuklar, empati yapamaz, suçluluk ve pişmanlık duyguları gösteremezler. Engellenme eşikleri düşüktür, öfke kontrolleri zayıftır. Okuldan kaçır ya da okuldan atılırlar, çalışma yaşamında uyumsuzdurlar. İntihar düşüncesi görülebilir. Suç nedeniyle kanunlarla başları belaya girebilir. Madde kullanımının tedavisi yanı sıra davranım bozukluğu da tedavi edilmelidir (85,102,113).

Madde kullanan çocuk ve ergenlerde çoğunlukla kendini büyük görme, kendini güçlü hissetme, ağrıya duyarsızlık gibi belirtiler ortaya çıkar ve hem kendine hem başkalarına karşı zarar verici davranışlar gözlenebilir. Dürtüsel davranma eğilimi vardır. Uçucu maddelerin yargılamayı bozması, inhibisyonları kaldırması, dürtüsellliği ortaya çıkarması nedeniyle ya da maddeyi sağlama amacıyla suç ve şiddet davranışı

gözlenebilir (71,81,95,100,107). 2001 yılında Ögel ve ark. tarafından (104) yapılan çalışmada UM kullanıcıları, kendilerini yalnız hissettiklerini ve şanssız biri olarak gördüklerini, kendilerine güvenmediklerini, zaman zaman büyük öfke duyup, vurup kırmak istediklerini belirtmişlerdir.

Kendini kesme UM kullanıcılarında sık görülen ve öldürme amacı olmayan bir davranış biçimidir. Bir şeye öfkelenedikleri ya da çok üzüntü duyduklarında bu davranışı yaparlar ve madde etkisi altındayken daha sık görülebilir. Kendini keserek, yaşadığı olumsuz duyguyu/kaygıyı fiziksel acıya çevirerek baş etmeye çalışır, kan aktıktan sonra sakinleşir ve anksiyete azalır. Yaşadıkları boşluk duygusundan uzaklaşmak, kendilerini cezalandırmak ya da kendini kesme davranışı ile ilgi çekmek amacıyla da gerçekleşebilir. UM bağımlılarının sadece dörtte biri kendini kesmemiştir. Kendini kesen ergenlere sorunlarla farklı baş etme yöntemlerinin öğretilmesi önemlidir (100,102).

Madde kullanımı evden kaçmayı artıran bir etkidir. Madde kullanımının aile tarafından reddedilmesi ve maddeyi rahatça kullanabilmek için çocuk/ergen evden kaçabilir. Evden kaçtıkça daha fazla madde kullanırlar, daha fazla madde kullandıkça eve gelmez olurlar. Evde olmadıkları için kendi geçimlerini sağlama gereksinimi duyarlar. Genelde para bulmak için suç işleyebilir, suç işlemeyi kolaylaştırmak için de madde kullanımını arttırabilirler (100).

Madde kullanımı olanların dikkati ve akademik başarısı düşük ve okul devamsızlığı fazladır. Okul başarısızlığı okuldan kaçmalara ve madde kullanımına neden olmakta madde kullanımında okul başarısını düşürmektedir (85,100). Madde kullanımı etkisiyle algı çarpıtılabilir ve bilişsel işlevlerde bozulmalar görülebilir. Madde kullanımına eşlik eden DEHB ya da depresyon hafıza ve öğrenme üzerine etki edebilir. Madde bırakıldığında MSS ve bilişsel işlevler üzerine olan etkiler bir miktar iyileşebilir fakat kullanılan madde ve kişinin bireysel özelliklerine göre bu değişmektedir (14,86,107).

Yaşam boyu DSM-IV bağımlılık kriterlerinden birine sahip olma oranı %23 olarak belirtilmiştir. Bir araştırmada 130 UM kullanıcısı arasında %63 oranında

antisosyal kişilik bozukluğu %68 oranında alkolizm, %34 oranında unipolar depresyon bulunmuştur. UM kullanımını takiben psikotik belirtiler oraya çıkabilmektedir (63). Madde etkisi altında olan kişide işitsel veya görsel varsanılar görülebilir. Kişi, bu görüntüler ya da sesler doğrultusunda kendisine ya da çevresine zarar verebilmektedir (102).

Kaliforniya’da sokakta yaşayan ergenlere yönelik çalışmada ergenlerin kendine zarar verici davranışlar açısından yüksek risk taşıdığı kendine zarar verenlerde istismar öyküsünün öne çıktığı belirtilmektedir. Madde kullananlarda evsiz kalma, intihara eğilim, kendine zarar verici davranışlar, depresif belirtiler ve dürtüsel davranışlara sık rastlanmaktadır (137).

UM kullanımının neden olduğu psikiyatrik bozuklukların bir kısmı kalıcı olabilir ve madde kullanımı yanı sıra bu bozuklukların da tedavi edilmesi gerekmektedir (95).

Uçucu maddelerin yol açtığı ruhsal bozukluklar şunlardır:

- Uçucu maddelerin yol açtığı kalıcı demans
- Uçucu maddelerin yol açtığı psikotik bozukluk
- Uçucu maddelerin yol açtığı duygu durum bozukluğu, özellikle depresyon
- Uçucu maddelerin yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Diğer ruhsal sorunlar; kendini kesme davranışı, davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete, DEHB, psikolojik travma ve dürtü kontrol bozukluğu (120,124,137).

Ülkemizde 1991 yılında 81 UM kullanıcısı ile yapılan bir çalışmada psikiyatrik semptomlar taranmış, kontrol grubuna göre anksiyete, fobi, psikoz, somatizasyon, obsesyon, depresyon gibi psikiyatrik semptomlar anlamlı derecede fazla bulunmuştur (15). Alkol ve madde kullanıcılarında olduğu gibi UM kullanıcılarında da kişilik bozukluklarına rastlanmaktadır. Suç öyküsü olan madde kullanıcılarından oluşan örneklemin incelendiği çalışmada UMB olanların antisosyal kişilik bozukluğu tanısını daha sık aldıkları bildirilmiştir (25,63). UM kullanımı olan 20 hasta ile yapılan bir çalışmada %45 oranında serebellar bulgular saptanmıştır. Bu kişilerin madde kullanım süreleri ortalama 12.8 yıl olarak bulunmuştur. Ayrıca ortalama 5 yıl UM kullanımı olan 37 olgu benzer kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve anlamlı kognitif bozukluk saptanmıştır (15).

4.3.7. Madde Kullanımı ve Suç

Madde kullananların suç potansiyeli yüksek olan insanlar olup olmadığı konusu sıkça tartışılmaktadır. Suça yönelen kişilerin bağımlılık yapan maddeler kullandığı düşüncesinin aksine, araştırmada suçlu çocukların çoğunun bağımlılık yapan madde kullanmadığına dair yorumlar ve araştırmalar da bulunmaktadır.

Madde kullanımıyla suç arasındaki ilişkiyi açıklayan etkenler şöyledir:

- Madde kullanıcıları marjinal insanlardır. Toplum kurallarına uymama eğilimi taşırlar. ve bir alt kültür oluştururlar.
- Yasal olmayan madde kullanımı, tek başına bir suç teşkil etmektedir.
- Madde satın almak için para bulmak amacıyla suç işleme oranı yükselmektedir
- Bazı kişiler suç işleyebilmek için maddenin etkilerinden yararlanmaktadır.
- Madde kullanıcılarının ailesel, kültürel ve kişisel özellikleri yasalara karşı gelme davranışında rol oynamaktadır.
- Madde kullananlarda sık görülen davranım bozukluğu, antisosyal kişilik ve agresif davranışlar suçla yakın ilişkili ruhsal sorunlardır.
- Madde kullanıcılarında risk alma davranışı oldukça yüksektir. Suç risk alma davranışının bir parçası olarak gözlenmektedir.
- Madde kullanımı yetersizlik duygusunu, çekingenliği ve toplumsal baskıyı ortadan kaldırmakta, cesareti artırmakta böylece suça eğilim artmaktadır.
- DEHB ve dürtü kontrol bozukluğu hem madde bağımlılığına hem de suça yol açan önemli etkindir (14,95,102).

UMATEM’de yapılan bir araştırmada UM kullanan 200 çocuk ve ergenin yarısından fazlasının suç işlemiş olması, aynı yaş grubundaki genel nüfus göz önüne alındığında UM kullanıcılarında suç işleme oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Sokakta yaşayan UM kullanıcılarında ailesiyle yaşayanlara göre suç işleme riskinin iki kattan daha fazla olduğu, ailede suç işleme, kendini kesme davranışı ve madde öncesi suça yönelik davranış sıklığının suça yönelik davranışta belirleyici olduğu gösterilmiştir (102,104).

Yapılan pek çok çalışmada suç işlemiş ergenlerin işlememiş olanlardan daha yüksek derecede psikopatolojiye sahip olduğu belirtilmektedir. Krueger ve ark. tarafından (58) yapılan çalışmada uyuşturucu madde bağımlılarının yabancılaşma ve saldırganlık gibi kişilik özelliklerinden yüksek, ahlaki değer açısından düşük puan aldıkları bulunmuştur. Alkol-madde bağımlılığı ile antisosyal kişilik arasında da ilişki bulunmuştur. Engeler tarafından (42) yapılan araştırmada lise ve dengi okullardaki öğrenciler arasındaki antisosyal kişilik bozukluğuna eğilim araştırılmış ve antisosyal eğilim gösteren ergenlerin oranı %10.2 olarak bulunmuştur.

Kaya tarafından (67) yapılan çalışmada suç işlemiş ergenlerin dışsal denetimli olarak bulunmuş, problemle karşılaştıklarında ani karar vererek davrandıkları ve tepkisel oldukları, ayrıca suç işleyen ergenlerin problem çözümünde kendilerine güvenmedikleri ortaya konmuştur. Özellikle dışsal denetimli ergenlerin aile özellikleri ise mükemmelliyetçi, otoriter veya aşırı koruyucu olmaktadır. Kırımsoy tarafından (69) yapılan çalışmada ise duygusal istismara uğrayan ergenlerde benlik değerinin düşük olduğu ve bu grupta suç işleme oranının yüksek olduğu bulunmuştur.

Mackesy-Amity ve ark. tarafından (81) 13.000 öğrenci ile yapılan çalışmada, UM kullananlarda diğer maddeleri kullananlara göre gözaltına alınma ve küçük çaplı suçların oranı daha fazla bulunmuştur. Agresiv ve yıkıcı davranışlarda etnik özellikler, aile eğitimi, kullanılan madde sayısı/miktarı etkili olmaktadır. Suç ve yıkıcı davranış öyküsü olan çocuklarda istismar ve travma öyküsünün etkili olduğu belirtilmektedir.

Kontrol dışı davranan ergenler, yeterli baş etme yeteneklerinden yoksun oldukları için günlük yaşamın baskısına yenik düşebilir. Ergenlerden talep edilenler arttıkça, ergenler kendilerini tehdit ediliyor hissedebilir ya da aile ortamlarından, çevrelerinden rahatsızlık duyarak ve davranışlarının kontrolünü kaybederek tepkisel davranabilirler. Kontrolü kaybetmeye neden olan etkenleri tanımak önemlidir (92). Ergenleri suça iten pek çok neden bulunmaktadır. Bunlar; kalabalık, ailenin eğitim düzeyinin düşük olması, parçalanmış aile, ailede kayıp, ebeveyn kontrol eksikliği, ailede madde ve suç öyküsü, ailede ihmal ve istismar öyküsü vb gibi aile özellikleri, göç, eğitim düzeyi, ekolojik yapı, iş/okul ortamı, işsizlik, ekonomik güçlük, akran etkisi olarak sıralanabilir (9,41,58,100).

4.4. MADDE KULLANIMININ NEDENLERİ

Madde kullanımının nedenleri çok çeşitlidir ve karmaşıktır. Tek bir nedene dayandırmak mümkün değildir. Madde kullanımında etkili olan başlıca belirleyici faktörler; davranım bozukluğu, DEHB, okul performansının düşük olması, akran etkileri, beklentiler, özgüvenin düşük olması ve psikiyatrik hastalıklar şeklinde sıralanabilir. Bireysel risk faktörleri, genetik ve ailevi özellikler, çocuk ebeveyn ilişkileri, cinsel ve fiziksel istismar öyküsünün bulunması etkili olabilir (32,56,107).

Ögel ve ark. tarafından (100) yapılan çalışmada madde kullanımına başlamada en önemli faktörler; merak, sinirlenmek ve eğlenmek olarak sıralanmıştır. Herhangi bir maddeden en az bir kere kullanan öğrencilerin risk almaktan hoşlandıkları, aile ile iyi anlaşamadıkları, zaman zaman büyük öfke duyup vurup kırma isteği yaşadıkları bulunmuştur.

UM kullanıcılarının çoğu 7-19 yaş arasında olup, coğrafik ve sosyo-ekonomik olarak marjinalize edilmiş gruplar, etnik azınlıklar, düşük sosyoekonomik sınıflar ve parçalanmış aile çocukları ve erkekler daha fazla risk altındadır. Kimyasal ve UM kullanılan işyerlerinde çalışanlar çalışma ortamı nedeniyle riskli gruptadır. Bu alanda çalışanlara çoğu zaman yeterli bilgilendirme yapılmamakta, koruyucu önlemlere yeterince önem verilmemektedir (15).

Kişilerin kendi kullanma nedenleri araştırıldığında, problemleri unutmak, sıkıntılar ve psikolojik sorunlarla baş etmek en önemli başlama nedenleri arasındadır. Bireyin ruhsal sorunları ile baş etmek için, profesyonel bir yardım arayışına girmemesi ya da sorunları ile baş etme yolları aramak yerine bunlardan kaçarak uzaklaşmayı tercih etmesi madde kullanımı ile sonuçlanabilir. Sorun çözme yöntemlerinin öğretilmesi tüm dünyada önleme yöntemleri içinde önemli bir yere sahiptir. Madde kullanımını anlayabilmek için kişilik, aile ve çevre gibi temel etmenlerin gözardı edilmemesi gerekmektedir. Eğer bu etmenlerden bir tanesi bile güçlü bir olumsuz etkiye sahipse, diğerlerinin olumsuz etkileri az olsa dahi yine kişide madde kullanma olasılığı yüksek olabilir (17,97,100).

4.4.1. Arkadaş Grubuna Bağlı Etkenler

Akran grubun etkisi ergenlerde çok önemlidir. Çünkü gelişimsel dönem özelliği olarak ergenler kendi başına karar almaktan çok arkadaş grubuyla beraber hareket etme eğilimindedirler. Çoğunlukla dış kontrol odaklıdırlar ve aileden bağımsız davranmaya çalışırken madde kullanan arkadaşlarını model alabilirler (107). Ergenlerin madde kullanımı daha çok kolektif bir davranış ve bir grup eylemi olarak yorumlanabilir. Ergenin kişisel deneyimi ve tercihindan çok diğerlerine bir performans gösterisi olarak madde kullanımı görülebilir (100). Arkadaş grubundan dışlanma korkusunun arkadaş grubu içinde madde kullanmaya başlama etkenleri arasında önemli bir yeri vardır. Sıkıntılı, sorunlu bir anda arkadaş tarafından sorunların unutulabileceği vaadi ile verilen bir uyuşturucu maddeyi kullanmak oldukça sık görülen bir davranış biçimidir (130). Arkadaş grubunun madde kullanımı ile ilgili tutumları kişinin madde kullanmasında rol oynamaktadır. Akran baskısı olan veya arkadaş grubuna bağlılığın fazla olduğu kişilerde madde kullanımı daha sık olarak bulunmuştur (7,95,100,102). UM kullananların arkadaşlarının da uçuucu kullanma riski, kullanmayanlara göre ilköğretimde 20 kat, ortaöğretimde sekiz kat fazladır (104).

4.4.2. Aile ve Ebeveyne Bağlı Etkiler

UM kullanıcılarında benzer aile özellikleri görülmektedir. Ana-babadan birinin sağ olmaması, ana-babanın ayrı yaşaması, üvey anne veya babanın varlığı, ailede madde kullanımı, işlevsel olmayan ana-baba tutumu gibi ailesel özellikler, aile içi çatışmalar UM kullanıcılarının ailelerinde yaygın görülmektedir (102,106,110). Bir çalışmada 210 UMKK tanısı alan çocuk/ergen incelenmiş ve olguların %21.4'ünde alkolik ebeveyn tespit edilmiştir (32).

Ana-baba ve çocuk arasında yakınlık ve bağlılığın olmaması, ana-babanın çocuğun yaşamı ile ilgilenmemesi ve uygun olmayan disiplin yöntemlerinin varlığı madde kullanımını artıran risk etkenleri arasındadır (22). Aile içinde sözeleştirirmenin yetersiz olması, dürtüsel davranış örüntüsünün bulunması, gergin ve çatışmalı bir ortamın varlığı, aile içinde ödüllendirmenin yetersiz oluşu, ana-babanın çocuklara farklı mesajlar vermesi ve toplumsal desteğin eksik olması madde bağımlılığına neden

olabilmektedir. Çoğunlukla olumsuz duyguların ifade edildiği, sözel ödüllendirmenin eksik olduğu ailelerde yetişen çocukların, daha az kendine güvenli oldukları ve madde kullanımı karşısında da aynı şekilde güvensiz davranışları sonucunda ‘hayır’ diyemedikleri belirtilmektedir (37,106). İlginç bir bulgu olarak tek anne tarafından yetiştirilen ya da babanın ayrı/uzak olduğu ergenlerde madde kullanımı %30 daha fazla bulunmuştur (110).

UMATEM’de yapılan araştırmada UM kullananların %20’sinde ana-babadan birisinin ölmüş olduğu görülmektedir. UM kullanıcılarının %35.5’inde ana-babanın ayrı olduğu saptanıştır. %26.7’sinde ise ebeveynlerden birisi veydir (102). Aile bir arada değilse UM kullanma riski beş kat artmaktadır. Ailenin bir arada olması güven ve sosyal destek duygusunu arttırmaktadır (106). ABD’de yapılan araştırmalarda ise eroin bağımlıların %50’den fazlasının boşanmış ailelerden geldikleri ve ana-babanın birlikte yaşadığı durumlarda ise aile ilişkilerinin bozuk olduğu gözlenmiştir (7,63,102).

Madde kullanmaya başlama nedenleri aile açısından değerlendirildiğinde, bağımlılar; ailevi sorunların varlığını, ailenin ilgisizliğini, aile içi ilişkilerin zayıflığını sorumlu tutmuşlardır. Ailelerin ise bu görüşlere katılmakla birlikte, madde kullanmaya başlama nedeni olarak sorunu dışsallaştırma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (130).

Pack ve ark. tarafından (106) yapılan ve madde kullanan ergenlerle bakıcı/aile bağlantısının incelendiği bir çalışmada özellikle ebeveynlerin birbiriyle ya da çocukla olan çatışmalarının madde kulanımı için belirleyici olduğu, özellikle UM kullanan ve sokak öyküsü olan ergenlerin duygusal problemlerinin daha fazla olduğu, fakir ve işlevsel olmayan ailelere sahip oldukları, okul performanslarının iyi olmadığı ve erken yaşlarda okulu bıraktıkları bulunmuştur. Uçucu maddelere karşı çocukları koruma, baş etme becerileri kazandırma, sağlıklı ve koruyucu bir ortam sağlamada ailenin rolünün önemli olduğuna inanılmaktadır (37,100).

4.4.3. Bireysel Etkenler

Erken çocukluk döneminde öfkeli, sinirli olma, erken yaşlarda davranım sorunları olan kişilerde ve içe kapanık, duygularını ifade etmekte güçlük çeken, kendini ortaya koyamayan ergenlerde madde kullanımı daha fazladır. Çeşitli yaşam becerilerinin eksikliği de oldukça etkili olmaktadır. Sorun çözme becerisi düşük olan, dürtülerini ve öfkesini kontrol edemeyen, stresle başa etmede zorluk çeken, çevre baskısına karşı koyamayan, özgüveni düşük olan, okulda başarısızlığı bulunan ve risk alma davranışları sergileyen ergenlerde madde kullanım riski yüksek olarak bulunmuştur. Erken yaşta madde kullanmaya başlayanlarda, bağımlılık riski çok daha fazladır ve ergenler dönemsel özellikleri nedeniyle tedavide daha az katılımcıdırlar. Genetik yüklülük, maddelere verilen fizyolojik tepkiler, kişilik özellikleri ergenlerde madde kullanım riskini artıran etkenler olarak belirtilmektedir (7,100).

Çocuk ve ergenlerde fiziksel şiddete maruz kalma, cinsel tacize veya istismara uğrama ve yakın arkadaşlarının ölümü gibi travmatik olaylarla karşılaşmaktadırlar. Bu travmatik olaylar, kişide travma sonrası stres bozukluğuna ve madde kullanımına yol açabilir. Madde kullananlarda fiziksel ve cinsel istismar oranının yüksek bulunduğu pek çok çalışma vardır (16,102,124). Sokakta yaşayanların ise %40'ı istismara maruz kaldığını bildirmiştir (107).

Çocuklukta DEHB, davranım bozukluğu, antisosyal davranışlar ve agresyonun varlığı madde kullanımı için önemli bir risk taşımaktadır (107). 10–12 yaş arasındaki 183 erkek çocuğun incelendiği bir çalışmada, madde kötüye kullanımı olanlarda agresivite, dikkatsizlik ve dürtüsellik(impulsivite) skorları daha yüksek bulunmuştur. Madde kötüye kullanımı olanlarda çocukluk travması araştırılmış, %77'sinde ciddi çocukluk çağı travması saptanmıştır (32).

4.4.4. Sosyal ve Çevresel Etkenler

UM kullanan çocuk ve gençlerin daha yoksul ailelerden geldiği görülmektedir. UM kullananların aileleri genelde kalabalık ailelerdir. Göç eden ve kentin varoşlarında yaşayan aile çocuklarında UM kullanımının daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir

(102). Nüfusun çok ve fiziksel şartların kötü olması da madde kullanımı için bir risk olarak bulunmuştur. Yüksek suç işleme oranı yüksek olan ortamlarda madde kullanım oranı daha yüksektir. Ayrıca yaygın madde kullanımı olan ortamlarda ve maddeye ulaşmanın kolay olması da madde kullanım riskini artırmaktadır (21,102).

Toplumun uyuşturucu madde kullananlara karşı olumsuz tutumları ve bu kişilerin çeşitli yasa dışı eylemlerinin olması gibi nedenler bu kişilerin sosyal çevrelerinden giderek uzaklaşmalarına, madde kullanımını arttırmalarına ve toplum kurallarına aykırı davranmalarına neden olmaktadır (87,95,100). Koruyucu faktörler ile riskler arasında ilişki vardır. Koruyucu faktörler risk faktörlerinin etkilerinde yönlendirici olması yanı sıra risk faktörlerini de azaltır. Özellikle destekleyici aile akran baskısını azaltabilir. Risklerin belirlenmesi ve bilinmesi önleme çalışmaları için de önemlidir (22,115).

Belirtildiği gibi madde kullanımını etkileyen biyolojik, çevresel, kültürel, ailesel, kişisel özellikler gibi pek çok faktör vardır. Bunlar kişinin sosyal becerilerindeki eksiklikler, stres, anksiyete, düşük özgüven, psikolojik incinebilirlik vb faktörlerle bir arada bulunabilir (22,72).

Madde kullanımına etki eden değişkenleri özetlersek:

Fiziksel değişkenler: Yaş, cins, genel sağlık, genetik, fiziksel kısıtlılık, ırk.

Psikososyal değişkenler: Agresyon, anksiyete, sıkıntı, umutsuzluk, bilişsel işlevler, depresyon, gelişimsel düzey, genel sağlık düzeyi, dürtü kontrolü, entellektüalite, yalnızlık, kişilik bozuklukları, din, davranışlar, psikolojik uyum, risk alma davranışı, kendilik değeri, stress düzeyi, seksüel uyum.

Sosyal değişkenler: Kültür, eğitim düzeyi, ekonomik durum, etnik altyapı, evsizlik, major yaşam olayları, moral değerler, din, statü kaybı, fiziksel istismar, cinsel istismar, akran baskısı, sosyal satabilite, çete ilişkileri, ailede kayıp, suçluluk, boşanma, disfonksiyonel aile, ailenin suçlayıcı tavrı, sosyal destek ve tedavi deneyimleri.

Toplumsal değişkenler: Suç ve suçlulukla ilişkili faktörler, kültür, toplumsal yapı, ekonomi, etnik yapı, sağlık sistemi, hukuk sistemi, medya etkisi, profesyonel etik, profesyonel uygulama alanları, dinler, eğitim sistemi ve okullararası farklılıklar, sosyal kontrol, sosyal programlar, tedavinin ulaşılabilirliği.

Madde ile ilişkili değişkenler: Madde alışkanlığı, bağımlılık potansiyeli, ulaşılabilirlik, fiyatı, yasal sistem, kullanım metodu, kötüye kullanım, farmakolojisi ve toksikolojisi (65,72,100).

4.4.5. Ergenlikte Madde Kullanımını Etkileyen Dönemsel Değişkenler

Ergenlik “değişim”, “büyümek”, “başkalaşım” demektir. Ergen kelimesi “ermek” kökünden gelmekte ve ”üretici döneme giren” anlamında kullanılmaktadır (109). Ergenlik, biyolojik, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Dünya sağlık örgütü’ne göre, ergenlik 10-19 yaş dönemini kapsar. Bu dönem ülkemizde kızlarda 10-12, erkeklerde 12-14 yaşları arasında başlamaktadır. Ülkemiz nüfusunun %18.8’ini ergenler oluşturmaktadır (68).

Erikson’a göre, ergenlik dönemi “kimliğe karşı kimlik bocalaması” dönemidir ve bu yıllarda kimlik bunalımı yaşanmaktadır (109). Maddeyle karşılaşma da daha çok ergenlik döneminde olmaktadır. Bu dönemin özelliği ve oluşan biyo-psikososyal değişimler nedeniyle ergenlik riskli bir dönem olmaktadır (65). Fiziksel olarak yetişkinlere benzeseler de ergenler henüz bilişsel, emosyonel ve sosyal olarak yeterince olgunlaşmamışlardır. Gelişimsel dönem olarak ayrı bir kimlik oluşturma, bireysel ve sosyal ilişkiler kurma mücadelesinin olduğu bu dönemde ergenler pek çok davranış biçimini denerler. Madde kullanımı da bu davranışlardan biri olabilir (72). Ergenin sosyal becerilerinin yeterince gelişmemesi, kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir. Sosyal beceriler, döneme uyumu kolaylaştırmakta ve bu becerilerdeki yetersizlikler riskli davranışların gelişimini hızlandırmaktadır (68). Madde kullanımı ve bağımlılık prevalansı, 15-19 yaş arasında %3.3 ile %9.8 arasında değişmektedir (100).

Ergenlik döneminde kendine aşırı güven ve güvensizlik vardır ve gruba uyma arzusu yoğundur. Daha önce bahsedildiği gibi akran ilişkileri ve akran baskısı önemli bir etkidir ve sıklıkla aile içi iletişim sorunları bulunmaktadır. Ergenlik döneminde yasak olana duyulan merak madde kullanımına neden olabildiği gibi medyada kimlik oluşturma dönemindeki ergenlerde yanlış özdeşime ve çarpık özendirmeye zemin

hazırlayabilmektedir (2). Ergenlik döneminde aileden kopmayla beraber, farklılaşma çabaları, kabul görme, problemleri çözme, rahatlama amacıyla uyuşturucu madde kullanılmaya başlanmaktadır. Problem çözme yeteneğindeki yetersizlik, psikoaktif madde kullanımına zemin hazırlamaktadır. Çocukta edinilen travmatik deneyimlerin sonucunda gelişen üst benlik patolojisinin değersizlik ve suçluluk duygusuna, uyuşturucu madde kullanımı gibi kendine zarar veren davranışlara neden olduğu belirtilmektedir (39,50).

Mitic ve Mc Guire tarafından (88) 1684 ergen ile yapılan araştırmada UM kullananların sosyo ekonomik düzeyi ve akademik başarı düzeyinin düşük olduğu, aile içi iletişim ve okul problemleri olan ergenlerde daha fazla madde kullanımı görüldüğünü, akran etkisinin önemli olduğu ve anksiyeteyi azaltma amacının bulunduğu belirtilmiştir. Erkeklerde okul otoritesi ve parasal sorunlar, kızlarda ise karşı cinse nasıl göründükleri en önemli bir stres kaynağı olarak bulunmuştur.

1121 ergen ile yapılan bir araştırmada UMB olan ergenlerin, uyuşturucu madde kullanan diğer ergenlere göre daha fazla sosyal ve duygusal çökkünlük yaşadığı, bilişsel yetilerde bozukluk riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. UMB olan ergenlerde daha fazla anti sosyal davranış özellikleri görüldüğü, ayrıca sosyal fobinin ergenlerdeki alkol ve madde kullanımını attırdığı belirtilmektedir (39) .

Durmaz tarafından (39) yapılan çalışmada, uyuşturucu madde kullanan ergenlerin ortalama benlik saygısı değeri, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Uyuşturucu madde kullanan ergenlerde benlik saygısının, ergenlik döneminde görülen kendilik kavramı değişkenliklerinden etkilendiği gösterilmiştir. Ayrıca benlik sayısı azaldıkça insanlara duyulan güvende azalmaktadır. Araştırmaya göre uyuşturucu madde kullanan deney grubu ergenler, kontrol grubuna göre insanlara daha az güven duymaktadır. Ayrıca, ana-babası boşanmış veya ayrı yaşayan ergenlerde benlik saygısının daha da düşük olduğu gösterilmiştir. Benlik saygısı düşük olan ergenlerin, arkadaşlarından etkilenmeleri daha fazla olup öğrenimine devam edenlerin benlik saygısı, çalışmayan ve herhangi bir özel yetenek gerektirmeyen meslekte çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Öğrenimine devam etmek ergenlerde uyuşturucu madde kullanmayı önleyen önemli bir faktör olarak görülmektedir.

Ergenlerde madde kullanımı ile riskli davranışlar arasında bağlantı olduğu öne sürülmekte olup, riskli davranış gösteren ergenlerde madde kullanımı daha yaygın görülmektedir. Riskli davranışlar çocuk ve ergenin iyilik halerini tehdit eden ve sorumlu bir yetişkin olma potansiyellerini sınırlayan davranışlardır. Riskli davranışlar; şiddet eğilimi, sık kavgaya karışma, alkol-madde kullanımı, evden kaçma, kendine zarar verme, kesici alet taşıma, yalan söyleme vb davranışlardır. Bu davranışların nedenleri çok çeşitli olsa da beraberinde pek çok sorun getirirler. Riskli davranışların önlenmesine ve ergenleri korumaya yönelik uygulamalar gereklidir (22,99).

Ergenlerde madde kullanım düzeyi farklılık göstermekte olup, büyük çoğunluğu bir çok yetişkinle karşılaştırılabilir oranlarda alkol ve uyuşturucu kullanımı belirtileri göstermektedirler. Ergenler, önce yasal olan alkol sigara gibi maddeleri kullanmakta daha sonra, esrar ve diğer yasa dışı maddelere geçiş görülmektedir (40). Ergenlerde alkol-madde kullanımı erken yaşlarda başlayabilir ve tedaviye başladıkları dönemde yıllardır süren alkol ve uyuşturucu geçmişleri olabilir. Madde kullanan ve bağımlı hale gelen ergenlerin çoğunun kişilik özelliklerinde, davranışlarında büyük değişimler görülebilir (126).

Madde kullanımı ergenlerin gelişimsel görevlerini uygun bir şekilde yerine getirmelerini engellemektedir. Sonuçta okul başarısı etkilenir, %40 ve daha fazla oranda okulu bırakma görülebilir (85). İş, okul, aile gibi pek çok alanda sorunlarla karşılaşır. Sorunlar arttıkça madde kullanımı da artma gösterebilir. Madde kullanımı ile aile ve çevre ilişkileri, zihinsel ve bedensel gelişimleri olumsuz etkilenir ve sorun bağımlılık oluştuktan sonra fark edilebilir (7).

4.5. SOKAK ÇOCUKLARI VE MADDE KULLANIMI

Sokak çocukları ile ilgili çalışmaları olan Ögel'e göre; Son 20 yıldaki kentleşme sürecinde sanayileşme ile modernleşmeye çalışan insanlar acı ve zorluklar yaşamaktadır. Bu süreci kolaylaştıran bir etken olarak da varoşlar olmuştur. Bunlar kentsel ve kırsal kültürün çatıştığı alanlardır. İnsanlar, gündelik yaşamaya, günlerini kurtarmaya başlamışlar, giderek umutsuzluk artmış, kaderciliğin yaşamı otomatige bağlaması ile bireyin sorumluluğu elinden alınmıştır. Bu bağlamda UM kullananların yaşamlarının sorumluluğunu almaması, sadece basit bağımlı davranışının ötesinde sosyokültürel bir anlam da içermektedir (102).

Ögel'e göre: "Farklı yaşam biçimlerini görmek, varoşlarda yaşayan için gerçekte yüzleşme zamanıdır. Gerçeği görmesi, kayıp duygusuna ve ezilmişlik yaşamasına neden olur. Yaşamak artık bir keyif değil, bir acıdır. Bu haksızlıktır. İçindeki isyanı söndürmenin en kolay yolu ise uyuşturucudur. Amaçları kent içinde yaşamak ve er ya da geç ölmektir. "Çevreye verdikleri rahatsızlıktan dolayı" üzgün değildirler. Hatta, kenti tehdit ederler. Bir anlamda varoшта yaşamının hesabını dolaysız/nakit isterler. Kendisine karşı olan görüşlerin ne kadar olumsuz etkileneceğini düşünmez. Sokak aslında damsız bir yoksul evidir. Sokak soğuktur, sağlıksızdır, ama sokakta hiç olmazsa, her akşam eve alkollü gelen ve dayak atan bir baba yoktur"(102).

"Tinerici" sözcüğü varoştan kentin sokaklarına inen bu isyankar çocuklar için toplumun geliştirdiği ve olumsuz önyargı taşıyan bir kavramdır. Sokaktaki çocuklara para verilmesi onların sokakta yaşama davranışlarını pekiştiren bir durum olduğu, verilen para nedeniyle kurulan koruma merkezlerine başvurunun az olduğu ve böylece çocukların bir anlamda sokakta yaşamaya itildiği belirtilmektedir (95,111).

Sokak çocukları; ailelerinden kopmuş, sokağı ev edinmiş şekilde yaşayan korunmaya muhtaç çocuklardır. Bir kısmının aileleri ile ilişkileri devam etmektedir. Çoğunun eğitimi yarıda kalmıştır (111).

Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fonu (UNICEF), "risk altındaki çocuklar", "sokak çocukları" ve "sokaktaki çocuklar" olarak üç ana kategori belirlemiştir: En

büyük grup risk altındaki çocuklar kategorisidir. Bunlar kentli yoksulların çocuklarıdır ve sokak çocuklarının geldiği kaynağı oluşturmaktadırlar. Sokaktaki çocuklar, genellikle ailelerinin geçimlerine katkıda bulunmak amacıyla çalışmak için sokaklara çıkar ve gece olduğunda ailelerinin yanlarına dönerler. Bir kısmı yarı zamanlı olarak okula da devam etmektedir. Dünya genelinde, bu çocukların hepsi satıcılık gibi benzer işler yapmaktadır. Sokak çocukları için ise sokak ana yaşam alanıdır. Aile bağları bulunmakla beraber genelde zayıftır ve evlerini pek ziyaret etmezler. Aile bağları ölüm, yer değiştirme veya terkedilme durumları yüzünden tamamen kesilmiş de olabilir. Sokak çocukları bütün sokak çocukları içerisinde en küçük gruptur. Otoritenin reddi, saldırganlık, sınırların olmaması, şeklinde özetlenebilecek davranış özellikleri geliştirirler (74,111).

Dünyada yaklaşık 100 milyon sokak çocuğu bulunmaktadır. Brezilya, Kolombiya, Meksika, Filipinler, Endonezya ve Hindistan'da sokak çocuğu sayısı oldukça fazladır. İstismar öyküsü, çocukların sokağa gitmesinde hazırlayıcı etkenlerin başında gelir (95,111). Çocuklar sokakta pek çok risk ile karşı karşıya kalırlar. Yaşamak için dilencilik ve hırsızlık yapabilir, grup etkileşimi sonucu çetelere karışabilir, suça yönelebilirler. Sokakta yaşayan çocuklar için sokakta olmak suça yönelmenin ilk adımıdır. Sokakta geçen süre arttıkça suça yönelme ve madde kullanma riski artmaktadır (13,69). Soğuk, sağlıksız barınma ve beslenme şartları da pek çok probleme neden olabilirler. İstismardan kaçarken sokakta istismara uğrayabilir, şiddet görebilir (54,111,119). Stiffman tarafından yapılan (124) çalışmada evlerinden kaçmış 291 ergenin 141'i geçmişlerinde fiziksel ve cinsel istismarla karşılaştıklarını rapor etmişlerdir.

Sokak çocukları arasında özellikle UM kullanımı çok yaygındır. Bu çocukların en büyük büyük eksiklikleri güven olup, kolay kolay güvenmezler, bu çocuklarla ilişki kurmak ve güven kazanmak sabır ister. Aşağılayıcı ve dışlayıcı tepkiler nedeniyle insanlara karşı öfkeli olabilirler (111,102). Sokak çocuklarının ilgi ve konsantrasyonunun daha düşük ve kısa süreli olduğu belirtilmiş, eğitimde etkileşimli öğretim etkinlikleri yaşama dair örnekler ve tekrarlara yer verilmesi önerilmiştir. UM kullanımının erken yaşlarda başlaması dikkat çekicidir. Literatürde dört yaşındaki UM kullanıcısının rapor edildiği belirtilmektedir (107).

Greene ve ark. tarafından (54) yapılan çalışmada, evden kaçmış ve evsiz ergenlerin normal bir aile yaşantısına sahip olanlara daha fazla madde kullandığı, bulunmuştur. Smart ve ark. tarafından yapılan (120) çalışmaya göre, 1 yıl içerisinde Ontario'daki öğrencilerin %7.8'i en az bir kez evden kaçmış ve %5.6'sı en az bir kez evlerinden kovulmuştur. Bu öğrencilerin %4.8'i de evlerinden iki ya da daha fazla kez kaçmış veya kovulmuşlardır. Cohen ve ark tarafından yapılan (29) çalışmada ise sokak çocukları için psikososyal risk faktörleri araştırılmış ve 1015 ergen ile yapılan görüşmeler sonucu okuldan atılma, depresyon, madde kullanımı, erken yaşta cinsel deneyim ve fuhuşa zorlanma gibi riskli durumlar belirlenmiştir.

Ögel ve arkadaşları tarafından (101) "Sokakta Yaşayan Çocuklara Yönelik Psikososyal Destek Projesi" kapsamında yapılan çalışmada; sokakta yaşayan çocukların çoğunluğunun parçalanmış aileye sahip olduğu ve ailesinin göç ettiği, sokakta yaşayan çocukların yaklaşık % 72.8'inin aile üyelerinden fiziksel şiddet gördüğü ve madde kullanımı oranının % 78 olduğu bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerin çoğu maddeyi ilk kez sokakta yaşamaya başladıktan sonra kullanmaya başladığını belirtmiştir. Sokakta yaşayan çocuk/ergenlerin % 72.5'i suç işlediğini, % 52.6'sı ise yanında kesici alet ya da tabanca taşıdığını belirtmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu'nda yapılan bir çalışmada; sokakta çalışan çocukların sosyo ekonomik özellikleri incelendiğinde; çocukların annelerinin hepsinin ev kadını olduğu ve %60'ının okuma yazma bilmediği, ailelerinin %86'sının gecekonduda oturduğu, %54 ünün okulu bıraktığı belirlenmiştir (66).

Evsiz çocuk ve ergenlerin gereksinimleri ve yardım için bazı ülkelerde mobil servisler ve kriz merkezleri oluşturulmaktadır. Madde kullanımı sokak çocukları için sokak şartlarıyla baş etmek için bir yoldur. Bu çocuklar için tedavi hayal kırıklığı ile sonlanabilir. Bazı ergenlerde yeterli tedavi motivasyonu olmayabilir. Bunlar için kısa süreli arındırma/detoksifikasyon ve krize müdahale hizmeti sunulmaya tedavi motivasyonu arttırılmaya çalışılmaktadır (70,113).

4.6. TEDAVİ VE YAKLAŞIMLAR

UM kullanıcıları, diğer madde kullanıcılarına göre farklılıklar göstermektedir. Onlar genellikle; aile içi sorunlar yaşayan, kendilik değeri ve akademik başarıları düşük, bellek/öğrenme gibi bilişsel işlevleri zayıf olan çocuk ve ergenlerin ağırlıkta olduğu bir gruptur. Bunlar göz önüne alındığında diğer madde kullanıcılarının tedavilerinden daha komplike, daha fazla alana cevap vermek zorunda olan tedavilerdir (102).

Madde kullanımında tedaviyi yönlendirebilmek için kişinin madde kullanımının nedenlerini araştırmak önemlidir. Yine madde kullanımına bağlı ya da ilişkili olarak ortaya çıkan sağlık sorunları, öğrenme sorunları, aile sorunları tedavi sürecinde ele alınmalı ve ergen yaş grubuna özgü özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi planında kişinin stresle baş etme ve uyum sağlamaya yönelik becerileri geliştirilmelidir. Ailenin desteklenmesi ve sosyal aktivite programları önemlidir. Tedavi sürecinde ara değerlendirmeler yapılmalı ve bireysel tedavi programı bu değerlendirmelere göre yapılandırılmalıdır (17,100,107).

4.6.1. Tedavide Genel İlkeler

- Her bireye uygun tek bir tedavi yöntemi yoktur, maddeler kadar tedavi yöntemleri de çeşitlidir.
- Ergen bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli, psikolojik, sosyal ve tıbbi sorunların hepsi bir arada ele alınmalıdır.
- İlişki kurmak tedavinin en önemli parçasıdır. Ergen kararsız ya da maddeyi bırakmak istemiyor olabilir bu durumda sadece ilişki kurmak hedeflenmelidir.
- Aileyi tedavinin içine katmak çok önemlidir. Ancak kimi zaman çocuğun aileden uzak tutulması, tedavi şansını artırmaktadır.
- Tedavi programı süreklilik göstermeli ve değişen gereksinimlere uyum sağlayabilmeli, ergenlerle çalışmanın gereği olarak bir miktar esneklik payı olmalıdır.
- Kısa süreli tedavilerin etkinliği düşük olup süre uzadıkça başarı oranı artmaktadır.

- Madde bağımlılığında tedavi sonrası yineleme/nüks oranı yüksektir. Nüks olursa ergen tekrar tedavi için cesaretlendirilmelidir.
- Eşlik eden davranım bozukluğu, psikolojik travma gibi durumlar da tedavi planına alınmalıdır.
- Ergen maddeyi bırakmak istemiyorsa zararı azaltma yoluna gidilebilir.
- Ayaktan izlenmesi güç olan ergenler hastanede yatarak tedavi edilmelidir.
- Ergen madde kullanımı nedeniyle eleştirilmemelidir. Madde kullanımının yaşamı üzerindeki olumsuz etkisini anlamasına yardımcı olunmalıdır.
- Kendine güvenmesini sağlamak ve umut aşılama önemlidir.
- Yaşamıyla ilgili sorunların sorumluluğu ergenin kendisine bırakılmalıdır.
- Boş zamanları doldurulmalı, yeni ilgi alanları keşfetmesi için desteklenmelidir.
- Eğitime devam etmesi/tamamlaması için ergen desteklenmeli veya tedavi sonrası meslek edinmeye yönelik bir merkeze yönlendirilmelidir.
- Emretmek, mantıkla iknaya çalışmak ya da ahlaki açıklamalarda bulunmak olumsuz etkiye neden olmaktadır (21,95,100).

4.6.2. UM Kullananların Tedavisinde Özellikler

4.6.2.1. Maddeye Bağlı Özellikler

- UM kullanımı tedavisi, klasik madde bağımlılığı tedavisiyle benzerdir ve temel olarak aynı yöntemler uygulanmalıdır.
- Tedavi ekibinde iş motivasyonu sıklıkla düşer ve bu durum tedavide başarı oranını da etkilemektedir.
- UM kullananlarda maddeden arınma ve yoksunluk belirtileri daha uzun sürmekte olup, bunun sonucu madde kullanımına yönelik şiddetli istek (craving) oldukça önemli boyutlarda olmaktadır. Bu nedenle yineleme/nüks tedavinin ilk döneminde sık görülmektedir.
- UM kullanıcılarında nörolojik sorunlar ağırdır. Uçucu maddelerin yol açtığı hasarın geri dönüşümlü olup olmadığı bilinmemektedir. Ortaya çıkan nörolojik sorunlar nedeniyle maddeden arınma uzun süre gerektirir (56,100).

4.6.2.2. *Psikososyal Özellikler*

- UM kullanıcılarında, madde bağımlılığı ve kullanımı yanı sıra sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunların ağırlıklı olarak yaşanması tedaviyi zorlaştırmaktadır.
- Ailelerin de sorunlar yaşaması ve ergene gerekli desteği gösterememesi tedaviyi güçleştiren önemli etkenlerdendir.
- UM kullananların eğitim düzeyi genelde düşüktür.
- Kişilik ve davranış sorunları yaygındır.
- UM'ler yasal ve kolay ulaşılabilir ve ucuz maddelerdir.
- Özellikle sokakta yaşayan çocuklarda oluşan sokak kültürünün izlerini değiştirmek oldukça güçtür (102).

Tüm bu etkiler ile UM kullananlarda iyileşme zor ve geç olmaktadır. Gerçekçi hedefler ile sabırla çaba harcanmalıdır (96,100). UM kullanan ergenler akranlarına yakın dururken tedavi ekibine uzak durmayı tercih ederler. Bu nedenle tedavide akranlardan yararlanılabilir. Ancak akranlar bu konuda bilgilendirilmiş ve iyi bir eğitimden geçmiş olmalıdır. Ekipte yer alan akranlar tedavi ekibi tarafından izlenmeli ve sürekli olarak desteklenmelidir (102).

İlişkiyi kurma konusunda aceleci davranmamak gerekir. Özellikle başlangıçta bilişsel sorunlar ve dikkat eksikliği nedeniyle kısa süreli görüşmeler yapılmalıdır. UM kullanıcılarının tedaviyi bırakma oranları oldukça yüksektir. Bunun en önemli nedenleri arasında, şiddete eğilim göstermeleri, işbirliğine yakın olmamaları, kararsız ve otoriteye karşı olmalarıdır. Bu durum sabır ve tutarlı yaklaşımlarla düzelebilir. Tedavinin uzun süreli olması ve davranış değişikliğinin gerektiği tedavi ekibi tarafından unutulmamalıdır. UM kullananlarla çalışma sonucu tedavi ekibi yoğun tükenme yaşayabilir, ekibin desteklenmesi de büyük önem taşımaktadır (95,102).

UM kullanan ergenler, ergenlik döneminde sık görülen somut düşüncelere sahiptir. Bu düşünce tarzları, onlarla birlikte yaşayanları ve tedavi ekibini sinirlendirebilir. Tedavi ekibi, UM kullanımına eşlik eden bir çok sorunun olduğunu bilerek, vaka yönetimi şeklinde çalışmalıdır. Bu nedenle ekip, hem davranış tedavisini

bilmeli, hem de gelişimsel kavramlara hakim olmalıdır. Tıbbi, yasal, psikiyatrik, okul ve aile sorunlarının hepsi birlikte ele alınmaya çalışmalıdır. Akran baskısı ve arkadaş gruplarının etkisi gözden geçirilmeli olumlu akran gruplarında yer almasını sağlamak için ergen desteklenmelidir. Eşlik eden depresyon ve intihar riski gözden kaçırılmamalıdır. Eğer psikolojik travma öyküsü varsa, psikolojik travma tedavisi geç dönemde yapılmalıdır. Erken dönemde psikolojik travmanın gündeme gelmesi, ergenin bu sorunla baş etmek için tekrar madde kullanmasına yol açabilmektedir. UM kullanımını sürdüren ergenlerde zarar azaltma yöntemleri uygulanmalı kişi tedavi dışında bırakılmamalı ve sık görüşmelerle izlenmelidir (102).

Kronik UM kullanıcılarının tedavisi çok zor olmaktadır. Aileler yoğun hayal kırıklığı yaşamakta ve aile desteği de az olmaktadır. UM bağımlılığının tedavisi diğer madde programlarına göre daha özel ve karmaşık bir programdır. Bu alanda çalışanlarla yapılan görüşmelerde, UM tedavisinin diğer maddelerin tedavisinden çok daha zor olduğu, daha uzun sürdüğü ve tedavi başarısının daha düşük olduğu belirtilmiştir (14).

4.6.3. Tedavi Planını Etkileyen Faktörler

Tedavi sürecini planlarken ergene özgü değişkenler dikkate alınmaktadır. Tedavi sürecine etki eden faktörleri şöyle özetleyebiliriz:

- Kullanılan maddeler, süre ve miktarı
- Suç ve yasal problemler gibi davranışsal sorunlar
- Tıbbi sağlık sorunları, HIV, gebelik vb.
- Fiziksel/cinsel istismar, psikolojik travma öyküsü
- Eşlik eden psikiyatrik sorunlar
- Sosyal beceri düzeyi gibi gelişimsel durumlar
- Aile sistemi ve aile sorunları, ailede madde kullanım öyküsü
- Okul davranışı, akademik başarı düzeyi, öğrenme güçlükleri
- Mesleki beceriler
- Akran ilişkileri
- Boş zaman etkinlikleri, ilgi alanları
- Kültürel faktörler
- Bireysel risk faktörleri ve yinleme oluşma riski

Bu alanlarda geniş bilgi toplamak için görüşmeler yapılır. Tedavi planı yapılan bu görüşmeler sonucunda tanımlanan özel sorunlara göre şekillendirilir (116,125).

4.6.4. Tedavi Programı ve Kapsamı

Ergenler için bağımlılık tedavi merkezinde bulunması gereken kısımlar; yatakhane, yemekhane (mutfak), spor salonu, sınıf, uğraş terapi odası, grup terapi odası, oturma odası bulunmalıdır. Ortam eğitsel ve terapötik olmalı, iş-uğraş tedavisi, sanat terapisi, eğlence terapisine yer verilmeli, kurum dışı sosyal ve kültürel aktiviteler mutlaka uygulanmalıdır (21).

Tedavi ayaktan tedavi şeklinde ve yatarak olabilir. Ayaktan tedavi başarısız, kendine zarar verme riski yüksek ve yatarak tedavi dışında olanaklar uygun değilse yatarak yoğun tedavi programı uygulanır (21). Yataklı tedavi üniteleri kapalı servis şeklinde olabilir. Tedavide genel sağlık sorunları ele alınır, yaşam becerileri kazandırılır. Akademik gereksinimlerine uygun eğitim uygulanarak ve yaşam becerileri temelli ödevler ile davranış değişimi sağlanır, özgüven artırılır. Aile tedavi programına dahil edilir. Ortamın terapotik nitelikte olması, güvenliğin sağlanması ve madde girişini engellemek çok önemlidir (6,35,37,61). Tedaviyi ya da ekibi manipüle etme eğilimi görülebileceğinden dikkat edilmeli, ekip bilgi alışverişine önem vermelidir. Klinik kuralları basit ve anlaşılır olmalıdır. Davranış modifikasyonu için puanlama/ödüllendirme sistemi kullanılabilir, fakat negatif pekiştireç kullanılmaması önerilmektedir (94,116,125).

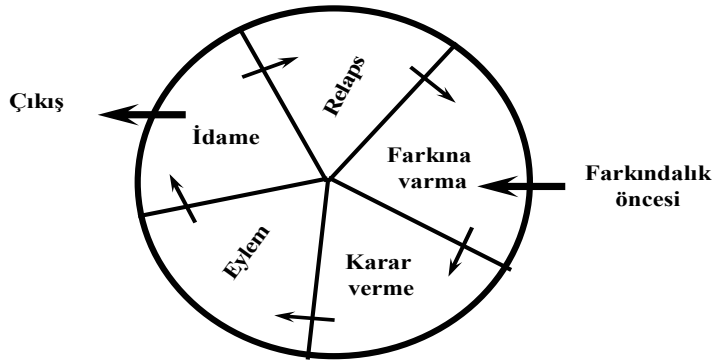
Tedavi kontratı önemli yer tutar. Hiçbir madde kullanmama, hiçbir agresyon göstermeme gibi kontratlar ideal gibi görünse de ergenlerin bu kontratı yerine getirmesi güç olabilir. Ergen ve aile ile yapılan görüşmeler ve değerlendirmeler sonucu ilk adım olarak nereden başlayabileceği beraberce planlanarak kontrat yapılır. Öncelikli amaç güven ilişkisi kurmak ve ergeni tedavi süreci içinde tutmaya çalışmaktır. Tedavi süreci olarak kısa süreli hastanede yatarak tedavi ve uzun süreli ayaktan tedavi önerilmektedir. Ön değerlendirmeden sonraki tedavi planında tanı gözden geçirilir ve eşlik eden psikiyatrik durumlar belirlenir. Her bir problem tanımlanarak listelenir daha sonra tedavi amaçları ve beklenen davranış değişiklikleri saptanır, riskler gözden geçirilir.

Amaçlara ulaşmak için stratejiler gözden geçirilerek planlanlama yapılır ve uygulanır. Tedavi süreci sürekli kayıt tutularak değerlendirilir (60,94,100,116).

Madde bağımlılığı tedavisinde psikoterapiler önemli yere sahiptir. Günlük grup oturumları çok önemlidir. Bağımlılık grupları ise paket programların uygulandığı eğitsel gruptur ve haftada bir oturum yapılır. Bireysel terapi ise bu alanda eğitim almış kişilerce haftada üç-dört kez yapılabilir. Bu oturumlarda ergenin kişisel duygu ve davranışsal problemleri ve madde kullanımıyla ilişkili sorunları üzerinde durulur. Depresyon ve anksiyeye azaltılmaya çalışılır, aile içi çatışmalar ele alınır (46,94,125). UM kullananlarda maddenin vücuttan atılması iki ay kadar sürdüğü için hastanede yatış süresi klasik tedaviden daha uzun olabilmektedir (116). UM kullanımında geri çekilme/yoksunluk belirtileri her vakada görülmemekle beraber uyku bozuklukları, sinirlilik, bulantı, taşikardi, varsanı ve sanrılar şeklinde olabilir. Geri çekilme belirtileri bir ay ve hatta daha uzun sürebilir. Bu dönemde özellikle yinleme/nüks oranı yüksektir (6,60). Yatarak tedavi sonrası ayaktan tedavi programına geçilir. Ayaktan tedavi programında yine grup terapisi, aile terapisi, psiko-sosyal beceri eğitimi, riskler hakkında bilgilendirme ve yinleme/nüks önleme planı yer alır (7,20).

Bağımlılıkta tedavi bir değişim sürecidir. Değişime hazır olmak bireyden bireye değişir. Ergenlerin değişime inanmalarını sağlamak önemlidir (100). Değişimin ilk basamağı kişinin kendine olan güveninin ve özdeğerinin artırılmasıdır. Daha sonra maddeyi bırakma yönünde isteği ve motivasyonu arttırılmaya çalışılır (12,94,100).

Şekil:1 Değişim Süreci



Şekil.1 deki çarkı açıklarsak; farkındalık öncesi dönemde ergen henüz değişime hazır değildir, farkındalık döneminde bir sorun olduğunun farkına varmıştır ama çelişki yaşamaktadır. Karar verme döneminde ise madde sorunuyla ilgili ciddi girişimlerde bulunması gerektiğini düşünmektedir. Eylem döneminde değişim için eyleme geçer, örn. maddeyi bırakır. İdame; değişimi devam ettirmek ve yineleme/nüksü önlemektir ama sürekliliği garantilemez. İdame dönemi sürdürülemez ise yineleme/nüks/relaps gelişir ve ergen madde kullanımına geri döner. Sabit bir duruma gelene kadar bu çark çevresinde birkaç kez dönmek doğal kabul edilmelidir. Örneğin; sigara içenlerde bırakma durumuna kadar bu dairenin çevresinde üç-yedi kez döndükleri bulunmuştur (12,100). Değişimde belirleyici olan pek çok faktör vardır. Bunlar; epidemiyolojik, biyolojik/kişisel özellikler, psikolojik faktörler, madde dozu, çevresel faktörler, aile özellikleri, terapist özellikleri vb. dır. Özellikle hasta ile tedavi ekibi/terapist ilişkisi değişimde önemli role sahiptir (18,73).

Kendini değiştirme modeline göre; kişinin yeterli baş etme kaynakları varsa değişim süreci arkadan gelmekte, fakat kaynakları sınırlı ise kişisel ve durumsal riskler artmaktadır. Tedavide istekli olan kişi daimi bir değişim olmaksızın madde kullanımını durdurabilir. Değişim için kişide motivasyonun sağlanması, baş etme kaynakları artırılarak davranışlarında bu yönde değişim sağlanması yeterli olabilir (18).

Tedaviye isteksiz ve çelişki yaşayan hastalar için motivasyonu sağlamaya yönelik program uygulanır. Tedavi için önemli bir unsur olan motivasyon “bir özellik değil, zamana göre değişiklik gösteren ve dış faktörlerden etkilenen içsel bir durum” olarak tanımlanır. Motivasyonel görüşme de empati gösterilmesi, çelişkilerin ortaya konması, tartışmadan kaçınma, dirençle çalışma/baş etme ve kendine yeterliliği destekleme önemlidir. Motivasyonu değerlendirmede söylenenlerden çok eylemler önemlidir (94,100)

4.6.5. Tedavide Yer Alan Uygulamalar

Tedavi programında yer alan tedavi yaklaşımları ve uygulamalardan başlıcaları şöyledir:

Bilinçlendirme/Madde isteği ile baş etme beceri eğitimi: Madde kullananların maddelerin etkileri ve zararları hakkındaki bilgi gereksinimi bulunduğundan maddelerin zararları konusunda bilgilendirme yapmak önemlidir. Özellikle tedavinin başlangıcında madde isteği yoğundur ama madde isteği ile baş etme öğrenilebilir. Madde kullanma dürtüsü için çevresel, fiziksel ve psikolojik işaretler tetikleyici olabilir ya da kişi neyin tetiklediğinin farkında olmayabilir. En önemli önleme stratejisi, kişisel tetikleyicileri fark etmek onlardan kaçınmaktır. Madde kullanma dürtüsü olduğunda onu yönetebilmek için, dikkati başka aktivitelere yönlendirmek, düşünceyi değiştirmek, maddenin zararlarını düşünmek ve sorunları başkalarıyla paylaşmak işe yarar yöntemlerdir. Kişinin maddenin etkileri, madde isteği ile başa çıkma becerileri ve riskli durumlar hakkındaki bilgi aktarımları ile bilinçlenme ve tedavi motivasyonunun artması ve yinelenmelerin önlenmesi sağlanabilir (100,115,131,141).

İletişim becerileri ve problem çözme eğitimi: Ergenler için iletişim becerisi akranlarıyla, ailesiyle ve öğretmenlerle olan ilişkileri açısından önemlidir. Uygun iletişim ve problem çözme becerisi ile potansiyel problemlilerle baş edilebilir, kayıplar ve incinmeler azalabilir. Problem çözme eğitiminde ise problemi tanımlama, çözüm seçeneklerini belirleme, seçeneklerin en uygun olanlarını seçme, rol oynama ve geri bildirim yer alır. Gerçek yaşam olayları bu eğitimlerde kullanılabilir (115).

Öfke ile baş etme beceri eğitimi: Öfkeyi farketmek ve baş etme becerisi ergenler için önemlidir. Aile ve öğretmenlerle olan çatışmalar, toplumsal kurallar, yasal sistem öfke kaynağıdır. Öfke kendine ve başkalarına zarar vermeye neden olabilir. Öfke duygusunu ve öfkeye neden olan içsel ve dışsal tetikleyicileri tanımak, öfkeyle baş etmeyi, öfkeyi kontrol etmeyi ve gırışkenliği öğretmek önemlidir (78,115,141). Öfke ile yinelenme/nüks arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Öfkeye neden olan pek çok faktör vardır ve kişinin öfkeyi ve öfkenin işaretlerini tanıması çok önemlidir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) modeli uygulanabilir, bu model ile duygu-düşünce ve davranış arasındaki bağlantılar öğretilir. MSS hasarı nedeniyle strese duyarlılık artabilir ve

geri çekilme belirtileri nedeniyle agresyon görülebilir. Bazı madde kullanıcıları maddeyi kendi kendini tedavi (self medikasyon) amacıyla kullanabilir ve bu durumda öfke maddeye yeniden başlamaya neden olabilir. Bu döngüyü kırmak için beceri geliştirmeye yönelik eğitimlerin payı büyüktür. Bir süre sonra baş etme stratejileri kullanıldıkça strese karşı direnç gelişmeye başlayacaktır (27).

Madde teklifini reddetme beceri eğitimi: Ergenlerde akran grubun rolü önemlidir ve akran baskısı direkt ve dolaylı olabilir. Ergenin akran baskısına karşı koyması ve madde teklifine hayır demesi için rol play kullanılabilir, madde teklifi karşısında yapılacaklar ele alınır ve tartışılır (95,115).

Yineleme/Nüks önleme: Madde kullanan ergenler her zaman maddesiz yaşamını tehdit edebilecek durumlarla karşılaşabilir. Yineleme riskini arttıran pozitif veya negatif stres kaynakları olabilir. Terapist ergene madde isteğine neden olan durumları tanımlatmalı, riskli durumlarla baş etmek için özel becerileri tartışmalı, planlanmalı ve ergen cesaretlendirilmelidir. Öfke kontrolü kazandırılmaya, ergenin riskleri tanınması ve yaşamını yeniden düzenlenmesine çalışılır. Duygulanım düzenlemesi de yinelemeyi önlemede önemlidir. Yeniden madde kullanma sonrasında hemen maddeden ve ortamdan uzaklaşması ve yardım istemesi yönünde eğitilmeli ve yinelemenin önlenmesi için madde kullanım sürecini analiz etmesi yönünde cesaretlendirilmelidir (26,76,115,131).

Yineleme tutum değişikliği sürecidir, madde bağımlılığı tedavisi yineleme ve düzelme dönemleri ile karakterizedir (60). Bu nedenle yineleme, bağımlılarda sık görülen, önlenmesi ve üstünde önemle durulması gereken bir durumdur. Yinelemeyi etkileyen olumsuz duygu ve düşünceler, sosyal baskılar, çatışmalar gibi nedenler ve pek çok değişken bulunmaktadır. Bağımlılığın şiddeti, maddenin kullanım süresi ve miktarı da etkili olmaktadır (73,83,100,122). Antisosyal kişilik yapısının yinelemeyi kolaylaştırdığı ve riskli durumlara uygun bilişsel yanıt verenlerde ve yeterlilik duygusu olanlarda yineleme oranlarının düştüğünden bahsedilmektedir (62).

Maddeden uzak kalma sonrasında, kontrol kaybı sonucu yeniden madde kullanımı sık yaşanan bir durumdur. %70-90 arası oranda hastanın bir yıllık dönemde

aynı maddeyi kullandığı belirtilmektedir. Madde kullananların yineleme ile baş etme stratejilerine, süreklilik taşıyan planlara ve zarar azaltma girişimlerine gereksinimleri vardır. Ergenlerde yineleme/nüks önleme yetişkinlere göre daha zor olmaktadır. Yineleme ergenin yaptığı hataları görmesini sağlayabilir (7,132).

Maddenin bir kez kullanılmasının bile kontrol kaybı duygusu yaşattığı ve yinelemeye neden olduğu, bir hata sonucu madde kullanımı ile (kayma/slip) kontrol kaybı duygusu yaşanmaz ve düzeltici tedbirler alınırsa yineleme/nüks oluşmayacağı belirtilmektedir. Bu görüşe göre kişinin yaptığı bu hataya verdiği duygusal ve bilişsel tepkileri farketmesine yardımcı olunursa ve tedavide hata yapma olasılığına yer ayrılırsa kişi kontrol kaybı duygusu yaşamaz ve yineleme önlenir (127).

Yinelemeyi anlamada sosyal öğrenme teorisi de önemlidir; Bu teoriye göre maddeyi bırakan kişi kendisi için risk oluşturan durumlarla ve stresörlerle karşılaşır ve madde kullanmadan durumu kontrol altında tutmaya çalışır. Baş etme becerisi yetersiz kaldığında madde kullanımı gerçekleşir, suçluluk ve yetersizlik duygusu yaşanabilir. Baş etmede başarılı olduğunda ise kendine olan güveni ve umudu daha da artacaktır (91,127,132). Kişi zorlandığında ya da madde kullanımı olduğunda ne yapması gerektiğini öğrenmesi, riskli durumları tanıması ve risklerden kaçınması için sosyal beceri eğitimleri önemlidir. Eğitim korku, suçluluk ve utancı azaltır, umudu sağlar, eğitim programları ile kişinin tedavide etkin halde tutulması sağlanabilir (7,132).

Günlük grup oturumu: Ergenlerin kendilerine odaklandıkları günlük grup oturumlarıdır. Günlük grup oturumu; semptomları azaltma, kişiler arası ilişkileri geliştirme, sosyal işlevsellik kayıplarını giderme, uygunsuz davranışları düzeltme, güven ortamı oluşturma, tedaviyi bırakma davranışlarını azaltma, kendine zarar verme davranışlarını azaltma, duygu ve davranışlarının farkına varmasını sağlama, içgörü geliştirme ve özgüveni artırma gibi amaçlara yöneliktir (100,20).

Davranış tedavisi: Davranış değişimi tedavide çok önemlidir. Madde kullanımı ile ilişkili sorun davranışların değişimine yönelik uygulamalardır. Ortam davranış değişimine yönelik düzenlenerek davranış değişimi sağlanabilir. Puanlama ve ödüllendirme (pozitif pekiştirici) kullanılabilir (37,61).

Fiziksel değerlendirme: Ergenin fiziksel sağlık durumu değerlendirilip, madde kullanımı ile ilişkili ve diğer sağlık sorunlarının giderilmesine çalışılır ve fiziksel gelişiminin arttırılmasına yardım edilir(102).

Genel Sağlık eğitimi: Sağlığı geliştirme ve farkındalık kazandırmaya yönelik eğitim uygulanmalıdır. Hijyen, beslenme, cinsel gelişim gibi konuları kapsamaktadır (57).

Boş zaman becerileri: Fiziksel aktiviteler, kapalı alan aktiviteleri gibi aktiviteler ile boş zaman değerlendirilir. Sosyal aktivitelere, gezilere ve eğlenceye yönelik aktivitelere de yer verilir. Ayrıca seramik, el sanatları, zeka oyunları gibi kişisel yeteneklere uygun aktivitelerde uygulanır (20).

Aile tedavisi: Ailelerin tedavi sürecine katılmaları çok önemlidir. Uygulanacak bireysel danışmanlığın yanı sıra ailenin eğitim gruplarına katılımı gereklidir. Madde bağımlısı bir ergene sahip olmak, aile için bağımlılığın tüm sonuçlarını da yaşamak demektir. Aile bağımlılığa uyum sağlamaya çalışır ama bağımlılıktan yakından aile aynı zamanda bağımlılığı yetiştirmeye ve büyümeye de başlar. Tüm bu nedenlerden dolayı bağımlılığın bir “aile hastalığı” olduğu da ileri sürülmüştür. Ana-babanın yapması ve yapmaması gerekenler bağımlılığının tedavisinde büyük önem taşır. Ailenin neler yaşadığını anlamak aileye yardım için önemlidir. Ailede öncelikle hayal kırıklığı, suçluluk, inkar ardından ümitsizlik, şaşkınlık, öfke ve korku hissetme gibi kayıp belirtileri görülür (36,37,102).

Ailenin yapması gerekenler:

- Onun farklı olduğunu kabullenmek
- Duyguları kontrol etmek
- Sınırları koymak
- Sorumluluğunu almasını sağlamak
- Beklentilerini düşürmek
- Yeni beceriler kazanmak
- Yeni stratejiler geliştirmek
- İlk adımı atan olmak

- Çocukla iletişimin kalitesini artırmak
- Hayatı sürdürmek
- Çatışmaları çözmek
- Onu anlamak
- Onu desteklemek

Ailenin düzelmesi ya da ebeveynlerde sağlanacak gelişmeler tedaviyi hızlandıran ve kolaylaştıran en önemli etkenlerdir. Bu nedenle aile tedavi programına mutlaka dahil edilmelidir. Fakat sokakta yaşamaya başlayan çocuklarda aile sorunları daha derinleştiği için, aile sorunlarında başarı oranı daha düşük olmaktadır (102).

Bilişsel davranışçı tedavi (BDT): BDT kısa ve etkin bir teknik olarak bağımlılık tedavisinde önemli yere sahiptir; 12-16 seans arasında değişen BDT’de başlangıçta madde kullanımını tetikleyen faktörler, kişisel beceri düzeyi, maddenin etkileri, rolü ve ergenin ilgi alanları vb değerlendirilir. Bu model kapsamında davranışçı özdenetim eğitimi, stresle baş etme eğitimi, madde isteği ile baş etme eğitimi, yinleme/nüks önleme programı uygulanır. BDT’de ergenin olay-duygu-davranış arasındaki bağı anlamasına çalışılır, bilişsel çarpıtmaların farkedilmesi ve değiştirmesi, olumsuz düşünceler için alternatif düşünce geliştirilmesi yönünde çalışılır. Engellenme eşiği genelde düşük olan ve tepkisel davranma eğilimi olan bağımlılar kendilerine ve çevrelerine zarar verici davranabilirler. Bu olumsuz davranışları için içgörü kazandırılıp, engelleri çözülmesi gereken problem olarak görmesi yönünde geliştirilmeye çalışılır. Çünkü madde isteğinden çok madde isteğine neden olan sorunlar ve inanışlar önemlidir. Bu model ile ergenin olumsuz duygularla baş etmek için madde kullanımından kaçınarak etkin yöntemler bulmasına ve keyif veren uygun seçenekleri yapılandırmasına yardımcı olur (12,33,75,94).

Kısa süreli (Brief) terapi: Süreç odaklı olarak uygulanan değişim stratejileri ile kısa sürede davranış değişimi sağlanmaya çalışılır. Kısa süreli terapi modelinde; yinlemelere neden olan problemler gözden geçirilir, riskli durumlarla ve sorunlarla baş etme stratejileri geliştirmesine, özgüveni ve yeterlilik duygusu arttırılmaya çalışılır, kişisel güçlükleri ele alınır, yardım gruplarına yönlendirilir (12). Ergenin işlevselliği öğrenme bozuklukları ya da madde kullanımından kaynaklı eğitime erişememe durumu

yüzünden yavaş olabilir. Öğrenme zorlukları görülebilir. Tedavi planı dahilinde özel eğitim hizmeti de sunulmalıdır (126).

Bahsedilen tedavi uygulamalarına ek olarak madde kullanımını önleme ve tedavide ergene karar alma yeteneklerini kazandırmak önemlidir. Ergen için, aldığı kararlardan ve onların sonuçlarından sorumlu olmayı anlamak yararlıdır. Karar alma sürecinde kazanılan kendine saygı ve güvenin, madde kullanımını azalttığı gösterilmiştir. Kazanılan karar alma yeteneği, ergenin sorunlarını daha iyi çözmesini, hayallerine daha olumlu yoğunlaşmasını sağlayarak, can sıkıntısını ve yetersizlik duygusunu azaltır (10).

UM kullanımı sorununu çözmek basit değildir. Çünkü UM dışında diğer maddelerin kullanımı söz konusu olup ve etnik-toplumsal gruplara göre farklılıklar mevcuttur (10). Ayaktan tedavi programı devam ederken ergenin çevresinde de değişiklikler yapılmalı, özellikle madde kültüründen uzak kalması sağlanmalıdır. Gerekirse giyim tarzı, dinlediği müzik tarzı vb değiştirilmesi önerilir. Tedavi sürecinde ergen ile ekip arasında çatışmalar görülebilir. Ergen sınırları test edebilir, güç kullanabilir, kendine ve çevresine zarar verebilir. Ekibin sık sık bir araya gelip vaka tartışması yapması ve günlük bilgi alışverişini ve işbirliğini sağlaması gereklidir (100,125).

Tedavi sürecinde madde isteği yaşayan veya tedaviden vazgeçen işbirliksiz ergenlerle de sık karşılaşılır. Ergen hazır olduğunda tekrar tedaviye gelebileceği mesajı açık olarak verilmeli, sakın yapıcı olmalı, öfke duygusu kontrol edilmelidir. Tedaviyi reddeden ergen muhtemelen yineleme/nüks yaşayacaktır. Böylece yanlışlarını görme ve kendini değerlendirme fırsatı bulabilir ve tekrar tedavi için gelebilir. Yine suç işlemiş ergenler tedavi seçeneğini manipule edebilir, tedavi motivasyonu düşenler diğer ergenleri olumsuz etkileyebilir. (60).

4.7. MADDE ÖNLEME VE EĞİTİM PROGRAMLARI

Sokakta yaşayan ve madde kullanan çocuk/ergenlerin tedavisi zordur ve çaba gerektirmektedir. Başarı oranı ise çabaya kıyasla düşük olabilir (2,102). Bu nedenle madde kullanımı ve sokak yaşamı başlamadan önlemler alarak, madde kullanımını ve evden kaçmaları önlemek çok daha etkin bir mücadele olmaktadır. Bunun için riskli altındaki çocuklara yönelik önleme programları geliştirilmektedir.

Henüz madde ile tanışmamış grupta madde kullanımını engellemek, maddeyi denemiş olanlarda ise bağımlılığı önlemek temel hedeftir. Okulda eğitim, medya yoluyla eğitim ve koruyucu programlar önceliklidir. Eğitimlerde işitsel görsel materyal kullanılmalı ve maddeye özendirici ve merak uyandırıcı olmayan bir içerik sunulmalıdır. Eğitimcilerin eğitimi ve aile hekimlerinin eğitilmesi öncelikli olmalıdır (2). Önlemeye yönelik madde eğitimi faaliyetlerinin çoğu son yıllara aittir. Fakat madde eğitim programlarının artmasına rağmen ergenler arasında madde kullanım oranı gittikçe arttığı ve önlemeye yönelik eğitimlerin yeterince etkili olmadığı öne sürülmektedir (28,107).

Önleme programlarının tarihsel gelişim sürecine bakıldığında; 1960'larda önlemeye yönelik bilgilendirme programlarının uygulandığı fakat etkili olmadığı belirtilmiştir. 1970'lerde duygulanıma yönelik eğitim yaklaşımı ile özgüveni geliştirmeye yönelik programlar, 1980'lerde ise bilişsel davranışçı stratejiler ve beceri geliştirme programları uygulanmıştır. Bilişsel davranışçı programların daha etkili olduğu savunulmaktadır. Önleme programları yanı sıra tedavi sürecinde de eğitim ve beceri geliştirme programlarına büyük önem verilmektedir (114).

4.7.1. Önleme

Önleme, bireylerin madde kullanmasını ve eğer kullandıysa bağımlı hale gelmesini engellemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilen addır. Tüm dünyada önleme programları giderek önem kazanmaktadır. Çünkü; bağımlılık, geliştikten sonra tedavisi oldukça güç olmaktadır. Bireylerin bağımlılıktan kurtulma isteği tedavinin başarısını etkileyen en önemli faktördür ancak buna rağmen tamamen

maddesiz bir yaşamı başarma oranı oldukça düşüktür. Bağımlılığın getirdiği sosyal ve ekonomik zorluklar sonucu insanlar yasal olmayan eylemler ile suç işleyebilmektedir. Madde kullananlar kullanmayanlara kötü örnek oluşturmakta ve yeni kullanıcıların ortaya çıkışını kolaylaştırabilmektedir. Altı ay ve daha uzun süren tedavilerin madde bağımlılığında daha etkin olduğu gösterilmiştir. Uygulanan uzun süreli tedavilerin topluma maliyeti ise yüksek olmakta ve kaynak sağlamak güç olmaktadır. Her türlü önleme programı maliyetinin, tedavi maliyetinden daha düşük olduğu gözlenmiştir. İyileştikten sonra yinleme/nüks oranı ise çok yüksektir. Bireyin tekrar madde kullanmaya başlamasını etkileyen pek çok etken olup tüm bu etkenleri en az düzeye indirmek oldukça ciddi bir uğraş ve uzun süreli danışmanlık hizmeti gerekmektedir. (91,100,114).

Önlemede riskleri tanımlamak önemli bir adımdır. UM kullanımının başlama yaşı ortalama 13 olduğu için önleme programlarının ergenlik öncesi dönemde başlaması gerektiği belirtilmektedir (91). Risk grubundaki ergenlerin tanınması önemlidir.

Riskli altındaki çocuk ve ergenler şunlardır:

- Okul başarısı ve devamı düşük olanlar
- Ailesinde madde kullanımı olanlar
- Madde deneyen ya da kullanan çocuklar
- Kaotik aile ortamı olanlar
- Anne baba ayrı ya da birinin kaybı olan ve sağlıklı aile düzeni olmayanlar
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu olanlar
- Suç işleyenler
- Sık sık evden kaçanlar
- İstismara uğrayanlar
- Agresif ve şiddet davranışı gösterenler
- Sokakta çalışanlar (29,102).

Riskli çocukların yakından izlenmesi ve uygun girişimlerin yapılması gereklidir. Ancak sadece bu çocuklar için girişimde bulunmak yeterli değildir. Bu çocuklar aileleri ile birlikte ele alınmalı, ana-babalara yönelik girişimlere de yer verilmelidir. Bir diğer önemli nokta ise, sokakta yeni yaşamaya başlayan çocuklara erken dönemde müdahale edilmesidir (95).

Önleme programlarında genel amaçlar; uyuşturucu maddeler hakkında bilgilenmenin sağlanması, risklerin tanıtılması, sorumluluk duygusu ve karar verme becerisinin arttırılması, sıkıntıyı azaltmak için alternatifler sunulması, sosyal etkinlik düzeyinin arttırılması, maddeye hayır deme becerileri geliştirilmesi, davranış değişimi sağlanması, iletişim ve sosyal becerilerin artırılma ve madde isteği ile baş etme becerileri kazandırılmasıdır. Madde kullanımı ile mücadele ve koruma çalışmalarında üç önleme yöntemi vardır (113). *Bunlar:*

Birincil önleme: Burada hedef henüz hiç madde kullanmamış ama risk taşıyan gruplardır (ergenler, işyerleri vb). Eğitim yolu ile madde kullanımının engellenmesine çalışılmaktadır. Kitle iletişim araçlarının bu amaçla kullanımı önem taşımaktadır.

İkincil önleme: Bu aşama erken tanı koymayı, bağımlılık gelişmeden önlemlerin alınmasını içerir.

Üçüncül önleme: Bu aşamada amaç madde kullanan kişilerin madde kullanmayı bırakması ve bıraktıktan sonra tekrar bu maddeleri kullanmaya başlamasının önlenmesidir. Bunun bir diğer parçası ise, madde kullanımı ile ortaya çıkan zararların önlenmesidir. Bulaşıcı enfeksiyonlardan korunmaya, suça iten nedenleri azaltmaya ve zararları en az düzeye indirmeye çalışılır (113,127).

4.7.2. Önleme Çalışmaları

Önlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yürütülmektedir.

Bilgilendirme: Madde kullanımının etkileri ve sonuçları hakkında insanları bilgilendirmek, yanlış inanışları düzeltmek ve madde kullanan insanlara karşı olumsuz tavır gidermek amaçlarını taşır.

Eğitim: Programlı eğitim yaklaşımı standart biçimde hazırlanmış paket eğitim programlarının uygulanmasını içerir. Uyuşturucu madde konusunda eğitimin diğer dersler ya da genel sağlık eğitimi içinde yer almasının çok daha etkili olduğu bildirilmektedir. Bireysel gelişimi sağlama yaklaşımlarında ise amaç bireyin, kendine olan güvenini ve sosyal becerilerini artırmak, karar verme yetisini geliştirmek, sorunları ile baş etmesini öğretmek, kişiler arası ilişkilerini düzenlemektir.

Toplumsal çalışmalar: Toplumsal çalışmalar tüm topluma yönelik etkinlikleri kapsamaktadır. Bunlar içinde, kamuoyuna yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmaları, kamuoyunda madde karşıtı bir değer geliştirmek sayılabilir. Sivil toplum kuruluşlarının

desteği ve danışma merkezlerinin kurulması da toplumun bilinçlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır (35,113).

Önleme ve korumaya yönelik çalışmalar için eğitim çalışmalarının yanısıra; yasal düzenlemeler yapılması gerekebilir. Uçucu maddelerin yasaklanması, suç kapsamına alınması, kötüye kullanımı söz konusu maddelerden bağımlılık yapıcı maddelerin ayrıştırılması ya da irrite edici katkı maddeleri katılması, bu maddelerin üzerine uyarıcı tehlike işaretleri konulması, günlük yaşamda kullanılan maddelerin satışını ruhsata bağlamak ve satışı için yaş sınırı getirmekle önleme sağlanabilir. Araştırma bulguları maddenin elde edilebilirliği kolaylaştıkça kullanımının arttığı yönündedir (35,134).

Süreklilik sağlanmadığı sürece önleme çalışmalarının başarısızlıkla sonuçlanması kaçınılmaz olmaktadır. Anlık etkinliklerin, kampanyaların başarılı olamadığı gösterilmiştir. Gönüllü insanların bu çalışmalarda yer alması başarıyı artırmaktadır. Risk gruplarını oluşturan ergenlerin doğrudan etkinlikler içinde yer almasının sağlanması başarıyı artırmaktadır. Kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulması ve kültüre uygun mesajların seçilmesi ve önemlidir. Aileler ve okullarda öğretmenler eğitim programlarına dahil edilerek madde kullanımına ilişkin eğitilmelidir (7,11,28,57).

6.7.3. Önleme Programları

Önleme programlarında; eğitici özellikleri, okulun maddeye yönelik politikaları, aile ve toplum desteği ve beceri geliştirme programları önemlidir. İletişim becerileri, problem çözme becerisi, stresle baş etme becerisi, sağlık eğitimi, kişisel yeterlilik gibi beceriler geliştirilmeli, ders dışı etkinlikler düzenlenmelidir (113).

İlkoğretimin son dönemi madde eğitimi için kritik bir dönemdir, bu nedenle daha erken yaşlarda önleme programları başlatılmalıdır. İlköğretimin son yıllarındaki öğrencilerin eğitimlerden faydalanmış olsa da maddenin tehlikelerini abartılı bulduğu belirtilmektedir. Eğitimler genelde projelendirilerek bu konudaki profesyoneller tarafından yapılmalıdır. Son yıllardaki araştırmalar daha çok program geliştirilmesi, sınıf öğretmenlerinin bilgilendirilmesi, riskli durumların tanımlanması, madde önlemeye yönelik beceri kazandırma programlarını kapsamaktadır (108).

Eğiticilerin eğitimi oturumlarında ele alınan bazı konular şöyledir:

- Madde kullanımının nedenleri
- Medyanın etkisi
- Bireysel faktörler ve çevre
- Bağımlılığın biyolojik temelleri
- Beklentiler ve duygusal arayışın rolü
- Esnekliğin kazandırılması
- Kişisel sorumlukların kazandırılması ve değişim süreci
- Hedef koyma ve karar verme gibi kişisel becerilerin yapılandırılması
- Sosyal izolasyon için stratejiler
- Olumsuz düşünceleri olumluya çevirmeye yönelik stratejiler (51).

Bazı modeller madde önleme eğitimlerinde kullanılmaktadır. Psikologlar tarafından 1950'lerde geliştirilen *sağlık inanç modeli*, risk azaltma, bilgilendirme, motive etmeye yönelik bir modeldir. Madde kullanma davranışını önlemeye yönelik uygulanmakta ve sağlığı koruma davranışlarının önemini vurgulamaktadır(31,52). *Yetkilendirme modeli*; toplum temelli planlanmış süreçlerdir. Bu program öğrencilere kendi kritik rolünü göstermeye yöneliktir. Çevre ve kişi bütünsel olarak ele alınır. Problemleri farketme ve tanımlama, anahtar roldeki liderlerle işbirliği sağlamak, öğrencilerin destek sistemleriyle bağlantısını sağlamak, öğrencilerin kendileri arasındaki etkileşimlerinin rolünü göstermek, kişisel becerileri arttırmak, toplumsal duyarlılığı sağlamak, değişim sürecini değerlendirmek gibi konulara yönelik programdır (31).

Problem davranışları önlemek için 21+7 oturumluk *okul ve toplum programları* (All Stars) ve *kendini yönetme ve direnç programları* (SMART) madde kullanımını önlemede sistematik müdahalelerle etkili olan ve sürdürülen programlardır (55). Uluslararası madde bağımlılığı örgütünün (NIDA) sponsor olduğu madde önleme eğitiminin sonuçları değerlendirildiğinde, alkol, sigara ve diğer madde kullanımına olan etkileri açısından anlamlı farklar bulunmuştur. Özellikle inançları normalleştirme, sorumluluk kazandırma ve riskli davranışları azaltmada eğitim etkili bulunmuştur. Ayrıca sonuçlar ailenin madde kullanımından korunmada önemli rol oynadığını

göstermektedir. NİDA'nın sponsor olduğu *okul ve toplum programları* (All Stars) ile *madde kullanımına direnç kazanma eğitimi* (Drug Abuse Resistance Education-DARE) programı karşılaştırıldığında *okul ve toplum programları* daha etkili bulunmuştur (38,55). Okul ve toplum programlarında aile ve ergen odaklı programlar bulunmaktadır:

Ailenin dahil olduğu okul odaklı program; öğretmen öğrenci ile bire bir görüşmeler yapar ve kayıt tutar, öğrenci bilişsel davranışçı gruba dahil edilir daha sonra da aile de programa katılır. Akademik performans, değerlendirme kriteri olarak alınır.

Aile odaklı okul bağlantılı program; seri görüşmeler ile aile tarafından öğrenci değerlendirilir. Vaka merkezli olarak problem davranışlar, madde kullanımı, aile içi çatışmalar vb ele alınır. 3-12 ay arası görüşmeler devam edebilir. Etkileri uzun vadede görülmektedir.

-Okul-aile odaklı ergen programı; Madde kullanımını engellemede okul başarısını arttırmak etkin bir stratejidir. Program değerlendirildiğinde programa katılan grupta okul başarısı ve sosyal gelişimin arttığı, okula devamsızlık ve madde kullanımının azaldığı saptanmıştır (23).

Madde kullanımına direnç kazanma eğitimi (DARE), önleme programları içinde oldukça tartışılmaktadır. Maddenin zararları, akran baskısına karşı koyma gibi konuların ele alındığı programının riskli davranışlara yatkın olan ergenleri etkileyebileceği düşünülmüştür. Fakat öğrencilerin madde konusundaki bilgisini arttırmasına rağmen madde ilgili davranışlarda önemli bir değişim sağlanamadığı öne sürülmektedir. Bilgilendirme programları yanı sıra psikososyal beceri geliştirmeye yönelik uygulamalara ve davranış değişimine yönelik programlara yer verilirse etkinliğin önemli ölçüde artacağı ileri sürülmektedir (21,24,36). ABD'de 36 okulda önleme programı olarak uygulanan 80 saatlik *Madde kullanımına direnç kazanma eğitimi* (DARE) programının öğrencilerde madde kullanımını önlemede etkili olmadığı, fakat kırsal alandaki okullarda daha etkili olduğu belirtilmektedir (43).

Ergen yeniden bağlantı programı (Reconnecting Youth-RY) maddeye duyulan gereksinimini azaltmak, okul performansını arttırmak, stres düzeyini azaltmak gibi amaçlarla iletişim becerileri, karar verme, özdenetim sağlama gibi kişisel faktörlerin

geliştirilmesi, risklerin azaltılması ve bu yönde öğretmen ve akran gruplarının cesaretlendirilmesi, kişisel kaynaklarının bilinmesi ve atırılmasına yöneliktir. Okul odaklı, birey odaklı ve akran dikkatini çekme odaklı olarak üç farklı görüşme programı vardır. Risk oranı yüksek ergenler için kriz planlaması yapılır. 20 hafta devam eden *ergen yeniden bağlantı programı* (RY) programlarının etkinliği değerlendirildiğinde ergenlerde, okulu bırakma oranı azalmış, madde kullanımında kontrol sağlanmış ve riskli gruplarda madde gereksinimi azalmış olup eski madde kullanıcılarının akran gruplarından daha çok etkilendiği bulunmuştur. Program sonrası ergenlerde madde kullanımı ve riskli davranışlar azalmış, özsaygı artmış, arkadaş grubunun olumsuz etkileri azalmış, stres ve öfke kontrol problemi azalmış, özdenetim ve sosyal destek artmıştır (40).

Okullarda yapılan önlemeye yönelik eğitim programları çok yaygındır. Eğitim sonunda öğrencilerde bilgi üzerine olumlu etkileri olmuş fakat madde kullanma davranışlarını değiştirmede eğitim programları yetersiz kalmıştır. Eğitimlerde akran gruplara yer vermenin daha etkin olduğu ve eğitime gönüllü katılanlarda madde kullanımında azalma olduğu belirtilmiştir (11). Son yıllarda üniversite kampüslerinde de tutum değerlendirme ve önleme amaçlı eğitim programları uygulanmaktadır (90).

Newman ve ark tarafından (118) yapılan çalışmada, problem davranış kuramı, sosyal kognitif kuramı ve rol kuramına dayalı dokuzuncu sınıflara alkol eğitimi programı uygulanmış ve öğrencilerin bilgi düzeyleri, becerileri ve alışkanlıkları programdan önce ve programdan altı hafta sonra ölçülmüştür. Eğitim sonunda deney grubunun bilgi düzeyleri ve alkol teklifine karşı koyma dirençlerinin arttığı, ancak alkol kullanımında değişim olmadığı görülmüştür.

Varoşlardaki 2129 ergenle yapılan çalışmada ebeveynlerin ergenlerin madde kullanımında doğrudan koruyucu etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Ergenlik çağındakilerin madde kullanım riskini düşürmek için aile merkezli müdahalelerin etkili olduğuna dair önemli kanıtlar vardır (79).

Önleme programlarının etkinliği araştırmaları daha çok kısa dönem odaklıdır. Alkol ve esrar gibi geçiş maddelerini önlemeye yönelik programlarının etkinliği değerlendirildiğinde madde kullanımını önlemeye yönelik eğitim alanlarda yasa dışı madde kullanımı daha az bulunmuştur. Yüksek riskli gruplarda ve azınlık/etnik gruplarda madde gereksinimini ve madde kullanımını azaltmayadaha çok önem verilmektedir (17). Teorisyenler, araştırmacılar ve uygulamacıların madde kullanımını önleme alanında henüz yeterli işbirliği sağlayamadığı ve önleme programlarının çoğu genele hitap etmeye yönelik olup istenen sonuçlara tam anlamıyla ulaşılamadığı belirtilmektedir (31).

4.8. PSİKOEĞİTİM VE SAĞLIK EĞİTİMİ

4.8.1. Eğitimde Kullanılan Kuramsal Yaklaşımlar

Psikiyatride “eğitim” kavramı genişletilmiş ve “psikoeğitim” sözcüğü yapılandırılmış ve bazı özel içerik alanlarına yoğunlaştırılmış programları anlatmak için kullanılır olmuştur. Eğitim, bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla ve amaçlı olarak değişim sağlanması süreçlerinin tümüdür. Psikoeğitim, bilgi vermenin yanı sıra baş etme becerilerinin de kazandırılmasını içerir (19,140).

Başlıca kuramsal modeller şöyledir:

Bilgi-verme temelli yaklaşım: Yasadışı maddelerin kullanımını durdurmaya yönelik olan bu yaklaşım yeterince etkili bulunmamıştır. Maddelere karşı korku oluşturmaya yönelik mesajlar geniş gruplarda yetersiz kalabilir. Bu yaklaşımın zarar azaltmaya yönelik programlarda daha etkili olabileceği belirtilmektedir.

Benlik değeri ve beceri kazandırma temelli yaklaşım: Kişisel faktörleri, sosyal yetersizlikleri ve riskleri vurgulayan madde kullanım teorilerine temelli eğitimidir. Benlik değeri, ahlaki değerler, sosyal yaşam becerileri ve yetersizlikleri ele alınır. Madde kullanımını engellemede yeterince etkili olmadığı düşünülen bu yaklaşım daha çok uzun süre madde kullananların eğitiminde etkili olmaktadır.

Direnç kazandırma yaklaşımı: Madde teklifini reddetme ve hayır deme tekniklerini içerir fakat ergenler için özellikle akran baskısını reddetmek zor olduğundan etkinliği düşük olabilir.

Alternatif temelli yaklaşım: Yaşam kalitesini artırma, boş zamanı değerlendirme, sosyal çevreyi geliştirme ve üretken olma gibi alternatifleri geliştirme, dolaylı olarak benlik değerini artırma ve toplumla bütünleşmeyi sağlamaya yöneliktir. Oldukça etkili bir yöntem olarak görülmektedir.

Akran rolü yaklaşımı: Ergenlerde akran gruplarının önemi üzerinde duran yaklaşımdır. Eğitimde eğitici olarak akran liderlerle işbirliği yapılır. Böylece, ergenler üzerinde daha bir etkin eğitim yapılabilir.

Alkol ve madde eğitimi, alkol ve maddeyle ilgili olguları açıklamak için kullanılan, davranış ve sosyal bilimlere dayalı bir uygulama alanıdır. Bir kuram

kullanmak uygulamayı geliştirmek için önemlidir (117). Madde kullanımını önlemede erken müdahale önemlidir, fakat daha çok dolaylı uygulanan girişimler ve beceri kazandırmak, yaşam kalitesini arttırmak için alternatifler geliştirmeye yönelik yaklaşımlar daha etkili olmaktadır (28).

Yüksek risk taşıyan toplumlarda, çocuk ve ergenlerin maddelerin özellikleri ve nasıl kullanılacaklarına dair bilgili olduklarını ortaya konmaktadır, bilmedikleri hayati tehlikelere yol açtıdır. Eğitimlerde maddenin neden olduğu sağlık risklerini kapsayacak şekilde odaklanılmalı fakat maddeler ve etkileri ile ilgili açıklamalarda asgari düzeyde bilgi verilmelidir (120).

4.8.2. Psikoeğitsel Yaklaşımlar

Psikoeğitim hasta birey ve ailesinin tedavi ekibinin sağladığı etkileşim ortamında yüz yüze ve planlı olarak tanımlanmış amaçlı değişim sürecini kapsamaktadır.

Hasta ve hasta ailesi için psikoeğitimin beklenen amaçları şunlardır:

- Hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek,
- Aile yükünü ve stresini azaltmak,
- Değişim umudunu arttırmak,
- Yineleme/Nüksü önlemek,
- Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini artırmak için yeni baş etme yetenekleri edinmelerine yardım etmek,
- Düşünce, duygulanım ve davranış değişiklikleri yapmak,
- Duygusal destek sağlamak.
- Tedavi uyumunu artırmak (140).

Psikoeğitsel gruplara yönelmenin günümüzde bir çok nedeni vardır. Uzun süreli hastane tedavilerinin maliyet tutarlarının artması ve bunu karşılayan kaynakların azalması, kısa süreli hastane tedavilerinin ve ayaktan tedavilerin eğitimle desteklenmesi gereksinimini açığa çıkarmıştır. Yinelemelerin önlenmesinde, ilaç ve tedaviye uyumda, iş ve günlük yaşam olaylarının hastalık sürecine olumsuz etkilerini önleme ve

gidermede psikoeğitimin anlamlı biçimde yararlı olduğu bilinmektedir (4,19,21,140). Bireylere hastalıkları ve tedavileri hakkında özel bilgi verilmesi onların durumlarını daha iyi anlamaları sağlar. Aynı zamanda tedaviye uyumu olumlu yönde etkilemektedir. Hastaya bakım veren ile hasta ve ailesi arasındaki iletişim eğitimin fonksiyonel olmasına yardım eder. Psikoeğitim aynı zamanda pek çok geleneksel psikoterapide olduğu gibi kişisel farkındalığı ve değişimi vurgulamaktadır (140).

Psikoeğitsel grupların kapsamında yer alan yaşam becerileri eğitim programları; madde kullanım problemi gelişmeden daha çok risk faktörlerine yönelik programlardır. Bu programlarda; oto kontrol becerileri; karar verme, problem çözme becerisi, anksiyete ile baş etme becerisi, girişkenlik, öfkeyle baş etme becerisi, kendini geliştirmeye yönelik davranış tedavisi, iletişim ve kendini ortaya koyma becerileri, madde ve madde isteği ile baş etme, medyanın olumsuz etkilerinden korunma, baskıya karşı koyma ve hayır deme konuları yer almaktadır (17,21).

4.8.3. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi davranış ve biyolojik bilimlerin kesişme noktasındadır. 100 yılı aşkın süredir bu alanda araştırma ve uygulamalar devam etmektedir ve bireysel farklılıklar etkili olmaktadır. Sağlık eğitiminde hekimler kilit roldedir, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı hasta ve aile gruplarıyla ya da bireysel olarak sağlık eğitimi uygularlar. Bazı yaşam biçimleri hastalıklara neden olabilmektedir ve bu durum davranışlardaki olumlu değişimlerle değiştirilmeye çalışılır. Sağlık eğitimi, birey, grup ve geniş topluluklarda sağlığa zarar verici davranışları değiştirme amaçlıdır. Sağlığa uyumlu davranışlara uyumu kolaylaştıran öğrenme deneyimleriyle bütünleştirilmiştir (19,52). Sağlık eğitimi ebeveynlere sağ duyuyu kullanmada yardımcı olmaktadır. Aileler sorunu onları çaresizliğe sürükleyen bir “korku” gibi, hatta kimi zaman felaket boyutlarında algılamaktadırlar. Örneğin çocuklarını UM konusunda eğitmek yerine korkutma taktikleri denemekte ve bazen bunlar olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (123).

Sosyal bilişsel teori; sağlıkla ilgili risklerin, sağlığa yönelik davranışların yararlarının bilinmesi ve uygulanmasıdır. Madde eğitimi için sosyal bilişsel teori en

kullanılan modellerdendir. Bandura girişimlerin etkili olabilmesi için üç düzeyli uygulama modeli önerir (21). Birinci düzeyde hedef kitle, en az düzeyde rehberlik ederek eksikleri giderilebilecek, beklentileri olan ve yüksek etkinliğe sahip kişilerdir, İkinci düzeyde hedef kitle, yazılı materyallerle ya da telefon danışmanlığıyla kişisel etkinliği arttırılabilecek, beklentileri yükseltilebilecek, hedef koyabilecek ve eksikliklerini tamamlayabilecek, bilgili fakat beklentileri ve kişisel etkinlikleri az olan kişilerdir. Üçüncü düzeyde hedef kitle, personel rehberliği ile donanımlı programların yardımcı olabileceği sağlıklı davranışların kendi kontrollerinde olmadığı düşünülen kişilerdir (19,118).

İnsanların çoğunluğunun uyuşturucu maddeler hakkında yeterince bilgili olmayışı bu konuda danışmanlığı gerektirmektedir. Standartların oluşturulması, uyuşturucu madde bilgisinin miktar ve biçiminin düzenlenmesi gereklidir. Uyuşturucu madde danışmanlığı sağlıklı yaşamın bir parçası olarak görülmeli ve buna uygun olarak tedavi düşünülmelidir. Bunun yanı sıra sağlığı etkileyen pek çok madde uyuşturucu danışmanlığının kapsamına alınmalıdır (57).

Her ne kadar farklı etkiler olsa da, ergenlerin madde kullanımına başlamaları akraba ve diğer yetişkinlerden edindikleri davranışlardan daha çok akranlarından edindikleri davranışlardan etkilenme sonucunda görülmektedir. Akranlarında ve yetişkinlerde daha az madde bağımlılığı gözlemleyen ergenler, madde kullanımına karşı daha fazla karşı koyabilmektedir (75).

Etkili sağlık eğitimi kriterleri şöyledir;

- Toplumsal özelliklere ve içinde bulunulan koşullara göre gereksinimleri karşılayabilir nitelikte olmalı,
- Ergenlerin istedikleri ve bilgi almak için kullanmaya alıştıkları kaynaklar kullanılmalı,
- Olumlu davranışlar için gerekli olan becerilerin gelişimini sağlamalı,
- Güven veren ve destekleyici bir ortam sunmalı,
- Ekip yaklaşımı sağlanmalı,

- Varolan programlar ve hizmetlerle bağlantı sağlayarak, ergenlerin kullanabileceği yeni ve esnek yollar yaratmalıdır (19,68).

4.8.4. Psikiyatri Hemşireliğinin Eğitici Rolü

1800'lerin ortalarında hemşireliğin ayrı bir disiplin olarak kabul edilmesinden bu yana hemşireler eğitim sorumluluğunu benimsemişlerdir. Eğitim yıllar boyunca hemşirelik bakım sürecinin başlıca bileşeni olarak uygulanmıştır. Bugün hemşireler hastalıklardan korunma, hastalıkla mücadele, optimal sağlık düzeyine ulaşma, aileye destek sağlama gibi konularda eğitim sorumluluğuna sahiptir. 1993 yılında sağlık eğitimi için standartlar belirlenmiş ve hemşirelerin eğitici rolü, hastalık merkezli yaklaşımdan koruma merkezli yaklaşıma dönüşmüştür. Şimdi ve gelecekte eğitimin odağı sağlığın daha da geliştirilmesidir (19,105).

Hemşirelik ve eğitim süreci benzerlikler

Hemşirelik Süreci	Aşamalar	Eğitim Süreci
Fiziksel ve psikososyal gereksinimlerin belirlenmesi	Tanımlama	Öğrenme gereksinimleri ve öğrenme stillerinin tanımlanması
Gereksinimlere uygun hedeflerin planlanması	Planlama	Bireyin gereksinimlerini karşılamak ve davranışsal sonuçları belirlemek için eğitim planı yapılması
Standartlara uygun hemşirelik bakımının uygulanması	Uygulama	Özel metod ve araçlar ile eğitimin uygulanması
Fiziksel ve psikososyal sonuçların değerlendirilmesi	Değerlendirme	Davranış değişimi, bilgi ve beceri düzeyinin ölçülüp değerlendirilmesi

Yukarıda görüldüğü gibi hemşirelik süreci ile eğitim süreci birbirine çok benzer özelliktedir. İkisi de bilimsel ve teorik çerçeve içindedir. Eğitim sürecinde de hemşirelik sürecinde olduğu gibi; tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları bulunmaktadır (19).

Avrupa Konseyi-Strasbourg toplantısında (1993) hemşirelik, “bireylere, ailelere ve gruplara yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın koşulları içerisinde, ruhsal ve sosyal potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda yardımcı olan, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının yanı sıra, hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştiren ve uygulayan meslektir” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanım da belirtildiği gibi hemşireler, ergen sağlığını geliştirme hizmetlerini sağlayabilecek sağlık profesyonelleridir (64).

Amerikan Hemşireler Birliği (The American Nurses’ Association; ANA), psikiyatri hemşireliğinin, insan davranışı alanındaki bilimsel bilgilerin uygulandığı, hemşireliğin özel bir alanı olduğunu bildirir. Psikiyatri hemşireleri; psikiyatri hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler, yarı yol evleri, gündüz hastaneleri, ayaktan tedavi üniteleri, hapisane, sosyal hizmet kurumları ve okul gibi çok çeşitli alanlarda sağlığı geliştirmek, hastalık durumunda tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlamak üzere görev alırlar. Psikiyatri hemşireliğinin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında, hastalığın tedavisi için hekim istemlerini uygulayan teknik rolden, bireyin kendi tedavisi ve sağlığı ile ilgili kararlar vermesine yardım eden role açılım göstermekte olduğu, toplum ruh sağlığını koruyucu, hastalıkları önleyici ve rehabilite edici roller üstlenmeye başladığı görülmektedir (64,105).

Hemşirelik kuramcılarından Peplau, psikiyatri hemşireliğinde danışmanlık rolünün çok büyük önemi olduğuna inanmıştır. Peplau ve Orlando hemşireliğin hastaya bir şeyler yapmak yerine, hasta ile birlikte bir şeyler yapmaya yönelmesini önermiştir (64,105,139). Travelbee ise, hemşireliği kişilerarası bir süreç, değişim ve başkalarına yardıma yönelik bir hizmet olarak tanımlamaktadır. Travelbee’ye göre, hasta hemşire iletişiminde temel amaçlar; hastanın, sorunlarını tanımasına yardım etmek, sorunları ile gerçekçi bir şekilde yüzleşmesini sağlamak, çözüm seçeneklerini belirlemesine yardım etmek, yeni davranış biçimlerini denemesine destek olmak, iletişim kurmasına ve sosyalleşmesine katkıda bulunmaktır (139).

ANA, psikiyatri hemşireliği meslek standartlarının beşincisinde hemşirenin sağlık eğitimi ve psikoterapötik rollerini vurgulamaktadır. Hemşire sağlık eğitimi yoluyla bireylerin, ailelerin ve grupların doyumlu ve üretken olma becerileri kazanmalarına

yardım eder (64). Hemşire, bireylere gerekli durumlarda baş etme becerileri kazandırmak, madde kullanmayan ergenlerde tedavi veya önlemeye yönelik olarak uygulanacak eğitimler ile ergenlerin bağımlılık ve madde etkileri hakkında bilgilenmeleri, madde kullanımını önlemeye yönelik becerileri kazanmalarında psikiyatri hemşireleri önemli role sahiptir (13,19,105)

Madde kötüye kullanımı, ülkeye getirdiği ekonomik zararlar, madde kötüye kullanımına yönelik tıbbi harcamalar, getirdiği sağlık sorunları, madde kullanımına bağlı suçların artması açısından toplumsal boyutta ve yüksek maliyete bir sorundur. Ülkemizde giderek büyüyen bu sorunun, sosyo-ekonomik yönden yıkıcı zararlar vermemesi açısından, önleme programlarına önem verilmesi gerekmektedir. Okullarda, uyuşturucu madde ve bağımlılık eğitimi dışında, sosyal faaliyetlerin artırılması, okul rehberlik servisine daha fazla önem verilmesi, öğrenciler için sosyal beceri eğitimleri uygulanmalıdır. Sosyal Hizmet kurumlarının daha etkin ve işbirliği içinde çalışması, toplum ruh sağlığı hizmetlerine ve aile ziyaretlerine önem verilmesi, aile içi sorunlar için danışmanlık sağlanması önemlidir (6,21,100,114).

Hemşireliğin, değişen toplumsal yapıda koruma ve geliştirme sorumluluğu vardır. Sağlıklı yaşam alışkanlığı çocuklukta öğrenilmekte, ergenlik çağında devam ettirilmekte ve yetişkinlik çağında korunmakta ve geliştirilmektedir. Hemşireler, eğitimciler, uyuşturucu madde danışmanları ve idarecilerle biraraya gelerek madde ile mücadelede işbirlikçi veya bağımsız aktiviteler düzenlemeye çalışmaktadırlar (53). Psikiyatri hemşiresinin ergenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirme, ergen ve aileye danışmanlık yapma, madde önleme programlarında yer alma, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde aktif rol alma gibi mesleki etkinlik alanlarında eğitim rolü ön plandadır (105).

Hemşirelerin yüksek lisans ve doktora programları ile üst uzmanlık dalında uzmanlaşmaları ve bağımlılık alanında terapist rolü üstlenmesi için hemşirelik yasası ile görev sorumlulukların tanımlanarak yasal bir çerçeveye oturtulması ile sağlık ekibi içinde hemşirenin rolünün güçlenmesi mesleği gelişimi açısından çok önemlidir. Bu ve benzer deneysel çalışmalar bu amaca yönelik meslek üyeleri için rehber niteliği taşıyabilir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, UM kullanan ergenlerde bilinçlendirmeye yönelik eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla deney ve kontrol gruplarını içeren deneysel bir çalışma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. UM kullanımı nedeniyle tedavi görmekte olan ergenlere; bağımlılık, uçuucu maddelerin etkileri, riskli durumlar, madde kullanma isteği ile baş etme ve ısrarlara karşı koyabilme konularında uygulanacak eğitim ile bilinçlenmenin ve farkındalığın sağlanması amaçlanmaktadır.

Araştırma kapsamında deney grubu ergenlere; Ögel ve ark. tarafından hazırlanan “Sokakta Yaşayan ve Madde Kullanan Çocuklar İçin Psikososyal Yaklaşım Klavuzu” nun bireysel uygulamalar kısmındaki **“bağımlılık hakkında bilgilendirme”, “uçuucu maddeler ve etkileri”, “riskli durumlar”, “madde kullanma arzusu ile baş etme”, “ısrarlara karşı koyabilme”** ve **“acil durumlar”** adlı konular üç oturumluk eğitim paketi şeklinde uygulanmıştır (EK-5).

- 1. Oturum:** Bağımlılık konusunda bilgilendirme, uçuucu maddelerin etkileri ve zararları
 - 2. Oturum:** Riskli durumlar ve madde kullanma arzusu ile baş etme
 - 3. Oturum:** Israrlara karşı koyabilme ve acil durumlar
- Eğitimi uygulamadan önce Ögel’den uygulama ile ilgili eğitim ve çalışma boyunca da süpervizyon alınmıştır.

5.1. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- DSM IV’e göre “uçuucu madde bağımlılığı” ve “uçuucu madde kötüye kullanımı” ön tanısı alan veya “karışık madde kötüye kullanımı“ ön tanısı alıp tercih maddesi UM olan,
- UMATEM’de yatarak tedavi gören,
- Okur-yazar olan,
- Mental Retardasyonu olmayan,
- İkincil psikiyatrik tanı almamış olan
- Kooperasyon sağlanabilen,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- 13-18 yaş arası ergenler.

5.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir Ruh Sağlığı Hastanesi'nin, Uçucu Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (UMATEM) yatarak tedavi gören ergenler oluşturmuştur.

5.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada eğitimin uygulandığı UMATEM genel olarak tercih maddesi UM olan ve 18 yaşını doldurmamış çocuk ve ergenlere hizmet vermektedir. Daha sonra kurulan ve UMATEM'in de bağlı bulunduğu Çocuk Ergen Madde Araştırma Tedavi Eğitim Merkezi (ÇEMATEM) ise daha çok karışık madde kullanımı olan çocuk ve ergenlere hizmet vermektedir. Tercih maddesi UM olan ergenler daha çok UMATEM'de bulunduğu için araştırma UMATEM'de gerçekleştirilmiştir. Özellikle UM kullanımı sokak yaşantısı olan çocuklarda yaygın olduğu için örneklemde sokak yaşantısı olanlar çoğunluğu oluşturmaktadır. Kız çocuk/ergenler için yatarak tedavi yerine ayaktan poliklinik izlemi tercih edildiğinden (yasal olarak zorunlu tedavi kararı alınanlar dışında) örneklemi erkekler oluşturmuştur.

Araştırmanın sürdürüldüğü Ekim 2003 ile Ağustos 2004 tarihleri arasında klinikte bulunan toplam 146 ergenden, yedisi hiç okuma yazma bilmediği için, sekizi ek psikiyatrik tanı nedeniyle, biri yabancı uyruklu olduğu için araştırma dışı kalmıştır. 20 ergen hiçbir değerlendirme yapılamadan kısa sürede klinikten ayrılmış, 19'una ise sadece ilk değerlendirme yapılabilmıştır. 29'u ise daha önce değerlendirme yapılmış veya araştırma kapsamına alınıp yineleme/nüks ya da kayma nedeniyle tekrar yatan ergenlerdir. Araştırma kapsamı dışında kalan ergenlerin önemli bir kısmı kendi isteği dışında getirilen ve kısa süre sonra klinikten ayrılan ergenlerden oluşmaktadır. Özellikle Sosyal Hizmetler Kurumu'ndan kendi isteği dışında zorunlu tedavi için getirilen ve çoğunluğu firar eden bu ergenlerin, tedavisi iyi giden diğer ergenlerin olumsuz etkilenmelerine ve bazılarının firar etmesine neden olduğu gözlenmiştir.

Örneklemin %57.6'sı araştırma kapsamı dışında kalmış, araştırma 31 deney ve 31 kontrol grubu olmak üzere 62 ergen ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için kurumsal izinler ve etik kurul onayı alınmış olup, etik kurul raporunun yazılması geciktüğinden etik kurulun sözlü onayı ile çalışma başlatılmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan hastaneye yatışta alınan yazılı aydınlatılmış onam formu yanı sıra eğitim uygulaması hakkında bilgi verilerek ergenlerin sözlü onayı da alınmıştır.

5.4. Araç ve Gereç

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik verileri içeren “bilgi formu”(EK-1) ve eğitimin etkinliğini araştırmaya yönelik olarak, açık uçlu ve doğru yanlış şeklinde hazırlanan ve aynı soruları kapsayan formlar oluşturulmuştur. Eğitim öncesi “Ön görüşme soru formu”(EK-2), eğitimden hemen sonra “Eğitim sonu soru formu” (EK-3) ve eğitimden bir hafta sonra “Son görüşme soru formu” (EK-4) uygulanmıştır. Sorulara verilen cevaplar eğitimin kapsamına uygunluğu açısından değerlendirilerek doğru yanıtlar belirlenmiş ve ergenlerin bilgi düzeyindeki değişim, soru formundaki sorulara verilen cevaplara göre değerlendirilmiştir. Son görüşmenin ardından tedavi motivasyonunu değerlendirmeye yönelik sorular tekrar yöneltilmiştir. Eğitimin etkinliğini araştırmaya yönelik soru formları “Sokakta Yaşayan ve Madde Kullanan Çocuklar İçin Psikososyal Yaklaşım Klavuzu” nun yazarlarından Ögel ile birlikte hazırlanmış ve parametrik bir değerlendirme yapılmayacağı için güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. UM kullanan 10 ergen ile pilot çalışma gerçekleştirilmiş, hazırlanan soru formu psikiyatri alanında çalışan bazı uzmanlara danışıldıktan sonra düzeltmeler yapılarak uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Bilgi formunda kullanılan maddeleri sınıflamaya yönelik soruda kullanılan “hap” terimi, extacy, rohypnol, rivotril, diazem vb tablet formundaki maddeleri kapsayan terim olarak kullanılmıştır.

Araştırmanın deneysel kısmının tamamlanmasından bir yıl sonra; kurumlar arası iletişim, klinik kayıtlarının incelenmesi ile araştırmaya katılan ergenler madde kullanımı açısından kesitsel olarak incelenmiş ve ulaşılan bilgiler değerlendirilerek

deney ve kontrol grubunda yineleme/nüks olup olmadığı ve madde kullanımının devam edip etmediği soruşturulmuş ve izlem olarak değerlendirilmiştir.

Bireysel olarak üç oturumda uygulanan eğitim programı (EK-5) ile UM kullanan ergenlerin bağımlılık ve uçuşu maddenin etkileri ve riskli durumlar konusunda bilinçlenmeleri, madde isteği ile başa çıkabilme ve ısrarlara karşı koyabilme konusunda bilgilenmeleri, ayrıca tedavi motivasyonlarının artması beklenmektedir.

5.5. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

UMATEM tedavi programında; günaydın toplantıları, sınıf öğretmeni eşliğinde dersler, spor, iş-uğraş tedavisi, hijyen/beslenme/cinsel gelişim gibi konularda sağlık eğitimi, sosyal faaliyet/geziler ve eğlenceye yönelik etkinlikler bulunmaktadır. Ergenlerin danışmanlığını ve vaka yönetimini “*rehber*” adı verilen psikolog ve eğitimciler üstlenmekte, eski madde kullanıcısı olup uzun süredir madde kullanmayan ve “*akran-exuser*” denilen kişi tedavide rol model olması açısından görev almaktadır. Her hafta ayaktan izlenen ergenlere ve ailelerine yönelik eğitim toplantıları yapılmaktadır. Kliniğin tedavi süreci dahilinde rehberler tarafından ergenlere kısa ve yapılandırılmamış bilgilendirmeler uygulanmakta olup, araştırma sürecinde bu bilgilendirmelere kısıtlama getirilmemiştir. Rehberler tarafından uygulanan yapılandırılmamış bilgilendirmeler ve ergenlerin birbiri ile olan etkileşimleri ile kontrol grubunun da bilgi düzeyinde artış olması beklenmektedir.

Araştırmanın deneysel uygulama kısmının başladığı Ekim 2003 tarihinden itibaren, öncelikle kriterleri taşıyan ergenler deney grubuna alınmış, deney grubunun tamamlanmasının ardından yine kriterleri taşıyan ergenlerden kontrol grubu oluşturulmuştur. Ağustos 2004 tarihinde hedeflenen sayıya ulaşılmış ve toplam 62 kişi ile araştırma sonlandırılmıştır.

31 kişilik deney grubu ergenlere, hastaneye yatıştan sonraki üç-dört gün içinde yapılan ön görüşmede, “bilgi formu” kullanılarak sosyo-demografik ve madde kullanımına ilişkin bilgiler alınmış, tedaviye yönelik motivasyonlarını 0-10 arası puanlamaları istenmiş ve “Ön görüşme soru formu” ile ergenlerin bilgi düzeyi

ölçülmüştür. Ön görüşme sonrasında ve yatışı takiben hafta içinde başlanarak birer gün arayla (haftasonu araya girdiğinde iki-üç gün arayla) eğitim oturumları uygulanmıştır. 30-40 dakikalık eğitim oturumları, hafta içi günlerde saat 16 ile 18 arası zamanlarda ve bireysel görüşmelerin yapıldığı odada uygulanmış, eğitimin sonunda “eğitim sonu soru formu” ile eğitimin içeriğine uygun sorular tekrarlanmış ve eğitimin tamamlanmasından bir hafta sonra “son görüşme soru formu” ile tekrar bilgi düzeyi ölçülmüş ve ergenlerden tedavi motivasyonlarını tekrar 0-10 arası puanlayarak değerlendirmeleri istenmiştir. Her ergen için eğitim ve değerlendirme süreci 15 ila 18 günde tamamlanmıştır. Eğitim oturumlarında anlatım, soru-cevap, örnekleme, pekiştirme, imajinasyon ve resimli kartlar (EK-6) kullanılmıştır.

31 kişilik kontrol grubu ergenlere ise, aynı şekilde hastaneye yatışı izleyen üç-dört günde “bilgi formu” ve “ön görüşme soru formu” uygulanmış, ortalama on gün sonra ergenlerin bilgi düzeyi eğitim verilmeksizin “son görüşme soru formu” ile bilgi düzeylerindeki değişim değerlendirilmiş ve sonuçlar deney grubu ile karşılaştırılmıştır. Kontrol grubuna da, etik açıdan eğitimden yoksun kalmamaları için son değerlendirme sonrası aynı eğitimin grup formatı dört-altı kişilik gruplar halinde uygulanmış fakat, grup eğitiminde deney grubuna kıyasla bireysel özellikler yeterince ele alınamamıştır. Kontrol grubundaki ergenlerin çoğu grup eğitimine başlayamadan veya eğitimi tamamlayamadan klinikten ayrılmıştır.

5.6. Oturumlarda Ele Alınan Konular

1. Oturum: “Bağımlılık nedir?, Bağımlı kişinin özellikleri nelerdir?, Kimler bağımlı olur?, Bağımlılık tedavi edilebilir mi?, Uçucu maddelerin kısa ve uzun dönem etkileri nelerdir?, Fizyolojik ve sosyal zararları nelerdir?” gibi konuları kapsayan eğitim ergenin bireysel deneyimlerini paylaşması yönünde desteklenerek ve bireysel farklılıkları dikkate alınarak uygulanmıştır. Özellikle çoğu ergende uçucu maddelerin zararları anlatıldığında kaygı gözlenmiş, ”Ooo yıllardır kullanıyoruz hocam bizde ne böbrek kalmıştır ne ciğer” şeklinde ve benzer ifadeler de dikkati çekmiştir. Sokakta yaşama öyküsü olan bazı ergenler sokakta yaşadıkları tehlikeli olaylardan, yaralanmalardan, sokakta hayatını kaybeden arkadaşlarından bahsetmiştir. Genel olarak “bu kadar zararı olduğunu bilmiyordum”, “bu kadar zararı olduğunu bilseydim

kullanmazdım” gibi cümleler dikkat çekmiş ve tedavi motivasyonlarında artma gözlenmiştir. Eğitim sonunda madde hakkında konuşulması nedeniyle madde isteği olduğunu belirten ergenlere bunun doğal ve geçici bir durum olduğu belirtilerek madde düşüncesinden uzaklaşması için etkinliklere yönlendirilmiştir.

2.Oturum: “Madde isteği nedir? Madde isteği ile baş etme yöntemleri nelerdir? Madde kullanımına neden olabilecek riskli durumlar nelerdir? Riskli durumlara karşı neler yapılabilir?” gibi konularda yapılan bilgilendirme esnasında; madde isteğinin doğal bir süreç olduğu belirtilmiş, madde isteği olduğunda kullandıkları veya kullanılabilecekleri yöntemler ve bireysel ilgi alanları ele alınmıştır. Ergenlerin çoğu bireysel ilgi alanı olarak “*atari salonu*” ve “*internet kafe*” seçeneklerini belirtmiş fakat bu mekanların madde kullanımı açısından yüksek risk taşıdığı açıklanarak ergenlerin diğer alternatiflere yoğunlaşmasına çalışılmış, alternatif üretmede zorlandıkları gözlenmiştir. Madde isteği olduğunda neler yapabilecekleri ergenlerin bireysel özellikleri göz önüne alınarak planlanmıştır. Ayrıca ergene özgü risk faktörleri sorgulanmış, risk faktörlerinin listelendiği formdan ergen için risk olan faktörleri işaretlemesi istenmiştir. Ergenlerin çoğu “*sokakta kalmak*”, “*maddeyi görmek*”, “*madde kullananlarla görüşmek*” ve “*sinirlenmek*” gibi riskleri belirtmişlerdir. Ergenleri en çok etkileyen riskli durumlar seçilerek ve ergen ile tartışarak bu riskli durumlarda ne yapabileceği konusunda bilgilendirilmiştir. Riskli durumlar formunda (EK-5, Form1) ergenlerin işaretlediği riskli durumların daha sonra dökümü yapılarak, bu riskli durumlar veri olarak değerlendirilmiştir.

3.Oturum: “Madde teklifine karşı koyma, hayır diyebilme, acil durumlar nelerdir? neler yapılabilir?” gibi konular ele alınmıştır. Ergenlere daha önce madde teklifi olduğunda ne yaptığı, sonucunda ne olduğu gibi yaşamsal deneyimleri sorgulanmış, klavuzda yer alan vaka örneği üzerinden tartışma yapılmıştır. Madde teklifi durumunu hayal etmesi istenmiş ve ne yapması gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Ergenlerin çoğu madde ile karşılaştıklarında madde isteğine karşı koymada ve madde kullanan arkadaşlarına hayır demekte çok zorlanacaklarını belirtmişlerdir. Madde kullanan arkadaşları ile görüşmeme yerine “*arkadaşlarımı da tedavi için ikna ederim*” şeklinde ifade eden ergenler olmuştur. Arkadaşlarını tedavi için ikna etmeye yönelik bir görüşmenin bile arkadaşına yardım etmekten çok

kendisinin tekrar madde kullanmasına neden olabileceği belirtildiğinde, “*ama onlarla çok zaman geçirdim nasıl selamsız geçerim*”, “*ben selam vermesemde onlar peşimden gelir, olmaz*” şeklinde ve benzer ifadelerle sık rastlanmış, ergenlerin eski madde kullanan arkadaşlarıyla görüşmemeleri gerektiğini anlatırken güçlük yaşanmıştır. “Acil durumlar” konusunda ise bireysel kriz yaratabilecek ve madde kullanımına neden olabilecek durumlar sorgulanmıştır. Özellikle öfke, aile üyeleri ile tartışma, hayal kırıklığı vb sıkıntı yaratan durumlarda sokağa kaçmak ve madde kullanmaktan başka ne yapılabileceği konusu ele alınmıştır. Öfke ile başa çıkmada tüm ergenlerin sorun yaşadığı gözlenmiş ve öfke anında ne yapabilecekleri planlanmıştır. Her oturum sonunda geri bildirim yapılarak ve kısaca tekrarlanarak bilgilerin pekişmesine çalışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistik hesaplamaları yapılarak değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Bu deneysel çalışma, UM kullanan ergenleri bilinçlendirmeye yönelik olarak **bağımlılık hakkında bilgilendirme**”, **“uçucu maddeler ve etkileri”**, **“riskli durumlar”**, **“madde kullanma arzusu ile baş etme”**, **“ısrarlara karşı koyabilme”** ve **“acil durumlar”** konularında uygulanan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

6.1. Sosyo-demografik Bulgular

Deney grubu ve kontrol grubu ergenlere uygulanan bilgi formundan elde edilen sosyodemografik verilere ait bulgular aşağıda yer almaktadır.

Deney grubunun yaş ortalaması 15.25 ± 1.18 , kontrol grubunun yaş ortalaması ise 15.32 ± 1.42 olarak belirlenmiş ve gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p=0.84$) bulunmamıştır

Tablo 1. UM Kullanan Ergenlerin Eğitim Durumu

Eğitim	Deney Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)		χ^2 / p
	n	%	n	%	
Okur yazar	11	35.5	14	45.2	χ^2 : 2.68 p=0.44
İlkokul	15	48.4	14	45.2	
Ortaokul	5	16.1	2	6.5	
Lise	0	0	1	3.2	

UM kullanan ergenlerin eğitim durumları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubu ergenlerin %35.5’inin, kontrol grubundaki ergenlerin %45.2’sinin sadece okur yazar olduğu, genel olarak eğitim düzeyinin düşük olduğu ve çoğunun eğitime devam edemediği belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. UM Kullanan Ergenlerin Yaşadığı Yere Ait Özellikleri

Yaşadığı Yere Ait Özellikler	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2/ p
	n	%	n	%	
Yaşadığı yer					
Sokak	3	9.7	5	16.1	$\chi^2: 0.75$ p= 0.75
Ev	4	12.9	3	9.7	
Yurt	4	12.9	4	12.9	
Yurt / sokak	12	38.7	8	25.8	
Ev / sokak	8	25.8	11	35.5	
Sokakta yaşadığı süre					
Sokakta kalmamış	5	16.1	4	12.9	$\chi^2: 2.22$ p= 0.69
1 ay – 5 ay	4	12.9	2	6.5	
6 ay – 11 ay	4	12.9	2	6.5	
1- 3 yıl arası	9	29.0	10	32.3	
3 yıl üzeri	9	29.0	13	41.9	
Yurtta yaşadığı süre					
Yurtta kalmamış	10	32.3	10	32.3	$\chi^2: 1.23$ p= 0.87
1 – 5 ay	5	16.1	8	25.8	
6 – 11 ay	4	12.9	3	9.7	
1 - 3 yıl arası	6	19.4	4	12.9	
3 yıl üzeri	6	19.4	6	19.4	
Sokakta yaşama nedeni					
Yok / Sokakta kalmamış	5	16.1	4	12.9	$\chi^2: 3,16$ P=0,67
Aile sorunları	15	48.4	16	51.6	
Yurt sorunları	2	6.5	2	6.5	
Madde kullanımı	5	16.1	8	25.8	
Sokağın cazip gelmesi	2	6.5	1	3.2	
Diğer	2	6.5	0	0	

UM kullanan ergenlerin yaşadığı yere ait özellikler incelendiğinde istatistiksel olarak deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Her iki grupta da sokakta yaşayanların oranı yüksek olarak bulundu. Deney grubunun

%9.7'si ile kontrol grubunun %16.1'inin sokakta kaldığı, deney grubunun %38.7'si ve kontrol grubunun %25.8'inin yurttan sık sık sokağa kaçtığı, deney grubunun %25.8'i ile kontrol grubunun %35.5'inin ise evden sık sık kaçıp sokakta kaldığı bulundu.

Hiç sokakta kalmayan ergenler deney grubunun %16.1'ini, kontrol grubunun %12.9'unu, hiç yurttan kalmamış olanlar ise deney ve kontrol grubunun %32.3'ünü oluşturmuştur. Sokakta yaşama süresi açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. İleri analizde madde kullanım süresi ile sokakta kalma süresi arasındaki korelasyona bakıldığında ise yüksek düzeyde ve aynı yönde korelasyon ($r:0.687$, $p<0.001$) belirlendi.

Sokak yaşantısı olan ergenlerin sokakta yaşama nedenleri karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Sokakta yaşama nedeni olarak deney grubunun %48.4'ünde, kontrol grubunun %51.6'sında aile sorunları belirlendi. Bir diğer neden olarak madde kullanımı belirtilmiş olup, deney grubunun %16.1'inin, kontrol grubunun ise %25.8'inin madde kullanımı nedeniyle sokak yaşamını tercih ettiği bulundu (Tablo 2).

Tablo 3 . UM Kullanan Ergenlerin Geçim Kaynakları ile İlgili Özellikleri

Geçim Kaynağı	Deney Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)		χ^2 / p
	n	%	n	%	
Çalışmak	6	19.4	3	9.7	$\chi^2: 2.20$ $p=0.69$
Para istemek (Sinyal)	8	25.8	12	38.7	
Aile desteği	4	12.9	4	12.9	
Çalışmak/Sinyal	11	35.5	9	29.0	
Kurum desteği	2	6.5	3	9.7	

Geçim kaynağı sorulduğunda deney grubu ergenlerin % 25.8'inin kontrol grubunun ise %38.7'sinin sinyal ile (madde etkisinde para isteme şeklinde) kazanç sağladığı, yine deney grubunun %35.5'inin kontrol grubunun ise %29'unun para istemenin yanı sıra kısa süreli geçici işlerde çalıştıkları bulundu. Deney ve kontrol grubu arasında geçim kaynaklarının dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır (Tablo 3). Ek olarak deney grubundan 13, kontrol grubundan 22, toplamda 35 ergen hırsızlık deneyimi tanımladı.

Tablo 4: UM Kullanan Ergenlerin Aile Özellikleri

Aile Özellikleri	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2 / p
	n	%	n	%	
Aile niteliği					
Çekirdek aile	13	41.9	10	32.3	χ^2 : 1.26 p=0.73
Ana-baba ayrı	8	25.8	12	38.7	
Tek ebeveyn	3	9.7	3	9.7	
Üvey ebeveyn	7	22.6	6	19.4	
Aile ile görüşme sıklığı					
Görüşmüyor	7	22.6	9	29.0	χ^2 : 0.76 p=0.85
Yılda birkaç kez	9	29.0	8	25.8	
Ayda birkaç kez	9	29.0	10	32.3	
Aile ile yaşıyor	6	19.4	4	12.9	
Aile içi sorunların algılanması					
Sorun tanımlamıyor	6	19.4	3	9.7	χ^2 : 1.23 P= 0.54
Az sorun var	9	29.0	11	35.5	
Çok sorun var	16	51.6	17	54.8	

Aile özellikleri sorgulandığında deney ve kontrol grubu ergenler arasında istatistiksel açıdan farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubunun %41.9'u, kontrol grubunun %32.3'ü çekirdek aileye sahip olup, diğerlerinde parçalanmış aile ve/veya ebeveyn kaybı mevcut idi. Deney grubunun %22.6'sında, kontrol grubunun ise %19.4'ünde üvey ebeveyn olduğu belirlendi. Aile ile görüşme sıklığı açısından karşılaştırıldığında ise deney ve kontrol grubu ergenler arasında anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubunun % 22.6'sı ile kontrol grubunun %29.0'ı aile ile hiç görüşmediklerini ifade etmiştir. Ergenlerin çoğunun aile ile seyrek görüştüğü belirlenmiş olup, deney grubunun %19.4'ü kontrol grubunun ise %12.9'u aile ile birlikte yaşadıklarını belirtti. Ergenlere aile ile sorun algılanıp algılanmadığı

sorulduğunda ise; deney grubunun %51.6'sı kontrol grubunun %54.8'i şiddetli aile sorunları tanımlandı (Tablo 4).

6.2. Kullanılan Maddeye İlişkin Bulgular

Deney grubu ve kontrol grubu ergenlere uygulanan bilgi formundan elde edilen kullanılan madde ve hastaneye yatış özelliklerine ait bulgular aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 5. UM Kullanan Ergenlerin Madde Kullanım Özellikleri

Madde Kullanım Özellikleri	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2/ p
	n	%	n	%	
Kullanılan madde					
Tiner	11	35.5	13	41.9	$\chi^2: 1.85$ p=0.39
Bali	6	19.4	9	29.0	
Tiner/Bali	14	45.2	9	29.0	
Madde kullanım süresi					
1 - 5 ay	5	16.1	1	3.2	$\chi^2: 4.53$ p=0.33
6 – 11 ay	4	12.9	2	6.5	
1 - 3 yıl arası	10	32.3	10	32.3	
3 - 5 yıl arası	8	19.4	9	29.0	
5 yıl üzeri	6	19.4	9	29.0	
Madde kullanım nedeni					
Merak	12	38.7	6	19.4	$\chi^2: 4.73$ p=0.31
Arkadaş etkisi	13	41.9	16	51.6	
Sokakta yaşama koşulları	3	9.7	4	12.9	
Aile sorunları	2	6.5	5	16.1	
Diğer	1	3.2	0	0	
Başka madde kullanımı					
Yok	15	48.4	9	29.0	$\chi^2: 3.50$ p=0.32
Esrar	6	19.4	12	38.7	
Hap	2	6.5	2	6.5	
Esrar/Hap	8	25.8	8	25.8	

UM kullanan ergenlerin kullandıkları maddeye ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır. Tercih maddesi öncelikle tiner olarak belirtilmiş olup, tiner kullananların deney grubunun %35.5'ini, kontrol grubunun %41.9'unu oluşturduğu belirlendi. Hem tiner, hem de bali kullananlar deney grubunda %45.2, kontrol grubunda %29.0 olarak bulundu.

Madde kullanım sürelerine ve maddeye başlama nedenine bakıldığında ise deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney ve kontrol grubunun %32.3'ü 1-3 yıldır madde kullanımı belirtmiş olup çoğunun bir yıldan uzun süredir madde kullandığı belirlendi. Maddeye başlamanın en önemli nedeni olarak arkadaş etkisi, deney grubunun %41.9'unda, kontrol grubunun ise %51.6'sında ifade edilmiştir. Merak arkadaş etkisinden sonra ikinci sırada yer almaktadır.

UM dışındaki diğer maddelerin kullanımı sorgulandığında ise deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubunun %19.4'ü ile kontrol grubunun %38.7'sinin UM yanı sıra esrar kullandığı, deney ve kontrol grubunun %25.8'inin hap ve esrar kullandığı belirlendi (Tablo 5).

Tablo 6. UM Kullanan Ergenlerin Hastaneye Geliş Özellikleri

Hastaneye Geliş	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2/ p
	n	%	n	%	
Hastaneye geliş şekli					
Kendisi	3	9.7	1	3.2	χ^2 : 2.09 p=0.55
Aile	7	22.6	8	25.8	
Sosyal hizmetler görevlisi	20	64.5	19	61.3	
Polis	1	3.2	3	9.7	
Daha önce hastaneye yatış					
Yok	18	50.0	18	50.0	χ^2 : 0 p=1
Var	13	50.0	13	50.0	

Hastaneye geliş şekli incelendiğinde, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubu ergenlerin %64.5’inin, kontrol grubu ergenlerin %61.3’ünün sosyal hizmet görevlisi eşliğinde geldiği belirlendi. %50.0’inin daha önce madde kullanımı nedeniyle tedavi başvurusu bulunmakta olup, tedavi başvurusu olanların tamamının hastanede bir aydan daha kısa süre kaldığı bulundu (Tablo 6).

Tablo 7. UM Kullanan Ergenlerin Bağımlılık Açısından Kendini Değerlendirme Özellikleri

Kendini Değerlendirme	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2 / p
	n	%	n	%	
UMB açısından kendini değerlendirme					
Bağımlı olmadığını düşünüyor	14	45.1	16	51.6	$\chi^2: 0.25$ $p=0.61$
Bağımlı olduğunu düşünüyor	17	54.9	15	48.4	
Bağımlılık konusunda bilgi düzeyi					
Bilgi düzeyini yetersiz görüyor	24	77.4	22	71.0	$\chi^2: 0.33$ $p= 0.56$
Bilgi düzeyini yeterli görüyor	7	22.6	9	29.0	

UM kullanan ergenlerden UMB ve bağımlılık konusunda bilgi düzeyleri açısından kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde, deney ve kontrol grubu ergenler arasında anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubundaki ergenlerin %77.4’ü, kontrol grubundaki ergenlerin ise % 71.0’ı bağımlılık konusunda kendi bilgi düzeyini yetersiz gördüğü ve ergenlerin ortalama yarısının bağımlı olmadığını düşündükleri belirlendi (Tablo 7).

6.3. Tedavi Motivasyonu ve Tekrar Madde Kullanımına Ait Bulgular

Deney grubu ve kontrol grubunda uygulanan bilgi formunda tedavi sonrası amaç, tedavi olma isteği, hastaneden çıkış durumuna ait bulgular ve tedavi sonrası tekrar madde kullanımına ait izlem bulguları aşağıda tablo olarak sunulmaktadır.

Tablo 8. UM Kullanan Ergenlerde Tedavi Sonrası Amaç ve Tedavi Olma İsteği Ön Görüşme Sonuçları

Tedavi Sonrası Amaç ve Motivasyon	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2/ p
	n	%	n	%	
Tedavi sonrası amaç					
Belirtilmemiş	0	0	1	3.2	$\chi^2: 1.51$ p=0.91
Okumak	8	25.8	7	22.6	
Çalışmak	15	48.4	15	48.4	
Kuruma yerleşmek	2	6.5	1	3.2	
Eve dönmek	2	6.5	2	6.5	
Diğer	4	12.9	5	16.1	
Tedavi olma isteği					
İsteksiz	0	0	0	0	$\chi^2: 2.22$ p=0.32
Kararsız	2	6.5	4	12.9	
İstekli	17	54.8	20	64.5	
Kararlı	12	38.7	7	22.6	

UM kullanan ergenlerin tedavi sonrası amaç ve tedavi isteği ön görüşme sonuçları karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney ve kontrol grubu ergenlerin %48.4'ü tedavi sonrası çalışmayı hedeflediğini belirtti, okula devam etmek isteyenlerin oranı ise deney grubunda %25.8, kontrol grubunda %22.6 olarak bulundu. Ergenlerin tedavi motivasyonlarını değerlendirmeye yönelik tedavi istekleri değerlendirildiğinde, deney grubunun %54.8'i, kontrol grubunun ise %64.5'i tedavi için istekli olduğunu tanımladı, ön görüşmede deney ve kontrol grubu arasında tedavi sonrası amaç ve tedavi olma isteği açısından anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. UM Kullanan Ergenlerin Tedavi Sonrası Amaç ve Tedavi Olma İsteği Son Görüşme Sonuçları

Tedavi Sonrası Amaç ve Tedavi Olma İsteği	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2 / p
	n	%	n	%	
Tedavi sonrası amaç					
Belirtilmemiş	0	0	2	6.5	χ^2 : 5.85 p=0.32
Okumak	9	29.0	7	22.6	
Çalışmak	18	58.1	13	41.9	
Kuruma yerleşmek	1	3.2	3	9.7	
Eve dönmek	1	3.2	4	12.9	
Diğer	2	6.5	2	6.5	
Tedavi olma isteği					
İsteksiz	1	3.2	1	3.2	χ^2 : 13.94 p=0.003
Kararsız	1	3.2	7	22.6	
İstekli	4	12.9	12	38.7	
Kararlı	25	80.6	11	35.5	

Deney ve kontrol grubu ergenlerin son görüşmedeki tedavi sonrası amaçları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Ergenlerin son görüşmedeki tedavi olma isteği değerlendirildiğinde ise deney grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmaktadır. Son görüşmede tedavi olma isteğini kararlı olarak belirtenler deney grubunda %80.6, kontrol grubunda ise %35.5 olarak belirlendi (Tablo 9).

Tablo 10. UM Kullanan Ergenlerde Ön ve Son Görüşme Tedavi Motivasyon Puanı

Tedavi Motivasyonu Puanı	Ort $\pm$ SD	t	p
Ön görüşme puanı			
Deney grubu	8.419 $\pm$ 1.974	0.81	0.41
Kontrol grubu	8.0 $\pm$ 2.0		
Son görüşme puanı			
Deney grubu	9.612 $\pm$ 1.054	4.53	0.000
Kontrol grubu	7.483 $\pm$ 2.392		

UM kullanan ergenlerin kendi tedavi motivasyonlarına 0-10 arasında verdikleri puanlar değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grubunun ön görüşme motivasyon puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yok iken ($p>0.05$), son görüşmedeki tedavi motivasyon puanı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulundu. Deney grubunda motivasyon puanında artma, kontrol grubunda ise azalma saptandı (Tablo 10).

Tablo 11. UM Kullanan Ergenlerin Hastaneden Çıkış Durumu

Hastaneden Çıkış	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		x² / p
	n	%	n	%	
Firar	11	35.5	16	51.6	χ²: 3.75 p=0.15
Kuruma teslim	13	41.9	6	19.4	
Aileye teslim	7	22.6	9	29.0	
	Deney Grubu Ort ± SD		Kontrol Grubu Ort ± SD		t / p
Hastanede Yatış Süresi	51.51 ± 38.88		31.61 ± 18.79		t: 2.57 p=0.01

Tedavi sonrası ergenlerin hastaneden çıkış şekli karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubu ergenlerin %35.5'inin, kontrol grubu ergenlerin ise %51.6'sının klinikten firar sonucu taburcu edildikleri belirlendi. UM kullanan ergenlerin hastanede yatış sürelerine baktığımızda ise, deney grubu ergenlerin ortalama yatış süresi 51.51 $\pm$ 38.88, kontrol grubu ergenlerin ortalama yatış süresi 31 $\pm$ 18.79 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu ergenlerin hastanede yatış süreleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmaktadır. (Tablo 11).

Tablo 12. UM Kullanan Ergenlerde Tekrar Madde Kullanımının Değerlendirilmesi

Tekrar Madde Kullanımı	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2 / p
	n	%	n	%	
Madde kullanımı yok	9	29.0	4	12.9	χ^2 : 5.67 p=0.12
Kayma/Slip	7	22.6	3	9.7	
Yineleme/Nüks	10	32.3	17	54.8	
Bilinmiyor	5	16.1	7	22.6	

Tablo 12’de görüldüğü gibi çalışmanın tamamlanmasından bir yıl sonra, kurumlarla iletişim ve kayıtların incelenmesi yoluyla ergenlerin geçen süre içinde madde kullanıp kullanmadıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Ergenlerden tekrar eski kullanım düzeyine dönenler (yineleme/nüks), deney grubu ergenlerin %32.3’ü kontrol grubu ergenlerin ise %54.8’i olarak belirlendi. Deney grubu ergenlerin %22.6’sında tekrar madde kullanımı bulunmasına rağmen kullanımın yineleme/nüks düzeyine ulaşmadığı ve kesitsel izlem değerlendirmesinde madde kullanmadıkları görüldü. Deney grubundan beş, kontrol grubundan yedi ergenin tekrar madde kullanıp kullanmadığına ilişkin bilgiye ulaşılamadı. Deney ve kontrol grubu arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmamaktadır.

Tablo 13. UM Kullanan Ergenlerde Kesitsel İzlem Sonuçları

İzlem	Deney Grubu (n:31)		Kontrol Grubu (n:31)		χ^2 / p
	n	%	n	%	
Madde kullanmıyor	16	51.6	5	16.1	χ^2 : 11.8 p=0.01
Madde kullanımı sürüyor	10	32.3	18	58.1	
Bilinmiyor	5	16.1	8	25.8	

Çalışmada deney ve kontrol gruplarının tamamlanmasından yaklaşık bir yıl sonra kurumlarla iletişim ve kayıtlardan elde edilen bilgiler ile kesitsel olarak ergenlerin son üç ayda madde kullanım durumu değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Deney grubundan 16 ergende (%51.6), kontrol grubundan beş ergende (%16.1) son üç ayda (veya daha uzun süredir) madde kullanımı olmadığı, kontrol grubu ergenlerin ise %58.1’inin madde kullanımını

sürdürdüğü bulundu. İzlem çalışmasında özellikle sokakta yaşayan ergenlerle ilgili doğru bilgiye ulaşmada zorluk yaşandı (Tablo 13).

6.4. Eğitimin Etkinliğini Ölçmeye Yönelik Sorulara Ait Bulgular

Deney grubu ergenlerin eğitim esnasında saptanan risk faktörleri ve deney ve kontrol grubu ergenlere eğitim öncesi ve eğitim sonrası uygulanan soru formlarından elde edilen doğru yanıt sayılarına ait bulgular aşağıda tablo olarak sunulmaktadır.

Deney grubunda riskli durumlar konusunun ele alındığı ikinci oturumda risklerin listelendiği formdan ergenlerin kendisi için riskli durumları seçmesi istenmiş ve bu riskler yüzde hesapları yapılarak sıralanmıştır. Ergenler en önemli risk olarak; sokakta kalması, maddeyi görmesi, çevrelerinde madde kullanan kişiler olması, kızgınlık duyması ve madde teklif edilmesi gibi riskleri seçmişlerdir (Tablo 14).

Tablo 14. Deney Grubu Ergenler Tarafından Seçilen Risk Faktörleri

Deney grubu ergenler tarafından seçilen risk faktörleri	%
Sokakta kalması	80.6
Maddeyi görmesi	70.9
Çevresinde madde kullanan kişiler olması	67.7
Kızgın olması	67.7
Arkadaşlarının madde teklif etmesi	61.2
Madde kullandığını bildiği kişilerle görüşmesi	61.2
Madde etkisinde olan biriyle karşılaşması	58
Kötü bir gün geçirmesi	54.8
Madde kullandığı yerlerde bulunması	51.6
Daha kolay sinyal çekmek, hırsızlık yapmak istemesi	51.6
Üzgün olması	51.6
Madde ile ilgili bir şey görmesi	51.6
Kavga sonrası	48.3
Bir nefes çekmeyi istemesi	48.3
Ailesinin aklın gelmesi	48.3
Üşümesi	45.1
Arkadaşlarıyla kavgalı olması	44.9
Birisiyle madde kullanımı ile ilgili konuşmaya başlaması	41.9
Stresli olması	41.9
Daha önce yaşadığı ona acı veren olayların aklına gelmesi	38.7
Cesaretlenmek istemesi veya korkması	38.7
Yurtta çalışanlarla veya kalanlarla tartışması	35.4
Endişeli olması	35.4
Eleştirilmesi	29
Maddeyi kolaylıkla temin edebileceğini bilmesi	25.8
Kendini çok iyi hissetmesi	22.5
Madde kullandığı zamanlardaki kendini çok iyi hissettiği durumları hatırlaması	22.5
Yıpranması	22.5
Çok duygulanması	22.5
Madde ile ilgili rüya görmesi	22.5
Eğlenmek istemesi	22.5
Ömür boyu kontrol altında tutması gereken bir rahatsızlığı olduğunu düşünmesi	22.5
Sevgilisini görmesi	19.3
Yoksunluğunda yaşayacağı acıyı yeniden yaşaması	19.3
Yorgun olması	16.1
Uzun süre temiz kalması	9.6
Cinsel ilişki arayışında olması	6.4
İyi bir gün geçirmesi	6.4
Daha kolay para karşılığı cinsel ilişkiye girmek istemesi	3.2
Cinsel ilişki öncesi ya da sonrası	0

Tablo 15. UM Kullanan Ergenlerde Ön Görüşme Soru Formu Doğru Yanıtların Dağılımı

Sorular	Deney Grubu Ort $\pm$ SD	Kontrol Grubu Ort $\pm$ SD	t	p
Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri	1.96 $\pm$ 1.32	2.12 $\pm$ 1.23	- 0.49	0.62
Tiner/bali etkileri (doğru / yanlış)	12.22 $\pm$ 2.66	12.51 $\pm$ 2.75	-0.42	0.67
Risk etmenleri	1.80 $\pm$ 1.07	1.87 $\pm$ 1.14	-0.22	0.82
Tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler	1.58 $\pm$ 0.84	1.64 $\pm$ 0.877	-0.29	0.76
Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları	2.22 $\pm$ 1.17	1.67 $\pm$ 1.37	1.68	0.09
Israrlara karşı koymak	1.25 $\pm$ 0.57	1.06 $\pm$ 0.512	1.39	0.16
Bağımlılık (evet / hayır)	2.06 $\pm$ 1.18	2.06 $\pm$ 0.85	0.00	1.00

Tablo 15’de görüldüğü gibi ön görüşme soru formuna verilen yanıtlardaki doğru sayısı karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu ergenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır.

Tablo 16. UM Kullanan Ergenlerde Son Görüşme Soru Formu Doğru Yanıtların Dağılımı

Sorular	Deney Grubu Ort $\pm$ SD	Kontrol Grubu Ort $\pm$ SD	t	p
Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri	8.06 $\pm$ 1.59	2.74 $\pm$ 0.81	16.58	0.000
Tiner/bali etkileri (doğru / yanlış)	18.0 $\pm$ 1.71	13.16 $\pm$ 2.23	9.56	0.000
Risk etmenleri	5.29 $\pm$ 1.24	2.09 $\pm$ 0.83	11.89	0.000
Tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler	4.09 $\pm$ 1.10	1.70 $\pm$ 0.78	9.80	0.000
Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları	5.80 $\pm$ 1.24	2.32 $\pm$ 1.10	11.61	0.000
Israrlara karşı koymak	2.64 $\pm$ 0.75	1.12 $\pm$ 0.56	8.96	0.000
Bağımlılık (evet / hayır)	3.54 $\pm$ 0.62	2.19 $\pm$ 0.98	6.49	0.000

Deney ve kontrol grubu ergenlerin son görüşme soru formundaki sorulara verdiği yanıtlardaki doğru sayıları karşılaştırıldığında, tüm sorularda istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmaktadır (Tablo 16).

Tablo 17. Deney Grubu Ergenler Ön Görüşme ile Eğitim Sonu Soru Formu Doğru Yanıtların Dağılımı

Sorular	Ön Görüşme Ort $\pm$ SD	Eğitim Sonu Ort $\pm$ SD	t	p
Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri	1.96 $\pm$ 1.32	8.90 $\pm$ 1.92	-21.60	0.000
Tiner/bali etkileri (doğru / yanlış)	12.22 $\pm$ 2.66	17.77 $\pm$ 1.64	-10.97	0.000
Risk etmenleri	1.80 $\pm$ 1.07	6.45 $\pm$ 1.28	-17.83	0.000
Tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler	1.58 $\pm$ 0.84	4.54 $\pm$ 0.99	-14.14	0.000
Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları	2.22 $\pm$ 1.17	6.54 $\pm$ 1.26	-15.89	0.000
Israrlara karşı koymak	1.25 $\pm$ 0.57	3.22 $\pm$ 0.99	-9.87	0.000
Bağımlılık (evet / hayır)	2.06 $\pm$ 1.18	3.41 $\pm$ 0.71	-6.97	0.000

Deney grubu ergenlerin ön görüşme ve eğitim sonu soru formundaki sorulara verdiği cevaplardaki doğru sayıları karşılaştırıldığında; doğru yanıt sayıları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmaktadır (Tablo 17).

Tablo 18. Deney Grubu Ergenlerde Eğitim Sonu ve Son Görüşme Soru Formu Doğru Yanıtların Dağılımı

Sorular	Eğitim Sonu Ort $\pm$ SD	Son görüşme Ort $\pm$ SD	t	p
Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri	8.90 $\pm$ 1.92	5.40 $\pm$ 2.96	2.55	0.016
Tiner/bali etkileri (doğru / yanlış)	17.77 $\pm$ 1.64	18.00 $\pm$ 1.71	0.67	0.504
Risk etmenleri	6.45 $\pm$ 1.28	5.29 $\pm$ 1.24	3.95	0.000
Tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler	4.54 $\pm$ 0.99	4.09 $\pm$ 1.10	2.03	0.05
Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları	6.54 $\pm$ 1.26	5.80 $\pm$ 1.24	2.56	0.016
Israrlara karşı koymak	3.22 $\pm$ 0.99	2.64 $\pm$ 0.75	3.64	0.001
Bağımlılık (evet / hayır)	3.41 $\pm$ 0.71	3.54 $\pm$ 0.62	-1	0.325

Deney grubu ergenlerin eğitim sonu soru formuna verdiği doğru yanıtlar ile son değerlendirme soru formu sorularına verdiği doğru yanıtlar karşılaştırıldığında, “Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri“, “Risk etmenleri”, “Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları”, “Israrlara karşı koymak” sorularının doğru yanıt sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar ($p=0.001$, $p<0.05$) bulunmaktadır (Tablo 18).

Tablo 19. Deney Grubu Ergenlerin Ön Görüşme ve Son Görüşme Soru Formu Doğru Yanıtların Dağılımı

Sorular	Öngörüşme Ort $\pm$ SD	Son görüşme Ort $\pm$ SD	t	p
Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri	1.96 $\pm$ 1.32	8.90 $\pm$ 1.92	-20.44	0.000
Tiner/bali etkileri (doğru / yanlış)	12.22 $\pm$ 2.66	18.00 $\pm$ 1.71	-9.70	0.000
Risk etmenleri	1.80 $\pm$ 1.07	5.29 $\pm$ 1.24	-12.72	0.000
Tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler	1.58 $\pm$ 0.84	4.09 $\pm$ 1.10	-10.66	0.000
Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları	2.22 $\pm$ 1.17	5.80 $\pm$ 1.24	-14.15	0.000
Israrlara karşı koymak	1.25 $\pm$ 0.57	2.64 $\pm$ 0.75	-9.61	0.000
Bağımlılık (evet / hayır)	2.06 $\pm$ 1.18	3.54 $\pm$ 0.62	-7.00	0.000

Deney grubu ergenlerin ön görüşme ve son görüşme soru formlarındaki sorulara verdiği doğru yanıtlar karşılaştırıldığında tüm sorulara verilen doğru yanıt sayıları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmaktadır (Tablo 19).

Tablo 20: Kontrol Grubu Ergenlerin Ön Görüşme ve Son Görüşme Soru formu Doğru Yanıtların Dağılımı

Sorular	Öngörüşme Ort $\pm$ SD	Son görüşme Ort $\pm$ SD	t	p
Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri	2.12 $\pm$ 1.23	2.74 $\pm$ 0.81	-3.058	0.005
Tiner/bali etkileri (doğru / yanlış)	12.51 $\pm$ 2.75	13.16 $\pm$ 2.23	-1.77	0.086
Risk etmenleri	1.87 $\pm$ 1.14	2.09 $\pm$ 0.83	-1.27	0.214
Tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler	1.64 $\pm$ 0.87	1.70 $\pm$ 0.78	-0.40	0.690
Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları	1.67 $\pm$ 1.37	2.32 $\pm$ 1.10	-3.78	0.001
Israrlara karşı koymak	1.06 $\pm$ 0.51	1.12 $\pm$ 0.56	-0.70	0.489
Bağımlılık (evet / hayır)	2.06 $\pm$ 0.85	2.19 $\pm$ 0.98	-0.84	0.403

Kontrol grubu ergenlerin; ön görüşme ve son görüşme soru formundaki doğru yanıt sayıları karşılaştırıldığında “kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri” ve “Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları” sorularına verilen cevaplarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar ($p<0.05$, $p=0.001$) bulunmaktadır (Tablo 20).

Tablo 21. UM Kullanan Ergenlerde Ön Görüşme ve Son Görüşme Soru Formu Doğru Yanıt Sayıları Farkının Değerlendirmesi

Sorular	Deney Grubu Ort $\pm$ SD	Kontrol Grubu Ort $\pm$ SD	t	P
Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri	6.09 $\pm$ 1.66	0.61 $\pm$ 1.11	15.26	0.000
Tiner/bali etkileri (doğru / yanlış)	5.77 $\pm$ 3.31	0.64 $\pm$ 2.02	7.35	0.000
Risk etmenleri	3.84 $\pm$ 1.69	0.09 $\pm$ 1.10	9.33	0.000
Tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler	2.51 $\pm$ 1.31	0.06 $\pm$ 0.89	8.59	0.000
Madde kullanma arzusu ile baş etme yolları	3.58 $\pm$ 1.40	0.64 $\pm$ 0.95	9.61	0.000
Israrlara karşı koymak	1.38 $\pm$ 0.80	0.06 $\pm$ 0,51	7.73	0.000
Bağımlılık (evet / hayır)	1.48 $\pm$ 1.17	0.12 $\pm$ 0.84	5.19	0.000

Deney ve kontrol grubu ergenler arasında ön görüşme ve son görüşme soru formuna verilen doğru yanıt sayısının farkı alınıp karşılaştırıldığında tüm sorularda istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p < 0.001$) bulunmaktadır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında deney grubu ergenlerin bilgi düzeyinde önemli artış gözlemlendi (Tablo 21).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

UM kullanan ergenlerin bilinçlenmesine yönelik uygulanan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan bu çalışmada, UM kullanımı nedeniyle tedavi görmekte olan ergenlere; “bağımlılık hakkında bilgilendirme”, “uçucu maddeler ve etkileri”, “riskli durumlar”, “madde kullanma arzusu ile baş etme”, “ısrarlara karşı koyabilme” ve “acil durumlar” konularında uygulanacak eğitim ile bilinçlenme ve bilgilenenin sağlanması, tedavi motivasyonunun artırılması amaçlanmıştır.

Çalışmadan elde edilen veriler “sosyo-demografik bulguların tartışılması”, “kullanılan maddeye ilişkin bulguların tartışılması”, “tedavi motivasyonu ve tekrar madde kullanımına ilişkin bulgularının tartışılması” ve “eğitimin etkinliğine yönelik bulguların tartışılması” olmak üzere dört başlık altında tartışılmaktadır.

7.1. Sosyo-demografik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubu ergenlerin yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yere ait özellikleri, geçim kaynağı ve aile özellikleri gibi veriler tartışılmaktadır.

Deney grubunun yaş ortalaması 15.25 ± 1.18 , kontrol grubunun yaş ortalaması ise 15.32 ± 1.42 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır. Literatürde Ögel ve ark. tarafından (101) “Sokakta Yaşayan Çocuklara Yönelik Psikososyal Destek Projesi” kapsamında yapılan araştırmada, madde kullanan çocuk/ergenlerin bulunduğu çocuk koruma ve tedavi merkezlerinde bulunan 124 ergenin yaş ortalaması 16.2 ± 2.3 olarak bulunmuştur. İlk madde kullanmaya başladıkları yaş ortalamalarına bakıldığında sigaraya başlama yaş ortalamasının 9.5 ± 2.6 , yapıştırıcı/bali, tiner ve alkol kullanmaya başlama yaşı ortalamalarının ise 12.1 ile 12.8 arasında olduğu dikkati çekmektedir. Yine yapılan bir çalışmada UM kullanmaya başlama yaşı ortalaması 15.34 olarak bulunmuştur (102). Bu bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatüre göre UM kullanımı daha çok ergenler arasında ve erkeklerde yaygın olup, kullanımın erken yaşlarda başlaması dikkat çekicidir. Literatürde dört yaşındaki UM kullanıcısının rapor edildiği belirtilmektedir (107).

UM kullanan ergenlerin eğitim durumuna bakıldığında genel olarak eğitim düzeyinin düşük olduğu ve çoğunun eğitime devam edemediği, deney grubunun %35.5'inin, kontrol grubunun %45.2'sinin okur-yazar olduğu bulundu. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmamaktadır. UMATEM' de yapılan bir araştırmada UM kullananlarda okula hiç gitmeyenlerin oranı %40, okuldan sık sık kaçma oranı %73.5 olarak belirlenmiş, ülkemizde okullarda UM kullanma oranı %8,6 olarak bulunmuştur (102). Literatüre göre ise, okul başarısı düşük olan çocuk okuldan uzaklaşıp olumsuz arkadaşlar ve madde ile tanışabilmekte ya da madde ile tanışan çocuk eğitimini sürdürmede zorlanmakta, okul başarısı düşmekte, devamsızlık sonucu eğitim sisteminden çıkmaktadır. Madde kullanımı ergenlerin gelişimsel süreçteki yükümlülüklerini uygun bir şekilde yerine getirmelerini engellemektedir. Bunun sonucunda okul başarısı etkilenmekte ve %40 ve daha fazla oranda okulu bırakma görülebilmektedir (85,86,100,102). Literatür bilgileri çalışmamızdaki bulgular ile benzerlik göstermektedir.

UM kullanan ergenlerin yaşadığı yere ait özellikleri incelendiğinde; her iki grupta da sokak yaşamı deneyimi yüksek oranda olup, istatistiksel olarak deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Sürekli sokakta yaşayanlar deney grubunun %9.7'sini kontrol grubunun %16.1'ini, yurttan kaçıp sık sık sokakta kalanlar ise deney grubunun %38.7'sini, kontrol grubunun %25.8'ini ve evden sık sık kaçıp sokakta kalanlar deney grubunun %25.8'ini, kontrol grubunun ise %35.5'ini oluşturmaktadır. Küntay'ın (111) yaptığı çalışmada sokak çocukları arasında UM kullanım yaygınlığının %30 olduğu, tümünün ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyinin düşük ve çoğunun göç etmiş olduğu bulunmuştur. Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatüre göre ve yapılan araştırmalarda UM kullanan ve sokak öyküsü olan ergenlerin duygusal problemlerinin daha fazla olduğu, fakir ve işlevsel olmayan ailelere sahip oldukları, okul performanslarının iyi olmadığı ve erken yaşlarda okulu bıraktıkları bulunmuştur (100). Literatürde madde kullanımının evden kaçmayı artıran bir etken olduğu, madde kullanımının aile tarafından reddedilmesi ve maddeyi rahat kullanmak için çocuk/ergenin evden kaçabileceği, evden kaçtıkça daha fazla madde kullanıp, daha fazla madde kullandıkça giderek evden uzaklaşacağı belirtilmektedir (102).

Çalışmamızda yaşadığı yere ait özellikler açısından gruplar karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Ev veya yurttan kalan ergenler deney grubunun %25.8'ini, kontrol grubunun %22.6'sını oluşturmakta olup, deney grubunun %16.1'i, kontrol grubunun 12.9'u hiç sokakta kalmamıştır. Bu veriler ev veya yurttan kaldığını ifade eden ergenlerin bazılarının kısa süreli sokak deneyimi olduğunu düşündürmektedir. Sokak yaşantısı olanlar ise deney grubunun %83.8'ini, kontrol grubunun %87.8'ini oluşturmaktadır. Greene ve ark tarafından (54) yapılan ve evden kaçmış, evsiz ve genel nüfus içindeki ergenlerin alkol ve madde kullanımlarının kıyaslandığı çalışmada; evden kaçmış ve evsiz ergenlerin normal bir aile yaşantısına sahip çocuklara göre daha fazla madde kullandığı ve sokakta yaşayan ergenlerin yüksek risk ve yüksek bağımlılık oranına sahip uyuşturucuları daha çok ve fazla miktarda kullandığı bulunmuştur. Kipke ve ark. tarafından (70) sokakta kalan 601 ergenle yapılan çalışmada ise yaş aralığının 13-23, %66'sının erkek olduğu bulunmuş olup, %21'inin üç yıldan fazla, %23.3'ünün bir-üç yıl arası, %31'inin bir aydan daha az süredir sokakta yaşadığı belirlenmiştir. 15 yaşından önce evden kaçanların oranı %54 olarak bulunmuş, 159 erkek ve 90 kıza "madde kötüye kullanımı" tanısı konmuştur. Ögel ve arkadaşları tarafından yapılan (101) araştırmada ise sokakta yaşayan çocuk ve ergenler arasında madde kullanımı %78 olarak belirlenmiş, %49'unun tercih maddesinin tiner olduğu bulunmuştur. Bu bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı UMATM, UM tedavisine yönelik hizmet vermektedir. UM kullanımı daha çok sokak çocukları arasında yaygın görülmekte ve bu çocuk ve ergenler özellikle sosyal hizmetler kurumu aracılığı ile tedaviye getirilmektedir. Bu nedenle çalışmanın bulgularında sokak yaşantısı olanların fazla oranda olması beklenen bir bulgudur. İleri analizde madde kullanım süresi ile sokakta yaşama süresi arasındaki korelasyona bakıldığında ise yüksek düzeyde ve aynı yönde korelasyon (**$r:0.687$, $p<0.001$**) belirlendi. Madde kullanımı ve sokak yaşamı birbirini besleyen etkenler olarak yorumlanabilir.

Sokakta yaşama nedeni açısından deney ve kontrol grubu ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Sokak yaşantısı olan ergenlere sokakta yaşama nedenleri sorulduğunda, deney grubunun %48.4'ünde, kontrol grubunun %51.6'sında neden olarak aile sorunları belirlendi. Deney grubunun %16.1'sinin, kontrol grubunun %25.8'inin ise madde kullanımı nedeniyle sokak

yaşamını tercih ettiği bulundu. Evden/yurttan kaçan çocuk ve ergenler daha çok madde ile tanışmakta, bir kısım ergen ise madde ile tanıştıktan sonra madde bulmak ve arkadaşlarıyla beraber kullanmak için sokağı tercih etmektedir. Ögel ve ark. tarafından (101) yapılan çalışmada çocukların %71.9'unun maddeyi ilk kez sokakta yaşamaya başladıktan sonra kullanmaya başladığı belirlenmiştir. Tiwari ve ark. tarafından (133) yapılan çalışmada ise çocukların evden kaçma nedenleri araştırılmış ve aile sorunlarının önemli bir etken olduğu bulunmuştur. Bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulguları destekler niteliktedir. Literatüre göre; göç, hızla artan nüfus, ekonomik problemler, istismara maruz kalma, ailenin parçalanması, madde kullanımı vb çeşitli nedenlerle sokağı tercih eden çocuk/ergenlerin bir kısmının aileleri ile ilişkileri devam etse de çoğu ailelerinden kopmakta ve eğitimleri yarıda kalmaktadır (22,74,111,102).

Geçim kaynağı açısından deney ve kontrol grubu ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney ve kontrol grubu ergenlere geçim kaynağı sorulduğunda, deney grubu ergenlerin % 25.8'inin kontrol grubu ergenlerin ise %38.7'sinin madde etkisinde para isteme şeklinde (sinyal) kazanç sağladığı, yine deney grubunun %35.5'inin, kontrol grubunun %29'unun para isteme(sinyal) yanı sıra kısa süreli geçici işlerde çalıştığı bulundu. UM kullanan çocuklar arasında yapılan araştırmada %11 oranında bir işte çalıştıkları ve çalışanların %52'sinin UM ile ilişkili işlerde çalıştıkları, %59.6 oranında yasa dışı yollardan gelir sağladıkları, %11'inin ailesinden destek aldığı bulunmuştur. Aile ile birlikte yaşayanlarda yasa dışı gelir %29.8 olarak belirlenmiştir (102). Bu bulgular çalışmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Çalışmada ilave olarak deney grubundan 13 kontrol grubundan 22 olmak üzere toplam 35 ergen hırsızlık deneyimi tanımladı. Suç öyküsü olan ergenlerin çoğunda olayın yargıya intikal etmeyip kayıt dışı kaldığı gözlemlendi. Sokakta para isteyerek ve hırsızlık gibi yasa dışı yollardan geçimini sağlayabilen ergenlere bu koşullarda sokağın cazip geldiği düşünülmektedir.

Ögel ve arkadaşları tarafından (101) yapılan çalışmada sokakta yaşayan çocukların % 72.5'inin suç işlediği, % 52.6'sının yanında kesici alet ya da tabanca taşıdığı, % 25.7'sinin çetede yer aldığı ve % 19.6'sının geçmişte cezaevi ya da ıslahevinde kaldığı belirtilmektedir. UMATEM'de bulunan çocuk/ergenler arasında yapılan bir araştırmada ise 200 UM bağımlısının yarısından fazlasının suç işlemiş

olduğu ve genelde madde temin etme amacıyla suç işledikleri bulunmuştur (102). Bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulguları destekler niteliktedir. Literatürde UM kullananlarda, sokakta yaşayanların ailesiyle yaşayanlara göre suç işleme riskinin iki kattan daha fazla olduğu, madde kullananlarda sık görülen davranım bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi semptomların ve akran baskısının suça eğilimi arttırdığı belirtilmektedir (119,104).

Aile özellikleri sorgulandığında deney ve kontrol grubu ergenler arasında istatistiksel açıdan farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubu ergenlerin %41.9'unun, kontrol grubu ergenlerin %32.3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu ayrıca, deney grubunun %25.8'inin, kontrol grubunun %38.7'sinin ana-babasının ayrı olduğu, her iki grubun %9,7'sinde ise ebeveynlerden birinin hayatta olmadığı bulundu. Deney grubunun %22.6'sında, kontrol grubunun ise %19.4'ünde üvey ebeveyn olduğu belirlendi. Ergenlerle yapılan görüşmelerde üvey ebeveyne sahip olan ergenlerin tamamı üvey ebeveyn ile sorun yaşadığını ve evden kaçmasında üvey ebeveynin önemli faktör olduğunu belirtti. UMATEM'de yapılan bir araştırmada ise UM kullananların %20'sinde anne ya da babadan birisinin ölmüş olduğu ve UM kullanıcılarının %35.5'inde anne ve babanın ayrı olduğu saptanmış olup, %26.7'sinde ise ebeveynlerden birisinin üvey olduğu belirlenmiştir (102). Aile bir arada değilse UM kullanma riski beş kat arttığı belirtilmektedir. Ailenin bir arada olması güven ve sosyal destek duygusunu arttırmaktadır (106). İlginç bir bulgu da tek anne tarafından yetiştirilen ya da babanın ayrı/uzak olduğu ergenlerde madde kullanımı %30 daha fazla bulunmuştur (110). Ögel ve ark tarafından yapılan (101) çalışmada ise sokakta yaşayan çocukların yaklaşık %17.8'inin annesi, %19.8'inin ise babası hayatta değildir. %55.1'inin anne ve babası ayrılmıştır. Kendisinden başka sokakta yaşayan kardeşi olanlar %11.4'tür, %48.6'sının ise ailesinin göç ettiği bulunmuştur. Bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer niteliktedir.

Aile ile görüşme sıklığı açısından gruplar karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu ergenler arasında anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Aile ile hiç görüşmeyen ergenler deney grubunun %22.6'sını, kontrol grubunun %29'unu oluşturmakta olup, deney grubunun %58'i, kontrol grubunun ise %58.1'i aile ile seyrek görüşüğünü belirtmiştir. Aile ile birlikte yaşayanlar deney grubunda %19.4 kontrol

grubunda %12.9 olarak belirlenmiştir. Ögel ve ark. tarafından (101) sokakta yaşayan çocuklarla yapılan çalışmada ailesiyle görüşme sıklığı sorulduğunda, annesiyle hiç görüşmeyenler % 53.4, babasıyla hiç görüşmeyenler % 66.5 olarak saptanmış, sokakta yaşayan çocukların yaklaşık % 72.8'i aile üyelerinden biri tarafından fiziksel şiddet gördüğünü belirtmiştir. Bu araştırmaya kıyasla bizim çalışmamızda aile ile hiç görüşmeyenlerin oranı daha düşüktür. UMATEM'de sokak çocukları yanı sıra aile bağı devam eden çocuk/ergenlerin de bulunması nedeniyle bu beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Ergenlere, aile ile sorun yaşayıp yaşamadığı sorulduğunda çoğunluğu aile ilişkilerini sorunlu olarak ifade etti ve deney grubunun %51.6'sı, kontrol grubunun ise %54.8'i şiddetli aile sorunları tanımlandı. Maddeye başlama ve evden kaçma nedenlerinin başında da aile sorunları dile getirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan ergenlerin çoğunluğunun aile ile seyrek görüşmesi ya da hiç görüşmemesi de şiddetli aile sorunlarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Tiwari ve ark tarafından (133) 400 evden kaçan çocuk ve ergenle yapılan çalışmada, çocukların evden kaçma nedenleri araştırılmış ve aile içi şiddet, işsizlik, ailenin parçalanması, üveyn ebeveyn, aile içi tartışmalar sonucu çocukların 10-12 gibi erken yaşlarda evden kaçtığı bulunmuştur. Literatürde de özellikle ebeveynlerin birbiriyle ya da çocukla olan çatışmalarının evden kaçma ve madde kullanımı gibi problemlerde etkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle UM kullanan ve sokak öyküsü olan ergenlerin duygusal problemlerinin daha fazla olduğu, fakir ve işlevsel olmayan ailelere sahip oldukları, belirtilmektedir (32,102,106,130).

7.2. Kullanılan Maddeye İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubu ergenlerin kullandığı maddeye ilişkin özellikler ve hastaneye yatış özellikleri, tedavi sonrası amaçları ve ergenlerin UMB konusunda kendilerini nasıl değerlendirdikleri tartışılmaktadır.

Kullanılan maddeye ilişkin özellikler karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık ($p>0.05$) bulunmamıştır. Tercih maddesi daha çok tiner olarak belirlenmiş olup, deney grubunun %35.5'i kontrol grubunun ise %41.9'u tercih maddesini tiner olarak belirtmiştir. Deney grubunun %45.2'si, kontrol grubunun %29'u

hem tiner hem de bali kullanmaktadır. Ülkemizde UM kullanım yaygınlığı pek çok ülkeye göre daha düşüktür. Ögel ve ark. tarafından yapılan çalışmada (95,101) UM kullanım sıklığı ilköğretimde %3.2, ortaöğretimde %5.2 olarak bulunmuş, sokakta yaşayan çocukların %30'unun tiner ve yapıştırıcı/bali kullandığı, bunların %49'unun tercih maddesinin tiner olduğu saptanmıştır. Bu bulgu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Özellikle tinerin kullanımı sokakta yaşayan çocuk ve ergenler arasında daha yaygındır. Tiner ve bali gibi maddeler hızlı etkili, ucuz, legal ve kolay ulaşılabilir özelliktedir. Özellikle son 20 yılda çocuk ve ergen popülasyonunda kullanım giderek artmaktadır (72). Sokakta ise sinyal ile para toplayabilme, soğuk havalarda ısınmayı sağlama, arkadaş grubuna katılma gibi amaçlara yönelik olarak bu maddelerin kullanımı sürmektedir (102).

Deney ve kontrol grubu ergenlerin madde kullanım sürelerine bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney ve kontrol grubunun %32.3'ü 1-3 yıl arası madde kullanımı tanımlamaktadır. Ergenlerin çoğunda bir yıldan uzun süredir madde kullanımı mevcuttur. UM kullanmaya başlama yaşı Ögel ve ark tarafından yapılan (101) çalışmada $ort:12.1 \pm 2.8$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki örneklemin yaş ortalaması dikkate alındığında madde kullanım süresi bu araştırma ile benzer niteliktedir. Madde kullanımına başlama nedenleri karşılaştırıldığında ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Madde kullanımına başlama nedeni olarak öncelikli olan arkadaş etkisi deney grubunda %41.9, kontrol grubunda %51.6 olarak belirlenmiş olup, merak arkadaş etkisinden sonraki ikinci sırada yer almaktadır. UM dışındaki diğer maddelerin kullanımı sorgulandığında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Daha önce söz edildiği gibi madde kullanımının nedenleri çok çeşitlidir. Akran etkisi, merak, aile sorunları, sokakta yaşama koşulları, sosyo-kültürel faktörler, sosyal beceri eksikliği vb faktörler etkili olmaktadır (32,47,63,93,100). Ögel ve ark. tarafından (100) yapılan çalışmada madde kullanımına başlamada en önemli faktörler merak, sinirlenmek ve eğlenmek olarak sıralanmıştır. Herhangi bir maddeden en az bir kere kullanan öğrencilerin risk almaktan hoşlandıkları, aile ile iyi anlaşamadıkları, zaman zaman büyük öfke yaşadıkları bulunmuştur. UM kullanan ilköğretim öğrencilerinin %28.8'i ise UM kullanmaları için arkadaşlarının ısrar ettiğini belirtmiştir. Sokak çocukları arasında yapılan çalışmada da

%71.9'unun evden kaçtıktan sonra madde kullanmaya başladığı ve %79.7'sinin arkadaşları madde kullandığı zaman madde kullanmak istedikleri belirlenmiştir (101). 2001 yılında yapılan bir araştırmanın bulgularına göre ise, UM kullanan ilköğretim öğrencilerinin %49.2'si, ortaöğretim öğrencilerinin ise %36.2'si arkadaşlarının da UM kullandığını belirtmiştir (104). UMATem'de yapılan bir araştırmada ise UM kullanan ergenlerin %90'ı arkadaşlarının da madde kullandığını ve %63'ü grup halinde maddeyi kullandıklarını belirtmiştir (102). Bu bulgular bizim çalışmamızdaki bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Deney grubu ergenlerin %19.4'ünün, kontrol grubu ergenlerin ise %38.7'sinin esrar kullandığı, deney ve kontrol grubu ergenlerin %25.8'inin ise hap ve esrar kullandığı belirlenmiştir. Ögel ve ark tarafından (96) 2004 yılında İstanbul'da öğrenciler arasındaki riskli davranışları belirlemek için yapılan araştırmada, UM kullanan ergenlerin %39.5'inin başka uyuşturucu maddeleri de kullandığı bulunmuş, UM kullanan ergenlerin diğer maddelere ilişkin tutumları sorulduğunda %20.8'i esrar kullanmayı, %24.2'si ise hergün alkol almayı onaylamış ve %24.9'u eroin kullanmayı denemek istediğini belirtmiştir. Esrar kullananlarda kullanmayanlara göre ecstasy kullanma riski 34 kat, eroin kullanma riski 17 kat ve UM kullanma riski 10 kat daha fazla bulunmuştur. Bu bulgular çalışmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

UM kullanan ergenler merak, sokak kültürü ve özellikle arkadaş etkisi ile diğer maddelerle kısa sürede tanışmakta ve diğer maddeleri de kullanmaya başlamaktadırlar. Yine, sarhoşluk düzeyini UM ile yakalayamadıklarında, bu tatmini hap, alkol, esrar ve eroin gibi diğer maddelerde aramakta ve uçuşu maddelerden diğer maddelere geçiş göstermekte ya da esrardan diğer maddelere geçiş görülebilmektedir (10,101,130).

Hastaneye başvuru şekli ve daha önceki hastanede kalış süreleri incelendiğinde, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubu ergenlerin %64.5'inin, kontrol grubu ergenlerin %61.3'ünün sosyal hizmetler görevlisi eşliğinde geldiği belirlenmiştir. İstanbul'da pilot uygulama esasına göre mobil ekipler ve çocuk polisi tarafından sokaktan alınan çocuklar Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) kurumlarından ilk adım istasyonlarında değerlendirilmekte, bir kısmı aileye veya yurtlara teslim

edilmekte, gerekli kayıt ve yasal işlemler yapılmakta ve tedavi ihtiyacı olanlar ise ilgili sağlık kuruluşuna sevk edilmektedir. 03.07.2005 tarihli ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nun ikinci bölümünde, beşinci maddenin, birinci bendinin d fıkrasının göre; tedavi işbirliği olmayan çocuk/ergen'in yararına olacağı düşünülüyorsa SHÇEK aracılığı, savcılık istemi ve çocuk mahkemesinin kararıyla çocuk/ergen tedavi altına alınabilmektedir. Fakat zorunlu olarak tedaviye getirilen bu ergenlerin çoğunun kısa sürede tedaviyi yarıda bıraktıkları, firar ettikleri gözlenmiştir. Bu nedenle çalışmada bir çok ergenle ön görüşme dahi yapılamamıştır. Bu sonuç ve gözlemlere dayanarak sokak çalışmalarının ve mobil ekiplerin daha etkin olması için mevcut sistemin güncellenme gereksinimi olduğu ve hakim kararı ile zorunlu tedavi yerine işbirlikçi bir ilişki kurularak ergenleri tedavi için motive etme çabalarının daha yararlı olacağı düşünülmektedir.

Evsiz çocuk ve ergenlerin günlük gereksinimleri ve yardım için bazı ülkelerde mobil servisler ve kriz merkezleri oluşturulmaktadır. Madde kullanımı sokak çocukları için sokak şartlarıyla baş etmek için bir yol olabilir. Bunun için kısa süreli arındırma(detoksifikasyon) ve krize müdahale hizmeti sunulmaya, işbirliği ve tedavi motivasyonu arttırılmaya, sokakta karşılaşacağı riskler azaltılmaya çalışılmaktadır (70). ABD'de sokak çocuklarına yönelik yapılan izlem çalışmasında üç ay kadar çocuklarla sokakta ziyaret ve mülakatlar ile iletişim kurmaya çalışan görevlilerin bu çocukların %69'unu başarıyla kurumlara yerleştirebildikleri, çocuklarla yeterli iletişim kurmadan sokaktan alıp kurumlara yerleştirme çabalarının başarı sağlamadığı belirtilmektedir (112).

Deney ve kontrol grubu ergenlerin % 50'sinin daha önce madde kullanımı nedeniyle tedavi başvurusu olup, tedavi başvurusu olanların tamamı bir aydan kısa süre hastanede kalmıştır. Madde bağımlılığı tedavisinde nüks ve tekrarlayan yatışlara sık rastlandığından bu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Hastaneye daha önce başvurmuş olanların hastanede kalış sürelerinin kısa olması tedavi motivasyonlarının yeterli olmadığını ve tedaviyi yarıda bıraktıklarını düşündürmektedir.

Deney ve kontrol grubunda UMB açısından kendilerini değerlendirmeye yönelik soruya verilen cevaplar karşılaştırıldığında anlamlı fark ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney grubu ergenlerin %77.4'ü, kontrol grubu ergenlerin % 71' i bağımlı olmadığını

düşünmekte ve ergenlerin yaklaşık yarısı bağımlılık konusunda kendi bilgi düzeyini yetersiz gördüğünü belirtmektedir. Eğitim oturumlarında ergenler bağımlı olmadıklarını daha çok yoksunluk krizi yaşamamaları ile açıklamışlardır. Literatüre göre madde kullanan ergenlerde bağımlı olduğunu inkar etme sık görülen bir durumdur. Bağımlılığı kabullenmek, maddeyi bırakmak ve yaşam biçimini değiştirmek demektir ve bir çoğu maddeyi bırakmayı istese de buna hazır olmayabilir. Çoğu ergen çelişki yaşamakta olup, azaltma ve kontrollü kullanma düşüncesi daha yaygındır (100).

Ergenlerin ön görüşme ve son görüşmede, tedavi sonrası amaçlarına yönelik sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Deney ve kontrol grubu ergenlerin %48.4'ü tedavi sonrası çalışmayı hedeflediğini belirtmiş, okula devam etmek isteyenleri ise deney grubunun %24.2'sini, kontrol grubunun %22.6'sını oluşturmaktadır. Özellikle okul başarısı düşük olup okuldan ayrılan veya okula uzun süre ara veren ergenler okula dönmek yerine çalışmayı planlamaktadır. Tedavi sonrası ergenlerin mesleki eğitim ve iş olanakları sınırlı olup, örgün eğitim şansları da düşük olmaktadır. Bu koşullar nedeniyle ergenlerin çoğunun hayal kırıklığı yaşadığı, mücadele etmek yerine umutsuzluğa kapılma eğiliminde oldukları gözlenmiştir.

7.3. Tedavi Motivasyonu ve Tekrar Madde Kullanımına İlişkin İzlem Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubu ergenlerin tedavi motivasyonlarındaki değişim ve taburculuk sonrası izlem değerlendirmesinde tekrar madde kullanım durumu tartışılmaktadır.

Ergenlerin ön görüşmede tedavi olma istekleri sorulduğunda deney grubunun %54.8'inin, kontrol grubu ergenlerin ise %64.5'inin kendini istekli olarak tanımladığı belirlenmiştir. Deney grubunda kendini kararlı olarak değerlendiren ergenlerin sayısı nisbeten daha yüksek olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tedaviye kendi isteği dışında getirilen ergenlerin çoğu firar ederek klinikten ayrıldığından çalışma kapsamı dışında kalmıştır. Bu nedenle ergenlerin çoğunluğunun istekli olması tedaviye gelen ergenler için genellenmemesi gereken bir

durumdur. Deney ve kontrol grubu ergenlerin son görüşmedeki tedavi olma istekleri karşılaştırıldığında, deney grubu ergenlerde tedavi motivasyonunu kararlı olarak belirtenlerin oranında artma, kontrol grubu ergenlerde ise azalma görülmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Motivasyon bir özellik değil süreklilik göstermeyen ve değişebilen içsel bir durumdur ve tedavi sürecindeki kurallara uyumda zorlanan ve bir taraftan da madde isteği yaşayan ergenlerde tedavi motivasyonunda düşme sık karşılaşılan bir durumdur (102).

Ergenlerin tedavi motivasyon puan ortalamaları ön görüşmede deney grubunda ortalama 8.419 ± 1.974 , kontrol grubunda ortalama 8.0 ± 2.0 olarak belirtilmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İlk ve son görüşmedeki puan farkı karşılaştırıldığında ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Deney grubunda motivasyon puanında artma olurken kontrol grubunda azalma saptanmıştır. Bu sonuç çalışmanın, bilinçlendirmeye yönelik eğitim ile tedavi motivasyonunu artırma ve/veya sürdürmede etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Ergenlerin taburculuk şekli karşılaştırıldığında, kontrol grubunda firar oranı daha yüksek olmakla beraber, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubu ergenlerin %35.5'i kontrol grubunun %51.6'sı tedaviyi tamamlayamadan firar sonucu taburcu edilmiştir. Ergenlerin hastanede yatış sürelerine bakıldığında deney grubunun hastanede yatış süresi ortalama 51.51 ± 38.8831 , kontrol grubu ergenlerin ise ortalama 31 ± 18.79 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p=0.01$) bulunmuştur. Deney grubu ergenlerin tedavi sürecinde daha uzun kaldığı dolayısıyla tedavi uyumlarının kontrol grubuna göre daha iyi olduğu söylenebilir. Tedavi esnasında madde isteği yaşayan bazı ergenlerin motivasyonlarının düştüğü ve birbirlerini etkileyerek firar etme yönünde davrandıkları gözlenmiştir. “Madde isteği ile baş etme” ve “madde teklifine hayır deme” gibi konularda eğitim uygulanan deney grubu ergenlerin bir kısmının tedavi süreci firarla sonlansa da, motivasyonu düşen ergenlerden daha az etkilendikleri ve tedavilerini sürdürme eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Özellikle sosyal görevliler/ polis eşliğinde ve kendi isteği dışında gelen ergenlerin firar etme eğiliminde olduğu, firar eden ergenlerin çoğunun madde kullanımına tekrar geri döndüğü gözlenmiştir.

Ergenlerin hastaneden çıktıktan sonra tekrar madde kullanımı olup olmadığı araştırıldığında, eski kullanım düzeyine dönen ve yineleme/nüks görülen ergenler, deney grubunun %32.3'ünü, kontrol grubunun %54.8'ini oluşturmaktadır. Deney grubunun %22.6'sında tekrar madde kullanımı (kayma) bulunmasına rağmen bu ergenlerde madde kullanımı nüks düzeyine ulaşmamış, çoğunun maddesiz bir yaşamı sürdürmeye çalıştıkları gözlenmiştir. Deney grubundan beş, kontrol grubundan 7 ergenle ilgili bilgiye ulaşılamamıştır. Deney ve kontrol grubu arasında tekrar madde kullanımı açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamış olsada deney grubunda oluşan kayma olgularının nükse dönüşmemesi uygulanan eğitimin etkinliği açısından dikkate alınmalıdır. Literatüre göre, yineleme/nükslerin ve kaymanın bulunması tedavinin başarısız olduğunun göstergesi değildir. Bağımlılık yinelemelerle seyreden bir hastalıktır. Literatürde yineleme oranı taburculuktan sonraki ilk 6 ayda %56, eğer ilk tedavi başvurusu ise yineleme oranı %70 ve üzerinde olmaktadır (7,122). Solukçu tarafından yapılan (122) çalışmada 70 kişilik alkol bağımlısı olan hastanın %77'sinin ilk ayda yineleme/nüks yaşadığı, ayaktan grup terapisine katılan hastalarda ise %2.9 oranında yineleme/nüks görülmüştür. Tedavi sonrasında maddenin tekrar kullanılma oranı yüksek olmakla beraber kayma ve yinelemelerin bir kısmı bir süre sonra remisyona girerek tedavide başarı sağlanabildiği belirtilmektedir (139).

Araştırmada eğitim programının uygulamasının tamamlanmasından yaklaşık bir yıl sonra ve kesitsel olarak, kurumlarla iletişim, hasta kayıtlarının incelenmesi doğrultusunda son üç aylık sürede madde kullanım durumu değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Toplanan bilgilere göre deney grubundan 16 ergenin (%51.6) son üç aydır (veya daha fazla süredir) madde kullanımı olmadığı, kontrol grubunda ise madde kullanımını sürdüren ergenlerin sayısı 18 (%58.1) olarak bulunmuştur. Bu bulgular ile bireysel uygulanan bilinçlendirme eğitiminin tedavi sürecine önemli katkılar sağladığı, eğitim uygulanan gruptaki ergenlerin hayatını maddesiz olarak sürdürmede ve yinelemeleri önlemede daha başarılı oldukları söylenebilir. İzlem çalışmasında özellikle kurumlarda kalmayan ve sokak yaşamını tercih eden ergenlerle ilgili bilgilere ulaşmada zorluk yaşanmıştır. Ergenlerin tedavi sürecine etki eden pek çok değişken olması nedeniyle tekrar madde kullanımı görülebilmektedir. Çalışmanın son aşamalarında deney grubundan madde kullanımı olmayan bir ergenin tekrar madde kullanımına başladığı,

bir ergenin de yasal sorun nedeniyle tutuklandığı, kontrol grubundan ise madde kullanımını bırakan bir ergenin daha sonra psikoze nedeniyle tedavi gördüğü ve madde kullanmaya devam eden bir ergenin ağır yaralandığı, çok üzücüdür ki iki ergenin de sokakta yaşadığı bir tartışma nedeniyle öldürüldüğü öğrenildi. Bu durum tekrar madde kullanımı ve yaşamsal koşullarda değişkenlik potansiyelinin yüksek olduğunun göstergesi olarak yorumlanabilir.

7.4. Eğitimin Etkinliğine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde risk faktörleri, deney ve kontrol grubu ergenlere uygulanan ön görüşme ve son görüşme soruları ile deney grubuna uygulanan eğitim sonu görüşme sorularına verilen yanıtların değerlendirme sonuçları ve eğitimin etkinliği tartışılmaktadır.

Eğitim sırasında risk faktörlerini belirlemeye yönelik olarak deney grubu ergenlere, Form-1 listesinden kendileri için risk olan faktörleri seçmeleri istenmiştir. Seçilen riskli durumlar en çok seçilenden en az seçilene doğru sıralandığında ergenlerin seçtiği ilk on riskli durum; “sokakta kalmam”, “maddeyi görmem”, “çevremde madde kullanan kişiler olduğunda”, “kızgın olduğumda”, “arkadaşlarım madde teklif ettiğinde”, “madde kullandığımı bildiğim kişilerle görüşmem”, “madde etkisinde olan biriyle karşılaştığımda”, “kötü bir gün geçirdiğimde”, “madde kullandığım yerlerde bulunduğumda”, “daha kolay sinyal çekmek ve hırsızlık yapmak istediğimde” ve “üzgün olduğumda” şeklinde sıralanmıştır. Sokakta kalma öyküsü olan ergenlerin ağırlıklı olduğu bu örneklem grubunda sokakta kalmanın en önemli risk faktörü olması beklenen bir sonuçtur. Maddeyi görmek, madde kullananlarla görüşmek, kötü bir gün geçirmek, üzgün olmak, madde teklif edilmesi vb riskler literatürde bahsedilen yineleme/nüks oluşumuna neden olabilen önemli faktörlerdir ve bulgular literatür ile de uyumludur (26,83,100,115).

Ön görüşme sorularına verilen yanıtlardaki doğru sayısı karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu ergenler arasında anlamlı farklılık ($p>0.05$) bulunmamaktadır. Her iki grubun araştırmanın başlangıcındaki bilgi düzeyi birbirine yakın bulunmuştur. Deney grubu ön görüşme ve son görüşme sorularının doğru yanıt sayılarının farkı karşılaştırıldığında; “kendiliğinden sayabildiği tiner/bali etkileri“, “tiner/bali etkileri

doğru/yanlış“, “risk etmenleri“, “tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler“, “madde kullanma arzusu ile baş etme yolları“, “ısrarlara karşı koymak“ ve “bağımlılık doğru/yanlış“ sorularına verilen yanıtlardaki doğru sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmaktadır. Deney ve kontrol grubu arasında son görüşme sorularına verilen yanıtlardaki doğru sayısı karşılaştırıldığında ise istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmaktadır. Deney grubu ergenlerin son görüşmede sorulara verdiği doğru yanıt sayısı dolayısıyla eğitim sonrasındaki bilgi düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bu da çalışmanın amacına ulaştığını uygulanan eğitimin etkili olduğunu göstermektedir.

Deney grubu ergenlerin eğitim sonu görüşmede sorulara verdiği doğru yanıt sayıları ile son görüşme sorularına verdiği doğru yanıt sayıları karşılaştırıldığında ise; “kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri“, “risk etmenleri“, “tekrar madde kullanmaması için yapması gerekenler“, “madde kullanma arzusu ile baş etme yolları“, “ısrarlara karşı koymak”ve “bağımlılık doğru/yanlış“ sorularına verdiği yanıtlardaki doğru sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Doğru yanıt sayıları eğitim sonunda daha yüksek, bir hafta sonraki son görüşmede ise daha düşük bulunmuştur. Eğitimden sonra son görüşmeye kadar arada geçen bir haftalık sürede bilgilerin bir kısmında kayıp oluşmuştur. Literatürde de belirtildiği gibi UM kullanımı bilişsel fonksiyonları olumsuz etkilediğinden (6) bu beklenen bir sonuçtur. Ayrıca literatürde sokak çocuklarının ilgi ve konsantrasyonu daha düşük, kısa süreli olduğu belirtilmiştir (111). Sosyal ve bilişsel faktörler açısından olumsuzluklar bulunsada, zaman içinde bilgide kayıplar olsa da deney grubu ergenlerin ön görüşme ve son görüşme doğru sayıları arasındaki ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunması eğitimin etkinliği açısından önemlidir.

Kontrol grubu ergenlerin ön görüşme ve son görüşme sorularına verdikleri doğru yanıtlar karşılaştırıldığında “kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri“, “madde kullanma arzusu ile baş etme yolları” sorularına verdikleri doğru yanıtlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar ($p<0.05$) bulunmaktadır. Bilinçlendirmeye yönelik eğitim programının uygulanmadığı kontrol grubunda bilgi düzeyindeki bu artışın ergenlerin birbiriyle olan etkileşimlerinin yanı sıra, kliniğin tedavi programında yer alan

yapılandırılmamış doğal bilgi aktarımları, rehber görüşmeleri ve sabahları yapılan grup oturumları sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Kliniğin rutin tedavi programı ile kontrol grubu ergenlerin bilgi düzeyindeki bu artış beklenen bir sonuçtur.

Deney ve kontrol grubu arasında ön görüşme ve son görüşme sorularına verilen doğru yanıt sayısının farkı alınıp karşılaştırıldığında, tüm sorularda istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulunmaktadır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubu ergenlerin bilgi düzeyinde önemli bir artış bulunmuştur. Bu sonuç, araştırmanın amacına ulaştığını ve ergenlerin bilgi düzeyinde önemli artışlar sağlandığını göstermektedir. İzlem değerlendirmesinde ki sonuçlarda ele alındığında, uygulanan eğitim ile deney grubu ergenlerin bilgi düzeyindeki artış ile tedavi motivasyonları artmış, maddesiz bir yaşam sürdürmede kontrol grubuna oranla daha başarılı olmuşlardır. Maddesiz bir yaşam sağlamada eğitimde aktarılan bilgilerin yanı sıra etki eden pek çok değişken olabilmektedir, fakat sorulara verilen doğru yanıtlardaki artış ve izlem değerlendirmesinde deney grubu ergenlerde maddesiz yaşamını sürdürenlerin daha yüksek oranda bulunması eğitimin etkinliğini vurgulamaktadır.

Dünyada artan bir sorun olan madde bağımlılığına yönelik pek çok eğitim bulunmakta olup bunların çoğu daha çok önlemeye yönelik pragramlardır. Önleme programları bilgilenmeyi sağlıyor olsa da bilgilerin davranışa dönüşmesindeki etkinliği tartışmalıdır ve önleme programları daha da geliştirilmeye çalışılmakta, bilgi aktarımlarından çok beceri geliştirmenin önemine değinilmektedir (24,55). NİDA'nın 2000 yılında önleme programlarında etkinliğin arttığına dair yayınları bulunmaktadır. Önleme araştırmalarının odağı daha çok program ve strateji geliştirmeye yöneliktir. Son yıllardaki araştırmalar daha çok ilköğretim sınıf öğretmenlerinin bilgilendirilmesi, riskli durumların tanımlanması, madde önlemeye yönelik beceri kazandırma programlarını kapsamaktadır. Çocuk ve ergenleri bilinçlendirmeye ve beceri kazandırmaya yönelik uygulanan pek çok eğitim programı ve bu yönde pek çok araştırma bulunmaktadır (51).

Lise öğrencilerinin madde kullanımının zararlarına ilişkin sağlık eğitim gereksinimlerini belirlemek ve sonuçlar doğrultusunda gerçekçi öneriler geliştirmek amacıyla Akın tarafından (3) 980 öğrenci ile yapılan çalışmada; öğrencilerin

%90.6'sının madde kullanılması dünyada ve ülkemizde toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu ve %80.5'inin maddelerin oluşturduğu sorunların giderilmesinde toplum bilincinin gelişmesini önemli bir güç olarak gördükleri belirlenmiştir. Öğrencilerin %85.9'unun çeşitli maddelerin zararları ve korunma yollarının eğitim politikaları/programları içinde yer almasını istedikleri saptanmıştır.

Sayım tarafından (114) öğrencileri uyuşturucu madde konusundaki bilgilendirmek, farkındalıklarını arttırmak, tutum, inanç ve görüşlerini değiştirmek amacıyla yapılan çalışmada 14–18 yaşları arasındaki, 113 erkek, 87 kız olmak üzere toplam 200 Lise 2. sınıf öğrencisi çalışmaya alınmış, Alkol Madde Araştırma Eğitim ve Tedavi Merkezi (AMATEM) tarafından geliştirilen “*Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Eğitim Paketi*” uygulanmıştır. Değerlendirmede, öğrencilerin uyuşturucu maddeye bakış açıları eğitim almadan önce ve eğitim aldıktan sonra şeklinde karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla eğitimden daha fazla yararlandıkları görülmüştür .

751 lise öğrencisinin sigaraya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve değişik bilgilendirme yöntemleri kullanarak öğrencilerde sigara ile ilgili görüş değişiminin incelenmesi amacıyla yapılan deneysel çalışma sonucunda ise; Öğrencilerin bilgilendirme eğitimi sonrasında %63'ünün sigara hakkında olumlu görüşe sahip olduğu saptanmıştır. Eğitimin sigaraya ilişkin olumlu şemayı olumsuzla dönüştürmede etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (44).

Newman ve ark tarafından (53) yapılan çalışmada, problem davranış kuramı, sosyal kognitif kuramı ve rol kuramına dayalı dokuzuncu sınıflara alkol eğitimi programı uygulanmış ve öğrencilerin bilgi düzeyleri, becerileri ve alışkanlıkları programdan önce ve programdan altı hafta sonra ölçülmüştür. Deney grubunun bilgi düzeyleri ve alkol teklifine karşı koyma becerilerinin ciddi biçimde arttığı ancak, alkol kullanmayı sürdürmede pratikte ciddi bir değişim olmadığı görülmüştür (118). Gloss tarafından (54) yapılan araştırmada ise madde kullanan çocuklara eğitim uygulanmış ve madde kullanımını bırakma yönünde çaba ve yaşam tarzlarında sağlığa önem verme yönünde değişim kaydedilmiştir.

Swisher ve ark. tarafından (122) yapılan çalışmada madde kullanan öğrencilere uygulanan yaşam becerileri eğitim paketi ile müfredata entegre edilmiş yaşam becerileri eğitiminin etkinliği bir yıl sonra karşılaştırılmış ve yaşam beceri eğitiminin özellikle kız öğrencilerde oldukça etkili olduğu, müfredata entegre edilmiş programın ise daha uzun süre etkili olduğu ikinci yıldan sonra da etkinliğini devam ettirdiği bulunmuştur.

Barlas tarafından (138) 15 kronik şizofren hasta ile yapılan çalışmada hasta grubuna psikososyal beceri eğitim programı uygulanmış ve eğitimin etkili olduğu, hastaların sosyal yaşama ve tedaviye uyumunu arttırdığı bulunmuştur. Karaca tarafından (64) 2006 yılında uygulanan görme engelli ergenlere yönelik eğitim programında ise iletişim, cinsel gelişim, sorun çözme, stresle baş etme konularında grup eğitimi uygulanmış ve uygulanan eğitimin görme engelli ergenlerin bilgi düzeyinde ve davranışlarında olumlu yönde etkili olduğu bulunmuştur.

Yurtsever tarafından (140) “iki uçlu duygudurum bozukluğu” tanısı alan hastalardan ve ailelerinden deney ve kontrol olmak üzere 40’ar kişilik gruplara bilgisayar sunumu hazırlanan eğitim paketi uygulanmış ve bilgi düzeyleri değerlendirilerek kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Eğitim sonunda yapılan test ile hasta ve ailelerin bilgi düzeylerinde olumlu yönde değişim ve tedavi uyumlarında artış saptanmıştır.

Ruh sağlığı alanında yapılan pek çok araştırmada, bilgilendirme ve hastalıkla baş etmede eğitimlerin tedavi işbirliğini arttırdığı ve tedavi sürecine katkı sağladığı belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda da bilinçlendirmeye yönelik uygulanan eğitim programı ile ergenlerin bilgi düzeyinde ve tedavi motivasyonlarında artma saptanmıştır. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar benzer araştırmalar ile benzerlik göstermektedir.

Ergenlerin bir çoğu bağımlılığın ve maddelerin etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip değildir (120). Tedavi uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin artmasında bilinçlendirmeye ve psikososyal beceri geliştirmeye yönelik eğitimler büyük öneme sahiptir (140). Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre bilinçlendirmeye yönelik uygulanan bireysel eğitim programı ile UM kullanan ergenlerin bilgilencmeleri sağlanmış, tedavi motivasyonları artmış ve bu bilinçlendirme eğitiminden edindikleri

bilgiler maddesiz bir yaşam sürdürebilmeleri için önemli katkı sağlamıştır. Yaş dönemi özellikleri nedeniyle zor bir grup olan ergenler, UM kullanımına bağlı bilişsel işlevlerinde oluşan bozulmalara ve sokak yaşamının getirdiği kayıplara rağmen uygulanan bireysel eğitimden yararlanmış, bilinçlenmeye yönelik eğitim ile ergenlerin bilgilenmeleri sağlanmış, tedavi motivasyonları arttırılmış ve çalışma amacına ulaşmıştır. Bağımlılık tedavisinin ömür boyu sürecek bir süreç olduğu göz önünde bulundurulduğunda bilgi ve beceri kazandırmaya yönelik eğitimlerin zaman içinde tekrarlanması, danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi önemlidir.

Madde kullanan ergenler için tedavi zorlu ve uzun soluklu bir süreç olup, tedavinin nereye doğru gideceğini belirlemek genellikle onların kontrolündedir. Bu süreçte psikiyatri hemşiresi daha çok eğitici, rehberlik edici ve destekleyici roldedir. Aile ile işbirliği sağlar ve aile eğitimi programlarında da yer alır. Tedavi sürecinin yanı sıra koruyucu ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinde de psikiyatri hemşiresi önemli roldedir. Bir çocuk/ergenin madde kullanması onun eğitimini, geleceğini etkilemekte, sosyal çevresinde sorunlar yaratmakta ve kronik bir sağlık sorununa dönerek bireye ve topluma maliyeti oldukça yüksek olmaktadır. Bu önemli soruna yönelik her girişim çok değerlidir ve bu alanda çalışan psikiyatri hemşiresi, madde kullanan çocuk/ergenleri maddelerin etkileri konusunda bilgilendirmek, riskleri belirlemek, baş etme becerileri kazandırmak, yinelemeleri önlemede rehberlik etmek, tedavi işbirliğini arttırmak gibi önemli işlevler üstlenir. Okul sağlığı ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinde ise riskli çocuk ve ergenleri tanımlama ve madde kullanımını önleyici çalışmalarda bulunur, ev ziyaretleri ile danışmanlık yapar. Ayrıca, sosyal hizmetlere ait kurumlarda ve mobil ekiplerde psikiyatri hemşiresinin yer alması toplum ruh sağlığına yönelik işlevlerde ve sosyal hizmetler ile sağlık kurumları arasında iletişim/işbirliği sağlama açısından önemlidir.

Psikoeğitim ve sağlık eğitimi hemşirelerin en önemli bağımsız işlevlerindendir. Bu alanda çalışan hemşirenin, yeterli bilgi ve donanıma sahip olması, iyi bir gözlemci olması, terapotik iletişim tekniklerini bilmesi ve etkin olarak kullanabilmesi, etik ilkelere dikkat etmesi ve eğitim tekniklerini bilmesi önemlidir.

Hemşirelerin lisans üstü programları ile uzmanlaşmaları ve bağımlılık alanında terapist rolü üstlenmesi için hemşirelik yasası ile görev sorumlulukların tanımlanarak

yasal bir çerçeveye oturtulması ile sağlık ekibi içinde hemşirenin rolünün güçlenmesi mesleğin gelişimi açısından çok önemlidir. Bu ve benzer deneysel çalışmalar bu amaca yönelik meslek üyeleri için rehber niteliği taşıyabilir. Son olarak psikiyatri hemşireleri madde kullanımını önlemeye yönelik hizmetlerde ve hastaların tedavi sürecinde aktif olarak rol almalı ve bu alanda ampirik çalışmalara gereken önemi vermelidir.

Öneriler:

- Çocuk/ergenler için mahkeme kararı ile zorunlu tedavi uygulamaları yerine işbirliği sağlayıcı alternatiflerin araştırılması,
- Madde bağımlılığının tedavi sürecinde bireysel eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- Bilinçlendirmeye yönelik eğitimlerin, uygulanacak olan sosyal beceri kazandırmaya yönelik eğitimler ile desteklenmesi,
- İşbirliği sağlama ve ergenin bireysel özelliklerini daha etkin değerlendirebilmek için eğitimcilerin tedavi ekibinden seçilmesi ya da tedavi ortamında ön çalışma yapılması,
- Uygulanacak eğitimlerin belli aralıklarla tekrarlanarak pekiştirilmesi, danışmanlık hizmetlerinin devamı sağlanarak ergenlerin izlenmesi,
- Bağımlılık tedavisinde bireysel müdahaleler yanı sıra aile eğitimlerine de yer verilmesi,
- Sosyal hizmetlere ait kurumların ve uygulamaların yeniden düzenlenmesi, sokak çalışmalarının işlevselliğinin sağlanması, sokakta çalışan ve çalıştırılan çocuklar için etkin çözüm yollarının bulunması,
- Okullarda madde kullanımını önlemeye yönelik eğitim programlarının ve sosyal beceri kazandırma programlarının planlanarak uygulanması ve yaygınlaştırılması, bu alanda toplum ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerin aktif rol alması,
- Riskli çocuk ve ailelerin belirlenmesi ve madde kullanımını önleme amacıyla toplum ruh sağlığı hizmetlerinde düzenlemeler yapılması, psikiyatri hemşirelerinin ev ziyareti ve danışmanlık hizmetlerinde rol alması,
- Hemşirelerin klinik uygulamalarda eğitim çalışmalarına daha fazla yer vermesi benzer eğitim paketlerinin uygulanmasının yaygınlaştırılması.

EK-1

BİLGİ FORMU

No:.....

Adı soyadı:

Yaş:

Eğitim düzeyi? () Okuma yazma () İlköğretim () Ortaöğretim

Geçimini nasıl sağlıyor ? () Çalışarak () Sinyal
() Aile desteği () Kurum desteği

Hırsızlık? () Hırsızlık var () Hırsızlık yok

Aile özelliği? () Çekirdek () Parçalanmış () Üvey ebeveyn
() Tek ebeveyn () Diğer

Ailevi sorunlar? () Yok () Az var () Şiddetli sorunlar

Aile ile ne sıklıkta görüşüyor? () Aileyle birlikte () Görüşmüyor

Nerede yaşıyor? () Evde () Yurtta () Sokakta
() Yurt/sokak () Ev/sokak

Sokakta yaşadığı süre? () Yok () 1-5 ay () 6 -11 ay
() 1-3 yıl arası () 3 yıl üzeri

Yurtta yaşadığı süre? () Yok () 1-5 ay () 6 -11 ay
() 1-3 yıl arası () 3 yıl üzeri

Sokakta yaşama nedeni? () Aile sorunları () Yurt sorunları
() Madde kullanımı () Sokağın cazip gelmesi

Tercih maddesi? () Tiner () Bali () Tiner/bali

Uçucu maddeye başlama nedenleri? () Merak-özenti () Aile sorunları
() Sokak şartları () Arkadaş etkisi () Diğer.....

Kaç ay/yıldır tercih maddesini kullanıyor? () 1-5 ay () 5-11 ay
() 1-3 yıl arası () 3-5 yıl arası () 5 yıl üzeri

Kullandığı başka maddeler var mı?	☐ Hayır	☐ Esrar
☐ Hap	☐ Esrar/hap	☐ Diğer
Tedavi için kiminle geldi?	☐ Kendisi	☐ Ailesi
	☐ Görevli	☐ Polis
Daha önce tedavi için başvuru?	☐ Yok ☐ Var	☐ Çok sayıda yatış
En uzun hospitalizasyon süresi:.....		
UMB konusunda bilgi düzeyini nasıl değerlendiriyor?		
	☐ Yeterli	☐ Yetersiz
UMB olduğunu düşünüyor mu?	☐ Evet	☐ Hayır
Gelecekle ilgili yaşam planları?	☐ Okumak	☐ Çalışmak
	☐ Kuruma yerleşmek	☐ Diğer
Tedavi olma isteği /motivasyonu?	☐ İsteksiz	☐ Kararsız
	☐ UM bırakmayı istiyor ☐ UM bırakmak için kararlı	
Tedavi motivasyonu puanı: 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		

EK-2

ÖN GÖRÜŞME SORU FORMU

1. MADDE ETKİLERİ

1.1. Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri

“Tinerin balinin etkileri nelerdir, bana sayar mısın?”

1..... 2..... 3.....
4..... 5..... 6.....

Doğru sayısı :

1.2. Tiner/bali etkileri

“Tiner/bali aşağıdakilerden hangilerini yapar?”

	Doğru	Yanlış
Baş ağrısı	()	()
Bulantı	()	()
Kas zayıflığı	()	()
Gerçek dışı düşünce	()	()
Zeka geriliği	()	()
Akıl hastalığı	()	()
Şeker hastalığı	()	()
Sakarlık	()	()
Unutkanlık	()	()
Kabızlık	()	()
Kalp çarpıntısı	()	()
Kalp durması	()	()
Midede yara-ülser	()	()
Böbrek bozukluğu	()	()
Karaciğer bozukluğu	()	()
Bağımlılık	()	()
İdrar yapamama	()	()
Deride yaralar	()	()
İşitme kaybı	()	()
Kansızlık	()	()
Görme kaybı, Körlük	()	()

Doğru sayısı :

2. RİSK ETKENLERİ

2.1 Tekrar madde kullanma konusunda risk etkenleri

“Madde kullanmayı bıraktın. Peki ne gibi şeyler olursa yine madde kullanmaya başlayabilirsin?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

2.2. Tekrar kullanmaması için yapması gerekenler

“Peki tekrar madde kullanmamak için neler yapman gerekiyor?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

3. MADDE KULLANMA ARZUSU İLE BAŞ ETME

3.1 Madde kullanma arzusuyla baş etme yolları

“İşte bu madde kullanma isteği aklımıza gelip beynimizi kemirdiği zaman, hemen kullanmak yerine o anda başka şeyler yapabiliriz. Sence bu durumda neler yapmak gerekir?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

4. ISRARLARA KARŞI KOYMAK.

“Arkadaşların sana madde kullanman için ısrar ettiği zaman ve sende kullanmak istemiyorsan, neler yapabilirsin?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

5. BAĞIMLILIK

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. Bağımlılık bir hastalık mıdır? | Evet | Hayır |
| 2. Bağımlılık tamamen düzelir mi? | () | () |
| 3. Herkes bağımlı olur mu? | () | () |
| 4. Bağımlı bir kişi ara sıra madde kullanabilir mi? | () | () |

EĞİTİM SONU SORU FORMU**1. MADDE ETKİLERİ****1.1. Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri**

“Tinerin balinin etkileri nelerdir, bana sayar mısın?”

1..... 2..... 3.....
 4..... 5..... 6.....

Doğru sayısı :

1.2. Tiner/bali etkileri

“Tiner/bali aşağıdakilerden hangilerini yapar?”

	Doğru	Yanlış
Baş ağrısı	()	()
Bulantı	()	()
Kas zayıflığı	()	()
Gerçek dışı düşünce	()	()
Zeka geriliği	()	()
Akıl hastalığı	()	()
Şeker hastalığı	()	()
Sakarlık	()	()
Unutkanlık	()	()
Kabızlık	()	()
Kalp çarpıntısı	()	()
Kalp durması	()	()
Midede yara-ülser	()	()
Böbrek bozukluğu	()	()
Karaciğer bozukluğu	()	()
Bağımlılık	()	()
İdrar yapamama	()	()
Deride yaralar	()	()
İşitme kaybı	()	()
Kansızlık	()	()
Görme kaybı, Körlük	()	()

Doğru sayısı :

2. RİSK ETKENLERİ

2.1 Tekrar madde kullanma konusunda risk etkenleri.

“Madde kullanmayı bıraktın. Peki ne gibi şeyler olursa yine madde kullanmaya başlayabilirsin?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

2.2. Tekrar kullanmaması için yapması gerekenler.

“Peki tekrar madde kullanmamak için neler yapman gerekiyor?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

3. MADDE KULLANMA ARZUSU İLE BAŞ ETME

3.1. Madde kullanma arzusuyla baş etme yolları

“İşte bu madde kullanma isteği aklımıza gelip beynimizi kemirdiği zaman, hemen kullanmak yerine o anda başka şeyler yapabiliriz. Sence bu durumda neler yapmak gerekir?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

5. ISRARLARA KARŞI KOYMAK.

“Arkadaşların sana madde kullanman için ısrar ettiği zaman ve sende kullanmak istemiyorsan, neler yapabilirsin?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

5. BAĞIMLILIK

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. Bağımlılık bir hastalık mıdır? | Evet | Hayır |
| 2. Bağımlılık tamamen düzelir mi? | () | () |
| 3. Herkes bağımlı olur mu? | () | () |
| 4. Bağımlı bir kişi ara sıra madde kullanabilir mi? | () | () |

SON GÖRÜŞME SORU FORMU**1. MADDE ETKİLERİ****1.1. Kendiliğinden sayabildiği tiner, bali etkileri**

“Tinerin balinin etkileri nelerdir, bana sayar mısın?”

1..... 2..... 3.....
 4..... 5..... 6.....

Doğru sayısı :

1.2. Tiner/bali etkileri

“Tiner/bali aşağıdakilerden hangilerini yapar?”

	Doğru	Yanlış
Baş ağrısı	()	()
Bulantı	()	()
Kas zayıflığı	()	()
Gerçek dışı düşünce	()	()
Zeka geriliği	()	()
Akıl hastalığı	()	()
Şeker hastalığı	()	()
Sakarlık	()	()
Unutkanlık	()	()
Kabızlık	()	()
Kalp çarpıntısı	()	()
Kalp durması	()	()
Midede yara-ülser	()	()
Böbrek bozukluğu	()	()
Karaciğer bozukluğu	()	()
Bağımlılık	()	()
İdrar yapamama	()	()
Deride dökülme ve yaralar	()	()
İşitme kaybı	()	()
Kansızlık	()	()
Görme kaybı, Körlük	()	()

Doğru sayısı :

2. RİSK ETKENLERİ

2.1 Tekrar madde kullanma konusunda risk etkenleri

“Madde kullanmayı bıraktın. Peki ne gibi şeyler olursa yine madde kullanmaya başlayabilirsin?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

2.2. Tekrar kullanmaması için yapması gerekenler

“Peki tekrar madde kullanmamak için neler yapman gerekiyor?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

3. MADDE KULLANMA ARZUSU İLE BAŞ ETME

3.1. Madde kullanma arzusuyla baş etme yolları

“İşte bu madde kullanma isteği aklımıza gelip beynimizi kemirdiği zaman, hemen kullanmak yerine o anda başka şeyler yapabiliriz. Sence bu durumda neler yapmak gerekir?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

6. ISRARLARA KARŞI KOYMAK.

“Arkadaşların sana madde kullanman için ısrar ettiği zaman ve sende kullanmak istemiyorsan, neler yapabilirsin?”

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Doğru sayısı :

5. BAĞIMLILIK

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. Bağımlılık bir hastalık mıdır? | Evet | Hayır |
| 2. Bağımlılık tamamen düzelir mi? | () | () |
| 3. Herkes bağımlı olur mu? | () | () |
| 4. Bağımlı bir kişi ara sıra madde kullanabilir mi? | () | () |

EK-5

**SOKAKTA YAŞAYAN VE
MADDE KULLANAN ÇOCUKLARA
PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM KILAVUZU**

İÇİNDEKİLER

Bireysel uygulamalar

1. Madde kullanmayanlar için bağımlılık hakkında bilgilendirme
2. **Madde kullananlar için bağımlılık hakkında bilgilendirme**
3. **Uçucu maddeler ve etkileri bilgilendirmesi**
4. **Yüksek riskli durumlar**
5. **Madde kullanma arzusu ve dürtüsü ile baş etme**
6. **Israrlara karşı koymak**
7. **Acil durumlar**
8. Esrar kullanımına yaklaşım
9. Hap kullanımına yaklaşım

Grup uygulamaları

1. Madde kullanmayanlar için bağımlılık hakkında bilgilendirme
2. Madde kullananlar için bağımlılık hakkında bilgilendirme
3. Uçucu maddeler ve etkileri bilgilendirmesi
4. Yüksek riskli durumlar
5. Madde kullanma arzusu ve dürtüsü ile baş etme
6. Israrlara karşı koymak
7. Acil durumlar
8. Esrar kullanımına yaklaşım
9. Hap kullanımına yaklaşım

Tanım

Bağımlılık bir sendromdur. Bağımlılık tanısını koyabilmek için aşağıdaki kriterlerden sadece dördünün olması yeterlidir:

1. Kullanılan madde miktarının giderek artması,
2. Madde bırakıldığı zaman yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması,
3. Tasarlandığından daha fazla madde kullanılması,
4. Kişinin sosyal, psikolojik ve yasal zararlar görmesine rağmen madde kullanmaya devam etmesi,
5. Zamanın büyük bölümünün madde bulmak ve kullanmak için harcanması,
6. Sık sık başarısız bırakma girişimlerinin olması,
7. Kişinin madde kullanımına bağlı olarak iş, aile gibi sorumluluklarını yerine getirememesi.

Hedef: Bağımlılığın ne olduğunu anlamalarını sağlamak.

Hedefler/Açıklamalar	Örnek sorular
1. Bağımlılık kavramını bilip bilmediğini araştırın.	1. “Bağımlılık nedir, biliyor musun?”
2. Bağımlılığın bir hastalık olduğunu anlatın. (resim 2.1)	2. “Bağımlılık bir hastalıktır. İnsanın yaşamını kontrol altına alır.”
3. Bağımlılık yapan maddeler üstünde konuşun. (eksik sayarsa tamamlayın ya da bağımlılık yapmayan şeyleri söylüyorsa düzelterek bağımlılık yapan maddelerin üzerinde durun.)	3. “Peki neler bağımlılık yapar biliyor musun?”
4. Bağımlılığın ne olduğunu tartışın. Bağımlı kişide neler görüldüğünü anlatın ve bu belirtilerin kendisinde olup olmadığını araştırın.	4. “Bağımlı kişide şunlar olur:” • “Kullandığı maddeyi sık sık bırakır ve tekrar kullanmaya başlar. Sende oluyor mu?” • “Kullanmadığı zamanlar huzursuzluk, uykusuzluk, terleme gibi belirtiler olur. Sende oluyor mu?” • “Giderek kullandığı maddenin dozunu artırır. Senin de arttı mı?” • “Çok az kullanacağım ya da bir kere kullanıp bırakacağım der, ama ağzını sürdür mü, kendini alıkoyamaz ve devam eder. Sende oluyor mu?” • “Madde kullandığı için yapması gerekenleri yapamaz. Örneğin okula gitmek, ders çalışmak gibi. Sende oluyor mu?”

5. Bağımlı kişilerin iyileşip iyileşmeyeceğini sorun; daha sonra da düzelme ile iyileşmeyi anlatın.	5.a “Bağımlı kişi iyileşir mi?” 5.b “Bağımlılık düzelir ama iyileşmez. Yani, madde kullanmadığın sürece bir şey olmaz. Ama bir kere kullanmaya başladın mı, kaldığın yerden devam edersin.” 5.c “O zaman ne yapmak gerekiyor?... (bir daha hiç kullanmamak)”
6. Bağımlı kişinin hiç madde kullanmaması gerektiğini anlatın (resim 2.2).	6. “Peki bağımlı olan kişi ara sıra madde kullanabilir mi?... Hayır! Çünkü kullandığı anda eski haline döner. ‘Bir kereden bir şey olmaz’ der ama sonunda eskisi gibi olur. Bu nedenle ömür boyu hiç madde kullanmamalıdır.”
7. Maddeler karşısında güçsüz olduğumuzu ve onları kontrol edemeyeceğimizi anlatın. (irade ile olayı açıklamaya çalışabilirler, burada önemli olanın kontrol duygusu olduğu üzerinde durulmalıdır) (resim 2.3).	7. “Öncelikle unutmaman gereken: Bu maddelerin karşısında biz güçlü değiliz. Onları kontrol edemeyiz. Ama bizim aklımız var, aklımızı kullanarak bu maddelerin oyununa düşmeyebiliriz.”
8. Bağımlılığın yavaş yavaş geliştiğini, kişinin bunun farkına varamadığını anlatın. (resim 2.4).	8. “Bağımlılık yavaş yavaş gelişir ve biz farkına varamayız. O bize zarar verir ama biz zarar verdiğinin farkında değilizdir.”
9. Öğrendiklerini tekrar etmesini isteyin ve görüşmenin özetini yapın(tüm kartları teker teker gösterin).	9. “Neler öğrendin anlat bakalım.”
10. Özgürlük mesajını verin	10. “Hepsini özetlersek: Özgür kal, özgür yaşa”

Tanım

Uçucu maddeler ülkemizde son yıllarda yaygın olarak kullanılan maddelerden biridir. Pahalı olmayan, kolayca elde edilebilen, ev işleri ve endüstriyel amaçlar için yaygın olarak kullanılan maddelerdir. Bunlar arasında tiner, yapıştırıcılar, kuru temizleme maddeleri, benzin, oje, çakmak gazı, tüp gaz sayılabilir.

Hedefler

- Uçucu madde kullanım düzeyini belirlemek.
- Uçucu maddelerin etkileri konusunda bilgilendirmek.

Hedefler/Açıklamalar	Örnek sorular
1. Görüşmeyi başlatın ve ne kadar zamandır madde kullandığını öğrenin. (Eğer tam bir zaman veremiyorsa zamanı yaklaşık olarak alın, burada önemli olan uzun zamandan beri madde kullanımı olup olmamasıdır. Eğer madde kullanmıyorsa bu formu uygulamayın.)	1. “Kaç yıldır madde kullanıyorsun?”
2. Hangi maddeleri kullandığını araştırın. (Burada başka? başka? diyerek kullandığı diğer maddeleri de öğrenin.)	2. “Ne içiyorsun/kullanıyorsun?”
3. Uçucu maddelerin bedeni üstüne olan etkilerini ve bu konudaki bilgisini araştırın. (Eğer ‘bir etki gözlemlemiyorum’ diyorsa çevresindeki arkadaşlarında neler gözlediğini araştırın.)	3. “Tinerin/ balinin vücudunda ne gibi etkilerini gözlemliyorsun?”
4. Uçucu maddelerin insan ilişkileri üstüne olan etkilerini ve bu konudaki bilgisini araştırın. (Eğer ‘bir etki gözlemlemiyorum’ diyorsa çevresindeki arkadaşlarında ne tür etkiler gözlediğini ya da şimdiki arkadaşlarıyla olan ilişkilerini etkileyip etkilemediğini araştırın.)	4. “Tiner ve balinin insanlarla olan ilişkilerindeki olumsuz etkileri neler?”
5. Uçucu maddelerin etkilerini sayın. Kendisinde olup olmadığını araştırın	5. (Eğer 3. soruda belirttiyse): Senin de belirttiğin gibi bunların en sık etkileri; baş

(Anlamakta zorlanırsa ve sayamazsa belirtileri tekrarlayın.)	ağrısı, bulantı ve kusmadır. Ayrıca, baş dönmesi, sersemlik, konuşmada bozulma, reflekslerin kaybı, kas zayıflığı, zeka geriliğine ve düşünme yeteneğinin bozulmasına neden olur. Bunların hangileri sende daha fazla oluyor?
6. Beyin üstüne olan etkilerini tartışın.	6. “En önemli etkisi beyin üstünedir. Beynin nerede, ne işe yarar beynimiz? “
7. Sinir hücreleri üstüne etkisini tartışın.	7. “Tiner/bali beyinde sinir hücrelerini etkiler. Siniri bir kablo gibi düşün. İçinde bakır tel etrafında plastikten kablo. Hani evlerde ızgaralar ya da ızgaralı elektrik sobaları olur ve bir tane teli düşse bile çalışmazlar. Senin beyninde de bu kablolar benzeyen sinirler var. İşte tiner/bali bu kabloyu bozuyor?
8. Madde kullanan ve kullanmayan çocukların çekilmiş beyin röntgenlerini gösterin, resimdeki iki beyin arasındaki farkı sorun ve iki beyin arasındaki farkı anlatın (resim 3.2)	8. “Bak beynin bu bölümleri değişiyor. Beynin bu bölgesi bizim düşünmemizi, anlamamızı ve sorunları çözmemizi sağlayan bölgeler”.
9. Beyinde olan değişikliklerin sonuçlarını anlatın (resim 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.9, 3.10)	9. Beyinde bazı bölgeler bozulunca neler oluyor? • “Zekamız etkileniyor.” • “Görme kaybı olabiliyor.” • “Sesleri iyi duymamaya başlıyoruz.” • “Hesap yapamıyoruz. Bir artı bir üç olur mu? Olmaz ama hesap yapamıyorsun.” • “Bu kedi mi, köpek mi? İşte bu maddeleri kullananların zamanla anlama yetenekleri bozuluyor ve kediyi köpek zannetmeye başlıyor.” • “Beynin hafıza merkezi de değişiyor. Her şeyi kolayca unutmaya başlıyor, hiç bir şey öğrenemez hale geliyorsun. Sanki bunamış gibi oluyorsun. Akıl hastalıkları da olabiliyor” • “Hareketler de bozuluyor, yavaşlıyor, sakarlık ortaya çıkıyor.”
10. Beyin üstüne olan etkilerini ona da tekrarlatın. (Resimleri çocuğun önüne	10. “Beynimize olan etkileri tekrarla bakalım.”

koyarak ve kaldırmadan sırayla resimleri gösterin. Burada amaç bilgileri akılda kalacak şekilde vermektir. Bunlardan hangilerinin kendisinde olduğunu sorun.)	
11. Uçucu maddelerin kalp üstündeki etkilerini tartışın. (Kalbini doğru olarak gösteremezse, doğrusunu gösterin) (resim 3.11)	11. “Kalbin nerede göster bakalım” “Tiner/bali gibi maddeler kalbimizi de etkiliyor, çarpıntı yapıyor ve sonunda kalp durabiliyor”
12. Uçucu maddelerin böbrek ve karaciğer üstündeki etkilerini tartışın. (Böbrek ve karaciğerin yerini doğru olarak gösteremezse, doğrusunu gösterin) (resim 3.12 ve 3.13)	12. “Böbreğini ve karaciğerin yerini de göster” “İşte bu maddeler hem böbreğini hem de karaciğerini etkiliyor ve bu organlarda hasar meydana getiriyor. Tabii araştırmalar bitmedi, devam ediyor, belki zamanla başka etkileri de ortaya çıkacak.”
13. Akciğerler üstündeki etkilerini de konuşun (resim 3.14)	13. “Bu maddeleri doğrudan içine çektiğin için, sürekli akciğerine gider ve zarar vermeye başlarlar”
14. Konuştuklarınızı tekrar edin. (Yanıtlarını not alın, bilemezse siz tekrar edin ve gerekirse baştan alın ve resimleri tekrar gösterin. Eksik sayarsa tekrar ederek sayın.)	14. “Evet, bir bir say bakalım, bu maddeler bedenimizde nereleri etkiliyormuş? ”

YÜKSEK RİSKLİ DURUMLAR

Tanım

Madde kullanmayı bırakanlarda, tekrar madde kullanmaya başlamalarına yol açan ya da madde kullanımlarını tetikleyen durumlara yüksek riskli durumlar denmektedir. Kişiden kişiye göre değişen riskli durumlar vardır. Çocuğun kendisi için riskli olabilecek durumları tanıması ile bununla baş etmek için gerekli stratejiler öğrenmesi ve kazanması önemlidir.

Hedefler

- Hangi durumlarda madde kullandığını belirlemek.
- Tekrar madde kullanmaya başlamasına neden olan bu durumların onun için yüksek riskli durumlar olduğunu anlamasını sağlamak.
- Tekrar madde kullanmasına neden olan yüksek riskli durumlar ile nasıl başa çıkabileceğini tartışmak.

Hedefler/Açıklamalar	Örnek sorular
1. Sık sık madde kullanımını bırakma girişiminde bulunup sonra başlamalarının olup olmadığını öğrenin. Tekrar madde kullanmaya başlama nedenlerini araştırın.	1.a “Bağımlılık ömür boyu kontrol altında tutulması gereken bir hastalıktır. Madde kullanımına son vermek isteyen bir kişi baş edemediği bazı durumlar karşısında madde kullanabilir veya belli bir süre temiz kalan bir kişi herhangi bir sebeple tekrar madde kullanmaya başlayabilir.” 1.b “Sen madde kullanımına son vermek için sürekli bir istek taşıyor musun veya bırakmak için sürekli girişimlerde bulunuyor musun?” 1.c “Maddeyi bıraktığın en uzun süre ne kadar?” 1.d “Nasıl tekrar kullanmaya başladın?”

2. Madde kullanımına son vermek için yapması gereken en önemli şeyin, “hangi durumlarda madde kullanmaya ihtiyaç duyduğunu bilmesi” olduğunu vurgulayın ve verdiğiniz örneklerden sonra tekrar hangi durumlarda madde kullandığını araştırın. (Aklına o esnada gelmeyen ancak kendisi için riskli olabilecek diğer durumları da tespit etmesi için Form-1 listesini kullanabilirsiniz)	2.a “Madde kullanımına son vermek istiyorsan yapman gereken en önemli şey, hangi durumlarda madde kullanıyor olduğunu bilmen. Senin için riskli olan bu durumları bildiğinde ancak bu durumlarla baş edebilmek için madde yerine farklı yollara başvurabilirsin.” 2.b “Madde kullanan herkesin, madde kullanmasına neden olan farklı durumlar vardır. Kimi sıkıntılı durumlarda, kimi çok sevinçli olduğu durumlarda, kimi çevresinde madde kullanan kişiler olduğunda, kimi maddeyi gördüğü zamanlarda madde kullanır. Sen hangi durumlarda madde kullanıyorsun?”
3. Belirlediği durumların onun için riskli durumlar olduğunu belirtin ve bu durumlarda madde kullanımına baş vurmadan neler yapabileceğini, farklı baş etme yollarının onun için neler olduğunu birlikte belirleyin ve bunları önceden planlamış olmanın önemini vurgulayın.	3. “Bu belirlediğin durumlar, senin madde kullanımın için riskli durumlar. Senin için riskli olan bu durumlar karşısında, madde kullanımından farklı baş etme yollarını önceden belirlemiş olman , maddeyi bırakmak için çok önemli önlemler. Bu belirlediğin durumlar ile başa çıkabilmek için maddeden başka yollar belirlemelisin. Bunlar senin için neler olabilir, senin için risk olan durumları birlikte belirleyelim, ve bu durumlarda ne yapabilirsin bir bakalım .”

Form 1

Riskli durumlar	
1. Madde kullandığım yerlerde bulunduğumda	23. Yoksunluğunda yaşayacağım acıyı yeniden yaşadığımda
2. Sokakta kaldığım zaman	24. Yorgun olduğumda
3. Üşüdüğümde	25. Yurtta çalışanlarla veya kalanlarla tartıştığımda
4. Eğlenmek istediğimde	26. Yorgun olduğumda
5. Cesaretlenmek istediğimde ya da korktuğumda	27. Yıprandığımda
6. Daha kolay sinyal çekmek, hırsızlık yapmak istediğimde	28. Madde ile ilgili bir şey gördüğümde
7. Daha kolay para karşılığı cinsel ilişkiye girmek için	29. Madde ile ilgili rüya gördüğümde
8. Çevremde madde kullanan kişiler olduğunda	30. Ailem aklıma geldiğinde
9. Madde kullandığını bildiğim kişilerle görüşmem	31. Arkadaşlarımla kavgalı olduğumda
10. Birisiyle madde kullanımı ile ilgili konuşmaya başladığımda	32. Ömür boyu kontrol altında tutmam gereken bir rahatsızlığımın olduğunu düşündüğümde
11. Maddeyi kolaylıkla temin edebileceğimi bildiğimde	33. Madde etkisinde olan biriyle karşılaştığımda
12. Kendimi çok iyi hissettiğimde	34. Daha önce yaşadığım bana acı veren olayları aklıma geldiğinde
13. Sevgilimi gördüğümde	35. Endişeli olduğumda
14. Arkadaşlarım madde teklif ettiğinde	36. Eleştirildiğimde
15. Üzgün olduğumda	37. Kötü bir gün geçirdiğimde
16. Madde kullandığım zamanlardaki kendimi çok iyi hissettiğim durumları hatırladığımda	38. Uzun süre temiz kaldığımda
17. Cinsel ilişki öncesi ya da sonrasında	39. Çok duygulandığımda
18. Cinsel ilişki arayışında olduğumda	40. İyi bir gün geçirdiğimde
19. Kızgın olduğumda	41. Maddeyi gördüğümde
20. Stresli olduğumda	
21. Kavga sonrasında	
22. Bir nefes çekmeyi istediğimde	

Not: Bu listeden deney grubu ergenlerin seçtiği riskler daha sonra veri olarak değerlendirilmiştir (Tablo.14).

Tanım

Madde kullanma arzusu ve dürtüsü, madde kullanmayı bırakanlarda yeniden madde kullanma riskini artıran bir etkidir. Madde kullanma arzusu ve dürtüsü, madde kullanan insanların madde kullanmadıkları sırada aklına birden maddenin girmesi ve kişinin beynini kemiren ve aklından atamadığı duygulardır. Kişi yanlış olduğunu bilmesine rağmen bu arzu ve dürtülerin esiri olur ve madde kullanır. Bu durum bağımlı için bilinmesi ve baş etmeyi öğrenmesi gereken önemli bir durumdur.

Hedefler

- Madde kullanma arzusu ve dürtüsünün ne olduğunu anlatmak.
- Böyle bir durum yaşayıp yaşamadığını belirlemek.
- Böyle bir durumla karşılaşınca neler yapması gerektiğini öğrenmesini sağlamak.

Hedefler/Açıklamalar	Örnek sorular
1. Tekrar madde kullanmaya başladığı dönemi (nüks/relaps dönemini) iyice araştırın.	2. “Kimi zaman tiner ya da bali gibi maddeler kişinin aklına öyle bir girer ki, aklımızdan atamayız ve gider kullanırız. Sana da böyle oluyor mu?”
1. Nüks/relaps dönemi üstünde durun. Ona düşüncelerini aktarması için fırsat verin. (resim 5.1)	3. “Bu maddeleri kullanma arzusu ya da dürtüsü aniden gelir. Ancak belirli bir zamanla sınırlıdır. Bir kaç dakika içinde geçer. Arkasından tekrar gelir. Bir dalga gibidir. Gider, gelir, gider, gelir. Yavaş yavaş azalarak kaybolur. Bunları kullanma arzusu yükselme anında hiç dayanılamayacakmış gibi hissettirebilir. Ama bir süre sonra kaybolacağını unutmamak gerekir.”
2. Bu maddeler aklımıza girdiğinde neler yapılması gerektiğini önce kişiye sorun.	4. “İşte bu maddeler aklımıza girip beynimizi kemirdiği zaman hemen kullanmak yerine o anda başka şeyler yapabiliriz. Sence neler yapmak gerekir?”
3. Bu dönemlerde neler yapabileceği üzerinde durun (resim 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8)	5. “Neler yararlı olur, ben sana sayayım.” a. “Dikkatini dağıtacak bir şeyler yapabilirsin, örneğin: koşabilirsin, spor yapabilirsin, TV izleyebilirsin, sohbet edebilirsin, oyun oynayabilirsin, duş alabilirsin, yemek yiyebilirsin vb (resim

	5.2)”. a. “Bu isteğini başkaları ile konuşabilirsin, onlarla paylaşabilirsin (resim 5.3) .” b. “Tiner ya da bali kullanmanın kötü yanlarını düşünebilirsin (resim 5.4).” c. “Tedavi için verdiği emeği hatırlayabilirsin (resim 5.5).” d. “Düşüncelerine meydan okuyabilirsin (resim 5.6)”. “Bu istek şimdi çok güçlü, Ancak ben kullanmamak istiyorum. Bedenim henüz bunu öğrenemedi. 15 dakika sonra bunlar kaybolacak ve eski halime döneceğim.” e. “Bu maddeleri bulamayacağın bir yere gidebilirsin. (resim 5.7)”
4. Bu kartlar içinde ona hangilerinin uygun olduğunu araştırın.Teker teker kartları gösterin ve tekrar okuyun. Kartlar içinden uygulayabileceği üç tanesini seçmesini isteyin.	5.a “Bunların içinde hangileri sana uygun? Bak bu kartlar yapabileceklerini özetliyor.” 5.b “Şimdi bunlardan sana uygun olan ve uygulayabileceğin üç tanesini seç bakalım.”
5. Bu kartları seçme sebeplerini araştırın.	6. “Neden bunları seçtin?”
6. Tiner ve bali kullanma arzusu geldiği zaman neler yapılması gerektiğini tekrar sorun. Eksik sayarsa tekrarlayın.	7. “O zaman tiner ya da bali kullanma için şiddetli arzu ve dürtü geldiğin zaman neler yapacaksın tekrar say bakalım”

Tanım

Madde kullanımı yönündeki ısrarlarla başa çıkamama, kişinin yeniden madde kullanmasına sebep olan faktörlerden biridir. Madde kullanımını bırakan kişiler madde kullanılan mekanlara gittiğinde ya da madde kullanan arkadaşlarıyla karşılaştığında onların tekliflerine “hayır” diyemez ve yeniden madde kullanmaya başlayabilir.

Hedefler

- Arkadaşlarının madde kullanımı için ısrar edip etmediğini araştırmak.
- İsrarların madde kullanımına başlamak için bir risk faktörü olduğunu anlatmak.
- Karşılaşılabileceği ısrar durumlarında baş etme yollarını öğretmek.

Hedefler/Açıklamalar	Örnek sorular
1. Arkadaşlarının madde kullanması için ısrar edip etmediğini araştırın. Eğer cevabı “hayır” ise bu bölümü uygulamayın.	1. “Arkadaşların bazen sana tiner ya da bali ya da başka bir madde içmen için ısrar ediyorlar mı?”
2. Arkadaşlarının ısrarları karşısında neler yaptığını sorun. Onların ısrarlarına karşı koyup koyamadığını araştırın.	2. “O zaman sen neler yapıyorsun? Bazen onların ısrarına karşı gelemediğin oluyor mu?”
3. Arkadaşları ona tiner ya da bali ya da başka maddeler içmesi için ısrar ettiğinde onların ısrarlarına karşı neler yapması gerektiğini sorun.	3. “Onların ısrarına karşı koyabilmek için neler yapmak lazım?”
4. Arkadaşlarının ısrarlarına karşı dayanamayıp madde kullanan bir çocuğun öyküsünü anlatın ve bu öyküdeki yanlışları bulmasını söyleyin. Öyküyü okuduktan sonra bir kere daha tekrar edin ve hataları söylemesini isteyin. Eğer başlamakta güçlük çekerse, siz bir tane bularak sürecin başlamasına yardımcı olun ve daha sonra her bir hatayı çocukla tartışın.	4. “Şimdi sana bir öykü anlatacağım. Bu öyküdeki yanlışları bul bakalım.” <i>Ali eskiden tiner ve bali kullanırken, zararlarını görüyor ve kullanmayı bırakıyor. Bir gün arkadaşlarının yanına gidiyor ve onların tiner/bali kullandığını görüyor. Arkadaşları onu çağırıyor, o da onların yanına oturup konuşmaya başlıyor. Arkadaşları ona ‘sen de iç’ diyorlar, o da “bugün olmaz” diyor ve sohbete devam ediyor. Arkadaşları ona “sen bizi yalnız</i>

	<i>biraktın ama...” diyorlar, o da suçluluk duyuyor. Bir süre sonra arkadaşları “hadi beraber çekelim ne olacak” diyorlar, o da “bir kereden birşey olmaz” diyor, çekiyor.</i> “Şimdi öyküyü sana bir daha okuyacağım. Burada Ali’nin yaptığı hataları bul bakalım.” Hatalar: - Ali’nin madde kullanan arkadaşlarının yanına gitmesi (maddeden ve madde kullanan arkadaşlardan uzak durmak gerekir) - Onların yanında oturması (maddeden ve madde kullanan arkadaşlardan uzak durmak gerekir) - “Bugün olmaz” deyip ertelemesi (ertelemek ya da “kusura bakmayın ben artık içmiyorum” gibi özür dilemek yerine kesin ve net olarak “hayır” denmelidir) - Onların teklifine hayır dedikten sonra halen oturmaya ve sohbete devam etmesi (hayır deyip oradan uzaklaşmalıydı)
5. Israrlara nasıl karşı konacağını tekrar özetleyin. Resim 6.1, 6.2, 6.3 ve 6.4’ü kullanın.	5.a “ Madde kullanan arkadaşlarının yanına gitmemek, maddeden ve madde kullanan arkadaşlardan uzak durmak gerekir.” (Resim 6.1) 5.b “Madde kullanan arkadaşların ısrarı karşısında kesin ve net olarak “hayır” denmelidir. Ertelemek ya da “kusura bakmayın, ben artık içmiyorum” gibi özür dilemek tercih edilmemelidir.” (Resim 6.2) 5.c “Onların teklifine hayır dedikten sonra halen oturmaya ve sohbete devam etmemek, oradan uzaklaşmak gerekir.” (Resim 6.3) 5.d “Suçluluk duygusuna kapılmamak gerekir. Suçluluk duygusu başlamak için büyük bir etken yaratır. Aslında tiner ya da bali ikram eden arkadaşların suçluluk duymalı. Kendin ise maddeyi bıraktığın

	ve başlamadığın için gurur duymalısın.” 5.e “Bir kereden bir şey olmaz” diye düşünmemek gerekir. Bir kere kullanıldıktan sonra arkası gelir. (Resim 6.4)
6. Tekrar madde kullanmamak ve ısrarlara karşı koymak için neler yapılması gerektiğini tekrar sorun. (Eksik söylediyse eksikleri tamamlayın, gerekirse yeniden tekrar edin.)	6. “Tekrarla bakalım. Tekrar madde kullanmamak ve ısrarlara karşı koymak için ne yapmak gerekiyor?”

Tanım

Kişi, maddeyi bıraktığı dönem içinde tekrar madde kullanma isteği yaratacak duygusal olaylarla karşılaşabilir. Bu durumları “acil durum” olarak tanımlıyoruz. Acil durumlarla baş etmek önem taşır. Sevdiği insandan ayrılmak, hayal kırıklığına uğramak, öfkelenmek, kötü olaylar ve üzüntüler yaşamak gibi durumlar madde kullanma isteğine yol açabilir.

Hedefler

- Madde kullanımı için risk unsuru oluşturan acil durumları belirlemek.
- Acil durumlarla baş etmesini sağlamak.

Hedefler/Açıklamalar	Örnek sorular
1. Acil durumlardan söz edeceğinizi belirtin..	1. “Bugün acil durumlardan söz edeceğiz. Bazen yaşadığımız olaylar nedeniyle çok zor durumda kalabiliriz ve canımız madde kullanmak isteyebilir. Bunlar neler olabilir?”
2. Yanıtları aldıktan sonra açıklayın. Ekleme istedikleri olup olmadığını sorun.	2. “Çok sevdiğimiz bir insandan ayrılmak.” • “Hayal kırıklığına uğramak”. • “Çok öfkelenmek ve öfkeyle başa çıkamamak.” • “Büyük üzüntüler ve kötü olaylar yaşamak.”
3. Bu tür durumlarda ne hissedeceklerini sorun ve tartışın.	3. “Böyle bir durumda neler hissedersin?”
4. Böyle durumlarda insanın aklına madde kullanmak gelebileceğini anlatın. İşte biz buna acil durum diyoruz. Böyle durumlarda madde kullanmamak için neler yapmaları gerektiğini sorun.	4. “İşte biz buna acil durum diyoruz. Böyle durumlarda madde kullanmamak için neler yapmak gerekiyor?”
5. Yanıtları aldıktan sonra siz de ekleyin.	5.a “Bir kişiden yardım istemek.” 5.b “Madde kullanmayan akrabalarının ya da arkadaşlarının yanına gitmek.” 5.c “Dikkatimizi dağıtacak şeyler

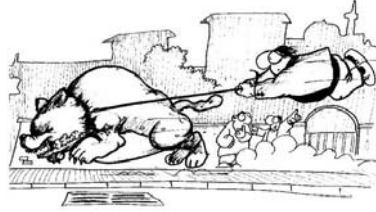
	bulmak. Örn: Banyo yapmak, TV izlemek, oyun oynamak, yemek yemek, spor yapmak vb” 5.d “Öfkelendiğinde öfkeni yatıştırmanın yollarını aramak” 5.e “Buraya yanımıza gelmek.”
6. Kendi planını yapmasını isteyin. En az üç seçenek bulmasını isteyin. Seçeneklerin uygulanır ve işe yarar olup olmadığını tartışın.	6. “Bir plan da sen yap. Böyle durumlarda neler yapabilirsin?”
7. Seçenekleri tekrar konuşun.	7.“Neler öğrendin? Tekrarlayalım...”

EK- 6 Eğitimde Kullanılan Resimli Kartlar (Her biri 13x21 boyutlarındadır)



Bağımlılık bir hastalıktır

1.1



Biz maddeleri kontrol edemeyiz

1.2

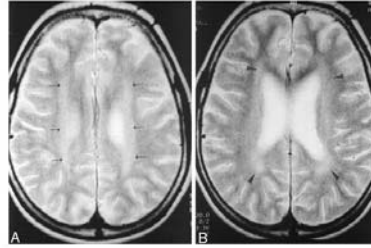


1.3



Bağımlı olduğumuzun farkına geç varırız

2.4



Beyinde bozulma

3.2



Görme Kaybı

3.4



İşitmenin azalması

3.5

$$1 + 1 = 3 !$$

$$2 + 2 = 5 !$$

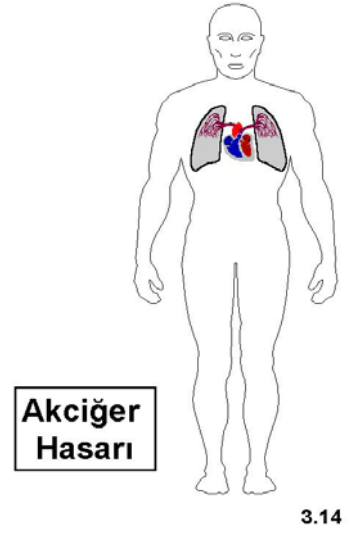
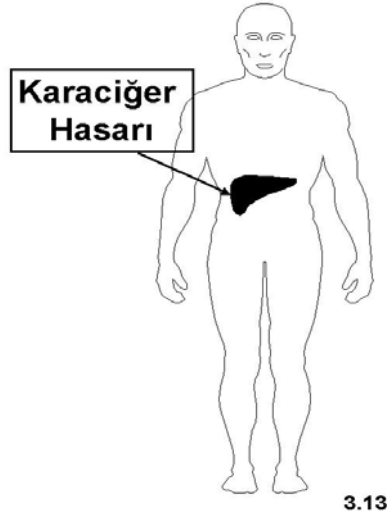
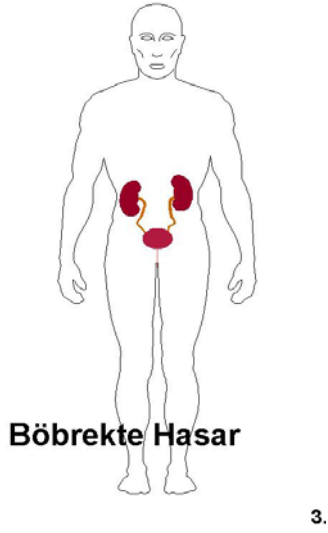
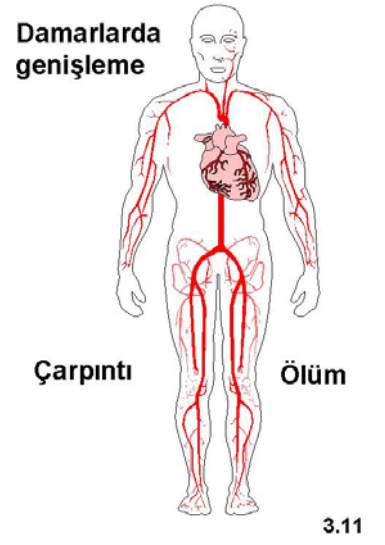
Hesap yapamama

3.6



Anlayamama

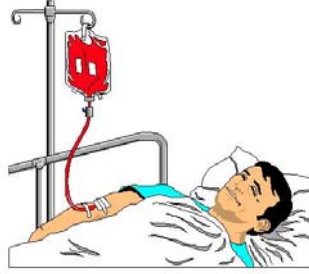
3.7





**Kullanmanın Kötü
Yanlarını Düşünmek**

5.4



**Kullanmanın Kötü
Yanlarını Düşünmek**

5.5



**Tedavi İçin Verdiğin
Emekleri Düşünmek**

5.5



**Düşüncelerle
Savaşmak**

5.6



Ortamdan Uzaklaşmak

5.7



**İçenlerin yanına
gitmemek**

6.1



“Hayır” demek

6.2



**İçenlerin yanında
durmamak**

6.3



**“Bir kereden bir şey
olmaz”
dememek**

6.4

KAYNAKLAR

1. Adlaf E.M., Zdanowicz Y.M.: A cluster-analytic study of substance problems and mental health among street youths. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 25:4:639-660, 1999.
2. Akdemir A.: Gençlerde Madde Kullanımına Yaklaşımı Zorlaştıran Etkenler. 2. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, Hilmi Usta Matbaacılık, p. 49, 8-11 Aralık, Bodrum, 2005.
3. Akın M.: Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Sağlık Eğitim Gereksinimleri. İstanbul Ün. Sağlık Bil Enst. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
4. Akvardar Y.: Madde bağımlılığında psikoeğitsel yaklaşım. 1.Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, 10-14 Mart Antalya, 2004.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. Çev: E. Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
6. Anderson C.E., Loomis G.A.: Recognition and prevention of inhalant abuse. *American Family Physician*, 1:68:869-874, 2003.
7. Avam M., Franklin J.E., Frances R.J.: Treatment Approaches for Substance Use Disorders. Ed: Halles R.E, Treatment of Alcoholizm and Addictions. Second ed., Amerikan Psychiatric Publishing Inc, Washington D.C, 2001.
8. Ayer A.: Lise Çağındaki Öğrencilerde Saptanan Yaşam Olaylarının Alkol Ve Madde Kullanımı İle İlişkisi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1997. (Danışman Doç.Dr. Salih Y. Özden)
9. Balcıoğlu İ., Doksat K., Tan O.: Madde bağımlılığı, göç ve suç. *Yeni Symposium*, 39:4:185-191, 2001.
10. Ballard M.B.: Inhalant abuse: A call for attention. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, Oct, 19:1: 28-32, 1998.
11. Bangert-Drowns R.L.: The effect of scholl-based substance abuse education-a meta analysis. *Journal of Drug Education*, Vol:18:3:243-263, 1988.
12. Barry K.L.: Brief Interventions and Brief Therapies For Substance Abuse. Treatment improvement Protocol Series; No:34. Printed by U.S Department of Health and Human Services, Rockville, p:15-86, 1999.

13. Bastable S.B.: Overview of Education in Health Care, Nurse as Educator Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. Second ed. Copyright by Jones and Barrett Publishers Inc. Printed in Canada, p:4-18, 2003.
14. Beavais F., Jumper-Thurman P., Plested B., Helm H.: A survey of attitudes among drug user treatment providers toward the treatment of inhalant users. Substance Use&Misuse, Vol:37:11:1391-1410, 2002.
15. Berber B.: Uçucu Madde Bağımlılığı ve Yumuşak Norolojik İşaretler. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, s:3-30, İstanbul, 2003, (Danışman: Dr.Latif R. Alpkan).
16. Bilgin Erdiñç I.: Ergenlerde cinsel ve fiziksel istismar ve madde kötüye kullanımı. 1.Ulusal Alkol ve madde Bağımlılığı Kong, 10-14 Mart Antalya, 2004.
17. Botvin D.J, Griffin K.W.: Life skills training; theory, methods, and effectiveness of a drug abuse prevention approach. Ed:Wagner E.F., Waldron H.B., İnnovation in Adolescent Substance Abuse Interventions. Printed by Pergamon, Natherland, p:31-50, 2001.
18. Brawn S.A.: Facilitating change for adolescent alcohol problems; A multiple options approach. Ed: Wagner E.F., Waldron H.B, İnnovation in Adolescent Substance abuse interventions. Printed by Pergamon, Natherland, 2001.
19. Braungard M.M.: Applying Learning Theories to Healthcare Practise, Nurse as Educator Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. Second ed. Copyright by Jones and Barrett Publishers Inc. Printed in Canada, p.44-70, 2003.
20. Brock T.F.: A model adolescent hospital-based program. Ed: Lawson G.W., Lawson A.W, Adolescent Substance Abuse, Etiology, Treatment and Prevention. Aspen Publication Inc, Maryland, p:105-119, 1992.
21. Brook J.S., Brook D.W.: Risk and protective factors for drug use, Ed: McCoy C.B., Metsch I.R., Inciardi J.A., Interventing With Drug Involved Youth, Copyright by Sage Publications, California, p: 23-41, 1996.
22. Brown R.T.: Risk factors for substance abuse in adolescents, Pediatr Clin. N. Am., 49:247-255, 2002.
23. Bry B.H., Attaway N.M.: Community-based intervention. Ed: Wagner E.F., Waldron H.B, İnnovation in Adolescent Substance Abuse Interventions. Printed by Pergamon, Natherland, 2001.

24. Burke M.R.: Scholl-based Substance Abuse Prevention: Political Finger-pointing Does Not Work. *Federal Probation*, 66:2:66-72, 2002.
25. Byrne A., Kirby B., Zibin T., Ensminger S.: Psychiatric and neurological effects of chronic solvent abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, Dec, 36: 735-738, 1991.
26. Chiauuzzi E.: Reducing risk of relaps in addiction, *The Hatherleigh Guide to Treating Substance Abuse*, Part:1, Hatherleigh Press, New York, p:213-235, 1996.
27. Clancy J.: Anger and addiction; *Breaking the Relapse Cycle*. Psychosocial Press, Madison Connecticut, p:3-17, 103-115, 1999.
28. Coggans N., Watson J.: Drug education: approach, effectiveness and delivery. *Drugs Education Prevention and Policy*, 2:3: 211-222, 1995.
29. Cohen E., Mackenzie R.G., Yates G.L.: Headds, a psychosocial risk assessment instrument; implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *Journal of Adolescent Health*, 12:539-544, 1991.
30. Corvo K., Persse L.: An Evaluation of a pre-school based prevention program; Longitudinal effects on children's alcohol-related expectancies. *J. of Alcohol and Drug Education*, 43:2:36-48, 1998.
31. Cummings S.: An empowerment model for collegiate substance abuse prevention and education programs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 43:1: 46-63, 1997.
32. Çöpür M.: Uçucu Madde Kullanan Çocukların Psiko Sosyo Kültürel Özellikleri. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1996.
33. Deas D., Thomas S.E.: An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *Am Journal on Adddiction*, 10:178-189, 2001.
34. Didwiddie S.H.: Abuse of inhalants: a review. *addiction*, 89:925-939,1994.
35. Dilbaz N.: Uçucu madde kullanımı ve önlenmesi, 1.Ulusal Alkol ve madde Bağımlılığı Kongresi, 10-14 Mart Antalya, 2004.
36. Dishion T.J, Kavanagh K.: An ecological approach to family intervention for adolescents in the emergency room. Ed: Wagner E.F., Waldron H.B, *Innovation in Adolescent Substance Abuse Interventions*, Printed by Pergamon, Natherland,p:127-142, 2001.
37. Doğan Y.B.: Alkol bağımlılığı: aile ve aileye müdahale. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. Yaz:283-292,1996.

38. Donnermeyer J.F.: Educator perceptions of the D.A.R.E officer. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 44:1:1-17, 1998.
39. Durmaz G.: Uyuşturucu Madde Kullanan Adolesanlarda Benlik Saygisi. Sağlık Bakanlığı Bakirköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul-1995. (Danışman Doç.Dr. Duran Çakmak)
40. Eggert L.L. at all: Reconnection youth to prevent drug abuse, school dropout and suicidal behaviour among high-risk youth. Ed: Wagner E.F., Waldron H.B, *Innovation in Adolescent Substance Abuse interventions*. Printed by Pergamon, Natherland, p:51-84, 2001.
41. Elibol Ş.S.: 11-15 Yaş Grubunda Mala Yönelik Suç İşlemiş Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri. İstanbul Üniv. Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1999. (Danışman Prof.Dr. M. Emin Artuk)
42. Engeler A.: Antisosyal Kişilik Bozukluğuna Eğilimli Ergenlerin Psikopatolojik ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi. İstanbul Üniv. Adli Tıp Enst., Sosyal Bilimler A.D., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999. (Danışman Prof.Dr. A. Sedat Çöloğlu)
43. Ennett S T., Rosenbaum D.P.: Long- term evaluation of drug abuse resistance education. *Addictive Behaviour*. Vol:19:2:113-125,1994.
44. Erakman S.: Lise Öğrencilerini Sigara Konusunda Bilgilendirmenin Sigaraya İlişkin Görüşlerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi ,Ankara, 1996. (Danışman Doç.Dr. Gülşen Terakye)
45. Espeland K.: İdentifying the manifestations of inhalant abuse. *Nurse practitioner*, May:49-51, 1995.
46. Estroff T.W.: Routes of abuse and specific drugs, *Manuel of Adolescent Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, p:35-48, 2001.
47. Evren C., Ögel K., Tamar D., Çakmak D.: Uçucu madde kullanıcılarının özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 2:2:57-60, 2001.
48. Fendrick M., Mackesy-Amiti E.M., Wislar J.S., Goldstein P.J.: Childhood abuse and the use of inhalants: Differences by degree of use. *American Journal of Public Health*, 87:5: 765-769, 1997.
49. Ferdinand R.F., Blüm M., Verhulst F.C.: Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood. *Addiction*. 96:861-870, 2001.

50. Fiorentine R., Hilhouse M.P.: When low self-efficacy is efficacious; Toward an addicted-self model of cessation of alcohol and drug dependent behavior. *The American Journal on Addiction*, 12:346-364, 2003.
51. Gilles, S.M.: Drug prevention through continuing education evaluation of a teacher training course. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 46:43-46, 2001.
52. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M.: *Health education and health behavior: the foundations, Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, Printed by Jossey-Bass, 2002.
53. Gloss E.: Children and drug education: the P.I.E.D. Pipers. *People Involved in Education about Drugs Nurs. Outlook*, Mar-Apr;43:2:66-70,1995.
54. Greene J.M., Ennett S.T., Ringwalt C.L.: Substance use among runaway and homeless youth in three national samples. *American Journal of Public Health*, 87:2: 229-332,1997.
55. Hansen W.B.: All stars; problem behavior prevention programming for schools and community groups. Ed: Wagner E.F., Waldron H.B, *Innovation in Adolescent Substance abuse interventions*. Printed by Pergamon, Netherland, p:85-109, 2001.
56. Harrison P.A.: Predisposing factors, Ed: T.W. Estroff, *Adolescent Substance Abuse Treatment*. Amerikan Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, p:13-23, 2001.
57. Hemminki E., Herxheimer A.: Should drug information be an integral part of health care?. *J. R. Coll Physicians Lond.*, Mar-Apr;30:2:102-3. 1996.
58. Howard M.O., Jenson J.M.: Inhalant use among antisocial youth: prevalence and correlates. *Addictive Behaviors*, Vol.24:1:59-71, 1999.
59. İlhan İ.Ö., Doğan Y.B.: Alkol madde bağımlılığında relapsın nörobiyolojik temelleri. *Türkiye’de Psikiyatri*, 1:1-5, 2002.
60. Jaffe S.L., Estroff T.W.: Relaps, *Adolescent Substance Abuse Treatment*, Ed: T.W. Estroff, Amerikan Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, p:253-260, 2001.
61. Kalyoncu A.: Madde bağımlılığının tedavisinde klinik uygulamalar. 1.Ulusal Alkol ve madde Bağımlılığı Kongresi, 10-14 Mart Antalya, 2004.
62. Kalyoncu A., Mırsal H., Pektaş Ö., Yazıcı A.H., Yalnız Ö., Beyazyürek M.: Alkol bağımlılığında nüks etme sürecinde yüksek riskli durumların değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*: 2:3:117-119, 2001
63. Kaplan H.I., Sadock B.J. : *Psychoactive Substance Use Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, 1989.

64. Karaca S.: Görme Engelli Ergenlerin Saptanan Gereksinimlerine Yönelik Geliştirilen Eğitim Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi, marmara Ün. Sağlık Bilimleri. Enst. Psikiyatri hemşireliği Ad, Doktora Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman Prof. Dr. Gülten Özeltin)
65. Karadağ E.: Ortaöğretim Okullarındaki Öğrencilerin Madde Bağımlılığı Konusunda Bilgi, Tutum, Davranış Düzeyinin Değerlendirilmesi, 2. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi Özet kitapçığı, Hilmi Usta Matbaacılık, p. 72-73, 8-11 Aralık, Bodrum, 2005.
66. Karadirek T., Kazancı M., Parlak T., Pehlivanoğlu Ş., Yücel M. , Zararsız S.: Sokakta Çalışan Çocukların Ailelerinin Sosyo- Ekonomik Yapıları Ve Sokakta Karşılaştıkları Riskler. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yeksekokulu, Lisans Tezi, Ankara, 2000.(Danışman .Dr. Fatih Şahin)
67. Kaya S.: Suç İşlemiş Ergenlerde Denetim Odağı ve Problem Çözme Yeteneğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fak, Psikoloji Böl. Lisans Tezi, İzmir, 1995, (Danışman Doç Dr. Şeyda Kozcu)
68. Kendirli Y.: Uçucu Madde Bağımlılığında Nörofizyolojik ve Nöropsikolojik Değerlendirme. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul,1994.
69. Kırımsoy E.: Suç İşlemiş ve Suç İşlememiş Ergenlerin Algıladıkları Duygusal İstismarın ve Benlik Saygılarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. Ankara Ün. Eğitim Bilimleri Enst. Özel Eğitim AD, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003. (Danışman Prof.Dr. Sema Kaner)
70. Kipke M.D., Montgomery S.B., Simon T.R., Iverson E.F.: “Substance abuse” disorders among runaway and homeless youth. Substance Use&Misuse, 32:7:969-986, 1997.
71. Kurtzman T.L., Otsuka K.N., Wahl R.A.: İnhalant abuse by adolescent. Journal of Adolescent Health, 28:170-180, 2001.
72. Kuruoğlu A.: Ergenlerde Bağımlılık İçin Risk Etmenleri. 2. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, Hilmi Usta Matbaacılık, p. 48, 8-11 Aralık, Bodrum, 2005.
73. Lader M.: Change as a dominant theme in science, Addiction; Process of change, Ed : G. Edward, M. Laden, A Society the Study of Addiction Monograph. Oxford Medical Publications, Oxford Un Press Inc, New York, p:3-71, 1994.

74. Lalor K.J.: Street children: a comparative perspective. *Child Abuse&Neglect*, 23:8: 759-770, 1999.
75. Lillehoj C. J., Trudeau L., Spoth R.: Longitudinal modeling of adolescent normative beliefs and substance initiation. *Journal of Alcohol and Drug Education*, Vol.49: 2:7-5, 2005.
76. Litt I.F.: Understanding youth substance abuse: are there barriers?. *Journal of Adolescent Health*, 30: 407-408, 2002.
77. Lochman J.E.: *A Social-Cognitive Intervention With Aggressive Children*. Ed. By R.D. Peters, R.J. McMahon, Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency. Copyright by Sage Publications Inc, U.K, 1996.
78. Longer L.M.: Modeling adolescent health behavior, Ed: McCoy c.B, Metsch I.R., Inciardi J.A, *Intervening With Drug Involved Youth*. Copyright by Sage Publications, California, p: 45-80, 1996.
79. Macaulay, A.P, Griffin K.W., Gronewold E., Williams C., Botvin G.J. : Parenting practices and adolescent drug-related knowledge, attitudes, norms and behavior. *Journal of Alcohol and Drug Education*. Jun., Vol:49: 2; 67-17, 2005.
80. Mack A.H., Franklin J.E., frances R.J.: Treatment approaches for substance use disorders, Ed: R.E. Hales, *Treatment of Alcoholism and Addictions*. Am. Psychiatric Publishing Inc, Washington DC, p:123-182, 2001.
81. Mackesy-Amiti M.E., Fendrich M.: Inhalant use and delinquent behaviour among adolescent; a comparison of inhalant users and other drug users. *Addiction*, 94:4-555-564, 1999.
82. Mackesy-amiti M.E., Fendrich M.: Trends in inhalant use among high school student in Illinois;1993-1995. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 26:4:569-590, 2000.
83. Mann N.R, Charuvastra V.C., Murthy V.K.: A diagnostic tool with important implications for treatment of addiction: Identification of factors underlying relapse and remission time distributions. *The International of the Addictions*, 19:1:25-44, 1984.
84. Maxwell J.C. Deaths related to the inhalation of volatile substances in Texas; 1988-998. *Am. J. Drug Alcohol abuse*, 27:4: 689-697, 2001.
85. Mc Garvey E.L., Canterbury R.: Adolescent inhalant use and scholl problems. *School Counselor*, Jan, Vol:43:2, 1996.

86. Mc Garvey E.L., Clavent G.J., Mason W.: Adolescent inhalant abuse; environments of use. *Am J. Drug Alcohol Abuse*, 25:4:731-741, 1999.
87. Miller N.: *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. Adolescent Addiction: Diagnosis and Assessment*. Marcel Decker, New York, 1991.
88. Mitic W.R., Mc Guire D.P.: Adolescent inhalant use and perceived stress. *J. Drug Education*, Vol:17:2, 1987.
89. Monti P.M., Colby S.M., Oleary T.A.: *Adolescents, Alcohol and Substance Abuse, Reaching Teens Through Brief Interventions*, Guilford Press, p:38-43, 2004.
90. NODO.: Üniversite Öğrencilerinin Madde Kullanımı Hakkındaki Yanlış İnanışları. 2. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, Hilmi Usta Matbaacılık, p. 101-102, 8-11 Aralık, Bodrum, 2005.
91. O'Brien C.P.: Research advances in the understanding and treatment of addiction. *The American Journal on Addictions*, 12:536-547, 2003.
92. Okman S.: Ergenlik Dönemindeki Öfke İfade Tarzlarının Kendilik İmgesi Bağlamında İncelenmesi. Marmara Ün. Eğitim Bilimleri Enst, Eğitimde Psikolojik Hizmetler A.D., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
93. Oral G., Tanman Ç., Bayar R., İlkay E., Ziyalar A.: Sokakta yaşayan evden kaçmış çocuklar ve uçucu madde bağımlılığı. *Yeni Sempozyum*, 33:2: 73-79, 1995.
94. Ögel K.: Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi. *Bağımlılık Dergisi*, 4:1:41, 2003.
95. Ögel K., Aksoy A., Liman O. , Sorgun E.: Sokakta Yaşayan ve Madde Kullanan Çocuklar ve Madde Kullanımı-Tedavide Temel İlkeler. *Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği*, Yayın no:3, İstanbul, 2002.
96. Ögel K., Barşah Y., Dönmez E.: Esrar ve Etkileri. *Yeniden Yayın No: 9*, İstanbul, 2005.
97. Ögel K., Tamar D.: Alkol ve madde kullanım bozukluklarının etyolojisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi*, 2001.
98. Ögel K., Taner S., Eke C., Erol B.: İstanbul'da Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı Raporu. *Yeniden Yayın no:15*, İstanbul, 2005.
99. Ögel K., Taner S., Yılmazçetin C.: Çocuk Dostu Okul, Riskli Davranış Gösteren Çocuğun da Dostu Okul. *MEB&Unicef*, s:5-54,2003.

100. Ögel K., Taner S., Yılmazçetin C.: Ergenlerde Madde Kullanımına Yaklaşım Klavuzu. Yeniden Yayın No:5, IQ Kültür Sanat Yayıncılık no:45, İstanbul, 2003.
101. Ögel K., Yücel H., Aksoy A.: İstanbul'da sokakta yaşayan çocukların özellikleri. Yeniden Bilimsel Araştırma Raporları. Yayın no:7, İstanbul, 2004.
102. Ögel K.: Sokaklar Tiner Kokuyor.”Tinerçi”ler, “bali”ciler ve Sokakta Yaşayan Çocuklar, Yeniden Sağlık Eğitim Derneği, Yayın No:1, İstanbul, 2005.
103. Ögel K.: Türkiye’de Madde Bağımlılığı. IQ Kültür Sanat Yayıncılık No:15, Araştırma-inceleme-psikoloji Serisi:4, İstanbul, 2001.
104. Ögel ve Ark.: Gençlerde Madde Kullanım Yaygınlığı ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi 2001 Araştırma Sonuçları. Yeniden Sağlık Eğitim Derneği, Yayın no:2 , 2001.
105. Özeltin G.: Psikiyatri hemşireliğinin değişen sorumlulukları. 3 P Dergisi, 6:2:139-144,1998.
106. Pack R., Krishnamurthy C.L., Stanton B. et al: Caregiver predictors of adolescent inhalant abuse in rural Appalachia. American Journal of Health behaviour, 29:4:331-342, 2005.
107. Pagliaro A.M., Pagliaro L.A.: Substance Use Among Children and Adolescents; Its Nature, Extent and Effect From Conception to Adulthood. Printed by John Wiley&Sons Inc, Canada, 1996.
108. Pam C.: Drug education at the transition from primary to secondary school; The pupils’ views. Educational Review, Feb, 52:1, 2000.
109. Parman, T.: Ergenlik ya da Merhaba Hüzün. Bağlam Yayıncılık, s:11-109, Ankara, 2000.
110. Pektaş Ö.: Ergen, aile ve madde ilişkisi. 1.Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, 10-14 Mart Antalya, 2004.
111. Polat O. Sokak Çocukları. Özgün Ofset, İstanbul, 2002.
112. Pollio D.E., Thompson S.J., North C.S.: Agency-based tracking of difficult-to-follow populations:Runaway and homeless youth programs in St. Missouri. Community ment. Health, Jun:36:247-258, 2001.
113. Sales A.: Preventing substance abuse, A Guide for Scholl Counselors. American Counseling Association. Caps Press, p:13-30,95-103, 2005.

114. Sayim A.: Lise Öğrencilerini Bilgilendirmenin Madde Konusundaki Görüşlerine Etkisinin İncelenmesi. İ.Ü.Adli Tip Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2000. (Danışman Prof.Dr. M. Fatih Yavuz)
115. Schulenberg J., Maggs J.L., et al.: Development matters; Taking the long view on substance abuse etiology and intervention during adolescence. Ed: Monti P.M, Colby S.M, O'leary T.A, Adolescent, Alcohol and Substance Abuse; Reaching Teens Through Brief Interventions, Guilford Press, 2004.
116. Semlitz L.: Treatment planning and case management. Ed: Estroff, T.W, Manuel of Adolescent Substance Abuse Treatment. Published by American Psychiatric Pub Inc., Washington DC, p:129-152, 2001.
117. Sharma M.: Capability theory for use in alcohol and drug education research. Journal of Alcohol and Drug Education. Vol:48:1;1-4, 2004.
118. Sharma M.: Enhancing the Effectiveness of Alcohol and Drug Education Programs through Social Cognitive Theory. Journal of Alcohol and Drug Education. Sep:49:3: 3-5, 2005.
119. Slenick N., Meade M.: System youth: A subgroup of substance-abusing homeless adolescents. Journal of Substance Abuse, 13: 367-384, 2001.
120. Smart R.G., Adlaf E.M., Walsh G.W., Zdanowich Y.: Similarities in drug use and depression among runaway students and street youth. Canadian Journal of Public Health, 85:1:17-18, 1994.
121. Smith E.A., Swisher J.D., Vicary J.R.: Evaluation of life skills training and infused-life skills training in a rural setting: Outcomes at two years. J. of alcohol and drug education, 48:1:31-66, 2004.
122. Solukçu Ü.R.: Alkol Bağımlılığı Tedavisinde Nüks ve Nüksü Belirleyen Etmenler. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul,1997. (Danışman Doç.Dr. Duran Çakmak).
123. Steven R.: Inhalants: A growing health concern, Behavioral Health Management. Cleveland: May,15:3: 28, 1995.
124. Stiffman A.R.: Physical and sexual abuse in runaway youths. Child Abuse&Neglect, 13:417-426, 1989.
125. Stowell R.J., Estroff T.W.: Inpatient programs. Ed: Estroff, T.W, Manuel of Adolescent Substance Abuse Treatment. Published by American Psychiatric Pub Inc., Washington DC , p:99-115, 2001.

126. Stowell R.J.A., Estroff T.W.: Psychiatric disorders in substance-abusing adolescent inpatients: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31:1036-1040, 1992.
127. Sungur M.: Alkol bağımlılığı tedavisinin biçimlendirilmesinde nükslerin önemi ve nüksleri önleme teknikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:3:171-182,1991.
128. Swisher J.D., Smith E.A., Vicary J.R.: A cost-effectiveness comparison of two approaches to life skills training. *Journal of Alcohol&Drug Education*, June:71-87, 2004.
129. Şahin M.: Lisedeki Öğrencilerin Başarı, Beklenti, Ekonomik Düzey Ve Çevrelerine Göre Psikoaktif Maddeleri Kullanımı Yönünden Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1999.
130. Tamar D., Ögel K., Çakmak D.: Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üzerine Etkisi Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Raporu. İstanbul, 1996.
131. Thornton C., Gottheil E., Patkar A., Weinstein S.: Coping styles and response to high versus low structure individual counseling for substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 12:29-42, 2003.
132. Tims F.M., Leukefeld C.G.; Relaps and recovery in drug abuse; An introduction, NIDA Research Monograph No: 72. Printed by Department of Health and Human Services , Rockville, Maryland, p:1-17, 1990.
133. Tiwari P.A., Gulati N., Sethi G.R., Mehra M.: Why do some boys run away from home. *Indian Journal of Pediatrics*, May, Vol:69, 2002.
134. Tosun M.: Madde bağımlılığının önlenmesinde politika, güvenlik ve idari uygulamalar, 1.Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi. 10-14 Mart Antalya, 2004.
135. Türkcan A.: Alkol kullanma isteğinin mekanizması. *Bağımlılık Dergisi*, 3:1: 37-42, 2002.
136. Uluğtekin S.: Sokak Çocukları Eğitimcilerin Eğitimi Programı Sokak Çocukları Proje Geliştirme ve Uygulama Merkezi, s:18-23, Ankara, 1997.
137. Unger J.B., Kipke M.D., Simon T.R., Montgomery S.B., Johnson C.J.: Homeless youth and young adult in Los Angeles: prevalence of mental health problems and the relationship between mental health and substance abuse disorders. *Am Journal of Community Psychology*, 25:3: 371-393, 1997.

138. Ünsal Barlas G.: Kronik Şizofren Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Marmara Ün. Sağlık Bilimleri Enst., Doktora Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman Yard. Doç. Dr. Özlem ışı1)
139. Velioğlu, P.: Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, s:53-118, İstanbul, 1999.
140. Yurtsever Ü.E.: Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut; Psikoeğitimsel Bir Model. Marmara Ün. Klinik Psikoloji A.D Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
141. WHO: Programme on Substance, Street children, Substance Use and Health: Training for Street educators, Draft for field testing, WHO/PSA/95-12.

10- ÖZGEÇMİŞ

1973 yılında Çanakkale’de doğdu. İlköğretimini ve Sağlık Meslek Lisesi’ni Çanakkale’de tamamladı. 1991 yılında İstanbul Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde akut psikoz kliniğinde göreve başladı ve aynı yıl İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu’nda öğrenimine başladı. 1995 yılında Lisans eğitimini tamamladıktan sonra aynı yıl Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği A.D. Yüksek Lisans programı ile eğitimine devam etti. Bu dönemde iş-uğraş tedavisi alanındaki çalışmaları nedeniyle rehabilitasyon hizmetlerinin organizasyonunda görev aldı. 1999 yılında başladığı Bilişsel Davranışçı Psikoterapi eğitimini 2004 yılında tamamladı. Şizofreni hastalarıyla psiko-sosyal beceri geliştirmeye yönelik eğitim grupları yöneterek şizofreni ile ilgili derneklerde gönüllü çalışmalarda bulundu. Psikiyatri Hemşireleri Derneği’nin kurulması çalışmalarında görev aldı. 2003 yılından itibaren aynı hastanenin UMATEM bölümünde “sorumlu hemşire” olarak görev yapmakta ve madde kullanan ergenlerin bilinçlendirmeye yönelik grup eğitimlerini yönetmektedir. İngilizce bilmektedir.

11- ETİK KURUL ONAYI

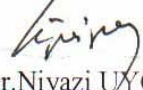


BAKIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI ve SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
ETİK KURULU

KARAR

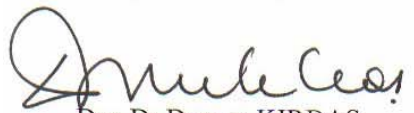
05.04.2004

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi Sibel Coşkun'un **“Uçucu Madde Kullanan Ergenlerde Bilinçlendirme Eğitiminin Etkinliği”** konulu araştırma tezi hastanemiz yerel etik kurulunda incelenmiş ve yapılacak araştırmanın etik yönden hastanemizde yapılmasına sakınca görülmediğine oy birliği ile karar verilmiştir.


Dr.Niyazi UYGUR
Psikiyatri Klinik Şefi


Dr.Muharrem YAMAN
Psikiyatri Klinik Şefi


Doç.Dr.M.Emin CEYLAN
Farmakoloji Doktoru
Psikiyatri Klinik Şefi


Doç.Dr.Dursun KIRBAŞ
Nöroloji Klinik Şefi


Dr.Nilgün KARA UZUN
Biyokimya Uzmanı

Eczacı
(Yok)

Patoloji Uzmanı
(Yok)


Kurum Sorumlusu
Prof. Dr.Musa TOSUN



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Doktora tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 19. / 10. / 2006.

İMZA

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Gülten ÖZALTIN
Üniversitesi : Marmara

Üye : Doç.Dr.Kültegin ÖGEL
Üniversitesi : Boğaziçi

Üye : Doç.Dr.Sevim BUZLU
Üniversitesi : İstanbul

Üye : Yrd.Doç.Dr.Zerrin ÇİĞDEM
Üniversitesi : Marmara

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun / / 2006 tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür