



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**ANKARA AMATEM KLİNİĞİNDE TEDAVİ GÖREN BİREYLERİN TEDAVİ
SÜRECİNDEKİ DENEYİMLERİ VE TABURCULUK SONRASI GEREKSİNİMLERİ**

Semra GÜNDÜZ TÜRKEŞ

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2020

ANKARA AMATEM KLİNİĞİNDE TEDAVİ GÖREN BİREYLERİN TEDAVİ
SÜRECİNDEKİ DENEYİMLERİ VE TABURCULUK SONRASI GEREKSİNİMLERİ

Semra GÜNDÜZ TÜRKEŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2020

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmanın ortaya çıkmasında büyük katkıları olan bilgi ve tecrübesi yanı sıra güzel karakteri ile yoluma ışık tutan, kendisinden pek çok şey öğrendiğim ve birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım değerli danışmanım Prof. Dr. Sema BUZ'a çok teşekkür ederim.

Araştırma yaptığım kuruluştaki çalışma yapmamı kolaylaştıran kurum amirleri ve çalışma arkadaşlarıma ve çalışmama katılıp değerli görüş ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Tez jürime katılmayı kabul eden değerli hocalarım Doç. Dr. Ercüment ERBAY ve Doç. Dr. Hüsamettin ÇETİN'e katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Süreç boyunca sevgi, ilgi ve desteklerini hiç eksik etmeyen annem, babam ve yol arkadaşım Cem'e çok çok teşekkür ederim.

Son olarak pek çok geçiş ve zorluk yaşadığım bir dönemde tezimi başarıyla tamamlayabildiğim için kendime teşekkür ederim.

ÖZET

GÜNDÜZ TÜRKES, Semra. *Ankara AMATEM Kliniğinde Tedavi Gören Bireylerin Tedavi Sürecindeki Deneyimleri ve Taburculuk Sonrası Gereksinimleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020

Bu çalışma AMATEM kliniğinde tedavi gören bireylerin tedavi sürecindeki deneyimlerini ve taburculuk sonrası gereksinimlerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Çalışma tarama türünde betimsel bir araştırmadır. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde tedavi gören 76 alkol ya da madde kullanım bozukluğu tanısı konulmuş birey, çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama tekniği olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular, araştırmacının klinikteki gözlemleri, konu ile ilgili araştırmalar ve literatürden elde edilen bilgiler ışığında yorumlanmıştır.

Araştırmaya katılanların ağırlıklı olarak genç yetişkinlik döneminde, erkek, bekar ve eroin kullanımı olan bireylerden oluştuğu, madde kullananların yaş ortalamasının alkol kullananlara göre oldukça düşük olduğu, katılımcıların yaklaşık yarısının (% 56.6) işsiz olduğu, 1/5'inin ise düzensiz çalıştığı, ailesi ile yaşayanların çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Katılımcıların tedavi ortamı olanakları ve tedavi ekibi hakkındaki değerlendirmeleri olumlu yöndedir. Klinikten aldıkları hizmeti iyi bulanların oranı yüksektir. En fazla güvenlik görevlileri ile ilgili sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Tedavi yöntemlerini yetersiz ve geliştirilebilir olarak görenlerin sayısı yüksektir. Hastaların yarısının dışarıdaki yaşamla ilgili kaygılarının olduğu, dışarıdaki yaşamdan korktukları ortaya çıkmıştır. Katılımcılar ayık kalabilmeleri için düzenli olarak çalışmalarını ve tıbbi tedavi görmeleri gerektiğini düşünmektedirler. Katılımcıların yaklaşık yarısının taburculuk sonrası sunulan hizmetlerle ilgili bilgisi yoktur. Düzenli iş olanağı, tıbbi tedavi, bireysel danışmanlık ve aile görüşmeleri taburculuk sonrası en fazla ihtiyaç duyulan hizmetlerdir. Katılımcıların yarısından fazlasının (% 59.2) yarı yol evi benzeri bir hizmet modeli olsa bundan yararlanacağı sonucu çıkmıştır. Türkiye'de bağımlı bireylerin sorun ve ihtiyaçları ile yeterince ilgilenilmediğini düşünenler çoğunluktadır.

Katılımcılara göre Türkiye'deki tedavi merkezlerinin sayı ve kapasitesi az, tedavi süresi kısa ve tedavi yöntemleri yetersizdir. Uluslararası iyi uygulama örnekleri örnek alınarak tedavi seçenekleri artırılmalı, taburculuk sonrası sunulan rehabilitasyon ve toplumla yeniden bütünleşme hizmetleri güçlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler

Alkol/madde bağımlılığı, tedavi, rehabilitasyon, sosyal uyum, sosyal hizmet

ABSTRACT

GÜNDÜZ TÜRKEŞ, Semra. *Experiences of Individuals during the Treatment Process Who Are Being Treated in the Ankara AMATEM Clinic and Post-Discharge Needs*, Master's Thesis, Ankara, 2020

This study was done to demonstrate the experiences of individuals during their treatment process and their post-discharge needs. This study utilises a descriptive general survey model. 76 individuals who are diagnosed with alcohol and substance abuse who are being treated in the Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM clinic is the sample space of this study. As a method of data acquisition, a survey prepared by the researcher is used. The data gathered from the research are interpreted using some research and the literature about the subject.

The majority subjects of the research are, young single male adults who are heroin addicts. The average age of substance addicts are lower than that of the alcohol addicts. More than half of the participants are out of work (56,6 %), on the other hand 1/5th of them have irregular jobs and most of them live with their parents and family. Participants' evaluation of treatment clinics facilities and activities and about the treatment staff is positive. The percentage of subjects who evaluate the treatment they get from the clinic is high. The most negative feedback is about the security guards. The number of subjects find the treatment methods either inadequate or improvable is high. Half of the patients have anxiety about life and they're afraid of normal everyday life outside the clinic. They thing they have to work and get treatment to stay sober. Half of them have no knowledge about the services provided after post-dischargement. Availibility of a regular job, medical care, personal counselling and family counselling are the most needed services. More than half of the participants (59,2 %) think that they'll use a half-way house type of model if it was available. Most of them think the issues and needs of the addicted individuals are not taken care of enough. They think that the number of treatment clinics are low, the duration of the treatment is short and the treatment methods are inadequate. The number of treatment options should be widened utilizing the succesful international

treatment methods and rehabilitation services provided post-discharge and re-entegration services should be improved.

Key Words

Alcohol/Substance addiction, treatment, rehabilitation, social cohesion, social work

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYAN	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLOLAR DİZİ	xii
GİRİŞ	1
BÖLÜM I: MADDE BAĞIMLILIĞI, TEDAVİSİ VE SOSYAL HİZMET	3
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	3
1.2. KURAMSAL ÇERÇEVE	4
1.2.1. Madde Bağımlılığı: Tanım ve Kavramlar	4
1.2.2. Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri.....	8
1.2.3. Madde Bağımlılığının Doğurguları	11
1.2.4. Madde Bağımlılığının Tedavisi.....	15
1.2.4.1.Tedavinin Amacı, Aşamaları, İlkeleri	15
1.2.4.2.Tedavi Modelleri	22
1.2.4.3.Tedavi Yöntemleri ve Müdahaleleri.....	27
1.2.4.3.1. Toplum Temelli Destek Çalışması.....	28
1.2.4.3.2. Tarama, Kısa Müdahaleler ve TedaviyeYönlendirme	28
1.2.4.3.3. Arındırma (Detoksifikasyon) Tedavisi	29
1.2.4.3.4. İkame Tedavi / Sürdürüm Tedavisi.....	29
1.2.4.3.5. Zarar Azaltma	30
1.2.4.3.6. Ayakta Tedavi.....	30
1.2.4.3.7. Yatılı Tedavi	31
1.2.4.3.7.1. Kısa Dönem Yatılı Tedavi.....	31
1.2.4.3.7.2. Uzun Dönem Yatılı Tedavi	32

1.2.4.3.8. Bireyselleştirilmiş Bağımlılık Danışmanlığı.....	32
1.2.4.3.9. İyileşme Yönetimi.....	33
1.2.4.4. Uluslararası İyi Uygulama Örnekleri.....	33
1.2.5. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Türkiye’de Güncel Durum.....	36
1.2.5.1. Yatarak Tedavi.....	38
1.2.5.2. Taburculuk Sonrası Deneyimler	40
1.2.5.3. Taburculuk Sonrası Hizmetlere Örnekler	44
1.2.6. Sosyal Hizmette Madde Bağımlılığı Alanı	46
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	51
1.4. TANIMLAR	51
1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	52
BÖLÜM II: YÖNTEM	54
2.1. ARAŞTIRMA MODELİ	54
2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	54
2.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	55
2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	56
2.5. VERİLERİN ANALİZİ	56
BÖLÜM III: BULGULAR VE YORUM.....	57
3.1. ALKOL/MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE GENEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	57
3.2. ALKOL/MADDE KULLANIM SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	76
3.3. TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULAR	86
3.4. TABURCULUK SONRASI GEREKSİNİMLERE İLİŞKİN BULGULAR	105
BÖLÜM IV: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	115
4.1. SONUÇ.....	115
4.1.1. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Genel Özellikleri.....	115

4.1.2. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Madde Kullanım Sürecine İlişkin Sonuçlar	116
4.1.3. Tedavi Sürecine İlişkin Sonuçlar	117
4.1.4. Taburculuk Sonrasına İlişkin Sonuçlar	121
4.2. ÖNERİLER	123
4.2.1. Koruyucu ve Önleyici Boyutta Öneriler	123
4.2.2. Tedavi Hizmetlerine İlişkin Öneriler	125
4.2.3. Taburculuk Sonrası Hizmetlere İlişkin Öneriler	127
4.2.4. Politika ve Kurumlar Düzeyinde Öneriler.....	128
KAYNAKÇA.....	131
EKLER.....	140
EK-1: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU.....	140
EK-2: GÖRÜŞME FORMU.....	141
EK-3: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYON İZİNİ.....	150
EK-4: TURNİTİN RAPORU.....	151
EK-5: ORJİNALLİK RAPORU.....	152

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşlarına Göre Dağılımları.....	57
Tablo 2. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	58
Tablo 3. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	61
Tablo 4. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Eğitim Durumlarının Dağılımları.....	61
Tablo 5. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	62
Tablo 6. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Medeni Durumlarının Dağılımları.....	63
Tablo 7. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları.....	64
Tablo 8. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Mesleklerine Göre Dağılımları.....	64
Tablo 9. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları.....	65
Tablo 10. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Çalışma Durumlarının Dağılımları.....	66
Tablo 11. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin İşsizlik Sürelerine Göre Dağılımları.....	67
Tablo 12. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Aylık Ortalama Gelirlerine Göre Dağılımları	68
Tablo 13. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Madde İçin Ayırdıkları Aylık Bütçeye Göre Dağılımları.....	69
Tablo 14. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımları	70
Tablo 15. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Devam Eden Adli Bir Süreci Olma Durumlarına Göre Dağılımları	71
Tablo 16. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Devam Eden Adli Süreci Olma Durumlarının Dağılımları.....	71
Tablo 17. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cezaevinde Kalma Durumlarına Göre Dağılımları	72
Tablo 18. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cezaevinde Kalma Sürelerine Göre Dağılımları	73

Tablo 19. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cezaevinde Kalma Nedenlerine Göre Dağılımları	73
Tablo 20. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Alkol/Madde Bağımlısı Olma Durumlarına Göre Dağılımları.....	74
Tablo 21. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Ailelerinde Alkol/Madde Bağımlısı Olma Durumlarının Dağılımları	74
Tablo 22. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM’de Bulunma Nedenlerine Göre Dağılımları	75
Tablo 23. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Maddeye Başlama Yaşlarına Göre Dağılımları	76
Tablo 24. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Daha Önce Yatarak Tedavi Olma Durumlarına Göre Dağılımları	77
Tablo 25. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Daha Önce Kaç kez Tedavi Gördüklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	78
Tablo 26. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Sonrası Madde Kullanmadıkları Sürelere İlişkin Bulguların Dağılımı	78
Tablo 27. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol Madde Kullanımına Başladıktan Sonra Alkol/Madde Kullanmadıkları En Uzun Süreye İlişkin Bulguların Dağılımı.....	80
Tablo 28. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Madde Kullanımına Tekrar Dönme Nedenlerine Göre Dağılımları.....	81
Tablo 29. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yatarak Tedavi Olma Kararlarını Kimin Verdiğine İlişkin Bulgular	82
Tablo 30. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yatarak Tedavi Kararı Çıkmalarının Zorlayıcı Olma Durumuna İlişkin Bulgular.....	83
Tablo 31. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yatarak Tedavi Kararı Çıkmadığı Zorlayıcı Nedenlere Göre Dağılımları	83
Tablo 32. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Öncesi Başvurdukları Yöntemlere Göre Dağılımları	84
Tablo 33. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedaviye Yönlendirilme Durumlarına Göre Dağılımı	85
Tablo 34. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Başvuru Sonrası Kliniğe Yatış İçin Bekledikleri Sürelere Göre Dağılımı	85
Tablo 35. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Üst Araması Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı.....	86
Tablo 36. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Servise Girmesine İzin Verilen Eşya Sınırlaması Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı	87

Tablo 37. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Gözetim Görevlisi Eşliğinde İdrar Numunesi Verme Zorunluluğu Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı...	88
Tablo 38. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Servis Kuralları Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı	89
Tablo 39. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Uyarı Puanı Alma Durumlarına Göre Dağılımları	90
Tablo 40. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Uyarı Puanı Aldıktan Sonraki Duygu/Düşüncelerine İlişkin Dağılımları	91
Tablo 41. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Serviste Yaşadıkları Sağlık Problemlerini Çözümleyebilme Durumlarına Göre Dağılımları.....	92
Tablo 42. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Serviste Sağlık Hizmeti Alma Konusunda Yaşadıkları Sorunların Kaynağına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	92
Tablo 43. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Ortamı ve Olanaklarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	93
Tablo 44. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Günaydın Toplantılarına İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı	94
Tablo 45. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin SAMBA Psiko Eğitimlerine İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı	95
Tablo 46. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin İlişkin Bireysel Görüşmelere İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı	96
Tablo 47. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM Kliniğinden Aldıkları Hizmeti Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	97
Tablo 48. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM’de Uygulanan Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı.....	97
Tablo 49. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Olmasını İstedikleri Tedavi Yöntemlerinin Dağılımları	98
Tablo 50. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Görüşlerine Başvurulma Durumlarına Göre Dağılımları	98
Tablo 51. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Değerli olduklarını ve Önemsediklerini Hissetme Durumlarına Göre Dağılımları	99
Tablo 52. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Bulguların Dağılımı	100
Tablo 53. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedaviyi Yarıda Bırakmayı Düşünmelerine Göre Dağılımları	101
Tablo 54. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedaviyi Yarıda Bırakma Düşüncelerinin Nedenlerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	102
Tablo 55. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Diğer Hastalar Hakkında Duygu/Düşüncelerinin Dağılımı	103

Tablo 56. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Ekibi Hakkında Duygu/Düşüncelerinin Dağılımı	104
Tablo 57. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburculuk Sonrasına İlişkin Durumlarının Dağılımı.....	105
Tablo 58. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Dışarıdaki Yaşamla İlgili Kaygı Nedenlerine Göre Dağılımları	106
Tablo 59. Alkol /Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Remisyonda Kalabilmeleri İçin İhtiyaçlarına Göre Dağılımları	107
Tablo 60. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM Kontrollerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	108
Tablo 61. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburculuk Sonrası Hizmetleri Yeterli Bulma Durumunun Dağılımı.....	109
Tablo 62. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Almak İstedikleri Hizmetlere İlişkin Bulguların Dağılımı.....	109
Tablo 63. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Hastane Dışında Yatılı Bir Kurumdan Yararlanmayı İsteme Durumlarına Göre Dağılımı.....	110
Tablo 64. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Rehabilitasyon Merkezinden Yararlanmayı İsteme Durumlarına Göre Dağılımı.....	111
Tablo 65. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM Poliklinik Hizmetlerini AMATEM'e Bağlı Daha Küçük Bir Merkezden Almayı İsteme Durumlarına Göre Dağılımları	111
Tablo 66. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Türkiye'de Bağımlı Bireylerin Sorun ve İhtiyaçları İle Yeterince İlgilenildiğini Düşünme Durumları.	112

GİRİŞ

Madde kullanımının eski çağlardan beri süregelen bir davranış (Ögel, 2002, s. 253) olduğu bilinmektedir. İnsanoğlu daha iyi hissetmek, daha çok haz almak, performansı ve zorluklara karşı direnci yükseltmek, sosyallik ve rahatlama hissini artırmak gibi çeşitli nedenlerle bağımlılık yapan maddeleri kötüye kullanmıştır (Uzbay, 2015). Maddelerin başlangıçtaki etkisinin hızlı olması ve etki süresinin kısalığı madde bağımlılığı riskini artırmaktadır (Aldemir, 2019, s. 21). İstendik etkileri için tekrarlanan madde kullanımı, bağımlılık tablosu ile birlikte pek çok olumsuzluğu da beraberinde getirebilmektedir.

Günümüzde madde bağımlılığı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının yanı sıra sosyal işlevselliklerini de olumsuz şekilde etkileyen bir sosyal sorun haline gelmiştir (Erbay ve Sevin, 2008). Madde kullanan ya da bağımlı hale gelen birey, toplumsal rollerini ve sorumluluklarını yerine getirememekte ve bunun sonucu olarak bireyin toplumla olan ilişkileri bozulmaktadır (Doğan, 2001, s. 80). Bireylerin yaşam kalitesini düşüren ve sosyal çevresi ile uyumunu bozan madde bağımlılığı sonucunda ortaya çıkan biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve hukuksal sorunlar bağımlı bireyin yanı sıra ailesini, yakın çevresini ve toplumu da derinden etkilemektedir. Bu bağlamda madde bağımlılığı, bir halk sağlığı sorunudur.

Madde bağımlılığı ve yol açtığı biyopsikososyal sorunlar dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de giderek artmakta ve derinleşmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, madde kullanım sıklığının daha düşük olduğu görülse de güncel çalışmalar madde kullanım yaygınlığının Türkiye’de de giderek arttığını göstermektedir (Ögel, 2005, s. 64). Türkiye’de madde bağımlılığı ile ilgili yeterli veri akışı olmayışı, veri kaybı gibi özel zorluklar mevcut durum hakkında net bilgi edinilmesini ve mücadeleyi daha da zorlu hale getirmektedir (Doğan, 2001; Polat, 2012).

Madde bağımlılığıyla mücadele, maddeye talebi azaltma, madde arzıyla mücadele, eğitim, önleme, tedavi, rehabilitasyon başlıklarında eş zamanlı mücadeleyi gerektiren ve pek çok kurumu ilgilendiren bir konudur (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzlem Merkezi [TUBİM], 2018). Madde bağımlılığıyla mücadelede en etkin ve maliyeti düşük olan yol koruyucu ve önleyici çalışmalardır. Bağımlılık geliştikten sonra ise bireyin

bu sorunla tek başına başa çıkması oldukça güçtür. Bireyin maddeden arınması, maddesiz bir yaşama uyum sağlayabilmesi ve sosyal işlevselliğini yeniden kazanabilmesi için tedavi ve rehabilite edilmesi ve toplumla bütünleşmesinin sağlanması gerekmektedir.

Madde bağımlılığı uzun erimli tedavi ve izlem gerektiren, bir kez geliştikten sonra tedavisi masraflı ve güç olan bir hastalıktır. Madde bağımlılığı çok boyutlu bir sosyal sorun olması dolayısıyla tedavisi de bütüncül bir bakışı ve multidisipliner bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Sosyal sorunlara bütüncül yaklaşımı ile sosyal hizmet meslek ve disiplininin bağımlılık tedavisinde çok merkezi bir rolü vardır.

Bu çalışmada sosyal hizmet mesleğinin hak temelli yaklaşımı ve karşılanmayan ihtiyaçları keşfetme rolünden hareketle alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yatarak tedavi ve taburculuk sonrası süreçlerdeki gereksinimleri ortaya koyulmaya çalışılacaktır.

BÖLÜM I: MADDE BAĞIMLILIĞI, TEDAVİSİ VE SOSYAL HİZMET

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Madde kullananların ve madde bağımlılarının sayısı tüm dünyada artma eğilimindedir. Maddeye olan talebin azaltılmasında madde bağımlılığının tedavisi ve madde bağımlısı bireylere sunulan hizmetler önem taşımaktadır. Bağımlılığın çok boyutlu bir sorun olması sebebiyle tedavisinde de çok yönlü hizmetlere uzun süre ihtiyaç duyulmaktadır. Bağımlılık tedavisi danışmanlık hizmeti ile başlamakta, ayaktan veya yatarak gerçekleştirilen arındırma tedavisinin ardından rehabilitasyon süreci ile devam etmekte, sonrasında sosyal uyum aşaması gelmektedir. Tedavinin başarısı tüm bu süreçlerin sağlıklı işlemesiyle mümkündür.

Madde bağımlısı bireyler yatarak tedavi ve taburculuk sonrasında pek çok sorunla karşılaşabilmektedir. Madde yoksunluğunun zor geçmesi yanı sıra AMATEM kliniğinde yatarak tedavi görenlerin de çeşitli zorlukları vardır. Madde kullananlar için servisler kapalı servislerdir ve servise madde sokulmasını önlemek için katı önlemler alınmaktadır. Yatış öncesi ayrıntılı üst araması yapılmakta, yatış sürecinde belirli aralıklarla gözetim eşliğinde idrar numunesi alınmakta, dışarıdan getirilen malzemeler araştırılmakta ve ziyaretçi sınırı konulmaktadır. Madde bağımlısı birey psikoeğitimlerin, grup çalışmalarının, boş zaman faaliyetlerinin olduğu yapılandırılmış servis programına ve servis kurallarına uymak zorundadır, aksi takdirde yatarak tedavisi sonlandırılmaktadır.

Taburculuk sonrasında ise bireylerin en önemli mücadele alanı nükle mücadeledir. Tekrar kullanıma dönmemesi için bireyin yaşamında pek çok şeyi değiştirmesi gerekmektedir. Arkadaş çevresi, yaşam tarzı, alışkanlıkları, gündelik pratikleri bunlardan bazılarıdır. Bunun yanı sıra birey kendisine yönelik olumsuz bakış açısı ve maruz kaldığı damgalama ile mücadele etmekte ve sistemlerle bozulan ilişkilerini tamir edip uyum sağlamaya çalışmaktadır. Yardım alınmaksızın bu köklü değişim süreciyle başa çıkılması oldukça güçtür. Bu nedenle bireylerin taburculuk sonrası deneyimleri ve aldıkları hizmetlerin gereksinimlerini karşılama düzeyini belirlemek önemlidir.

Uluslararası düzeyde madde bağımlısı bireye yaklaşım ve sunulan hizmetler bağlamında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Türkiye’de madde bağımlılığı alanında sunulan hizmetlerin niceliksel ve niteliksel yeterliliğine ve bireylerin ihtiyaçlarını karşılama düzeyine odaklanılmıştır. Çünkü tedavi sürecinin gözden geçirilmesi, hizmetlerin belirlenen ihtiyaçlara en uygun hale getirilmesi ve bireylere sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi için gereklidir. Dolayısıyla madde bağımlılığı alanında tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalananların gözünden sürecin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu bağlamda bu araştırmanın problemi, madde bağımlısı bireylerin tedavi ve taburculuk sonrası deneyimleri ve gereksinimleridir.

1.2. KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde kuramsal çerçeve kapsamında madde bağımlılığı ile ilgili tanım ve kavramlara, madde bağımlılığı için risk faktörlerinin neler olduğuna, madde bağımlılığının doğurgularına, madde bağımlılığının tedavisi kapsamındaki uygulamalara, madde bağımlılığında Türkiye’deki güncel duruma ve son olarak sosyal hizmet meslek ve disiplininin bağımlılık alanındaki rol ve sorumluklarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

1.2.1. Madde Bağımlılığı: Tanım ve Kavramlar

Genel anlamı ile bağımlılık kavramı; “bir nesneye, kişiye, ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya bir başka iradenin güdümü altına girme durumu” olarak tanımlanabilir. Diğer bir deyişle bağımlılık; “ruhsal ve bedensel sağlıklarına ya da sosyal yaşamlarına zarar vermesine karşın, insanların belirli bir takıntılı durumu yinelemeye yönelik engellenemeyen bir istek duymaları ve bunu sürdürmeleri halidir” (Uzbay, 2009, s. 5). Doğan (2001)’a göre bağımlılık; “bireyle nesnesi arasında kurulan ve bir süre sonra bireyin özerkliğini ve özgüllüğünü ortadan kaldıran” bir sürece gönderme yapmaktadır (s. 80).

Bağımlılık, dar anlamda spesifik bir maddeye (örneğin tütün, alkol veya diazepam), bir madde sınıfına (örneğin opioidler) veya farmakolojik özellikte farklı maddelere ilişkin

olabildiği gibi (WHO, 2018, s. 22) daha geniş anlamda haz veren çeşitli eylemlere yönelik de olabilmektedir. Yeme, alışveriş, seks, kumar ya da internet bağımlılığı gibi farklı bağımlılık türleri davranışsal bağımlılıklar olarak ele alınmaktadır (Polat, 2012, s. 33).

Madde bağımlılığı ise madde alımı azaltıldıktan ya da kesildikten sonra ciddi kesilme (yoksunluk/geri çekilme) belirtilerinin görülmesi, zarar verici etkilerine rağmen madde kullanımının kontrol edilememesi, madde kullanımı sonucu mesleki ve sosyal faaliyetlerin zarara uğraması ile karakterize bir durum olarak tanımlanabilir (Özden, 1992, s. 3). Bir diğer tanıma göre madde bağımlılığı, maddenin haz verici etkilerini yaşamak ya da yoksunluğundan kaynaklanan olumsuzluklardan kaçınmak için aralıklı veya sürekli olarak madde kullanma isteği ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığıdır (Uzbay ve Yüksel, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2018), tekrarlanan madde kullanımından sonra gelişebilen bağımlılık sendromunu; “davranışsal, bilişsel ve fizyolojik fenomenler kümesi” olarak tanımlamaktadır.

DSM-5’te madde ile ilişkili bozukluklar on farklı madde kümesini kapsamaktadır. Bunlar: Alkol; kafein; kannabis; uçucular; hallusinojenler; dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler; opiyatlar; uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar); tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler şeklinde sıralanmıştır (DSM-V, 2013, s. 231). Avrupa ülkelerinde 2016 yılında hastaneye başvuran acil vakalar için kayıt altına alınan en çok kullanılan yasa dışı maddeler sırasıyla; eroin, kokain, esrar, GHB/GBL, amfetamin, MDMA, sentetik kanabinoidler, klonazepam, metamfetamin olmuştur (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi [EMCDDA], 2018, s. 67).

Tanı amaçlı madde kullanımının ilk sınıflandırması, DSM-III’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) yer almıştır. Daha sonra geliştirilen DSM-IV’de madde kullanımı; madde kullanım bozuklukları (substance use disorders) ve madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan bozukluklar olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmış, madde kullanım bozuklukları ise madde kötüye kullanımı (substance abuse) ve madde bağımlılığı (substance dependency) olarak iki alt gruba ayrılmıştır (Özpoyraz, vd, 1998, s. 58). Bu sınıflamaya göre madde kötüye kullanımı, yol açtığı sorunlar ve olumsuz sonuçlara rağmen tekrarlayıcı şekilde madde kullanma biçimidir (APA 1994). DSM-V’te bu iki alt

grup “madde kullanım bozukluğu” adı altında birleştirilmiş, kötüye kullanım kavramı yerine hafif şiddette madde kullanım bozukluğu kavramı getirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü madde bağımlılığı terimini kullanırken, DSM-V daha yüksüz bir terim olan madde kullanım bozukluğunu tercih etmiştir (Çöpür, Eryılmaz ve Çakmak, 2014, s. 84). DSM-5’de ayrıca kafein ve kannabis yoksunluğu da ilk kez tanımlanmış (Güleç, Köşger, Eşsizoglu, 2015, s. 448) ve maddeye yönelik büyük bir istek duyma anlamına gelen aşerme (craving) tanı kriterleri arasına eklenmiştir (Yılmaz vd., 2014, s. 247).

DSM-V tanı sınıflamasına göre bir kişiye Madde Kullanım Bozukluğu tanısı konulabilmesi için aşağıdaki bulgulardan en az ikisi görülmelidir. Bu bulgular:

1. İstendiğinden daha fazla veya uzun süreli madde kullanımı,
2. Madde kullanımını kontrol altında tutma ya da bırakma isteği ve sonuçsuz çabalar,
3. Maddeyi temin etmek, kullanmak ve etkisinden kurtulmak için çok zaman harcanması,
4. Maddeye yönelik büyük bir istek duyma ve madde kullanımı için zorlanmış hissetme,
5. Sorumlulukları yerine getirememe,
6. Sorunlara yol açmasına rağmen madde kullanımını sürdürme,
7. Madde kullanımından dolayı günlük etkinliklerin azaltılması ya da bırakılması,
8. Tehlikeli durumlarda bile madde kullanmaya devam edilmesi,
9. Olumsuz etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme,
10. Maddeye tolerans (dayanıklılık) gelişmiş olması,
11. Yoksunluk belirtileridir.

12 ay içinde bu bulguların 2 veya 3’ü varsa hafif, 4 veya 5’i var ise orta, 6 veya daha fazlası var ise şiddetli madde kullanım bozukluğu olarak kabul edilir (DSM-V, 2013, ss. 237-238).

Dolayısıyla madde bağımlılığı; maddeyi almak için güçlü bir istek (aşırme/craving), tasarladığından daha fazla kullanım ve kullanımı kontrol edememe, zararlı sonuçlara rağmen kullanımı sürdürme, madde kullanımına diğer faaliyetler ve yükümlülüklerden daha yüksek öncelik verme, başarısız bırakma girişimleri, artan tolerans, madde kullanımı bırakıldığında fiziksel geri çekilme belirtileri (yoksunluk) gibi bileşenleri içerir (WHO, 2018, s.22; Ögel, 2017, ss. 50-52). Bağımlılığın en önemli klinik göstergeleri arasında alkol/maddeye aşırme, dürtüsel davranış sergilemek ve emosyonel regülasyon (duygu düzenleme) güçlükleri yer almaktadır. Dürtüsel davranış ve kişinin davranışları üzerindeki kontrolün zayıflaması beyindeki çeşitli aktivite değişikliklerinin sonucu olarak görülmektedir (Şimşek, 20189, s. 448).

Kullanılan maddenin türüne göre farklılık gösterse de en sık gözlenen yoksunluk belirtileri; şiddetli madde arayışı, anksiyete, bulantı, kusma, ritim bozuklukları, uyku bozukluğu, esneme, terleme, şiddetli karın krampları, ağrılar, vücut ısısında aşırı yükselme gibi oldukça acı verici belirtilerdir. Başlangıçta hazzı artırmak için gerçekleştirilen madde kullanımı ilerleyen dönemde bu yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için gerçekleşmektedir. Tolerans gelişimi ve yoksunluk krizi madde kullanımına devam edilmesinde en etkili faktörlerdir (Uzbyay, 2015, s. 50). İstendik etkilerin madde kullanımının hemen ardından ortaya çıkması, istenmeyen, olumsuz etkilerin ve kayıpların ise daha geç ortaya çıkması madde alımı davranışının sürmesine ve bağımlılığın gelişmesine yol açan önemli bir diğer unsurdur.

Madde bağımlılığında önemli kavramlardan biri olan tolerans (dayanıklılık), maddenin istendik etkisinin zamanla azalması dolayısıyla kullanılan madde miktarının sürekli artmasıdır (DSM-V, 2013, s. 238). Çapraz tolerans, belirli bir maddeye karşı gelişen toleransın başka maddeye karşı da gelişmesi durumudur (Uzbyay, 2015, s. 2). Çapraz tolerans, farklı maddelerin birbirinin yerine geçmesi olarak da tariflenebilir. Madde kullanan kişinin birden fazla madde kullanması durumu 'karışık madde kullanımı' olup diğerlerinden daha fazla kullanılan madde 'tercih maddesi' olarak adlandırılmaktadır (Ögel vd. 1998, s.11).

Madde kullanan kişinin madde kullanımını bırakması ve yaşam boyu bir daha kullanmaması durumuna abstinens (ayıklık) denilmektedir (Ögel vd. 1998, s.10). Ancak bağımlılık, remisyon (düzelme) ve relapslarla (nüks/depreşme) seyreden yani içmeme ve

içme dönemlerini barındıran kronik bir hastalıktır (Ögel, 2002, s. 177). Dolayısıyla remisyon ve relapsın madde bağımlılığının seyrini belirleyen süreçler olduğu (Yılmaz vd., 2014, s. 245) akıldan çıkarılmamalıdır.

DSM-5 tanı ölçütlerine göre, erken remisyon 3 ay ile 12 aylık süreçte, kalıcı remisyon ise 12 aydan daha uzun süreçte hiçbir bağımlılık kriterinin görülmemesi durumudur (aşerme ve istek duyma tanı kriterleri dışındadır) (Yılmaz vd., 2014, s. 245). Remisyon sonrası maddenin tek bir kez kullanılmasına slip (sürçme), birkaç kez kullanılmasına ise laps (kayma) adı verilmektedir (Tokur, 2019). Relaps (depreşme/nüks) ise madde kullanımının tekrar eski yoğunlukta başlamasıdır (Uzbay, 2015, s. 2). Slip veya laps ile başlayan sürecin mutlaka relapla sonuçlanması gerekmez. Bu süreçte yapılacak müdahaleler kritik önemdedir.

1.2.2. Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri

Bağımlılığın ortaya çıkmasından sorumlu olan tek bir etkenden söz edebilmek güçtür. Bağımlılığa ilişkin biyopsikososyal modele göre, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler bir araya gelerek kişide bağımlılığın ortaya çıkmasını tetiklemektedir (Polat, 2012, s. 47). Bu nedenle bağımlılığın gelişiminde öne çıkan risk oluşturan ve koruyucu faktörlere dikkat çekilmektedir.

Madde kullanma deneyimi ergenlik gibi kişinin ruhsal durumunu derinden etkileyen bir dönemin getirdiği biyolojik veya çevresel sorunlardan kaynaklanabildiği gibi anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve psikozlar gibi başka ruhsal hastalıklar da madde deneme ve bağımlısı olma riskini artırmaktadır (Uzbay, 2015, s. 60). Literatürde kişinin bağımlı olmasında psikolojik, biyolojik, sosyokültürel ve kalıtsal etkenlerin yanı sıra ruhsal sorunların ve kişisel özelliklerin de etkili olduğu görülmektedir (Ögel, 2017).

Uzun yıllardır bağımlılığa yol açan kişilik faktörlerini tanımlamak için birçok girişimde bulunulmuştur. Bu konuda bir fikir birliği olmamasına rağmen, bazı kişilik özelliklerinin bağımlı olanlarda sıklıkla ortaya çıktığı görülmektedir. Bu faktörler arasında yüksek kaygı, duygusal değişkenlik, depresyon, dürtüsellik, düşük benlik imajı ve düşük hayal

kırıklığı toleransı veya stres toleransı bulunmaktadır. Genellikle bağımlıların başa çıkma ve kişilerarası ilişki becerilerinin ve yargı gelişiminin yetersiz olduğu saptanmıştır (Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery, 2009, s. 12).

Alkol dışı psikoaktif madde kullananlarda çok farklı kişilik türleri olduğu görülmekte bu nedenle özgül bir kişilik yapısı tanımlanamamaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda psikoaktif madde kullananların çoğunda, bağımlı kişilik, aşırı güvensizlik, benlik zayıflığı, engellenme eşiğinde düşüklük, yasaları ve kuralları çiğneme eğilimi, otoriteye karşı gelme, hedonizme eğilim gibi özellikler olduğu tespit edilmiştir (Öztürk, 1992, s. 362).

Bağımlılıkta kalıtsal etkenlerin etkisi söz konusu olduğunda, alkol bağımlılığında kalıtsal geçişin var olduğu kabul edilmektedir. Aile araştırmalarında alkol bağımlılığı olanların babalarının % 50'si, erkek kardeşlerinin % 30'u, annelerinin % 6'sı kız kardeşlerinin % 3'ünün alkol bağımlılığı olduğu bulunmuştur. Alkol bağımlılığı olan babaların erkek çocuklarında alkol bağımlılığı görülme oranı tüm popülasyona göre 4-5 kat daha fazladır (Öztürk, 1992, s. 345). Alkol dışı maddelere bağımlılık gelişmesinde kalıtsal etkenlerin rolü üzerine yeterince bilgi yoktur. Ancak genetik geçiş ile ilgili yapılan araştırmalarda beyindeki bazı sistemlerin anormal bir işlevinin etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Ögel, 2001'den aktaran Mutlu, 2017, s. 250).

Kalıtım ve kişilik özellikleri dışında ailesel, sosyal ve kültürel açıdan risk yaratan etkenlerden bazıları, aile üyelerinin alkol/madde kullanımı ya da bağımlılığı, aile parçalanması, şiddete tanık olma, fiziksel, duygusal ya da cinsel istismara maruz kalma (Erbay vd., 2016, s. 599), ruhsal sorunları olan ebeveynlerin bulunduğu aileler; yanlış yetiştirme tarzları; ilgi ve bağlanma eksikliği, düşük okul başarısı, okulda utangaçlık ya da saldırganlık, sosyal becerilerde zayıflık (Ögel, 2017, s. 13); yaşanan çevrede madde kullanımının onaylanması, kültürün etkisi ve akran grubu (Polat, s. 47) şeklinde sıralanmaktadır.

ABD Madde Bağımlılığı ve Önleme Merkezi, madde kötüye kullanımı için risk faktörlerini toplum, aile, okul ve birey / akran olmak üzere dört kategoride düzenlemektedir. Maddenin mevcudiyeti, yasalar, sosyal normlar, medya tasvirleri ve topluluk örgütlenmesi, toplum faktörleri arasında sayılabilir. Aile faktörleri; ailede madde

kötüye kullanımı geçmişi, aile çatışması, istismar (fiziksel, duygusal ve cinsel istismar) ve onaylayıcı ebeveyn tutumlarını içerir. Okul faktörleri; akademik başarısızlık ve okula bağlılık eksikliği gibi unsurları içerir. Bireysel / akran faktörleri arasında psikopatoloji, madde bağımlısı akranlar ve çete katılımı bulunmaktadır (Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery, 2009, s. 864).

Kültürel çevre ve sosyal yapılar madde kullanma davranışını birtakım mekanizmalar aracılığı ile etkilemektedir. Durrant ve Thakkeris'in (2003) bütüncül modeline göre madde kullanımını belirleyen sosyal ve kültürel faktörler; madde kullanım örüntüleri, maddenin maliyeti ve ulaşılabilirliği, politik ve ekonomik ötekileştirme, önyargı, ayrımcılık, işsizlik, yoksulluk, yaşanan çevreden kaynaklanan dezavantajlar, toplumun sosyal organizasyonu, genel ve maddeye dair yargılar, değerler, inançlar olarak sıralanmaktadır (aktaran Tekin, 2019, ss. 47-49).

Koruyucu etkenler bağımlılık gelişimi olasılığını düşüren etkenlerdir. Araştırmalara göre madde bağımlılığına karşı koruyucu etkenler; madde kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili doğru bilgilendirme, pozitif aile bağları, doğru yetiştirme tarzı, ebeveynlerin çocuklarının yaşamları ile ilgili olmaları, okul, spor kulüpleri gibi kurumlarla güçlü bir bağın olması, yapıcı ve sağlıklı bir yaşam biçiminin seçilmesi, okul başarısının yüksek olmasıdır (Ögel, 2017, s. 13).

Alkol ve madde bağımlılığını önlemede risk faktörlerinin azaltılması ve koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi temel hedeflerdir. Çocukluk çağında bireyin yaşamını çeşitli sorunlardan uzak tutmak ve bireyi olumlu davranışlara yönlendirmek gibi risk etmenlerine yönelik yapılabilecek erken müdahalelerin geç müdahalelerden daha fazla etkili olduğu bilinmektedir (Dilbaz, 2012, s. 47).

Öztürk, Kırılıoğlu ve Kıraç (2015)'in Türkiye'de yürütülen 90 çalışmayı değerlendirdikleri makalelerinde 15-24 yaş grubunda, erkek, bekar ve işsiz olmanın, eğitim düzeyinin düşük olmasının, kentte yaşamının, psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmanın, olumsuz aile yapısı ve geçmiş yaşam deneyimlerinin olmasının, sigara kullanmanın, kritik gelişim dönemleri içinde olmanın, madde kullanan bir arkadaş çevresine sahip olmanın, inançlı olmamanın risk faktörleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Literatür incelendiğinde alkol dışı maddeye başlama yaşının 15-24 arasında olduğu, alkolü ilk kez deneme yaşının ortalama 19,94 olduğu (TUBİM, 2019), yaş azaldıkça alkol dışı madde kullanımın, yaş arttıkça da alkol kullanımının arttığı (Evren ve Ögel, 2003; Bulut ve vd., 2006) görülmektedir. Narkolog Projesinin verilerine göre ilk kez denenen yasa dışı maddenin % 85,6 oranında esrar, ikinci olarak % 5.3 oranında eroin olduğu görülmektedir (TUBİM, 2019, s. 96).

Türkiye Uyuşturucu Raporu verilerine göre, 2017 yılı içerisinde yatarak tedavi görenlerin % 95.67'sinin erkek olduğu, hastaların yaş ortalamasının 26 olduğu, maddeyi ilk kez kullanma yaşının 15-24 yaşları arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Hastaların % 0,82'sinin hiç okula gitmemiş olduğu, % 86'sının 1-8 yıl eğitim aldığı, % 27,09'unun işsiz olduğu, yalnızca % 31.24'ünün düzenli bir işi olduğu tespit edilmiştir (TUBİM, 2018, ss. 42-43). Bu verilerin yukarıda sayılan risk faktörleriyle örtüştüğü görülmektedir.

Risk faktörleri bilgisi, madde kötüye kullanımına başlaması veya sürdürmesi muhtemel bireylerin erken tanımlanmasında yardımcı olabilmektedir (Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery, 2009, s. 864). Bu bağlamda alanda yapılan çalışmaların artırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi, koruyucu çalışmalar açısından önemli bir adım olarak görülmektedir (Cılga, 2009).

1.2.3. Madde Bağımlılığının Doğurguları

Alana ilişkin araştırmalar alkol ve madde kullanımının; fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarının yanı sıra aile parçalanması, intihar, iş yaşamının bozulması, suça yönelme, toplum tarafından etiketlenme ve dışlanma gibi pek çok psikolojik, duygusal, ekonomik ve yasal sorunlara da yol açtığını göstermektedir (Akcan ve diğ., 2000; Erükçü Akbaş ve Mutlu, 2016).

Ögel, genel olarak madde kullanımının yol açtığı olumsuz sonuçları şu şekilde sıralamıştır (2002, ss. 244-245);

- Kullanılan maddelerin ve katkı maddelerinin sağlık üzerine olumsuz etkileri

- Madde satın almak ve gerekli parayı temin etmek amacıyla suça yönelik eylemlerde bulunma
- Geleneksel olmayan yaşam biçimleri (evsizlik, sağlıksız koşullarda yaşama)
- Beslenme bozukluğu
- Madde etkisi altında yapılan antisosyal davranışlar
- Enfeksiyonların yaygınlaşması
- Madde kullanmayan kişilerle yaşanan çatışmalar
- Sokak çeteleri, madde satışı ile uğraşma gibi yasa dışı örgütler ile işlenen suçlar
- Kişinin kendisiyle ilişkili diğer sağlık sorunlarına ilgisiz olması

Madde kullanımında sıklıkla karşılaşılan tıbbi sorunlar; ölümler, doz aşımı, ruhsal bozukluklar (Ögel, 2002, ss. 245-246), travmalar, enfeksiyonlar (Hepatit B, Hepatit C, AIDS, Pnömoni), sinir sistemi hastalıkları, kalp ve dolaşım sistemi ve böbrek ile ilgili sorunlar, diş problemleri, malnütrisyon (yetersiz beslenme) (Özden, 1992, s. 307) olarak özetlenebilir. Madde bağımlılığı yeti yitimleri ve kayıplarla karakterize bir hastalıktır (Güven, 2019). EMCDDA, madde kullanımının küresel hastalık yüküne katkıda bulunduğu ifade etmektedir (EMCDDA, 2018, s. 59).

Son yıllarda, bağımlılık yapan maddelerden kaynaklı ölümlerdeki genel artışın kısmen sentetik kanabinoidler ve sentetik opioidlerin kullanımından kaynaklandığı görülmektedir (EMCDDA, 2018, s. 13). Adli Tıp Kurumları'nın verilerine göre Türkiye'de 2013 yılında bağımlılık yapan maddeler nedeniyle ölüm sayısı 162 iken bir yıl sonrasında bu rakam 648'e yükselmiştir (Uzbay, 2015, s. 367). Bu durum sentetik maddelere yönelimin artmasıyla açıklanmaktadır.

Maddeyle ilişkili ölümlerden sıklıkla opioidler (özellikle eroin ve sentetik opioidler) sorumludur. ABD ve Avrupa'da aşırı doz ölümlerin en sık nedeni opioidlerdir. Son yıllarda eroin ile ilişkili ölümlerin sayısının Türkiye'de de artış gösterdiği gözlenmektedir (Aldemir, 2019, s. 24). Opioid kullanımına bağlı ölümlerin ilk sırasında aşırı doz yer almaktadır. Madde kullanımına bağlı HIV, Hepatit C gibi enfeksiyonlar, şiddet olayları,

kazalar ve intihar sonucu ölümler ise madde kullanımıyla dolaylı olarak bağlantılı ölüm nedenleri arasındadır. Kronik karaciğer ve akciğer rahatsızlıkları ve dolaşım bozuklukları da sık görülmekte ve özellikle uzun yıllar kullanımı olan yaşlı bireylerin ölümüne sebep olmaktadır (EMCDDA, 2018, ss. 68-69).

Bağımlılık yapan maddeler beynin motivasyon, ödül, karar verme süreçleri ve bellek ile ilgili alanlarında bozukluklara neden olarak (Gönül ve Aldemir, 2009, s. 59) beynin kimyasını, beyindeki iletişim sistemini, düşünce ve algıyı değiştirmektedir (Uzbay, 2015, s. 360). Duyguların oluşması, yorumlanması, kararlar alınması, duygu ve düşüncelerin davranışlara yansması gibi beyin kökenli tüm işlevler beyin hücreleri arasında iletişimi sağlayan sağlıklı bağlantı noktalarının (sinapslar) kurulması ve birbiri ile iletişimi ile mümkündür. Madde bağımlılığında ortaya çıkan beyin hücresi kayıpları ve beyin hücrelerinin birbiri ile iletişimindeki yetersizlikler ciddi davranışsal bozukluklar ve nörolojik hastalıklara yol açabilmektedir (Uzbay, 2015, ss. 71-73).

Madde kullanan kişilerde sıklıkla başka ruhsal bozukluklar gözlenmektedir. İkisi arasındaki ilişki şu şekilde açıklanmaktadır: Kişi ya mevcut ruhsal bozukluğun giderilmesi amacı ile maddeye yönelmekte ya da madde kullanımına bağlı bir ruhsal rahatsızlık sonradan gelişmektedir. Dolayısıyla ruhsal rahatsızlık madde kullanım bozukluğunun nedeni ya da sonucu olabilmektedir. En sık görülen ruhsal rahatsızlıklar, depresyon, intihar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklardır. Eşlik eden ruhsal hastalıklar bağımlılığın seyrini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Ögel, vd., 1998, ss. 26-27).

Getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra madde kullanım bozukluğu; maddeyi temin etmek, kullanmak ve etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcanması nedeniyle diğer sorumlulukların yerine getirilememesi, günlük etkinliklerin azalması ya da bırakılması, kişiler arası ve toplumsal sorunların ortaya çıkması gibi klinik açıdan belirgin sıkıntılara ve sosyal işlevsellikte kayıplara da yol açabilmektedir (APA, 2013).

Madde kullanımının neden olduğu en önemli sorunlardan biri de madde kullanıcısının yaşadığı adli sorunlardır. Kişi madde kullanımına devam ettikçe suça yönelebilmekte ve suç işleyen grupların üyesi haline gelmektedir. Madde etkisinde olma halinin suça yönelimi artırdığı, madde bağımlısı bireylerde suç işleme yaygınlığının genel nüfusa göre

daha yüksek olduğu çeşitli araştırma sonuçlarınca ortaya konmuştur. Madde bağımlılığına bağı ruhsal rahatsızlıklar ve davranış bozukluklarının ortaya çıkması suça yönelimin ardındaki başlıca nedenlerdir (Çöpür vd., 2014, s. 88).

Madde kullanıcıları genellikle bir alt kültür içinde madde kullanımını sürdürmektedirler. Madde bulma ve kullanma kolaylığının yanı sıra toplum tarafından tecrit edilmenin de sonucu olarak madde kullanan kişilerin çevreleri kendileri gibi madde kullanan kişilerle sınırlı kalmakta ve zamanla madde kullanmayan kişilerden uzaklaştıkları görülmektedir (Ögel, 2002, s. 78, 160). Bu bağlamda izolasyon, toplumsal damgalama ve ayrımcılık, madde kullanım bozukluğunun yol açtığı önemli sorunlardandır.

Madde bağımlılığı olanlar genellikle ahlaki bakımdan düşük değerli olarak görülmekte, kişilikleri zayıf ve suça eğilimli insanlar olarak etiketlenmektedirler (Arıkan vd., 2004, s. 53). Madde kullanıcıları çoğunlukla toplum dışı ve toplumla ilgili sorunları olan kişiler olarak algılanmaktadır. Ögel (2002)'in araştırmasında toplumun üyelerinin madde kullanıcılarını sıklıkla sorunlarla başa çıkamayan, zora gelemeyen, saldırgan tutumları olabilen, yoksunluk anında ne yapacağı belli olmayan, güvenilmeyen kişiler olarak tanımladıkları görülmüştür (s. 18). Bağımlı kişiye ilişkin bu tip kalıp yargı ve önyargılar davranışsal boyutta ayrımcılıkla sonuçlanabilmekte, kişi iş bulamama, toplumsal olarak izole edilme gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu durum bireyde yetersizlik, çaresizlik ve yalnızlık duygusu, güven eksikliği ve depresyon görülmesine yol açabilmektedir (Sevin ve Erbay, 2008). Toplumla bütünleşemeyen birey çoğunlukla çareyi yine alkol madde kullanımında aramaktadır.

Olumsuz yargılar, madde kullanım bozukluğu olan bireyin hastalığını kabullenmesini ve tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Üstelik olumsuz yargılar yalnızca bağımlılığı olan bireye değil ailesine yönelik de olabilmekte, bu nedenle hastalık çevreden saklanmakta ve inkâr edilmektedir (Arıkan vd., 2004, s. 53). Kimi zaman damgalama sağlık profesyonellerinden de gelebilmekte ve olumsuz yargılar nedeniyle tedavi sırasında hak ihlalleri ortaya çıkabilmektedir.

Arıkan ve arkadaşlarının alkol bağımlıları ve yakınları ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşüktüçe etiketlenmenin arttığı, alkol kullanım bozukluğu olanların ve yakınlarının alkol dışındaki psikoaktif madde kullanım bozukluğu olanları daha fazla etiketledikleri

görülmüştür (Arıkan, vd., 2004, s. 55). Bu sonuç, eğitim düzeyinin yükselmesinin toplumsal damgalamayı azaltabildiğini ve kendileri bağımlı olsalar da farklı maddeleri kullananların birbirini dışlayabildiklerini göstermektedir.

1.2.4. Madde Bağımlılığının Tedavisi

1.2.4.1. Tedavinin Amacı, Aşamaları, İlkeleri

Neredeyse tüm bağımlı bireyler başlangıçta maddeleri kendi başlarına bırakabileceklerine inanmakta ve çoğu tedavi görmeden bunu başarmayı denemektedir. Her ne kadar bazıları başarılı olsa da, birçok girişim uzun süreli ayıklığa ulaşamamaya sonuçlanmaktadır. Araştırmalar, uzun süreli madde kullanımının, kişi madde kullanmayı bıraktıktan uzun bir süre sonra bile beyin fonksiyonlarında değişikliklerle sonuçlandığını göstermektedir. Bu değişikliklerin, olumsuz sonuçlara rağmen madde kullanma dürtüsü üzerinde kontrol uygulanamaması dahil olmak üzere birçok davranışsal sonucu olabilmektedir. Bağımlılığın böylesine temel bir biyolojik bileşene sahip olduğunu anlamak, tedavi olmaksızın bağımlılıktan kurtulma ve sürdürmenin zorluğunu açıklamaya yardımcı olabilir (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2009, s. 7)

Öte yandan bağımlılık yönetilebilir bir kronik hastalıktır. Çünkü bağımlılık için nüks oranları, diyabet, hipertansiyon ve astım gibi diğer kronik hastalıklara benzerdir. Diyabette relaps olasılığı % 30 ila 50 iken, hipertansiyon ve astımda bu oran % 50 ila 70 arasında değişmekte, madde bağımlılığında ise relaps oranı %40 ila 60 arasında gerçekleşmektedir. Dolayısıyla tedavi ile diğer kronik hastalıklar gibi, bağımlılık da başarıyla yönetilebilir (NIDA, 2009, s. 11).

Madde bağımlılığı tedavisinde önceki nüks durumlarının iyi tanımlanması ve nüksün gerisinde yatan risk faktörlerinin açığa çıkarılması gelecekteki nüks durumlarını önlemeyi kolaylaştıracaktır (Yılmaz vd., 2014, s. 248). Aşermenin nüksün en önemli nedenlerinden biri olduğu bilinmektedir (Şimşek, 2019, s. 451). Nüks için yüksek riskli durumlar dört kategoride toplanmıştır. Bunlar; 1. depresyon, anksiyete gibi olumsuz duygu durumu 2. Madde kullanımı ile ilişkili durumlar (hatırlatıcılar) 3. Kişiler arası anksiyete, 4. Bilişsel dikkatin azalması ve ilk madde kullanımı için rasyonelizasyonlardır (Connors, Maisto ve Donovan'dan aktaran Yılmaz vd., 2014, s. 248).

Bağımlılık alanındaki araştırmalar bağımlılık bir kez geliştikten sonra kontrollü madde kullanımının çok zor ya da imkânsız olduğunu göstermektedir. Bu nedenle tedavide öncelikle tam bırakma (kişinin hayatından maddeyi tümüyle çıkartması) amaçlanmaktadır (Uluğ, 2019, s. 343). Kişi maddeyi tümüyle bırakmak istemediğinde ya da bırakmak istemesine rağmen çeşitli nedenlerle bunu başaramadığında zarar azaltma yöntemine başvurulmaktadır. Böylelikle bireyin ve toplumun madde kullanımından daha az zarar görmesi hedeflenmektedir (Ögel, 2017).

Madde bağımlılığı tedavisinin amaçları hiç madde kullanılmaması ya da azaltılması için hastanın motivasyonunu artırmak, hastanın maddesiz bir yaşam tarzına uyum sağlayabilmesi için yardım etmek ve nüksü önlemektir (Akvardar, Bulut ve Ergün, 2019, s. 426). Bağımlılık tedavisinin ana hedefi ise bireyin yeniden sağlıklı bir yaşama ve iyilik haline dönmesi ve bunu sürdürmesini sağlamaktır. Bu hedefe ulaşabilmek için ilaç tedavileri, psikoterapiler ve psikososyal yaklaşımlar bir arada kullanılmaktadır (Uluğ, 2019, s. 343).

Madde bağımlılığı tedavisi 1. Bağımlılık davranışını bırakmaya hazırlık, 2. Yoksunluk tedavisi ve istenen davranış değişikliğinin sağlanması, 3. Sürdürüm tedavisi olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır (Güven, 2019, s. 364). Özden (1992), madde bağımlılığında tedaviyi dört basamakta ele almaktadır. Bunlar; 1. Madde kullanımından doğan sakatlıklar ve mortaliteyi önlemek için krize müdahale 2. Detoksifikasyon 3. Kişinin maddeden arınmış bir şekilde hayatını sürdürebilmesi için psikolojik ve davranışsal girişimlerinde bulunmak. 4. Madde bağımlılarının rehabilitasyonu ve topluma yeniden kazandırılmalarının sağlanmasıdır (s. 235). Ögel süre açısından aşamaları; ilk yardım (1.- 2. gün), erken dönem (0-4 hafta), uzun dönem (4-24 hafta), rehabilitasyon (6 ay-2 yıl) olarak sıralamaktadır (Ögel, 2002, s. 16).

Arındırma yani detoksifikasyon madde bağımlılığı tedavisinin ilk aşaması olup maddenin bırakılmasını takiben ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin tedavisinin amaçlandığı aşamadır. Tek başına arındırma, uzun dönem ayıklık için yeterli değildir. Madde bağımlılığı tedavisinde hedeflenen düzelme uzun sürmekte ve arındırmayı takiben

yapılan müdahalelerle bu mümkün olmaktadır (Dilbaz, 2012, s.48). Bu nedenle psikososyal tedavi madde bağımlılığı tedavisinde büyük önem taşımaktadır.

Psikososyal tedavi terimi, çeşitli teorik arka planları, tedavi seanslarını, tedavi yoğunluklarını, mesleki eğitim gerekliliklerini ve tedavi sonuçları ölçümleri gibi farklı yaklaşımları içerir. Bu tedavilerin hepsindeki ortak özellik hepsinin bireysel ya da gruplarda, yatarak veya ayaktan uygulanabilen birtakım kişiler arası müdahalelere dayanıyor olmasıdır (Fridell, 2003, s. 325). Dolayısıyla psikososyal tedavi farklı ortamlarda (yatarak, ayaktan ve ikamete dayalı) ve yöntemlerle (bireysel, grup, aile) tek başına ya da farmakoterapiyle birlikte, farklı madde kullanım bozukluklarında ve farklı hasta gruplarına uygulanabilmektedir (Akvardar, Bulut ve Ergün, 2019, s.426).

Madde bağımlılığının psikososyal tedavisinde kullanılan terapi yöntemleri bireysel görüşmeler, grup psikoterapisi ve aile terapisi. Kullanılan başlıca terapi modelleri ise, kısa müdahale, motivasyonel görüşme, bilişsel davranışçı terapi, kendine yardım grupları, davranışçı yaklaşım, psikoeğitim programları ve terapötik topluluklardır (Ögel, 2017, ss. 303-328). Bu bağlamda psikososyal tedavide değişim motivasyonunu artırma, problemleri davranışın değiştirilmesi, madde kullanım probleminin arkasındaki faktörlere odaklanan yöntemler, genel destekleyici danışmanlık, partnerlere veya aileye odaklanan yaklaşımlardan faydalanılır (Andreasson ve Öjehagen, 2003, s. 45).

Psikososyal tedavide terapilerin amacı kişinin tedavi motivasyonunu artırmak, kişiyi madde kullanımını yerine sağlıklı ve faydalı etkinliklere yönlendirmek, madde kullanımına direnç gösterebilmesi için becerilerini artırmak, sorun çözme becerilerini geliştirmek, kişilerarası ilişkilerini güçlendirmek ve işlevselliğini artırmaktır. Hastalar süreç içerisinde farklı tedavi yöntemlerine gereksinim duyabilirler bu nedenle hastanın ihtiyaçları yakından takip edilmelidir (Dilbaz, 2012, s.48).

Madde bağımlılığı tedavisinin süresi kişinin kullandığı maddenin cinsi, miktarı, süresi, kişilik özellikleri, içinde bulunduğu sosyal çevrenin özellikleri, maddeyi bırakmaya dair motivasyonu gibi birçok etkene göre farklılık göstermektedir. Bireyler, madde bağımlılığı tedavisinde farklı hızda ilerler, bu nedenle önceden belirlenmiş bir tedavi süresi yoktur. Bununla birlikte, araştırmalar kesin olarak iyi sonuçların yeterli tedavi süresine bağlı

olduğunu göstermektedir. Genel olarak, yatarak veya ayaktan tedavi için 90 günden daha az bir süre katılımın etkinliği sınırlıdır ve olumlu sonuçların sürdürülmesi için daha uzun süren tedavi önerilmektedir. Tedaviyi bırakma, tedavi programlarının karşılaştığı en büyük sorunlardan biridir. Bu nedenle motivasyon teknikleri ile sonuçlar iyileştirilebilir (NIDA, 2009, s. 14).

Madde bağımlılığında düzelme süreci oldukça uzundur ve sıklıkla birçok kez tedavi edilme gereksinimi ortaya çıkar (Ögel, 2002, s. 10). Bağımlılık tedavisinden taburcu olan kişilerin çoğunluğu taburcu olduktan sonra 3 ila 12 ay içinde, daha büyük çoğunluğu 30-90 gün içinde tekrar madde kullanımına dönmektedir (Wilbourne ve Miller, 2003). 2003 yılında ABD’nde toplum tedavi sistemine başvuranların % 64’ü tekrar tedaviye başvurmuştur (ikinci kez % 23, 3-4. kez % 22 ve 5 veya daha fazla % 19) (Organization of American States [OAS], 2005). Tedavinin birkaç kez uygulanmasından sonra başarı oranının arttığı gözlenmektedir (Ögel, 2002, s. 10).

Madde bağımlılığı tedavisi ancak kişinin maddeyi bırakmayı istemesiyle başlar. Tedavinin başarılı olmasında kişinin tedaviye hazır ve motive olması en büyük faktörlerden biridir. Ancak madde kullanıcıları maddeyi bırakma ve tedaviye başvurma konusunda kararsızlık yaşarlar. Karar verdikleri anda tedavinin hazır olması avantaj sağlayacaktır (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf). Kişi için tedavinin hazır olması tedavi merkezlerinin ve alanda çalışan profesyonellerin niceliksel-niteliksel yeterliliği ve ulaşılabilir olmasına bağlıdır.

EMCDDA, hastaların aldığı hizmetin iyileştirilebilmesi için tedavi sonuçlarının denetiminin önemine vurgu yaparken, tedavi hedefleri konusunda uzlaşma olmaması sebebiyle sonuçların izlenmesinin engellendiğini ifade etmektedir (EMCDDA, 2018, s. 64). Dolayısıyla tedavi hedefleri ve tedaviyi iyileştirme konusundaki önlemler konusunda bir uzlaşma, verilen hizmetlerin kalitesini de artıracaktır. Bu bağlamda bağımlılık alanında tedavi ilkeleri ve iyi uygulama rehberleri önem kazanmaktadır.

Health Canada ve ABD Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü’nün, yayınladıkları madde bağımlılığı tedavisi rehberlerindeki en iyi uygulama ilkeleri aşağıdaki gibidir.

1. Dikkatli şekilde uygulandığında ve izlendiğinde ilaç kullanımını tamamlayıcı tedavi olarak etkili olmaktadır.
2. Relaps (nüks) önleme programları, davranışsal öz kontrol terapisi ve davranışsal sözleşmeler gibi davranışsal tedavilerin hem bireysel hem de grupla psikolojik danışma yaklaşımlarında yararlı olduğu bulunmuştur.
3. Topluluk güçlendirme yaklaşımının (community reinforcement approach), alkolü şiddetli bir şekilde kötüye kullanan ve sosyal ağları zayıf olan kişiler için özellikle etkili olduğu gösterilmiştir.
4. Evlilik terapisi ve sosyal beceri eğitiminin etkililiği madde bağımlılığı tedavisi konusunda yapılan araştırmalarla desteklenmektedir.
5. Stres yönetimi müdahalelerinin alkol tedavi programlarının etkili unsurları olduğu gösterilmiştir.
6. Tedavi hizmetleri esnek ve her bireye göre uyarlanmalıdır. Tüm bireyler için tek bir tedavi uygun değildir ve tedavi ilerledikçe tedavi gereksinimleri de değişecektir.
7. Uygun olmadığı gözlenmedikçe grup tedavisi, genellikle bireysel tedavilere tercih edilir.
8. Araştırmalar her ne kadar ayaktan tedavinin maliyet etkinliğini desteklese de, bazı kişiler yatarak tedavi programlarından da faydalanabilir.
9. Tedavi, birey bir bütün olarak değerlendirildiğinde ve bireyin çoklu ihtiyaçları eş zamanlı olarak ele alındığında en etkilidir.
10. Sekiz seansa kadar yapılan kısa müdahalelerin, alkolü kötüye kullanan ve hafif veya orta derecede bağımlı olan, sosyal açıdan stabil kişiler için daha uzun süreli tedaviler kadar etkili olduğu gösterilmiştir.
11. Danışman ile tedavi gören bireyler arasında güçlü bir terapötik ilişki, pozitif tedavi sonuçları için esastır (Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery, 2009, ss. 865-866).

Madde bağımlılığı bireyin birçok alanda işlevselliğini etkileyen bir hastalık olması sebebiyle tedavisi de çok bileşenli olmalıdır (Dilbaz, 2012, s. 49). Bağımlılık tedavisinin ana bileşenleri şunlardır:

1. Bilme ve anlama (hastalığın doğasının, tedavinin önem ve gereğinin anlaşılması)

2. Kabul etme ve tedaviye katılım
3. Tedaviyi başlatma: Tanı koyma ve arındırma (detoksifikasyon)
4. İlaç tedavileri
5. Psikoterapiler
6. Altta yatan ve eşlik eden hastalıkların belirlenmesi ve tedavi edilmesi
7. Aile ve toplum desteğinin sağlanması
8. Destek grupları
9. Bakımın sürekliliği
10. Yaşam biçimi ve çevrenin değiştirilmesi
11. Bütüncül tedavi yaklaşımı (Uluğ, 2019, ss. 343-344).

Madde bağımlılığında çok boyutlu olmayan bir ele alış tedavinin başarısını olumsuz yönde etkilemektedir (Özden, 1992, s. 235). Madde bağımlılığına ilişkin psikososyal modelde madde kullanmanın birey için anlamı ve işlevi araştırılıp bireyin bağımlılığı dışındaki diğer örüntüleri ve onu çevreleyen toplumsal etmenler de anlaşılmaya çalışılır (Doğan, 2009, s. 85). Bu modele göre tedavi, bireyin ihtiyaçlarına uygun şekilde planlanmalı, tedavide kişinin madde kullanımı dışındaki sorunlarına yönelik de müdahalede bulunulmalıdır (Dilbaz, 2012, s. 48).

Proje MATCH Araştırma Grubu'nun (1993) belirttiği gibi, bağımlılık sorunu olan herkes için tek bir tedavi yaklaşımı etkili değildir. Daha fazla gelecek vaat eden strateji, hastaların spesifik ihtiyaç ve özelliklerine dayalı olarak alternatif tedavileri uygulamayı gerektirir (s. 1130). Başarılı tedavi programları, hastanın bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için tedavilerin ve diğer hizmetlerin bir kombinasyonunu sunar. Özel ihtiyaçlar yaş, ırk, kültür, cinsel yönelim, cinsiyet, hamilelik, diğer maddelerin kullanımı, eşlik eden durumlar (örneğin, depresyon, HIV+), ebeveynlik, barınma ve işsizlik ile fiziksel ve cinsel istismar öyküsü ile ilgili olabilir (NIDA 2009, s. 9).

Madde bağımlılığının yatılı tedavisinde tedavinin seyrini belirleyen en önemli unsurlardan biri tedavi ortamının özellikleridir. Servis ortamının, diğer tedavi metodlarının terapötik etkilerini artıran veya azaltan bir faktör olduğu ileri sürülmektedir (Bozkurt, 1998). Bağımlılık tedavisinde terapötik olmayan bir servis ortamının bireyin motivasyonunun düşmesine, tedavide kalma süresinin ve tedaviye katılımının azalmasına

ve tedavi terkinin artmasına yol açabileceği söylenebilir (Savaşan, 2010). Kişi ile kişi ve kişi ile çevre arasındaki etkileşimlerin davranışları etkilediği bilgisinden yola çıkılarak servis ortamının terapötik olma özelliği taşıması gerekmektedir (Akhan vd., 2013).

II. Dünya Savaşı sırasında tedavi ortamının terapötik etkisinin farkına varılmasıyla daha insancıl yöntemler benimsenmeye başlamış ve tedavi edici ortam kavramı gelişmiştir. Böylece psikiyatri klinikleri hastaların en temel fiziksel ihtiyaçlarının karşılandığı ve onların toplumdan uzak tutulduğu yerler olmaktan çıkmıştır. Tedavi edici ortam, mevcut kaynakların hasta yararına en ideal bakımı sağlayacak şekilde düzenlenip kullanıldığı atmosferi ifade etmektedir. Amaç çevresel ve kişiler arası etmenleri kullanarak hastanın rehabilitasyonunu ve gelişimini sağlamaktır (Oflaz, 2006, ss. 55-57). Tedavi edici ortam, “hastaneye kabul edilen kişilerin en kısa zamanda sosyal yaşamlarına yeniden dönebilecek bir duruma gelmelerine yardım eden; özgüvenlerini, benlik değerlerini, diğer kişilerle olan ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini artıran ideal ve dinamik ortamdır” (Bozkurt, 1998, s. 7).

Tedavi edici ortamda;

- Hastanın fiziksel ihtiyaçları karşılanır.
- Hasta, haklarını ve ihtiyaçlarını belirlemek için cesaretlendirilir.
- Karar verme otoritesi açıkça tanımlanır, hastalar ve çalışanlar arasında uygunca dağıtılır.
- Hasta kendisinden ve başkalarından gelebilecek zararlardan korunur, fakat sadece gerekli koruma için sınırlandırmalar getirilir.
- Hastaya yeteneklerine uygun kararlar verme ve özgür seçim için fırsatlar verilir.
- Bütün personel özellikle de hemşirelik ekibi sabit kalır.
- Ortam yeni davranış modelleri oluşturmak için bir deneme zemini sağlar.
- Ortamın görünümü, fiziksel yapısı, ekip ve hastalar içinde ve arasındaki ilişkiyi kolaylaştırır biçimdedir.
- Program oluşturulur fakat değişmez değildir (Taylor 1990’dan aktaran Bozkurt, 1998, s.7).

Madde bağımlılığının tedavisinde önemli kavramlardan bir diğeri de bakımın sürekliliğidir. Günümüzde madde bağımlılığının kronik bir hastalık olduğu yönünde bir uzlaşma olmasına rağmen tarihsel olarak, madde kötüye kullanımı tedavisi de dahil olmak üzere çoğu sağlık sistemi, bir kişinin yardım isteğinden hemen sonra teşhis edildiği ve kısa sürede tedavi edildiği varsayılan bir ilişki etrafında örgütlenmiştir. Bağımlılık alanında, politika yapıcılar, fon sağlayıcılar, klinisyenler, hastalar, aileleri ve toplum, bağımlılık tedavisine giren tüm hastaların, tek ve kısa bir özel tedavi döneminden sonra yaşam boyu ayıklığa ulaşması ve sürdürmesi konusunda gerçekçi olmayan bir beklentiye sahiptir. Ancak tedavi sonrası nüks oranları bu varsayımı geçersiz kılar ve kronik madde kullanım bozukluklarından muzdarip bireyler için akut bakım modelinin yetersizliğini ortaya koyar (Scott vd., 2007). J. H. Kain (1828, s. 295)'in "Kronik hastalıklar kronik tedaviler gerektirir" sözü, hem bağımlılık hem de iyileşmenin uzun süreli seyrini yönetmelerine yardımcı olmak için bağımlılığı olan bireylerle ilgilenmeye devam etme ihtiyacını ortaya koymaktadır (Scott vd., 2007). Bu da ancak bakımın sürekliliği ile mümkündür.

1.2.4.2. Tedavi Modelleri

Daha önce de belirtildiği gibi bağımlılık tedavisinde kullanılan modeller farklılık göstermektedir. Çalışmanın bu kısmında tedavi modellerinden en sık kullanılanlara kısa açıklama getirilecektir.

Motivasyonu Artırma Terapisi: Psikososyal tedavide sıklıkla kullanılan modellerden biri olan motivasyonel görüşme genellikle maddeyi bırakma konusunda ikilemi (ambivalan) olan, bırakma kararını vermekte zorlanan ya da bırakma konusunda isteksiz olan hastalarda kullanılan ve oldukça etkili bir modeldir. Bu model ikilemin çözülmesi ve kişinin değişim yönünde karar verip eyleme geçmesine yardımcı olmak amacıyla kullanılmaktadır. Danışmanın görevi ambivalansın iki karşıt tarafın ifadelerinin (madde kullanmanın ve kullanmamanın avantajları ve dezavantajları) ortaya çıkarılmasına ve danışanı değişime yönlendirmeye çalışmak ayrıca danışanın değişime olan inancını artırmaktır (Ögel, 2017, ss. 312-313).

Bilişsel Davranışçı Terapi: Madde kullanım bozuklukları tedavisinde önemli bir seçenek olan bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkililiği çeşitli çalışmalarca kanıtlanmıştır ve yaygın olarak kullanılmaktadır. BDT, madde kullanım davranışı ve buna iten yoğun duyguların altında yatan hatalı inanış ve düşüncelerle çalışmaya ve bunların değiştirilmesine olanak tanır (Ögel, 2017, s.314). Leahly (2004)'e göre BDT, bireylerin bağımlılık yapan maddelerden sakınma ile ilgili hedeflerine ve yeni yaşam becerileri edinmelerine yardım etmeyi hedeflemektedir. Böylelikle kişilerin öz yeterliliklerinin yeniden inşa edilip yaşam streslerinin azaltılması, dolayısıyla da problemin nüksetme ihtimalinin zayıflatılması amaçlanmaktadır (aktaran Erdoğan Yıldırım ve Tekinsav Sütçü, 2016, s. 109).

Nüks (Relaps) Önleme: Relapsı önleme, gerçek kullanım gerçekleşmeden önce belirli tetikleyicilerin, düşüncelerin, dürtülerin ve isteğin tanımlanması sürecidir (Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery, 2009, s. 776). Nüks önleme modelinde ayıklığı hızlandıracak birçok BDT stratejisinden yararlanılmaktadır. Böylece bireyler sorunlu davranış kalıplarını keşfetmeyi ve düzeltmeyi öğrenmektedirler. Sürekli kullanımın neden olduğu olumsuz sonuçları ve kullanım için yüksek riskli durumları ortaya çıkarmak, bu riskli durumlardan uzak kalmak, madde kullanımıyla ilgili baş etme stratejileri geliştirmek, nüks önleme modelinde uygulanan başlıca tekniklerdir (Dilbaz, 2012, s. 49).

On İki Aşamalı İyileşme Programı: On iki aşamalı iyileşme programı, bağımlılık ve kompulsif (zorlayıcı) veya diğer davranışsal sorunlardan kurtulmak amacıyla takip edilen eylem yolunu özetleyen bir dizi yol gösterici ilkedir. Başlangıçta Adsız Alkolikler (AA) tarafından alkolden kurtulma yöntemi olarak önerilen Oniki Adım daha sonra diğer bağımlılıklara da uyarlanmıştır. Amerikan Psikoloji Derneği (2007) tarafından özetlendiği gibi, on iki basamak iyileşme programı süreci şunları içerir:

- kişinin alkolden kurtulmasını, bağımlılığını ya da zorlanmasını kontrol edemediğini kabul etmesi,
- güç verebilecek daha yüksek bir gücün tanınması,
- geçmiş hataların deneyimli bir üye yardımıyla incelenmesi,
- saptanan hatalı davranış kalıplarında değişiklik yapılması,

- eski davranış kalıpları yerine yeni davranış kalıplarının konulması,
- aynı alkolizmden, bağımlılıklardan veya zorlanmalardan muzdarip başkalarına yardım edilmesi.

On iki aşamalı iyileşme programları, bağımlılığın kronik ve ilerleyici bir hastalık olduğunu savunmaktadır. Abstinens (ayıklık), alkol ve madde kullananlar ile kumar bağımlılığı olan bireylerin tedavi hedefidir. Adsız Alkolikler, Adsız Narkotikler, Adsız Kumarbazlar gibi kendine yardım gruplarına, 12 aşamalı iyileşme programının adımlarına ve geleneklerine aktif katılımı ile iyileşme mümkündür (Rasmussen, 2000).

Kendine Yardım Grupları: Adsız Alkolikler (AA) ve Adsız Narkotikler (NA), alkol ve madde kullanımı kendileri için bir sorun haline gelmiş bireylerin oluşturduğu bir arkadaşlık birliğidir (Ögel, 2017, s. 319). Üyeler sahip oldukları ortak sorunun çözümü için düzenli toplantılar aracılığı ile bir araya gelirler. Kişilerin maddeyi bırakması ve bunu sürdürmesi On İki Basamak programı aracılığı ile olmaktadır (Akbaş, 2019). Kişiler, kılavuz niteliğindeki basamakları izleyerek ve diğer üyelerle yakın temasta çalışarak madde kullanmamayı ve günlük yaşantının zorlanmalarıyla yüzleşmeyi öğrenirler (<http://na-turkiye.org/#aboutus>). Tedavi sırasında ve sonrasında AA ve NA gibi kendine yardım gruplarına düzenli olarak katılmak kişinin ayıklığını desteklemektedir (Dilbaz, 2012, ss.48-49). Bu kuruluşların çoğunun aileler ve bağımlıların arkadaşları için paralel grupları vardır (Rasmussen, 2000).

Değişim Aşamaları Modeli: Madde bağımlılığında tedavi aynı zamanda bir değişim süreci anlamına gelmekte ve bu değişim sürecinin belirli aşamalardan meydana geldiği ifade edilmektedir. Farkındalık öncesi aşamada birey kullandığı maddenin zararı olduğunu düşünmemektedir ve yakın gelecekte davranışını değiştirmeyi planlamamaktadır. Daha sonra gelen farkındalık evresinde kişi maddenin zararlarının farkına varmıştır ancak henüz değişime hazır değildir. Karar verme evresinde kişi kendisi için maddesiz bir yaşamı tercih etmiştir ve planlar yapmaya başlamıştır. Eylem aşamasında kişi değişim için eyleme geçmiş, idame (sürdürme) aşamasında ise madde kullanımını bırakmıştır ve yaptığı değişikliği sürdürme çabasıdadır (Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1992; Ögel vd. 1998). Her evrede kişiye yaklaşım da farklılık

göstermektedir. Bu nedenle kişinin hangi evrede olduğu tespit edilmeli ve ona uygun yaklaşım belirlenmelidir. Araştırmalar, kişinin değişim aşamalarına uygun şekilde yürütülen tedavinin en fazla yarar sağladığını göstermektedir (Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1992).

Minnesota Modeli: Minnesota Center City'deki Hazelden Foundation, alkol ve madde bağımlıları için insancıl bir terapötik topluluk oluşturma fikriyle yola çıkmıştır. 1949 yılında alkol bağımlısı erkeklere yönelik konuk evi olarak başlayan bu model, bugün bağımlılık tedavisi, eğitim ve yayıncılıkta önder bir model olarak tanınmaktadır (Rasmussen, 2000).

Toft (1995)'e göre birkaç temel bakış açısı, Minnesota modelinin temelini oluşturmaktadır

- Alkoliklere ve bağımlılara saygın ve saygılı davranılmalıdır.
- Alkolizm başka bir durumun belirtisi değil, birincil bir hastalık olarak ele alınmalıdır.
- Alkolizm, tedavi etmek yerine başa çıkmayı gerektiren kronik bir hastalık olarak ele alınmalıdır.
- Alkoliklere ve bağımlılara bütün diğer insanlar gibi davranılmalıdır.
- Bu hastalığın insanları fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal olarak birçok boyutta etkilediği unutulmamalıdır.
- Teşhis ve detoksifikasyondan sonra tam bir bakım sürekliliği sunulmalıdır.
- Birçok disiplinden insanların (doktorlar, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, danışmanlar, din adamları vb.) yetenekleriyle alkolikler ve bağımlılar tedavi edilmelidir.
- Yaşam boyu süren ayıklık olarak adlandırılan Adsız Alkolik Oniki Adım'a dayanarak tedavi sunulmalı, gerektiğinde diğer uyumlu yaklaşımlar dahil edilmelidir.
- Bağımlıların, iyileşme sürecindeki akranlarından öğrenmeleri sağlanmalıdır (aktaran Rasmussen, 2000).

Aile Desteğinin Kullanılması: Birçok bağımlılık uzmanı, aileyi bağımlılığın gelişmesinde, sürdürülmesinde ve tedavisinde etkili olarak görmektedir. Geleneksel tedavi, bağımlılığı olan bireye bireysel olarak müdahaleyi vurgular, tedavi sürecinde aileye danışılabilir, ancak nadiren aile tedavinin merkezinde bulunur. Bağımlılık sistemi teorisi ise aile odaklı tedaviyi desteklemektedir. Sistem teorisi ailenin, bir üyesinde bağımlılığın gelişmesine katkıda bulunduğunu ve ailenin bağımlılığı olan üyesinin tedavisi ve geri kazanılması için gerekli olduğunu göstermektedir (Rasmussen, 2000).

Toplum Desteğinin Kullanılması: Topluma dayalı madde bağımlılığı tedavisi, dikkatli bir değerlendirme ile başlayarak, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla topluluktaki mevcut tüm kaynakları harekete geçirmek için çalışır. Topluma dayalı madde bağımlılığı tedavisi, madde bağımlılığı olan kişileri, ailelerini ve içinde buldukları toplumu etkileyebilecek maddeye bağlı çok yönlü sorunların bütünsel olarak ele alınmasına dayanmaktadır. Bu bakış açısıyla tedavi, iyileşme ve yaşam kalitesini arttırmada çeşitli yöntemlerin kullanılması teşvik edilir [United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2008, s. 11].

Terapötik Topluluklar: ABD ve Avrupa’da yaygın olarak kullanılan terapötik topluluk modeli, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bir arada yaşayarak rehabilite olmalarını ve sosyal uyumlarının gerçekleşmesini hedefleyen bir yaklaşımdır (<http://www.yedam.org.tr/bagimlilikta-psikososyal-tedavi-yaklasimlari-terapotik-komuniteler>). Yaklaşımın üç temel ilkesi; sosyal rol eğitimi, temsille öğrenim ve etkinlik eğitimidir. Terapötik topluluklar, on iki aşamalı iyileşme programını değişen seviyelerde uygulayabilmektedir. Tedavi genellikle şehrin dışında bir konutta ve uzun süreçte gerçekleşmektedir (<http://www.ogelk.net/Dosyadepo/psikososyal.pdf>).

Madde kullanım bozuklukları olanlara yönelik yatılı tedavi, 1950'lerin sonunda Anonim Alkolikler grupları gibi kendine yardım grupları hareketinden ortaya çıkmıştır. Bu tür bazı gruplar zamanla madde kullanımından kaçınma ve iyileşmeyi desteklemek için kendi kendini destekleyen ve demokratik olarak işletilen konutlara dönüşmüştür (Sacks ve Sacks, 2010). İlk terapötik topluluk, 1958'de Kaliforniya'da kurulan Synanon yatılı tedavi rehabilitasyon topluluğudur. 1960'lı yıllarda, ilk nesil terapötik topluluklar Amerika

Birleşik Devletleri'nin her yerine yayılmıştır ve bugün terapötik topluluk yaklaşımı dünyadaki 65'ten fazla ülkede kabul edilmiştir (Bunt vd., 2008).

Terapötik topluluğun hedefi ayık bir yaşamdır. Ayık yaşam, bir izolasyon biçimi olmayıp sağlıklı davranışlarla karakterize bir yaşam biçimidir. Yeni ilişkileri inşa etmeyi, başkalarını desteklemeyi ve tetikleyicilerin üstesinden gelmek için sağlıklı yollar öğrenmeyi ve uygulamayı içerir. İyileşmenin ilk aşamalarında ayık bir yaşam tarzı oluşturmak zordur. Bu nedenle tedaviden sonra bağımlılığı olan bireylerin tetikleyicilerden arınmış, sosyal destekle çevrili güvenli bir yere ihtiyacı olmaktadır (<https://www.drugrehab.com/recovery/sober-living-homes>). Bağımlı bireyler için yarı yol evleri (half way houses) ya da ayık yaşam evleri bu geçişe hizmet eden tesislerdir. Ayık evler (sober houses) ve ayık yaşam ortamları (sober living environments) olarak da bilinen ayık yaşam evleri (sober living houses-SLH), rehabilitasyon programları ile ana akım toplum arasında bir geçiş ortamı olarak hizmet etmektedirler (Polcin vd., 2010).

Oxford Evleri (Oxford Houses) terapötik toplulukların bir örneği ve ayık yaşam evlerinin bir formudur. 1975'de Paul Molloy ve arkadaşlarının yarattığı model günümüzde her biri madde bağımlılığı problemi olan kişilere destek sağlayan 1.400'den fazla ABD Oxford Evi'nin yanı sıra 30'un üzerinde Kanada Evi ve 8 Avustralya Evi gibi geniş bir ağa yayılmıştır. ABD'de 10.000'in üzerinde kişi bu evlerden faydalanmaktadır. Madde ya da alkol kullanılmaması, yıkıcı davranışlardan kaçınılması, evin demokratik olarak yönetilmesi ve evin giderlerinin eşit biçimde paylaşılması Oxford evlerinin temel kurallarıdır. Evlerde aynı cinsiyetten 7-12 kişi yaşamaktadır ve bazıları sakinlerinin küçük çocuklarıyla yaşamalarına izin vermektedir. Üyelerin aylık kira ödemesi ve ev işlerine yardım etmesi beklenir. Evlerde genellikle fonksiyonel mutfaklar, çamaşır yıkama alanı ve sakinlerin toplantı düzenledikleri ve zaman geçirdikleri ortak alanlar bulunur. Yarı yol evleri gibi diğer bakım sonrası programlardan farklı olarak, Oxford House'da sakinler için öngörülen bir süre yoktur (Jason vd., 2011, 144).

1.2.4.3. Tedavi Yöntemleri ve Müdahaleleri

Madde bağımlılığı alanında çok çeşitli tedavi yöntemi ve müdahaleleri uygulanmaktadır. Detoksifikasyon tedavisi, farmakolojik bakım tedavisi, psikososyal bakım, uzun süreli

rehabilitasyon programları, toplum temelli müdahaleler, zarar azaltma gibi hizmetler bunlardan bazılarıdır (Metz vd, 2014, 310). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi ile Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladıkları Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisinde Uluslararası Standartlar (2017)'da yer alan tedavi yöntem ve müdahaleleri ise toplum temelli destek çalışması; tarama, kısa müdahaleler ve tedaviye yönlendirme; ayakta tedavi; kısa dönem yatılı tedavi; uzun dönem yatılı tedavi ve iyileşme yönetimi şeklinde sıralanmaktadır. Çalışmanın bu kısmında tedavi müdahalelerine kısa açıklama getirilecektir.

1.2.4.3.1. Toplum Temelli Destek Çalışması (Community-Based Outreach)

Toplum temelli hizmetler, mevcut hizmetlerin bulunmaması, ulaşılamaz olması veya kabul görmemesi nedeniyle, toplumda tedavi almayan madde kullanıcısı bireylerle ilgilenmektedir. Bu yöntem öncelikle, madde kullanım bozuklukları için tedavi almayan, zararlı madde kullanımı ve/veya bağımlılığı olan bireyler olmak üzere, başkalarının madde kullanımından etkilenen bireyleri de (partnerler gibi) hedefler. Toplum temelli destek çalışmasının hedefleri, etkilenen nüfusu tespit etmek, toplum temelli bakım sağlamak ve gerekirse daha yoğun tedavi yöntemlerine sevk etmektir. Temel ihtiyaçlara yönelik hizmetlerle ilgili bilgi vermek ve bağlantı kurmak (güvenlik, yemek, barınma, hijyen ve giyim); enjektör değişimi ve kondom dağıtımı; HIV / HCV testi ve danışmanlığı; Hepatit B aşısı; madde kullanımına ilişkin riskler hakkında eğitim; madde kullanımındaki değişimi motive etmek için kısa müdahale; temel danışmanlık / sosyal destek gibi temel hizmetler sağlanmaktadır (UNODC-WHO, 2017, ss. 17-18).

1.2.4.3.2. Tarama, Kısa Müdahaleler ve Tedaviye Yönlendirme (Screening, Brief Interventions, and Referral to Treatment-SBIRT)

Tarama, Kısa Müdahale ve Tedaviye Yönlendirme, özellikle madde kullanım bozukluklarının tedavisinde uzmanlaşmış olmayan sağlık kurumlarında, madde kullanım bozukluklarının belirlenmesi, azaltılması ve önlenmesi için kullanılan kanıta dayalı bir uygulamadır. Uzmanlaşmamış sağlık ortamlarında yapılan rutin tarama, madde kullanımıyla ilgili sorun yaşayan kişilerin erken teşhis edilmesine yardımcı olmaktadır.

Yargılayıcı olmayan ve motivasyonel bir tarzda yürütülen kısa bir müdahale, madde kullanım bozuklukları geliştirme ya da madde kullanımlarıyla ilgili diğer ciddi olumsuz komplikasyonlar yaşama riski taşıyan kişilerin gidişatını değiştirmede etkili olabilmektedir (UNODC-WHO, 2017, s. 20).

1.2.4.3.3. Arındırma (Detoksifikasyon) Tedavisi

Bir doktor kontrolünde yatarak veya ayakta uygulanan maddeden arındırma tedavisidir. Vücudun maddeden temizlendiği süreç olan detoksifikasyon, madde kullanımını durdurmanın akut ve potansiyel olarak tehlikeli fizyolojik etkilerini yönetmek için tasarlanmıştır (Dilbaz, 2012, ss. 49-50). Daha önce belirtildiği gibi, detoksifikasyon tek başına bağımlılıkla ilişkili psikolojik, sosyal ve davranışsal problemleri ele almaz dolayısıyla iyileşme için gerekli kalıcı davranış değişiklikleri üretmez. Bu nedenle detoksifikasyon, tedavinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir (NIDA, 2012).

1.2.4.3.4. İkame Tedavi / Sürdürüm Tedavisi

Madde bağımlılığı tedavisinde çeşitli ilaçlardan faydalanılabilmektedir. Eşlik eden ruhsal rahatsızlıklar için reçete edilen ilaçlar dışında maddenin yerine geçen ya da madde gereksinimini azaltan çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Maddenin yerine geçen bu ilaçların (metadon, buprenorfin gibi) arındırmayı takiben bireyin yoksunluğunu önleyecek doz ve sürede ağızdan uygulanmasına ikame tedavi denmektedir (Dilbaz, 2012, s. 50). Ülkemizde ikame amacıyla kullanılan ilaç suboxone adıyla reçeteye satılmaktadır (Ögel, 2015, s. 199).

İkame tedavi yasa dışı opioid kullanımını bırakmak isteyen ancak opioid alımını tamamen bırakma konusunda başarılı olamayan hastalar için uygun bir tedavi seçeneğidir (Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu Çalışma Grubu, 2017. s. 27). Opioid bağımlılığında, ikame tedaviyi psikososyal müdahaleler ile birlikte uygulayan yaklaşım yaygın olarak kullanılmaktadır. İkame tedavi bireyin tedavi içinde kalma olasılığının artmasına, opioid kullanımının azalmasına, riskli davranış ve madde ile bağlantılı ölüm oranlarının düşmesine yol açmaktadır (EMCDDA, 2018, s. 63).

1.2.4.3.5. Zarar Azaltma (Harm Reduction)

Zarar azaltma, madde bağımlılığının sağlık, sosyal ve ekonomik sonuçlarını en aza indirmeyi amaçlayan politika, program ve uygulamaları kapsayan şemsiye bir terimdir. Zarar azaltma, önleme çabalarına rağmen birçok insanın maddeleri kötüye kullanmaya ve diğer tehlikeli davranışlarda bulunmaya devam edeceğini kabul etmektedir. Aynı zamanda birçok insanın tedaviyi istemediğini veya tedavi alamadığını kabul eder (<https://americanaddictioncenters.org/harm-reduction>). Bu bağlamda zarar azaltma tamamen bırakma yönelimli tedavi programlarının bir alternatifidir (Mutlu, 2019, s. 435).

Zarar azaltma, adalet ve insan haklarına dayanır. Yargılama, baskı, ayrımcılık yapmadan ve destek önkoşuluyla olumlu değişime odaklanır. Yasadışı ve yasal maddeler için geçerli olan bir dizi sağlık ve sosyal hizmet uygulamasını kapsar. Bunlar arasında, ilaç tüketim odaları, iğne ve şırınga programları, yoksunluk temelli barınma ve istihdam girişimleri, madde kontrolü, aşırı doz kullanımının önlenmesi, psikososyal destek ve daha güvenli madde kullanımı hakkında bilgi sağlanması yer alır. Bunlar gibi yaklaşımlar maliyet-etkin ve kanıta dayalıdır, birey ve toplum sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (<https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>).

1.2.4.3.6. Ayakta Tedavi (Outpatient Treatment)

Madde kullanım bozukluklarının tedavisi için ayakta tedavi uygulaması, yatarak tedaviye gereksinimi olmayan ya da yatarak tedaviyi tercih etmeyen ve yalnızca tedavi müdahaleleri için tedavi kurumunu ziyaret eden kişilere uygulanır (UNODC-WHO, 2017, s. 33). Özellikle kişi çalışmakta ise ve sosyal desteği varsa uygun bir yöntemdir (Dilbaz, 2012, s. 50). Poliklinik ortamında sunulan tedaviler; psikolojik müdahaleler, sosyal destek ve farmakolojik müdahalelerden oluşmaktadır. Ayakta tedavinin birincil amacı, hastaların madde kullanımını durdurmalarına veya azaltmalarına yardımcı olmak; madde kullanımıyla ilişkili tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorunları en aza indirmek; uzun süreli iyileşme sürecinin bir parçası olarak nüks riskini azaltmak ve bireyin refahını ve sosyal işlevselliğini geliştirmektir (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2008; WHO, 2017, s. 33).

1.2.4.3.7. Yatılı tedavi (Residential Treatment)

Yatılı tedavi programları, bir yerleşim ortamında gerçekleştirilen, diğer rehabilitasyon faaliyetleriyle birlikte, madde kullanımında uzun vadeli değişime yönelik terapötik müdahaleleri içeren tedavi programları olarak tanımlanabilir. Bu programlar hastane temelli tesislerde (hospital-based facilities) sunulabildiği gibi toplumsal yerleşim tesislerinde (community-residential facilities-madde kullanımı sorunları olan bireylerin tedavisi için toplum içindeki yerleşim tesisleri) de sunulabilmektedir (EMCDDA, 2014).

Yatılı tedavi programlarının amacı genellikle aktif madde kullanımına geri dönüşü önlemek, bireylere madde kullanımına sağlıklı alternatifler sunmak ve madde kullanıcılarının madde kullanımına yol açan temel faktörleri anlamalarına ve ele almalarına ve sağlıklı kararlar vermelerine yardımcı olmaktır (National Treatment Agency for Substance Misuse [NTA], 2006). Bu programlar, bireyleri madde kullanılan ortamlardan uzaklaştırıp, ayık ve faydalı bir yaşam sürdürmeye elverişli becerileri öğrenmek için güvenli ve destekleyici bir ortam sağlarlar (McLellan vd., 2000). Yatılı tedavi programları, detoksifikasyon ve stabilizasyonun ötesinde sağlık, kişisel ve sosyal işlevsellik ve yüksek yaşam kalitesine odaklanarak iyileşmeyi teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bununla birlikte, bu programlar, birkaç farklı terapötik yaklaşıma (veya felsefeye) dayanabileceği ve bir dizi farklı tedavi bileşeni (veya müdahalesi) kullanabileceği için belirgin şekilde farklılık gösterebilir. Avrupa'daki yatılı tedavi programlarında bulunan ana tedavi yaklaşımları, terapötik topluluk ilkeleri, 12 aşamalı / Minnesota modeli ve psikoterapiye (bilişsel davranışçı terapi ve diğer psikoterapötik modeller) dayanmaktadır (EMCDDA, 2014, s. 7). Yatılı tedavi yöntemi kısa ve uzun dönem olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

1.2.4.3.7.1. Kısa Dönem Yatılı Tedavi (Short-Term Residential Treatment)

Kısa süreli yatan hasta tedavi ortamı, madde kullanımının sona ermesini izleyen günlerde ve ilk haftalarda meydana gelebilecek muhtemel semptomları ve olası komplikasyonları yönetebilecek yeterlilikte 24 saatlik bakımın mevcut olduğu bir ortamdır. Kısa dönem yatılı tedavi, en az rahatsızlık ve sağlık riskiyle madde kullanımını durdurmak için bir

fırsat sağlar. Aynı zamanda kişiye yaşamındaki çevresel streslerden geri çekilmesi ve yeni bir başlangıç için psikososyal destek alması fırsatı sunar. Kalma süresi, yerel uygulamalara ve klinik duruma göre 1 ila 4 hafta arasında değişmektedir. Yoksunluk sendromu ve tedavisinin önemli sağlık riskleri oluşturabileceği düşünüldüğünde, kısa süreli yatılı tedavi, uzun süreli yatılı tedaviden daha yüksek derecede tıbbi denetim gerektirir (UNODC-WHO, 2017, s. 25).

1.2.4.3.7.2. Uzun Dönem Yatılı Tedavi (Long-Term Residential Treatment)

Uzun süreli yatılı tedavi, hastane ortamında (genellikle psikiyatri hastanesinde) veya terapötik bir toplulukta yapılabilir. Konut ortamında uzun süre kalmak, hastaların madde kullanımına katkıda bulunabilecek kaotik ve stresli ortamlardan uzaklaştırılmasını sağlar. Alkol ve madde içermeyen terapötik bir ortamda, hastalar madde arama davranışını tetikleyen unsurlardan uzak kalmaktadır. Böylelikle ayıklığın korunmasına ve iyileşmeye yönelik çalışmaya olanak sağlayan daha korunaklı bir ortam bulabilmektedirler. Tedavinin ana odağı, aşerminin kontrol altına alınması, yeni kişilerarası becerilerin kazanılması, kişisel sorumluluk ve öz saygının geliştirilmesidir. Uzun süreli yatılı tedavi programlarında kişilerin yeni ve daha etkili yöntemler benimsemelerine yardımcı olacak şekilde tasarlanmış kurallar ve faaliyetler bulunmaktadır. Ayrıca mesleki beceriler, istihdam eğitimi ve ruh sağlığı bozukluklarına yönelik tedavi gibi kapsamlı hizmetler sağlanabilir (UNODC-WHO, 2017, ss. 46-47). Terapötik topluluklar, madde kullanım bozuklukları için uzun vadeli yerleşim tedavisinin yaygın bir formudur (Sacks & Sacks, 2010).

1.2.4.3.8. Bireyselleştirilmiş Bağımlılık Danışmanlığı

Bireysel bağımlılık danışmanlığında sadece yasadışı madde veya alkol kullanımını azaltmaya veya durdurmaya odaklanmakla kalınmaz; ayrıca, istihdam durumu, aile / sosyal ilişkiler gibi işlev bozuklukları, iyileşme programının içeriği ve yapısı da ele alınmaktadır. Kısa vadeli davranışsal hedeflere verdiği önem sayesinde, bireysel danışmanlık hastanın madde kullanımından kaçınması ve yoksunluğu sürdürmesi için baş etme stratejileri ve araçları geliştirmesine yardımcı olur. Bağımlılık danışmanı On İki adımlı katılımı teşvik eder (haftada en az bir veya iki kez) ve gerekli ek tıbbi, psikiyatrik,

istihdam ve diğer hizmetler için yönlendirmeler yapar (<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/drug-addiction-treatment-in-united-states/types-treatment-programs>).

1.2.4.3.9. İyileşme Yönetimi (Recovery Management)

“Bakım sonrası”, “devam eden bakım (continuing care)” veya “iyileşme desteği (recovery support)” olarak da bilinen iyileşme yönetimi, ayakta veya yatarak tedavi sırasında elde edilen ayıklığın stabilizasyonunu izleyen, uzun vadeli ve iyileşme odaklı bir modeldir. Sosyal işlevselliği, refahı, toplumla yeniden bütünleşmeyi kapsamlı bir şekilde destekleyerek, madde kullanımını nüks riskini azaltmaya odaklanmaktadır. İyileşme yönetimi, toparlanmanın dengelenmesine ve güçlendirilmesine yardımcı olur. Hastaların gücü ve iyileşme özelliğine odaklanılır, bu da bireyin madde kullanım bozukluğunu yönetme konusundaki kişisel sorumluluk duygularını artırır (UNODC-WHO, 2017, s. 57). Araştırma bulguları, bağımlılığı yönetme konusunda daha kapsamlı ve uzun vadeli yaklaşımların büyük umut vaat ettiğini göstermektedir (Scott vd., 2007).

1.2.4.4. Uluslararası İyi Uygulama Örnekleri

Çalışmanın bu bölümünde madde bağımlılığı tedavisinde farklı ülkelerden iyi uygulamalara örnekler sunulacaktır.

Yukarıda bahsi geçen birçok tedavi yöntem ve müdahalesini bir arada uygulayan Phoenix Evleri (Phoenix Houses) iyi uygulama örneği olarak verilebilir. Phoenix House, 1967'de New York Hastanesi'nde detoksifikasyon programında bir araya gelen altı eroin bağımlısı tarafından kurulmuştur. Phoenix Evleri, ABD'de on bir eyalette 150'yi aşkın programla hizmet veren ve kâr amacı gütmeyen bir alkol ve madde rehabilitasyonu kuruluşudur. Programlar madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığından etkilenen bireyler, aileler ve topluluklara hizmet etmektedirler. Phoenix Evleri, ayaktan tedavi ve yatılı tedaviden sürekli bakım (continuing care) ve iyileşme desteğine (recovery support) kadar çok çeşitli hizmetler sunarak bireyleri ve aileleri desteklemektedir (<https://www.phoenixhouse.org/>). Phoenix Evlerinin birincil hedefi, bireylerin alkol ve

madde bağımlılığından kurtulmalarına ve onların üretken bir üye olarak topluma geri dönmelerine yardımcı olmaktır. Bu hedefe ulaşmak; bireysel, grup ve aile danışmanlığı, mesleki eğitim ve yetişkin eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, iş eğitimi, işe yerleştirme yoluyla gerçekleşmektedir (<http://www.phoenixhousetuscaloosa.com/about/>).

Birleşik devletlerde Federal Hükümet, madde kullanımını bağımlılık boyutuna gelmeden teşhis etmek ve tedaviye dahil etmek böylelikle madde kullanımına bağlı oluşan bağımlılık tablosu ve yoksulluğu önlemek amacıyla "Tarama, Kısa Müdahale, Sevk ve Tedavi" [Screening, Brief Intervention, Referral ve Treatment (SBIRT)] adında bir program oluşturmuş ve 17 eyalette bu programı yürürlüğe sokmuştur. Ağustos 2007 itibarıyla 539.000'in üzerinde hasta program kapsamında taranmış, bunların %15,5'ine hemen müdahalede bulunulmuş, %3'ü bağımlılık tedavisine alınmış ve %3,5'i uzman bağımlılık tedavi programı için sevk edilmiştir (Devlet Denetleme Kurulu [DDK], 2014, s. 296).

İspanya'da bulunan Sevilla Poligono Sur Tedavi Merkezi şehrin madde bağımlılığı konusunda en problemlili semtinde kurulmuştur. Çoğunlukla eroin ve kokain kullananların başvurduğu merkezde farmakolojik tedavinin yanısıra psikososyal destek de verilmektedir. Tedavi için başvuranların kullandığı ilaçlar, tedavi girişimleri, tedavinin hangi aşamasında olduğu gibi bilgileri tüm tedavi merkezlerinin birbirine ağ ile bağlı olduğu bir sisteme girilmekte, kişi ülkenin hangi şehrinde tedaviye başvurursa vursun bu bilgileri görülebilmektedir. Böylelikle kişinin takibi ve tedavisi kolaylıkla yapılabilmektedir (DDK, 2014, ss. 306-307).

Çek Cumhuriyeti'nde bağımlılık hizmetlerinde biyo-psiko-sosyo-spiritüel tedavi modeli uygulanmakta, biyomedikal tedavinin yanısıra psikososyal müdahalelerde bulunmaktadır. Ülkede tedavi toplulukları Ulusal Uyuşturucu Komisyon aracılığıyla devlet tarafından mali olarak desteklenmektedir. Tedavi sonrası bakım programları nüks önleme, boş zaman faaliyetleri, sosyal danışmanlık, bireysel ve gruba yönelik psikoterapi ve danışmanlık, aile terapisi ve danışmanlığı, özel koşullu adaptasyon evleri, barınma evleri, barınmalı işyerleri, destekli istihdam, mesleki eğitim, yeniden yetkinlik kazanma kursları olmak üzere asgari 6 ay olarak uygulanmaktadır (DDK, 2014, s. 772).

İtalya'nın Rimini şehrinde 1978 yılında kurulan San Patrignano, madde bağımlılarına ücretsiz tedavi imkânı veren bir madde bağımlılığı rehabilitasyon merkezidir. Merkezde tıbbi tedavi uygulanmamakta, bireylerin sosyal ve mesleki beceri kazanmaları, psikolojik olarak güçlenmeleri yoluyla rehabilite olmaları hedeflenmektedir. 1300 kişi kapasiteli merkezde, 110 gönüllü ve üçte biri merkezden daha önce yararlanmış eski bağımlı olmak üzere 295 profesyonel çalışmaktadır. Madde bağımlısı çocuklar ayrı bir binada ve ayrı bir programa tabi tutulmaktadır. Merkezdeki program dört yıl sürmektedir. Merkeze kabul edilen bireyler merkezdeki 55 iş kolundan birinde çalışmak ve üretim yapmak zorundadır. Kampüste iş kolunun niteliğine göre teorik ve uygulamalı mesleki eğitim verilmektedir. Merkezin bütçesinin yarısından fazlası bu üretilen ürünlerin satışından elde edilen gelirden sağlanmakta, kalan kısmını ise bağış organizasyonlarından gelen gelir oluşturmaktadır. Kampüste aynı zamanda yükseköğretim öncesi eğitim için takviye dersler verilmektedir. Merkezin takip çalışmalarındaki başarı oranı % 72'dir (Dinç, 2015).

Hollanda'da 2002 yılında birkaç gönüllü tarafından kurulan Tactus Bağımlılık Tedavive Rehabilitasyon Merkezi 17 farklı şehirde ve 39 birimde faaliyetlerini sürdürmektedir. Merkeze bağlı ilk kabul birimi, tedavi birimi, yarıyol ve çeyrek yol evleri, kontrollü kullanım birimleri, eğitim ve önleme birimleri ve istihdam birimleri bulunmaktadır. Merkezin ilk kabul birimine bağlı olarak çalışan mobil ekipler maddenin sıklıkla kullanıldığı yerlerde madde kullanıcılarına ulaşarak görüşme ve bilgilendirme yapmaktadırlar. İlk kabul istasyonuna başvuran kişinin kişisel bilgileri ve bağımlılık öyküsü sisteme girilmekte ve kendisine vaka yöneticisi atanmaktadır. Bu vaka yöneticisi, ilgili birime yönlendirme yapmakta ve tüm süreci takip etmektedir. İlk kabul biriminden sonra tedavi birimine alınan kişi önce detoks daha sonra yaşam ünitesi bölümünde tedavi görmektedir. Tıbbi tedavisini tamamlamış kişiler merkeze bağlı yarı yol evlerine yönlendirilmekte ve yerel yönetimin sağladığı yarı zamanlı işlerde çalışmaktadırlar. Yarı yol evinde kalma süresi kişinin ihtiyacına göre planlanmakta ve süreci tamamlanmış olanlar isterlerse çeyrek yol evine geçebilmektedirler. Bu aşamada kişiye istihdam desteği, uygun kredili konut desteği, borçlarının bir kısmını ödeyebilmesi için yerel yönetim tarafından maddi yardım gibi destekler sağlanmaktadır. (Tapan ve Derin, 2017).

1.2.5. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Türkiye’de Güncel Durum

Türkiye’de alkol ve madde kullanım bozuklukları tedavilerinin yapıldığı AMATEM’ler yatarak ve ayaktan tedavi olmak üzere iki şekilde hizmet sunmaktadırlar. Ayaktan ve yatarak tedaviye başvuranlar, kendi talepleriyle başvuranlar ve Denetimli Serbestlik Tedbiri kapsamında Adalet Bakanlığı’nca yönlendirilen kişilerden oluşmaktadır (TUBİM, 2018, s.40).

2018 yılında alkol dışı madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi merkezlerine yapılan ayaktan tedavi başvuru sayısı 65.896’sı denetimli serbestlik kapsamında olmak üzere 251.593 kişidir. Mükerrer yatışlar çıkarıldığında tedavi merkezlerine yatarak tedavi için başvuranların sayısı ise 11.329 olarak tespit edilmiştir. Yatarak tedaviye başvuruda 2017 yılına oranla % 10.7’lik bir artış olduğu saptanmıştır. Tedavi görenlerin % 45.7’si ilk kez yatarak tedavi gördüğünü belirtmiştir (TUBİM, 2019, ss. 64-65).

Türkiye’de kamu hastanelerinde AMATEM’ler 28 merkezde 732 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) ise 7 merkezde 100 yatak kapasitesi ile faaliyetini sürdürmektedir (<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,32548/amatem-ve-cematem-projeleri.html>). Kadınlar için özelleşmiş bir tedavi servisi ise yakın bir zaman öncesine kadar bulunmamaktaydı. 2019 yılı Eylül ayında Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı olarak açılan kadınlara yönelik 10 yatak kapasiteli AMATEM Türkiye’de ilk ve tek olma özelliği taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri dışında üniversitelere bağlı tıp fakültelerinin psikiyatri kliniklerinde, Sağlık Bakanlığı ile bağlantılı bazı üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde de tedavi hizmeti verilmektedir. Aralık 2018 yılı itibarıyla Türkiye’de 113 madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmaktadır. 65 merkezde yalnızca ayaktan, 48 merkezde ise hem yatarak hem de ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir. Bu merkezlerin yatak kapasitesi 1.082’dir. 63 ilde en az bir tane olmak üzere bağımlılık tedavi merkezi bulunmaktadır (TUBİM, 2019, s. 63).

Her ne kadar son yıllarda madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin niceliksel olarak arttığı gözlense de Ögel’e göre Türkiye’de tedavi kurumları nicelik ve nitelik olarak yetersiz,

tedavi seçenekleri ise çok sınırlıdır. Ayrıca madde kullanıcılarının büyük bir çoğunluğuna ulaşamamaktadır (<http://www.ogelk.net/Dosyadepo/psikososyal.pdf>). Arıkan (2012), Türkiye’de bağımlılık tedavisinde karşılaşılan güçlükleri, hasta ile ilişkili olanlar, tedavi ile ilişkili olanlar, terapist ile ilişkili olanlar olmak üzere 3 başlık altında ele almış, tedavi sırasında yaşanan güçlükleri şu şekilde özetlemiştir:

- bağımlılık alanında çalışan profesyonel sayısının az olması
- psikiyatristlerin eğitiminde bağımlılığın yeteri kadar yer almaması
- yeteri kadar merkezin ve tedavi ekibinin olmaması
- alanda kullanılan ilaçların bir kısmının temin edilememesi
- bağımlı hastaların etiketlenmesi
- bağımlılık ile ilgili önyargılar ve bilgisizlik
- tedaviye başvuranlar için psikiyatristi kabullenmenin zorluğu
- rehabilitasyon programlarının olmayışıdır (Arıkan, 2012, s. 237).

Son yıllarda bağımlılık alanına ilginin arttığı dikkat çekmektedir. 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu oluşturulmuş, 2015 yılında Uyuşturucuyla Mücadele Acil Eylem Planı ve Strateji Belgesi, 2016-2018 döneminde Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Eylem Planı ve Strateji Belgesi yürürlüğe girmiştir. 2017 yılında Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu oluşturulmuş, 2018-2023 yıllarını kapsayan eylem planında toplumu her türlü madde kullanımından uzak tutmak nihai amaç olarak belirlenmiş ve uluslararası iyi uygulama örnekleri gözden geçirilerek yol haritası çizilmiştir.

2019 yılı Mart ayında Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği yürürlükten kalkmış, yerine Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik yayımlanmıştır. Bu durum madde bağımlılığı tedavisinde bir paradigma değişikliğine gidildiğinin, bağımlılık tedavisinde tıbbi yönü ele almanın yeterli olmayıp psikososyal müdahalelerin öneminin arttığı bir göstergesidir. Ancak Türkiye’de bağımlılığı olan bireylere yönelik rehabilitasyon merkezi sayısının ve bu merkezlerin hizmet verdiği hasta kapasitesinin oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Yukarıda örnekleri verilen yetişkinler için uzun süreli yatılı tedavi, terapötik topluluklar, iyileşme yönetimi gibi yöntem ve müdahalelerin örneği ise yoktur.

1.2.5.1. Yatarak Tedavi

Hastalığın erken dönemlerinde olanlar ve yoğun bakım gerektirmeyen hastalar için ayaktan tedavi programları daha uygun görünmektedir. Fiziksel ve psikiyatrik sorunların varlığında, kişinin motivasyon ve cesareti düşük olduğunda ise yatarak tedavi ortamı tercih edilmektedir. Yüksek maliyetli olması, koruyucu ve kısıtlayıcı bir ortam sunmasının yanı sıra kişiyi günlük yaşam faaliyetlerinden koparması ve damgalanmaya neden olması yatarak tedavinin dezavantajları arasında sayılabilir (Akvardar, Bulut ve Ergün, 2019, s.426).

Türkiye’de alkol ve madde kullanım bozukluklarının yatarak tedavisi kamu hastanelerinde genellikle 21 ila 28 gün arasında sürmekte ve ihtiyaca göre süre uzatılabilmektedir. Bazı kamu hastanelerinde Psikiyatri servisi içinde alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi hizmeti sunulmakta iken diğerlerinde bu hizmet özelleşmiş AMATEM servislerinde verilmektedir.

AMATEM servisine yatarak tedavi için başvuru yapıldığında kişilere servis kuralları okunmakta ve yazılı onam alınmaktadır. Tedavi sürecinde kuralları ihlal durumları puanlanmakta ve belirli bir puana ulaşanların yatarak tedavisi sonlandırılıp ayaktan tedavisi sürdürülmektedir. Başlıca kurallar, serviste sözel ya da fiziksel şiddet uygulamak, servis sorumluklarını yerine getirmemek ve programa uymamaktır (Türkcan vd. 2001, s. 32). Kurallara uymayan hastalar servisten taburcu edilir. Ancak, taburcu edilen hastanın tekrar yatma hakkı her zaman vardır. İki yatış arasına belli bir süre koymanın yararlı olduğu düşünülmektedir (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf).

Madde kullananlar için yataklı servisler, maddeden arınmış bir ortam sağlamak amacıyla kapalı servislerdir. Servise madde girişi önlemek amacıyla çeşitli önlemler alınmaktadır. Ziyaretçi kısıtlı sayıda ve güvenilir isimlerle sınırlandırılmakta, dışarıdan getirilen malzemeler araştırılmaktadır. Madde kullanılıp kullanılmadığını tespit etmek için serviste düzenli idrar testi yapılmaktadır. Ögel’e göre acımasız gibi görünen bu önlemlerin uygulanması gerekir. Çünkü tek bir kişinin servise madde sokması durumunda bu maddeleri diğer hastalar ile paylaşma eğilimi yüksek olmaktadır (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf).

Klinikler arasında farklılıklar olsa da Türkiye'deki kamu kurumlarında uygulanan yatarak alkol ve madde bağımlılığındaki tedavi yöntemleri genellikle; ilaç tedavisi (psikofarmakoterapi), alkol ve maddeden arındırma tedavisi (detoksifikasyon), tedavi motivasyonunu arttırıcı yaklaşım, bilişsel-davranışçı yaklaşım ve bağımlıların aile üyelerine uygulanan psikoeğitimden oluşmaktadır. Bu bağlamda alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde ilaç tedavileri, bireysel ve grup psikoterapileri, eğitsel çalışmalar (uzun süreli ayık kalmanın hedeflendiği Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı-SAMBA) rehabilitasyon ve dışarıya hazırlık faaliyetleri ve aile bilinçlendirme programları da uygulanmaktadır.

AMATEM kliniklerinde oldukça yapılandırılmış bir program uygulanmaktadır. Kahvaltı, tansiyon takibi ve ilaç alımı sonrası hastalar günaydın toplantısı ile güne başlamaktadırlar. Günaydın toplantıları grup biçiminde yapılmakta ve serviste yatan tüm hastaların katılımı ve tedavi ekibi üyelerinin yöneticiliğinde gerçekleştirilmektedir. Günaydın toplantılarının amacı, gruba yeni katılan üyeleri tanımak, günü planlayabilmek, önceki gün yaşanan olayları konuşmak, yaşam boyu karşılaşılan sorunları konuşup nasıl üstesinden gelinebileceğine dair fikir yürütmektir. Ardından tedavi ekibinin tüm üyelerinin katılımıyla ziyaret gerçekleştirilmekte, hastaların tıbbi durumlarının yanı sıra psikolojik ve sosyal yönden de değerlendirmeleri yapılmaktadır. Detoksifikasyon aşamasını tamamlamış hastalar psikoeğitim programı SAMBA'ya katılım gösterirler ve halk eğitim merkezleri öğretmenlerinin rehberliğinde spor, drama, resim, ahşap boyama gibi boş zaman faaliyetlerine katılırlar. Günaydın toplantıları, ziyaretler, SAMBA ve boş zaman faaliyetlerine katılım zorunlu, psikologların gerçekleştirdiği bireysel görüşmelere katılım zorunlu değildir.

SAMBA sigara, alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde kullanılmak üzere hazırlanmış bir program olup çok sayıda oturumdan oluşan yapılandırılmış bir grup terapisi. Türkiye'de bağımlılık alanında yapılandırılmış bir tedavi programına olan ihtiyaç üzerine Kültegin Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Program temel olarak Bilişsel Davranışçı teoriye dayanmakta ve Diyalektik Davranış Tedavisinden (DBT) yararlanılmaktadır. SAMBA'nın amaçları; alkol ve madde konusunda kişinin doğru bilgi edinmesini sağlamak, kişinin değişim yönünde motivasyonunu artırmak, bulaşıcı hastalıklardan korunmayı sağlamak ve zarar azaltmak, kişinin alkol/madde kullanımı ile

ilgili düşünce hatalarının farkına varmasını sağlamak, stresle başa çıkma, öfke, sorun çözme ve iletişim becerilerini öğretmek, nüksü engelleyecek becerileri kazandırmaktır (http://samba.info.tr/samba_klinik_kilavuz.pdf).

1.2.5.2. Taburculuk Sonrası Deneyimler

Madde bağımlılığı tedavisinde madde kullanımının bırakılması yalnızca başlangıçtır. Tedavi ömür boyu sürmekte ve pek çok alanda değişimi gerektirmektedir. Çünkü kişinin eğitim, istihdam, aile, sosyal ilişkiler, adli sistem gibi pek çok sistemle ilişkisi bozulmuştur. Kişinin sistemlerle uyumu ne kadar bozuk olursa madde kullanıma yeniden dönme (relaps) riski o kadar artmaktadır.

Taburculuk sonrası hastaların en önemli hedefi ayıklıklarını sürdürmektir. Bu süreçte kişinin yüksek riskli durumlardan kaçınması gereklidir. Yüksek riskli durumlar kişi, yer ya da nesne olabilir (Melemis, 2015). Bunun için bireyin yaşamında büyük değişiklikler yapması gereklidir. Günlük alışkanlıkları dışında kişinin arkadaş grubunu, telefon numarasını hatta yaşadığı semti veya şehri bile değiştirmesi gerekebilir.

Genellikle madde kullanıcısının tipik bir günü sabah anksiyeteyeyle uyanmakla başlar, daha sonra yoksunluk belirtileri yaşarlar, madde temini için planlar yaparlar, suça karışabilirler, gerekli parayı temin ederler, maddeye erişirler, maddeyi kullanırlar, fonksiyonları normale döner ve bu 8 adımlı döngü her gün devam eder. Madde merkezli bir yaşamı sürdürmek kolay olmadığı gibi, bu döngüden çıkıp işe gitmek, faturaları ödemek, okul toplantıları ya da aile ziyaretlerine katılmak da hiç kolay değildir. Değişim için motivasyon önemlidir ancak tek başına yeterli değildir. Eğitim, istihdam, boş zaman ve barınma gibi alanlarda destek alamayan ve fırsatlara erişimi kısıtlanan madde kullanıcısının madde alt kültüründen kurtulması oldukça zordur (Buchanan, 2000).

Tedavinin nihai hedefi olan iyileşme, ayıklığı gerektirir ancak bunun ötesinde iyileşme, toplumda tam, anlamlı ve üretken bir yaşam inşa etmekle ilgilidir (Laudet ve White, 2010). Bireyin ayıklığını koruması yanı sıra eğitim ya da iş piyasasına geri dönmesi,

bozulan sosyal ilişkilerini tesis etmesi, maddenin olmadığı bir yaşamda yeni ve üretken roller üstlenmesi gerekmektedir. Toplumla yeniden bütünleşme sürecinde desteklenmeyen ve kaynaklara erişimi kısıtlı olan bireyin bağımlılık tedavisinin ana hedefi olan ayıklığı sürdürmesi oldukça zor olmaktadır.

Madde kullananların eğitim hayatı genellikle kesintiye uğramıştır. Düşük eğitim ve sosyal dışlanma iş piyasası ile olan bağların zayıflamasına yol açmaktadır. Bireylerin iş piyasasında şanslarının artması için akademik ve teknik becerilerinin artması gerekmektedir (Polat, 2012, s. 65). İkinci en önemli sorun alanı ise bozulan ailevi ve sosyal ilişkilerdir. Madde kullanıcılarına olan güvensizlik, damgalama ve ayrımcılık toplumla bütünleşmenin önündeki en büyük engellerdir.

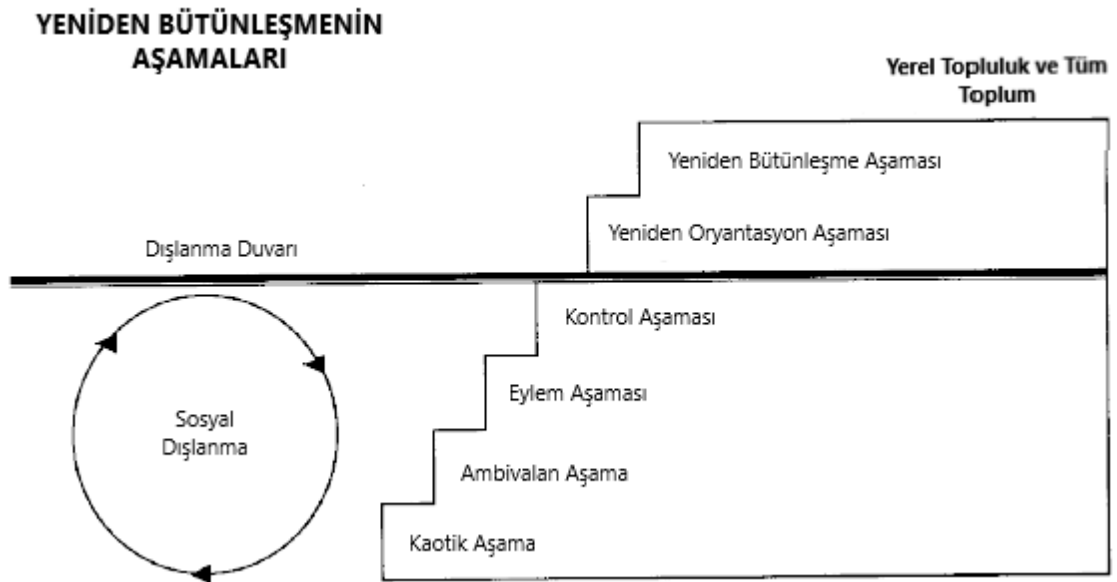
Madde bağımlılığında iyileşme, bireylerin sağlıklarını ve iyilik hallerini geliştirdikleri, kendi yönettikleri yaşamlarını sürdürdükleri ve tam potansiyellerine ulaşmak için çabaladıkları bir değişim sürecidir. İyileşmeyi destekleyen dört ana boyut vardır:

- Sağlık; kişinin hastalığının veya semptomlarının üstesinden gelmesi veya yönetmesi ve fiziksel ve duygusal refahını destekleyen sağlıklı seçimler yapması (bu alkol ve madde kullanımından kaçınmayı, besleyici bir diyet ve egzersiz rutinini sürdürmeyi ve stres, endişe, depresyon gibi duygusal sorunları etkili bir şekilde yönetmeyi içerir)
- Barınma; yaşamak için istikrarlı ve güvenli bir yere sahip olmak (bu yer bireyin inançlarını paylaşma ve yaşama konusunda kendini güvende hissettiği, desteklendiği ve rahat yaşayabileceği bir yer olmalıdır).
- Amaç; anlamlı günlük faaliyetler yürütmek ve topluma katılmak için bağımsızlığa, gelire ve kaynaklara sahip olmak.
- Topluluk; destek, arkadaşlık, sevgi ve umut sağlayan ilişkiler ve sosyal ağlara sahip olmak (<https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>)

Laudet ve White (2010)'ın çalışmasında iyileşmede öncelikli alanlar ayık kalmak, iş, ailevi ve sosyal ilişkiler, eğitim, yaşam doyumu ve başarı, ailenin yeniden birleşmesi, duygusal sağlık, konut, fiziksel sağlık, maneviyat ve din, finans, başkalarına yardım

etmek, yasal sorunları çözmek olarak bulunmuştur. Madde kullanım öyküsü nedeniyle sık sık damgalanan ve ayrımcılığa uğrayan kişiler için istihdam sadece finansal kaynaklara değil, aynı zamanda toplumda değerli ve saygın bir role ulaşmanın yoludur (Laudet ve White, 2010).

Bağımlılıkta iyileşme ve toplumla yeniden bütünleşme oldukça uzun bir süreçtir. Bu süreci altı basamakta ele alan Buchanan (2013)'a göre ilk evre kaotik evre olup bu evrede kişi maddenin herhangi bir zararı olduğunu düşünmemekte madde merkezli bir yaşamı sürdürmektedir. Ardından gelen ambivalan evrede kişi maddenin olumsuz yanlarını fark eder ancak maddeyi bırakmak konusunda kararsızlık yaşar. Eylem aşamasında birey artık ne yapacağına karar vermiş ve destek mekanizmalarını araştırmaya başlamıştır (ss. 132-133).



Dördüncü aşama olan kontrol aşaması bağımlının planlanan eylemi gerçekleştirdiği ve madde kullanımının kontrolünü geri kazandığı dönemi ifade eder. Bu dönem madde kullanıcısı için büyük bir değişim ve belirsizlik dönemidir. Madde kullanıcısının madde merkezli bu varoluştan uzaklaşıp, alternatif rutinler ve kalıplar oluşturmaya çalıştığı bu dönemde birey, eskilerinin yerini alacak yeni alışkanlıklarının neler olacağını düşünmeye başlar. Yaşam tarzı, arkadaşlıklar, günlük rutinler, güven, benlik saygısı, sağlık, eğitim ve istihdam dikkatle düşünülmesi gereken konulardır. Kontrol aşamasından yeniden

oryantasyon aşamasına geçişte kişinin önüne dışlanma duvarı çıkar. Bu duvar kişinin günlük yaşamın yapılarına ve ağlarına kabul edilmesini son derece zorlaştıran bir engeldir (Buchanan, 2013, s.134). Sosyal dışlanma, önyargı ve ayrımcılık kişinin içinde bulunduğu durumdan dolayı kendini suçlamasına, öz güven kaybına ve toplumdan izole olmasına yol açmaktadır (Buchanan, 2004). Bireysel ve kurumsal ayrımcılığa maruz kalan ve marjinalize edilen madde bağımlısı atfedilen kimliği içselleştirebilir ve ayrımcılığın haklı olduğuna inanabilir. Benlik duygusu ve özgüveni zayıflayan birey yetersizlik duygusunu maskeleyerek için tekrar madde kullanıma dönebilir (Buchanan, 2000).

Yeniden oryantasyon aşaması bağımlının alışkanlıklarının kontrolünü elinde tuttuğu ve maddeden uzak yeni faaliyetler, yaşam tarzı kalıpları ve alışkanlıkları kazandığı zor bir dönemdir. Çünkü birçok madde bağımlısının uyku düzeni, diyeti, finans, eğitim, istihdam ve arkadaşlık ağları ciddi şekilde zayıflamıştır. Buradaki amaç ve planların gerçekçi, ulaşılabilir ve madde kullanıcısı için uygun olması önemlidir. Bu dönemde düzenli destek ve cesarete ihtiyaç duyan bireyin kendine güven ve benlik saygısının zarar görmesi muhtemeldir. Kişi madde kullanmayanlar arasında huzursuz ve tehdit altında hissedebilir. Bu nedenle yapılandırılmış gündüz programları, gündüz merkezleri, arkadaşlık programları gibi madde kullanıcılarına yardımcı olmak için özel olarak tasarlanmış korunaklı ortamlar bu aşamada yararlıdır (Buchanan, 2013, ss.134-135).

Yeniden bütünleşme, madde kullanıcılarının genel faaliyetlere katılmaya başladığı dönemdir. Toplumla yeniden bütünleşme konaklama, iş bulma, ileri eğitimde yer bulma veya çocukları okuldan alma, alışveriş, yemek pişirme, sinemaya gitme gibi temel günlük sosyal rutinler oluşturmayı içerir (Buchanan, 2004). Olumsuz deneyimler nedeniyle, birçok madde kullanıcısı, madde kullanmayanlardan gelebilecek yargılayıcı tutumlardan endişe ve korku duymakta, güven eksikliği yaşamaktadır. Bu nedenle gönüllü çalışma yapma, okul toplantısı, meslek eğitim kursu, yerel spor salonuna katılma gibi günlük faaliyetler birey için zorlayıcı olabilir. Olası dışlanmadan kaçınmak için madde kullanıcısı madde kullanma deneyimini diğerlerinden saklamak zorunda hissedebilir. Madde kullanmayan toplum tarafından kabul görmek ve aidiyet hissetmek maddesiz yaşam tarzını benimsemeyi kolaylaştıracaktır. Bu aşamada birey içinde bulunduğu

toplumun sosyal ve ekonomik yaşamına tamamen katılabilirse yeniden bütünleşme sağlanmış olur (Buchanan, 2013, s.135).

1.2.5.3. Taburculuk Sonrası Hizmetlere İlişkin Örnekler

Bağımlılık tedavisi uzun süreli bir tedavidir. Kişinin tedavide kaldığı süre uzadıkça ayık kalma olasılığı da yükselmektedir. Türkcan vd. (2001)'nin yaptığı çalışma, bağımlılık tedavisinde klinikten taburculuk sonrası ayaktan tedaviye devam etmenin nükse girmeyi engellediğini ve tedavinin başarı olasılığını artırdığını göstermektedir.

Çalışmanın bu kısmında Türkiye’de var olan sınırlı sayıda taburculuk sonrası rehabilitasyon hizmetlerine ilişkin örneklere yer verilecektir.

Bağ Evi

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı olarak hizmet veren Bağ Evi, alkol ve madde kullanım bozukluğu olup arındırma tedavisini tamamlayan bireylerin psikolojik açıdan desteklenmesini, alkol/maddesiz bir yaşama uyumlarının artırılmasını, ailevi, mesleki ve toplumsal rollerini sürdürmelerine yardımcı olmayı hedefleyen rehabilitasyon programı sunmakta ve hafta içi mesai saatleri içerisinde (08:00-17:00) hizmet vermektedir (<https://bakirkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,346319/bag-evi.html>).

BAHAR

Bir diğer rehabilitasyon programı sunan birim ise İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Bağımlı Hastalar İçin Ayaktan Rehabilitasyon (BAHAR) Merkezi’dir. 2 Ocak 2018 tarihinde hizmete açılan merkezde alkol/madde kullanım bozukluğu olan kişileri desteklemek, ayaktan iyilik hallerinin devamını sağlamak ve işlevselliklerini yeniden kazandırmak hedeflenmekte ve hafta içi mesai saatlerinde hizmet verilmektedir. Aynı hastaneye bağlı 2019 yılında hizmete açılan Tuzla BAHAR Merkezi’nde ise 15-25 yaş arası genç bireylere yatılı olarak rehabilitasyon

hizmeti sunulmaktadır (<https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,87291/amatem--alkol-madde-tedavi-merkezi-.html>).

BADEM ve DANTE

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olarak 2016 yılında hizmete açılan iki merkezden ilki olan Sancaktepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM)'nde danışma, eğitim, ayaktan tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Ümraniye Bağımlılık Danışma ve Tedavi Merkezi (DANTE)'nde ise danışmanlık ve bilinçlendirme, tıbbi ve psikosozal tedavi, takip ve izleme hizmetleri sağlanmaktadır (<https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,87291/amatem--alkol-madde-tedavi-merkezi-.html>). Hastanenin yataklı kliniğinde gördükleri tedavinin ardından hastalar, ikamet adreslerine uygun olan merkezlere yönlendirilmekte ve bu merkezlerden takip ve tedavilerinin devamı sağlanmaktadır. Randevulu olarak hizmet veren merkeze başvuran her kişiye bir vaka yöneticisi atanmaktadır. Böylelikle bireylerin hizmetlere ulaşımı kolaylaştırılmış ve bekleme süreleri kısaltılmıştır. İstanbul'dan sonra Alanya'da iki DAN-TE birimi daha açılmıştır.

Oya Bahadır Yüksel Rehabilitasyon Merkezi

Gaziantep Belediyesi'ne bağlı Oya Bahadır Yüksel Madde Bağımlısı Sokak Çocukları Rehabilitasyon Merkezi 2008 yılında hizmet vermeye başlamıştır. 60 yatak kapasiteli merkezde danışma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri 24 saat boyunca sunulmaktadır (<https://www.haberturk.com/gaziantep-haberleri/72136030-oya-bahadir-yuksel-rehabilitasyon-merkezi-18-yas-ustune-de-hizmet-verecek>). Mobil ekiplerce sokakta madde kullanımı olan gençler tespit edilmekte ve tedaviye yönlendirilmektedirler. Merkeze 14-19 yaş aralığındaki erkek çocuklar kabul edilmekte ve 6 ay boyunca merkezden yararlanabilmektedirler. Çocuklar tedavi sürecinde mesleki beceri edinme kurslarına katılmaktadırlar. Tedavisi tamamlananlar Büyükşehir Belediyesi ve Emniyet Müdürlüğü iş birliğiyle yürütülen 'Yarı Yol Evi' projesi kapsamında işe ve birlikte kalabilecekleri evlere yerleştirilmektedirler (<https://gantep.bel.tr/haber/hayata-buradan-baglaniyorlar-3612.html>). Merkezin 18 yaş üzerindeki yetişkin madde bağımlısı bireylere de hizmet vermesi planlanmaktadır.

YEDAM

Yeşilay, 2016 yılında bağımlılık alanında rehabilitasyon faaliyetleri yürütmeye başlamış ve psiko-sosyal müdahalede YEDAM (Yeşilay Danışmanlık Merkezi) modelini hayata geçirmiştir. Bu model ile bağımlılıkta rehabilitasyon alanında psikososyal müdahale hizmetlerinin ücretsiz olarak verilmesi ve alkol ya da madde bağımlılığı olan bireylere bütüncül hizmet sunulması hedeflenmektedir. YEDAM aynı zamanda bireylere ve ailelerine danışmanlık hizmeti de vermekte ve ihtiyacı olan bireyleri tedaviye yönlendirmektedir. Tedavi sürecinde olan 16 yaş ve üzerindeki kişiler ve ailelerinin faydalanabildiği YEDAM bünyesindeki atölyelerde çeşitli faaliyetler gerçekleştirilmektedir (TUBİM, 2018, ss. 35-36).

Sosyal Uyum Birimleri

Sosyal uyum birimleri “yararlanıcıların sosyal uyumlarına yönelik gerekli çalışma ve yönlendirmelerin yapıldığı, Sosyal Hizmet Merkezlerine bağlı gündüzlü sosyal hizmet birimleridir” (Sosyal Uyum Birimi Pilot Uygulama Yönergesi, 2019). Sosyal Uyum Birimlerinde maddeyi deneyen ya da madde bağımlılığı gelişen kişilere danışmanlık ve tedavi desteği sağlanmakta, bağımlılık tedavisi görenlere ise rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Rehabilitasyon ve sosyal uyum bağlamında barınma, iş ve eğitim alanında programlar uygulanmaktadır (TUBİM, 2019, s. 68).

1.2.6. Sosyal Hizmette Madde Bağımlılığı Alanı

Madde bağımlılığı nedenleri, sonuçları ve etkileri bakımından çok boyutlu bir sosyal sorun olma özelliği göstermektedir. Dolayısıyla da madde bağımlısı bireylerin tedavisi ve toplumla yeniden bütünleşmesi, bütüncül bir bakışı, biyopsikososyal modeli ve multidisipliner bir çalışmayı gerekli kılmaktadır (Erbay ve Sevin, 2008). Bu multidisipliner çalışmanın aktörlerinden biri de sosyal hizmet uzmanlarıdır. Sosyal hizmet uzmanları, bireylerin gereksinimlerini temel insan hakları ile bağlantılandırmak, gerektiğinde müracaatçılar için savunuculuk yapmak, bireyin toplumla yeniden

bütünleşmesini engelleyen unsurları tespit ederek mücadele etmek, bireyi işlevselliğine kavuşturmak için güçlendirmek ve desteklemek gibi rolleriyle diğer meslek elemanlarından ayrılmaktadır.

Sosyal hizmetin tanımında (IFSW ve IASSW, 2014) vurgulandığı üzere sosyal hizmet meslek ve disiplininin temel amaçları, insanların güçlendirilmelerini ve özgürleşmelerini, sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi desteklemektir. Bu amaçları gerçekleştirmede ise meslek insan hakları, sosyal adalet, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkelerini merkeze alır. Sosyal hizmette insan hakları, temel hakların desteklenmesi ve her birey için hayata geçmesi gerekliliğine vurgu yapar (Zengin ve Altındağ, 2016). Dolayısıyla sosyal hizmet mesleğinin hedefi insan hakları ve sosyal adaletin sağlanması olup sosyal hizmet uzmanları mesleki uygulamalarında bu idealin gerçekleşmesine uğraşırlar (Çetin, 2015, s.145).

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği'nin Etik Kodlar kitabında (1999) sosyal hizmet uzmanları savunucu olarak anılmakta ve kurum kaynaklarının müracaatçıların gereksinimlerini karşılaması ve kaynak paylaşımı sürecinin adil olması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarından politika düzeyinde insan ihtiyaçlarının karşılanması ve sosyal adaletin sağlanması için savunucu olmaları beklendiği ifade edilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları savunuculuk yöntemi ile bireylerin değişim sürecine katılımını ve self determinasyon hakkını destekler. Sheafor ve Horejsi, savunuculuk eyleminin her zaman iyi karşılanmayabileceğine bu nedenle sosyal hizmet uzmanının savunuculuk etkinliklerinden dolayı gelecek olumsuz tepkilere hazırlıklı olması gerektiğine dikkat çeker (Sheafor ve Horejsi, 2014, s. 77).

Diğer alanlarda olduğu gibi bağımlılık alanında da sosyal hizmet uzmanlarının hizmet sunduğu müracaatçıların çoğu baskı, yoksulluk, ayrımcılık gibi çeşitli olumsuz yaşam deneyimlerinden etkilenmiş, daha iyi bir yaşamı isteyen ancak değişimi başlatacak kadar kendini güçlü hissetmeyen kişilerdir. Bu bireylerde çoğunlukla başarısızlık ve toplum tarafından reddedilmişlik duyguları hakimdir. Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların olumsuz duygularını ve potansiyellerini sınırlayan düşüncelerini değiştirmek için güçlendirme yaklaşımını kullanırlar. Bu yaklaşım ile birey, aile, grup, örgüt ve toplulukların olumlu özellikleri ve güçleri açığa çıkarılıp desteklenir ve geliştirilmeye çalışılır (Duyan, 2010, s.180).

Madde bağımlılığı alanında kullanılabilecek en temel yaklaşımlardan biri olan ekolojik sistem yaklaşımı medikal görüşün aksine sorunu bireyde değil birey ile çevresi arasındaki etkileşimlerde arar. Bu yaklaşımda sorunların çözümünde öncelikle bireyin çevresindeki sistemlerin değerlendirilmesine, sonrasında bireyin bu sistemlerle etkileşimine ve onu çevreleyen hizmet ve fırsatlarla ilişkisine odaklanılır. Çünkü bireyi çevreleyen unsurlar onun gelişimine katkı sunabileceği gibi ketleyici de olabilir. Bu yaklaşımda kişinin gereksinimleri ile destek sistemleri ve toplumsal kaynaklar arasındaki uyumsuzluk dikkate alınır ve bireyin uyum kapasitesini artırmak hedeflenir (Duyan, 2010).

Bireyin tercih yapması ve yaşamını kontrol etmesi anlamına gelen self determinasyon yani kendi kaderini tayin hakkı sosyal hizmetin temel ilkelerinden biridir (Şahin, 2009, s. 87). Self determinasyon otonomi ve özgürlük kavramları ile birlikte ele alınmakta, “müracaatçının kendi kararlarını oluşturma, yardım sürecine aktif bir biçimde katılma, seçimlerine dayalı bir yaşam oluşturma hakkı” olarak özetlenmektedir (Polat, 2014, s. 144). Self determinasyon sosyal hizmet uzmanının etik sorumlulukları arasında yer almakta, sosyal hizmet uzmanından müracaatçının self determinasyon hakkına saygı duyması ve bu hakkı geliştirmesi beklenmektedir (NASW, 1996).

Vaka yöneticiliği bağımlılık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için önemli rollerden biridir. Vaka yönetimi, karmaşık, çok sayıda problemi olan bireylerin zamanında ve uygun bir şekilde ihtiyaç duydukları tüm hizmetleri almasını sağlamaya çalışan hizmet sunumu yaklaşımıdır (Pivorienė, 2007, s. 74) ve genellikle sağlık, madde bağımlılığı, ruh sağlığı ve sosyal hizmetlerin sunulmasında koordineli bir yaklaşımı ifade eder. Vaka yönetiminde, belirli ihtiyaçları gidermek ve belirlenen hedeflere ulaşmak için bireyler ile uygun hizmetler arasında bağlantı kurulur. Özellikle uzun süre boyunca birden fazla hizmete ihtiyaç duyan ve bu hizmetlere erişimde zorluk çeken hastalığa sahip müracaatçılar için uygun bir yaklaşımdır (Treatment Improvement Protocol [TIP], 2012)

Sosyal hizmet vaka yönetiminin temel amacı, yüksek kaliteli hizmetleri en etkin ve verimli şekilde çoklu karmaşık ihtiyaçlara sahip bireylere sunarak ve koordine ederek, bireyin işlevselliğini ve refahını optimize etmektir. Bu hedefe ulaşabilmek için sosyal hizmet uzmanları aşağıdaki stratejileri kullanırlar (National Association of Social Workers (NASW), 2013, s. 17):

- Müracaatçıların gelişim, problem çözme ve başa çıkma kapasitelerini güçlendirmek
- Her müracaatçının değerlerine ve hedeflerine saygı göstererek, toplumla etkileşime girme ve topluma katılım yeteneklerini geliştirme
- Bireyler için kaynaklar, hizmetler ve fırsatlar sağlayan sistemleri birbirine bağlamak
- Hizmet sunum sistemlerinin kapsamını ve kapasitesini arttırmak
- Hizmet sistemlerinin etkin ve insani şekilde işlemlerini sağlamak ve teşvik etmek
- Sosyal politikaların geliştirilmesine ve iyileştirilmesine katkıda bulunmak.

Bağımlılık Tedavisinin Aşamalarında Sosyal Hizmet Uygulaması

Tedavi Aşaması	Uygulama Yeri	Amaç	Müdahale Yaklaşımı	Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü
Arınma	Sağlık kuruluşunda arınma tedavisinin uygulandığı üniteler	Bireyin yoksunluk belirtilerini güvenli bir şekilde atlatmasını sağlamak	Hızlı bir arınma dönemi bireyi hem psikolojik hem de tıbbi yönden zorlayabileceğinden 7-10 gün devam eder	Danışman Eğitici İlişki kurucu Katalizör Psikoeğitimsel
Yatarak Tedavi	Sağlık kuruluşları, rehabilitasyon merkezleri	Birey, grup, aile ile çalışarak çok yönlü iyilik halinin artışı sağlamak	14-28 gün sürecinde devam eden tıbbi tedavinin yanı sıra bireyle, grupla ve aile ile çalışmalar ile beraber kendine yardım yaklaşımı kullanılarak günlük yaşam becerilerinin artırılması sonucu müracaatçı sistemi güçlendirilir.	Danışman Eğitici Kolaylaştırıcı İlişki kurucu Psikoeğitimsel
Koruma Dönemi	Korumalı yaşam merkezleri, bireyin yaşadığı yerleşim yeri	Bireyin mesleki yaşamına dönmesi ve tedavisini sürdürmesi için danışmanlık vermek	Değişken süreli olup klinik ortamı dışında bireyin bağımlılık davranışlarına dönmemesi amacıyla kendine yardım gruplarına katılması sağlanır.	Bağlantı kurucu Aracı Vaka yöneticisi

Ayaktan Tedavi	Sağlık kuruluşu	Bağımlılık tedavisi sonrasında bireyin bağımlılık yapan madde veya davranışlardan uzak kalmasını sağlamak	3 ay ile 2 yıl arasında süren haftada 1 veya 2 kez yapılan grup veya bireysel müdahaleler şeklinde gerçekleştirilir.	Psikoeğitimsel
İzleme	Bireyin yaşamını sürdürdüğü sosyal çevre	Bağımlılık davranışından kurtularak yeniden sağlıklı biçimde sosyalleşme	Bireylerin taburculuk sonrasında bağımlılık davranışını sürdürmemesi için girişimlerde bulunmasını desteklemeyi içerir.	Karşılanmayan ihtiyaçları keşfetme rolü

(Cox, Tice ve Long, 2016'dan aktaran Pak, 2018).

Sosyal hizmet uzmanının bağımlılık tedavisinin arındırma aşamasındaki temel işlevi, birey ve ailesine ilişkin değerlendirmeler yapmak, psikososyal müdahalelerde bulunmak ve taburculuk sonrası süreci planlamaktır. Hastanede yatarak tedavi sonrası sosyal hizmet uzmanları, aktivite, mesleki ve beceri odaklı stratejiler ve savunuculuk stratejilerini kullanır. Toplumla bütünleşme sürecinde ise sosyal hizmet uzmanının yapacağı çalışmaların başlıcaları, bağımlılık tedavisi görmüş bireylerin güçlendirilmesi, bireyin sosyal çevresindeki riskleri azaltıcı müdahalelerde bulunma, toplumsal kaynakları harekete geçirme, var olan ayrımcı düzenlemeleri değiştirme, sosyal içermeyi sağlayacak adımlar atmadır (Polat, 2014, s. 147).

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Alkol ve Madde Tedavi Merkezi (AMATEM) Kliniğinde tedavi gören bireylerin tedavi sürecindeki deneyimlerini ele almak, tedavi süreci ve taburculuk sonrası gereksinimlerini ortaya koymaktır.

Araştırmada şu sorulara cevap aranmıştır:

- Klinikte tedavi gören bireylerin sosyo demografik ve genel özellikleri nelerdir?
- Alkol/madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin alkol/madde kullanım sürecine ilişkin özellikleri nelerdir?
- Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi sürecine ilişkin değerlendirmeleri nelerdir?
- Alkol/madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin taburculuk sonrası gereksinimleri nelerdir?

1.4. TANIMLAR

Araştırmada adı geçen bazı kavramlara ilişkin işlevsel tanımlar aşağıdaki gibidir:

Psikoaktif madde: Merkezi sinir sistemi üzerinde etki gösteren, beynin işlevlerini değiştirerek ruh hali, algı, bilinç ve davranışlarda değişikliğe yol açan kimyasal maddelerdir.

Opiyat: Doğal olarak afyon haşhaş bitkisinde bulunan morfin, kodein ve tebain gibi psikoaktif bileşenlere verilen isimdir.

Opioid: Hem doğal hem de sentetik opiyatları ifade eden terimdir. Psikoaktif etkileri olan ve bağımlılık yapıcı maddelerdir.

Eroin: Opioid türevi olup haşhaş bitkisinin kurutulmuş özünden çıkarılan morfinden elde edilen psikoaktif bir maddedir.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan birey; DSM-V'e göre alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı almış olup AMATEM kliniğinde tedavi görmekte olan kişidir.

AMATEM; Alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavisini yapan merkezdir.

Detoksifikasyon (arındırma); Bir doktor kontrolünde yatarak veya ayakta tedavi merkezinde uygulanan bedenin maddeden arındırıldığı süreçtir.

Rehabilitasyon: Arındırmayı takiben ayakta veya yatarak gerçekleştirilen, farmakolojik ve psikososyal tedavileri içeren, kişinin ayıklığını sürdürmesi yanısıra işlevselliğini yeniden kazanması ve sosyal açıdan düzelmesini hedefleyen süreçtir.

Relaps (nüks/depreşme): Madde kullanımını bıraktıktan sonra madde kullanımının tekrar eski yoğunlukta başlamasıdır.

Remisyon: Erken remisyon 3 ay ile 12 aylık süreçte, kalıcı remisyon ise 12 aydan daha uzun süreçte hiçbir bağımlılık kriterinin görülmemesi durumudur.

Ayıklık (abstınens): Madde kullanan kişinin madde kullanımını bırakması ve yaşam boyu bir daha kullanmaması durumudur.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Madde bağımlılığı tedavisi ile ilgili literatür incelendiğinde bireylerin motivasyonu ve damgalama konusunun ağırlıklı olarak işlendiği fark edilmiş, yetişkinlerin tedavi sürecindeki ve tedavi sonrasındaki gereksinimlerini ortaya koyma amacı taşıyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmada sosyal hizmetin insan hakları, sosyal adalet ve müracaatçının bulunduğu yerden başlama temel ilkelerinden hareketle, alkol/madde bağımlısı bireylerin sosyal işlevselliklerini kazanıp toplumla yeniden bütünleşebilmelerinin önündeki engelleri saptamak amacıyla, bireylerin hem tedavi hem de taburculuk sonrası süreçteki gereksinimleri ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu yönüyle araştırmanın literatüre özgün bir katkı sunması beklenmektedir.

Araştırmanın sonuçları ile Türkiye’de alkol/madde bağımlılığı sorununa ilişkin olarak var olan hizmet ve politikalar açısından önemli çıkarımlar elde etmek ve alkol ve madde bağımlılığı ile mücadelede gereksinim duyulan bilimsel bilgiye katkı sunmak hedeflenmektedir.

Araştırmanın alkol/madde bağımlılığı olan bireylerin tedavi sürecine ve taburculuk sonrasına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesinin, uygulamanın zayıf yönlerinin açığa çıkarılıp geliştirilmesine ve bağımlılık tedavisinin amacı olan uzun süreli remisyona katkı sunacağı, bundan da başta hizmet alan bireyler ve aileleri, dolaylı olarak da toplumun faydalanacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM II: YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

AMATEM’lerde tedavi gören bireylerin tedavi deneyimlerini ve taburculuk sonrası gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmaya kıyasla daha fazla sayıda bireyin deneyimine ulaşmaya olanak sağladığı ve böylelikle elde edilen verilerin genellenebilirliği olasılığını artırmak amaçlandığı için araştırmada nicel araştırma yöntemi seçilmiştir. Patton’a (2016) göre nicel araştırma önceden belirlenmiş araçlarla toplanan verilerin sayısal değerlere dönüştürülüp ölçülmesi prensibine dayanır. Bu yöntemle çok sayıda örnekleme ilgili bilgiler toplanabilmekte ve genelleme yapılabilmektedir.

Bu çalışma tarama türünde yapılan betimsel bir çalışmadır. Var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemek amaçlandığı için bu yaklaşım benimsenmiştir. Tarama, çok sayıda katılımcının, inançlarını, görüşlerini, özelliklerini, geçmişteki ya da şimdiki davranışlarını ortaya koymaya olanak sağlar (Neuman, 2017, s. 395).

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören ve ölçüt örnekleme tekniğiyle belirlenen alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Bu kliniğin çalışma evreni olarak seçilmesinde araştırmacının Ankara ilinde yaşaması ve klinikte sosyal hizmet uzmanı olarak çalışması dolayısıyla öznelere ulaşım kolaylığı etkili olmuştur.

Araştırmanın öznelere ulaşmada ölçüt örnekleme tekniğine başvurulmuştur. Bu örnekleme tekniğinde önceden belirlenmiş bazı ölçütleri karşılayan durumları çalışmak amaçlanmaktadır (Patton, 2016). Bu ölçütler araştırmacı tarafından hazırlanabilir ya da önceden oluşturulmuş bir ölçüt listesi kullanılabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu araştırmada ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Araştırmanın öznelere, alkol ya da madde kullanım bozukluğu tanısı konulmuş, yatarak tedavinin en az ikinci

haftasında olan (arındırması tamamlanmış olan), psikotik bir rahatsızlığı olmayan, bilişsel yeterliliğe ve araştırmaya katılma istek ve motivasyonuna sahip 18-65 yaş arası yetişkinler olarak belirlenmiştir. Araştırmada farklılıklara duyarlı ve kapsayıcı veriler elde edilmesi amaçlandığı için örneklemin tedavi uyumu olan ve olmayan, farklı yaş ve cinsiyetleri kapsayan nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Bunun için de verileri toplamak için belirlenen süre aralığında ölçütlere uyan tüm bireylerle görüşme yapılmıştır.

2.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırmanın veri toplanmasının ilk aşamasında Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılarak izin alınmış, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Klinik şefinin de onayının ardından öncelikle ön deneme yapılmış ardından veri toplama sürecine başlanmıştır. Minimum 100 katılımcıya ulaşmanın hedeflendiği çalışmanın veri toplama süreci, tüm dünyayı etkileyen ve binlerce kişinin ölümüne yol açan corona virüs (covid-19) pandemisi kapsamında alınan önlemler nedeniyle kesintiye uğramış, kliniğe hasta kabulünün durdurulması nedeniyle ancak 76 katılımcıya ulaşılabilmektedir. Araştırmanın veri toplama süreci 2020 yılı Nisan ve Mayıs ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların zorunlu olarak katılması gereken psikoeğitim ve boş zaman faaliyetleri dışındaki zamanlarda veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. Soruların yanıtlarını almak dışında ilgili yorumları da kaydedebilmek ve gözlem yapabilmek amacıyla görüşmeler yüz yüze yapılmış, sorular araştırmacı tarafından sorulup yanıt kağıdına işaretlenmiş, yorumlar ve gözlemler ayrıca not alınmıştır. Ölçüt kriterlerine uyan adayların hiçbirinden red yanıtı alınmamış, adayların tamamı konusu ve amacı açıklanan araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmişlerdir. Bazı katılımcılar görüşmenin kendilerine iyi geldiğini ve rahatladıklarını hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bazıları ise görüşme bitiminde araştırmanın sonuçlarının yetkililerle paylaşılıp paylaşılmayacağını ve araştırmanın bulgularının bir işe yarayıp yaramayacağını sormuşlardır. Bu söylemlerden AMATEM'lerde tedavi gören alkol/madde kullanımı bozukluğu olan bireylerin kendilerine sunulan hizmetlerle ilgili görüşleri ve gereksinimleri hakkında seslerini duyurmak istedikleri, bu anlamda araştırmanın bir ihtiyaca karşılık geldiği anlaşılmıştır.

2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Nicel araştırma yönteminin kullanıldığı bu çalışmada, alkol/madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireyler ile yürütülen yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler ile araştırmacının klinikteki gözlemleri veri olarak kullanılmıştır. Yapılandırılmış görüşmede mülakat, dikkatlice yazılmış ve belirli bir sıraya konmuş bir dizi sorudan oluşur ve her görüşülen bireye bu sorular aynı tarzda ve sırada sorulur (Patton, 2016). Veri toplama aracı olarak kullanılan görüşme formu literatür bilgisi, araştırmacının sahadaki gözlemleri ve sahada çalışan profesyonellerin görüşlerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmış, altı kişiyle gerçekleştirilen ön denemenin sonunda tekrar düzenlenerek son haline ulaştırılmıştır. Görüşme formunda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, alkol/madde kullanım sürecini, tedavi sürecine ilişkin değerlendirmelerini ve taburculuk sonrası gereksinimlerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ

Nicel araştırma yöntemi olarak tasarlanan bu çalışmada, betimsel analiz kullanılmıştır. Yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlısı bireylerle yapılan yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler SPSS 20 nicel analiz programı ile analiz edilmiş, sonuçlar sıklık ve yüzdeler olarak sunulmuştur.

BÖLÜM III. BULGULAR VE YORUM

Araştırmadan elde edilen bulgular, alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve genel özelliklerine ilişkin bulgular, alkol/madde kullanım sürecine ilişkin bulgular, tedavi sürecine ilişkin bulgular ve taburculuk sonrası gereksinimlerine ilişkin bulgular olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir.

3.1. ALKOL/MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE GENEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bulgular, alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, çocuk sayıları, meslekleri, çalışma durumları, aylık gelirleri gibi katılımcıları tanıttıcı nitelik taşıyan ve onlar hakkında genel bilgi elde etmeyi amaçlayan türde değişkenleri içermektedir.

Tablo 1. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşlarına Göre Dağılımları

Yaş	Sayı	%
18-24	14	18.4
25-29	31	40.8
30-34	8	10.5
35-39	2	2.6
40-44	4	5.3
45-49	8	10.5
50+	9	11.9
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşlarına bakıldığında alt sınırın 19, üst sınırın 63 olduğu, katılımcıların yaşlara göre dağılımına bakıldığında % 40.8'inin 25-29 yaş aralığında, % 18.4'inin 18-24 yaş aralığında olduğu, 50 yaş ve üzeri olanların oranının %11.9 olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre en yoğun yaş oranının 18-29 yaş aralığı (% 59,2) olduğu gözlenmektedir. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı Sağlık

Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2018) verilerine göre 2017 yılında tedaviye başvuran madde kullanım bozukluğu olan hastaların 20-29 yaş grubu arasında yoğunlaştığı, 20-29 yaş grubundaki hastaların toplam hastalara oranının % 58,04 olduğu saptanmıştır. Tedavi gören hastaların yaş ortalaması ise 26,07 olarak belirlenmiştir (TUBİM, 2018, s. 42). Mutlu ve Sarıkaya'nın (2019) çalışmasında ise yaş ortalaması 31.95 olarak bulunmuştur.

Araştırmada alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yaş ortalaması 33.3, yalnızca madde kullananların yaş ortalaması 27.1, yalnızca alkol kullananların yaş ortalaması ise 51.2 olarak bulunmuştur. Kullanılan maddenin türüne göre yaş ortalamalarının farklılaştığı görülmektedir. Evren ve Çakmak'ın çalışmasında da madde kullananlar için ortalama yaş 28.21 iken alkol kullananlar için ortalama yaş 43.48 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada yoğun kullanmaya başlama yaşı madde kullanıcılarında düşük olarak bulunmuştur (Evren ve Çakmak, 2001, s. 142).

Kuramsal çerçevede yaş azaldıkça alkol dışı madde kullanımının, yaş arttıkça da alkol kullanımının arttığı (Evren ve Ögel, 2003; Bulut ve vd., 2006) bilgisinin araştırmanın bulguları ile örtüştüğü görülmektedir. Erkeklerde alkol kullanımına başlamanın yirmili yaşların başlarında, bağımlılığı fark etmenin otuzlu yaşlarda, tedavi arama davranışına girmenin ise kırklı yaşların başlarında gerçekleştiği bilinmektedir (Kalyoncu vd., 1999, s. 40). Alkol kullanımı sonucu ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve sosyal kayıplar daha ileri yaşlarda ortaya çıktığı için tedaviye başvurunun da daha geç yaşta olması anlaşılabilir bir durumdur (Evren ve Çakmak, 2001, s. 147). Kalyoncu ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında hastaların alkol kullanmaya başladıktan sonra bağımlılık gelişme süresi 8.2 yıl, tedaviye başvurana kadar geçen süre 17 yıl olarak bulunmuştur. Bu sürelerin alkol dışı madde kullanıcıları açısından çok daha kısa olduğu bilinmektedir.

Tablo 2. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Erkek	68	89,5
Kadın	8	10.5
Toplam	76	100

Araştırmada alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde % 89.5'inin erkek, % 10.5'inin ise kadın olduğu görülmektedir. Çakmak ve Evren (2006)'in Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı AMATEM'de 1983-1988 yılları arasında yürüttükleri çalışmada alkol/madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedaviye başvuran 1828 hastadan % 93.5'inin, bir diğer çalışmada ise hastaların %96.8'inin erkek (Bulut vd., 2006) olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2018)'nin verilerine göre 2017 yılında yatarak tedavi görenlerin % 95.67'si (11.129) erkek, %4.33'ü (504) kadındır. Bu dağılımın geçmiş yıllarda da benzer şekilde olduğu gözlenmektedir (TUBİM, 2018, s. 42). Avrupa Uyuşturucu Raporu (2019)'na göre Avrupa'da kadınların tedaviye katılım oranı kullanılan maddenin cinsine göre % 15 ila % 26 arasında değişmektedir.

Araştırmada kadın oranı Türkiye'deki diğer araştırmalara göre % 10.5 ile görece yüksek bulunsa da alkol/madde bağımlılığı tedavisinde kadınlar halen azınlık konumundadır. Ögel (2011)'e göre tedaviye başvuranlar arasında kadınların daha az sayıda olması durumunun, kadınların daha az madde kullanma eğiliminde olmasından mı yoksa tedaviye daha az başvurma eğiliminden mi kaynaklandığı ise tartışmalı bir konudur (aktaran TUBİM, 2018, s. 42). Cinsiyete özgü resmi bir tedavi kurumunun olmamasının kadınların tedaviye daha az başvurmasında etkili olabileceği de akla gelmektedir. Araştırmada bazı katılımcılar, kadın ve erkeğin bir arada tedavi edilmesi durumunun birçok kadın açısından caydırıcı olabileceğine bu nedenle kadının tedavi hakkının engellendiğine dikkat çekmişlerdir.

Ünüböl ve arkadaşlarının çalışmasında tedavi merkezlerinde kadınlara ayrılmış yatak sayısının az olması bu nedenle bekleme süresinin uzun olmasının, geçmişte yaşanan tedavi deneyimlerine ilişkin olumsuz düşüncelerin, kadınların bağımlılıkları ile ilgili utanç duymaları ve suçluluk hissetmelerinin tedaviye başvurmayı geciktiren ya da engelleyen faktörler olduğu saptanmıştır (Ünüböl vd., 2019, s. 128).

Literatürde kadınların madde kullanımıyla ilgili verilerin az olması bildirim azlığına bağlanmakta, bildirim azlığının altında yatan önemli bir faktör olarak da damgalanmanın etkisi vurgulanmaktadır. Kadının toplumda ahlaki değerleri koruyan bir nesne olarak görülmesinin, kadın madde kullanımının ahlaki değerlerin yozlaşmasının bir ölçütü olarak ele alınmasına yol açtığından söz edilmektedir. Hamile madde kullanıcı kadınlar

açısından damgalanmanın boyutu daha da derin olmaktadır (Kutlu, 2011, s. 92). Araştırmacının klinikteki bir gözlemi özellikle alkol bağımlısı erkek hastaların kadın madde kullanım bozukluğu olan hastaları daha çok damgalama eğiliminde olduğu yönündedir. “Erkekler neyse de bu kadınlar nasıl bulaşıyor maddeye” şeklindeki yorumlar dikkate değerdir.

Yukarıdaki verilerin de desteklediği üzere madde kullanımının erkekler arasında daha yaygın olduğu görüşünün hâkim olması, kadının madde kullanımı sorununun uzun yıllar gölgede kalmasına yol açmıştır. Ancak son yıllarda dünyada madde kullanım düzeyleri açısından cinsiyetler arasındaki farkın kapanmaya başladığı ve madde kullanımının kadınlar açısından da ciddi bir sorun haline geldiği gözlenmektedir (Kutlu, 2011, s. 90). Avrupa’da uyuşturucu kullanımı deneyimi kadınlarda 38,3 milyon, erkeklerde 57,8 milyon olarak raporlanmıştır (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2019).

Kadın madde kullanıcılarının sayısının artması ancak tedaviye başvuru oranlarının düşük kalması üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Bu durum tedavinin cinsiyete duyarlı hale getirilmesi ihtiyacına dikkat çekmektedir. Türkiye’de Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı olarak açılan kadınlara yönelik AMATEM ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı açılması planlanan Anne Bebek Ünitesi bu farkındalığın göstergesi olarak okunabilir.

Kadının alkol ve madde kullanımı, hamilelik ve sonrasında bebeğin sağlık sorunları yaşamasına (doğumsal anomaliler, gelişme gerilikleri gibi) yol açabilmektedir. Bazı durumlarda bebek yoksunluk krizi ile dünyaya gelebilmekte bazen de doğumda gözle görülür herhangi bir durum ortaya çıkmasa da ilerleyen dönemde dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranış bozuklukları gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir (<http://www.yedam.org.tr/hamilelikte-madde-kullaniminin-zararlari>). Bu nedenle hamile madde kullanıcısı kadınların ve bebeklerinin özel bakıma ve bakımın sürekliliğine ihtiyaçları vardır. Bakım rolünün ağırlıklı olarak kadında olması anne olan madde kullanıcısının destek ihtiyacını daha da artırmaktadır.

Tablo 3. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Sayı	%
Ortaokul	34	44.7
Lise	24	31.6
İlkokul	17	22.4
Önlisans	1	1.3
Toplam	76	100

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde % 44.7'sinin ortaokul, % 31.6'sının lise, % 22.4'ünün ilkokul mezunu olduğu, katılımcılar arasında yalnızca bir kişinin ön lisans mezunu olduğu görülmektedir. Ayrıca iki kişi açık lise eğitimine devam ettiğini bildirmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2018)'nin verilerine göre 2017 yılında alkol dışı madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören hastaların eğitim durumları incelendiğinde; % 0,82'sinin (95) hiç okula gitmemiş olduğu, % 86'sının (10.005) 1-8 yıl eğitim aldığı, % 10.62'sinin (1.235) 9-12 yıl eğitim aldığı, % 2,56'sının (298) yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir (TUBİM, 2018, S. 43). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olanların dahil edildiği bir başka araştırmada ilkokul mezunlarının oranı % 18.9, ortaokul mezunlarının oranı % 35.4, lise mezunlarının oranı ise % 32.1 olarak kaydedilmiştir (Asan vd., 2015).

Tablo 4. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Eğitim Durumlarının Dağılımları

Eğitim Durumu	Alkol		Madde	
	Sayı	%	Sayı	%
İlkokul	6	35.3	8	15.1
Ortaokul	3	17.6	31	58.5
Lise	7	41.2	14	26.4
Önlisans	1	5.9	0	0
Toplam	17	100	53	100

Araştırmaya katılanlardan 11'inin lise, 3'ünün üniversite ve birinin ise ortaokul terk olduğu belirlenmiştir. Öğrenim hayatını yarıda bırakan 15 katılımcıdan sadece birinin (üniversite terk) alkol kullanım bozukluğu olan hasta olması dikkat çekmektedir. Alkol kullanımının yaş arttıkça artmasının alkol kullanım bozukluğu olanlarda okul terki durumunu azalttığı söylenebilir. Ortaokul mezuniyeti oranlarının madde kullanım bozukluğu olan hastalarda daha yüksek olması (% 58.5), lise mezuniyet oranlarının alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda daha yüksek (% 41.2) olması bunun göstergesi olarak kabul edilebilir (Tablo 4). Yalnızca alkol kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada lise mezunu olanlarının oranının % 60 olduğu saptanmıştır (Kalyoncu vd., 1999). Başka bir çalışmada uçucu madde bağımlılarının %47'sinin devamsızlık ya da sınıfta kalma nedeniyle okullarını bırakmak zorunda kaldıkları bildirilmiştir (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf).

Tablo 5. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durum	Sayı	%
Bekar	43	56.6
Boşanmış	17	22.4
Evli	16	21.1
Toplam	76	100

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde % 56.6'sının bekar, % 22.4'ünün boşanmış, % 21.1'inin evli olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Asan ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında bekarların oranı % 59.3, evli olanların oranı ise % 33.1 olarak bulunmuştur. Diğer bir çalışmada hastaların % 47.7'sinin bekar olduğu tespit edilmiştir (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Bulut ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında farklı olarak evli olanların oranının yüksek (% 64.3) olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada alkol kullananların % 70.4'ünün evli,

madde kullananların % 59.9'unun bekar olduğu saptanmıştır (Çakmak ve Evren, 2001, ss. 144-145).

Tablo 6. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Medeni Durumlarının Dağılımları

Medeni Durum	Alkol		Madde	
	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	2	11.8	39	73.6
Evli	5	29.4	9	17.0
Boşanmış	10	58.8	5	9.4
Toplam	17	100	53	100

Literatürde kullanılan maddenin türüne göre medeni durumun farklılaştığı, alkol bağımlılığı olanlarda evli olma, madde bağımlısı olanlarda bekar olma durumunun daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Bulut, vd., 2006, s.68). Bu anlamda çalışmanın bulguları literatürle uyumludur. Çalışmada alkol kullananların % 29.4'ünün evli, % 58.8'inin boşanmış, madde kullananların % 73.6'sının bekar olduğu saptanmıştır.

Alkol/madde kullanım bozukluğu, bireyin genel anlamda işlevselliğini bozmakta, ailedeki rol ve sorumluluklarının aksamasına ya da hiç yerine getirilememesine yol açmaktadır. Araştırmada evlilik yapan katılımcıların yaklaşık yarısının boşandığı, alkol bağımlılığı olanlarda 15 evliliğinin 10'unun boşanmayla sonuçlandığı tespit edilmiştir. Bu bulgulara bakılarak boşanma oranlarının oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Asan ve diğerlerinin çalışmasında boşananların oranı daha düşüktür (%7.6). Yine bir başka çalışmada da boşananların oranı % 7.1 olarak bulunmuştur (Mutlu ve Sarıkaya 2019).

Tablo 7. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları

Çocuk Sayısı	Sayı	%
Çocuğu yok	49	64.5
1	11	14.5
2	6	7.9
3	8	10.5
4	2	2.6
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çocuk sayısına göre dağılımı incelendiğinde % 64.5'inin çocuğu olmadığı, % 14.5'inin 1 çocuğu olduğu, % 10.5'inin 3 çocuğunun olduğu, % 7.9'unun 2 çocuğu olduğu, 2 katılımcının ise 4 çocuğu olduğu görülmektedir. Bekar katılımcının sayıca fazla olması nedeniyle çocuğu olmayan birey sayısının fazla çıkması beklenen bir durumdur.

Tablo 8. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	Sayı	%
Hizmet sektörü çalışanı	30	39.5
Zanaatkar ve teknik usta	21	27.6
Profesyonel meslek	11	14.5
Küçük ve orta dereceli işletme sahibi	4	5.3
Mesleği yok	4	5.3
Küçük ya da orta dereceli çalışan	3	3.9
Emekli	3	3.9
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde % 39.5'inin hizmet sektörü çalışanı (iş makinası operatörü, güvenlik görevlisi, kapıcı, satış görevlisi, şoför, garson, kurye, temizlikçi, tarla işçisi, boyacı vb.), % 27.6'sının zanaatkar ve teknik usta (tesisatçı, araba tamircisi, elektrikçi, çiftçi, bahçıvan, kuaför vb.), %14.5'inin profesyonel meslek sahibi (acil tıp teknisyeni, elektrik teknisyeni, muhasebeci vb.), % 5.3'ünün küçük ve orta ölçekli işletme sahibi (esnaf, kuyumcu, eczacı, teknik atölye sahibi vb.), % 5.3'ünün mesleğinin olmadığı, % 3.9'unun küçük ya da orta dereceli çalışan (sekreter, büro çalışanı, büro memuru, hasta bakıcı, çocuk bakıcı) olduğu % 3.9'unun emekli olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre ücret karşılığı hizmet sektörü çalışanlarının çoğunlukta olduğu ve mesleği olmayan katılımcı sayısının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları

Çalışma Durumu	Sayı	%
Çalışmıyorum	43	56.6
Düzensiz çalışıyorum	15	19.75
Düzenli çalışıyorum	15	19.75
Emekli	3	3.9
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çalışma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde aktif çalışma çağında olmasına rağmen % 56.6'sının çalışmadığı, % 19.75'inin düzensiz çalıştığı, yalnızca %19.75'inin düzenli çalıştığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2018)'nün verilerine göre, 2017 yılında madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören kişilerin % 37,77'sinin (4.394) düzenli bir işinin olmadığı, % 27,09'unun (3.151) işsiz olduğu, % 2.664'ünün (307) öğrenci olduğu, %1,26'sının (147) ekonomik olarak aktif olmadığı görülmüştür (TUBİM, 2018, s. 43). Bu verilerle karşılaştırıldığında araştırmaya katılanlarda işsizlik oranının yüksek olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 10. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Çalışma Durumlarının Dağılımları

Çalışma Durumu	Alkol		Madde	
	Sayı	%	Sayı	%
Çalışmayan	7	41.2	35	66.1
Çalışan	7	48.7	27	33.9
Emekli	3	17.6	0	0
Toplam	17	100	53	100

Madde kullananlarda işsizlik oranı alkol kullananlara kıyasla daha yüksek (% 66.1) bulunmuştur. Bu bulguyla uyumlu olarak Evren ve Çakmak'ın çalışmasında madde kullananlar arasında çalışmama oranı % 63 olarak bulunurken alkol bağımlılarında bu oranın çok daha düşük olduğu (%20) gözlenmektedir (2001, s. 145). Asan ve diğerlerinin (2015) çalışmasında çalışmayanların oranı % 54.3 olarak bulunmuştur. Bir başka araştırmada alkol dışı madde kullananlarda çalışmama oranının alkol kullananlardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Bulut vd., 2006). Literatürde madde bağımlıları arasında işsizlik oranının %12-38 arasında olduğu bildirilmiş, madde bağımlıları arasında çalışmıyor olma oranlarının alkol bağımlılarına göre yüksek olduğu vurgulanmıştır (Bulut vd., 2006, s. 68).

Tablo 11. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin İşsizlik Sürelerine Göre Dağılımları

İşsizlik Süresi	Sayı	%
1 aydan az	1	2.3
1-5 ay	11	25
6-11 ay	6	13.6
1 yıl	7	15.9
2 yıl	8	18.2
3 yıl	4	9.1
4 yıl	4	9.1
10 yıl	2	4.5
10 yıl+	1	2.3
Toplam	44	100

Çalışmayan katılımcılar, çalışmadıkları süre bakımından değerlendirildiğinde % 25'inin 1-5 ay, % 18.2'sinin 2 yıl, %15.9'unun 1 yıl, %13.6'sının 6-11 ay, % 9.1'inin 3 yıl, % 9.1'inin 4 yıl boyunca çalışmadığı, 1 yıl ve üzeri süredir çalışmayanların oranının % 59.1 olduğu görülmektedir. Alkol/madde bağımlılarının çalışmama sürelerinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 12. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Aylık Ortalama Gelirlerine Göre Dağılımları

Aylık Ortalama Gelir	Sayı	%
Gelirim yok	33	43.4
1000 TL altı	1	1.3
1000-1900 TL	4	5.3
2000-2900 TL	22	28.9
3000-3900 TL	11	14.5
5000-5900 TL	2	2.6
6000-6900 TL	2	2.6
9000-10000 TL	1	1.3
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aylık ortalama gelirlerine göre dağılımı incelendiğinde % 43.4'ünün gelirin olmadığı, % 28.9'unun 2000-2900 TL, % 14.5'inin 3000-3900 TL, % 5.3'ünün 1000-1900 TL geliri olduğu görülmektedir. Literatürde konuyla ilgili en güncel çalışma olan Mutlu ve Sarıkaya (2019)'nın çalışmasında bireylerin % 54.8'inin kişi başı gelirin 0-500 TL, % 28.1'inin 501-1000 TL, %15.4'ünün 1001-2000 TL olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yarısının en temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek kadar gelirleri olmadığı anlaşılmaktadır. Nisan 2020 verilerine dört kişilik bir ailenin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenebilmesi için yapması gereken aylık gıda harcaması tutarı (açlık sınırı) 2.219 TL, yoksulluk sınırı ise 7.229 TL'dir (<http://www.turkis.org.tr/dosya/H7USIG7y6FoE.pdf>).

Tablo 13. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Madde İçin Ayırdıkları Aylık Bütçeye Göre Dağılımları

Alkol/Madde İçin Ayrılan Aylık Bütçe	Sayı	%
1000 TL altı	9	11.8
1000-1900 TL	14	18.4
2000-2900 TL	12	15.8
3000-3900 TL	12	15.8
4000-4900 TL	5	6.6
5000-5900 TL	9	11.8
6000-6900 TL	6	7.9
7000 TL ve üzeri	9	11.7
Toplam	76	100

Literatürde daha önce yapılan çalışmalarda bireylerin gelirlerinin sorulduğu ancak giderlerinin sorulmadığı fark edilmiştir. Bu sorunun hem bireylerin temel gereksinimlerini karşılayıp karşılayamadıklarını hem de aile ya da çevresel kaynakları kullanma ya da suça bulaşma boyutlarını göstermede yol gösterici olacağı düşünülmüştür. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol/madde kullandığı süreçte yalnızca alkol/madde için ayırdığı bütçeye göre dağılımları incelendiğinde, % 18.4'ünün 1000-1900 TL, % 15.8'inin 2000-2900 TL harcadığı, 3000 TL ve üzeri harcaması olanların oranının % 53.9 (n=41) olduğu, 10000 TL üzerinde harcaması olan 6 üye olduğu, en fazla harcamanın 17000 TL olduğu görülmektedir. Harcaması yüksek olan katılımcıların eroin, harcaması 1000 TL altı olan katılımcıların (%11.8) ilaç ya da alkol bağımlısı olduğu fark edilmektedir. Alkol bağımlılarının da harcamayı düşürmek adına ev yapımı alkol ya da kolonya kullanarak sağlıklarını daha da tehlikeye attıkları bilinmektedir.

Katılımcıların gelir ve gider dengesine dikkat edildiğinde kazançlarının tamamını ya da iki katını alkol/maddeye harcadıkları ortaya çıkmıştır. Bazı katılımcılar gelirim yok seçeneğini seçtikten sonra giderlerini söylemekte çekinmişler ve “nereden geliyor bu para diye sormayacaksınız di mi?” şeklinde teyit almak istemişlerdir. Hastalara gelirleri ile ilgili soruyu sorarken oldukça dikkatli davranılmış, rahatsızlık duymamalarına özen gösterilmiştir. Ortaya çıkan bu bulgular bireylerin aile ve çevre kaynaklarını kullandıklarını ya da suça bulaşmış olabileceklerini düşündürmektedir. Ailesi ile birlikte yaşayan katılımcı sayısının yüksek olması akla en temel gereksinimlerini karşılayabilmek için ailelerinden destek aldıklarını getirmektedir.

Tablo 14. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Dağılımları

Birlikte Yaşanan Kişiler	Sayı	%
Anne-baba-kardeş	25	32.9
Anne-baba	23	30.3
Yalnız	14	18.4
Eş ve çocuklar	7	9.2
Eş	3	3.9
Akraba	3	3.9
Bimekan	1	1.3
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler bakımından dağılımları incelendiğinde % 63.2'sinin kök ailesi ile, % 13.1'inin eş ya da eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır. Kalyoncu vd. (1999)'nin çalışmasında alkol kullanım bozukluğu olanların ailesiyle yaşama oranı % 72 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada madde kullanıcılarının % 56'sının ebeveynleri ya da yakınları ile yaşadıkları belirtilmiştir (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf). Bu bulgular hem bağımlı ailesinin bağımlı bireye olan desteğini sürdürdüğünü hem de bağımlılık yükünü ailenin de taşıdığını göstermektedir. Bu nedenle literatürde bağımlılığın aile üzerindeki

olumsuz etkilerine dikkat çekmek amacıyla bağımlılık için aile hastalığı adlandırılması yapılmaktadır (<http://www.ogelk.net/Dosyadepo/aile.pdf>)

Tablo 15. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Devam Eden Adli Bir Süreci Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Devam Eden Adli Süreç	Sayı	%
Var	44	57.9
Yok	32	42.1
Toplam	76	100

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin devam eden adli bir süreci olup olmadığı yönünden dağılımları incelendiğinde % 57.9'unun devam eden adli bir sürecinin olduğu görülmektedir. Katılımcıların devam eden adli sürecinin TCK Madde 191 kapsamında denetimli serbestlik ya da hırsızlık, gasp, yaralama gibi suçlardan dolayı devam eden mahkeme süreci olduğu saptanmıştır. TCK'nun 191. maddesine göre kullanmak için madde satın alan ya da bulunduran kişi iki yıldan beş yıla kadar hapisle cezalandırılır. Madde kullanan kişi hakkında denetimli serbestlik tedbiri ve gerek görülmesi halinde tedaviye karar verilir. Eğer kişi tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine uymazsa hakkında kamu davası açılır.

Tablo 16. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Devam Eden Adli Süreci Olma Durumlarının Dağılımları

Devam Eden Adli Süreç	Alkol		Madde		İlaç	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	7	41.2	36	67.9	1	33.3
Yok	10	58.8	17	32.1	2	66.7
Toplam	17	100	53	100	3	100

Devam eden adli süreç açısından alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlarda farklılık olup olmadığı incelendiğinde madde bağımlılarında devam eden adli sürecin daha yüksek (% 67.9) olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Bulut vd.'nin (2006) çalışmasında

kullanılan madde türü ile suç öyküsü arasındaki ilişkiye bakılmış, alkol dışında psikoaktif madde kullananlarda suç öyküsünün anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada alkol dışı madde kullananlarda alkol kullananlara göre suç oranının üç kat fazla olduğu, bir diğer çalışmada ise madde bağımlıları arasında suç işleme oranının % 77 olduğu saptanmıştır (Çöpür vd., 2014, s. 85).

Tablo 17. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cezaevinde Kalma Durumlarına Göre Dağılımları

Cezaevinde Kalma Durumu	Sayı	%
Hayır	49	64.5
Evet	27	35.5
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin cezaevinde kalma bakımından dağılımları incelendiğinde % 35.5'inin cezaevinde kaldığı görülmektedir. Benzer şekilde başka bir çalışmada cezaevine girenlerin oranı % 37.3 olarak bulunmuştur (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf). Mutlu ve Sarıkaya (2019)'nın çalışmasında olguların % 26.5'inde cezaevi öyküsü, % 37.3'ünde denetimli serbestlik görülmektedir. Bir diğer çalışmada yatarak tedavi gören 1679 madde kullanıcısının % 59.7'sinin en az bir kez cezaevi yaşantısı olduğu (Çöpür vd., 2014, s. 85), Ögel ve arkadaşlarının çalışmasında madde kullananların % 49,6'sının ceza evine girdiği saptanmıştır (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf).

Tablo 18. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cezaevinde Kalma Sürelerine Göre Dağılımları

Cezaevinde Kalma Süresi	Sayı	%
0-11 ay	16	59.3
1 yıl	2	7.4
2 yıl	1	3.7
4 yıl	1	3.7
5 yıl	2	7.4
6 yıl	2	7.4
7 yıl	2	7.4
10 yıl	1	3.7
Toplam	27	100

Katılımcıların cezaevinde kalma süresi % 59.3 oranıyla 0-11 ay arasındadır. Katılımcılar arasında mükerrer cezaevi süreci olanlar vardır.

Tablo 19. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Cezaevinde Kalma Nedenlerine Göre Dağılımları

Cezaevinde Kalma Nedeni	Sayı	%
Diğer suçlar	18	66.7
Madde ile ilişkili suçlar	9	33.3
Toplam	27	100

Cezaevinde kalma nedenlerini % 33.3 oranında madde ile ilişkili suçların, % 66.7 oranında diğer suçların oluşturduğu görülmüştür. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde, haklarında rapor düzenlenen 113 eroïn bağımlısının % 40.7'sinin madde ile ilgili suç işlediği tespit edilmiştir (Çöpür vd., 2014s. 85). Ögel ve arkadaşlarının çalışmasında madde kullananların cezaevine girmelerine neden olan suçların % 31,4 oranıyla madde kullanımıyla ilgili olduğu saptanmıştır. Suçun niteliğinin incelendiği bir diğer araştırmada suç işleyen madde kullanıcılarının % 51'inin, başka bir araştırmada ise

% 60'ının madde bulundurma suçu işlediği görülmektedir. Geri kalan madde bağımlılarının madde bulundurmanın yanı sıra yaralama, hırsızlık gibi suçlar da işledikleri görülmektedir (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf).

Tablo 20. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Alkol/Madde Bağımlısı Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Ailede Alkol/Madde Bağımlısı Olma Durumu	Sayı	%
Yok	53	69.7
Var	23	30.3
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerinde alkol/madde bağımlısı olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde % 30.3'ünün ailesinde bağımlı üyeler olduğu görülmektedir.

Tablo 21. Kullanılan Maddenin Türüne Göre Bireylerin Ailelerinde Alkol/Madde Bağımlısı Olma Durumlarının Dağılımları

Ailede Alkol/Madde Bağımlısı Olma Durumu	Alkol		Madde	
	Sayı	%	Sayı	%
Yok	9	52.9	41	77.4
Var	8	47.1	12	22.6
Toplam	17	100	53	100

Alkol ve madde kullananlar ayrı olarak ele alındığında alkol kullananların % 47.1'inin, madde kullananların ise % 22.6'sının ailesinde bağımlı birey olduğu görülmektedir. Evren ve Çakmak'ın çalışmasında da alkol kullananların ailesinde bağımlı birey olma durumu % 33.7 iken madde kullananlarda bu oran %18.8 olarak bulunmuştur (2001, s. 146). Bir başka araştırmada da alkol bağımlısı olanların ailesinde bağımlı olma durumu % 44 olarak bulunmuştur (Kalyoncu vd., 1999). Çalışmanın kuramsal kısmında da belirtildiği üzere literatürde alkol kullanımının kalıtsal geçişi ile ilgili daha fazla bulgu vardır. Ancak bu durumu yalnızca kalıtıma indirgemek doğru olmayacaktır. Ailede

bağımlı bir bireyin olmasının bağımlılık açısından risk faktörü olduğu, sosyal öğrenmenin de bağımlılık üzerinde önemli bir etkisi olduğunu belirtmek gerekir.

Tablo 22. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM’de Bulunma Nedenlerine Göre Dağılımları

AMATEM’de Bulunma Nedeni	Sayı	%
Madde	53	69.7
Alkol	17	22.4
Alkol ve madde	3	3.9
Bağımlılık yapıcı ilaç	3	3.9
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin AMATEM Kliniğinde bulunma nedenleri bakımından dağılımları incelendiğinde % 69.7’sinin madde, % 22.4’ünün alkol, % 3.9’unun bağımlılık yapıcı ilaç, % 3.9’unun ise alkol ve madde kullanım bozukluğu nedeni ile AMATEM kliniğinde olduğu görülmektedir. Madde kullanımı olan 53 hastadan 51’i eroin, diğer ikisi çoğul madde kullanmaktadır. Bulut vd.’nin araştırmasında en sık başvuru nedenleri sıralamasında ilk olarak alkol (% 46.8), ikinci olarak eroin (% 42.1), üçüncü olarak esrar (% 7.1) gelmektedir. Evren ve Çakmak’ın araştırmasında yatarak tedavi görenlerin % 67.5’inin alkol, % 14.3’ünün eroin kullandığı, katılımcılardan % 8.6’sının hem alkol hem madde kullandığı saptanmıştır (2001, s. 144). Bir diğer çalışmada olguların % 74’ünün çoğul madde, % 18.2’sinin alkol kullandığı belirlenmiştir (Mutlu ve Sarıkaya, 2019).

Diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere tedaviye başvuran alkol dışı psikoaktif madde kullanıcıları arasında eroin kullanımı ilk sırada yer almaktadır. Bu ilk bakışta eroin kullanımının diğer maddelere göre daha yaygın olduğu izlenimini verebilir ancak gerçekte eroin kullananların diğer psikoaktif maddelere göre daha fazla yardım alma ihtiyacında olduğunu göstermektedir (Evren ve Çakmak, 2001, s. 147).

Avrupa Uyuşturucu Raporu (2019)’a göre en çok kullanılan yasa dışı uyuşturucu madde esrar, en fazla kullanılan uyarıcı madde ise kokaindir. Madde kullanan kişiler arasında,

çoklu madde kullanımı yaygındır. Esrarın kullanım sıklığı diğer maddelere göre beş kat daha fazladır. Eroin ve diğer opioidlerin kullanımı nadir olmaya devam etmektedir. 2017 yılında yetişkinler arasında yüksek riskli opioid kullanımının yaygınlığı AB nüfusunun % 0,4'ü olarak tahmin edilmektedir. Buna rağmen 2017 yılında, Avrupa'da uyuşturucu tedavisine başvuranların % 35'i (171.000) opioid kullanıcısıdır. Opioidler arasında en çok kullanımda eroin ilk sırada gelmektedir. Eroin, çok yüksek bağımlılık yapma potansiyeline sahip olan bir maddedir ve diğer maddelere oranla hızla tolerans gelişir. Aynı etkiyi yakalayabilmek için alınan madde miktarının sürekli artması kişinin madde elde edebilmek için çok zaman harcamasına dolayısıyla işlevselliğinde kayıplara ve suça karışmasına yol açmaktadır. Bu gibi nedenlerle eroin kullanıcıları daha fazla tedaviye başvurmaktadır.

3.2. ALKOL/MADDE KULLANIM SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULAR

Alkol/madde kullanım sürecine ilişkin bulgular, bireylerin alkol/maddeyi ilk kullandığı yaş, daha önceki tedavi girişimleri, en uzun ayıklık süreleri, tekrar alkol/maddeye dönme nedenleri, yatarak tedavi öncesi başvurduğu yöntemler, tedaviye kimin karar verdiği, yatış için bekleme süresi gibi değişkenleri içermektedir.

Tablo 23. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Maddeye Başlama Yaşlarına Göre Dağılımları

Alkol/Maddeye Başlama Yaşı	Sayı	%
10-12	6	7.8
13-16	43	56.7
17-18	8	10.5
18+	19	25
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol/maddeye başlama yaşları bakımından dağılımları incelendiğinde % 68.4'ünün 18 yaş altında alkol/maddeye

başladığı belirlenmiştir. Alkol/maddeye başlama yaşının 13-16 yaş aralığında yoğunlaştığı, en küçük alkol/maddeye başlama yaşının 10 olduğu, alkol/maddeyi ilk kez kullanım yaş ortalamasının ise 16.76 olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2018) verilerine göre, 2017 yılında yatarak tedavi gören hastaların maddeyi ilk kullanım yaşlarının 15-24 yaşları arasında yoğunlaştığı, ilk kez madde kullanımını yaş ortalamasının 21,1 olduğu görülmüştür (TUBİM, 2018, s. 42). Evren ve Çakmak'ın çalışmasında alkole başlama yaşı ortalama 19.19, maddeye başlama yaşı ortalama 18.65'tir. Aynı çalışmada alkol ve maddeye başlama yaşı benzerken yoğun kullanıma başlama yaşının madde kullanıcılarında daha düşük olduğu bulunmuştur (2001, s. 146). Bulut vd.'nin (2006) çalışmasında alkol kullanımına başlama yaşı ortalaması 24.03, alkol dışı madde kullanımına başlama yaş ortalaması % 22.44 olarak bulunmuştur. Mutlu ve Sarıkaya (2019)'nin çalışmasında ise alkol/madde kullanımına başlama yaşının 13-18 arasında yoğunlaştığı, % 32.3'ünün başlama yaşının 13-15 yaş, % 32.5'inin 16-18 yaş olduğu görülmektedir. İlk madde kullanma yaşı ortalamasının Amsterdam'da 17, Gdansk'ta 15.8, Zürih'te 17.1 olduğu saptanmıştır (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf). Ayrıca literatürde madde kullanımına başlama yaşının giderek düştüğü belirtilmektedir .

Tablo 24. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Daha Önce Yatarak Tedavi Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Daha Önce Yatarak Tedavi Olma Durumu	Sayı	%
Evet	56	73.7
Hayır	20	26.3
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin daha önce bir AMATEM kliniğinde tedavi görüp görmeme bakımından dağılımları incelendiğinde % 73.7'sinin daha önce tedavi gördüğü, % 26.3'ünün ise ilk kez tedavi gördüğü belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2018), verilerine göre 2017 yılında tedavi görenlerin % 48,55'i (5.648) ilk kez tedavi görenler, % 51.45'i ise (5.985) daha önce tedavi görenlerdir (TUBİM, 2018, s. 41). Bulut vd.'nin (2006) çalışmasında hastaların %

51.2'sinde, bir diğer çalışmada da olguların % 43.3'ünde daha önce yatarak tedavi olma durumu vardır (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Bu verilerle karşılaştırıldığında araştırmaya katılanların birden fazla tedavi olma oranının oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 25. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Daha Önce Kaç kez Tedavi Gördüklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Yatarak Tedavi Sayısı	Sayı	%
1	20	35.7
2	16	28.5
3	5	8.9
4	7	12.5
5 ve üzeri	8	14,4
Toplam	56	100

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerden daha önce bir kez tedavi görenlerin oranı % 35.7, iki kez tedavi görenlerin oranı % 28.5, dört kez tedavi görenlerin oranı % 12.5'tir. On ve üzerinde yatarak tedavi gören katılımcısı sayısı iki, en fazla yatarak tedavi görme sayısı on ikidir. Bulut vd. (2006)'nin çalışmasında yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış sayısı 1.35 olarak bulunmuştur.

Tablo 26. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Sonrası Madde Kullanmadıkları Sürelere İlişkin Bulguların Dağılımı

Tedavi Sonrası Madde Kullanmadıkları Süre	Sayı	%
1 aydan az	10	17.9
1-5 ay	12	21.4
6-11 ay	11	19.6
1 yıl	11	19.6
2 yıl	4	7.1
3 yıl	3	5.3
4 yıl ve üzeri	5	9.0
Toplam	56	100

Bağımlılıkta tekrar kullanıma dönme anlamına gelen nüks doğal kabul edilen bir olgudur ve amaç ayıklık süresini olabildiğince uzun tutmaktır. Remisyon sürelerini belirlemek için katılımcılara tedavi sonrası madde kullanmadıkları süre sorulmuştur. Katılımcıların tedavi sonrası ayık kalma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde % 21.4'ünün 1-5 ay, % 19.6'sının 6-11 ay, % 19.6'sının 1 yıl, %17.9'unun 1 aydan az remisyonunda kalabildiği, bir yıldan az ayık kalma oranının 58.9 olduğu görülmüştür. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Madde kullanım bozukluğu tedavisinden sonraki 3-6 ay içinde hastalığın nüks etme oranlarının çok yüksek olduğu bilinmektedir. Nüks oranlarını belirlemek için yapılan bir araştırmada 12 aylık bir izlem sonucunda hastaların ancak % 39'unun ayıklıklarını sürdürebildikleri saptanmıştır. Diğer bir çalışmada alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan hastaların % 50-60'ından fazlasının detoksifikasyonu takiben birkaç ay içinde tekrar madde kullanmaya başladıkları tespit edilmiştir (Yılmaz, vd., 2014, s. 244). 2019 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada olguların % 79,5'inin 1-3 ay, % 16,1'inin 4-6 ay ayık kaldığı görülmüştür (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Bir başka çalışmada hastaların % 54.7'si ilk altı ayda, % 81.2'si ilk bir yıl içinde nüks yaşamıştır (Savaşan, Engin ve Ayakdaş, 2013). Görüldüğü gibi bir yılın üzerinde ayık kalma oranları oldukça düşüktür. Ayıklık sürelerinin uzaması için detoksifikasyon dışında başka tür müdahalelere ihtiyaç olduğu açıktır.

Tablo 27. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol Madde Kullanımın Başladıktan Sonra Alkol/Madde Kullanmadıkları En Uzun Süreye İlişkin Bulguların Dağılımı

En Uzun Remisyon	Sayı	%
1 aydan az	6	7.9
1-5 ay	16	21.1
6-11 ay	12	15.8
1 yıl	20	26.3
2 yıl	9	11.8
3 yıl	5	6.6
4 yıl ve üzeri	8	10.4
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol/madde kullanımına başladıktan sonra yaşamlarında alkol/madde kullanmadıkları en uzun süre bakımından dağılımları incelendiğinde % 26.3'ünün 1 yıl, % 21.1'inin 1-5 ay, % 15.8'inin 6-11 ay, % 11.8'inin 2 yıl boyunca remisyonunda kaldığı, en uzun remisyon süresinin 8 yıl olduğu saptanmıştır. Bir yıl ve üzeri ayık kalma oranı % 55.2'dir. Bu oranın tedavi sonrası remisyon oranına (%41.1) göre görece yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum soruya yanıt alınırken ilave edilen açıklamalardan anlaşıldığı üzere kişilerin kendi çabasından ziyade askerlik, cezaevi süreci gibi zorunlu sebeplerden ortaya çıkmıştır.

Tablo 28. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Madde Kullanımına Tekrar Dönme Nedenlerine Göre Dağılımları

Alkol/Madde Kullanımına Tekrar Dönme Nedeni	Sayı	%
Hatırlatıcı arkadaş ve ortam	46	63.9
Boşluk ve keyifsizlik hissi	39	54.2
Öfke, hayal kırıklığı gibi duygular	29	40.3
Bir kereden bir şey olmaz düşüncesi	29	40.3
Alkol/maddeye yoğun istek duyma	25	34.7
Yeni bir yaşam tarzı oluşturamama	19	26.4
Madde teklif edilmesi	18	25
Çevrenin olumsuz bakış açısı ve güvensizliği	18	25
Diğer	20	27.9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Daha önceki nüks durumlarının açığa çıkarılması gelecekteki nüks durumları için önlem almayı kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle katılımcılara alkol/maddeyi bıraktıktan sonra tekrar kullanıma dönme nedenleri sorulmuştur. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol/madde kullanımına yeniden dönme nedenleri incelendiğinde, hatırlatıcı arkadaş ve ortam etkisinin (% 63.9) ve boşluk, keyifsizlik hissinin (% 54.2) en önemli risk faktörleri olarak öne çıktığı belirlenmiştir. % 40.3'ü öfke, hayal kırıklığı gibi duygular nedeniyle, % 40.3'ü bir kereden bir şey olmaz düşüncesiyle, % 34.7'si aşırma nedeniyle, % 26.4'ü yeni bir yaşam tarzı oluşturamadığı için, % 25'i madde teklif edilmesi %25'i çevrenin olumsuz bakış açısı ve güvensizliği nedeniyle yeniden madde kullanımına döndüğünü ifade etmiştir. Bu bulgulardan yola çıkılarak alkol/madde kullanımı için kimi duygu ve düşüncelerin ve beceri eksikliklerinin nükste etkisi olduğu anlaşılmakta, bireylerin özellikle hayır diyebilmek, duygularla baş edebilmek gibi kimi becerileri geliştirmelerine ihtiyaçları olduğu ortaya çıkmaktadır. Genellikle 3 haftadan oluşan detoksifikasyon sürecinde bu becerilerin gelişmesi mümkün değildir. Bu yüzden daha uzun süreli rehabilitasyon sürecine ihtiyaç vardır. Öte yandan işsizlik, ailevi sorunlar, yalnızlık, olumsuz ruhsal durum, fazla para sahibi olmak, ağrılar, uykusuzluk, pişmanlık ise diğer seçeneğine verilen yanıtlardır. Daha önceki bulguların ortaya

koyduğu üzere işsizlik alkol/madde bağımlıları için ciddi bir sorundur. Ailenin madde bağımlısı bireye olan olumsuz tutumu ve güvensizliği de sıkça ortaya çıkan bir durumdur. Kişinin zorlu mücadelesine işsizlik, ailevi sorunlar gibi faktörler de eklenince kişi daha da güçsüzleşip bu durumla baş edememekte ve çareyi yine alkol/maddede aramaktadır.

Tablo 29. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yatarak Tedavi Olma Kararlarını Kimin Verdiğine İlişkin Bulgular

Yatarak Tedavi Kararı	Sayı	%
Kendim	66	86.8
Ailemin Israrı	8	10.5
Adli Zorunluluk	2	2.6
Toplam	76	100

Tedavi motivasyonu, istenen tedavi sonuçlarını destekleyen önemli bir unsur olarak görülmektedir (Savaşan, 2010, s. 119). Alkol/madde bağımlılığı tedavisinde motivasyonun yüksek olmasının tedavi başarısında büyük etkisi olduğu, motivasyonun düşük olmasının tedavide terki artırdığı bilinmektedir. Araştırmada bireylerin tedavi arayışındaki motivasyonunun içsel mi yoksa dışsal mı olduğunu anlamak amacıyla katılımcılara tedaviye kimin karar verdiği sorusu sorulmuştur. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yatarak tedavi kararını kimin verdiğine ilişkin soruya yanıtlarının % 86.8 oranında kendisi, % 10.5 oranında aile ısrarı, % 2.6 oranında adli zorunluluk nedeniyle olduğu görülmektedir. Katılımcılardan aile ısrarı şeklinde yanıt verenler aynı zamanda kendi isteklerinin de olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak motivasyon kaynaklarının daha çok dışsal olduğu düşünülen bu grubun yanıtları aile ısrarı kategorisinde değerlendirilmiştir.

Bireylerin kendi istekleriyle tedaviye başvurmuş olmaları her zaman onların motive oldukları anlamına gelmez (Çakmak ve Evren, 2006). Üstelik motivasyon durağan değil değişken bir olgudur. Kişinin duygu durumu, ailevi durumu, servis ortamında gerçekleşen olaylar gibi kimi faktörler kişinin motivasyonunda değişime yol açabilmektedir.

Tablo 30. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yatarak Tedavi Kararı Vermelerinin Zorlayıcı Olma Durumuna İlişkin Bulgular

Yatarak Tedavi Kararı Vermenin Zorlayıcı Olma Durumu	Sayı	%
Evet	30	39.5
Hayır	46	60.5
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler “yatarak tedavi kararı almak sizin açınızdan zorlayıcı oldu mu?” sorusuna oldukça yüksek bir oranla (% 39.5) evet yanıtı vermişlerdir. Bireylerin ihtiyacı olduğu halde yatarak tedavi kararı verirken zorlanmalarının altında yatan duygu, düşünce ve inançların iyi araştırılması, tedavi öncesinde bu faktörler üzerinde çalışılması gerekmektedir.

Tablo 31. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Yatarak Tedavi Kararı Vermelerindeki Zorlayıcı Nedenlere Göre Dağılımları

Katılımcıların Yatarak Tedavi Kararı Vermelerinde Zorlayıcı Nedenler	Sayı	%
Çevremin duymasından endişe ettim.	10	38.5
Sicilime işler diye düşündüm.	10	38.5
Çok sayıda bağımlının olduğu bir ortamda bulunmaktan çekindim.	8	30.8
İşimi kaybetmekten korktum.	7	26.9
Diğer	14	53.5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler “yatarak tedavi kararı almak sizin için neden zorlayıcı oldu mu” sorusuna % 38.5 oranında çevremın duymasından endişe ettim, % 38.5 oranında sicilime işler diye düşündüm, % 30.8 oranında çok sayıda bağımlının bulunduğu bir ortamda bulunmaktan çekindim, % 26.9 oranında işimi kaybetmekten korktum şeklinde cevap vermiştir. Diğer seçeneğine verilen yanıtlar ise, nasıl olsa bir daha başlarım diye düşündüm, defalarca denedim kurtulamadım yine işe yaramayacak diye düşündüm, yoksunluk krizi yaşamaktan korktum, diğer maddeler açısından

özendirici olur diye çekindim, maddeden vazgeçmekte zorlandım, dışarıdaki sorumluluklarım nedeniyle yatarak tedavi kararı vermekte zorlandım, bağımlı olduğum gerçeğini kabullenmekte zorlandım, hastane ortamını sevmediğim için zorlandım, çocuğumu görememe düşüncesi caydırıcı oldu, bunalır sıkılırim diye düşündüm şeklindedir.

Bulgulara bakıldığında sicile işlenmesi kaygısının bağımlılık tedavisine başvurma kararında en zorlayıcı nedenlerden biri olduğu görülmektedir. Bir diğer nedenin çevre tarafından duyulup damgalanma hatta işini kaybetme kaygısı olduğu belirlenmiştir. Hastaların diğer hastalarla etkileşime girmenin olumsuz yanlarından da (diğer maddeler açısından özendirici olması, yeni arkadaşlıklar, yeni bağlantılar kurulması gibi) endişe duydukları anlaşılmaktadır. Diğer seçeneğine verilen yanıtlara bakıldığında kişinin umutsuzluğunun ve dışarıdaki sorumluluklarının da tedaviye başvurmada engel teşkil edebileceği anlaşılmaktadır.

Tablo 32. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Öncesi Başvurdukları Yöntemlere Göre Dağılımları

Tedavi Öncesi Başvurulan Yöntemler	Sayı	%
Kendi çabamla bırakmaya çalıştım.	67	89.3
Ayaktan tedaviye başvurdum.	64	85.3
Din / inanç temelli organizasyonlardan destek aldım.	11	14.7
Çeşitli dernek ve vakıflardan yardım aldım.	3	4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yatarak tedavi öncesi başvurduğu yöntemler incelendiğinde, % 89.3'ünün kendi çabasıyla bırakmaya çalıştığı, % 85.3'ünün ayaktan tedaviye başvurduğu, % 14.7'sinin din/inanç temelli organizasyonlara başvurduğu, % 4'ünün çeşitli dernek ve vakıflardan yardım aldığı görülmektedir.

Tablo 33. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedaviye Yönlendirilme Durumlarına Göre Dağılımı

Tedaviye Yönlendirilme Durumu	Sayı	%
Evet	10	13.2
Hayır	66	86.8
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler “ilk kez tedavi arayışına girdiğinizde size bilgi veren sizi yönlendiren bir kurum oldu mu” sorusuna % 86.8 oranında hayır şeklinde yanıt vermişlerdir. Evet şeklinde yanıt veren 10 kişiden 6’sı doktor yönlendirmesi, 2’si Yeşilay Danışmanlık Merkezi, 1’i Sosyal Hizmet Merkezi, 1’i Valilik şeklinde yanıt vermiştir. Bu durum Türkiye’de tarama ve tedaviye yönlendirme faaliyetlerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Oysa bağımlılık alanında uzmanlaşmamış sağlık ortamlarında yürütülecek rutin taramalar, alkol ya da madde kullanımıyla ilgili sorun yaşayan kişilerin erken teşhis edilmesine ve tedaviye yönlendirilmesine yardımcı olacaktır.

Tablo 34. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Başvuru Sonrası Kliniğe Yatış İçin Bekledikleri Sürelere Göre Dağılımı

Süre	Sayı	%
0-5 gün	24	31.6
6-10 gün	22	29
11-15 gün	6	7.8
16-20 gün	5	6.6
21-30 gün	19	25
Toplam	76	100

AMATEM’lerde yatarak tedavi için randevu verilmekte ve boş yatak durumuna göre kişiler tedaviye çağırılmaktadır. Tıbbi durumu acil olan vakalar ise bekletilmeksizin tedavi altına alınmaktadır. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin başvuru sonrası kliniğe yatış için bekledikleri süre bakımından oranları incelendiğinde %

31.6'sının 0-5 gün, % 29'unun 6-10 gün, % 25'inin 21-30 gün beklediği görülmektedir. İstanbul ilinde bekleme süresinin çoğunlukla bir ayı geçtiği göz önünde bulundurulursa Ankara ilindeki bekleme sürelerinin makul olduğu söylenebilir. Bu durum AMATEM'in bulunduğu il ve hizmet kapasitesine göre bekleme süresinin değiştiğini göstermektedir.

3.3. TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tedavi sürecine ilişkin bulgular kısmında, bireylerin AMATEM'de tedavi ortamı ve olanakları ile uygulanan tedavi yöntemleri ve prosedürleri hakkındaki değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Tablo 35. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Üst Araması Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Güvenliğimiz ve tedavimizin sağlıklı yürümesi için gerekli.	74	97.4	2	2.6
Üst arama işlemi ve amacı hakkında bilgilendirildim.	64	84.2	12	15.8
Arama yapılması beni kaygılandırdı/korkuttu.	6	7.9	70	92.1
Elbiselerimi çıkarmak beni utandırdı.	21	27.6	55	72.4
Personelin tavrından rahatsız oldum.	18	23.7	58	76.3
Kendimi kötü hissettim.	18	23.7	58	76.3

AMATEM'lerde hastaların servise kabulü öncesinde üstleri ve eşyaları detaylı biçimde aranmaktadır. Bunun iki amacı vardır. Birincisi hastaları kendilerinden veya diğerlerinden gelebilecek tehlikelere karşı korumak ikincisi servise madde sokulmasını önlemektir. Mahremiyet sınırlarını aşan ve rahatsız edici olabileceği düşünülen bu uygulama hakkında bireylerin görüşlerini belirlemek amaçlanmıştır. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin servise kabul işlemlerinden üst araması hakkında düşünceleri incelendiğinde neredeyse tamamının (% 97.4) bu işlemin gerekliliğine inandığı görülmektedir. Yine büyük bir çoğunluğun üst araması işleminden rahatsızlık duymadığı, yaklaşık 1/4'ünün ise rahatsızlık duyduğu anlaşılmaktadır. Elbiselerimi

çıkarmak beni utandırdı diyenlerin oranı % 27.6, personelin tavrından rahatsız oldum diyenlerin oranı % 23.7, kendimi kötü hissettim diyenlerin oranı ise % 23.7 olarak bulunmuştur.

Tablo 36. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Servise Girmesine İzin Verilen Eşya Sınırlaması Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Sayı	%
Güvenliğimiz ve tedavimizin sağlıklı yürümesi için gerekli olduğunu düşünüyorum.	48	63.2
Fazla sınırlayıcı olduğunu düşünüyorum.	28	36.8
Toplam	76	100

AMATEM servislerine güvenliği sağlamak ve madde sokulmasını önlemek amacıyla bazı eşyalar kabul edilmemektedir. Ambalajsız yiyecek, açık tütün sigara, tırnak makası, traş makinası gibi kesici ve delici aletler bunlardan bazılarıdır. Tesbih gibi bazı eşyalar ise tedavi ortamının tedavi edici özelliğini korumak amacıyla servise kabul edilmemektedir. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere servise girmesine izin verilen eşya sınırlaması hakkında düşünceleri sorulduğunda % 63.2'si "güvenliğimiz ve tedavimizin sağlıklı yürümesi için gerekli", % 36.8'i "fazla sınırlayıcı olduğunu düşünüyorum" şeklinde yanıt vermiştir. En fazla ziyaretçilerin getirdiği ambalajsız yiyeceklerin ve traş makinasının servise alınmamasından şikayetçi oldukları görülmüştür. Hastaların traş ihtiyacı için servise haftada bir berber gelmektedir. Ancak bu süre bazen iki haftaya kadar uzayabilmektedir.

Tablo 37. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Gözetim Görevlisi Eşliğinde İdrar Numunesi Verme Zorunluluğu Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Sayı	%
Benim üzerimde olumsuz bir etkisi yok.	42	55.3
Başlangıçta kötü hissetsem de zamanla alıştım.	18	23.7
Halen kötü hissettiriyor.	14	18.4
İdrarımı yapmakta zorlanıyorum	4	5.3
İnsan haklarını ihlalettiğini düşünüyorum.	1	1.3

AMATEM servisine madde sokulmasını önlemek ve tedaviye uyumsuz olan hastaları belirlemek için hastalardan belirli aralıklarla idrar numunesi alınmaktadır. Kişilerin doğru numune vermemesini engellemek amacıyla aynalı odada güvenlik görevlisi eşliğinde numune verme işlemi gerçekleştirilmektedir. Bu uygulamanın hastalar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla uygulamaya ilişkin görüşleri sorulmuştur. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin % 55.3'ü uygulamanın benim üzerimde olumsuz bir etkisi yok, % 23.7'si başlangıçta kötü hissetsem de zamanla alıştım, % 18.4'ü halen kötü hissettiriyor yanıtını vermişlerdir. İdrarımı yapmakta zorlanıyorum, insan haklarını aykırı buluyorum yanıtları ise diğer seçeneğine verilen yanıtlardır. Bu bulgulara göre hastaların yaklaşık yarısının uygulamadan rahatsız olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 38. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Servis Kuralları Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Servis kurallarına uymakta zorluk yaşıyorum.	11	14.5	65	85.5
Mantıksız ya da gereksiz olduğunu düşündüğüm kurallar var.	39	51.3	37	48.6
Kurallar çok katı uygulanıyor.	18	23.7	58	76.3
Kurallar kısıtlandığımı hissettiriyor.	31	40.8	45	59.2
Personelin puanla tehdit etmesinden rahatsız oluyorum.	32	42.1	44	57.9
Boş zaman faaliyetlerine katılmanın zorunlu olması üzerimde baskı hissettiriyor. İsteğe bağlı olmasını tercih ederdim.	45	59.2	31	40.7
Kuralların gerekçeleri açıklandığında mantıklı buluyorum.	68	89.5	8	10.5
Buradaki düzeni sağlamak için kuralların gerekli olduğunu düşünüyorum.	72	94.7	4	5.3
Kuralların beni ve tedavimi koruduğunu düşünüyorum.	71	93.4	5	6.6
Kurallar disipline olmamı sağlıyor.	72	94.7	4	5.3
Kurallar beni dışarıdaki yaşama hazırlıyor.	60	78.9	16	21.1

Her kliniğin mutlaka uyulması gereken kuralları vardır ancak psikiyatri klinikleri özellikli birimler olduğu için daha kurallı birimler oldukları görülmektedir. AMATEM servislerinde kuralların güvenlik işlevi yanı sıra kişinin düzenli yaşaması, hazzı erteleyebilmesi ve kendini başka şeylerle meşgul edebilmesi gibi farklı işlevleri bulunmaktadır. Alkol/madde bağımlılığı olan bireylere kurallar hakkındaki görüşleri sorulduğunda büyük çoğunluğun kuralların gerekliliği ve işlevine inandıkları anlaşılmaktadır. Ancak yine de bazı eleştirileri olduğu dikkat çekmektedir. En fazla boş zaman faaliyetlerine katılmanın zorunlu olmasından şikayetçi oldukları (%59.2) göze çarpmaktadır. Hastalar atölye, spor veya drama gibi aktivitelere katılma zorunluluğunun itici geldiğini, hatta bazıları çocukça geldiğini, halbuki zorunlu olmasalar da katılacaklarını ifade etmişlerdir. Bazı hastalar ise kendilerini iyi hissetmediklerinde kendilerine inanılmadığını ve puan tehdidi ile derse girmeye zorlandıklarını

belirtmişlerdir. Her ne kadar gerekliliğine inanılsa da kuralların kendilerini kısıtladığını düşünenlerin oranı % 40.8'dir. Kuralların varlığı, bireylerin özerkliklerinin elinden alındığını hissettiriyor olabilir. Diğer taraftan katılımcıların % 42.1'i personelin puanla tehdit etmesinden rahatsız olduklarını, bu durumun kendilerine çok itici geldiğini ifade etmişlerdir.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaklaşık yarısının mantıksız ya da gereksiz bulunduğu kurallar olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların en fazla saat 23:00'den sonra sigara içilmemesini (6 kişi), yatış saatinin erken (23:00) olmasını (4 kişi) ve telefon hakkının iki kez ile sınırlı olmasını (3 kişi) mantıksız/gereksiz bulunduğu saptanmıştır. Cep telefonunun yasak olması, tıraş olamamak, ziyaret süresinin kısa olması, dışarıdan ambalajsız yiyecek alınmaması, dışarıdan ihtiyaçlarını satın alamamak, parfüm gibi özel ihtiyaçlarını güvenlikten istemek zorunda kalmak, tesbihin yasak olması, takı takmanın yasak olması, şort giymenin yasak olması, hafta sonu servis dışına çıkma izni olmaması, atölyeye katılımın zorunlu olması verilen diğer yanıtlardır.

Tablo 39. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Uyarı Puanı Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Uyarı Puanı Alma Durumu	Sayı	%
Uyarı puanı aldım.	18	23.7
Uyarı puanı almadım.	58	76.3
Toplam	76	100

AMATEM servisine yatışta hastalara kurallar okunmakta ve tedavi kontratı yapılmaktadır. Kurallara uyulmaması hali puanlanmakta 100 puana ulaşan hastaların taburculuklarına karar verilmektedir. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yatışınız süresince hiç uyarı puanı aldınız mı sorusuna % 23.7 oranında uyarı puanı aldım yanıtı verdiği görülmektedir. Bu durum ilk bakışta hastaların oldukça uyumlu olduğunu düşündürtebilir. Ancak servis ekibince kuralların çok katı uygulanmadığı anlamına da geliyor da olabilir. Uyarı puanı alma nedeni oranlarına bakıldığında % 31.3'ünün ilaç/tansiyon ölçümüne geç kalmak, % 25'inin çakmak bulundurmak, % 25'inin başkasının odasına girmek, % 18.8'inin günaydın toplantısı/SAMBA psiko eğitimine geç kalmak/girmemek olduğu görülmektedir.

Tablo 40. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Uyarı Puanı Aldıktan Sonraki Duygu/Düşüncelerine İlişkin Dağılımları

Duygu/Düşünce	Sayı	%
Hiçbir şey hissettirmedi.	5	18.5
Yatışımın sonlanması düşüncesi beni kaygılandırdı.	12	44.4
Haksızlığa uğradığımı düşünerek öfkelenim.	13	48.1
Tedavimi yarıda bırakmayı düşündüm.	6	22.2
Hiç puan almadan taburcu olmak gibi bir hedefim vardı. Bu yüzden kötü hissettim.	9	33.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler “daha önceki yatışınız ya da bu yatışınızda uyarı puanı aldığınızda bu durum size ne hissettirdi” sorusuna % 48.1 oranında “haksızlığa uğradığımı düşünerek öfkelenim”, % 44.4 oranında “yatışımın sonlanması düşüncesi beni kaygılandırdı”, % 33.3 oranında “hiç puan almadan taburcu olmak bir hedefim vardı, bu yüzden kötü hissettim” % 22.2’si “tedavimi yarıda bırakmayı düşündüm”, % 18.5’i “hiçbir şey hissettirmedi” şeklinde yanıt vermiştir. Araştırmacının gözlemine göre hiç puan almadan taburcu olma hedefi birçok hasta tarafından dile getirilmektedir. Bu yanıtı veren bir hastaya “neden böyle bir hedefiniz var, uyarı puanı almanız ne olurdu?” diye sorulduğunda “bir şeyleri başardığımı hissedecektim” yanıtı alınmıştır. Bu yanıtta da anlaşıldığı üzere uyarı puanı almak bazı hastaların gözünde başarısızlığa uğramak anlamına gelmektedir. Diğer taraftan bulgulardan anlaşıldığı üzere uyarı puanı almanın hastalarda tedavi ekibine karşı öfkeye yol açtığı, kaygı seviyelerini yükselttiği ve tedavi terki düşüncesini tetiklediği görülmektedir.

Tablo 41. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Serviste Yaşadıkları Sağlık Problemlerini Çözümleyebilme Durumlarına Göre Dağılımları

Sağlık Problemi Çözümleyebilme Durumu	Sayı	%
Çözümleyebiliyorum.	59	77.6
Çözümleyemiyorum.	17	22.4
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler “serviste herhangi bir sağlık sorunu yaşadığınızda rahatlıkla çözümleyebiliyor musunuz” sorusuna % 77.6 oranında çözümleyebiliyorum şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo 42. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Serviste Sağlık Hizmeti Alma Konusunda Yaşadıkları Sorunların Kaynağına İlişkin Bulguların Dağılımı

Sorun Kaynağı	Sayı	%
Doktor ve hemşirelere istediğim zaman ulaşamıyorum.	0	0
Hastalığımla ilgili şikayetlerim yeterince dinlenilmiyor.	6	35.3
Verilen tedavinin hastalığıma uygun ve yeterli olmadığını düşünüyorum.	10	58.8
Nöbetlerde asistan doktorlarla ilgili sorun yaşıyorum.	1	5.9
Toplam	17	100

Katılımcılar serviste sağlık hizmeti alma konusunda yaşadıkları sorunların kaynağına ilişkin % 58.8 oranında “verilen tedavinin hastalığıma uygun ve yeterli olmadığını düşünüyorum”, % 35.3 oranında “hastalığımla ilgili şikayetlerim yeterince dinlenilmiyor” şeklinde yanıt vermişlerdir. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların neredeyse tamamı yoksunluk sürecinde verilen ağrı kesicilerin yetersiz geldiğinden şikayet etmişlerdir.

Tablo 43. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Ortamı ve Olanaklarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Görüşler	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi ortamının fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum.	59	77.6	17	22.4
Servisin temizliğinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	67	88.2	9	11.8
Serviste verilen yemeklerin yeterli ve besleyici olduğunu düşünüyorum.	47	61.8	29	38.2
Ziyaret sıklığı ve süresinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	66	86.8	10	13.2
Servisteki boş zaman faaliyetlerinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	66	86.8	10	13.2
Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların bir arada olmasını yanlış buluyorum.	26	34.2	50	68.5
Kadın ve erkek hastaların bir arada olmasını yanlış buluyorum.	25	32.9	51	67.1
Yatış süresinin dışarıdaki yaşama hazırlanmak için yetersiz olduğunu düşünüyorum.	27	35.5	49	64.5
Dış dünyayla hiç temasımızın olmamasını yanlış buluyorum.	24	31.6	52	68.4

Tedavi ortamı ve olanaklarının hastaların servisteki ihtiyaçlarının karşılanma düzeylerini belirlediği ve motivasyonları üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalara tedavi ortamı ve olanaklarına ilişkin görüşleri sorulduğunda % 77.6'sı fiziksel koşulların, % 88.2'si servis temizliğinin, % 61.8'i yemeklerin, % 86.8'i ziyaret süresi ve sıklığının, % 86.8'i boş zaman faaliyetlerinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgulara bakıldığında bireylerin çoğunluğunun olumlu kanaatte olduğu ve ihtiyaçlarının önemli ölçüde karşılandığı söylenebilir.

Katılımcılardan 26'sının (% 34.2) alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarının bir arada olmasını, 25'inin (% 32.9) de kadın ve erkek hastaların bir arada olmasını yanlış bulduğu görülmektedir. Bu soruya evet yanıtı verenlere nedeni sorulduğunda,

“birbirimizi anlamıyoruz”, “madde hastaları hep maddeden konuşuyor”, “alkol hastaları maddeye ya da madde hastaları alkole yönelebiliyor”, “madde hastaları yaşça küçük, hijyene önem göstermiyorlar, eşyaları hor kullanıyorlar” şeklinde yanıtlar alınmıştır. Evet yanıtı veren bir katılımcı “madde hastasıyla aynı ortamda bulunmak istemedikleri için alkol hastaları tedaviden mahrum kalıyor” demiştir. Hayır yanıtı veren bir katılımcı ise “alkol hastaları en azından madde dışında şeylerden konuşuyor” şeklinde olumlu bir yöne dikkat çekmiştir. Kadın ve erkek hastaların bir arada olmasına karşı çıkanlar ise erkek ve kadın hastaların arasında yakınlaşmalar olabildiğini, erkeklerin birbirine düştüğünü ve bu durumun toplu taburculuklara sebep olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Yatış süresinin dışarıya hazırlanmak için yetersiz olduğunu düşünenlerin sayısı 27 (% 35.5)'dir. Bu oranın düşük kalmasında Ankara AMATEM Servisinde 21 gün diye net bir yatış süresi olmamasından, çoğunlukla kişinin isteği ve ihtiyacına göre sürenin uzatılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim bazı katılımcılar “burada belirli bir süre yok ki isteğe bağlı uzatılabilir” diye belirtmişlerdir. “Dış dünyayla hiç temasımızın olmamasını yanlış buluyorum” diyenlerin oranı % 31.6'dır. Bu konuda bir katılımcı “bize güvenilmiyor halbuki burada güven aşılanmalı”, diğer bir katılımcı ise “burası basamak basamak bizi dışarı hazırlamalı, İzmir AMATEM'de 15 gün sonunda saatlik izin, 3 hafta sonra 1 gün, 4 hafta sonra hafta sonu boyunca dışarı çıkma izni veriliyor” şeklinde yanıt vermiştir.

Tablo 44. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Günaydın Toplantılarına İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı

Değerlendirme	Sayı	%
Diğer hastalar ve tedavi ekibiyle etkileşimin yararlı olduğunu düşünüyorum, farklı bakış açılarından faydalaniyorum.	52	68.4
Günaydın toplantılarının taburculuk sonrası hayatımız için bir faydası olduğunu düşünmüyorum.	14	18.4
Günaydın toplantılarının yararlı olduğunu düşünüyorum fakat her gün yapılmasının fazla olduğunu düşünüyorum.	7	9.2
Günaydın toplantılarının mantığını ve amacını anlamış değilim.	3	3.9
Toplam	76	100

AMATEM servislerinde günaydın toplantıları her sabah grup biçiminde yapılmakta ve serviste yatan tüm hastaların katılımı ile gerçekleşmektedir. Tedavi ekibi üyesinin toplantıdaki rolü kolaylaştırıcılıktır. Daha çok hastaların kendini ifade edebilmeleri hedeflenmektedir. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylere günaydın toplantısını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda % 67.1 oranında “diğer hastalar ve tedavi ekibiyle etkileşimin yararlı olduğunu düşünüyorum, farklı bakış açılarından faydalanıyorum”, % 18.4’  “günaydın toplantılarının taburculuk sonrası hayatımız için bir faydası olduğunu düşünmüyorum”, % 9.2’si “günaydın toplantılarının yararlı olduğunu düşünüyorum fakat her gün yapılmasının fazla olduğunu düşünüyorum”, % 3.9’u “günaydın toplantılarının mantığını ve amacını anlamış değilim” şeklinde yanıt vermiştir. Günaydın toplantılarının hergün yapılmasını fazla bulanlar, konuşulacak konu bulamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 45. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin SAMBA Psiko Eğitimlerine İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı

Değerlendirme	Sayı	%
Birçok kez aynı eğitimleri almış olsam da tekrar edilmesini faydalı buluyorum.	27	35.5
Eğitimleri ilk kez aldığım ve yeni bilgiler edindiğim için faydalı buluyorum.	25	32.9
Birçok kez aynı eğitimleri aldığım için eğitim içeriğinin değişmesi gerektiğini düşünüyorum.	11	14.5
Diğer	13	17.0
Toplam	76	100

Hastalar denetimli serbestlik sürecinde ve AMATEM servisi mükerrer yatışlarında aynı içerikteki psikoeğitim programına tabi tutulmaktadırlar. Özellikle mükerrer yatışı olan hastaların aynı eğitimi birden fazla kez alıyor olmalarından nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla SAMBA psikoeğitimleri hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler SAMBA psikoeğitimlerini nasıl değerlendiriyorsunuz soruna % 35.5 oranında “birçok kez aynı eğitimleri almış olsam da tekrar edilmesini faydalı buluyorum, % 32.9’u “eğitimleri ilk kez aldığım ve yeni bilgiler edindiğim için faydalı buluyorum”, % 14.5’i “birçok kez aynı eğitimleri aldığım için

eğitim içeriğinin değişmesi gerektiğini dűřunuyorum” % 3.9’u “birçok kez aynı eğitimi aldığım için tekrar etmek beni bunaltıyor” şeklinde yanıt vermiştir. Diđer seçeneğine verilen yanıtlar ise henűz eğitim almadım, bana maddeyi daha fazla hatırlatıyor bu nedenle rahatsız oluyorum, eğitimleri ilk kez almama rağmen bildiğim bilgileri içerdiği için faydasız buluyorum, eğitimin faydası anlatıcıya gűre değişiyor şeklinde dir. Tekrar edilmesini faydalı bulan katılımcılar anlatılanların unutulduğunu ve tekrar edilmesinin bu nedenle yararlı olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 46. Alkol/Madde Kullanım Bozukluđu Olan Bireylerin Bireysel Gűrűşmelere İliřkin Deđerlendirmelerinin Dađılımı

Değerlendirme	Sayı	%
Bireysel gűrűşmelere katılıyor ve fayda gűrűyorum.	44	57.9
Bireysel gűrűşmelere henűz katılmadım, katılmak istiyorum.	20	26.3
Bireysel gűrűşmelere katılmıyorum. İhtiyaç duymuyorum.	7	9.2
Bireysel gűrűşmelere katılıyor fakat fayda gűrűmüyorum.	3	3.9
Psikolođumdan hořlanmadıđım için gűrűşmelere katılmıyorum.	2	2.6
Toplam	76	100

AMATEM servislerinde haftada bir ya da iki kez psikologlar tarafından bireysel gűrűşmeler gerçekleřtirilmektedir. Alkol /madde kullanım bozukluđu olan bireyler servisteki bireysel gűrűşmeleri nasıl deđerlendiriyorsunuz sorusuna % 57.9 oranında katıldıklarını ve fayda gűrdüklerini, % 26.3 oranında henűz katılmadıklarını fakat katılmak istediklerini, % 9.2 oranında katılmadıklarını unkű ihtiyaç duymadıklarını ifade etmiřlerdir. Katılımcılardan ű bireysel gűrűşmelere katıldığını fakat fayda gűrmedini, ikisi psikolođundan hořlanmadıđı için gűrűşmelere katılmadığını ifade etmiřtir. Henűz gűrűşmelere katılmayanlar dıřarıda tutulduđunda bireysel gűrűşmelerden fayda gűrenlerin çođunlukta olduđu gűrűlmektedir.

Tablo 47. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM Kliniğinden Aldıkları Hizmeti Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Değerlendirme	Sayı	%
İyi	47	61.8
Fena değil	26	34.2
Kötü	3	3.9
Toplam	76	100

Katılımcılara AMATEM kliniğinden aldıkları hizmeti genel olarak nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda % 61.8 oranında iyi, % 34.2 oranında fena değil, % 3.9 oranında ise kötü yanıtı alınmıştır. Aldıkları hizmeti kötü olarak değerlendirenlerinin oranının çok düşük olması hasta memnuniyetinin önemli ölçüde sağlandığını göstermektedir.

Tablo 48. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM’de Uygulanan Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Sayı	%
Geliştirilebilir	38	50
Yeterli	29	38.2
Yetersiz	9	11.8
Toplam	76	100

Katılımcılara AMATEM’de uygulanan tedavi yöntemlerinin yeterli olup olmadığı sorulduğunda % 50’si geliştirilebilir, % 38.2’si yeterli, % 11.8’i yetersiz şeklinde yanıt vermiştir. Yetersiz ve geliştirilebilir diyenlerin oranının % 61.8 olması hastaların tedavi yöntemi anlamında farklı uygulamalara ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Tablo 49. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin İstedikleri Tedavi Yöntemlerinin Dağılımları

Tedavi Yöntemleri	Sayı	%
Tıbbi tedavi desteği artırılabilir.	26	72.2
Daha fazla aktivite olabilir.	7	19.4
Tedavi süresi daha uzun olabilir.	3	8.3
Diğer	9	25.2

AMATEM’de uygulanan tedavi yöntemlerini yetersiz ya geliştirilebilir bulanların % 72.2’si arındırma sürecindeki tıbbi tedavi desteğinin artması gerektiğini (daha güçlü ağrıkesiciler verilmesi gerektiğini), % 19.4’ü daha fazla aktivite olması gerektiğini % 8.3’ü tedavi süresinin daha uzun olması gerektiğini düşünmektedir. Diğer yanıtlar ise bireysel görüşmelerin sayısının artması, meslek edindirme kurslarının olması, ödül puanı uygulaması olması, Adsız Narkotiklerin katılımının olması, grup terapisi yapılması, farklı bir tıbbi tedavi uygulanması, daha fazla bireysel ilgi gösterilmesi, servis dışına çıkma izni olması gerektiği yönündedir.

Daha önce Almanya’da tedavi gördüğünü ifade eden bir hasta ise oradaki tedavi süresinin en az 9 ay olduğunu, tedavi ekibinin hastaların tüm biyopsikososyal ihtiyaçları ile ilgilendiğini, Türkiye’de de tedavi süresinin uzaması ve bireysel ilginin artması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 50. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Görüşlerine Başvurulma Durumlarına Göre Dağılımları

Görüşlerine Başvurulma	Sayı	%
Evet	46	60.5
Hayır	30	39.5
Toplum	76	100

Kuramsal kısımda da belirtildiği üzere tedavi edici bir ortamda hastaların tedavi sürecine katılmalarını sağlamak, hastaların haklarını ve ihtiyaçlarını belirlemek için onları cesaretlendirmek gereklidir. Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler tedavi sürecinde size sunulan hizmetlerle ilgili sizin görüşünüze başvuruluyor mu sorusuna % 60.5 oranında evet yanıtı vermişlerdir.

Tablo 51. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Değerli Olduklarını ve Önemsendiklerini Hissetme Durumlarına Göre Dağılımları

Değerli Olma ve Önemsendiğini Hissetme	Sayı	%
Çoğu zaman	48	63.2
Bazen	15	19.7
Nadiren	8	10.5
Hiç	5	6.6
Toplam	76	100

Katılımcılar tedavi sürecinde değerli olduğunuzu ve önemsendiğinizi hissediyor musunuz sorusuna % 63.2 oranında çoğu zaman, % 19.7 oranında bazen, % 10.5 oranında nadiren, % 6.6 oranında hiç yanıtı vermişlerdir. Bu bulgulara bakılarak tedavi süreci içerisinde değerli olduğunu ve önemsendiğini hissetme oranının oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 52. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Bulguların Dağılımı

Sorunlar	Sayı	Yüzde
Herhangi bir sorun yaşamıyorum	30	41.1
Güvenlik görevlilerinin uygunsuz/rahatsız edici tavır, davranış ve üslupları	17	23.3
Diğer hastaların rahatsız edici tavır ve davranışları	9	12.3
Hastaların madde hakkında çok fazla konuşması	5	6.8
Tedavi ekibinden yeterince ilgi görememe	4	5.5
Tedavi ekibinin uygunsuz davranış ve üslupları	3	4.1
Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların bir arada olması	3	4.1
Yeterince dinlenilmemek	3	4.1

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere tedavi sürecinde karşılaştıkları sorunlar sorulduğunda, % 41.1'i herhangi bir sorun yaşamadığını, % 23.3'ü güvenlik görevlilerinin uygunsuz/rahatsız edici tavır, davranış ve üsluplarından, % 12.3'ü diğer hastaların rahatsız edici tavır ve davranışlarından, % 6.8'i hastaların madde hakkında çok fazla konuşmasından, % 5.5'i tedavi ekibinden yeterince ilgi görememekten, % 4.1'i tedavi ekibinin uygunsuz davranış ve üsluplarından, % 4.1'i alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların bir arada olmasından, % 4.1'i yeterince dinlenilmekten rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Diğer yanıtlar ise verilen ağrı kesicilerin yetersiz olması, hasta olduğumu söylediğimde inanılmaması ve derslere katılmaya zorlanmam, gece uyuyamamak, diğer hastaların öz bakım eksikliği, kurallara uyum sağlamakta zorlanmak, yemeklerin kötü olması, personelin puanla tehdit etmesi, üst aramalarının özenli yapılmaması ve içeriye madde sokulması, puan sisteminin katı uygulanmaması, üst arama işleminin rahatsız edici olması, motive olmayan hastaların servise alınması, güvenlik görevlisinin üst araması sırasında fiziksel temasta bulunması, can sıkıntısı, servis işleyişindeki organizasyon eksikliği, bağımlılık konusunda verilen bilginin eksik olması, erkek hastaların kadın hastalarla yakınlaşmaya çalışması, dayatmanın fazla olması, boş zaman faaliyetlerine katılmanın zorunlu olması şeklindedir.

Bu bulgulara bakılarak güvenlik görevlilerinin alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaya yönelik doğru yaklaşım konusunda bilgi eksiklerinin olduğu ve eğitim ihtiyacı içinde oldukları görülmektedir. Hastaların alkol/madde hakkında çok fazla konuşması da tedavi sürecinde karşılaşılan güçlüklerden biridir. Araştırmacının bu konudaki gözlemi küçük yaşta maddeyle tanışan ve madde ile örülü bir yaşam süren hastaların madde dışında konuşulacak konu bulmakta zorlandıkları yönündedir.

Tablo 53. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedaviyi Yarıda Bırakmayı Düşünmelerine Göre Dağılımları

Tedaviyi Yarıda Bırakma Düşüncesi	Sayı	%
Evet	38	50
Hayır	38	50
Toplam	76	100

Alkol/madde bağımlılığı tedavisinde tedaviyi erken terk etme sıkça karşılaşılan bir durumdur. Araştırmada alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyler “tedavi sürecinde tedavinizi yarıda bırakmayı hiç düşündünüz mü” sorusuna % 50 gibi yüksek bir oranla evet yanıtı vermişlerdir. Tedavi terkine yol açan nedenlerin iyi araştırılmasının tedavi terkinin azaltacağı düşünülmektedir.

Tablo 54. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedaviyi Yarıda Bırakma Düşüncelerinin Nedenlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Neden	Sayı	%
Yoksunluk belirtileri	10	26.3
Diğer hastaların alkol/madde hakkında çok fazla konuşması	10	26.3
Alkol/maddeye yönelik istek duyma	8	21.1
Ortama alışamama	3	7.9
Dışarıdaki sorumluluklar nedeniyle	2	5.3
Tedavinin işe yaradığından şüphe duyma nedeniyle	2	5.3
Yeterince ilgi görememe	2	5.3
Diğer	8	42.4

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Katılımcılar tedavilerini yarıda bırakmayı düşündürecek en önemli neden olarak % 26.3 oranında yoksunluk belirtilerini, % 26.3 oranında diğer hastaların madde hakkında çok fazla konuşmasını, % 21.1 oranında alkol/maddeye istek duymalarını, % 7.9 oranında ortama alışamamanın neden olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer nedenler ise dışarıdaki sorumluluklar, tedavinin işe yaradığından şüphe duyma, yeterince ilgi görememe, ortamdan sıkılma, nasıl olsa başaramayacağım diye düşünme, uyarı puanı alma, ruhsal sorunlar, atölyeye katılmanın zorunlu olması, diğer hastaların tavır ve davranışları, düzeldiğini düşünme, ailenin güvensizliği şeklindedir.

Tablo 55. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Diğer Hastalar Hakkında Duygu/Düşüncelerinin Dağılımı

Duygu/Düşünce	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastalar alkol/madde hakkında çok fazla konuşuyor.	73	96.1	3	3.9
Farklı insanlarla bir arada yaşam oldukça zorlayıcı oluyor.	37	48.7	39	51.3
Bağımlılar olarak bir arada olmamızın olumsuz yanları çok.	55	72.4	21	27.6
Burada edindiğim arkadaşlıklarımı dışarıda da sürdürmeyi düşünüyorum.	11	14.5	65	85.5
Diğer hastalarla etkileşim motivasyonumu olumlu yönde etkiliyor.	41	53.9	35	46.1
Bazı hastalardan zarar görmekten korkuyorum.	20	26.3	56	73.6
Bazen neden bu insanların arasındayım diye düşünüyorum.	58	76.3	18	23.6
Gerçekten alkol/maddeyi bırakmak isteyen hasta sayısının az olduğunu düşünüyorum.	68	89.5	8	10.5

Tablo 56’da görüldüğü üzere hastaların alkol/madde hakkında çok konuştuğu hakkında fikir birliği (%96.1) olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum hastaların alkol/maddeyi aşermesine ve bazen de taburcu olmalarına yol açmaktadır. Farklı insanlarla bir arada olmak zorlayıcı diyenlerin oranı % 48.7’dir. Farklı eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyden gelen hastaların bir arada uzun süre yaşamasının zorlayıcı olması anlaşılabilir bir durumdur. Bağımlılar olarak bir arada olmamızın olumsuz yanları çok diyenlerin oranı % 72.4’tür. Bunun altında yatan sebeplerin ise farklı maddeleri tanıma, yeni arkadaşlıklar ve bağlantılar kurma olduğu söylenebilir.

Her ne kadar hastalara klinikteki arkadaşlıklarını dışarıda sürdürmemeleri tavsiye edilse de klinikte edindiği arkadaşlıkları sürdürmeyi düşünenlerin oranı % 14.5’tir. Diğer hastalarla etkileşimin motivasyonunu artırdığını söyleyenlerin oranı % 53.9, bazı hastalardan korktuğunu söyleyenlerin oranı ise % 26.3’tür. Bazen neden bu insanların arasındayım diye düşünenlerin oranı % 76.3 olarak bulunmuştur. “Neden ben bunun içine düştüm”, “keşke olmasaydı, bu aşamaya gelmeseydim”, “bende bir kusur var”, “ben burada ne arıyorum, insanlar buraya garip gözle bakıyor”, “benim çevremde yok, ben

neden (bağımlı) oldum”, “ben bu duruma düşecek insan değildim”, “daha güzel bir yerde olabilirdim”, “herkese sözümü geçirdim, 50 cl’lik alkole sözümü geçiremedim” gibi yorumlar dikkat çekicidir. Bu yorumlara bakıldığında nedenin daha çok pişmanlık ve kendine yakıştıramama olduğu, kendinde kusur bulma gibi güçsüzleştirici ifadeler barındırdığı anlaşılmaktadır.

Araştırmanın şaşırtıcı sonuçlarından biri de katılımcıların gerçekten alkol/maddeyi bırakmak isteyen hasta sayısının az olduğunu düşünmeleridir (% 89.5). “Kendine torbacı arayan var, arkadaş arayan var”, “ailelerinin gözünü boyamak için yatıyorlar, başkasının tedavi hakkını engelliyorlar”, “paraları bittiği için ara vermeye gelmişler” bu soruyla ilgili yapılan yorumlardan bazılarıdır.

Tablo 56. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Ekibi Hakkında Duygu/Düşüncelerinin Dağılımı

Duygu/Düşünce	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi ekibi saygılı ve iyi davranıyor.	74	97.4	2	2.6
Tedavi ekibinin alanda yeterince bilgili ve tecrübeli olduğunu düşünüyorum.	64	84.2	12	15.8
Tedavi ekibi düzeleceğime dair bana umut veriyor.	66	86.8	10	13.2
Tedavi ekibi maddeyi bırakma yönünde motivasyonumu artırıyor.	66	86.8	10	13.2
Duygu ve düşüncelerimi rahatlıkla ifade edemiyorum.	16	21.1	60	78.9
Tedavi ekibi tarafından anlaşılmadığımı hissediyorum.	15	19.7	61	80.3
Tedavi ekibi tarafından önemsenmediğimi hissediyorum.	8	10.5	68	89.5
Tedavi ekibinin bana tepeden baktığını, beni hor gördüğünü hissediyorum.	7	9.2	69	90.8

Tablo 57’deki bulgulara bakıldığında hastaların oldukça yüksek oranda tedavi ekibinin kendilerine iyi davrandığını düşündükleri (97.4), tedavi ekibinin alandaki bilgi ve tecrübesine güvendikleri (% 84.2), tedavi ekibinin motivasyonlarını yükselttiklerini ve iyileşecekleri yönünde umutlarını artırdıklarını (% 86.8), kendilerini rahatlıkla ifade

edebildiklerini (% 78.9), anlaşıldıklarını (% 80.3) ve önemsendiklerini hissettikleri (% 89.5) görülmektedir. Tedavi ekibi tarafından hor görüldüklerini hissedenlerin oranı ise % 9.2'dir. Bu olumlu verilerin yüksekliği Ankara AMATEM servisindeki tedavi ekibinin tedavi edici ortamın ilişkisel boyuttaki gereklerini yüksek oranda yerine getirdiklerini göstermektedir.

3.4. TABURCULUK SONRASI GEREKSİNİMLERE İLİŞKİN BULGULAR

Taburculuk sonrası gereksinimler başlığı altında bireylerin yatarak tedavi sonrasında ayık kalabilmeleri için ihtiyaç duydukları uygulama ve hizmet modellerine ilişkin görüşlerine yer verilmiştir.

Tablo 57. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburculuk Sonrasına İlişkin Durumlarının Dağılımı

Durum	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Taburculuk sonrası yaşama hazır hissediyorum.	51	67.1	25	32.9
Taburculuk sonrası planlarım net.	47	61.8	29	38.2
Taburculuk sonrası yaşamla ilgili kaygılarım var.	43	56.6	33	43.4
Dışarıdaki yaşam beni korkutuyor.	39	51.3	37	48.7
Tedavimi dışarıda da sürdürmeyi düşünüyorum.	59	77.6	17	22.4
Yaşadığım yeri değiştirmeyi planlıyorum.	42	55.3	34	44.7
Arkadaş çevremi değiştirmeyi planlıyorum.	61	80.3	15	19.7
Düzeleceğim konusunda umutluyum.	72	94.7	4	5.3
Değişim için neler yapmam gerektiğini biliyorum ancak bunları nasıl hayata geçireceğimi bilmiyorum.	57	75.0	19	25.0
Taburculuk sonrası hemen çalışmaya başlamayı düşünüyorum.	54	71.1	22	18.9

Tablo 58'e bakıldığında hastaların taburculuk sonrası yaşama hazır hissetme oranlarının % 67.1, planları net olanların oranının % 61.8 olduğu, % 56.6'sının dışarıdaki yaşamla

ilgili kaygılarının olduğu, dışarıdaki yaşam beni korkutuyor diyenlerin oranının % 51.3 olduğu, tedavisini sürdürmeyi düşünenlerin oranının % 77.6, yaşadığı yeri değiştirmeyi planlayanların oranının % 55.3 olduğu, arkadaş çevresini değiştirmeyi planlayanların oranının % 80.3 olduğu, hemen çalışmaya başlamayı düşünenlerin oranının % 71.1 olduğu, düzeleceğine dair umutlu olanların oranının % 94.7 olduğu, değişim için yapması gerekenleri nasıl hayata geçireceğini bilmeyenlerin oranın ise % 75 olduğu görülmektedir.

Hastaların çok büyük oranda iyileşeceklerine dair umut taşıyor olmaları sonucu oldukça sevindiricidir. Ancak yaklaşık yarısının kaygıları olduğu, yine yaklaşık yarısının dışarıdaki yaşamdan korktuğu anlaşılmaktadır. Yüksek oranda neleri değiştirmeleri gerektiğini bildikleri ancak bunları nasıl hayata geçireceklerini bilmedikleri sonucu bu noktadaki destek ihtiyaçlarını açığa koymaktadır. Yine katılımcıların yaklaşık yarısının çevre değişikliği ihtiyacının da maddi imkanlarla ilgili olduğu unutulmamalıdır.

Tablo 58. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Dışarıdaki Yaşamla İlgili Kaygı Nedenlerine Göre Dağılımları

Kaygı Nedeni	Sayı	%
Tekrar maddeye başlama düşüncesi	42	55.3
Yaşadığım çevre/arkadaş grubum	36	47.4
Ailemin/çevremin bana yaklaşımı ve bakış açısı	35	46.1
Çalışma durumum	32	42.1
Sorumluluklarımı yerine getirememek	32	42.1
Devam eden adli süreçler	29	38.2
Gelir kaygısı	27	35.5
Barınma sorunu	6	7.9
Herhangi bir kaygım yok	3	3.9
Çocuklarımı görememek	1	1.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere dışarıdaki yaşam ile ilgili sizi en çok kaygılandıran nedir sorusuna % 55.3 oranında tekrar maddeye başlama düşüncesi, % 47.4 oranında yaşadığım çevre/arkadaş grubum, %46.1 oranında ailemin/çevrem bana yaklaşımı ve bakış açısı, % 42.1 oranında çalışma durumum, % 42.1 oranında sorumluluklarımı yerine getirememek, % 38.2 oranında devam eden adli süreçler, % 35.5 oranında gelir kaygısı, % 7.9 oranında barınma sorunu şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo 59. Alkol /Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Remisyonda Kalabilmeleri İçin İhtiyaçlarına Göre Dağılımları

İhtiyaç	Sayı	%
Bir iş bulup çalışmak/çalışmayı sürdürmek	58	77.3
Tıbbi tedavi	57	76
Psikolojik ve sosyal destek	55	73.3
Arkadaş çevresini değiştirmek	53	70.7
Yeni hobiler edinmek, bir şeylerle meşgul olmak	52	69.3
Taburculuk sonrası hizmetlerden yararlanmak	45	60
Yaşadığı semti/şehri değiştirmek	43	57.3
Yeni beceriler edinmek	38	50.7
Kendine yardım gruplarına katılmak	29	38.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylere remisyonda kalabilmek için gerektiğini düşündükleri şeyler sorulduğunda % 77.3 oranında bir iş bulup çalışmak/çalışmayı sürdürmek, % 76 oranında tıbbi tedavi, % 73.3 oranında psikolojik ve sosyal destek, % 70.7 oranında arkadaş çevremi değiştirmek, % 69.3 oranında yeni hobiler edinmek, bir şeylerle meşgul olmak, % 60 oranında taburculuk sonrası hizmetlerden yararlanmak, % 57.3 oranında yaşadığı semti/şehri değiştirmek, % 50.7 oranında yeni beceriler edinmek

(iletişim becerileri, hayır diyebilmek, problem çözme, güçlüklerle baş edebilme vb.), % 38.7 oranında kendine yardım gruplarına katılmak olarak yanıt vermişlerdir.

Tablo 60. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM Kontrollerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Görüş	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
AMATEM'e ulaşım oldukça zor.	41	54.7	34	45.3
Her görüşmede farklı doktorla karşılaşıyorum. Öykümü tekrar tekrar anlatmak zorunda kalıyorum.	36	48.6	38	51.4
Doktorların ayırdığı süre yetersiz.	31	41.3	44	58.7
Poliklinik hizmeti için çok zaman harcıyorum.	47	62.6	28	37.3
İş yerimden izin almakta zorlanıyorum.	23	41.1	33	58.9
Eski ya da aktif kullanıcılarla karşılaşmak maddeyi aklıma getiriyor.	55	73.3	20	26.6

Tablo 61'e bakıldığında hastaların yaklaşık yarısının (% 54.7) AMATEM'e ulaşımı zor bulunduğu, yine yaklaşık yarısının (% 48.6) her görüşmede farklı doktorla karşılaşmaktan yakındığı, % 41.3'ünün poliklinik kontrolü süresinin yetersiz olduğunu düşündüğü, % 62.6'sının poliklinik hizmeti için çok zaman harcadığını düşündüğü, % 41.1'inin iş yerinden izin almakta zorlandığını, % 73.3'ünün madde kullanıcılarıyla aynı ortamı paylaşma sonucu maddeyi hatırladıkları görülmektedir.

Tablo 61. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburculuk Sonrası Hizmetleri Yeterli Bulma Durumunun Dağılımı

Yeterli Bulma	Sayı	%
Fikrim yok	42	55.3
Yeterli	13	17.1
Geliştirilebilir	12	15.8
Yetersiz	9	11.8
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere taburculuk sonrası hizmetleri yeterli bulup bulmadıkları sorulduğunda % 55.3 oranında fikrim yok, % 17.1 oranında yeterli, % 15.8 oranında geliştirilebilir, % 11.8 oranında yetersiz yanıtı alınmıştır.

Tablo 62. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Almak İstedikleri Hizmetlere İlişkin Bulguların Dağılımı

Hizmet	Sayı	%
Düzenli iş olanağı	51	67.1
Tıbbi tedavi	51	67.1
Bireysel danışmanlık	39	51.3
Aile görüşmeleri	39	51.3
Sosyal/kültürel aktiviteler	38	50.0
Psikoeğitim grupları	36	47.4
Sosyal beceri eğitimi	33	43.4
İş-uğraş çalışmaları, mesleki beceri edindirme programları	33	43.4
Sosyal destek hizmetleri	25	32.9
Maddi yardım	21	27.6
Grup çalışmaları	17	22.4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılara “taburcu olduktan sonra bağımlılık sorununuzu çözenizi sağlayacak ne tür uygulamalar olsa, bağımlılık davranışınızın tekrarlamayacağını düşünüyorsunuz?” sorusu yöneltildiğinde % 67.1’i düzenli iş olanağı, % 67.1’i tıbbi tedavi, % 51.3 oranında bireysel danışmanlık, % 51.3 oranında aile görüşmeleri, % 50 oranında sosyo-kültürel aktiviteler, % 47.4 psikoeğitim grupları, % 43.4 oranında sosyal beceri eğitimi, % 43.4 oranında iş-uğraş çalışmaları ve mesleki beceri edindirme programları, % 32.9 sosyal destek hizmetleri, % 27.6 maddi yardım, % 22.4 grup çalışması şeklinde yanıtlar alınmıştır.

Tablo 63. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Hastane Dışında Yatılı Bir Kurumdan Yararlanmayı İsteme Durumlarına Göre Dağılımı

Yatılı Bir Kurumdan Faydalanma İsteği	Sayı	%
Evet	45	59.2
Hayır	16	21.1
Belki	15	19.7
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere “taburculuk sonrasında alkol/maddenin olmadığı bir yaşama uyum sağlayabilmeniz ve işlevselliğinizi tekrar kazanabilmeniz için sizi destekleyen hastane dışında bir yatılı kurum (yarı yol evi) olsaydı bu kurumdan faydalanmayı düşünür müydünüz?” sorusu yöneltildiğinde % 59.2’si evet, % 21.1’i hayır, % 19.7’si belki yanıtı vermiştir.

Tablo 64. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Taburcu Olduktan Sonra Rehabilitasyon Merkezinden Yararlanmayı İsteme Durumlarına Göre Dağılımı

Rehabilitasyon Hizmetinden Faydalanma İsteği	Sayı	%
Evet	36	47.4
Hayır	25	32.9
Belki	15	19.7
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere “taburculuk sonrasında alkol/maddenin olmadığı bir yaşama uyum sağlayabilmeniz ve işlevselliğinizi tekrar kazanabilmeniz için sizi destekleyen gündüzlü bir rehabilitasyon merkezi olsaydı bu merkezden faydalanmayı düşünür müydünüz?” sorusu yöneltildiğinde % 47.4’ü evet, % 32.9’u hayır, % 19.7’si belki yanıtını vermiştir.

Tablo 65. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin AMATEM Poliklinik Hizmetlerini AMATEM’e Bağlı Daha Küçük Bir Merkezden Almayı İsteme Durumlarına Göre Dağılımları

Hizmeti İsteme Durumu	Sayı	%
Evet	52	68.4
Hayır	15	19.7
Belki	9	11.8
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere taburculuk sonrasında AMATEM poliklinik hizmetlerini AMATEM’e bağlı sabit bir tedavi ekibinin (doktor, psikolog ve sosyal çalışmacı) bulunduğu daha küçük bir merkezden almayı ister miydiniz? sorusu yöneltildiğinde % 68.4’ü evet, % 19.7’si hayır, % 11.8’i belki yanıtını vermiştir.

Tablo 66. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Türkiye’de Bağımlı Bireylerin Sorun ve İhtiyaçları İle Yeterince İlgilenildiğini Düşünme Durumuna İlişkin Görülerinin Dağılımı

Görüş	Sayı	%
Evet	21	27.6
Hayır	55	72.4
Toplam	76	100

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylere Türkiye’de bağımlı bireylerin sorun ve ihtiyaçları ile yeterince ilgilenildiğini düşünüyor musunuz? sorusu yöneltildiğinde % 72.4’ü hayır cevabı vermiştir.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylere son olarak eklemek istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulduğunda aşağıdaki bilgileri vermişlerdir.

AMATEM’ler ve tedavi sürecine ilişkin yorumlar;

- Bağımlılık hakkında verilen eğitimlerin yetersiz olduğunu düşünüyorum.
- Burada kendimi cezaevinde gibi hissediyorum.
- Tedavi ekibi beni hasta olarak görmüyor, iyisin deniyor.
- Güvenlik personelinin eğitilmesi gerektiğini düşünüyorum.
- Güvenlik görevlileri fazla samimi davranıyor.
- Daha fazla bireysel ilgi gösterilmesi gerekiyor.
- Günaydın toplantısına katılım zorunlu olmamalı.
- Yoksunluk krizinin daha hafif atlatılması gerekiyor.
- Yoksunluk çok ağır geçiyor, metadon tedavisi olabilirdi.
- Suboxone (ikame tedavi) sonrası ağrıyı kesecek ilaçların olmaması önemli bir taburculuk nedeni.
- Suboxone tedavisini yanlış buluyorum. Suboxone’un bağımlısı oluyoruz.
- AMATEM’de verilen hizmetten memnunum.
- Eskiye göre hizmet kalitesi arttı.

- Eski haline göre verilen hizmet çok çok iyi. Boş zaman faaliyetlerin artmış olması çok olumlu.
- Ayaktan tedavide sistem gitti, makina bozuldu, sıra karıştı gibi nedenlerle çok zaman harcıyoruz. Bu da özellikle işimiz konusunda bizi sıkıntıya düşürüyor.
- AMATEM'lerin sayıca yetersiz olduğunu düşünüyorum.
- Yeni tedavi merkezleri açılmalı.
- Tedavi daha geniş kapsamlı olmalı.
- AMATEM'de yatış süresi daha uzun olmalı.
- Tedavi süresi ve tedavi yöntemleri yetersiz.
- AMATEM'de 21 gün yatış ayıklık için yeterli değil.
- Bolu AMATEM'de imkanlar daha fazla, ev gibi, 13-14 kişilik.
- Daha önce Çorlu AMATEM'de 1 hafta kaldım. İlaç desteği yetersizdi, kurallar çok katıydı, muamele kötüydü, iletişim kötüydü, güler yüz yoktu.
- AMATEM çok yetersiz kalıyor. AMATEM sadece başlangıç, Avrupa'daki gibi olmasını isterdim. Almanya'da en kısa tedavi süresi 9 ay. Sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar A'dan Z'ye her şeyle ilgileniyorlar. Bu tedaviyle 5 yıl ayık kaldım.
- Diğer bazı ülkelerdeki gibi bağımlılık tedavi merkezleri açılrsa dışarıdaki gasp ve hırsızlık gibi suç oranlarının düşeceğine inanıyorum.

Taburculuk sonrasına ilişkin yorumlar;

- YEDAM dışında destek mekanizması yok.
- AMATEM'ler yetersiz kalıyor. Umut Yaşam Evleri olsaydı iyi olurdu.
- İşsizlik büyük bir sorun.
- Tedavi sonrası psikolojik destek en önemlisi.
- Semt ve arkadaş çevresi değişmeden iyileşmek mümkün değil.
- Aile ve toplumun eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekir.
- Bağımlılara olan bakış açısı değişmeli, hasta olarak bakılmalı.
- Bağımlılığın serserilik değil de hastalık olduğunun bilincine varılması gerekir.
- Toplumun bilinçlendirilmesi/bilgilendirilmesi lazım, bağımlıya kötü gözle bakılıyor.

- Taburculuk sonrası hastanın ayık kalabilmesi ve yaşama tutunabilmesi için her türlü yardım yapılmalı. Hastaya boş kalmaması için çeşitli uğraşlar kazandırılmalı.
- Devletin bu iş için büyük bir uğraş harcaması gerekli.
- Bağımlılara iş konusunda destek verilmeli. Toplumun bakış açısının değişmesi gerekir. Olumsuz bakış açısı işsizliğe yol açıyor.
- Uyuşturucu piyasada çok rahat bulunabiliyor.
- Maddenin çok ulaşılabilir olması yanlış.
- Koruyucu/önleyici faaliyetler artırılmalı.

Katılımcıların ekledikleri ifadeleri özetlemek gerekirse;

- Koruyucu önleyici faaliyetler artırılmalıdır,
- Maddenin piyasada bulunması zorlaştırılmalıdır,
- Türkiye’de tedavi merkezlerinin sayı ve kapasitesi yetersizdir,
- Tedavi süresi kısa, tedavi yöntemleri yetersizdir,
- Bazı AMATEM’lerdeki hizmet kalitesi son yıllarda artmıştır ancak her AMATEM’de verilen hizmet kalitesi aynı değildir,
- AMATEM’de kısa süreli yatış ayıklık için yeterli gelmemektedir,
- Tedavi sırasında yoksunluk süreci ağır geçmektedir,
- Taburculuk sonrası YEDAM dışında destek mekanizması yoktur,
- Taburculuk sonrası psikolojik desteğe ve bireysel ilgiye gereksinim vardır,
- Gelişmiş ülkelerdeki gibi tedavi merkezlerine ihtiyaç vardır,
- Etkili bağımlılık tedavisi, hırsızlık, gasp gibi suç oranlarının düşmesini sağlayacaktır,
- Bağımlı bireye ilişkin toplumun bakış açısı olumsuzdur,
- Toplumun bağımlılık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine ihtiyaç vardır,
- Damgalanma işsizliğe yol açmaktadır,
- Bağımlı bireyin yaşadığı en önemli sorunlardan biri işsizliktir,
- Semt ve arkadaş çevresi değişmeden iyileşmek mümkün değildir.

BÖLÜM IV: SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇ

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi sürecindeki deneyimlerini ve taburculuk sonrası gereksinimlerini ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmada ulaşılan sonuçlar, alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve genel özelliklerine ilişkin sonuçlar, alkol/madde kullanım sürecine ilişkin sonuçlar, tedavi sürecine ilişkin sonuçlar ve taburculuk sonrasına ilişkin sonuçlar olmak üzere dört alt bölümde sunulmuştur.

4.1.1. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Genel Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmanın bu bölümünde alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, çocuk sayıları, meslekleri, çalışma durumları gibi sosyodemografik ve genel özellikleri hakkındaki sonuçlara yer verilmektedir.

AMATEM kliniğinde tedavi gören alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaların ağırlıklı olarak genç yetişkinlik döneminde, erkek, bekar ve eroin kullanımı olan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Madde kullananların yaş ortalaması, alkol kullananlara oranla oldukça düşüktür. Bu bulgu literatürde yaş azaldıkça madde kullanımının, yaş arttıkça da alkol kullanımının arttığı bilgisiyle örtüşmektedir. Daha önceki çalışmalara benzer şekilde alkol bağımlılığı olanların ailesinde bağımlı üye olma oranının madde kullananlara göre iki kat fazla olduğu saptanmıştır. Madde kullananlarda bekarların oranı daha yüksektir. Kadın alkol/madde kullanıcılarının oranı (% 10.5) diğer çalışmalara göre nispeten yüksek bulunsa da kadınlar, alkol/madde bağımlılığı tedavisinde azınlık durumunu korumaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ortaokul mezunu olduğu, madde kullananlar arasında lise terk durumunun yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum maddeye başlama yaşının ortaokul ve lise yıllarına denk düşmesiyle açıklanabilir. Bekar olanların oranının yüksek olmasıyla bağlantılı olarak çocuğu olmayan katılımcı sayısı yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların yüksek oranda hizmet sektöründe çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların yaklaşık yarısının çalışmaması, 1/5'inin ise düzensiz çalışması, alkol/madde bağımlıları arasında işsizlik oranının çok yüksek olduğunu göstermektedir. Katılımcıların yalnızca 1/5'inin aylık geliri 3000 TL ve üzerindedir. Geliri olan katılımcıların alkol/madde için aylık ayırdıkları bütçenin kazançlarına tamamına ya da iki katına eşit olduğu belirlenmiştir. Alkol/madde için aylık gideri 10000 TL ve üzerinde olan altı katılımcının hiç gelirin olmaması dikkat çekicidir. Gelir ve gider arasındaki bu dengesizlik alkol/madde kullanıcılarının ailesel ve çevresel kaynakları kullandığını ya da suça yönelmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra katılımcıların yüksek oranda aileleri ile birlikte yaşamaları bağımlı ailesinin bağımlıya olan desteğini sürdürdüğünün ve bağımlılık yükünü ailenin de taşıdığına göstergesi olarak okunabilir. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yarıdan fazlasının devam eden adli bir sürecinin, yaklaşık 1/3'ünün cezaevi yaşantısının olması bağımlılık ve suç arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır.

4.1.2. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Alkol/Madde Kullanım Sürecine İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde katılımcıların alkol/maddeye başlama yaşları, tedavi girişimleri, ayıklık süreleri, tekrar alkol/madde kullanımına dönme nedenleri, tedavi öncesi başvurdukları yöntemleri konusundaki sonuçlara yer verilmiştir.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde 18 yaş altında alkol/maddeye başlama oranı yüksektir (% 68.4). Alkol/maddeye başlama yaşının 13-16 yaş aralığında yoğunlaştığı, alkol/maddeyi ilk kez kullanım yaş ortalamasının 16.76 olduğu, kullanılan ilk maddenin ağırlıklı olarak esrar olduğu belirlenmiştir. Bireylerin daha önce yatarak tedavi görme oranları oldukça yüksek (% 73.7) bulunmuştur. En fazla yatarak tedavi görme sayısı on ikidir. Katılımcıların tedavi sonrası bir yıldan fazla ayık kalma oranı % 41.1'dir. Alkol/madde kullanımına başladıktan sonra yaşam boyu bir yıl ve üzeri ayık kalma oranı biraz daha yüksek (% 55.2) bulunmuştur. Askerlik, cezaevi süreci gibi zorunlu sebeplerin ayıklık süresini artırdığı anlaşılmıştır.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol/madde kullanımına yeniden dönme nedenleri incelendiğinde, hatırlatıcı arkadaş ve ortam etkisinin ve boşluk, keyifsizlik hissinin en önemli risk faktörleri olarak öne çıktığı görülmüştür. Öte yandan işsizlik, ailevi sorunlar, yalnızlık, olumsuz ruhsal durum, fazla para sahibi olmak, pişmanlık gibi nedenlerin de etkili olduğu saptanmıştır.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin büyük çoğunluğu (% 86.6) yatarak tedaviye kendileri karar vermiştir. Yatarak tedavi kararı almanın katılımcıların % 39.5'i için zorlayıcı olduğu anlaşılmıştır. Bu durumun altında yatan nedenlere bakıldığında çevrenin duyması, sicile işleyeceği düşüncesi, işini kaybetme kaygısı, çok sayıda bağımlının olduğu ortamdan çekinme gibi faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca kişinin umutsuzluğunun ve dışarıdaki sorumluluklarının da tedaviye başvurmada engel teşkil edebileceği anlaşılmıştır.

Bireylerin tedavi öncesi başvurduğu yöntemlere bakıldığında büyük çoğunluğun kendi çabasıyla bırakmaya çalıştığı ve ayaktan tedaviye başvurduğu anlaşılmıştır. Din/inanç temelli organizasyonlara başvurduğunu ifade edenlerin oranı % 14.7'dir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunu ilk kez tedavi arayışına girdiklerinde bilgilendiren ve yönlendiren bir kurum olmamıştır. Katılımcıların % 60.6'sının başvuru sonrası kliniğe yatış için bekledikleri sürenin on günün altında olduğu saptanmıştır.

4.1.3. Tedavi Sürecine İlişkin Sonuçlar

Çalışmanın bu bölümünde alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin AMATEM'in servis ortamı ve olanaklarını, tedavi ekibini, diğer hastaları, kural sistemini, zorunlu uygulamaları, tedavi yöntemlerini ve aldıkları hizmeti nasıl değerlendirdiklerine ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

Katılımcıların neredeyse tamamının servise kabul işlemlerinden üst araması işleminin gerekliliğine inandığı, büyük bir çoğunluğun üst araması işleminden rahatsızlık duymadığı, yaklaşık 1/4'ünün ise rahatsızlık duyduğu tespit edilmiştir. Hastaların 1/3'ünün servise kabul edilen eşya sınırlamasını fazla sınırlayıcı bulduğu, en fazla ambalajsız yiyeceklerin servise alınmamasına tepkili oldukları saptanmıştır.

Katılımcıların yaklaşık yarısının gözetim görevlisi eşliğinde idrar verme uygulamasından rahatsız olduğu, bazılarının idrar vermekte zorlandığı sonucu ortaya çıkmıştır

Hastaların yüksek oranda kuralların gerekliliğine ve işlevine inandıkları ancak yine de kısıtlandıklarını hissettikleri ve bazı kuralları mantıksız ya da gereksiz buldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların en çok saat 23:00'den sonra sigara içilememesini, yatış saatinin erken olmasını ve telefon hakkının günde iki kez ile sınırlı olmasını mantıksız ya da gereksiz bulduğu, en fazla boş zaman faaliyetlerine katılmanın zorunlu olmasından ve personelin puanla tehdit etmesinden rahatsız oldukları ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda personelin puanla tehdit etmesinin önlenmesi yönünde önlemler alınmalı, bireylerin özerkliğini engellemek adına boş zaman faaliyetleri isteğe bağlı olmalıdır.

Katılımcıların yaklaşık dörtte birinin yatış sürecinde uyarı puanı aldığı tespit edilmiştir. Uyarı puanı almanın hastaların tedavi ekibine karşı öfkelenmesine yol açtığı, kaygı seviyelerini yükselttiği ve tedavi terki düşüncesini tetiklediği görülmüştür.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaklaşık 3/4'ü serviste yaşadıkları herhangi bir problem olduğunda bunu çözümlayebildiklerini ifade etmişlerdir. Çözümlayemediklerini ifade edenler verilen tedavinin hastalıklarına uygun ve yeterli olmadığını ya da hastalıkları ile ilgili şikayetlerinin yeterince dinlenilmediğini düşünmektedirler.

Katılımcılar yüksek oranda fiziksel koşulları, servis temizliğini, yemekleri, ziyaret süresi ve sıklığını ve boş zaman faaliyetlerini yeterli bulmaktadırlar. Çoğunluğun olumlu kanaatte olduğu ve ihtiyaçlarının önemli ölçüde karşılandığı anlaşılmıştır. Yaklaşık 1/3'ünün alkol ve madde kullanım bozukluğu hastaların ve kadın ve erkek hastaların bir arada olmasını yanlış bulduğu, yatış süresinin dışarıya hazırlanmak için yetersiz olduğunu düşündüğü, dış dünyayla hiç temasları olmamasını yanlış bulduğu belirlenmiştir.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaların çoğunluğunun her sabah yapılan günaydın toplantıları ve SAMBA psikoeğitimlerini faydalı buldukları tespit edilmiştir. Ayrıca bireysel görüşmelere katılanların yüksek oranda görüşmelerden memnun kaldığı

ortaya çıkmıştır. Bu uygulamaların yerinde olduğu ve bir ihtiyaca karşılık geldiği anlaşılmaktadır. Ancak mükerrer yatışları olan bazı katılımcılar aynı psikoeğitim programına defalarca katılmanın bunaltıcı olduğunu düşünmektedirler. Bu nedenle özellikle mükerrer yatışları olan hastaların bu durumu gözetilerek eğitim içeriğinin değiştirilmesi gerekmektedir.

Katılımcıların aldıkları hizmetlerden yüksek oranda memnun oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Ankara AMATEM'den alınan hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Hastaların yaklaşık 1/3'ü AMATEM'de uygulanan tedavi yöntemlerinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Yetersiz ya da geliştirilebilir yanıtı veren hastaların çoğunluğunun ne tür yöntemler olması gerektiğine dair fikri olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Buna göre hastaların farklı tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyduğu ancak bu tedavi yöntemlerinin neler olacağı konusunda bilgi sahibi olmadıkları anlaşılmaktadır. Bu konuda hastaların bilgilendirilmesi ve güçlendirilmesine ihtiyaç olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

AMATEM'de uygulanan tedavi yöntemlerini yetersiz ya da geliştirilebilir bulanlar arındırma sürecindeki tıbbi tedavi desteğinin artması (daha güçlü ağrıkesiciler verilmesi gerektiğini), daha fazla aktivite olması ve tedavi süresinin daha uzun olması gerektiğini düşünmektedirler. Katılımcıların yarıdan fazlasının tedavi sürecinde görüşlerine başvurulduğu ve büyük çoğunluğunun değerli olduklarını ve önemsendiklerini hissettikleri ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların tedavi sürecinde karşılaştıkları başlıca sorunlar güvenlik görevlilerinin uygunsuz/rahatsız edici tavır, davranış ve üslupları, diğer hastaların rahatsız edici tavır ve davranışları, hastaların çok fazla madde konuşması, tedavi ekibinden yeterince ilgi görememek, tedavi ekibinin uygunsuz davranış ve üslupları, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların bir arada olması, yeterince dinlenilmemektir. Güvenlik görevlilerinin uygunsuz rahatsız edici tavır, davranış ve üsluplarından rahatsızlığın ilk sırada gelmesi güvenlik görevlilerinin alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaya yaklaşım konusunda bilgi ve beceri eksikliği olduğunu ve eğitim ihtiyacı içinde

olduklarını göstermektedir. Diğer hastaların alkol/madde hakkında çok fazla konuşmasının önüne geçecek çeşitli önlemler alınmalıdır.

Araştırmada alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yarısının tedavi sürecinde tedavilerini yarıda bırakmayı düşündükleri belirlenmiştir. Yoksunluk belirtilerinin, diğer hastaların madde hakkında çok fazla konuşmasının, alkol/maddeye istek duymanın, ortama alışamamanın tedavilerini yarıda bırakmayı düşündürtecek nedenler olduğu belirlenmiştir. Tedavi terkinin azaltmak için klinikte yatış sürecinde motivasyonel görüşme tekniklerinden daha fazla yararlanılmasında fayda olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların neredeyse tamamının hastaların alkol/madde hakkında çok fazla konuştuğu hakkında fikir birliği içinde oldukları görülmüştür. Bu durum hastaların alkol/maddeyi aşermesine ve bazen de taburcu olmalarına yol açmaktadır. Katılımcıların farklı insanlarla bir arada olmayı zorlayıcı buldukları, bağımlılar olarak bir arada bulunmalarının sakıncalı olduğunu düşündükleri ortaya çıkmıştır. Sakıncanın sebebi çoğunlukla farklı maddeleri tanıma, yeni arkadaşlıklar kurmadır. Katılımcıların bir kısmının diğer hastalardan zarar görmekten korktuğu sonucu ortaya çıkmıştır. Hastaların fiziksel bir zarardan ziyade tedavilerinin olumsuz etkilenmesinden korktukları anlaşılmıştır. Bazen neden bu insanların arasındayım diye düşünenlerin oranı oldukça yüksektir. Soruya ilişkin yorumlara bakıldığında nedenin daha çok pişmanlık ve kendine yakıştıramama olduğu fark edilmiştir.

Araştırmanın şaşırtıcı sonuçlarından biri de katılımcıların gerçekten alkol/maddeyi bırakmak isteyen hasta sayısının az olduğunu düşünmeleridir (% 89.5). “Kendine torbacı arayan var, arkadaş arayan var”, “ailelerinin gözünü boyamak için yatıyorlar, başkasının tedavi hakkını engelliyorlar”, “paraları bittiği için ara vermeye gelmişler” bu soruyla ilgili yapılan yorumlardan bazılarıdır.

Hastaların oldukça yüksek oranda tedavi ekibinin kendilerine iyi davrandığını düşündükleri, tedavi ekibinin alandaki bilgi ve tecrübesine güvendikleri, tedavi ekibinin motivasyonlarını yükselttiklerini ve iyileşecekleri yönünde umutlarını artırdıklarını, kendilerini rahatlıkla ifade edebildiklerini, anlaşıldıklarını ve önemsendiklerini

hissettikleri görülmektedir. Bu olumlu verilerin yüksekliği Ankara AMATEM servisindeki tedavi ekibinin tedavi edici ortamın ilişkisel boyuttaki gereklerini yüksek oranda yerine getirdiklerini ifade etmektedir.

4.1.4. Taburculuk Sonrasına İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde hastaların taburculuk sonrası ihtiyaç duydukları uygulama ve hizmetlere ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

Hastaların yarısının dışarıdaki yaşamla ilgili kaygıları olduğu, dışarıdaki yaşamdan korktukları ortaya çıkmıştır. Bu sonuç taburculuk sonrası destek mekanizmalarına olan ihtiyacı göstermektedir. Taburculuk sonrası arkadaş çevresini değiştirmeyi planlayanların oranı yüksek bulunmuştur. Araştırmanın sevindirici bir bulgusu hastaların çok büyük oranda iyileşeceklerine dair umut taşıyor olmalarıdır.

Hastaların büyük çoğunluğu değişim için neler yapmaları gerektiğini bildiklerini ancak bunları nasıl hayata geçireceklerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla hastaların taburculuk sonrasında yeni davranış biçimlerini pratik edebilecekleri güvenli bir ortama yani rehabilitasyon sürecine ihtiyaçları vardır.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireyleri dışarıdaki yaşam ile ilgili en çok kaygılandıran nedenler sırasıyla; tekrar maddeye başlama düşüncesi, yaşadıkları çevre/arkadaş grupları, ailelerinin/çevrelerinin yaklaşımı ve bakış açısı, çalışma durumları, sorumluluklarını yerine getirememek, devam eden adli süreçler, gelir kaybı ve barınma sorunudur.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin taburculuk sonrası ihtiyaçlarının bir iş bulup çalışmak/çalışmayı sürdürmek, tıbbi tedavi, psikolojik ve sosyal destek almak, arkadaş çevrelerini değiştirmek olduğu ortaya çıkmıştır. İşsizliğin ayık kalabilmenin önündeki en büyük engel olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda bağımlı bireylerin istihdamını kolaylaştırıcı önlemler alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Diğer bir

gereklilik ise bakımın sürekliliğinin sağlanması olup yatarak tedavi sonrasında bireylere sunulan tıbbi tedavi ile psikolojik ve sosyal desteğin sürdürülmesidir.

Hastaların yaklaşık yarısının AMATEM poliklinik kontrollerine ilişkin zorlanmaları olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu bireylerin AMATEM'e ulaşımı zor bulduğu, her görüşmede farklı doktorla karşılaşmaktan, kontrol süresinin kısa olmasından yakındığı, poliklinik hizmeti için çok zaman harcadıkları ve iş yerinden izin almaktan zorlandıkları açığa çıkmıştır. Büyük bir kısmı ise poliklinik kontrolleri sırasında maddeyi hatırlattığı için diğer hastalarla karşılaşmaktan şikayetçidir. Kişilerin yerleşim yerlerine yakın AMATEM'e bağlı sabit tedavi ekibinin bulunduğu daha küçük polikliniklerin açılması bu sorunları önemli ölçüde azaltacaktır. Nitekim katılımcıların büyük kısmının poliklinik hizmetini böyle bir merkezden almayı tercih ettiği ortaya çıkmıştır.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaklaşık yarısının taburculuk sonrası sunulan hizmetlere ilişkin fikri olmadığı tespit edilmiştir. Ankara ilinde poliklinik kontrolü, YEDAM ve Sosyal Uyum Birimleri ile sınırlı olan taburculuk sonrası hizmetlerinin tanıtımının yeterince yapılmadığı anlaşılmaktadır.

Alkol /madde kullanım bozukluğu olan bireylerin taburculuk sonrası ihtiyaç duydukları uygulamalar düzenli iş olanağı, tıbbi tedavi, bireysel danışmanlık ve aile görüşmeleridir. Hastaların taburculuk sonrası sosyal dışlanma duvarını aşmaya, iş piyasasına katılmaya, tıbbi psikolojik ve sosyal destek almaya ve aile ilişkilerini düzeltmeye ihtiyaçları olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların hastane dışında yatılı bir kurumdan yararlanmayı isteme oranının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Yaklaşık yarısı ise gündüzlü bir rehabilitasyon merkezi olsaydı bundan yararlanacaklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuç bireylerin sosyal uyumu için köprü görevi görecektir gündüzlü veya yatılı rehabilitasyon kurumlarına ne kadar ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Katılımcıların çoğunluğu Türkiye'de bağımlı bireylerin sorun ve ihtiyaçları ile yeterince ilgilenilmediğini düşünmektedir.

Alkol/madde bağımlısı bireyler madde bağımlılığı tedavisinin çok güç olduğunu bu nedenle koruyucu önleyici faaliyetlerin artırılması ve maddenin piyasada bulunmasının güçleştirilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Katılımcılara göre Türkiye'deki tedavi merkezlerinin sayı ve kapasitesi yetersiz, tedavi süresi kısa ve tedavi yöntemleri etkisizdir. Son yıllarda AMATEM'lerde hizmet kalitesinin arttığını düşünseler de AMATEM'de kısa süreli yatışın aylık için yeterli gelmediğini, taburculuk sonrası YEDAM dışında destek mekanizması olmadığını bu nedenle gelişmiş ülkelerdeki gibi kapsamlı tedavi hizmetlerine ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedirler.

4.2. ÖNERİLER

Bu bölümde öneriler koruyucu önleyici boyutta öneriler, tedavi hizmetlerine ilişkin öneriler, taburculuk sonrası hizmetlere ilişkin öneriler ve politika ve kurumlar düzeyinde öneriler olmak üzere dört alt başlıkta ele alınmıştır.

4.2.1. Koruyucu ve Önleyici Boyutta Öneriler

Bağımlılığın erken tespiti konusunda tarama, kısa müdahale ve tedaviye yönlendirmeyi kolaylaştırmak amacıyla bağımlılık konusunda uzman olmayan sağlık birimlerinde çalışan sağlık personeline bağımlılıkla ilgili temel eğitim Sağlık Bakanlığı'na verilmeli, bağımlılığın erken teşhisi ve tedaviye yönlendirilmesi mümkün kılınmalıdır. Bu birimlerde motivasyonel görüşme tekniğiyle yürütülen kısa müdahaleyi uygulayabilecek psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog bulunmalıdır. Motivasyonel görüşme tekniği eğitimi AMATEM'lerde çalışan deneyimli sağlık profesyonelleri tarafından verilmelidir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlıklı Hayat Merkezleri'nce toplum temelli destek çalışmaları yapılmalı, toplumda tedavi almayan ya da alamayan madde kullanıcıları ve madde kullanımından etkilenen diğer kesimlere ulaşılmalıdır. Bunun için de mobil

ekipler oluşturulmalıdır. Böylelikle henüz bağımlılık tablosu gelişmeden zararlı kullanım aşamasında kısa müdahalede bulunmak ya da bireyleri tedaviye yönlendirmek mümkün olacaktır. Bu aynı zamanda bağımlı bireylerin riskler hakkında bilgilendirilmesini ayrıca bağımlı ve bağımlılıktan etkilenen nüfusun ihtiyaçlarının belirlenmesini sağlayacaktır. Çıkarılan risk ve ihtiyaç haritası Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri ile paylaşılmalıdır.

Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak açılan danışmanlık merkezlerinin sayısı, kapasitesi ve etkinliği artırılmalıdır.

Bu araştırmada da saptandığı üzere madde kullanıcılarının maddeye başlama yaşı 13-16 yaş aralığında yoğunlaşmaktadır. Bu nedenle bu yaş grubu için koruyucu önleyici faaliyetlerin artırılmasına ihtiyaç vardır. Bu kapsamda aşağıda çocuk ve gençler, okul, aile ve toplum temelli önerilere yer verilmiştir:

-Okullar önleme çalışmasının en önemli alanlarından biri olmalı, madde kullanımı açısından risk altında olan çocuklar yakından takip edilmelidir. Bu amaçla okullarda rehberlik hizmetleri güçlendirilmeli ve sosyal hizmet uzmanı istihdam edilerek okul sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirilmelidir.

-Çocuk ve gençlerin madde ile ilgili doğru bilgi edinmesi sağlanmalı, sosyal becerilerini ve yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik programlar yürütülmeli, sağlıklı bir yaşam biçimi seçmeleri için çeşitli hizmet modelleri geliştirilip uygulanmalıdır.

-Yerel yönetimlerce çocuk ve gençlerin yararlanabileceği boş zaman aktiviteleri için çevre düzenlemesi yapılmalı, gerekli tesis ve imkanlar sağlanmalıdır.

-Çocuk ve gençler için risk faktörlerini azaltmak amacıyla ebeveynler hem bağımlılık konusunda bilgilendirilmeli hem de ebeveynlik becerileri konusunda desteklenmelidir.

-Maddeyle tanışan gençler için tedavi seçenekleri sunulmalı, çocuk ve ergenlerin yetişkinlerden ayrı tedavi olabilmeleri için bu yaş grubuna özgü tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısı, kapasitesi ve hizmet kalitesi artırılmalıdır.

-Tedaviye başvuran alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin çocukları yüksek risk grubunda kabul edilmeli ve ebeveynlerinin tedavi içinde kalıp kalmadığının kontrolü yapılmalıdır. Bu amaçla AMATEM'ler ile Sosyal Hizmet Merkezleri arasında bir protokol ve izleme sistemi oluşturulmalıdır.

4.2.2. Tedavi Hizmetlerine İlişkin Öneriler

Bağımlılık tedavisinde vaka yönetimi uygulamasına geçilmeli ve vaka yöneticisi olarak sosyal hizmet uzmanları görevlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı hastanelerine bağlı ilk kabul birimleri açılmalı, bu birime başvuran bireye atanacak olan vaka yöneticisi bireyi danışmanlıktan, AMATEM yatışına, rehabilitasyon hizmetinden sürekli bakıma kadar izlemeli, tüm bu merkezler arasında hizmet koordinasyonunu sağlamalıdır. Çok sayıda hizmete uzun süreli gereksinimleri olan bağımlı bireylere yüksek kaliteli hizmetin en etkin ve verimli şekilde ulaştırılması vaka yönetimi ile mümkün kılınmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından ülke çapında bir veri takip sistemi oluşturulmalı, tedavi için başvuranların kişisel bilgileri, bağımlılık öyküleri, tedavi girişimleri, tedavinin hangi aşamasında oldukları gibi bilgilerine tüm tedavi merkezlerince ulaşılabilmelidir. Böylelikle kişinin takibi ve tedavisi kolaylıkla yapılabilecek, kişi öyküsünü tekrar tekrar anlatmak zorunda kalmayacaktır.

Sağlık Bakanlığı uzun süredir bağımlılık sertifika programı açmamakta, alanda çalışanlar alanı birbirlerinden öğrenmektedirler. AMATEM kliniklerinde çalışacak olan tüm tedavi ekibi üyeleri Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği bağımlılık sertifika programına tabi tutulmalıdır. Ayrıca çalışanlar yetkinliklerinin artması amacıyla sürekli hizmet içi eğitime tabi tutulmalı, alanla ilgili seminer, kongre, konferanslara katılımları kolaylaştırılmalıdır.

AMATEM kliniklerinde tedavi ortamının terapötik özellik taşıyabilmesi için klinikte çalışan tüm ekibe tedavi edici servis ortamı hakkında eğitim verilmeli, tedavi ortamının tedavi edici özelliği belirli aralıklarla ölçümlenmelidir.

AMATEM'lerde çalışan yardımcı personelin (güvenlik görevlisi, sekreter, temizlik personeli gibi) bağımlılık, iletişim becerileri ve bağımlı bireye yaklaşım konusunda eğitim almaları sağlanmalıdır.

AMATEM’lerde zorunlu uygulamalar olan üst araması ve güvenlik eşliğinde numune verilmesi uygulamalarının mümkün olduğunca az rahatsız edici olmasına dikkat edilmeli, bu amaçla güvenlik görevlileri eğitime tabi tutulmalıdır.

AMATEM’lerde uygulanan kurallar ve puan sistemi hastaların görüşleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belirli aralıklarla revize edilmelidir.

AMATEM’lerdeki tedavi olanakları ve fiziksel koşullar hasta ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Mükerrer yatışları olan bazı hastalar aynı psikoeğitim programına tabi tutulmaktan rahatsızlık duymaktadırlar. Bu nedenle mükerrer yatışları olan hastaların ihtiyaçları da düşünülerek SAMBA psikoeğitim programının içeriği revize edilmelidir.

Hastalar tedavi yöntemlerini yetersiz bulmakta fakat hangi tedavi yöntemlerinin gerektiğini bilmemektedirler. Bu konuda hastaların bilinçlendirilmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmada hastalar yoksunluk sürecinin çok ağır geçtiğini sıkça vurgulamışlardır. Arındırma aşamasında yoksunluğun daha hafif geçmesi için daha etkili tıbbi tedavi uygulanmalıdır. Böyle bir uygulama tedavi terki önemli oranda azaltacaktır.

Tedavi terki AMATEM’lerde sıkça rastlanan bir durumdur. Araştırmada bunun altında yatan nedenin tedavi motivasyonundaki dalgalanmalar olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle tedavi süresince motivasyonel görüşmelerin sıklığının artırılması önerilmektedir.

Motive olmayan hastaların diğer hastalar üzerinde çok olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Bu nedenle motive olmayan hastaların yatarak tedavi yerine ayaktan tedavisine karar verilmesi diğer hastaları koruyacaktır.

Tedavi ekibiyle olumlu ilişkiler hastanın motivasyonunu artırmaktadır. Bu sebeple hastalar ile tedavi ekibi arasındaki olumlu ilişkilerin güçlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya katılanların söylemlerinden anlaşıldığı gibi her AMATEM’de sunulan hizmet kalitesi ve hastaya yaklaşım aynı değildir. Araştırmacının sahadaki deneyimleri de bu bilgi ile örtüşmektedir. Bu nedenle AMATEM kliniklerinde sunulan hizmet kalitesini artırmak amacıyla oluşturulan asgari standartlara uygun hizmet sunumu yapıp

yapılmadığı Sağlık Bakanlığı'nca denetlenmelidir. Bazı AMATEM servislerinde artan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin tüm Türkiye'ye genişletilmesine çalışılmalıdır.

AMATEM kliniklerinde tedavi gören bireylerin ayrımcılığa uğramasını engelleyici tedbirler alınmalı, eşitlik çerçevesinde ve insan onuruna yakışır bir hizmet sunulması yönünde çalışmalar yapılmalıdır.

AMATEM'lere mükerrer yatışları olan hastalara farklı müdahale stratejileri uygulanmalı, tedavide başarı oranı yükseltilmeye çalışılmalıdır.

AMATEM'lerde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı artırılmalı, bireyin tedavisine katkı sağlaması amacıyla ev ziyaretleri yapılmalı, her hasta için ayrıntılı sosyal inceleme raporu yazılmalıdır.

Bağımlılık tedavisine mutlaka aile dahil edilmeli, AMATEM'lerde aileye yalnızca eğitim değil aynı zamanda danışmanlık hizmeti de verilmelidir.

4.2.3. Taburculuk Sonrası Hizmetlere İlişkin Öneriler

Mevcut sistemde alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin AMATEM'lerde ayaktan ya da yatarak arındırması yapılmakta, kişiler genellikle 21 gün sonunda alkol/maddesiz bir yaşama bırakılmaktadırlar. Toplumsal yaşama uyum için hazırlıksız olan bireyler tekrar alkol/madde kullanımına dönmekte ve döngüsel şekilde arındırma tedavisine başvurumaktadırlar. AMATEM'lerde ayaktan veya yatarak arındırması yapılan tüm bağımlı bireyler mutlaka rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilmeli, rehabilitasyon sürecinde en az 90 gün kalabilmeleri için bağımlı bireylere süreli ekonomik yardım, ücretsiz ulaşım, yarı zamanlı iş gibi kolaylıklar sağlanmalıdır.

Türkiye'de çok sınırlı sayıda olan gündüzlü rehabilitasyon merkezlerinin sayısı artırılmalı, ülke çapında yaygınlaştırılmalıdır. Rehabilitasyon merkezlerinde bireylerin yalnızca bağımlılık sorunu üzerinde değil aynı zamanda işlevselliklerinin ve kendilerini gerçekleştirmelerinin önündeki tüm engeller üzerinde çalışılmalı bu amaçla merkezlerde psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire, Halk Eğitim Merkezi'nde hizmet veren çeşitli branşlarda öğretmenler istihdam edilmelidir. Merkezler ile yerel yönetimler,

İŞKUR, Milli Eğitim Müdürlükleri ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri temas halinde olmalı, multidisipliner çalışma ile bireylerin çoklu ihtiyaçlarına cevap verilmelidir.

Türkiye’de sınırlı sayıda 15-25 yaş grubuna yönelik yatılı rehabilitasyon merkezi vardır. Hem bunların sayısı artırılmalı hem de yetişkinlere yönelik yatılı rehabilitasyon merkezleri kurulmalıdır. Bireylerin bu merkezlerde alkol/maddesiz bir yaşama hazırlanmaları, işlevselliklerini kazanmaları ve toplumla yeniden bütünleşmeleri sağlanmalıdır.

Çalışmada düzenli iş, tıbbi tedavi, bireysel danışmanlık ve aile görüşmelerinin taburculuk sonrası için en fazla ihtiyaç alanları olduğu saptanmıştır. Rehabilitasyon sürecinde bu alanlara öncelik verilmesi önerilmektedir.

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bağımsız bir yaşama geçmeden önce ihtiyaç duydukları köprü işlevini yerine getirecek yarı yol evleri, ayık yaşam evleri, terapötik topluluklar gibi hizmet modelleri oluşturulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

Bağımlılık alanında rehabilitasyon hizmeti sunan Yeşilay Danışmanlık Merkezleri (YEDAM)’nin sayı ve hizmet kapasitesi artırılmalı, tüm Türkiye’de etkin biçimde faaliyet göstermesi sağlanmalıdır. YEDAM’lar ile AMATEM’ler arasında koordinasyon güçlendirilmelidir.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde kurulan ve yapılanmakta olan Sosyal Uyum Birimlerinin sayısı ve fonksiyonu artırılmalıdır. Bireylerin arındırmasını takiben öncelikle rehabilitasyon merkezleri daha sonra sosyal uyum birimleri devreye girmelidir.

4.2.4. Politika ve Kurumlar Düzeyinde Öneriler

Madde arzını azaltmak ve maddeye ulaşılabilirliği zorlaştırmak amacıyla çok yönlü mücadele verilmelidir.

Bağımlılık alanında çalışan tüm birimler arasında iş birliği ve koordinasyon güçlendirilmelidir. Bu koordinasyonu sağlayabilecek bir merkez birim açılmalıdır.

Bilgilendirme, tedaviye yönlendirme, barınma ve istihdam gibi konularda yerel idareler sorumluluk almalıdır.

Madde bağımlılığı tedavisi devlet, yerel yönetimler, dernekler, vakıflar ve sivil toplum örgütlerinin iş birliği ile yürütülmelidir.

Bağımlılık tedavisinde uluslararası düzeyde iyi uygulama örnekleri örnek alınarak tedavi seçenekleri artırılmalıdır.

Yurt dışı örneklerinde olduğu gibi kâr amacı gütmeyen alkol ve madde rehabilitasyonu kuruluşları kurulmalı ve bu kuruluşlar devlet tarafından mali olarak desteklenmelidir.

Türkiye'deki alkol/madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin sayısı ve kapasiteleri artırılmalı, hastaneye yatış için bekleme süreleri kısaltılmalıdır.

Kadınların bağımlılık tedavisine başvurusunu artırmak amacıyla cinsiyete özgü tedavi merkezleri açılmalı ve sayıları artırılmalıdır.

Hamile ya da anne bağımlılar ve bebeklerinin özel ihtiyaçları düşünülerek bu grup için özellikli yatılı tedavi birimleri açılmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

Kentin farklı bölgelerinde bireylerin yerleşim yerlerine yakın AMATEM poliklinik hizmeti veren birimler açılmalıdır. Bu şekilde hem ulaşılabilirlik kolaylaştırılmış hem de bağımlı bireylerin bekleme süreleri azaltılmış olacak böylelikle tedavide içinde kalmaları kolaylaştırılmış olacaktır.

Adsız Narkotikler Türkiye'de yalnızca İstanbul, Muğla, Antalya, Tokat, Denizli, Bodrum olmak üzere altı il/ilçede düzenli toplantılar gerçekleştirmektedirler. Bu bağlamda kendine yardım grupları desteklenmeli ve faaliyet alanları genişletilmelidir.

Toplumun bağımlılık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi faaliyetleri artırılmalı, bu amaçla medya etkin biçimde kullanılmalıdır.

Damgalama, ayrımcılık ve sosyal izolasyon madde kullanım bozukluğunun yol açtığı önemli sorunlardandır. Toplum içinde bağımlıların damgalanmasını ve ayrımcılığa uğramasını engellemek amacıyla damgalama karşıtı kampanyalar yürütülmelidir.

İş kaybı ve iş bulamamak bağımlılar arasında çok yaygındır. Özellikle işverenlerin bağımlıya ilişkin olumsuz bakışını düzeltmek amacıyla bilgilendirme ve bilinçlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

Eski bağımlılar için istihdamı kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır. Bünyesinde tedavi olmuş bağımlı birey istihdam eden kuruluşa vergi indrimi uygulanmalı, alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireyin maaşı bir yıl süreliğine mesleki eğitimi için istihdam eden kuruluş yerine devlet tarafından ödenmelidir. Bağımlılar için korumalı işyerleri ve barınmalı işyerleri açılmalıdır.

İŞKUR'un istihdamında zorlu çekilen bireylere geçici süreyle iş ve gelir sağladığı Toplum Yararına Program kapsamına aldığı dezavantajlılar grubuna eski bağımlılar da eklenmelidir.

Barınma sorunu olan alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireyler için barınma evleri, özel koşullu adaptasyon evleri açılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akbaş, E. (2019). 12 Basamaklı programlar. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & B. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 381-386). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Akcan, A., Akcan, F., & Balcıoğlu, İ. (2000). İstanbul kapalı cezaevlerindeki erkek adli tutuklu ve hükümlülerde cezaevi öncesi alkol ve madde kullanma sıklığı. *Bağımlılık Dergisi*, 12-16.
- Aktan Mutlu, E., & Öztürk Sarıkaya, Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, s. 276-285.
- Aldemir, E. (2019). Bağımlılık epidemiyolojisi. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 21-28). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM 5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2007). *APA dictionary of psychology (1st ed.)*. (G. R. VandenBos, Dü.) Washington, DC.
- Andreasson, S., & Öjehagen, A. (2003). Psychosocial treatment for drug dependence. M. Berglund, S. Thelander, & E. Jonsson (Dü) içinde, *Treating Alcohol and Drug Abuse* (s. 43-188).
- APA . (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arıkan , Z. (2012). Bağımlılık tedavisinde karşılaşılan güçlükler ve bunlarla başa çıkma. *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı* (s. 233-238). içinde Ankara : T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Arıkan, Z., Genç, Y., Etik, Ç., Aslan, S., & Parlak, İ. (2004). Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 52-56.
- Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ., & Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), s. 1-8.
- Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzlem Merkezi (EMCDDA). (2018). *Avrupa uyuşturucu raporu: Eğilimler ve gelişmeler*. Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu.
- Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA). (2019). *Avrupa Uyuşturucu Raporu: Eğilimler ve Gelişmeler*. Lizbon: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu.
- Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik (2019).

- Bilici, R., Karakaş Uğurlu, G., Tufan, E., & Güven, T. (2012). Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4), 223-227.
- Bozkurt, S. (1998). Servis ortamı ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ege Üniversitesi*. İzmir.
- Buchanan, J. (2000). The war on drugs-a war on drug users? *Drugs: Education Prevention and Policy*, s. 1-22.
- Buchanan, J. (2004). Missing links? Problem drug use and social exclusion. *Probation Journal*.
- Buchanan, J. (2013). Tackling problem drug use: A new conceptual framework. *Social Work Approaches in Health and Mental Health from Around the Globe*.
- Bulut, M., Savaş, H., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M., & Vırit, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7(2), s. 65-70.
- Bulut, M., Savaş, H., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M., & Vırit, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70.
- Bunt, G., Muehlbach, B., & Moed, C. (2008). The therapeutic community: International perspective. *Subst Abuse*, 29, 81-87.
- Cılga, İ. (2009). Madde ve madde kullanımı ile mücadelede ulusal politika ve strateji öncelikleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 7-22.
- Connors, G., Maisto, S., & Zywiak, W. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91(suppl), 173-189.
- Cox, L., Tice, C., & Long, D. (2016). Substance use and addiction. *Introduction to Social Work* (s. 201-254). içinde California: Sage.
- Çakmak, D., & Evren, C. (2006). *Alkol ve madde kullanım bozuklukları*. İstanbul: Özgül matbaacılık.
- Çetin Şeker, B. (tarih yok). *Hamilelikte madde kullanımının zararları*. Mayıs 5, 2020 tarihinde Yeşilay Danışmanlık Merkezi YEDAM: <http://www.yedam.org.tr/hamilelikte-madde-kullaniminin-zararlari> adresinden alındı
- Çetin, H. (2015). Sosyal adalet, sosyal hizmetler ve bütçe. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 145-157.
- Çöpür, M., Eryılmaz, A., & Çakmak, D. (2014). Alkol, madde kullanımı ve yasal sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2), 84-88.
- Dilbaz, N. (2012). Madde bağımlılığında korunma ve tedavi ilkeleri. *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı*. (s. 47-51). içinde Ankara : T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- Dinç, M. (2015). 38 yıldır gerçek olan bir rüya. *Addicta: The Turkish Journal on addictions*, s. 131-136.
- Doğan, Y. (2001). Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Aile ve Toplum*, 1(4), 79-86.
- DrugRehab.com*. (tarih yok). Nisan 13, 2020 tarihinde Sober living homes & Oxford houses: <https://www.drugrehab.com/recovery/sober-living-homes/> adresinden alındı
- DSM-5. (2013). *Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Durrant, R., & Thakker, J. (2003). *Substance use and abuse: Cultural and historical perspectives*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet: Temelleri yaklaşımları müdahale yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği.
- Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery. (2009). (G. Fisher, & N. Roget, Dü) SAGE Publications.
- Erbay, E., & Sevinç, Ç. (2008, Nisan). Madde bağımlılarının tedavi sonrası sosyal yaşama uyumları ve sosyal hizmet uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9(1).
- Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B., & Fırat, E. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 597-609.
- Erdoğan Yıldırım, Z., & Tekinsav Sütçü, S. (2016). Madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkinliği: Sistemik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Suppl 1), 108-128.
- Erukçü Akbaş, G., & Mutlu, E. (2016). Madde Bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 101-122.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). *Residential treatment for drug use in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evren, C., & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30-37.
- Evren, C., & Çakmak, D. (2001). Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 14(3), 142-149.
- Fridell, M. (2003). Psychosocial treatment for drug dependence. M. Berglund, S. Thelander, & E. Jonsson (Dü) içinde, *Treating Alcohol and Drug Abuse* (s. 325-413).
- Gaziantep Büyükşehir Belediyesi*. (tarih yok). Nisan 13, 2020 tarihinde Hayata buradan bağlanıyorlar: <https://gantep.bel.tr/haber/hayata-buradan-baglaniyorlar-3612.html> adresinden alındı

- Gönül, A., & Aldemir, E. (2019). Bağımlılığın nörobiyolojisi. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 59-63). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.
- Güven, F. M. (2019). Bilişsel davranışçı terapiler. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 359-372). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Güven, S. (2006). *Toplum bilimlerinde araştırma yöntemleri*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- HABERTÜRK. (2019, Eylül 26). Nisan 13, 2020 tarihinde Oya Bahadır Yüksel Rehabilitasyon Merkezi, 18 yaş üstüne de hizmet verecek: <https://www.haberturk.com/gaziantep-haberleri/72136030-oya-bahadir-yuksel-rehabilitasyon-merkezi-18-yas-ustune-de-hizmet-verecek-adresinden-alindi>
- Harm Reduction International (HRI). (tarih yok). *What is harm reduction?* 4 13, 2020 tarihinde <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction> adresinden alındı
- International Federation of Social Workers (IFSW). Global Definition of Social Work.* (2020, Nisan 13). <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work> adresinden alındı
- Jason, L., Olson, B., Mueller, D., & Walt, L. (2011). Residential recovery homes/Oxford houses. J. Kelly, & W. White (Dü) içinde, *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice* (s. 143-161).
- Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Mırsal, H., Şatır, T., Pektaş, A., Mırsal, N., . . . Beyazyürek, M. (1999). Alkol bağımlılığında tedaviye başvuru sürecinde alkol kullanım özellikleri ve klinik özellikleri arasındaki ilişkilerin araştırılması. *35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Tam Metin Kitabı*, (s. 39-44). Trabzon.
- Kutlu, Y. (2011). Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(2):, 2(2), 90-93.
- Laudet, A., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs. *J Subst Abuse Treat*, 38(1), s. 51-59.
- Leahly, R. (2004). *Bilişsel terapi ve uygulamaları*. (H. Hacak, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- McLellan, T., Lewis, D., O'Brien, C., & Kleber, H. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association* 284, 1689–1695.
- Melemis, S. (2015). Relapse prevention and the five rules. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88, s. 325-332.
- Mosel, S. (2020, Şubat 4). *American Addiction Centers*. Nisan 13, 2020 tarihinde Harm reduction guide: <https://americanaddictioncenters.org/harm-reduction> adresinden alındı

- Mutlu, E. (2017). Madde bağımlılığı ve sosyal hizmet. S. Attepe Özden, & E. Özcan (Dü) içinde, *Tibbi Sosyal Hizmet* (s. 247-261). Ankara: Nobel.
- Mutlu, E. (2019). Zarar azaltma. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 435-445). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- National Association of Social Workers. (2013). *NASW Standards for social work case management*.
- National Association of Social Workers, Code of Ethics. (1996). Washington , DC: NASW Press.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. Third Edition*.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. Nisan 13, 2020 tarihinde https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf adresinden alındı
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA). (2006). *Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misuse*. London: NTA.
- Neuman, W. (2017). *Tophumsal araştırma yöntemleri: Nitel ve nicel yaklaşımlar*. Ankara: Yayın Odası.
- Office of Applied Studies. (2005). Treatment Episode Data Set (TEDS): Discharges from substance abuse treatment services. .
- Oflaz, F. (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 56-61.
- Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu Çalışma Grubu. (2017). *Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. (C. Evren, Dü.) İstanbul: Yerküre.
- Ögel , K., Koç, c., Aksoy, A., Basabak, A., & Evren, C. (2012). Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA). İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2001). *İnsan, yaşam ve bağımlılık*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2002a). *Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2002b). *Türkiye’de madde bağımlılığı*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 1(47), 61-64.
- Ögel, K. (2015). *Bağımlı aileleri için rehber kitap*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Ögel, K. (2017). *Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı*. İstanbul: Yalın Yayıncılık. 4 13, 2020 tarihinde alındı

- Ögel, K. (tarih yok). *Aile ve bağımlılık*. Mayıs 23, 2020 tarihinde <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/aile.pdf> adresinden alındı
- Ögel, K. (tarih yok). Bağımlılık tedavisinde temel bilgiler. Nisan 13, 2020 tarihinde http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf adresinden alındı
- Ögel, K. (tarih yok). *Madde kullanıcılarının özellikleri: Türkiye’de çok merkezli bir araştırma*. Nisan 25, 2020 tarihinde http://www.ogelk.net/Dosyadepo/asama2_rapor_3p.pdf adresinden alındı
- Ögel, K. (tarih yok). Psikososyal tedaviler. Nisan 13, 2020 tarihinde <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/psikososyal.pdf> adresinden alındı
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D., & Çakmak, D. (1998). *Alkol ve madde el kitabı*. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi (AMATEM).
- Özden, S. (1992). *Uyuşturucu madde bağımlılığı: Teşhis-tedavi-tedbir*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özpoyraz, N., Taman, L., & Şentürk, A. (1998, Ocak). Alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Galenos*, 58-66.
- Öztürk, O. (1992). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, Y., Kırlioğlu, M., & Kıracı, R. (2015). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 18(2), 97-118.
- Pak, M. (2018). Bağımlılık ve psikiyatrik sosyal hizmet. A. İçağasıoğlu Çoban, & S. Attepe Özden (Dü) içinde, *Psikiyatrik Sosyal Hizmet* (s. 227-244). Ankara: Nobel.
- Patton, M. (2016). *Nitel Araştırma ve değerlendirme yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Phoenix House*. (tarih yok). Nisan 13, 2020 tarihinde History: <http://www.phoenixhousetuscaloosa.com/about/> adresinden alındı
- Phoenix House*. (tarih yok). Nisan 13, 2020 tarihinde History: <https://www.phoenixhouse.org/> adresinden alındı
- Pivoriené, J. (2007). Case management in social work. *Socialinis Darbas*, 6(1), 68-75.
- Polat, G. (2012). Madde bağımlısı ergenlerin tedavi sonrası toplumla yeniden bütünleşme deneyimleri ve sosyal sermaye yaklaşımı temelinde sosyal hizmet müdahalesi. *Hacettepe Üniversitesi*. Ankara.
- Polat, G. (2014). Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2), 143-148.

- Polcin, D., Korcha, R., Bond, J., & Galloway, G. (2010). What did we learn from our study on sober living houses and where do we go from here? *J Psychoactive Drugs*, 42(4), 425–433.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Project MATCH Research Group. (1993). Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 17(6), 1130-1145.
- Ronen, T. (1998). A constructivist model for working with depressed elders. *Journal Of Gerontological Social Work*, 30, 83-99.
- Sacks, S., & Sacks, J. (2010). Research on the effectiveness of the modified therapeutic community for persons with co-occurring substance use and mental disorders. *Ther Communities*, 31, 176-211.
- Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, s. 119-126.
- Savaşan, A., Engin, E., & Ayakdaş, D. (2013). Bir Amatem kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), s. 75-79.
- Scott, C., White, W., & Dennis, M. (2007). Chronic addiction and recovery management: Implications for clinical practice. *Counselor (Deerfield Beach, Fla.)*, 8(2), 22-27.
- Sheafor, B., & Horejsi, C. (2014). *Sosyal hizmet uygulaması: Temel teknikler ve ilkeler*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Sosyal Uyum Birimi Pilot Uygulama Yönergesi*. (2019). Nisan 13, 2020 tarihinde https://ailevecalisma.gov.tr/media/2538/sosyal_uyum_birimi_pilot_uygulama_yonergesi.pdf adresinden alındı
- Steinberg, L. (2013). *Ergenlik*. (F. Çok, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi.
- Şahin, F. (2001). Sosyal hizmette güçler perspektifi ve çözüm odaklı mülakat. *Aile ve Toplum*, 1(4), 59-72.
- Şahin, F. (2009, Kasım-Aralık). Sosyal hizmette kendi kaderini tayin hakkı. *Aile ve Toplum*, 87-97.
- Şimşek, G. M. (2019). Bağımlılıkta farkındalık temelli uygulamalar. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 447-452). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu. (2014). *Madde ve diğer bağımlılıklar ile mücadele kapasitesinin ve bu bağlamda Yeşilay Cemiyetinin değerlendirilmesi*.

- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir. (2019, Mayıs 28). Nisan 13, 2020 tarihinde Bağ evi: <https://bakirkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,346319/bag-evi.html> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (tarih yok). Nisan 13, 2020 tarihinde AMATEM (Alkol madde tedavi merkezi): <https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,87291/amatem--alkol-madde-tedavi-merkezi-.html> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2018, Kasım 12). Nisan 13, 2020 tarihinde Amatem ve Çematem projeleri: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,32548/amatem-ve-cematem-projeleri.html> adresinden alındı
- Tapan, M., & Derin, M. (2017). Hollanda'daki Madde Bağımlılığı Tedavi Ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin İncelenmesi: Tactus Kurumu Uygulamaları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(10), s. 70-81. Mayıs 15, 2020 tarihinde http://static.dergipark.org.tr/article-download/909b/db9d/c03b/JA47HJ65HE/5d5fdb5c1a973_2311c4fa29829356c3b160a9b4d9de15.pdf? adresinden alındı
- Taylor, C. (1990). Essential of psychiatric nursing. Thirteen edition. 99-110.
- Tekin, K. (2019). Bağımlılığa etki eden sosyal faktörler. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 47-57). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Toft, D. (1995). The Minnesota model-humane, holistic, flexible. *Hazelden News*, 1-16.
- Tokur, H. (2019). Bağımlılık tanısı ve ilgili kavramlar. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 147-158). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- TUBİM. (2018). *Türkiye uyuşturucu raporu*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.
- TUBİM. (2019). *Türkiye uyuşturucu raporu*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.
- Türkcan, A., Coşkun, B., İlem, E., & Çakmak, D. (2001). Alkol bağımlılarında bir tedavi programının üç aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1), 30-33.
- Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. (2020, Nisan 29). *Nisan 2020 açlık ve yoksulluk sınırı*. TÜRK-İŞ Haber Bülteni : <http://www.turkis.org.tr/dosya/H7USIG7y6FoE.pdf> adresinden alındı
- Uluğ, B. D. (2019). Bağımlılık tedavisine genel bir bakış. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, & R. Bilici (Dü) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 343-349). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2008). *Community Based Treatment Good Practice*. Vienna: Treatnet.

- United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization (UNODC-WHO). (2017). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.
- Utaş Akhan, L., Beytekin, E., Aydın, Y., Özgür, H., Küçükvural, G., Acar, H., & Darıkuşu, M. (2013, Ekim). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların terapötik ortam algılamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), s. 194-199.
- Uzbay, T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21(22), 5-14.
- Uzbay, T. İ. (2015). *Tüm Boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Uzbay, T. İ. (2015). *Tüm Boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Uzbay, T., & Yüksel N, N. (2003). Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. N. Yüksel (Dü.) içinde, *Psikofarmakoloji* (s. 485-520). Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Ünüböl, B., Çinka, E., Bilici, R., & Hıdıroğlu, S. (2019). Bağımlı kadınların ruhsal, ailesel ve çevresel sorunlarının incelenmesi. *Kadem Kadın Arştırmaları Dergisi*, 5(1), 99-131.
- Wilbourne , P., & Miller, W. (2003). Treatment of alcoholism: Older and wiser? T. McGovern, & W. White (Dü) içinde, *Alcohol Problems in the United States: Twenty Years of Treatment Perspective* (s. 41–59). New York: Haworth Press.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Management of substance abuse: Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*.
- Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM). (2017, Mart 2). Nisan 13, 2020 tarihinde Bağımlılıkta Psikososyal Tedavi Yaklaşımları: Terapötik Komüniteler: <http://www.yedam.org.tr/bagimlilikta-psikososyal-tedavi-yaklasimlari-terapotik-komuniteler> adresinden alındı
- Yıldırım, A. (1999). Nitel araştırma yöntemlerinin temel özellikleri ve eğitim araştırmalarındaki yeri ve önemi. *Eğitim ve Bilim*, 23(112), 7-17.
- Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., & Evren, C. (2014). Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 243-256. doi:10.5455/cap.20131114113549
- Zengin, O., & Altındağ, Ö. (2016). Bir insan hakları mesleği olarak sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 179-190.

EKLER**EK-1: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU**

Değerli Katılımcı,

“Ankara AMATEM Kliniğinde Tedavi Gören Bireylerin Tedavi Sürecindeki Deneyimleri ve Taburculuk Sonrası Gereksinimleri” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi sürecini nasıl deneyimlediklerini, içinde buldukları koşulları nasıl değerlendirdiklerini, ne tür sorunlar yaşadıklarını ve taburculuk sonrası ne tür gereksinimleri olduğunu araştırma amacıyla planlanmıştır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz bir bölümden oluşmaktadır. 57 soruluk, 25 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Sosyal Hizmet Uzmanı Semra GÜNDÜZ TÜRKEŞ

Telefon: 0312 395 95 95

Araştırma Ekibi

Prof Dr. Sema BUZ

Sosyal Hizmet Uzmanı Semra GÜNDÜZ TÜRKEŞ

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

1. Evet (.....kez). Yatarak tedavi sonrası madde kullanmadığınız en uzun süre.....

2. Hayır

17. Alkol/madde kullanımına başladıktan sonra yaşamınızda madde kullanmadığınız en uzun süre?

18. Alkol/maddeyi bıraktıktan sonra tekrar kullanıma dönmeniz nasıl gerçekleşti? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Hatırlatıcı arkadaş ve ortam nedeniyle.
2. Madde teklif edilmesi nedeniyle.
3. Öfke, hayal kırıklığı gibi duygular nedeniyle.
4. Yeni bir yaşam tarzı oluşturamadığım için.
5. Boşluk ve keyifsizlik hissi nedeniyle.
6. Alkol/maddeye yoğun istek duymam nedeniyle.
7. Bir kereden bir şey olmaz düşüncesiyle.
8. Çevremin bana olan olumsuz bakış açısı ve güvensizliği nedeniyle.
9. Diğer (belirtiniz)

19. Bu yatışınızda yatarak tedavi olmanız kimin kararıydı?

1. Kendimin
2. Ailemin ısrarı
3. Adli zorunluluk
4. Diğer (belirtiniz)

.....

20. Yatarak tedavi kararı almak sizin açısından zorlayıcı oldu mu?

1. Evet
2. Hayır (22. soruya geçiniz)

21. Yatarak tedavi kararı almak sizin açısından neden zorlayıcı oldu? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Çevremin duymasından endişe ettim.
2. Sicilime işler diye düşündüm.
3. İşimi kaybetmekten korktum.
4. Çok sayıda bağımlının olduğu bir ortamda bulunmaktan çekindim.
5. Diğer (belirtiniz).....

22. Yatarak tedavi öncesi ne tür çözüm yöntemlerine başvurduunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Kendi çabamla bırakmaya çalıştım.
2. Ayaktan tedaviye başvurdum.
3. Çeşitli dernek ve vakıflardan yardım aldım.
4. Kendine yardım gruplarına başvurdum.
5. Din / inanç temelli organizasyonlardan destek aldım.
6. Diğer (belirtiniz)

23. İlk kez tedavi arayışına girdiğinizde alkol/madde bağımlılığı tedavisi hakkında size bilgi veren sizi yönlendiren bir kurum oldu mu?

1. Evet (cevabınız evet ise hangi kurum olduğunu yazınız)
2. Hayır

24. Başvuru sonrası hastaneye yatış için ne kadar süre beklediniz? gün

25. Servise kabul işlemlerinden üst araması hakkında ne düşünüyorsunuz?

- | | Evet | Hayır |
|--|------|-------|
| 1. Güvenliğimiz ve tedavimizin sağlıklı yürümesi için gerekli. | () | () |
| 2. Üst arama işlemi ve amacı hakkında bilgilendirildim. | () | () |
| 3. Arama yapılması beni kaygılandırdı/korkuttu. | () | () |
| 4. Elbiselerimi çıkarmak beni utandırdı. | () | () |
| 5. Personelin tavrından rahatsız oldum. | () | () |
| 6. Kendimi kötü hissettim. | () | () |
| 7. Diğer (belirtiniz) | | |

26. Servise girmesine izin verilen eşya sınırlaması hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Güvenliğimiz ve tedavimizin sağlıklı yürümesi için gerekli olduğunu düşünüyorum.
2. Fazla sınırlayıcı olduğunu düşünüyorum.
3. Diğer (belirtiniz)

27. Gözetim görevlisi eşliğinde idrar numunesi verme zorunluluğu hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Benim üzerimde olumsuz bir etkisi yok.
2. Başlangıçta kötü hissetsem de zamanla alıştım.
3. Halen kötü hissettiriyor.
4. Diğer (belirtiniz).....

28. Servis kuralları ve puan uygulaması hakkında düşünceleriniz?

- | | Evet | Hayır |
|---|------|-------|
| 1. Servis kurallarına uymakta zorluk yaşıyorum. | () | () |
| 2. Mantıksız ya da gereksiz olduğunu düşündüğüm kurallar var.
Cevabınız evet ise hangileri belirtiniz..... | () | () |
| 3. Kurallar çok katı uygulanıyor. | () | () |
| 4. Kurallar kısıtlandığımı hissettiriyor. | () | () |
| 5. Personelin puanla tehdit etmesinden rahatsız oluyorum. | () | () |
| 6. Boş zaman faaliyetlerine katılmanın zorunlu olması üzerimde baskı hissettiriyor. İsteğe bağlı olmasını tercih ederdim. | () | () |
| 7. Kuralların gerekçeleri açıklandığında mantıklı buluyorum. | () | () |
| 8. Buradaki düzeni sağlamak için kuralların gerekli olduğunu düşünüyorum. | () | () |

9. Kuralların beni ve tedavimi koruduğunu düşünüyorum. () ()
 10. Kurallar disipline olmamı sağlıyor. () ()
 11. Kurallar beni dışarıdaki yaşama hazırlıyor. () ()
 12. Diğer belirtiniz.....

29. Yatışınız süresince hiç uyarı puanı aldınız mı?

1. Uyarı puanı aldım. (.....nedeniyle)
 2. Uyarı puanı almadım.

30. Daha önceki yatışınızda ya da bu yatışınızda uyarı puanı aldığınızda bu durum size ne hissettirdi? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hiçbir şey hissettirmedim.
 2. Yatışımın sonlanması düşüncesi beni kaygılandırdı.
 3. Haksızlığa uğradığımı düşünerek öfkelenim.
 4. Tedavimi yarıda bırakmayı düşündüm.
 5. Hiç puan almadan taburcu olmak gibi bir hedefim vardı. Bu yüzden kötü hissettim.
 6. Diğer (belirtiniz)

31. Serviste herhangi bir sağlık sorunu yaşadığınızda rahatlıkla çözümleyebiliyor musunuz?

1. Çözümleyebiliyorum. (33. soruya geçiniz) 2. Çözümleyemiyorum.

32. Serviste sağlık hizmeti alma konusunda yaşadığınız sorunların kaynağı nedir?

1. Doktor ve hemşirelere istediğim zaman ulaşamıyorum.
 2. Hastalığımla ilgili şikayetlerim yeterince dinlenilmiyor.
 3. Verilen tedavinin hastalığıma uygun ve yeterli olmadığını düşünüyorum.
 4. Diğer (belirtiniz)

33. Tedavi ortamı ve olanakları hakkında sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- | | Evet | Hayır |
|---|------|-------|
| 1. Tedavi ortamının fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum. | () | () |
| 2. Servisin temizliğinin yeterli olduğunu düşünüyorum. | () | () |
| 3. Serviste verilen yemeklerin yeterli ve besleyici olduğunu düşünüyorum. | () | () |
| 4. Ziyaret sıklığı ve süresinin yeterli olduğunu düşünüyorum. | () | () |
| 5. Servisteki boş zaman faaliyetlerinin yeterli olduğunu düşünüyorum | () | () |
| 6. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların bir arada olmasını yanlış buluyorum. | () | () |
| 7. Kadın ve erkek hastaların bir arada olmasını yanlış buluyorum. | () | () |
| 8. Yatış süresinin dışarıdaki yaşama hazırlanmak için yetersiz olduğunu düşünüyorum. | () | () |

9. Dış dünyayla hiç temasımızın olmamasını yanlış buluyorum. () ()

34. Günaydın toplantılarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Diğer hastalar ve tedavi ekibiyle etkileşimin yararlı olduğunu düşünüyorum, farklı bakış açılarından faydalanıyorum.
2. Günaydın toplantılarının mantığını ve amacını anlamış değilim.
3. Günaydın toplantılarının taburculuk sonrası hayatımız için bir faydası olduğunu düşünmüyorum.
4. Diğer (belirtiniz)

35. SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı) eğitimlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Eğitimleri ilk kez aldığım ve yeni bilgiler edindiğim için faydalı buluyorum.
2. Eğitimleri ilk kez almama rağmen bildiğim bilgileri içerdiği için faydasız buluyorum.
3. Birçok kez aynı eğitimleri almış olsam da tekrar edilmesini faydalı buluyorum.
4. Birçok kez aynı eğitimleri aldığım için eğitim içeriğinin değişmesi gerektiğini düşünüyorum.
İçeriğe ne eklenmeli belirtiniz.....
5. Diğer (belirtiniz)

36. Servisteki bireysel görüşmeleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Bireysel görüşmelere katılmıyorum. İhtiyaç duymuyorum.
2. Bireysel görüşmelere katılıyor ve fayda görüyorum.
3. Bireysel görüşmelere katılıyor fakat fayda görmüyorum.
4. Diğer (belirtiniz).....

37. Bağımlılık sorununuzu çözeniz için AMATEM kliniğinden aldığınız hizmetleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. İyi.
2. Fena değil.
3. Kötü.
4. Diğer (belirtiniz)

38. AMATEM’de uygulanan tedavi yöntemlerinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Yeterli. (40. soruya geçiniz)
2. Yetersiz.
3. Geliştirilebilir.

39. Cevabınız yetersiz ya da geliştirilebilir ise nedenini açıklayınız.....

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Tedavi ekibi saygılı ve iyi davranıyor. | () | () |
| 2. Tedavi ekibinin alanda yeterince bilgili ve tecrübeli olduğunu düşünüyorum. | () | () |
| 3. Tedavi ekibi düzeleceğime dair bana umut veriyor. | () | () |
| 4. Tedavi ekibi maddeyi bırakma yönünde motivasyonumu artırıyor. | () | () |
| 5. Duygu ve düşüncelerimi rahatlıkla ifade edemiyorum. | () | () |
| 6. Tedavi ekibi tarafından anlaşılmadığımı hissediyorum. | () | () |
| 7. Tedavi ekibi tarafından önemsenmediğimi hissediyorum. | () | () |
| 8. Tedavi ekibinin bana tepeden baktığını, beni hor gördüğünü hissediyorum. | () | () |
| 9. Diğer (belirtiniz)..... | | |

47. Taburculuk sonrası için size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz.

- | | Evet | Hayır |
|---|------|-------|
| 1. Taburculuk sonrası yaşama hazır hissediyorum. | () | () |
| 2. Taburculuk sonrası planlarım net. | () | () |
| 3. Taburculuk sonrası yaşamla ilgili kaygılarım var. | () | () |
| 4. Dışarıdaki yaşam beni korkutuyor. | () | () |
| 5. Tedavimi dışarıda da sürdürmeyi düşünüyorum. | () | () |
| 6. Yaşadığım yeri değiştirmeyi planlıyorum. | () | () |
| 7. Arkadaş çevremi değiştirmeyi planlıyorum. | () | () |
| 8. Düzeleceğim konusunda umutluyum. | () | () |
| 10. Değişim için neler yapmam gerektiğini biliyorum ancak bunları nasıl hayata geçireceğimi bilmiyorum. | () | () |
| 11. Taburculuk sonrası hemen çalışmaya başlamayı düşünüyorum. | () | () |

48. Dışarıdaki yaşam ile ilgili sizi en çok kaygılandıran nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Ailemin/çevremın bana yaklaşımı ve bakış açısı
2. Yaşadığım çevre/arkadaş grubum
3. Çalışma durumum
4. Devam eden adli süreçler
5. Tekrar maddeye başlama düşüncesi
6. Barınma sorunu
7. Sorumluluklarımı yerine getirememek
8. Gelir kaygısı
9. Diğer (belirtiniz)

49. Remisyonda (ayık) kalmanız için gerektiğini düşündüğünüz şeyleri önem sırasına göre 1'den başlayarak sıralayınız.

- () Tıbbi tedavi (ilaç, çip vs.)
 () Psikolojik ve sosyal destek

- () Taburculuk sonrası hizmetlerden (poliklinik kontrolleri, bireysel görüşmeler, YEDAM, Sosyal Uyum Merkezi vb.) faydalanmak
- () Kendine yardım gruplarına katılmak (Adsız Alkolikler/Adsız Narkotikler)
- () Yeni beceriler edinmek (iletişim becerileri, hayır diyebilmek, problem çözme, güçlüklerle baş edebilme vb)
- () Arkadaş çevremi değiştirmek
- () Yaşadığım semti/şehri değiştirmek
- () Bir iş bulup çalışmak /çalışmayı sürdürmek
- () Yeni hobiler edinmek, bir şeylerle meşgul olmak
- () Diğer (belirtiniz)

50. AMATEM poliklinik kontrollerine ilişkin size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. AMATEM'e ulaşım oldukça zor.	()	()
2. Her görüşmede farklı doktorla karşılaşıyorum. Öykümü tekrar tekrar anlatmak zorunda kalıyorum.		
3. Doktorların ayırdığı süre yetersiz.	()	()
4. Poliklinik hizmeti için çok zaman harcıyorum.	()	()
5. İş yerimden izin almakta zorlanıyorum.	()	()
6. Eski ya da aktif kullanıcılarla karşılaşmak maddeyi aklıma getiriyor.	()	()

51. Taburculuk sonrası sunulan hizmetlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Yeterli.
2. Yetersiz.
3. Geliştirilebilir.
4. Fikrim yok.

52. Taburcu olduktan sonra bağımlılık sorununuzu çömenizi sağlayacak ne tür uygulamalar olsa, bağımlılık davranışınızın tekrarlamayacağını düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Tıbbi tedavi
2. Bireysel danışmanlık
3. Grup çalışmaları
4. Aile görüşmeleri
5. Sosyal beceri eğitimi (tekrar kullanımı önleme amacıyla ruhsal gelişim -iletişim becerileri, öfke, stresle başa çıkma- ve yaşam becerilerini geliştirme)
6. Psiko eğitim grupları
7. Sosyal destek hizmetleri (barınma, ulaşım, sosyal bütünleşme ve ihtiyaçların desteklenmesi)
8. İş-uğraş çalışmaları, mesleki beceri edindirme programları
9. Sosyal/kültürel aktiviteler
10. Düzenli iş olanağı
11. Maddi yardım

12. Diğer (belirtiniz).....

53. Taburculuk sonrasında alkol/maddenin olmadığı bir yaşama uyum sağlayabilmeniz ve işlevselliğinizi tekrar kazanabilmeniz için sizi destekleyen hastane dışında bir yatılı kurum (yarı yol evi) olsaydı bu kurumdan faydalanmayı düşünür müydünüz?

1. Evet 2. Hayır 3. Belki

54. Taburculuk sonrasında alkol/maddenin olmadığı bir yaşama uyum sağlayabilmeniz ve işlevselliğinizi tekrar kazanabilmeniz için sizi destekleyen gündüzlü bir rehabilitasyon merkezi olsaydı bu merkezden faydalanmayı düşünür müydünüz?

1. Evet 2. Hayır 3. Belki

55. Taburculuk sonrasında AMATEM poliklinik hizmetlerini AMATEM'e bağlı sabit bir tedavi ekibinin (doktor, psikolog ve sosyal çalışmacı) bulunduğu daha küçük bir merkezden almayı ister miydiniz?

1. Evet 2. Hayır 3. Belki

56. Türkiye'de bağımlı bireylerin sorun ve ihtiyaçları ile yeterince ilgilenildiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

57. Sizin son olarak paylaşmak istediğiniz herhangi bir şey var mı?

.....