

HAKAN KARAMAN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2017



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE'DE BAĞIMLILIK ALANINDA BİR
REHABİLİTASYON MODELİ OLARAK YEŞİLAY
DANIŞMANLIK MERKEZİ'NİN (YEDAM) İNCELENMESİ**

HAKAN KARAMAN

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ÖMER MİRAC YAMAN**

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Programında Yüksek Lisans öğrencisi Hakan KARAMAN tarafından Doç. Dr. Ömer Miraç YAMAN'ın danışmanlığında hazırlanan “Türkiye’de Bağımlılık Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi’nin (YEDAM) İncelenmesi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 18/07/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç.Dr.Orhan KOÇAK
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**Jüri-Danışman**

Doç.Dr.Ömer Miraç YAMAN
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

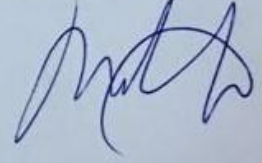
Jüri

Doç.Dr.Bedrettin KESGİN
Yalova Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hakan KARAMAN



İTHAF



“Hem bu deveyi güdecek hem bu diyarda kalacağız. Çünkü deve de bizim, diyar da.”

Rasim Özdenören

Bu coğrafyanın derdi ile dertlenenlere..

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın fikren doğduğu ilk andan nihayete erdiği son ana kadar vaktini, bilgisini ve duasını benden esirgemeyen çok kıymetli hocam Doç. Dr. Ömer Miraç YAMAN'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Bu zorlu sürecin maddi ve manevi yükünü gönüllü olarak benimle paylaşan değerli ağabeyim Abdullah Sabit TUNA'ya; bu yolda beraber yürüdüğümüz ve dert ortaklığı yaptığımız çok değerli arkadaşlarım Burak ACAR'a, İhsan YILKAN' a ve Rabia ERTEN'e; çalışma süresince desteğini ve muhabbetini esirgemeyen, başta Osman YANIK, Ömer Faruk BOZDOĞAN, Mustafa KAYADEMİR, Zeynep NEGİZ, Veysi AKA, Ali AYDIN ve Abdulsamet BULUT olmak üzere tüm dostlarıma; çalışmaya destek veren tüm katılımcılara ve dahi varlığıyla güven veren çok değerli aileme en içten şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bağımlılık Nedir?.....	4
2.1.1. Madde Bağımlılığı	8
2.1.2. Alkol Bağımlılığı	13
2.2. Alkol ve Madde Kullanımının Nedenleri	17
2.2.1. İlgili Teoriler	17
2.2.2. Kişisel Faktörler	19
2.2.3. Aile ile İlgili Faktörler	21
2.2.4. Çevresel Faktörler	23
2.3. Alkol ve Madde Kullanımının Yaygınlığı	27
2.3.1. Dünyada Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı	28
2.3.2. Türkiye’de Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı.....	31
2.4. Bağımlılığın Kişi Yaşamı Üzerindeki Etkileri.....	34
2.4.1. Bireysel Düzeyde Etkileri	34
2.4.2. Sosyal Düzeyde Etkileri.....	35
2.5. Bağımlılık Tedavisi.....	38
2.5.1. Bağımlılık Tedavisine Genel Bir Bakış	39
2.5.2. Tedavinin Süreçleri	44
2.5.2.1. Detoksifikasyon/Arındırma Tedavisi:	44
2.5.2.2. Aktif Tedavi ve Rehabilitasyon:	45

2.5.2.3. Relaps Önleme:	45
2.5.3. Bağımlılık Tedavisinde Rehabilitasyon	46
2.6. Bağımlılık ve Sosyal Hizmet	49
2.6.1. Sosyal Hizmet ve Bağımlılık İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme.....	50
2.6.2. Bağımlılıkta Sosyal Hizmet Mesleğinin Temel Nitelikleri.....	57
2.6.3. Sosyal Hizmet Uzmanının Bağımlılık Alanındaki Rollerini	61
2.7. Bağımlılık Tedavisi Alanından Uygulama Örnekleri	67
2.7.1. Dünyadan Uygulama Örnekleri	67
2.7.1.1. San Patrignano Topluluğu.....	68
2.7.1.2. DIANOVA	70
2.7.1.3. Proyecto Hombre	71
2.7.1.4. Cranstoun Cemiyeti.....	73
2.7.1.5. PARCEVAL.....	74
2.7.1.6. Rebirth Society Organization.....	76
2.7.2. Türkiye’den Uygulama Örnekleri.....	76
2.7.2.1. Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi, Çocuk ve Ergen Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	77
2.7.2.2. Bursa Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Aile Destek Merkezi (GADEM)	79
2.7.2.3. Sancaktepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM)	80
2.7.2.4. Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER).....	81
2.7.2.5. Bağımlılıkla Mücadele Danışmanlık ve Rehabilitasyon Merkezi (BAYAMER)	83
2.7.2.6. Gençlik ve Aile Destek Merkezi (GADEM).....	84
2.7.2.7. Sosyal Rehabilitasyon Derneği	85
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	87
3.1. Araştırmanın Yöntemi	87
3.2. Veri Toplama Teknikleri.....	87
3.2.1. Derinlemesine Görüşme.....	88
3.2.2. Katılımlı Gözlem:	88
3.2.3. Doküman İnceleme:	89
3.3. Araştırma Sahası	89
3.4. Araştırma Grubu	90
3.5. Verilerin Analizi	90

3.6. Saha Araştırması	91
3.7. Araştırmanın Genellenebilirliği	92
3.8. Araştırmanın Etiği.....	93
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	93
4. BULGULAR.....	94
4.1. YEDAM'ın Kuruluş Süreci	94
4.2. YEDAM'ın Kurumsal Yapısı	96
4.3. YEDAM'ın Teorik Altyapısı	97
4.3.1. Temel İlkeler	98
4.3.2. Uygulama Modeli	99
4.3.3. YEDAMSOFT	100
4.4. YEDAM'da Görevli Meslek Elemanlarının Sunduğu Hizmetler	102
4.4.1. Psikolog.....	102
4.4.2. Klinik Psikolog-Psikoterapist	104
4.4.3. Sosyal Hizmet Uzmanı.....	104
4.4.4. Halkla İlişkiler Uzmanı.....	105
4.4.5. Pilot Uygulama: Mobil Ekip	105
4.4.6. Pilot Uygulama: YEDAM Atölye.....	106
4.5. Danışanın YEDAM'a Başvuru Süreci	106
4.6. YEDAM'da Çalışan Meslek Elemanlarının Uygulama Sürecinde Karşılaştığı Zorluklar	108
4.7. YEDAM'da Çalışan Meslek Elemanlarının Uygulama Sürecindeki Zorluklarla Baş Etme Yöntemleri	109
4.8. YEDAM'a Gelen Vakalar Üzerine Genel Bir Değerlendirme	110
4.8.1. En Sık Karşılaşılan Maddeler	110
4.8.2. Öne Çıkan Aile Profilleri	111
4.8.3. Tedavi Sürecinde Ailelerin Tutumları	112
4.8.4. Hizmet Sunumuna İlişkin Değerlendirmeler	113
4.9. YEDAM'ın Kurumlar Arası İşbirliği.....	114
4.10. YEDAM'ın Öne Çıkan Güçlü Yönleri	115
4.11. YEDAM'ın Geliştirilebilir/Zayıf Yönleri.....	121
5. TARTIŞMA	127
KAYNAKLAR	138

FORMLAR	158
ETİK KURUL KARARI	163
ÖZGEÇMİŞ	165



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Yaşam Boyu En Az Bir Kez Alkol ve Madde Kullanma Durumu.....30

Tablo 4.1: 2016 Yılıının İkinci Yarısında YEDAM’da Yapılan Görüşmeler.....113



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

APA: American Psychological Association/ Amerikan Psikoloji Birliği

BADEM: Bağımlılık Danışmanlık ve Eğitim Merkezi

BAYAMER: Bağımlılıkla Mücadele Danışmanlık ve Rehabilitasyon Merkezi

BAYDER: Bağımsız Yaşam Derneği

ÇEMATEM: Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

DDK: Devlet Denetleme Kurulu

DSM: Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders/ Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/ Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs/ Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi

GADEM: Gençlik ve Aile Destek Merkezi

ICD: International Classification of Diseases/Uluslararası Hastalık Sınıflaması

İSMEK: İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sanat ve Meslek Eğitim Kursları

NASW: National Association of Social Workers/ Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği

NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism/ Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizm Ulusal Enstitüsü

SAMBA: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı

SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration/ Madde Kullanımı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TÜBAM-P: Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Platformu

UMATEM: Uçucu Madde Tedavi Merkezi

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime/ Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

WHO: World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü

YEDAM: Yeşilay Danışmanlık Merkezi

ÖZET

Karaman, H. (2017). Türkiye’de Bağımlılık Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi’nin (YEDAM) İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Bu çalışma, Türkiye’de bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonu alanında çalışma yapan Yeşilay Danışmanlık Merkezi’ne (YEDAM) yönelik bir eleştiri geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu plan kapsamında YEDAM modelinin idari ve kurumsal yapılanmasından mesleki müdahale ayağına kadar derinlemesine incelemeler yapılmış; bu incelemeler çeşitli temalar altında yorumlanmış ve sonucunda modelin geliştirilmesine dair kimi teklifler sunulmuştur. Yapılan değerlendirmeler sosyal hizmet mesleğinin sunduğu bir çerçeve olarak disiplinler arası bir bakışla gerçekleştirilmiştir. Bağımlılığın sebep ve sonuç düzeylerinde sosyal etkenlerle ilişkili olması ve tedavi sürecinde mikro, mezo ve makro faktörlerin bir arada değerlendirilmesi gereği sosyal hizmet mesleğinin alandaki etkinliğini geliştirmektedir. Nitel çalışmanın imkan tanıdığı derinlemesine görüşme, katılımcı gözlem ve doküman inceleme teknikleriyle elde edilen bulgulara göre YEDAM modeli sosyal hizmet disiplininin alandaki etkinliğini içermektedir. Bunun ötesinde YEDAM modeli Türkiye’de bağımlılık tedavisine yönelik öncü olma potansiyeline sahip bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada modelin güçlü yönleri Yeşilay’ın sunduğu kurumsal destek, kanıta dayalı çalışma modeli, sürekli eğiten yapı, danışan öncelikli multidisipliner bakış ve toplum temelli tedavi yaklaşımı olarak öne çıkmıştır. Diğer yandan yeni gelişen bir uygulama olması sebebiyle altyapı sorunları, yetişmiş personel eksikliği, henüz az tanınıyor olması, iş birliği düzeyinin beklenen seviyeden düşük olması modelin zayıf yönleri olarak görülmüştür. Sosyal hizmet açısından bakıldığında da modelin teorisinde sosyal hizmet uygulamalarının aktif olarak bulunduğu; ancak mevcut uygulamada bu açıdan geliştirilebilir yönlerin olduğu görülmüştür. Bu dezavantajların aşılması YEDAM modelinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, mevcut yapı içerisinde Türkiye’de bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonu alanına önemli katkılar sunacaktır.

Anahtar Kavramlar: Bağımlılık, Bağımlılık Tedavisi, Rehabilitasyon, Sosyal Hizmet, Yeşilay Danışmanlık Merkezi

ABSTRACT

Karaman. H. (2017). Analysis of Yeşilay Consultancy Center (YEDAM) As A Rehabilitation Model in the Field of Addiction in Turkey. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Social Services. Master Thesis. İstanbul.

This study was planned to develop a basic critique of Yeşilay Consultancy Center (YEDAM), which is working in the field of addiction treatment and rehabilitation in Turkey. Within this plan, in-depth studies were carried out from the administrative and institutional structure of the YEDAM model up to the professional intervention stage. These reviews have been interpreted under various themes and some proposals have been presented for the development of the model. The assessments were carried out from an interdisciplinary perspective as a framework, which is presented by the social work profession. Social work profession is increasingly active in the field of addiction, because of it's roles at both preventive and therapeutic stages. The fact that addiction is related to social parameters at both the cause and the effect level and the influence of mezzo and macro factors in the treatment process are the most important factors in developing of social work in the field. Findings obtained by in-depth interviewing, participant observation and document review techniques allowed by qualitative work show that the YEDAM includes important potential to be pioneering model for the problem of addiction in Turkey. At this point, the strengths of the model were assessed as institutional support given by Yeşilay, evidence-based work model, constantly educated structure, client-oriented multidisciplinary approach and community-based treatment approach. In addition to this, infrastructure problems, lack of trained personnel, lack of recognition yet, weaknesses of expected level of business associations are seen as weaknesses as it is a new application. From the social work perspective, it is seen that the model actively includes the social work profession structurally, but there are developable aspects in the current practice. By overcoming these disadvantages, the development and dissemination of the YEDAM model will provide significant contributions in the area of addiction treatment and rehabilitation in Turkey.

Key Words: Addiction, Treatment of Addiction, Rehabilitation, Social Work, Yeşilay Consultancy Center

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Alkol ve madde kullanımı günümüzün en ciddi toplumsal sorunlarından birisidir. Toplumun her kesimini etkilemesi ve toplumlar arasında hızlı geçiş göstermesi nedeniyle çağımızın öncelikli sorunlarından biri olarak tanımlanabilmektedir. Zira alkol ya da madde kullanımı yalnızca kullanan kişiyi değil, kişinin dahil olduğu aile ve sosyal çevre gibi mezzo sistemleri; zamanla mezzo sistemlerin etkisiyle tüm toplumu etkilemeye ve değiştirmeye başlamaktadır (Evren, 2014: 59). Dolayısıyla sorunla mücadelenin de bireysel düzeyden ziyade sistemli ve toplumsal düzeyde ilerlemesi gerekmektedir.

Bağımlılık tedavisi uzun yıllar yalnızca bir ruh sağlığı sorunu olarak görülmüş ve klinik tedavi bağımlılık tedavisine eş tutulmuştur. Özellikle 1960'lı yıllardan itibaren genel sağlık alanında değişmeye başlayan bakışla beraber bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden iyilik halinin yanında sağlığın sosyal boyutu da ön plana çıkarılmaya başlanmıştır. Bu değişimin etkisiyle bağımlılık alanı da sosyal yönü fark edilmeye başlanılan bir alan halini almış; tedavisinde sosyal yönünü önceleyen teklifler sunulmaya başlanmıştır. Özellikle psikoloji ve sosyal hizmet gibi bağımlılıkla ilişkili iki temel alanın farklı pencerelerden sorunu değerlendirme yerine aynı tarafta sorunun çözümü için çalışmaya yönelmesi günümüzde bağımlılık tedavisinin temelini oluşturmaya başlamıştır. Günümüzde bağımlılık kişinin ruhsal sağlığını bozan ve kimi zaman bağımlının kişiliğini değiştiren bireysel boyutlu bir sorun iken aynı zamanda kişinin sosyal ve ekonomik işlevlerini sekteye uğratan, kişinin toplumsal dışlanmasına sebep olan sosyal nitelikte bir sorundur. Dolayısıyla tedavisinde iki boyuta yönelik teklifleri içermek durumundadır.

Bağımlılığın zor ve karmaşık bir doğaya sahip olmasından dolayı tedavi sürecinde süreklilik sağlamak da oldukça zorlu olmaktadır. Bağımlılığın bu yapısına karşılık olarak tedavide toplum temelli müdahale yaklaşımının öncelendiği bilinmektedir. Toplum temelli müdahale bağımlılığı bireysel nitelikten çıkarıp kişiyi toplumun içinde ve toplumla beraber iyileştirmeyi önermektedir. Bu sayede bağımlının tedavisinde kullanılabilecek diğer sistemleri harekete geçirmeye imkân tanırken,

bağımlıya daha gerçekçi ve uzun süreli yürütülebilecek bir tedavi sunmaktadır. Çizilen bu teorik çerçevede araştırmanın niteliği daha kolay anlaşılmaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı Yeşilay Danışmanlık Merkezi'nin (YEDAM) Türkiye'de bağımlılık tedavisi alanındaki etkinliğini değişen bakış kapsamında sosyal hizmet disiplinin sunduğu perspektiften değerlendirmektir. Bu anlamda öncelikle YEDAM'ın kurumsal geçmişi ve altyapısı sunulmaya çalışılmıştır. Ardından temel hizmet yaklaşımı ve içerdiği profesyonel hizmetler incelenmiş, genel vaka tanıtımı yapılmıştır. Son olarak elde edilen bulguları ve araştırmacın gözlemleri neticesinde YEDAM'ın güçlü ve zayıf yönleri öne çıkarılmış; geliştirilmesine dair bazı öneriler sunulmuştur.

YEDAM modelinin Türkiye'de bağımlılık tedavi ve rehabilitasyonu alanında yerel kültürel değerlerle uyumlu olarak öncü bir hizmet modeli olarak geliştirilebilir olduğu fikri çalışmanın temel hareket noktasıdır. Nitekim Yeşilay'ın sağladığı güçlü kurumsal tecrübe ve altyapı, içerdiği multidisipliner hizmet yaklaşımı, gelişime ve değişime açık olması gibi nitelikleriyle sahada önemli çıktılar üretebilecek potansiyele sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın içerdiği niteliklere dair bir takım noktaları ön plana çıkarmakta fayda görülmektedir. Öncelikle bu çalışma akademik düzeyde YEDAM'ı anlatan ve çalışan ilk çalışmadır. Bu anlamda bağımlılık literatüründe özgün bir konumdadır. Bunun yanında gelişime açık bir model olarak YEDAM'a dair bir eleştiri geliştirmeyi hedeflemiştir. Dolayısıyla çalışmanın çıktıları itibarıyla YEDAM modelinin geliştirilmesine katkı sunabilecek niteliktedir. Diğer yandan Türkçe alanyazın için sosyal hizmet ve bağımlılık ilişkisi üzerine kapsamlı bir değerlendirme sunmaktadır. Özellikle sosyal hizmetin bir meslek olarak bağımlılık alanında var olması gerektiği hem sosyal hizmetin içerdiği mesleki nitelikler hem de bağımlılık sorununun karşılık bulduğu alanlar çerçevesinde anlatılmıştır. Nitekim yurtdışı literatür incelendiğinde bağımlılık alanında uygulama üreten en aktif mesleklerden birinin sosyal hizmet olduğu görülmektedir. Bunlarla birlikte nitel bir araştırma olan bu çalışmanın değerlendirilmesi YEDAM modelinin gelişim süreci ile ilişkili olarak yapılmalıdır. YEDAM'ın henüz gelişen bir uygulama olması, modeli gelişime açık bir noktada konumlandırmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada anlatılan YEDAM modeline ilerleyen zamanlarda yeni bir

uygulamanın ya da hizmet türünün eklenmesi muhtemel gözükmemektedir. Bu nedenle YEDAM modeli geliştirilmeye devam ettikçe bu çalışmanın eksik kaldığına dair bir yargının gelişmesi söz konusu olabilir. Ancak bu çalışmanın temel hedeflerinden biri olarak YEDAM'ın geliştirilmesine dair teklifler sunmak olduğunun hatırlanması, çalışmanın değerlendirilmesinde daha sağlıklı bir bakış sunacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık Nedir?

Dünya tarihinde alkol ve madde kullanımının geçmişi oldukça eski dönemlere uzanmaktadır. Günümüze kadar birçok farklı disiplin tarafından çeşitli boyutlarıyla ele alınan bağımlılıktan yazılı olarak ilk bahseden metinler, The Oxford English Dictionary'e göre Roma Kanunları'na kadar dayanmaktadır. Bunun yanında Mısır ve Yunan yazıtlarında aşırı alkol kullanımının zararlarından bahseden metinler de bulunmaktadır. Böylesine eski bir kavram olmasına rağmen farklı bilim dallarında incelenmesi ve çeşitli sosyokültürel bağlamlarda yer alması nedeniyle bağımlılığın tanımı üzerinde bugün dahi evrensel bir kabulün olduğunu söylemek güçtür (West ve Brown, 2013: 11).

En genel anlamıyla bakıldığında bağımlılık, kişinin kullanmadığı durumlarda yoksunluk hissedebileceği maddeye karşı verdiği psikolojik bir cevap olarak değerlendirilmiştir (Preyde ve Adams, 2008: 4). Bu yönüyle kişinin fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarını harekete geçirmek için maddeye ihtiyaç hissetme durumu olarak da ifade edilebilmektedir (Carpenter, 2011; akt. Preyde ve Adams, 2008: 4). Ögel (2001: 17) ise bağımlılığı *“kişinin kullandığı maddeyi birçok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen bırakamaması, giderek madde dozunu arttırması, kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zararlarını görmesine rağmen madde kullanmayı sürdürmesi, zamanının büyük bölümünü madde arayarak geçirmesi”* olarak tanımlamıştır. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon 10(ICD-10) tanı kriterleri ise bağımlılık yerine zararlı kullanım kavramını tercih ederek, bireye fiziksel ve ruhsal açıdan zarar veren maddelerin kullanımı olarak ifade etmektedir (Cacciola ve Woody 2005; akt. Polat, 2012: 33).

Sosyal hizmet alanyazınında yer alan sözlüklerdeki kimi tanımlara bakıldığında ise Barke (1995: 9) bağımlılığı yoksunluk ve tolerans gelişimine sebep olan bir maddeye fiziksel ve psikolojik yönden bağımlı olma durumu olarak tanımlamaktadır. Pierson ve Thomas (2010: 505) da benzer minvalde bir tanımlama ile bağımlılığı kişinin maddesiz kalamama hali olarak ifade etmiş; uzun süreli fiziksel ve zihinsel sorunlarla beraber yoksulluk, öz bakım eksikliği ve kendini ihmal ve sosyal işlevselsizlik gibi problemlere yol açan bir durum olduğunu belirtmiştir. Seyyar ve Genç (2010: 465) ise

bağımlılığı “*bağımlılık yapan uyuşturucu maddelerin sürekli olarak maksadı dışında kullanımı veya tüketimi*” olarak tanımlamıştır.¹

Geçtiğimiz yüzyılda yapılan tanımlamalar, bağımlılığın doğasını açıklamaya dair gelişmiş olan geleneksel perspektifin etkisiyle yapılmıştır. Geleneksel anlayışta bağımlılık, eskiden beri toplumun ahlak kurallarının dışında davranış sergileyen bir “ayıp” ve cezai işlem gerektiren bir “suç” olarak değerlendirilmiştir. Bu yönüyle alkol ve madde kullanımının bir sağlık problemi olduğu ıskalanmış; dolayısıyla önleyici ve tedavi edici hizmetler yerine, cezai işlemler ön planda tutulmuştur (DDK, 2014: 9).

Günümüzde ise bağımlılığa dair bakışta temel değişimler söz konusudur. Bugün bağımlılık beyinde fizyolojik hasarlar oluşturan ve davranışları etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Madde kullanan bireyler ise cezayı hak eden bir suçlu olarak değil, tedaviye ihtiyaç duyan bir hasta olarak değerlendirilmektedir. Bağımlılığın tedavisinde ise klinik yaklaşımların ötesinde bireyin sosyal yönünü güçlendiren çalışmaların oldukça etkili olduğu, yürütülmüş ilgili çalışmalarla desteklenmektedir.

Preyde ve Adams (2008: 4-5)’a göre bağımlılık, günümüz yaklaşımları çerçevesinde yoksunluğu giderme arzusuna ilişkin kompulsif davranış problemlerini kapsayan bir sendrom olarak değerlendirilmektedir. Bu açıdan bağımlılığın tanımsal kapsamını eski anlayışlara göre oldukça genişletmektedir. Bilinen tanımlamaların ötesinde yalnızca maddeye karşı gelişen fiziksel bağımlılık değil; kişide ulaşılması için yoğun istek oluşturan kumar, internet, yeme, pornografi ve seks gibi davranışsal/psikolojik bağımlılıkları da kapsar niteliktedir. Preyde ve Adams (2008: 4-5)’ın da dile getirdiği bu bakış alanda modern anlamda en çok kullanılan sınıflandırma sistemi olan, Amerikan Psikoloji Birliği’nin (APA) tanı kriterlerini içeren DSM-5 tanı kitabında da karşılık bulmuştur. 2013 yılında yayınlanan DSM-5’te “Madde ile İlişkili Bozukluklar” başlığı güncellenerek “Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları” olarak değiştirilmiştir. DSM-5’te ilk kez bahsedilen “Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluklar” bölümüyle farmakolojik olmayan, davranışsal bir bağımlılık olan kumar bağımlılığı tanı kriterleri ele alınmıştır (APA 2013: 585). Literatürde yer alan diğer

¹ Bağımlılık ifadesinin Türkçe literatürde karşılık bulduğu anlam İngilizce literatürde “addiction” ve “dependence” olmak üzere iki farklı kullanımla ifade edilmektedir. Her iki ifade arasındaki farklılıkları açıklamaya çalışan yayınlar olsa da konuyla ilgili evrensel bir kabul söz konusu değildir (Dickinson ve ark., 1990: 604; O’Brien, 2011: 1). Dolayısıyla teorik ve pratik düzeyde bağımlılık çalışan profesyoneller her iki kullanımı da tercih edebilmektedir.

davranışsal bağımlılıklar ise yeterli kriterler sağlanamadığından dâhil edilmemekle birlikte ilerleyen yıllarda artan çalışmaların neticesinde yer bulması beklenmektedir (O'Brien, 2011; Güleç ve ark., 2015).

Genel literatürde bağımlılığın sosyal yönüne artan vurguyla beraber Szalavitz (2016: 3) mevcut kabullerin ötesinde bir yaklaşım sergilemektedir. Szalavitz, bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğu kabulüyle birlikte onu otizm, dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite ve disleksi gibi gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Bağımlılığın gelişim sürecinde maddenin farmakolojik etkilerini ve kişisel ve çevresel özelliklerini kabul etmekle birlikte bağımlılık oluşturan madde veya davranışı zaman içinde öğrenilen bir bozukluk olarak açıklamaktadır. Dolayısıyla önleme ve tedavi aşamalarında maddenin veya davranışın oluşturduğu etkiyle zaman arasındaki öğrenme ilişkisine odaklanmak gerektiğini belirtmiştir.

Bağımlılık fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki boyutu kapsamaktadır. Fiziksel bağımlılık, maddenin zihnin yapısında oluşturduğu bozulmalar nedeniyle ilk günkü etkiyi hissetmek için sürekli olarak maddenin dozunu artırma ihtiyacı oluşturmaktadır. Fiziksel bağımlılıkta madde alınmadığı durumlarda yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Maddenin yoksunluk belirtilerinin şiddetini karşılayacak oranda ya da hiç alınmaması durumunda kullanılan maddenin türüne bağlı olarak şiddetli baş ağrısı, terleme, kusma, iştahsızlık, bulantı, uykusuzluk, kasılma, ishal gibi fiziki belirtiler ortaya çıkmaktadır. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti aynı zamanda fiziksel bağımlılığın da şiddetini göstermektedir. Maddenin alınmadığı ya da azaltıldığı durumlarda yoksunluk sendromu gelişmiyorsa fiziksel bağımlılıktan söz etmek mümkün değildir (Köknel, 1998: 17-18). Bu özelliklerden dolayı bağımlılık kavramı ilk yıllarda fiziksel bağımlılık ile eş görülmüştür (West ve Brown, 2013: 11).

Bir diğer bağımlılık şekli olan psikolojik (psişik) bağımlılık ise kişinin psikolojik durumu veya kişilik yapısıyla ilgili olarak haz, doyum, rahatlama gibi hisleri sağlamak amacıyla madde kullanımına olan düşkünlüğü olarak tanımlanmaktadır (Ögel 2010: 36). Psikolojik bağımlılıkta madde alınmadığı takdirde yoksunluk belirtileri bulunmamaktadır. Ancak tüm bağımlılık tanımlarında söz konusudur ve kişide madde kullanımı için yoksunluk belirtileri olmadan da yoğun istek oluşturmaktadır.

Bağımlılığın birçok formu ve boyutu bulunmaktadır. Ögel (2010: 66-67) fiziksel bağımlılık geliştirici formlar özelinde bağımlılığın genel gelişim sürecini ilk aşamasından son aşamasına kadar kapsayıcı bir skalayı şu şekilde ortaya koymaktadır:

- Hazırlık Evresi: Bu ilk aşama kişide çeşitli sebeplerle madde kullanabileceği fikri ve ihtimalinin geliştiği dönemdir.
- İlk Kullanım: Kişinin maddeyle ilk temas kurduğu dönemdir. Bu aşamada kişi, bir sorun çözme ya da sorundan kaçma aracı olarak ya da madde teklif edilen bir ortamda “hayır” diyemediğinden dolayı maddeyi denemektedir. Bu aşamada özellikle gençler arasında merak duygusu önemli bir tetikleyicidir.
- Kullanımı Sürdürme: Bu aşamada madde kullanımı öğrenilmiş bir davranış olarak devam etmektedir. Kişi maddeyle sorunlarını unutmak amacıyla tanışmışsa her sorun yaşadığı anda maddeye yönelme eğilimindedir. Bu aşamada gelişen “ben bağımlı olmam”, “bu son olacak”, “istediğimde bırakırım” gibi düşünceler de kullanıma devam etmede etkili olmaktadır.
- İlerleme Evresi: Bu aşama kişinin sık ve yoğun biçimde madde kullandığı dönemdir. Kişi, bağımlılık belirtilerinin birçoğunu karşılamaktadır. Madde kullanımına bağlı olarak sorunlar yaşamasına rağmen bunları değerlendirememekte, kendini durduramamakta veya durdurmak istememektedir. Kişi bu aşamada maddeyi bırakmak için gerekli istek, güç ve motivasyondan mahrumdur.
- Bırakma Evresi: Kişi bu aşamada madde kullanımının sonuçlarını değerlendirebilmekte ve bırakmaya dair istek geliştirmektedir. Bu aşamada kişinin maddeyi bırakabileceğine dair inancı güçlü tutulmalıdır. Çünkü bağımlıda ikili düşünceler (ambivalans) gelişebilmekte; tedaviden sebepsiz ayrılmalar yaşanabilmektedir. Birey tamamen maddesiz bir yaşama hazırlanmakta, madde kullandığı dönemdeki davranışlarından ve sosyal çevresinden uzaklaşmalıdır.
- Tekrar Kullanmayı Düşünme(Prolapse): Bu aşamada kişi madde kullandığı döneme dair olumlu hatıraları hatırlamakta, maddeye karşı olan katı tutumundan uzaklaşmaktadır. Eski sosyal çevresine katılmaya başlamıştır. Eğer kişi bu aşamada yakalanırsa tekrar maddeye dönmesi önlenebilmektedir.
- Tekrar Kullanımı(Laps): Bu aşamada kişi ilk kullandığı döneme benzer biçimde “bir kereden bir şey olmaz” düşüncesinden hareketle madde isteğini karşılamak ya da sıkıntılarından uzaklaşmak amacıyla maddeye yönelmektedir. Bu dönemde kişi suçluluk

ve pişmanlık hissetmektedir. Dolayısıyla madde kullandığını gizlemeye çalışmakta ve çevresinden yardım isteyememektedir.

- Tekrar Başlama(Relaps): Madde yoğun biçimde tekrar kullanılmaya başlanmış; bağımlılığın tüm belirtileri yeniden ortaya çıkmıştır.

Bu skala, alkol ve madde bağımlılığının gelişiminde genellikle yaşanan süreçleri içermektedir. Bağımlılık vakalarının genelinde benzer süreçler yaşansa da kullanılan maddenin türüne, yoğunluğuna, kişisel ve çevresel faktörlerin niteliğine bağlı olarak farklı biçimde gelişen bağımlılık serüvenleri de bulunmaktadır.

Kullanılan maddenin türüne göre literatürde en temelde iki farklı bağımlılık türünden söz edilmektedir. Bunlardan ilki madde bağımlılığı genellikle bağımlılık denilince ilk anlaşılan durumdur. Bunun yanında alkol bağımlılığı ise madde bağımlılığı ile ortak noktaları bulunsa da bireysel ve toplumsal düzeyde farklı bir karakter oluşturduğundan genel madde bağımlılığından ayrı bir başlıkta incelenmektedir.

2.1.1. Madde Bağımlılığı

Tarih boyunca maddeye ilişkin kullanım bozuklukları için farklı tanımlar ve kavramlar kullanılmıştır. Keşlik, tiryakilik, müptelalık, alışkanlık, bağımlılık gibi ifadeler kullanılsa da son yıllarda öne çıkan tanımlar madde kötüye kullanım, bağımlılık ve kullanım bozuklukları şeklindedir. Daha önceden ‘tutsaklık’, ‘alışkanlık’ gibi kavramlar kullanılırken 1964 yılından itibaren ‘bağımlılık’ ifadesi kullanılmaya başlanmıştır. Bağımlılıkla ilgili ölçütler 1980’lere kadar her madde için ayrı ayrı belirlenmiş; genel ölçütler geliştirilmemiştir. İlk kez 1980 yılında DSM-III’te bağımlılık ve kötüye kullanım ayrı olarak sınıflandırılmış ve farklı tanı kriterleri belirlenmiştir (Beyazyürek ve Şatır, 2000: 51).

Dünya Sağlık Örgütü (1994: 34)’ne göre uyuşturucu madde ‘sağlığı geliştirici bir amaç dışında alındığında organizmanın işlevlerini değiştiren ya da engelleyen herhangi bir madde’ olarak tanımlamaktadır. Yine Dünya Sağlık Örgütü (2017)’ne göre madde bağımlılığı, alkol ve yasadışı psikoaktif maddelerin zararlı kullanımını ifade etmektedir. Tekrarlayan madde kullanımına bağlı olarak gelişen bağımlılık, kişide davranışsal, bilişsel ve fiziksel değişimler oluşturmaktadır. Bağımlılıkta kişi üzerinde zararlı etkileri görmesine rağmen madde kullanımına devam etmekte ve madde, daha önceki tüm iş ve uğraşlarından daha önemli, daha öncelikli hale gelmektedir. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (2013)’ne göre ise madde bağımlılığı

“...sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun hükümlerine tabi tutulan maddeleri ve kullanımı; bedensel, ruhsal ve sosyal problemlere sebebiyet veren maddelerin kullanım arzusunun durdurulamaması hali” olarak tanımlanmaktadır.

Madde ile ilgili bozukluklarda etkili olan maddeler; alkol, kafein, esrar (kenevir), halüsinojenler (varsandıran), inhalanlar (uçucu), opiyatlar, sedatifler (yatıştırıcı), uyutucular ve kaygı gidericiler, stimulanlar (uyarıcı), tütün ve diğer maddeler olmak üzere 10 başlıkta sınıflandırılmaktadır (APA, 2013). Bu maddelerin hepsi kullanım sürecinde farklı etkiler oluştursa da bağımlılık geliştirici seviyede kullanıldıklarında beyinde kalıcı hasarlar oluşturmaktadır. Bu kategorilerde yer alan bazı maddelerin psikolojik etkileri oldukça yoğun olmaktadır. Örneğin kokain bir kez kullanıldıktan ve etkisi geçtikten sonra istenmeyen ruhsal etkiler yapmaktadır. Yine katkı maddeleri ile fazla karıştırılmamış eroin ilk kullanımın ardından bağımlılık yapabilmektedir (Ögel, 2010: 38). Dolayısıyla madde kullanım davranışının bir kez sergilenmesi dahi istenmeyen birçok etkinin görülmesine neden olabilmekte ve kimi zaman bağımlılık oluşmasına sebebiyet verebilmektedir.

Bağımlılık yapıcı maddeleri tanımlayan ifadelerle ilgili olarak gerek literatürde gerek toplum dilinde “uyuşturucu madde” ve “uyuşturucu bağımlılığı” kavramları yaygın biçimde kullanılmaktadır. Uzbay (2009: 9)’a göre “uyuşturucu” ifadesinin kullanımında iki sakınca bulunmaktadır: İlk olarak, bağımlılık geliştiren maddeler ilk kullanıldıkları zaman uyuşturucu değil uyarıcı etki yapmaktadır. Maddenin merkezi sinir sistemini uyuşturan ve bozan etkileri yüksek dozda kullanım sonucu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla başlangıçta uyarıcı (öforizan) etkiye sahip maddeleri uyuşturucu olarak tanımlamak bilimsel açıdan yanlıştır. İkinci olarak ise uyuşturucu terimi uyarıcı maddelerin bağımlılık yapmayacağı çıkarımına sebebiyet vermekte ve kullanıcıları yanıltmaktadır. Avrupa’da özellikle son yıllarda başta ekstazi olmak üzere artan uyarıcı (stimulan) madde kullanımları bu durumla ilişkisiz değildir. Bu nedenle Uzbay, “uyuşturucu maddeler” ifadesi yerine “bağımlılık yapan maddeler” ifadesini; “uyuşturucu bağımlılığı” kullanımı yerine ise “madde bağımlılığı” kullanımını önermektedir.

Madde kullanımı, kullanıcı kişide bağımlılığın var olduğunu söylemek için yeterli değildir. Bunula ilgili olarak madde bağımlılığı tanısı koymak için gerekli bazı kriterler bulunmaktadır. DSM-IV (APA, 1994)’ün geliştirdiği bu kriterler şu şekildedir:

- *Tolerans Gelişimi*
- *Yoksunluk Belirtileri*
- *Niyetlenildiğinden daha uzun süre ve daha fazla miktarda madde kullanımı*
- *Madde kullanımını sonlandırmaya-sınırlandırmaya dair istek veya başarısız girişimler*
- *Maddeyi bulmak, kullanmak veya maddenin etkisinden kurtulmak için yoğun zaman harcama*
- *Rutin sosyal veya mesleki aktivitelerde azalma*
- *Maddeye bağlı gelişen fiziksel veya psikolojik problemlere rağmen kullanıma devam etme*

Bu kriterlerden en az üçünün son on iki ay içerisinde kullanıcıda bulunması durumunda madde bağımlılığı tanısı koyulabilmektedir. Bu kriterlerde de görüldüğü gibi bağımlılık yalnızca fizyolojik bir durum değil, bireyin kişisel ve sosyal yaşamı üzerinde etkileri olan ve psikolojik yönden de kişiyi zorlayan bir problemidir.

Madde kullanımına bağlı olarak sorun yaşayan ancak bağımlılık tanısı almamış sorunlu vakaların genelinde maddenin kötüye kullanımı söz konusudur. Madde kötüye kullanımı, istenmeyen hislerden uzaklaşmak için alkol veya maddenin uyarıcı ya da yatıştırıcı etkisini hissetmek amacıyla yüksek dozda kullanılmasıdır. Madde alma isteğinin arttığı ve bir önceki seferde deneyimlenen hisse ulaşmak için maddeye daha yüksek oranda ihtiyaç duyulduğu; bununla birlikte madde kullanılmadığında yoksunluk belirtilerinin görüldüğü aşama ise bağımlılık aşamasıdır. Ancak bu iki kavram arasındaki ayrışma uzun yıllardır netleşemediğinden, akademik çevrede ve sahada farklı yorumlar bulunmaktadır (Ruben, 2015: 78).

Madde kötüye kullanımının temel özelliği madde kullanımına bağlı olarak yineleyen, önemli ve olumsuz sonuçlar olmasına rağmen madde kullanımının devam etmesidir (APA, 2000; akt. Güleç ve ark., 2015: 453). Maddeyle ilişkili sorunlar on iki aylık süre içerisinde tekrarlı biçimde görülmekte ya da sürekli olarak bulunmaktadır. Hayatın normal akışı içinde birey yapmakta olduğu işleri yerine getirirken zorluk çekmekte, toplumsal ya da ikili ilişkilerde sorun yaşamaktadır. Bunlara rağmen kişi bağımlılık kriterlerini sağlamadığı için tanı alamamaktadır. Madde bağımlılığının temel niteliği ise kullanımına karşın belirgin, hissedilen sorunlar olmasına rağmen kişinin

madde kullanımına devam edeceğine dair bilişsel, fizyolojik ve davranışsal belirtiler sergilemesidir (Jaffe ve Anthony, 2005: 1139).

Madde kötüye kullanımının varlığından söz etmek için de bazı kriterler söz konusudur. Yine DSM-IV (APA 1994)'te madde kötüye kullanımını tanılamak için kişinin aşağıdaki kriterlerden bir veya daha fazlasının son on iki ay içerisinde karşılaması gerekmektedir:

- *Kişinin iş, ev veya okul ortamında sorumluluklarını yerine getirmesine engel olan tekrarlı madde kullanımı*
- *Fiziksel aşından tehlikeli durumlarda tekrarlı madde kullanımı(araba kullanırken vb.)*
- *Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan tekrarlı yasal sorunlar*
- *Toplumsal ya da ikili ilişkilerde sorun yaşamasına rağmen devam eden madde kullanımı*

DSM-IV'de madde kötüye kullanımı bağımlılığın bir önceki aşaması olarak değerlendirilmektedir. Ancak uygulamada ise kötüye kullanımın belirtileri çok daha şiddetli olabilmektedir. Peer ve arkadaşları (2013: 2)'na göre DSM-IV'te bağımlılığın iki ölçütünü karşılayıp da kötüye kullanımının ölçütlerini karşılamadığı için madde kullanımı ile ilgili herhangi bir tanı veya teşhis yapılamayan ve *“tanısal yetimler”* olarak tanımlanan vakalar bulunmaktadır. Tanılamada oluşan bu boşluktan dolayı DSM-5'te madde kötüye kullanım ve madde bağımlılığı tanı ölçütleri *“madde kullanım bozuklukları”* adıyla tek bir başlık altında toplanmıştır. Ancak kriterlerden biri olan *“madde ile ilgili yasal sorun yaşama”* ölçütü her ülkenin kendi yasal sisteminde maddelerin farklı değerlendirilmesinden dolayı evrensel bir kriter olamayacağı düşünülmüş ve yerine maddeyi kullanmaya dair yoğun istek, dürtü veya aşırma anlamına gelen *“craving”* ölçütü eklenmiştir. Son haliyle madde kullanım bozukluğu tanısı koymak için toplamda on bir olan kriterlerden son on iki ayda en az ikisini karşılayan kişiye madde kullanım bozukluğu tanısı koyulabilmektedir (Güleç ve ark., 2015: 450).

Madde kullanım bozukluklarında, kullanıma bağlı olarak gelişen bazı bilişsel ve davranışsal patolojik durumlar tanı koymaya yardımcı olmaktadır. Bunlardan ilki olan *kontrol bozukluğu*, madde kullanımı ile ilgili isteği ve iradeyi kontrol edememe durumudur. Madde kullanım bozukluğu geliştikçe kişi madde kullanma isteğini kontrol

edememeye ve irade gösterememeye başlar. Bilişsel açıdan maddeyi kullanmak istemese dahi beyinde oluşan etkiye bağlı olarak kullanım davranışını kesememektedir. Maddeyi kullanacağı zaman ise niyetlendiğinden daha uzun zaman süre ve daha yoğun miktarda almaktadır. “Craving” olarak ifade edilen kullanım dürtüsü bir kontrol bozukluğu örneğidir (APA, 2013: 483).

Diğer bir patoloji olan *sosyal bozulma* ise madde kullanım bozukluğuna bağlı olarak kişinin yerine getirmesi beklenen sorumlulukları ve rolleri aksatma durumunu ifade etmektedir. Kişinin tek gündemi maddeyi bulmak ve temin etmekten ibaret olup, kişi günlük rutininin dışına çıkmıştır. Ayrıca aile, iş ve okul ortamındaki sorumluluklarını aksatmak ve sosyal etkileşimlerini azaltmak, sosyal bozulma yaşayan kişinin normal olmuştur (APA, 2013; 483).

Yine *riskli kullanım* da tanı koymada yardımcı bir diğer sorunlu davranıştır. Riskli kullanım kişinin fiziksel açıdan tehlike arz edebilecek durumda (araç kullanırken, makine kullanırken vb.) olmasına rağmen madde kullanmasına işaret etmektedir. Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu olan kişi maddenin görülen fiziksel olumsuzluklarına rağmen madde kullanmaya devam edebilmektedir. *Farmakolojik kriterler* ise madde kullanım bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan tolerans gelişimi ve yoksunluğu ifade etmektedir (APA, 2013: 483-484). Tolerans gelişimi maddenin haz verici etkisini hissetmek adına belirgin biçimde dozun arttırılmasına rağmen başlangıçtaki etkinin duyumsanamamasıdır (Uzbay, 2009: 12). Yoksunluk ise maddenin alınmadığı durumlarda fiziksel olarak ortaya çıkan semptomlardır. Bu patolojiler bağımlılık tanısı koymak için aranan kriterlerin bir özeti olarak düşünülebilir.

Tüm bu tanımlamalarda öne çıkan bazı noktalar dikkat çekmektedir. Bağımlılığa neden olan tüm maddelerin beyin üzerinde farmakolojik etkileri bulunmaktadır. Kötüye kullanımlarında ve bağımlılık geliştirmelerinde keyif ve haz verici etkileri öne çıkmaktadır. Gelişen bağımlılık ile davranışlar üzerinde de çeşitli bozukluklara ve sapmalara neden olmaktadır (DDK, 2014: 15). Bu noktalar birleştirildiğinde madde bağımlılığı bir ahlaki problem, suç ya da salt davranış bozukluğu değil, gelişiminde

birçok parametrenin yer aldığı ve sonuçları itibari ile hem bireysel hem toplumsal boyutu olan bir “beyin hastalığı” olarak literatürde yer edinmiştir.²

2.1.2. Alkol Bağımlılığı

Alkol ve alkole bağlı sorunların geçmişi dünya tarihinin çok eski dönemlerine kadar uzanmaktadır. Anadolu, Mezopotamya, Mısır ve diğer Akdeniz coğrafyalarında yaşamış toplumların alkol kullandıkları bilinmektedir. Yunan, Eski Mısır ve Roma tarihçilerinin de alkollü içkilerden söz ettikleri bildirilmektedir (Ceylan, 1998: 1). Eski dönemlerde alkol, verdiği haz nedeniyle çok yaygın biçimde kullanıldığından birçok toplumda kültürel bir form kazanmıştır. Farklı coğrafyalarda farklı türevleriyle tüketilen alkol, dini yasaklarla karşılaşınca ve hekimler tarafından zararları tespit edilince kontrollü kullanımı kabul görse de aşırı kullanımı toplum tarafından kabul görülmeyen bir davranışa dönüşmüştür (Köknel, 1998: 21-28). Özellikle 19. Yüzyıl sonrası artan kullanımı ve buna bağlı olarak gelişen sorunlar neticesinde alkol bağımlılığı günümüzde mücadele edilmesi gereken bir toplumsal soruna evrilmiştir.

Anadolu coğrafyasında da eski dönemlerden itibaren kullanıldığı bilinen alkol, Osmanlı döneminde meyhane kültürüyle beraber var olmuştur (Öncü ve ark., 2001). Osmanlının ilk yıllarından itibaren bu kültürle beraber var olan alkol tüketimi kimi dönemlerde yasaklarla sınırlandırılmaya çalışılmış kimi dönemlerde serbest bırakılmıştır. Tanzimat döneminden itibaren ise tüketimi hususunda herhangi bir kısıtlamayla karşılaşmamıştır. 1920’li yıllarda alkolün yasaklanmasına dair bazı girişimler olsa da bu girişimler uygulanamamış ve kısa süre sonra, özellikle biranın yaygınlaşmasıyla, toplum genelinde kullanımı artmaya başlamıştır. Cumhuriyet döneminden sonraki süreçte ise herhangi bir kısıtlamaya tabii olmamış, dahası zararsız olduğuna dair inanç nedeniyle biranın medya aracılığıyla reklamları dahi yapılmıştır. (DDK, 2014: 128-131).

² Uzbay (2009: 10) bu durumla ilişkili olarak ülkemiz özelinde bir eleştiri geliştirmektedir. Uzbay’a göre ülkemizde madde bağımlılığı yaygın biçimde bir ruh hastalığı ya da irade zayıflığı olarak değerlendirilmektedir. Özellikle psikiyatri uzmanlarının bağımlılığı bir beyin hastalığı olarak görmemesi nedeniyle bilimsel kabulün dışında kaldıklarını ifade etmektedir. Uzbay’a atıfla Devlet Denetleme Kurulu’nun 2014 yılında yayımladığı “*Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi*” raporu da benzer eleştiriyi yapmaktadır.

1700’lerde ilk kez Dr. Benjamin Rush tekrarlayan alkol kullanımının bir hastalık olduğunu belirtmiştir (Doğan 1996; akt. Yılmaz, 2015: 47). 19. Yüzyıl başlarında alkol kullanım sorunu yaşayan kişiler için sıklıkla ‘‘ayyaşlık’’ terimi kullanılırken ilk kez 1849 yılında Magnus Huss kronik alkol kullanımını tanımlamak için ‘‘alkolizm’’ terimini kullanmıştır (Doğan, 2002: 58). 19. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren alkol kullanım bozukluğu hastalık kavramı içinde değerlendirilmeye başlanmıştır. 20. Yüzyıldan itibaren ise sınıflandırma sistemlerinde kendine yer bulan alkolizm, 1976 yılında Edward ve Gross tarafından ‘‘Alkol Bağımlılığı Sendromu’’ olarak geliştirilmiştir. Bu tanım ICD ve DSM sınıflandırma sistemlerinde alkol kullanım bozukluğu ile ilgili alanların geliştirilmesinde de etkili olmuştur (Gigliotti ve Bessa, 2004: 13).

Bir bağımlılık türü olarak alkolizm Öztürk (1989: 344) tarafından şöyle tanımlanmaktadır: *‘‘Alkolizm; aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; beden ve ruh sağlığını bozma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur.’’* Bir başka tanım da ise alkol bağımlılığı ruh ve beden sağlığını, aile içi ve sosyal ilişkileri bozacak biçimde, fazla ve yineleyen şekilde alkol alma isteğini ve davranışını durduramama durumudur (Çakmak ve Evren, 2006: 33). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise alkol bağımlısını *‘‘uzun süre ve alışılan seviyenin üstünde alkol alan, alkole bağlı olarak fiziksel, ruhsal ve toplumsal sağlığı bozulan, buna rağmen durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse dahi alkol alma isteğini durduramayan ve tedaviye ihtiyaç duyan bir hasta’’* olarak tanımlamıştır. Bir diğer tanımında ise alkolün işine değil, işinin alkol almasına engel olduğunu düşünmeye başlayan kişiyi alkol bağımlısı olarak değerlendirmektedir (Özpoyraz ve ark., 1998: 58-59).

Alkol kullanımına başlamada alkolün yatıştırıcı etkisi oldukça etkilidir. Alkol bağımlılığı üzerine geliştirilmiş birçok teoriye göre alkol kullanım davranışı gerginliği azaltma, bireyin kendisini güçlü hissetmesine yardımcı olma ve psikolojik olumsuzlukları asgariye indirme amacıyla gelişmektedir. Kişiler sinir gerginliklerini yok etmek için alkole ihtiyaç duyabilmektedir. İlk yatıştırıcı etkilerin ardından kişi yalnız kalındığında da alkole eğilim göstermekte ve uzun sarhoşluk sürecine girebilmektedir. Sonucunda ise normal düzeyde kullanım yerine uzun sürelerde yüksek miktarda alkol tüketmeye başlamaktadır (Varol, 2011: 12).

Alkol bağımlılığı aşamaları bulunan bir hastalıktır. Alkol kullanan bireyin bu davranışı ilk zamanlarda çevresini fazla etkilememektedir. Ancak kontrol kaybı yaşamaya başladıkça daha fazla sürede ve miktarda alkol kullanmakta, ailesi ve sosyal çevresi bu davranıştan etkilenmeye başlamaktadır. Kullanım daha ileri boyutlara geldiğinde kişi sızınca kadar içmekte ya da sabah uyandığında ilk iş olarak alkol almaktadır. Artık hayatının temel gündemi haline gelen alkol nedeniyle kişinin günlük rutinleri bozulmakta, aile içi ve sosyal ilişkileri zayıflamakta, sorumlulukları aksatmakta ve kimi zaman işinden olmaktadır. Bu süreçte çevresinden gelen yardım tekliflerini de çoğu kez geri çevirmektedir. Alkol kullanımına bağlı olarak iş ve trafik kazaları yaşayabilmekte ve suça meyyal psikolojileri nedeniyle dâhil olabilecekleri kavga vb. olaylar neticesinde adli sorunlar yaşayabilmektedirler (DDK, 2014: 148-149).

Jellinek (Doğan, 1996: akt. Yılmaz, 2015: 48) alkol kullanımını sosyal içicilik, kötüye kullanım ve bağımlılık olmak üzere üç türde ele almaktadır. Kişinin sosyal bir ortamda eğlence veya diğerlerine eşlik etmek amaçlı alkol kullanmasını sosyal içicilik; aile, iş ve sosyal hayatını olumsuz etkileyen ancak bağımlılık düzeyinde olmayan alkol kullanmasını alkol kötüye kullanımı; kişinin uzun süre ve tekrarlı alkol kullanımına bağlı olarak aile ve sosyal yaşamında sorun yaşaması; buna karşın alkol alma isteğini ve davranışını durduramamasını alkol bağımlılığı olarak değerlendirmektedir. Alkol kötüye kullanımı, alkol tüketimine karşı aşırı istek duyma, kontrol kaybı, tolerans gelişimi fiziksel bağımlılıkları olmaması bakımından alkol bağımlılığından farklılaşmaktadır.

Diğer bağımlılık türleri gibi alkol bağımlılarında da alkolü azalttıklarında ya da tamamen kestiklerinde yoksunluk sendromunun belirtileri ortaya çıkmaktadır. Şiddetli olmayan bu belirtiler 12 saat veya daha kısa zaman için ortaya çıkmakta, ikinci veya üçüncü gün en yüksek düzeye erişmekte ve dördüncü veya beşinci gün hafiflemeye başlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 118). Halüsinasyon, epileptik nöbetler, rahatlayamama, uykusuzluk, gerginlik ve öfke, dudaklarda ve göz kapaklarında titreme, bulantı ve kusma, terleme, baş ağrısı gibi birçok belirtiler alkol yoksunluğuna işarettir. Bu süreçte yaşanan yorgunluk, beslenme bozukluğu, depresyon, fiziksel hastalıklar gibi etkenler yoksunluk belirtilerini arttırabilmektedir (ICD-10, 1993; Bayar ve Yavuz, 2008: 226).

Alkol yoksunluğunun daha ağır sendromu ise şiddetli heyecan, titreme, yönelim bozukluğu, kalıcı halüsinasyonlar, yüksek nabız ve kan basıncı, hızlı kalp atışı ve solunum hızıyla karakterize edilen delirium tremensdir. Alkol bağımlısı hastaların yaklaşık %5’inde görülen bu yoksunluk türü genellikle hastaların son alkol kullanımından sonraki 2-4 gün arasında ortaya çıkmaktadır ve müdahale edilmediği takdirde ölümle sonuçlanabilmektedir (Myrick ve Anton, 1998: 38).

Alkol alan bireylerin hepsi alkole aynı tepkiyi vermemektedir. Kişilerin alkol geçmişi, alkol alma isteği, içme hızı, içkinin türü, vücut ağırlığı ve kimyevi yapısı, kişinin içinde bulunduğu psikolojik durumu vb. alkolün sarhoşluk oluşturmada etkilidir. Aynı miktarlarda fakat farklı ortamlarda tüketilen alkol, bireylerin sahip olduğu fiziksel ve psikolojik faktörlere göre davranışlarda farklılık oluşturabilmektedir (Kasatura, 1998: 15).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre alkol tüketiminde ve alkolle ilişkili bozuklukların gelişiminde yaş, cinsiyet, aileye bağlı risk faktörleri, sosyoekonomik statü, kültür ve alkole ilişkin yasal düzenlemeler gibi faktörler etkili olmaktadır. Çocuklar, ergenler ve yaşlılar alkole karşı diğer yaş gruplarına göre daha kırılgandır ve erken yaşta alkol kullanan kişilerin ilerleyen yıllarda alkolle ilişkili sorunlar yaşaması muhtemeldir. Cinsiyetle ilgili olarak ise kadınlar fizyolojik özellikleri gereği alkole karşı daha dayanıksız bir bünyeye sahiptir. Ancak dünya genelinde alkole bağlı bozukluklarda sorun yaşama oranı erkeklerde daha fazladır. Nitekim 2012 yılında dünya genelinde erkeklerin alkole bağlı ölüm oranı %7,6 iken, kadınların oranı %4’tür. Alkol kullanım davranışının sergilendiği aile ortamlarında yetişen bireylerin ilerleyen yıllarda alkole ilişkin bozukluk yaşama ihtimali de yine daha fazladır. Bağımlılığın bir öğrenme davranışı biçiminde geliştiği teorisinden hareketle alkol kullanımı da rol modellerin öğrettiği bir davranış olarak gelişebilmektedir. Yine genetik açıdan alkol kullanan veya alkole daha yatkın ve kırılgan olan ebeveynlerin çocuklarında da alkol kullanım bozukluğu riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Sosyoekonomik açıdan gelişmiş toplumlarda alkolün eğlence amaçlı tüketimi ve alkole ulaşabilme ve alkolü satın alabilme durumlarıyla ilişkili olarak, alkol kullanım bozuklukları daha düşük sosyoekonomik seviyeye sahip ülkelere göre daha fazladır. Kültürel açıdan değerlendirildiğinde de alkolün bazı toplumlarda dini ve kültürel bir norm kazandığı görülmekte ve yaygın biçimde kullanıldığı bilinmektedir. Yine üretimi,

satımı veya yaygınlığı ile ilgili yasal kısıtlamaların olmadığı ülkelerde alkol kullanımı daha yaygın görülmektedir (WHO, 2014: 7-11).

2.2. Alkol ve Madde Kullanımının Nedenleri

Bağımlılık olgusu, sebep-sonuç denkleminde kişinin yaşamındaki birçok parametreyle ilişkili bir durumdur. Oldukça geniş bir yelpazeyi kapsayan bir olgu olarak bağımlılığın nedenleri değerlendirilirken de oldukça kapsamlı bir dizi ortaya çıkmaktadır. Nitekim bu kapsamlı dizinin literatürde yer bulması bağımlılığa dair gelişen yeni kavrayışların etkisiyle olmuştur. Bu durumla ilgili olarak yapılan araştırmalar göstermektedir ki bireylerin alkol ve madde bağımlılığı geliştirmesinde birden fazla faktör bulunmaktadır (Strausnerr, 2004: 11).

Tarhan ve Nurmedov (2011: 39) bağımlılığın gelişiminde üç ayağın varlığını gerekli görmüştür: Kullanılan maddenin kendisi, kişinin dahil olduğu çevre (alt kültür) ve bireyin kişilik yapısı. Tarhan ve Nurmedov'a göre bağımlılık bu üç boyutuyla beraber değerlendirilmeli ve tedavi planlaması bu yaklaşımdan hareketle planlanmalıdır. Gönüllü ve arkadaşları (2002: 105) ise bağımlılığın gelişim sürecini anlamada kişilik organizasyonu, ego psikolojisi, kişiye özgü stres durumları, çevresel etkenler ve maddenin özelliklerinin etken olduğunu ileri sürmektedir.

Bağımlılığın nedenleri genel anlamda aşağıdaki başlıklarda incelenebilmektedir:

2.2.1. İlgili Teoriler

Bağımlılık olgusu birçok disiplinin konusu olduğundan farklı alanların kendine özgü teorileriyle açıklanmaya çalışılmıştır. Bu teorilerden öne çıkanlar aşağıda sunulmaktadır:

Bağımlılığın doğasını araştıran ilk psikanalist olarak Freud'un temellerini attığı *psikanaliz öğretisine* göre kişi psikoseksüel gelişim süreçlerinde sevgi ve güven duygusunun eksikliğini hissederse, yetişkinlikte karşılaşacağı olumsuzluklarla başa çıkmada zorluk yaşayabilmektedir. Oral dönemde doyum ve haz sağlayan (emme, su ve süt içme vb.) davranışlardan yoksun kalındığında kişi bu ihtiyacı karşılamak için yetişkinlikte farklı yollar keşfedebilmektedir. Bahsedilen kaygı duygusuyla başa çıkmak ve haz ve doyum sağlama ihtiyacını karşılamak için kişi madde kullanım davranışına yönelebilmektedir (Pur, 2009: 3; Ögel, 2010: 5).

Alfred Adler'in *kişilik kuramına* göre aşağılık duygusu insan davranışlarının şekillenmesinde en belirleyici etkindir. Güçlü olma, yeterlilik ve üstünlük duyguları bireysel gelişimde ve davranışlarda belirleyici rol üstlenmektedir. Katı eğitim, doğuştan gelen sakatlıklar, iş ve sosyal yaşantıda başarısızlık, karşı cinsle gelişen ilişkideki hayal kırıklığı insanda karmaşaya sebep olmaktadır. Bu karmaşayı aşamayan bireyler alkol ve madde kullanımıyla çözüm arayışına girmektedir (Buğdaycı, 2008: 31).

Bağımlılığı açıklamada önemli bir diğer model ise *öğrenme teorisidir*. Davranış bilimcilere göre bağımlılık öğrenilen bir davranıştır. Madde kullanımına bağlı olarak hissedilen etkilerin tekrarlı biçimde duyumsanmak istemesiyle kişiler madde kullanmaktadır. Madde kullanmaya neden olan ruh hali, kullanım amacı, tetikleyici ortam gibi etkenler madde kullanımını tekrarlayan bir davranışa dönüştürmede etkilidir. Kişi sıkıntı halini aşmak veya eğlenmek amacıyla kullandıysa aynı ruh haline büründüğünde tekrar maddeye yönelmekte; maddeyi teşvik edici veya hatırlatıcı ortamlara girdiğinde yeniden kullanım davranışını sergileyebilmektedir. Bu öğrenilen süreçler maddenin benzer diğer durumlarda da kullanılabileceği fikrini yaşatmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008: 222; Ögel, 2010: 6-7).

Sosyal öğrenme teorisi ise bağımlılığı açıklamada sıkça atıf yapılan bir diğer teoridir. Sosyal öğrenme teorisi, bireyleri anti-sosyal nitelikteki akran gruplarıyla kurduğu etkileşimin sonucu olarak madde bağımlılığını da kapsayan suç ve sapma davranışlarına eğilimli görmektedir. Diğer bir ifadeyle suç davranışı, suça ilişkin davranış, norm, değer ve davranışların öğrenilmesi ile ilintili bir süreç sonunda oluşmaktadır (Kızmaz, 2005: 162; Polat, 2012: 46). "Taklit" yoluyla öğrenmeyi de kapsayan bu teori modern toplumlarda şiddet içeren davranışlar, aileye ilişkin sorunlar, şiddet görüntülerinin medyada servis edilmesi, anti-sosyal veya suç işleyen sosyal grubun varlığı gibi etmenlerle ilişkili olarak gelişmektedir (İçli, 2013: 127-128). Bağımlılığı açıklamaya yönelik geliştirilen bir diğer teori ise *anomi (kuralsızlık) teorisidir*. Sosyolojik bir öğreti olarak anomi teorisine göre her toplumda bireylerin ulaşmak istedikleri meşru amaçlar ve bu amaçlara ulaşmak için kabul görülen araç ve yöntemler bulunmaktadır. Bireyler bu hedeflerine ulaşmak için kabul görülen bu araçlara erişemediklerinde sapkın, meşru olmayan yöntemlere başvurumaktadırlar. Bu anomi içinde bireyler hedefe ulaşamadıklarında bir kaçış olarak veya başarılı olmuş hissini yaşamak için madde kullanımına yönelmektedirler. Bu öğretiye göre bireyler

hedeflerine erişmek için meşru olan yol ve yöntemlere ulaşabildikleri takdirde madde bağımlılığına eğilimleri azalmaktadır (Zastrow, 2013: 362).

Bir diğer teori ise sosyolojik öğretilerden biri olan *etiketlenme teorisidir*. Bazı kişiler nadiren alkol veya madde kullanmalarına rağmen çevrelerindeki saygı duyduğu insanlar tarafından sürekli bir kullanıcıymış ya da bağımlıymış gibi etiketlenmektedirler. Dolayısıyla kişi bağımlı olmamasına rağmen çevresindekiler tarafından bağımlıymış gibi muamele görmekte; bu etiketlenme durumu onaylandıktan sonra bağımlı olmak sıradanlaşmaktadır. Bu teoriye göre henüz bağımlı olmayan madde kullanıcılarına dair etiketlenme yapılmadığında, uygun davranışlar örüntüleri sayesinde bağımlılığa olan yatkınlık azaltılabilmektedir (Zastrow, 2013: 363).

Bu kuramlar madde bağımlılığını açıklamada kapsamlı değil, kısıtlı bir bakış içermekte; meseleye tek bir yönden bakmaktadır. Bağımlılığa dair en güncel yaklaşımı içeren *biyopsikososyal model* ise farklı bakış açılarını bağımlılığın etiyolojisini açıklamaya entegre ederek, tek başına bir faktörün bağımlılığı açıklamada yeterli olamayacağını; bunun yerine biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin bileşimiyle bu davranışın gelişebileceğini ifade etmektedir (Ögel, 2010: 36; Polat, 2012: 46). Bağımlılığın gün geçtikçe büyüyen ve daha kompleks hale gelen bir mesele olması, günümüzde karmaşıklaşan yaşam serüvenleriyle birleştiğinde biyopsikososyal modelin bağımlılığa dair daha kapsamlı ve pratik bir bakış sunduğu fark edilmektedir.

2.2.2. Kişisel Faktörler

Alkol ve madde bağımlılığı riskini arttıran kişisel etkenlerin başında kişilik bozuklukları gelmektedir. Anti sosyal, borderline, paranoid tipteki bozukluklara sahip bireylerde saldırganlık, şiddet ve madde kullanım davranışları daha yoğun biçimde sergilenebilmektedir. Genel anlamda bencillik, tahammül ve dayanma eşiğinde düşüklük, güvensizlik, kolay yalan söyleme, riski sevmek, sabırsızlık, plansız eylemler yapma ve ikili ilişkilerde sorun yaşama gibi özellikler bağımlılığa yatkın bu kişiliklerde genellikle görülen durumlardır (Beyazyürek ve Şatır, 2000: 51). Tarlacı ve arkadaşlarının 1997 yılında kişilik bozuklukları ile ilgili yaptıkları bir araştırmaya göre kendine zarar veren kişilerin %90'ının madde kullandığı, bunların %71,1'inin bağımlılık düzeyinde olduğu ve %66,7'sinde birden fazla madde kullanıldığı bulunmuştur (Aksoy ve Ögel, 2006: 14). Diğer yandan bağımlıların yarısından fazlasında topluma karşı kişilik bozukluğu söz konusudur. Bu bireyler genellikle yasa

dışı davranışlar sergileme eğilimindedirler ve sıklıkla karakol veya cezaevi ile sonlanan adli süreçlere dâhil olmaktadır (Yılmaz, 2015: 42).

Türkiye’de bağımlıların kişilik özellikleri ile ilgili yürütülen bir çalışmadan hareketle Beyhan Çoşkun (akt; Ögel, 2010: 14) bağımlı bireylerde öne çıkan kişilik özelliklerini şöyle açıklamaktadır:

‘‘Bu kişilerde düşüncede belirgin bir bağımsızlık ve negatiflik, duygularda sık değişim, fevri davranışlar, tatminsizlik, huzursuzluk ve dengesizlik bulunmuştur. Düşük benlik algısına sahip olan bu kişiler, içinde bulundukları durumu tahlil yeteneğine ve durumlarını değiştirme yetisine sahip olmayan kişiler olarak gözükmektedir.

Belirgin olmayan bedensel şikâyetleri vardır ve beden işleyişlerine yönelik anlamlı ölçüde bir ilgi geliştirmişlerdir. Hafif derecede depresyon içinde bulunan bu kişiler, kuruntulu, vesveseli ve karamsarlık eğilimindedirler. Bu karamsarlık geçici nitelikteki zorlayıcı bir durumdan kaynaklanabileceği gibi, kişiliklerinde yerleşmiş, kalıcı bir nitelik kazanmış durumdan da ileri gelebilir.

Katı, inatçı, kuşkucu, zor ve aşırı hassas olarak tanımlanabilen bu kişiler, kendisine yönelik sosyal uyarıcıları kolaylıkla savunma mekanizmaları yoluyla çarpıtabilirler. Düşmanlık duygularını indirekt şekilde gösteren, yansıtmayı kullanan, alınma fikirleri, kuşkuculuk özellikleri baskın olan bu kişilerde kararsızlık, gerginlik ve kaygı yoğunudur. İlgi ve yardım görmek ve sorumluluklarından kurtulmak amacıyla kasıtlı ve bilinçli olarak ‘‘kötü görünmeye’’ çalışmışlar ve mevcut sorunları abartma eğilimine girmektedirler.’’

Bunların yanında Doğan (2002: 60-61)’a göre bireyin kendini değersiz hissetmesi, kendi benliğinden kaçması ve kendinden nefret etmesi kişilikle ilgili olarak önemli etkenlerdendir. Özünde bir eksiklik olduğunu düşünen ve kendisini değersiz hisseden insanlar kendi iç gerçekliklerinden uzaklaşmak, onları unutmak istemektedir. Bu bireyler gerçeklikten kopma aracı olarak alkol ve madde kullanımına başvurabilmektedir. Yine kendini güvensiz hisseden, acıya dayanma eşiği düşük olan, hoşnutluğa bağlı hayat süren ve otoriteye karşı gelme eğiliminde olan bireylerin madde

kullanımı ile ilgili bozukluk yaşama oranı daha yüksektir (Yıldırım, 1997; akt. Balcıoğlu ve Abanoz, 1984: 17).

Bağımlılığın gelişiminde etkili olan kişisel etmenlerden bir diğeri ise genetik faktörlerdir. İkizler ve evlatlıklar ile yapılan araştırmalarda alkol ve madde bağımlılığında kalıtsal aktarımın önemli bir etken olduğunu gösteren sonuçlar mevcuttur. Tek yumurta ikizlerinde kardeşlerden birinde bağımlılık davranışı varsa diğer kardeşte bağımlılık gelişme olasılığı %78-80 oranlarına kadar çıkmaktadır (Beyazyürek ve Şatır, 2000: 51). Evlat edindirme vakalarıyla yapılmış çalışmalarda da görülmektedir ki alkol bağımlılığı olan ebeveyne sahip çocuklarda, gerek evlat edinilmiş olsun gerek biyolojik ailelerinin yanında olsun, belirgin oranda alkol kullanım bozukluğu bulunmaktadır. Yine aynı çalışmalarda alkol bağımlılığı olan ebeveynlerin evlatlık alınan bebeklerinde, alkol bağımlılığı olmayan ebeveynlerin evlatlık alınan bebeklerinden daha yüksek oranda alkol kullanım sorunu olduğu ifade edilmektedir (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999: 226). Ayrıca birinci derece akrabalarında alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde, olmayanlara göre risk ihtimali 3-4 kat daha fazladır (Yılmaz, 2015: 51) Ancak ailesinde madde kullanan ebeveyn veya kardeşlerin olduğu bir bireyde bağımlılık gelişiminin olması yalnızca bu etkenle açıklanamamaktır. Böylesi ailelerde genetik aktarımın yanı sıra aile içinde madde kullanım davranışının öğrenilmesi de önemli bir etkendir (Yılmaz, 2015: 35).

2.2.3. Aile ile İlgili Faktörler

Madde kullanımı ve aile arasındaki ilişkinin bağımlılık gelişiminde oldukça etkin olduğu bilinmektedir. Aile ortamı bireylerin kimlik ve kişilik gelişiminde doğrudan etkin olan, kişisel becerilerin ve baş etme mekanizmalarının kazanıldığı bir ortamdır. Dolayısıyla aile içerisinde ortaya çıkan patolojiler, aile üyelerinin bireysel ve toplumsal yaşamında sorunlar yaşamasında doğrudan etkindir. Aynı şekilde yaşamlarının herhangi bir bölümünde sorun yaşayan bireyler için bu sorunun etkilerini göstereceği ilk ortam ailesi olmaktadır. Aradaki bu ilişkiden hareketle aile ile bağımlılık sorunu arasındaki nedensellik ilişkisi bağımlılığın gelişiminde oldukça etkilidir.

Madde kullanımı ile aile arasındaki ilişkiyi Ögel (2010: 30) şu şekilde açıklamıştır:

- Madde kullanan gençlerin büyük kısmının ailesinde de alkol veya madde kullanımı söz konusudur.

- Madde kullanan gençlerin ailelerinde ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumları çoğu kez ihmal eden ve gerekli sevgi ve desteği sağlamayan şekildedir. Bunun yanında çocuğun üzerindeki kontrol ve disiplin mekanizması da çoğu kez bu aileler tarafından ihmal edilmektedir. Bunların yanında aşırı biçimde katı ve baskıcı ebeveyn tutumlarının olduğu ve çocuğun gelişimine fırsat tanımayan ailelerde de madde kullanım riski artabilmektedir. Aşırı koruyucu, kollayıcı ebeveyn tutumlarının bulunduğu aileler de yine gencin madde kullanım davranışına yönelmesinde etkilidir.
- Boşanmış ya da ebeveynlerin ayrı yaşadığı ve ebeveyn kaybının olduğu ailelerde yetişen ve yaşayan gençler arasında madde kullanım davranışına yönelim fazladır.
- Ailede anne-babanın çocuklara yönelik iyi birer rol model olamaması da etkili bir faktördür. Sorunlar karşısında çözüm geliştiremeyen ya da alkol ve madde kullanımını onaylayan ailelerde yaşayan çocuklar risk altında olarak değerlendirilmektedir.

Yüncü (2012; akt. Kaplanhan, 2015: 31)'nün değindiği üzere terk edilme, ölme, boşanma gibi çeşitli sorunları bulunan patolojik aileler içinde büyüme, ergenlerin alkol ve madde bağımlılığını tecrübe etme risklerini arttırmaktadır. Parçalanmış/patolojik aile ortamı çocukların okul başarısızlığına, özellikle ergenlik dönemindeki bireyler için alkol ve madde kullanımını deneme, okuldan/evden kaçma, aykırı gruplara üye olma ve suç işleme gibi olumsuz davranışları sergilemeye yönelttiği bilinmektedir. Bunların yanında çocuk ve ebeveyn arasında bağlanma sorunu olduğunda ve ebeveynlerde ruhsal problemlerin olduğu ailelerde madde kullanım riski yükselmektedir (Özhan ve ark., 2010).

Madde bağımlılığı ve aile arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada ise Özcan (2006: 129) bulgularını şu şekilde ifade etmektedir:

''Buna göre, ebeveyni madde bağımlısı olan gençlerin baskıcı-otoriter çocuk bakım tarzı ile yetiştirildikleri, gencin üzerinde bu atmosferin olumsuz etkiler yarattığı; özellikle ebeveyni uyuşturucu madde bağımlısı olan gençlerin kendini sevilen ve istenilen bir çocuk olarak görmediği, şiddete maruz kaldığı, ailenin çözülerek parçalandığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra bu tür ailelerde madde bağımlılığına mental sağlık sorunlarının eşlik ettiği tespit edilmiştir. Aile içinde depresyon bozukluğuna sahip

bireylerin bulunması, aile bireylerinin de madde bağımlısı olma riskini arttırmaktadır.’’

Alkol veya madde bağımlısı ebeveynlerin olduğu ya da bu davranışların kabul gördüğü bir aile ortamında yetişen çocuklar bağımlılıkla ilgili olarak diğerlerine göre belirgin bir farkla daha fazla sorun yaşamaktadır. Alkol veya madde kullanım davranışının sergilenmediği aile ortamında ise baskıcı ya da ilgisiz ebeveyn tutumu, aile içi iletişim sorunu ve şiddet, sevgi ve ilgi eksikliği, diğer patolojik durumlar gibi etkenler çocuk-aile ilişkisini zedeleyerek çocuğun aileden uzaklaşmasına ve alkol ve madde kullanan çevrelerle tanışmasını kolaylaştırmaktadır (Beyazyürek ve Şatır 2000, pp.51). Bunlarla beraber aile içinde ihmal veya istismar olması, aile içi stresin fazla olması (ekonomik sorunlar vb.), ailenin geniş ve kalabalık olması, ebeveynlerin eğitim seviyesinin düşüklüğü gibi etkenler de aileyle ilgili risk faktörlerindendir (Ögel, 2001).

Bağımlılığın gelişiminde etkili her risk etmeni, kaldırıldığında veya kontrol edildiğinde bağımlılıktan koruyucu bir etki oluşturmaktadır. Aile ortamı bireylerin bağımlılığa yönelmesinde bir neden olarak tetikleyici bir faktör iken koruyucu bir alan olarak da önemlidir. Özellikle bağımlılığın gelişiminde öğrenme teorisinin önemi fark edildikçe aile merkezli önleme programları üzerinde durulmaktadır (Herken ve ark., 2000: 87). Zira aile koruyucu fonksiyonunu yerine getiremediğinde bir risk etmeni hüviyetine kavuşmaktadır. Bu durumla ilgili olarak Evcin (2011: 77-79) çalışmasında hafta içi ve hafta sonu aileyle vakit geçirmeyle esrar kullanım sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Buna göre aileyle geçirilen vakit arttıkça esrar kullanım riski azalmaktadır. Hafta sonu ailesiyle hiç vakit geçirmeyenlerin esrar kullanıma riski 15,7 kat, hafta içi hiç vakit geçirmeyenlerin riski ise 9,91 kat daha fazladır. Aynı çalışmada aileyle beraber yapılan sinema ve tiyatroya gitme, dolaşma gibi etkinliklerin sigara kullanma riskini azalttığı tespit edilmiştir. Yine Yaman (2014: 116) da güçlü bir aile yapısının varlığı ve etkin bir ebeveyn tutumunun sergilenmesi özellikle ergenlik dönemindeki bireyleri bağımlılıktan korumada etkili olduğunu ifade etmektedir.

2.2.4. Çevresel Faktörler

Alkol ve madde ilk kullanımında çevresel faktörlerin önemli etkisi bulunmaktadır. Başlangıçta bireysel özellikler ve psikopatoloji maddeye yönelmede etkili olurken toplumsal ve çevresel etmenler kullanım davranışının devam etmesinde etkilidir. Bu yönüyle çevresel faktörler kimi zaman bireyler ilk madde kullanımında

teşvik edici olabilirken çoğu kez madde kullanımının bağımlılığa evrilmesinde ve sorunun kronikleşmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu anlamda bireylerin içinde bulunduğu kültürel özellikler, sosyal çevre ve merak duygusu, toplumsal ilişkilerin etkinliği, madde ile ilgili yasal düzenlemeler, maliyet ve bulunabilirlik gibi etmenler bağımlılıktaki etkili dış faktörler olarak değerlendirilmektedir (Kalyoncu, 2010: 7).

Özellikle gençler için önemli etkenler biri merak ve sosyal çevre/arkadaş baskısıdır (Ögel, 2001). Maddenin nasıl olduğunu ve yapacağı etkiyi merak eden gençler “bir kereden bir şey olmaz” diye düşünerek maddeyi deneyimlemektedir. Dolayısıyla özendirici ve merak uyandırıcı davranışlar gençte madde kullanımına dair ilk fikri oluşturmaktadır. Arkadaş baskısı ise gençler arasında sosyal kabul görme ve kendini kanıtlama çabası olarak madde deneme riskini arttırmaktadır. Alkol özelinde düşünülecek olduğunda düğün, doğum, eğlence, yılbaşı vb. gibi özel gün ve gecelerde sosyal içicilik olarak alkol tüketimi söz konusudur. Sosyal içicilik olarak isimlendirilen bu tüketim şekli kimi bireyle alkol bağımlılığının ilk basamağı olmaktadır (Başkurt, 2003: 84).

Sosyal anlamda gençler için bir risk etmenine dönüşebilecek faktörlerden bir tanesi okuldur. Okul ortamı genci kimi zaman bağımlılıktan kurtaran bir mekân olurken kimi zaman da sorunun asıl kaynağı olabilmektedir. Okul ortamında kurulan sosyal ilişkiler bağlamında genç uygun olmayan sosyal ortamlara dâhil olabilmektedir. Bunun yanında okul başarısı hakkındaki yoğun stres, devamsızlık sorunları gibi faktörler öğrenci üzerinde kaldıramayacağı bir stres ve depresif duygulanıma sebep olabilmekte ve madde kullanımını tetikleyebilmektedir (DDK, 2014: 140).

Arkadaş ortamının oluşturduğu risk etkenlerinden öne çıkan durum, maddenin beraber ve toplu olarak kullanılmasıdır. Arkadaş sayısının fazla olması sigara kullanımında bir artışa sebep olmazken alkol kullanımının arttırılmasında etkilidir. Bu durum alkolün çoğu kez arkadaşlarla birlikte alındığını göstermektedir. Bu bulgudan hareketle gençlerin madde kullanımında toplu ve ortak kullanım eğilimi sergilediği söylenebilmektedir (DDK, 2014: 140-141). Yine Ögel (2004: 3) UMATEM’de tedavi gören çocuk ve ergenlerle yaptığı çalışmada uçucu maddelerin ilk başlarda cinsiyet fark etmeksizin büyük oranda grup içinde kullanıldığını tespit etmiştir. Bu durum arkadaşlık ilişkilerinin önemli olduğu bir dönem olarak gençlikte alkol ve madde kullanımının

bireyler arasında sosyal kabulün ve sosyal paylaşımın geliştirilmesinde etkili olduğunu göstermektedir.

Sosyalleşmenin en önemli aktörlerinden olan ebeveynler ve akranlar bireyleri, özellikle gençleri, alkol ve madde kullanımında doğrudan veya dolaylı biçimde etkilemektedir. Dolaylı etki alkol ve madde kullanımına dair genel tavrın algılanması, doğrudan etki ise alkol ve madde kullanımını teşvik ve teklif içermektedir. Bu iki aktörün etki dağılımı süreç içerisinde farklılaşmaktadır. Çocukluk ve ergenliğin ilk yıllarında ebeveynler etkili iken ergenliğin son dönemlerinde akranların etkisi artmaktadır (Ögel, 2010: 29).

Bir maddenin ikamet edilen muhitte bulunabilirliği kullanıma başlamada önemli bir etkidir. Maddenin olmadığı bir çevrede madde kullanımından söz etmek mümkün değildir. Ancak ilgili çevrede madde yaygın biçimde kullanılıyorsa, o çevrede bulunanlar için de risk fazladır. Örneğin ülkemizde 20 yıl önce esrar ve diğer maddelerin kullanımı oldukça az iken günümüzde kolayca bulunup temin edilebilmesinden dolayı belirgin bir artış söz konusudur (Ögel, 2010: 25). Maddenin bulunabilirliği ile beraber toplumsal açıdan kabul edilebilirliği de önemli bir etkidir. Bulunulan çevrede madde kullanımı kabul görmüş bir davranış ise diğerlerinin bu davranışa başlaması daha kolay olmaktadır. Madde kullanmayan birinin var olan bu yaygın kabul neticesinde maddeyi tanıma ve kullanma riski yüksektir. Madde kullanımına bağlı olarak da gelişen sosyal kabul ve kazanç elde etme de bu davranışın sürdürülmesinde etkili olmaktadır. Ülkemizde İstanbul ilinin Dolapdere, Kasımpaşa, Hacı Hüsrev gibi semtlerinde gençler arasında madde kullanımının yaygın olması bu nedenle açıklanabilmektedir (Ögel, 2010: 25-26). Aynı şekilde Yaman (2013: 397)'nın bahsettiği gibi Esenler-Bağcılar örnekleminde bulunan gençlerin kendi aralarında geliştirdikleri alt kültürün bir parçası olarak madde kullanımı, yaygın sosyal kabul ve statü kazandıran bir olgu olarak bulunmaktadır.

Bir diğer faktör olarak sosyoekonomik düzeyin, her ne kadar aradaki ilişkiyi netleştiren çalışmalar mevcut olmasa da, madde kullanım davranışının gelişmesinde etkili bir faktör olduğu düşünülmektedir. Yoksul kesimde uçuca madde kullanımının fazla olduğu görülürken sosyoekonomik düzeyi yüksek bölgelerde kokain gibi pahalı maddelerin kullanımı bu faktörle ilişkilidir (Ögel, 2010: 27). Aradaki ilişkiyi doğrudan açıklayan çalışmalar olmasa da dolaylı olarak sosyoekonomik düzeyi düşüren etkenlerin

varlığıyla beraber madde kullanım davranışının da artabileceği çıkarımı yapılabilmektedir. Yaman (2013: 396)'ın “...gençlerin göçle beraber kentte ayakta kalabilme durumları, yaşadıkları yoksulluk temelli sorunlar, sürecin bir biçimde suç ve şiddet ilişkilerine doğru evrilmesi ve nihayetinde madde bağımlılığı ile gençlik döneminin Apaçileri için içinden çıkılmaz bir hale dönüşmesi...” olarak ifade ettiği süreçlerde göç ve yoksulluğa bağlı olarak ortaya çıkan ailesel sorunlar, çalışma sorunları ve alt kültür problemleri gibi etkenler madde bağımlılığının gelişmesinde ve sürdürülmesinde etkilidir. Yine Ögel ve arkadaşları (2006: 21) çalışmalarında yaşam boyu en az bir kez tütün ve alkol deneme riskinin gelir düzeyi düşük aile çocuklarında daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Madde kullanımına başlamada yaşa ve kültüre bağlı olarak farklı etkenler söz konusu olabilmektedir. Örneğin yaşlılarda yatıştırıcı ve sakinleştirici maddelerin kullanımı uyku ya da anksiyeteyi düzenlemek amacıyla doktor tarafından verilerek başlayabilmektedir. Diğer yandan modern tüketim toplumlarında artan günlük stres ve kaygılardan ilaç veya haplar yoluyla kurtulmaya çalışma düşüncesi de madde kullanımına alışmada tetikleyicidir. Bu durum ilaç firmaları tarafından da desteklendiğinden dolayı günümüzde yaygın bir hal almıştır. Böylesi maddeler tedavi amaçlı olmasının yanında açlık ve yorgunluk gibi sorunları aşmak, cinsel performansı arttırmak, dini ritüellerde kullanmak ya da mistik durumlar oluşturmak amacıyla da kullanılabilmektedir (Ögel, 2010: 3).

Küreselleşme ve teknolojik gelişmelerle beraber yaygınlaşan medya araçları vasıtasıyla film, dizi, reklam gibi yayınlarla eğlence zamanlarında ya da sıkıntılı ve dertli zamanlarda alkol ve sigara kullanımı özellikle gençler üzerinde özendirici etki yapmaktadır. Bu etkinin kapsamı günümüzde oldukça gelişmiş durumdadır. Bunların yanında toplumlarda yaşanan yapısal değişimlerle beraber sosyal kontrol mekanizmalarının zayıflaması yine gençlerin alkol ve maddeyle tanışma serüvenine katkıda bulunmaktadır (Başkurt, 2003: 85).

Bunlarla beraber genel madde kullanımında yasal olan maddelerden (sigara, alkol) yasal olmayan maddelere doğru bir seyir söz konusudur. Sigara ile başlayan kullanım süreci esrar ya da diğer maddelerle sonuçlanabilmektedir. Bu durum madde kullanımının gelişmesinde bir risk etmeni olarak değerlendirilmektedir. Araştırmalar sigara ya da alkol kullanan kişilerde esrar kullanma riskinin kullanmayanlara göre 65

kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Alkol kullanan bir kişinin ise kokaini tecrübe etme ihtimali alkol kullanmayana göre 104 kat daha fazla bulunmuştur (Ögel, 2001). Bu noktada özellikle esrar bir geçiş maddesi olarak değerlendirilmektedir. Ögel ve arkadaşları (2000: 7) diğer maddeleri kullananların büyük kısmının ilk olarak esrarı denediği sonrasında başka maddeleri kullanmaya başladığını ifade etmektedir. Yine Kalyoncu (2010: 7) da toplumsal açıdan daha kolay kabul edilebilen, daha yaygın ve kolay biçimde ulaşılabilen tütün ve alkolle beraber esrarın da eroin, kokain gibi daha ağır maddelerin kullanımına geçişte etkili olduğunu ifade etmektedir. Bunlarla birlikte alkol ve sigara kullanan gençlerde diğer maddelere geçiş oranı, alkol ve sigara kullanmayan diğer bireylere kıyasla daha fazladır. Alkol ve sigara kullanan gençler diğer maddeleri daha az tehlikeli gördüklerinden ve denemek için daha cesur olduklarından bu eğilimi göstermektedir (Yılmaz, 2015: 44).

2.3. Alkol ve Madde Kullanımının Yaygınlığı

Bağımlılık geliştirici maddeler dünya üzerinde uzun yıllardan beri bulunmaktadır. Tarih boyunca tıp alanında insan sağlığının gelişimi için de kullanılan bu maddeler, kötüye kullanım sonucunda bağımlılık geliştirmiş ve çeşitli toplumsal sorunlara kaynaklık etmiştir. Oldukça eski yıllardan beri var olan bu maddeler dünya üzerinde özellikle son 15 yıldır çıkar grupları için rant aracı, terörizme finans kaynağı, ülkeler arası ilişkilerde politik ve ideolojik bir araç, toplumları dejenere etmek için psikolojik bir güç, zihni ve ahlaki çökertmek için yıkıcı bir unsur olarak ön plana çıkmıştır. Maddelerin oluşturduğu etkileri ve yasadışı ticaretinin getirdiği yüksek karlar, bu menfaat gruplarınca istismar edilmiş; özellikle gençlerin oluşturduğu risk gruplarının eğilimiyle tüketim için hazır kitle oluşmuştur (Aydın, 2007: 1; DDK, 2014: 225). Bu yönüyle günümüzde bağımlılık geliştirici maddelerin kitlesel kötüye kullanımından söz edebilmek mümkündür. Dolayısıyla sorunun boyutu bugün toplumsaldan küresel bir çizgiye evrilmekte ve çok daha ciddi bir zemine karşılık gelmektedir.

Madde kullanımının yaygınlığına ve kullanılan maddenin türüne ilişkin yerel, bölgesel ve kültürel farklılıklar mevcuttur. Buna göre yaygın biçimde tercih edilen madde, maddenin alım yöntemi-ki kimyasal kombinasyonlarda yeni türler ortaya çıkmaktadır- ve dahi sokak dilinde isimlendirilmesi bölgesel olarak çeşitlilik arz etmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2012: 562). Örneğin günümüzde madde kullanımı ve buna bağlı olarak gelişen bağımlılık, özellikle batı toplumlarında kültürel bir nitelik

kazanmıştır. Buna paralel olarak son yıllarda büyük oranda artan ve kullanım formları sürekli çeşitlenen sentetik uyuşturucular küresel düzeyde hızla yayılmış ve adeta bir gençlik alt kültürü haline gelmiştir (Aydın, 2007: 2).

Genel bir bakışla değerlendirildiğinde madde kullanımı son on yılda küresel ölçekte bir azalma eğilimi içerisinde iken Türkiye verileri son yıllarda herhangi bir değişime işaret etmemektedir (İlhan, 2013: 57). Ülkemiz jeopolitik konumundan dolayı yasadışı madde ticaretinin geçiş güzergahında bulunmaktadır. Bununla beraber nüfusumuzun %24,5'lik dilimi madde bağımlılığında en riskli yaş grubu olan 14-29 yaş aralığından oluşmaktadır (Özcan, 2015: 7). Dolayısıyla hem yasadışı madde arzının fazlalaşabileceğinden hem de riskli yaş grubunun genel nüfus dağılımındaki payının yüksek olmasından hareketle Türkiye madde kullanımı konusunda riskli bir konumda bulunmaktadır.

2.3.1. Dünyada Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılı verilerine göre dünya genelinde kişi başı alkol tüketim miktarı yıllık 6,2 litre saf alkol iken 2015 yılında 6,3 litre olarak bulunmuştur. Dünya genelinde 2010 yılında 15 yaş ve üzeri kişilerin %38,3'ü son bir sene içerisinde alkol kullanmıştır (WHO, 2016: 64). Rassoll (2011:13)' a göre de dünya genelinde yaklaşık iki milyar insanın alkol kullandığı ve 76 milyon insanın alkol bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir. Dağılım incelendiğinde erkeklerin alkol kullanma oranı kadınlara göre belirgin biçimde fazla iken alkol kullanımı ve alkolle ilişkili sorun yaşama oranı gelişmiş ülkelerde daha fazladır. Buna göre Dünya Sağlık Örgütü bölgeleri arasında en yüksek alkol tüketimi miktarı Avrupa ve Amerika bölgesinde, orta düzey tüketim miktarı Batı Pasifik ve Afrika bölgesinde, en düşük tüketim miktarı ise Güneydoğu Asya, Doğu Akdeniz ve Ortadoğu bölgesinde bulunmuştur (WHO, 2014: 29). İslam inancının yaygın olduğu coğrafyalarda alkol tüketiminin nispeten daha az olması İslam dininin alkole dair yasakları ile açıklanabilmekte; bu durum da alkol tüketiminde kültürel ve dini faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Yine 2012 yılında dünya genelinde ölümlerin %5,9'u (yaklaşık 3,3 milyon ölüm) alkolle ilişkili olarak gerçekleşmiştir. Cinsiyetler arasında önemli bir farklılık arz eden alkolle ilişkili ölüm oranları dünya genelinde erkek ölümlerinin %7,6'sını, kadın ölümlerinin %4'ünü teşkil etmektedir (WHO, 2016: 64).

Madde kullanımı açısından bakıldığında Birleşmiş Milletler Dünya Uyuşturucu Raporu (2008: 9) verilerine göre dünya genelinde 15-64 yaş arasındaki kişilerin 2006/7 yılı içinde en az bir kez olmak üzere %3,9'u esrar, %2'si ekstazi, %0,6'sı amfetamin, %0,4'ü kokain ve % 0,3'ü eroin kullanmıştır. 2013 için ise dünya genelinde 15-64 yaş aralığındaki yaklaşık 246 milyon kişinin yasadışı uyuşturucu madde kullandığı; bunların yaklaşık 27 milyonun madde bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir (UNODC, 2015: 1).

Dünya genelinde çeşitli maddelerin kullanım yaygınlığı bölgelere göre farklılık arz etmektedir. Tedaviye başvuranlar üzerinden bakıldığında esrar en çok Afrika ve Okyanusya ülkelerinde sırasıyla %63 ve %47 oranında etkili iken opiyat kullanımı Asya'da ve Avrupa'da sırasıyla %65 ve %60 oranında en yüksek seviyelerini bulmaktadır. Kokain ise en çok %34'lük oranla Kuzey Amerika'da ve %52'lik oranla Güney Amerika'da etkilidir. Amfetamin tipi maddeler de %20 ile Okyanusya ülkeleri, % 18 ile Asya ve Kuzey Amerika'da etkili olmaktadır (Rassoll, 2011: 2).

2015 verilerine göre ABD'de 12 yaşından büyük kişiler arasında son bir ay içinde yasadışı madde kullanım oranı genel nüfusun %10,1'ine yani yaklaşık 27,1 milyon kişiye karşılık gelmektedir. Bu popülasyonun yaklaşık 22,2 milyonunu esrar kullanıcıları, 3,8 milyonunu reçeteli ağrı kesicileri kötüye kullananlar oluşturmaktadır. Maddeyle ilişkili kullanım bozukları açısından bakıldığında ise 2014 yılında 12 yaşından büyük yaklaşık 20,8 milyon kişinin maddeye bağlı sorun ve bağımlılık sorunu yaşadığı rapor edilmiştir. Bu kişilerin yaklaşık 4/3'ü alkolle ilişkili sorun yaşarken diğerleri yasadışı madde kullanımları ile ilişkili sorunlar yaşamaktadır (SAMSHA, 2015: 1-2). Yasadışı madde kullanımında uzun senelerdir esrar en çok kullanılan maddedir (Blume, 2005: 2; SAMSHA, 2015: 6). Yine Pakistan'da 2011 yılı itibarıyla nüfusun %6'sının yani 6,7 milyon kişinin madde kullandığı; bu popülasyonun yaklaşık 4 milyonunda maddeye ilişkin kullanım bozukluğu ve bağımlılık görüldüğü bildirilmiştir (UNODC, 2013: 13).

Avrupa Birliği ülkelerinde ise 15-64 yaş grubu aralığındaki yaklaşık 88 milyon kişinin dörtte birinden fazlasının, yaşamlarının herhangi bir döneminde yasa dışı uyuşturucu madde kullandığı tahmin edilmektedir. 2015 yılında 17,8 milyon genç yetişkinin uyuşturucu madde kullandığı düşünülmektedir. Erkeklerin madde kullanma oranı kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha fazla iken en çok kullanılan madde tüm dünya genelinde olduğu gibi esrardır. Esrar kullanımı Almanya, Büyük Britanya ve İspanya

gibi ülkelerde son yıllarda ya sabit kalmakta ya da azalmakta iken Fransa’da sürekli bir artış söz konusudur. Nitekim Fransa’da her on yetiştikenden dördü, İtalya ve Danimarka’da yaklaşık her on yetiştikenden üçü hayatlarında en az bir kez esrar kullanmıştır. Esrardan sonra en yaygın maddelerden kokaini 2,4 milyon ve ekstaziyi 2,1 milyon genç yetiştikin 2015 yılı içerisinde kullandığı tahmin edilmektedir (EMCDDA, 2016: 37-42). Aynı yıl içerisinde Avrupa Birliği genelinde uyuşturucuyla ilişkili yaklaşık 1,5 milyon suç rapor edilmiştir. Bunların %57’si esrar bulundurma ya da kullanma ile ilişkilidir. Raporlanan bu suç oranlarında 2006 yılından itibaren %31 yani üçte bir oranında bir artış söz konusudur (EMCDDA, 2017: 38).

Avrupa’da madde kullanımı günümüzde çok daha geniş bir madde dizinini içermektedir. Madde kullanıcıları arasında çoklu madde kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır. Genel anlamda erkeklerin madde kullanma oranı kadınlardan daha yüksektir ve bu durum yoğun ve düzenli kullanım modellerinde görülmektedir. En yaygın biçimde kullanılan madde olarak esrar, diğerlerinden yaklaşık 5 kat daha fazla kullanılmaktadır. Eroin ve diğer opioid maddelerin kullanımı nispeten azalmakla birlikte, enjekte edilerek de alınabilmelerinden dolayı yaygın olarak kötüye kullanım formları ile görülen maddeler olmaya devam etmektedir (EMCDDA, 2016: 37).

Avrupa genelinde birçok ülkenin bağımsız araştırma ekiplerinin ortak bir girişimi olan ve temel amacı 15-16 yaşlarındaki öğrencilerde madde kullanım verilerini toplamak ve ortak bir yaklaşım geliştirmek olan Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (Evcin, 2015: 136)’nin 35 ülkedeki 15.8 yaş ortalamasına sahip 96,043 öğrencinin verilerini içeren 2015 raporu mevcut durumla ilgili önemli bilgiler sunmaktadır. Bu rapora ait veriler aşağıdaki gibidir:

Tablo 1.

Hayat Boyu En Az Bir Kez	Yüzde (%)
Sigara	46
Alkol	80
Yasadışı uyuşturucu	18
İnhanlar	7
Yeni tür psikoaktif maddeler	4

ESPAD, 2016

Araştırmaya katılan öğrencilerin %80'i hayatlarında en az bir kez alkolü, %46'sı sigarayı ve %29'u maddeyi deneyimlemiştir. Yaşam boyu en az bir kez alkol kullanmada Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Yunanistan %90 üzerinde oranla en riskli ülkeler olarak dikkat çekmektedir. Yasadışı uyuşturucu maddelerde ise en yaygın olan madde tüm katılımcıların %16'sının kullandığı esrardır. Esrar kullanımında da Çek Cumhuriyeti ve Fransa gibi ülkeler en yaygın kullanıma sahip olan ülkelerdir. Bunların dışında reçetesiz olarak verilen yatıştırıcı/sedatif madde kullanımı ise %6 olarak bulunmuştur (ESPAD, 2016: 36-43).

2.3.2. Türkiye’de Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı

Ülkemizde madde kullanımıyla ilgili durumu ortaya koymak amacıyla en kapsamlı veri ve analizler Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2006 yılından itibaren her yıl raporlanmaktadır. Bu raporlarda yer alan veri ve analizler uyuşturucu ve bağımlılıkla ve mücadelede önemli katkı sağlamaktadır (Özcan, 2015: 11).

TUBİM tarafından 2010 yılında hazırlanan rapordaki bir araştırmaya göre 250 kişiyle yapılan araştırmaya göre katılımcıların hayatlarında en az bir kez tütün kullanma oranı %57, alkol kullanma oranı %44, sedatif ve sakinleştirici madde kullanma oranı %13,5, esrar kullanma oranı %1,6 ve kokain kullanma oranı %0,4 olarak bulunmuştur (Tunçoğlu, 2010: 18).

Türkiye genelinde madde kullanımı ile ilgili olarak bugüne kadar yapılan en kapsamlı araştırma da yine TUBİM tarafından 2011 yılında raporlanmıştır. 8045 kişinin katıldığı bu araştırmaya göre Türkiye’de 15-64 yaş grubu nüfusun %2,7’si herhangi bir yasa dışı maddeyi en az bir kez denemiştir. Türkiye geneli okullarda yapılan 11.812 öğrencinin katıldığı araştırmanın verilerine göre de yasa dışı bağımlılık yapıcı maddelerin en az bir kez kullanılma oranı %1,5 olarak bulunmuştur. Bu oran erkek öğrencilerde %2,3, kız öğrencilerde %0,7 olarak hesaplanmıştır (Tunçoğlu, 2012: 52-54).

Bunların yanında Türkiye’de madde kullanım yaygınlığına dair çıkarım yapmaya yardımcı olan yerel düzeyli birçok araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar madde kullanımının yanında farklı parametreleri de içerdiğinden madde kullanımına ve bağımlılığa eşlik eden sorunların da sunulması açısından önemlidir. Araştırmalardan bazıları aşağıda verilmiştir:

Ögel ve arkadaşları (2000: 2)'nin İstanbul'da yaşayan 707 yetişkinle yaptığı çalışmaya göre katılımcıların %54,7'si yaşam boyunca en az bir kez alkol tükettiğini belirtmiştir. Bu oran erkeklerde %73,4 olarak tespit edilirken kadınlarda %35 olarak saptanmıştır. Son bir ay içinde kullanıma bakıldığında oran erkeklerde %18,4 kadınlarda %2,3 olarak belirlenmiştir. Yaşam boyu kullanım oranlarında erkeklerin kadınlara göre beş kat, haftada en az bir kullanım oranlarında dokuz kat daha fazla olduğu görülmüştür.

Yine Ögel ve arkadaşları (2003: 15)'nin ilköğretim ve ortaöğretim öğrencileri arasında esrar kullanım yaygınlığını ölçmek için 24.259 öğrenciyle yaptığı çalışmada ilköğretim öğrencilerinde esrar kullanma oranı %1,2; ortaöğretim öğrencilerinde %4 olarak bulunmuştur. 2005 yılında İstanbul'da onuncu sınıf öğrencileri arasında madde kullanım yaygınlığını ölçmek için 3483 öğrenciyle yapılan bir diğer çalışmada ise öğrencilerin yaşam boyu en az bir kez alkol kullanma oranı %51,2, tütün kullanma oranı %37, esrar kullanma oranı %5,8 ve uçucu madde kullanma oranı %5,9 olarak bulunmuştur (Ögel ve ark., 2005: 6). Erdamar ve Kurupınar (2014: 65)'in Bartın ili genelinde ortaöğretim öğrencileri arasında madde kullanım yaygınlığını ölçmek için 545 öğrenciyle yaptığı araştırmada da öğrencilerin %38,2'si sigarayı en az bir kez denerken, %35,2'si en az bir kez alkol kullanmıştır. Aynı çalışmada %27,4 oranında öğrencilerin sigara kullanımına devam ettiği bildirilirken belli aralıklarla alkol kullanmaya devam eden öğrencilerin oranı %24,4 olarak bulunmuştur.

Alkol bağımlılığı ile ilgili bir çalışmada alkol bağımlılığı tedavisine başvuran hastaların alkol kullanımına başlamadaki yaş ortalaması 24,03, alkol dışı madde kullanımına başlamadaki yaş ortalaması 22,44 olarak bulunmuştur. Yine alkol bağımlısı hastalarda evli olma oranı evli olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Genel yaş ortalamasına bakıldığında ise alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayanlara göre daha yüksek yaş ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Bulut ve ark., 2006: 65).

Ögel ve Aksoy (2007: 14)'un tutuklu ve hükümlü ergenler arasında madde kullanım yaygınlığını ölçmek için tutukevi ve ıslahevinde bulunan 270 ergenle yaptığı araştırmaya göre katılımcıların hayat boyu en az bir kez tütün kullanma oranı %73,8; esrar kullanma oranı %71,3; uçucu madde kullanma oranı %48,1 ve alkol kullanma oranı %45 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada ergenlerin %29,7'sinin daha önce suç

işlerken madde tesiri altında olduğu, %32,8'inin tutuklanmasına yol açan suçu işlerken madde etkisinde olduğu öğrenilmiştir.

Sokakta yaşayan 194 çocukla yapılan bir çalışmaya göre ise örnekleme yer alan çocukların %78'inde tütün ve alkol dışı madde kullanımı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sokakta yaşamaya başladıktan sonra erkeklerde kızlara göre madde kullanma riski üç kat; başladıktan sonra düzenli devam etme riski on kat daha fazla bulunmuştur (Ögel ve Aksoy, 2008: 135).

Akfert ve arkadaşları (2009: 40)'nın 192 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada hayatlarında en az bir kez sigara deneme oranı %61,5; alkol deneme oranı %70,8 olarak bulunmuştur. Sigarayı ilk olarak deneme yaşı ise %70,3 oranında 18 yaş altı, alkolü ilk deneme yaşı ise %68,4 oranında 18 yaş altı olarak bulunmuştur. Akfert ve arkadaşlarına göre bu bulgular sigara ve alkolü denemede üniversite döneminde de ilk girişimlerin olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada alkol deneyen öğrencilerin ailelerinde duygusal ortamın daha düşük olduğu, aile içinde otoriter/baskıcı tutumun ve ilişkilerde uyumsuzluğun daha yüksek olduğu da saptanmıştır.

Yıldız (2009: 302-304)'ın İzmir liselerinde tütün, sigara ve alkol kullanım yaygınlığını araştırdığı doktora tezi sonuçlarına göre erkeklerde, daha büyük yaştaki öğrencilerde, aile patolojisi yaşayan öğrenciler arasında kızlarda, ebeveynin eğitim seviyesi düşük olduğu ailelerde genel madde kullanımı daha yaygındır. Altıok (2013: 85-92) ise Adana il merkezindeki liselerde öğrenime devam öğrenciler arasında madde kullanım yaygınlığını ölçmek için 3120 öğrenciyle yaptığı çalışmada katılımcıların %40,7'si hayatlarında en az bir kez alkol, %3,5'i madde kullanmıştır.

Yürütülen araştırmalar genellikle daha riskli grup olan genç nüfus üzerine odaklanmıştır. Bu araştırmalarda madde kullanımının yaş, cinsiyet, sosyal çevre, aile patolojisi, suç davranışı gibi parametrelerle birlikte şekillendiği ya da sonuçlandığı görülmektedir. Genel veriler değerlendirildiğinde de Türkiye'de madde kullanım oranlarının Avrupa ortalamasının altında olduğu söylenebilmektedir. Bu noktada aile ve toplum sistemlerinde yer alan kontrol mekanizmaları, dini ve sosyokültürel bağlam ve emniyet güçlerinin önleme çalışmaları gibi etkenlerin etkili olduğu ifade edilebilir.

2.4. Bağımlılığın Kişi Yaşamı Üzerindeki Etkileri

Madde kullanımı ve bağımlılığının kişinin yaşamı üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır. Bireyin yaşam döngüsünü bozan bağımlılık hali bireylerin mevcut sorunlarının kronikleşmesine ya da yeni sorunlarla karşılaşmasına sebep olmaktadır. Bu sorunlar bağımlıdan değil, bağımlılığın kendisinden kaynaklanan sorunlardır (Tamar ve ark., 1997: 73). Bağımlı olma hali, bireylerin kişisel karakterlerini aşarak daha üst bir kimliğe erişmektedir. Dolayısıyla bireylerin çoğu, alkol ve madde kullanımı bağımlılık düzeyine ulaştığında ortak bir profilde buluşmakta; benzer sorunları yaşamaktadır. Alanyazında farklı şekillerde kategorize edilmiş sorunlar bu çalışmada bireysel ve sosyal düzeyde olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir.

2.4.1. Bireysel Düzeyde Etkileri

Alkol ve madde bağımlılığı kişinin fizyolojisinde önemli bozulmalara sebep olmaktadır. Alkol en çok sinir sisteminde, böbrekler üzerinde ve kardiyovasküler sistemde etki oluşturmaktadır. Oluşan bu rahatsızlıklar, düzeyine göre tedavi edilmediğinde kişiyi ölüme götürebilmektedir. Bunama, hafıza kaybı, felç, sara nöbetleri ve sinir uçlarında hissizlik gibi durumlar alkole bağlı olarak gelişen en yaygın durumlardandır (DDK, 2014: 144-145). Madde kullanımı ise merkezi sinir sisteminde kalıcı hasarlar oluşturmaktadır. Erken bunama, bilinç ve hafıza kaybı, uykusuzluk, hezeyanlar (sayıklama, normal dışı davranışlar vb.), halüsinasyonlar (hayal görme, işitme vb.) gibi durumlar maddeye bağlı gelişen rahatsızlıkların yaygın olanlarıdır. Bunların yanında anksiyete, depresyon ve şizofreni gibi mental rahatsızlıkları bulunan kişilerde madde kullanım davranışı riskinin arttığı bilinmektedir (DDK, 2014: 247-248). Madde kullanımı genelde yineleyen bir davranış olarak kabul edilse de bazı maddeler tek seferlik kullanımdan sonra dahi bazı mental bozuklukların oluşumuna sebebiyet verebilmektedir (Beyazyürek ve Şatır, 2000: 50).

Bağımlılığa yatkın kişilik yapılarındaki bireyler içgüdülerinden kaynaklanan davranışları bastırmada, engellemede ve kontrol etmede zorluk yaşamaktadırlar. Bu bireylerde benlik yapısı ve haz hissi ile gerçek yaşam arasındaki bağlantı çoğu kez sağlıklı kurulamamaktadır. Genel anlamda davranışlarının sorumluluklarını düşünmede ve pişmanlık, suçluluk gibi duyguları hissetmede eksiklik yaşamaktadırlar. Dolayısıyla sıklıkla şiddete eğilimli bireyler olmaktadır (Köknel, 1996: 49). Bu tür davranış eğilimi sıklıkla kavga olaylarında ya da suça yönelik eylemlerde ortaya çıkmakta ve

madde kullanan kişinin veya çevresindekilerin yaralanmasına sebep olmaktadır. Bunun yanında madde bağımlılarının maddeyle ilişkili olarak yaşadıkları duygu durum bozukları neticesinde intihar davranışına daha meyilli oldukları da bilinmektedir. Dolayısıyla madde kullanımının önemli ölçüde yaralanma ve ölüm vakalarına sebebiyet verdiği söylenebilmektedir (APA 2007; akt. Bölek, 2013: 32).

Madde kullanımıyla ilgili olarak gelişen diğer ilişkiler de bazı önemli olumsuzlukları barındırmaktadır. Maddenin oluşturduğu dürtüler nedeniyle bağımlılarda cinsel ilişkiye girme isteği ve eğilimi daha fazladır. Bir araştırmaya göre madde kullanan 15-17 yaş grubu lise öğrencilerinin cinsel ilişkiye girdiği kişi sayısı 5,6 kat; hamile bırakma veya kalma tecrübeleri 8,7 kat daha fazla bulunmuştur. Yine yüksek riskli cinsel faaliyetlere yönelme ve madde kullanımı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Ögel, 2010: 25-28). Diğer yandan özellikle maddeyi temin etmek amacıyla madde kullanıcıları seks işçiliği yapabilirken madde karşılığı cinsel ilişkiye girilmesi de söz konusudur. Bu ilişkilere bağlı olarak HIV ve AIDS gibi hastalıkların riski madde kullanıcılarında daha fazladır. Ayrıca steril olmayan enjekte türleri nedeniyle de enjektör yoluyla madde alan kullanıcılarda HIV enfeksiyon riski daha yüksektir (EMCDDA, 2007: 46). Bunların yanında madde kullanımına bağlı olarak cinsel fonksiyonlarda düzensizlik yaşama riski de artmaktadır. Tütün kullanıcılarında erektil bozukluk 2,5 kat, alkol kullanıcılarında 1.53 kat daha fazladır (Martin-Morales ve ark., 2001; akt. Ögel, 2010: 25). Bir diğer araştırmaya göre erektil bozukluğu olanların %56'sında sigara kullanımı, %13'ünde alkol kullanımı ve %8'inde madde kullanımı söz konusudur (Al Helali ve ark., 2001: 34).

2.4.2. Sosyal Düzeyde Etkileri

Bağımlılığın kişi yaşamı üzerindeki etkileri sosyal düzeyde çok daha fazladır. Bağımlılık genellikle kişinin ekonomik açıdan sorun yaşamasına sebep olan bir sorundur. İlk etapta bağımlı bireylerin kullandığı maddeyi temin etmek için harcamaları artmaktadır. Süreç içinde madde kullanımına bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarını ve sosyal problemleri çözmek için yine maddi harcamaların artması söz konusudur. Aile içindeki diğer üyeler de sorundan kaynaklı olarak çalışma yaşamlarında aksama ve sorunlar yaşayabilmektedir. Bunların yanında bağımlılar normal şartlarda katılabilecekleri iş yaşamına çoğu kez katılamayıp mevcut potansiyellerini kullanamadıklarından bir kayıp içerisindedirler (Tamar ve ark., 1997: 71).

Madde bağımlılığının oluşturduğu olumsuzluklar en çok bağımlı bireyin üyesi olduğu aile ortamında hissedilmektedir. Bir sistem olarak ailede belli roller, davranışlar ve tutumlar sistemin sağlıklı işleyip işlemediğine dair işaretler sunmaktadır. Aile sisteminde bulunan üyelerden birinin, sistemin sürekliliğini aksatan bir davranış sergilemesi diğer tüm üyeleri doğrudan etkilemektedir. Aile içinde bağımlı bireyin var olması sistem içerisinde bir kargaşa ve sorun ağı oluşturmakta ve tüm üyeleri etkileyen bir sorun sarmalı meydana getirmektedir (Doğan, 1996; akt. Acar, 2006: 44). Bu açıdan bağımlılık bir aile hastalığı olarak değerlendirilmektedir (Ögel, 2010: 3).

Aile için bir diğer nokta ise bağımlılığın toplumsal açıdan kabul görmeyen bir davranış olmasından dolayı ailenin bu durumdan utanç hissetmesidir (Tamar ve ark., 1997: 72). Bu histen dolayı bağımlı kişi ve ailesi akraba ilişkileri dâhil olmak üzere sosyal etkileşimlerini azaltma yolunu tercih edebilmektedir. Diğer yandan var olan akraba ve komşuluk ilişkilerinde aileden beklenen işlevlerde aksama ve eksiklik yaşandığından mevcut ilişkilerde de sorunlar yaşanmaktadır. Bunun yanında bağımlının ve ailesinin toplumun diğer kesimi tarafından damgalanması ve dışlanması da yaygın biçimde söz konusudur. Çoğu kez bağımlıların tedavi sürecinin bir parçası olarak baş etmek zorunda kaldığı damgalanma sorunu, bağımlılarla beraber ailelerinin de yaşadığı bir duruma karşılık gelmektedir.

Yetişkinler açısından bakıldığında bağımlı olan bir yetişkin aile içinde kendisinden beklenen ekonomik katkı ve sorumlulukları çoğu kez yerine getirememekte ve rol model olma durumunu tehlikeye atmaktadır. Özellikle yoksulluğun daha canlı hissedildiği aile ortamlarında kendisinden gelir getirmesi beklenen yetişkinin madde kullanımından dolayı iş yaşamının dışında kalması mevcut sorunu daha karmaşık bir hale sokmaktadır (Sevin ve Erbay, 2008: 5). Madde kullanımı nedeniyle aile ortamında bir eş veya ebeveyn olarak kişiden beklenen roller aksamakta; dahası yeni sorunlar ortaya çıkmaktadır. Aile içindeki mevcut ortam yerini huzursuzluğa, çatışmaya ve şiddet ortamına bırakmakta; bu ortam ekonomik sorunlarla birleşince bağımlılığın sebep olduğu süreç kronikleşmekte ve çözümü zor bir hal almaktadır.

Çocuklar ve gençler açısından bakıldığında ise sorun daha ciddi sonuçları içermektedir. Madde bağımlılığını ve beraberinde gelen sorunları deneyimleyen aile ortamında çocuklar psikolojik açıdan olumsuz ve zor koşulları hissetmektedir. Kendilerine örnek aldığı ebeveynlerinin böyle bir davranış içinde olması çocuğun veya

gencin aile fikrini zedelemekte, aile içi dengeleri bozduğundan çocuğu aile dışı kaynaklara yönlendirmektedir (Sevin ve Erbay, 2008: 5). Ailenin huzursuz ortamından kaçmak veya aileden kaynaklanan sorunları aşmak için yönünü aile dışına çeviren genç, kendisini bekleyen diğer sorunlu ağların içine çoğu kez bilgisiz ve savunmasız biçimde dâhil olmaktadır. Psikolojik açıdan çaresizlik, öfke ve umutsuzluk duygularıyla çevrelenen ve aile sıcaklığı ve korumasından uzak kalan genç için bu ağlar kısa sürede kalıcı olabilmektedir. Yine alkol ve madde kullanımı bazı ailelerde çocuk ihmal ve istismarı, eş istismarı, eşler arasında tartışma ve şiddet gibi sorunlara da kaynaklık etmektedir. Eşlerden birinin bağımlı olduğu evlilikler ise boşanmayla sonuçlanabilmektedir (Zastrow, 2013: 372).

Madde kullanımı bireylerin suça yönelmesinde de etkili bir faktördür. Madde kullanan bireyler sınır ve kural tanımayan yapıları itibariyle kendilerine ve çevrelerine zarar verebilmekte ve suç unsuru içeren davranışı sergileyebilmektedirler. Maddeyi temin etmek için gerekli olan parayı bulma adına torbacılık, hırsızlık, gasp, cinayet ve yasa dışı fuhuş suçlarına sıklıkla yönelmektedirler (Altuner ve ark., 2009: 88). Bunun yanında madde ticaretini yapan grupların aralarındaki ilişki ve kurallardan kaynaklanan şiddet suçları da maddeye bağlı gelişen suç riski kapsamındadır (Goldstein, 1985). Nitekim 30 çalışmanın yer aldığı bir meta analizi çalışmasına göre madde kullanan kişilerin suç işleme riski kullanmayanlara göre ortalama 3,5 kat daha fazla bulunmuştur (Bennett ve ark., 2009: 117). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi verilene göre 2011 yılı içerisinde tüm Türkiye’de toplam 67.099 uyuşturucu olayı meydana gelirken, bununla ilişkili 105.665 şüpheli yakalanmıştır. Bu olayların %87’si uyuşturucu madde kullanma veya bulundurmada, %13’ü imal etme, satma veya kaçakçılık suçlarından dolayı meydana gelmiştir. Yine 2011 yılı itibariyle maddeyle ilişkili suçlardan dolayı 23.638 kişi cezaevinde bulunmaktadır. Bu sayı cezaevinde bulunanların toplam sayısının %18.38’ini oluşturarak cezaevine girme nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca madde kullanıcılarının %50.53’nün madde kullanmadan evvel sabıkası bulunmamaktadır (TUBİM, 2012: 22-23).

Madde bağımlılığında etkili kimi faktörler bağımlılığın hem nedenleri hem de sonuçları olarak değerlendirilmektedir. Örneğin madde bağımlılığının suç davranışını arttırdığı bilinmekle birlikte suç ilişkilerinin de madde kullanımını tetiklediğini ifade eden yaklaşımlar bulunmaktadır. Diğer yandan madde bağımlılığı kişileri iş yaşamının

dışına iten bir süreç iken kimi zaman işsizlik maddeye başlamada etkili bir psikososyal süreci içermektedir. Aynı şekilde eğitim seviyesinin düşmesi bazı maddelerin kullanımında artışa sebep olurken özellikle gençlerin madde kullanma serüveni eğitim yaşamının dışına atılmakla sonlanabilmektedir.

Madde bağımlısı bireyler diğer sosyal çevreden kendilerini soyutlayarak madde kullanan çevrelerle birlikte olmayı seçmektedirler. Aileden uzaklaşma, arkadaş etkisi, özentilik ve taklit, merak ve başkaldırma gibi etkenler madde kullanıcılarını kendisi gibi olan çevrelerle yakınlaşmasında etkilidir. Toplum tarafından damgalanma ve dışlanma yaşayan bağımlı bireyler bu etkenlerle beraber bir alt kültürün üyesi olma eğilimdedirler. Bu alt kültür içinde kişi madde kullanımını meşru ve haklı görmeye başlamakta, sosyal kabul görmek için grup içi beklenti ve talepleri karşılamaktadır. Alt kültürün bir parçası haline gelindikten sonra ise bağımlılık sorunu daha kaotik bir hal almaktadır (Beyazyürek ve Şatır, 2000; Sevin ve Erbay, 2008).

Madde kullanımı doğrudan veya dolaylı biçimde ölümlere de yol açmaktadır. Kullanılan maddelerin etkisinden kaynaklı biçimde doğrudan ölüme sebep olurken trafik kazaları, şiddet, bulaşıcı hastalıklar gibi dolaylı ölümlere de neden olmaktadır (Yıldırım, 2008: 47). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre trafik kazalarına neden olan etkenlerin başında alkollü araç kullanımı gelmektedir (Varol, 2011: 20). ABD, İngiltere ve Türkiye'de yapılan bazı araştırmalara göre trafik kazalarında en önemli faktörlerden biri olarak alkollü araç kullanımı bulunmuştur. Türkiye'de meydana gelen trafik kazalarının yaklaşık %6'sı sürücülerin alkollü iken araç kullanmasından kaynaklanmakta; bu kazalarda yılda ortalama 5.000 kişi hayatını kaybetmektedir (DDK, 2014: 149). Tüm dünyada ise 2012 yılında yaşanan yaklaşık 3,3 milyon ölüm vakası, ya da tüm ölümlerin %5,9'u alkolle ilişkilendirilebilir ölümlerdir (WHO, 2014: 48).

2.5. Bağımlılık Tedavisi

Bağımlılık dönemsel olarak düzelmeleri ve yeniden alevlenmeleri kapsayan bir hastalıktır (Ögel, 2001). Bu niteliğinden dolayı tedavisinin uzun süreli ve daimi olması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 54). Tedavisinde radikal yöntemlerin bulunmaması da bağımlılığı bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmasını gerektirmektedir (DDK, 2014: 14). Bu kapsamda sorunun tedavi kısmı da geniş değerlendirmeleri içermektedir.

2.5.1. Bağımlılık Tedavisine Genel Bir Bakış

Bağımlılık tedavisi, içerdiği birçok faktör neticesinde oldukça geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Genel olarak tedavi süreci, bağımlının kullandığı maddeye, kullanım süresine, kişisel özelliklere, oluşabilen komplike durumlara göre değişiklik gösterir (Beyazyürek ve Şatır, 2000: 54). Ögel (2010: 3) de tedaviye uyum, tedaviye katılan bağımlının bireysel özellikleri, tedaviye dair motivasyon, yaşanan sorunların niteliği ve bunlar arasındaki etkileşimlerin tedaviyi etkileyen unsurlar olduğunu ifade etmektedir.

Bağımlılık tedavisi, kişinin bireysel ve toplumsal yaşamındaki birçok ögenin bir bütün olarak ele alınmasını gerektirmekte; bu ögelerin ve tedavi sürecinde kullanılabilecek diğer olanakların tedavinin ilk aşamasından toplumla yeniden bütünleşmeye kadar aktif kullanılmasını içermektedir. Bu anlamda bağımlılık tedavisi farmakolojik tedavi, ruhsal tedavi, rehabilitasyon, toplumla yeniden bütünleşme ve uyum süreçleri gibi girişimleri bir bütün olarak barındırmaktadır (Köknel, 1998: 251). Özellikle günümüzde sosyal çevre, davranışsal açıdan işlevsellik, zihinsel süreçler ve etkin başa çıkma stratejilerinin iyileşme sürecindeki kıymeti daha iyi anlaşılmaktadır. Bu etkenlerin optimum şekilde harekete geçirilmesiyle kişinin tedaviye uyum sağlamasına çalışılmaktadır. Zira bağımlı birey tedaviye uyum sağladığı oranda alkol ve madde almadan ayık kalmakta; ayık kaldığı sürece yaşamındaki diğer alanlarda daha işlevsel hale gelmektedir (Ögel, 2010: 3-5).

Alkol ve madde bağımlılığının tedavisinde iki önemli nokta bulunmaktadır. Tedaviye katılmış bir kişide ilk olarak yoksunluk belirtilerinin kontrol edilmesi gerekmekte, ardından tedaviyi tamamladıktan sonra maddeyi tekrar denemesi önlenmeye çalışılmaktadır. Yoksunluğun kontrol edilmesi ile bağımlılık sona ermemekte; çünkü kişinin maddeyi arama ve alma isteği devam etmektedir. Ayrıca yoksunluk krizini yönetmek için tedavinin ilk aşamalarında uygulanan ilaç tedavileri ile bireyler aslında daha düşük etkili kimyasallara/ilaçlara bağımlı hale gelmektedir. Bu açıdan bu süreç yerine koyma tedavisine ile de benzeşmektedir. Dolayısıyla yoksunluğun kontrol edilmesi tedavinin kendisini değil, yalnızca bir parçasını oluşturmaktadır (Uzbay, 2009: 65).

Yeniden kullanımı önleme aşaması için ise bağımlılık alanında değişen bir bakıştan söz etmek mümkündür. Yaygın olarak bağımlılık tedavisi kişinin maddeyi

nihai olarak alkol ve maddeyi bırakması olarak tanımlanmıştır. Yani kişinin tedavi sürecinden sonra maddeyi yeniden kullanması, kullanım süresi ve miktarı göz ardı edilerek nüks kabul edilmekte ve tedavi başarısız olarak değerlendirilmektedir. Ancak günümüzde tedavi süreci böylesine tek bir bütün olarak ele alınmamakta; süreçler erken düzelme, erken kısmi düzelme, kalıcı kısmi düzelme ve kalıcı tam düzelme gibi her bir dönemin kendine has niteliğiyle parçalar halinde değerlendirilmektedir. Bu bakışla birlikte günümüzde bağımlılığın nüks, kayma ve düzelmelerle seyreden bir bozukluk olduğu görüşü de yaygın biçimde kabul edilmiştir (Arıkan, 2011a: 233).

Bu kavrayışın ışığında bağımlılık tedavisi yalnızca madde kullanımının durdurulması olarak değil, madde alma isteğinin durdurulması, yeni sosyal ağlara katılım ihtiyacının karşılanması, maddesiz yaşamdan doyum sağlama ve kayma davranışının/relapsın önlenmesi faktörlerinin bütünü olarak tanımlamıştır (Malhotra ve ark., 2005: 8) Ulusal Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Enstitüsü de benzer minvalde madde kullanımını durdurma, maddeden uzak kalma ve aile hayatında ve sosyal yaşamda yeniden üretken hale gelme olarak ifade etmektedir (<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>). Sharifi ve arkadaşları (2012: 64)'na göre ise etkili bağımlılık tedavisi yoksunluk semptomlarını azaltan, kişisel yaşam performansını arttıran ve maddeye yönelimi engelleyen tedavidir. Bu noktada belirli bir tedavi programı olan tedavi birimlerinin seçilmesi önemlidir. Biyopsikososyal temelleri içeren ve bağımlılığın ömür boyu sürebileceği gerçekliği üzerine inşa edilen tedavi programları etkili bağımlılık tedavisini yürütebilmektedir. Dolayısıyla bu programlar etkili ilaç tedavilerinin yanında psikososyal tedaviyi de kapsayan bir nitelikte çalışmaktadır (Beyazyürek ve Şatır, 2000: 54).

Bu noktada Ögel (2010: 10-11)'in ortaya koyduğu etkili tedavi ilkelerine değinmekte fayda görülmektedir. Ona göre etkin bir bağımlılık tedavisinde kabul edilmesi gereken ilkeler şu şekildedir:

- Her bireye uygun tek bir tedavi yöntemi yoktur. Her bireyin kendine has yaşam hikâyesi, sorunları ve baş etme yöntemleri bulunmaktadır.
- Bireyler kararsızlıktan ve ambivalan hislerden uzaklaşıp tedavi için hazır olmalıdır.

- Tedavi gören bağımlının bireysel, sosyal, ekonomik ve yasal sorun ve ihtiyaçları ile ilgilenilmeli, gereksinimleri karşılanmalıdır.
- Tedavi programları uzun süreli ve sürekli olmalı, kişinin ihtiyaçlarına göre ilgili program güncellenebilmelidir.
- Madde kullanımına eşlik eden ruhsal problemler varsa onların da tedavisi eş zamanlı yürütülmelidir.
- İlaç tedavisi ve psikososyal tedavi birlikte yürütülebilmelidir.
- Tedavi sürecinde bağımlının madde kullanıp kullanmadığı sürekli olarak takip edilmelidir.
- HIV, AIDS, Hepatit hastalıklarla ilgili olarak riskli davranışlar engellenmelidir.

Bağımlılık alanında, çok geniş bir profil bulunması ve eşlik eden çeşitli sorunların olması sebebiyle birçok tedavi programı geliştirilmiştir (Çoşkunol, 2008; akt. Kaplanhan, 2015: 30). Tedavi programları ve modelleri ülkelere göre çeşitli siyasal, sosyal ve ekonomik etkenlere bağlı olarak farklılaşabilmekte ve yenilenmektedir. Bazı programlar uzun dönem, yatılı ve yapılandırılmış modelleri kapsarken kimileri ayaktan ve kısa süreli tedavileri içermektedir (Çiftçi ve Uluocak, 2010: 12). Ayaktan tedavi, madde kullanımını sonlandırmak için motivasyon kazandırmak, yoksunluk ve relaps ile başa çıkma yöntemleri öğretmek ve madde kullanımına yöneltecek sorunlarla ilgilenmek amacıyla yürütülen tedavi yöntemidir. Ayaktan tedavi olacak bireyde tedavide istekli olması, arındırma sürecini tamamlamış olması ve yoğun psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duymaması gibi nitelikler aranmaktadır. Yatarak tedavi ise çoklu tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşayan, ayaktan tedavisi mümkün olmayan hastaları barındırmaktadır. Sorunu daha yoğun olan ve kontrol edilmesi daha zor olan bireylere çoğu kez yatarak tedavi programları önerilmektedir (Ögel, 2010: 18-19). Yatarak tedaviye ihtiyaç duyan bireylerde yoksunluk belirtileri daha ağır yaşanmakta; bu bireylerin tedavide tutunmaları için daha yoğun desteklenmeleri gerekmektedir.

Bağımlılığın fizyolojik boyutu bağımlılara yönelik geliştirilecek hizmetlerin başında tedavi hizmetlerinin yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Tedavinin temel amacı tüm maddelerden ömür boyu arınmış olarak yaşama devam edebilmedir. Ancak iyileşme bir sonuç değil süreçtir. Tedavi programlarının temel amacı da kişiyi iyileşme sürecine dâhil etmek ve o süreçte sürekliliğini sağlamada yardımcı olmaktır (Uluocak, 2009: 493). Dolayısıyla tedavide süreklilik sağlamak için bireyi, tedavi sürecinde

sekteye uğratabilecek faktörler iyi bilinmelidir. Örneğin iş sahibi olmayan ve yüksek düzeyde depresyon ve anksiyetesi bulunan bireylerin tedaviyi erken bırakma oranları daha yüksektir. Benzer şekilde sosyal uyumu düşük olan bir arkadaş çevresine sahip bağımlının da tedavi sürecinden kısa sürede kopması söz konusudur. Yine psikiyatrik bozukluk göstergeleri bulunan bağımlı bireylerin tedavi sürecinde daha kısa kaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Tedaviyi erken bırakmada etkili olan bu faktörler dinamik ve etkin bir roledir. Dolayısıyla bu faktörlerin, bireyin tedavide daha uzun süre kalması ve tedaviyi sonuçlandırması için etkin biçimde düzenlenmesi gerekmektedir (Hiller ve ark., 1999: 423-424). Yine bağımlıların yaş ve eğitim seviyesi arttıkça yardım arama çabaları yükselmekte; özellikle gençler tedaviyi sürdürmek için desteklenmeye daha fazla ihtiyaç duymaktadır (Sinha ve ark., 2003; Savaşan, 2010).

Alkol ve madde bağımlısı bireyler çoğu kez durumlarını kabullenmede zorluk yaşamakta ve tedaviye yönelik ambivalan hisler sergileyebilmektedirler. Yaşam tarzlarını değiştirmek istememeleri, madde kullanılan ortamdan ayrılmak istememeleri, madde kullanımının verdiği zararlar ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları gibi sebeplerden dolayı bağımlı bireyler, kullandıkları madde ile ilgili bir sorun olmadığına inanmakta ve tedaviye yönelik olumsuz tutum içinde bulunabilmektedirler (Arıkan, 2011; Akbaş ve Mutlu, 2016). Bunun yanında bağımlı bireyler ailesinin veya yakın sosyal çevresinin isteği üzerine veya adli kurumlardan gelen baskılar sonucu tedavi sürecine katılmaktadırlar. Kişinin tedaviyi içsel bir motivasyonla, kendi isteğiyle kabul etmesi çoğu kez iyi bir prognostik işaret olarak görülmesine rağmen kimi vakalarda tedaviyi dış baskılar sonucu kabul edenlerin daha uzun süreli olarak tedaviden faydalandığı bilinmektedir (Turan, 2010: 2). Bir diğer çalışmaya göre de bağımlı bireyler alkol ve maddenin beyinde oluşturduğu etkiden dolayı ve inkâr ve diğer savunma güdülerinden dolayı tedaviye çoğu kez zorlanarak dâhil edilse de tedaviye gönüllü olarak katılan kimi vakalara göre daha etkin bir tedavi süreci geçirmektedir (Lawental ve ark., 1996; Straussner, 2004).

Madde bağımlılığı tedavisi ekip çalışmasının en gerekli olduğu sağlık alanlarından biridir. Ekip yaklaşımının hastayı fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül bir bakışla değerlendirmesi, bağımlılığın doğasında yer alan parametrelerin bir ifadesidir. Bu yönden doktor, psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire gibi

meslek elemanlarından oluşan tedavi ekibi, bağımlıya ve bağımlılığa dair gerekli bütüncül bakışı sergileyebilmektedir (Yılmaz ve ark., 1997; Kılıçarslan, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü dünyadaki problemlı madde kullanıcılarının her yıl 1/6'sının tedavi aldığını bildirmiştir. Ancak kıtalar ve ülkeler arasında büyük farklılıklar söz konusudur. Afrika kıtasında problemlı kullanıcıların yalnızca 18 tanesinden biri tedavi alırken bu oran Kuzey Amerika'da 1/3 oranındadır. Bu durum ülkelerin tedavi imkânları ve tedaviye erişebilirlikleri ile ilişkili olarak açıklanmaktadır (UNODC, 2013: 10). Avrupa'da 2012 yılında 1,3 milyon, 2013 yılında ise 1,6 milyon kişinin yasadışı uyuşturucu tedavisi gördüğü tahmin edilmektedir (Özcan, 2015: 10). Avrupa ülkelerinde tedaviler çoğunlukla ayaktan, özel tedavi merkezlerinde ya da genel sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır. Bunun yanında özel yataklı kurumlarda, terapötik topluluklarda ve hastanelerde yatılı olarak tedavi gören hastalar da bulunmaktadır. Son yıllarda ise bazı Avrupa ülkelerinde tedaviye katılımı arttırmak için bağımlıların tedavi programlarına kendi evlerinden internet yoluyla ulaşabilecekleri bir sistem başlatılmıştır (EMCDDA, 2014: 54). İnternet tabanlı bu müdahaleler madde kullanımı sorunu yaşayan ve tedavi hizmetlerine başka türlü erişemeyen bireyler için tedaviye ulaşımı kolaylaştırmakta ve tedaviye katılan popülasyonu arttırmaktadır. Bu yönüyle geniş bir önleme ve tedavi yelpazesi önermekte ve yaygınlığı giderek artmaktadır (EMCDDA, 2017: 67).

Türkiye'de ise bağımlılık tedavisi Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde (AMATEM/ÇEMATAM ünitelerinde), üniversitelerin tıp fakültelerinin psikiyatri kliniklerinde, Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışan üniversite hastanelerinde ve kimi özel hastanelerin ilgili birimlerinde yürütülmektedir (Özcan, 2015: 13). 2017 yılı itibarıyla ülke genelinde 36'sı ayaktan, 38'i yataklı olmak üzere tedavi hizmeti sunan 74 merkez bulunmaktadır (<http://www.hasta.saglik.gov.tr/TR,5121/amatem-merkezleri.html>). 2013 yılı verilerine göre Türkiye genelinde 7897 kişi yatarak, 218 bin kişi ayaktan bağımlılık tedavisi görmüştür (Özcan, 2015: 13). Genel ortalamaya bakıldığında ise Türkiye'de her 100 bağımlıdan 6-7'sinin bağımlılık tedavisi gördüğü tahmin edilmektedir (Akgül, 2013: 74). Tedaviye katılım açısından bakıldığında Sağlık Bakanlığının 2013 yılı verilerine göre tedaviye katılanların %66,54 oranında kendi isteğiyle, %30,6 oranında aile ve arkadaşın etkisiyle tedaviye yöneldiği görülmektedir. Bunların yanında Denetimli Serbestlik/Mahkeme tarafından tedaviye sevk edilenlerin

oranı %2,19; herhangi bir sosyal kurum tarafından tedaviye yönlendirilenlerin oranı %0,67'dir (Özcan, 2015: 13).

Son yıllarda Türkiye'de bağımlılık tedavisinin geliştirilmesi konusunda resmi düzeyde gelişimler hızlandırılmıştır. Aslan ve Akbulut (2017: 170)' un Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2015 yılı uyuşturucuya yönelik politikalarının analizini yürüttüğü çalışmaya göre özellikle ayaktan olmak üzere tedavi merkezlerinin yaygınlaştırılması ve kapasitelerin artırılması, tedaviye ulaşımın kolaylaştırılması, ilgili birimler ve bakanlıklar arasında koordinasyonun geliştirilmesi, uyuşturucu ile ilgili mevzuatın toparlanması ve sosyal farkındalık çalışmalarının artırılması konularında gelişimler kaydedilmektedir.

2.5.2. Tedavinin Süreçleri

Bağımlılık tedavisi yapılandırılmış hizmetlerle profesyonel olarak sunulmaktadır. Bu süreç kimi kaynaklarda arz eden farklılaşmalarla beraber en temelde şu üç aşamayı içermektedir (Institute of Medicine, 1990: 511): Detoksifikasyon, Aktif Tedavi ve Rehabilitasyon ve Relaps Önleme.

2.5.2.1. Detoksifikasyon/Arındırma Tedavisi:

Uzun süreli ve yoğun madde kullanımının bir anda kesilmesinden ya da azaltılmasından sonra madde etkisinin vücuttan çekilmesine bağlı olarak hafif veya şiddetli olabilen yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (DDK, 2014: 152). İlk aşama olarak detoksifikasyon sürecinde kişinin maddenin etkisinden kısa süreli olarak arındırılması hedeflenmekte; bu süreçte yoksunluğa bağlı olarak oluşacak riskler minimize edilmekte ve kişi aktif tedavi ve rehabilitasyon sürecine hazırlanmaktadır (Institute of Medicine, 1990: 511). Bu arındırma sürecinde madde kullanımı tamamen kesilebilmekte, yerine daha düşük düzeyde bağımlılık oluşturan bir madde verilebilmekte veya yoksunluk krizlerini yumuşatacak sakinleştirici ilaçlar verilebilmektedir (Uzbay, 2009: 65). Arındırma tedavisi genel anlamda yataklı klinik veya psikiyatrik ünitelerde, bağımlının fiziksel durumunu takip etmek ve kişiyi ölüme kadar götürebilecek yoksunluk belirtilerini engellemek amacıyla yapılmaktadır. Bu süreç aynı zamanda bağımlı bireye tedavi hakkında daha geniş bir kavrayış geliştirmesine ve tedavinin sonraki aşamaları için bilinç oluşturmaya da katkı sağlamaktadır (Straussner, 2004: 22).

2.5.2.2. Aktif Tedavi ve Rehabilitasyon:

Aktif tedavi ve rehabilitasyon süreci kişinin maddeye bağılı olarak yaşadığı sorunların çözümü için değişim oluşturma çabasını barındırmaktadır (Institute of Medicine, 1990: 511). Bu sürecin temel amacı madde kullanımına neden olan psikolojik ve sosyal zeminlerin düzenlenmesidir ve uzun yıllar sürebilmektedir (Uzbay, 2009: 65). Bunun için kişinin kendini tanıması ve öz değerlendirme becerisini kazanması adına yürütülen terapi çalışmalarıyla birlikte maddeye başlama nedenleri araştırılmakta ve ilgili faktörler ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır (DDK 2014: 256). Arındırma sürecinden sonra birey uzun süreli psikolojik yoksunluklar yaşayabilmektedir. Aynı zamanda madde kullanımını bıraktıktan sonra depresyon, anksiyete gibi istenmeyen duygular ortaya çıkabilmekte ya da daha yoğun hissedilebilmektedir. Maddesiz bir yaşama kavuşmak için birey, psikolojik yoksunluğun ve istenmeyen duyguların yerine kendisini maddeden uzak tutacak günlük rutinelere ve destekleyici sosyal ilişkilere ihtiyaç duymaktadır. Bunun yanında arındırma sürecinin ardından kısa süreli tedavilerde maddeyi bırakma oranı oldukça düşüktür. Dolayısıyla bu aşamada önerilen psikososyal tedaviler, rehabilitasyon programları ve destek grupları bağımlıların yaşadığı bu zorlukları aşmasında oldukça kıymetli uygulamalardır. Bu uygulamalar içinde kişi, maddeden uzak kalma konusunda desteklendiği gibi madde kullanımının kendisine verdiği zarar hakkında bilinç geliştirmekte, maddesiz yeni yaşamında ihtiyaç duyacağı becerileri ve destekleyici sosyal ilişkileri kazanmaktadır (Straussner, 2004: 22; Şener ve Küçükşen, 2017: 486). Bu nitelikleriyle bakıldığında rehabilitasyon uygulamaları arındırma sürecinin etkinliğini de arttırmaktadır (Malhotra ve ark., 2005: 1).

2.5.2.3. Relaps Önleme:

1980’li yıllardan itibaren bağımlılık tedavi sürecinin bir parçası olarak dikkat çekilen relaps/nüks önleme sürecinin temel amacı kişiyi madde kullanımına yöneltecek uyarıcıları engellemektir. Kimi tedavi programlarında tedavi sonrası aşamanın da bir parçası olarak anılmaktadır. Relaps önleme süreci en temelde kişinin kazandığı olumlu davranışların devamını sağlamayı amaçlamaktadır (Institute of Medicine, 1990: 512).

Relaps önleme tedavisi ilk olarak 1980’lerin ilk yıllarında Alan Marlatt tarafından önerilmiş ve o günkü bağımlılık literatürü anlamında çığır açıcı bir fikir olarak gelişmiştir. Bağımlılık tedavisindeki önemi ilgili çalışmalarla desteklenen relaps

önleme süreci bugünkü bağımlılık tedavi programlarının temel parçalarından birisi olarak değerlendirilmekte ve bağımlılık tedavisi sunan birçok merkez tarafından uygulanmaktadır (Donovan ve Witkiewitz, 2012: 204). DiNitto ve McNece (2007: 185) relaps önlemenin bağımlılık tedavisindeki niteliğini “*ayık kalmak, ayılmaktan daha zordur*” şeklinde ifade etmektedir.

Relaps en temelde alkol ve madde kullanımına son vermiş bir kişinin bıraktıktan sonra yeniden kullanmaya başlamasını ifade etmektedir. Yani maddeden bağımsız yaşama hedefinin sekteye uğramasına karşılık gelmektedir. Madde bağımlılarında %40-%80 arası oranda görülen relaps davranışını engellemek için çeşitli psikososyal uygulamalar ve programlar geliştirilmiştir (Ögel, 2010: 245). Relaps önleme sürecinde bulunan psikososyal uygulamalarla beraber kişinin hayat tarzı maddesiz biçimde düzenlenmekte ve kişiye daha aktif ve işlevsel bir yaşam hazırlanmaktadır. Bu açıdan uzun süreli tedavinin temel dinamikleri olan psikososyal tedavi uygulamaları harekete geçmektedir (Malhotra ve ark., 2005: 1).

Ögel (2010: 247) relaps önlemede başarılı olmak için bağımlının ayık kalma fikrini içselleştirebilmesi, bu yönde istekli olması ve bu sürece neden girdiği ve ne tür zorluklarla karşılaşabileceği hakkında bilinç sahibi olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu anlamda relaps önleme ile ilgili olarak aile, arkadaş ya da diğer kullanıcıların desteğinin alınması olası stres ve risk faktörlerini azaltmakta; bununla beraber yaşam biçiminin değiştirilmesi ve düzenlenmesi bağımlıyı maddeden korumada desteklemektedir. Aynı zamanda bağımlının relaps süreci ile ilgili bilince ulaşması da bağımlının kendi durumunu değerlendirmesinde ve olası risk etmenlerini önceden fark etmesinde etkilidir.

2.5.3. Bağımlılık Tedavisinde Rehabilitasyon

Alkol ve madde bağımlılığı tedavisinin en zorlu yönlerinden biri bağımlıların tedavide süreklilik sağlamada önemli sorunlar yaşamasıdır. Bağımlılık, bireylerin yaşamlarında uzun süreli veya kalıcı etkiler oluşturan bir sorundur. Dolayısıyla tedavi sürecinde belli dönemlerde ve şartlarda alevlenmeleri ve madde kullanım girişimlerini içerebilmektedir. Tedaviye başlayan bireyler uzun süre temiz kalsalar dahi yeniden madde kullandıkları ilk anda sürecin en başına dönmektedirler. Dolayısıyla bağımlılık tedavisinin temel dinamiği kişinin maddeden arandıktan sonra temiz kalma süresini

uzatmak ve maddesiz yeni yaşamına uyumunu desteklemektir. Bu nedenle bağımlılık tedavisinin rehabilitasyon ayağı, tedavi başarısındaki en kritik aşamalardandır.

Terminolojik açıdan rehabilitasyon ifadesi ilk olarak Batı’da kiliseler tarafından şeytana uyan ve kötülük yapan kişilerin yeniden iyi insan olma yönündeki çabalarını ifade etmek amacıyla kullanılmıştır (Sengir, 1976: 16; akt. Demirel, 2001: 5-6). Sahip olduğu kapsam itibarıyla de bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden yaşadığı sorunlarla ilgilenen hemen her mesleğin literatüründe yer alan bir kavramdır. Bu yönüyle üst çatı olarak tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki grupta incelenebilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon bireylerin fiziksel yönden yaşadığı aksaklıkları aşmaya yönelik yapılan girişimlere karşılık gelmektedir (Karataşoğlu, 2009: 28). Gelişim sürecine bakıldığında ilk yıllarda rehabilitasyon kavramının tanımı, tıbbi rehabilitasyonun tanımı ile eş tutulmuştur. Sosyal boyutun ıskalandığı sağlık yaklaşımıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak rehabilitasyon da yalnızca tıbbi pencereden yorumlanmıştır

Son yıllarda sorunun sosyal yönünü öne çıkaran yaklaşımlarla beraber bağımlılık alanında önemli olan, rehabilitasyonun sosyal boyutudur. Sosyal rehabilitasyonun ilk uygulama örnekleri olarak 2. Dünya Savaşı dönemlerinde toplum içerisinde yaşamına devam eden hastaların sosyal kulüplere katılımı ve duygusal ve sosyal paylaşımlarını arttırmak amacıyla bir araya gelmeleri gösterilmektedir (Demirel, 2001: 24). En geniş kapsamıyla sosyal rehabilitasyon “*bireylerin toplumsal yaşam içerisinde bağımsız biçimde yaşama işlevselliğini optimal düzeye çıkarma çabası*” olarak ifade edilmektedir (Cnaan ve ark., 1998: akt, Crosse ve Hocking, 2004: 2). Seyyar ve Genç (2010: 722)’e göre ise sosyal rehabilitasyon “*bedeni, ruhi ve maddi sebeplerle sosyal uyumu bozulmuş fertlere, sosyal çalışmacı, sosyal hizmetler uzmanı veya sosyal pedagoji elemanları tarafından sunulan sosyal uyum, eğitim ve destek hizmetleri*” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi ve psikososyal tedavilerin yanında sosyal etkileşimi artırma, bağımsız yaşamı destekleme ve mesleki verimliliği arttırmayı hedefleyen sosyal rehabilitasyon kişinin sosyal ortamda öğrenme becerisine ve profesyonellerden veya kişinin sosyal (aile, arkadaş, iş ortamı vb.) çevresinden destek almasına odaklanmaktadır (Cook ve ark., 1996; Steth, 2005). Bu yönüyle bireyi, yaşamını devam ettirmesi için belli kaynaklara bağımlı hale getiren eksikliklerin

giderilmesi adına bireysel kapasitenin iyileştirilmesini ve geliştirilmesini kapsayan çok disiplinli bir ekip çalışmasını içermektedir (Akdemir ve Akkuş, 2006: 87).

Bağımlılıkta rehabilitasyon, madde kullanıcısı bireylerin var olan kapasitelerini maddesiz günlük yaşamlarında kullanabilmelerini destekleyen yapılandırılmış bir süreçtir. Bu süreçte bağımlıların sağlık, barınma, istihdam, sosyal hizmetler, eğitim ve mesleki eğitim gibi başlıklarda ele alınan ihtiyaçları değerlendirilmektedir. Rehabilitasyon sürecinin en temel amacı bağımlının, ailesinin ve bulunduğu toplumun yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu çerçeveden bağımlının güçlendirilmesi ve bu sayede toplumun ekonomik, sosyal ve kültürler çıktıları üzerinden bağımlının kendi yaşamını destekleyebilmesi rehabilitasyon sürecinin temel odağıdır (Report of the Working Group on Drugs Rehabilitations, 2007: 7).

Biyopsikososyal bütünlük içinde gelişen bağımlılık sorunu bireyin çevresiyle kurduğu ilişkilerden etkilendiği gibi o ilişkileri ve makro düzeyde toplumsal düzeni etkileyen bir meseledir. Bu açıdan çok yönlü ve bütüncül bir bakışa ihtiyaç oluşturan sorun olarak bağımlılık, tedavi sürecince tek bir disiplinin konu edinerek çözebileceği bir alan olarak değerlendirilememektedir. Toplumsal, ekonomik ve klinik yönden sunulan hizmetlerde bağımlının bireysel ihtiyaçlarına ve toplumun bağımlılıkla ilişkili ihtiyaçlarına cevap verebilecek bir ekip çalışması gerekmektedir (Arıkan, 1989: 46). Bu ekibin, tedavinin sosyal rehabilitasyon ve uyum ayağındaki en etkin meslek elamanı ise sosyal hizmet uzmanlarıdır. Hawkins ve Catalano (1985; akt. Polat, 2012: 66-67) özellikle sosyal hizmet uzmanlarının etkinliği üzerinden sosyal rehabilitasyon ve uyum sürecindeki uygulamaları şu şekilde özetlemektedir:

- Sosyal Destek Çalışmaları: Bu aşamadaki hizmetler destekleyici sosyal ilişkileri güçlendirme ve yeni sosyal destek sistemleri oluşturma üzerinden bağımlının sosyal ağlarını geliştirmeyi kapsamaktadır.
- Mesleki Odaklı Çalışmalar: İş bulma, mesleki eğitimler, destekleyici ve korumalı çalışma ortamları, çalışma hayatına ilişkin savunuculuk faaliyetleri, eski madde kullanıcılarına yönelik kurumsal ve toplumsal engellerin azaltılması gibi faaliyetlerle bağımlının tedavi sonrası istihdamı desteklenmektedir.
- Aktivite Odaklı Çalışmalar: Tedavi sonrası bağımlıların sosyal ve sportif faaliyetlere katılımı, gönüllü çalışmaları, boş zaman değerlendirme faaliyetleri gibi aktiviteleri kapsamaktadır.

- Beceri Geliştirme Çalışmaları: Bu aşamada kişide davranışsal becerilerin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Madde kullanımının sonuçlarının tartışılması, sosyalleşme becerileri, karar verme ve problem çözme becerileri, stresle başa çıkma becerisi, toplumsal kaynaklara ulaşım ve kaynak kullanım becerisi, relapstan kaçınma becerisi gibi çeşitli eğitim süreçlerini barındırmaktadır.
- Kuruluş Bakımı Çalışmaları: Gerekli durumlarda tedavi sonrasında kuruluş bakımının sağlanmasını içermektedir.
- Savunuculuk Çalışmaları: Eski madde kullanıcılarının damgalanma ve dışlanma kaynaklı olarak toplumsal kaynaklara ve fırsatlara erişimde yaşadığı sorunlara yönelik savunuculuk faaliyetlerini kapsamaktadır.

Tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon hizmetleri bağımlılık tedavisinde başarıya ulaşmada ve sürekliliği sağlamada oldukça önemli iken Türkiye’de bu hususta önemli eksiklikler olduğu görülmektedir. Ülkemizde bu hizmetler incelendiğinde istihdam, barınma, eğitim ve sosyal yardım olanaklarından sınırlı şekilde bahsedilmektedir. Bu olanakların eksikliğinden dolayı tedaviye katılan pek çok birey, tedavi sonrasında yeniden madde kullanımına başlamakta ve tedavi süreci mükerrer başarısızlıkları içeren bir diziye dönüşmektedir. Ayrıca ülkemizde bu hususla ilgili yasal düzenlemelerin de eksik olduğu bilinmektedir (Polat, 2015: 167). Bununla ilgili olarak 2013 yılındaki Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (ss. 13-17) Türkiye’de önleme, tedavi ve rehabilitasyon konularında daha fazla çalışma yapılmasına ve ulusal bir koordinasyon sisteminin kurulmasına dair gerekliliği belirtmekte; rehabilitasyon ve sosyal bütünleşme programlarının geliştirilmesini stratejik hedeflerden birisi olarak belirlemektedir.

2.6. Bağımlılık ve Sosyal Hizmet

Bağımlılık, bireylerin sosyal işlevselliğini bireysel ve toplumsal düzeyde etkileyen bir sorundur. Sorunun tıbbi boyutunun yanında psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları da bulunmakta; dolayısıyla yalnızca bireyi değil, ailesini ve yaşadığı sosyal çevreyi de olumsuz etkilemektedir (Sevin ve Erbay, 2008: 2). Bu niteliklere sahip bir sorun olarak bağımlılık ile sosyal hizmet arasındaki ilişki sosyal hizmet literatüründe uzun yıllardır konu edilmektedir. Özellikle günümüzde bağımlılık alanında gelişen sosyal bakışla birlikte bir bağımlılık vakasında sosyal hizmet mesleğine atıf yapmayan bir yaklaşım gerçekçi ve bütüncül bir değerlendirmeden uzaktır. Bu anlamda sosyal hizmetin bağımlılık alanında koruyucu-önleyici rollerden

tedavi-rehabilite edici ve toplumla yeniden bütünleştirici rollere uzanan bir dizi etkinliği bulunmaktadır.

2.6.1. Sosyal Hizmet ve Bağımlılık İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme

Sosyal hizmet, Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (akt. Thompson, 2013: 35)' a göre şu şekilde tanımlanmaktadır: *“Sosyal hizmet, bireysel ve toplumsal iyilik halini arttırmak amacıyla sosyal değişime, insan ilişkilerinde sorun çözmeye, güçlenmeye ve özgürleşmeye katkı sağlayan bir meslektir. Sosyal hizmet, insan davranışı ve sosyal sistem teorilerini kullanarak insanların çevreleriyle etkileşime girdikleri noktalara müdahale eder.”* Kongar (1972: 42) ise terminolojik açıdan sosyal çalışma ve sosyal hizmet kavramlarını ayrı olarak değerlendirmektedir. Kongar'a göre sosyal hizmet daha üst bir çatı olarak çalışma alanlarını belirlerken sosyal çalışma bu alanlarda yürütülen mesleklerden biridir. Ona göre sosyal çalışma *“insanın doğayla ve insanla olan çelişkilerinin çözümüne yardım etmeyi amaçlayan; bu yardımı, birey, grup ve toplum düzeyinde değişme yaratma yöntemi ile gerçekleştirmeye çalışan; sosyal hizmetler, sosyal refah ve sosyal güvenlik alanlarındaki sorunlara ilişkin etkinlik gösteren bir meslektir.”* Kimi tanımlarda ise birey ve çevre arasındaki etkileşime odaklanan çalışmalarla bireylerde ve gruplarda sosyal işlevselliği artırma arayışı olarak da ifade edilmektedir. Kastedilen bu çalışmalar en genelde bireylerin kapasitelerini kullanmasını kısıtlayan bozuklukların düzenlenmesi, bireysel ve sosyal kaynaklara ulaşımın sağlanması ve sosyal işlevselliği azaltacak durumların engellenmesidir (Boehm 1958; akt. Barber, 1995: 40).

Sosyal hizmet disiplini gerek bireysel gerek toplumsal düzeyde insan yaşamının hemen her noktasına katkı sunma potansiyeline sahiptir. Dolayısıyla insanların iyilik halini destekleyici her uygulama sosyal hizmetin misyonu ile ilişkilidir. Bu açıdan ‘‘sosyal hizmet mesleğinin amacı nedir?’’ diye sorulduğunda verilen cevaplar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Duyan ve arkadaşları (2008: 38-39) bu geniş cevaplar dizisini aşağıdaki gibi özetlemektedir:

- Toplumdan dışlanma yaşayan hassas, riskli grupların sosyal yaşama katılımını sağlamak,
- Toplumsal düzeyde bireyler arasında engeller, eşitsizlik ve adaletsizlik oluşturan etkenlerle mücadele etmek,

- Birey, aile, grup ve toplumların iyilik halini ve sorun çözme kapasitelerini yükseltmeye çalışmak,
- Yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde savunuculuk faaliyetleri yürütmek,
- Politik uygulamaların hedeflerini bireylerin faydasına desteklemek,
- Bireylerin dezavantajlarına kaynaklık eden yapısal sorunlara değişimler önermek,
- Sorunlarını aşmada desteğe ihtiyaç duyan engelli, çocuk, yaşlı vb. dezavantajlı grupları korumak ve desteklemek

Bununla beraber sosyal hizmetin doğasını kavramaya yönelik ifade edilmesi gereken bazı temel mesleki değerleri bulunmaktadır. Bu değerler sosyal hizmet uzmanlarının çalışma yaptığı tüm müracaatçı grupları için öncelediği değerlerdir. Hepworth ve arkadaşları (2016: 58) bunları şu şekilde sıralamaktadır:

- Her birey biriciktir ve özgündür.
- Tüm bireyler sorunlarını çözmek ve kişisel potansiyelini geliştirmek için ihtiyaç duyduğu kaynaklara erişebilmelidir.
- Her birey özünden gelen onur ve değer sahibidir.
- Doğru kaynaklar temin edildiğinde herkes kendi değişimini ve gelişimini sağlayabilir ve kendi seçimlerini yapma konusunda desteklenmelidir.
- Kişilerarası ilişkiler hedeflenen değişiklikler için önemli bir araçtır.
- Sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları ve meslektaşları ile kurduğu ilişkilerin temel değeri güvendir.

Sosyal hizmetin temel odağı birey ve çevre arasındaki etkileşim sürecidir. Bu sürece odaklanan bakış sayesinde sosyal hizmet, birey ile durumu ve birey ile çevreyi tek çatı altında, birlikte değerlendiren bir disiplin olarak diğerlerinden ayrılmaktadır (Barber, 1995: 41). Sahip olduğu “*çevresi içinde birey*” yaklaşımıyla sosyal hizmet, bireyi biyopsikososyal gerçeklikle kabul ederek bütüncül bir bakışla değerlendirmektedir. Bu nedenle hizmet sunum sürecinde diğer disiplin ve mesleklerle işbirliği içinde ekip çalışmasının bir parçası olarak rol almaktadır (Kut, 2001; akt. Duyan, 2008: 28). Nitekim bağımlılık alanında da sahip olduğu eklektik bilgi temeli ve çok disiplinli müdahale yaklaşımıyla özellikle sağaltım sürecinde aktif çalışmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012: 100). Bu açıdan sosyal hizmet uzmanları için bağımlılık diğer disiplinlerdeki gibi tek bir bakışı ifade etmemektedir. Sosyal hizmet perspektifinden

bağımlılık, kullanıcıların sosyal ve çevresel tüm etkileşimlerini kapsayan yaşamlarının anlaşılması ve değerlendirilmesi ile anlaşılabilir. Diğer bir deyişle bağımlılığın ve bağımlı bireyin psikolojisinin anlaşılmasının yanında, bağımlılığın sosyal bağlamında içerdiği ilişki ve etkileşimlerin değerlendirilmesi sosyal hizmet yaklaşımının bir gereğidir (Barber, 1995: 26).

Sosyal hizmet, mesleki geçmişinin ilk yıllarından itibaren bağımlılık alanında rol almaktadır. İlk profesyonelleştiği 1900'lü yılların başlarından itibaren sosyal hizmet mesleğinin ABD'de özellikle alkol bağımlılığı alanında birey ve ailesiyle birlikte yapılan çalışmalarda var olduğu bilinmektedir. Alkolizmin bir günah ya da ahlaki bir problem olarak değerlendirildiği yıllarda Mary Richmond³ sürekli içmeyi/ayyaşlığı bir hastalık olarak değerlendirmiş; tedavisine dair sosyal hizmet uzmanlarının bugün dahi kullanabildiği yaklaşımlar geliştirmiştir. 1940'lı yıllarda yine sosyal hizmet, alkolizm tedavisinde yürütülen disiplinler arası çalışmalarının önemli bir parçası olarak sorumluluk almıştır. O dönemde bağımlı ve aileleri ile çalışan sosyal hizmet uzmanlarının uyguladıkları modeller sosyal hizmet mesleğinin bağımlılık alanındaki öncü uygulamaları olarak yerini almıştır. Uyuşturucu madde kullanımı tedavisinde ise özellikle 1980'li yıllardan sonra ABD'de artan esrar ve kokain kullanımından sonra, alkol ve diğer madde bağımlılıklarının tedavide beraberce düşünölmeye başlandığı dönemden sonra daha etkin olmuştur. 1991 yılında Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) üyelerinin yaklaşık 4.000'i (toplam üyelerin %4,6'sı) alkol ve madde bağımlılığını birincil uygulama alanı olarak; %3,6'sı ikincil uygulama alanı olarak tanımlamıştır. Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) 1995 yılında kendi bünyesinde tütün, alkol ve diğer uyuşturucular için uzmanlık sertifikası veren bir birim kurmuştur. Yine 2001 yılında bağımlılık alanında ilk sosyal hizmet dergisi olan *“Journal of Social Work Practice in the Addictions”* ABD'de yayın hayatına başlamıştır. Aynı yıllarda Ulusal Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizm Enstitüsü (NIAAA) başta olmak üzere bağımlılık alanında etkin çalışan kuruluşlar, sosyal hizmet çalışmalarını bünyesine entegre eden yenilikler yapmıştır (Okundaye ve ark., 2001; Straussner, 2001; Straussner ve Senreich, 2002; Begun, 2005; DiNitto ve McNeece,

³ 1917 yılında yayınlanan *Social Diagnosis (Sosyal Teşhis)* kitabıyla sosyal hizmet mesleğinin bilimsel açıdan kuramsal altlığını hazırlayan isimdir.

2007). Bugün gelinen noktada da sosyal hizmet bağımlılık alanında önleme ve iyileştirme aşamalarında çalışan önemli disiplinlerden biri olmuştur

Türkiye özelinde sosyal hizmet ve bağımlılık ilişkisini incelediğimizde ise aradaki ilişki, bu anlamda gelişmiş ABD ve Avrupa ülkelerine kıyasla daha yakın tarihli ve zayıftır. Günümüzde sosyal bilimler açısından istatistiki veriler alkol ve madde bağımlılığının Türkiye için de önemli bir sorun alanı olduğunu işaret etse de bağımlılık, Türkiye’de sosyal hizmet literatüründe oldukça sınırlı biçimde yer almıştır. Bu konu Türkiye’de sosyal hizmet mesleğinin gelişimi ile ilişkili olarak açıklanabilmektedir. Kurumsal sorunlar, sosyal hizmet eğitimindeki eksiklikler, uzman sayısının azlığı gibi etkenler Türkiye’de bağımlılık alanında sosyal hizmet disiplininin gerektiği düzeyde yer alamamasında etkili olmuştur. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar göstermektedir ki sosyal hizmet disiplini bağımlılık alanında gelişime oldukça açık bir konumdadır (Polat, 2014: 7). Bunun yanında bağımlılık alanında bugüne kadar yapılan uygulamalarda alkol ve madde bağımlılarını maddeden uzaklaştırmayı önceleyen yaklaşımlar söz konusu olmuştur. Dolayısıyla tedavide oldukça önemli olan maddeden bağımsızlaştırma ve kişiyi geliştirme yönündeki yaklaşımın eksik kalmış olması, sosyal hizmet uzmanlarının bağımlılık alanında çalışan ekipten uzak kalmasına neden olmuştur (Tunç, 2009: 691).

Bağımlılığın sosyal hizmet alanına dahil konusunda mesleğin sahip olduğu kuramsal altyapının önemli bir etkisi bulunmaktadır. 1960’lı yıllardan beri sosyal hizmet uygulamaları birincil olarak sistem yaklaşımıyla gerçekleştirilmektedir (Duyan ve ark., 2008: 57). Sistem yaklaşımına göre birey, kendi içinde alt sistemlerin olduğu ve tüm bu sistemlerin bütününden daha bağımsız ve büyük bir sistemdir. Sistemin işlevselliğinde, alt sistemlerin herhangi birinde yaşanan bir aksaklık diğer sistemlerde ya da asıl sistemde doğrudan etki oluşturabilmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde bireyin bağımlılık geliştirmesinde etkili faktörler ve risk etkenlerinin her biri, bireyin kendi sistemi içerisinde bulunan alt sistemlerdir. Yine bağımlılığa bağlı olarak bireyin yaşamında karşılaştığı değişim ve sorunlar diğer alt sistemlerde etkili olmaktadır. Örneğin bireyin yaşamının alt sistemlerinden olan aile ortamı ve olumsuz sosyal çevre bireyde bağımlılık davranışının gelişmesinde etkili olabilmektedir. Aynı şekilde bağımlılık sorunu yaşayan bir birey, ailesinde veya iş yaşamında birçok sorun yaşamaktadır. Dolayısıyla sistemler arasındaki etkileşime odaklanan bir meslek olarak sosyal hizmet, bağımlılığın doğasına uygun değerlendirme ve müdahale yaklaşımını

temelinde benimsemiş bir meslektir. Bununla ilgili olarak Wilkey ve arkadaşları (2013: 195) sosyal hizmetin teorisinde bulunan sistem yaklaşımı ve kişi merkezli bütüncül bakış sayesinde, özellikle tıbbi sosyal hizmetin bağımlılık alanında çalışması gereken ideal mesleklerden biri olduğunu söylemektedir.

Sosyal hizmet mesleğinin temel yaklaşımlarından bir diğeri ise genelci yaklaşım modelidir. Hull'a göre (akt. Zastrow, 2013: 93) genelci uygulama sosyal hizmet uzmanlarının birey, aile, grup, kuruluş ve toplulukları içeren sistemler aracılığıyla problem çözme sürecinin yürütülmesidir. Bu süreçte çevresi içinde birey yaklaşımını esas alarak çalışan uzman, birçok probleme birden fazla sistem yoluyla müdahale edebilmektedir. Bağımlılık alanında etkili bir sosyal hizmet uygulamasının da ilk ayağını oluşturan çevresi içinde birey değerlendirmesiyle bireyin madde kullanımına bağlı yaşadığı değişim ve sorunlar kapsamlı biçimde değerlendirilmekte; etkili tedavi ve müdahale planının oluşturulmasında gerekli bilgiler sağlanmaktadır. Bu bağlamda aile ilişkileri, arkadaş grubunun etkisi, göç hareketleri, istihdam durumu gibi etkenlerden hareketle madde kullanımına yönelen bireyler, sosyal hizmetin genelci yaklaşımı bağlamında müdahale ettiği durumlardır (King ve Bordnick, 2002: 5; Harvetioğlu, 2009: 20).

Sosyal hizmet mesleğinde öne çıkan bir diğer kuramsal karakter ise güçlendirme yaklaşımıdır. Güçlendirme yaklaşımı (güçler perspektifi) müracaatçıların bireysel ve toplumsal düzeyde bilgi, beceri ve yeteneklerine odaklanan, sorun teşkil eden durumdan ziyade güçlü yönleri öne çıkaran ve bireye sorun çözme sürecinde daha aktif rol sunan bir yaklaşımdır (Pattoni, 2012: 2). Bireyin toplumsal etkileşimlerinden kaynaklanan güçlü yanlarını öne çıkarması açısından, sistemler arasındaki etkileşimi önemseyen genelci sosyal hizmet yaklaşımı içinde de önemli bir yere sahiptir (Şahin, 2002: 8). Bağımlılık tedavisinde hedeflenen temel durum bireyin maddesiz yaşama becerisini kazanmasıdır. Buna da bağımlının sahip olduğu güçlü yönlerin ön plana çıkarılarak desteklenmesi ve yeni beceriler kazandırılması ile ulaşılmaktadır. Bu açıdan tedavinin asıl amacı bireyin güçlendirilmesi ve toplumsal yaşama yeniden entegre edilmesi olduğundan sosyal hizmet sahip olduğu bu teoriyle tedavide önemli bir misyon yürütmektedir. Bununla birlikte kanıta-bilgiye dayalı yaklaşım içerisinde kullandığı teknikler aracılığıyla sosyal hizmet, bireyler ve aileleri için bağımlılık tedavisinin daha etkin ve verimli biçimde yürütülmesine katkı sunmaktadır (NASW, 2013: 6).

Sosyal hizmetin çalışma alanları özelinde bakıldığında da sosyal hizmet uzmanlarının ilgilendiği vakaların sıklıkla bağımlılık olgusunu içerdiği görülmektedir. Özellikle alkol kullanımı ve buna bağlı gelişen sorunlar sosyal hizmet uzmanlarının vakalarda en sık karşılaştığı türdür (McCarthy ve Galvani, 2012: 3). Begun ve arkadaşlarının alkol bağımlılığı özelinde yaptığı bir değerlendirmeye göre alkol bağımlılığı doğası itibariyle biyopsikososyal bir sorundur ve kişinin iyilik halini doğrudan etkilemektedir. Bireyin çocukluktan yetişkinliğine kadar olan süreç içerisinde sebep-sonuç boyutunda farklı parametreleri bulunmakta ve uzun yıllar etkisi devam etmektedir. Kişinin yaşamı üzerinde biyolojik, sosyal ve ekonomik düzeyde doğrudan olumsuz etkileri bulunmakta; bu sebeple çok disiplinli bir bakışı gerektirmektedir. Dolayısıyla sosyal hizmet en temelde birey ve ailelerin iyilik halini geliştirmeye çalışan bir uygulama olarak alkol bağımlılığı alanında çalışma yapması gereken bir meslektir (Begun ve ark., 2016: 75).

Bireylerin bağımlılık riskinin en yüksek olduğu yaşam evresi olan gençlik, sosyal hizmetin doğrudan ve yoğun çalışmalar yürüttüğü alanlardandır. Gerek aile merkezli gerek sosyal faktörlerle gelişen bağımlılık vakaları özellikle gençlik döneminde yoğunlaşmaktadır. Bu noktada özellikle okul sosyal hizmeti öne çıkarılması gereken bir alandır. Okul sosyal hizmeti, öğrencilerin gelişim dönemleri ile ilgili, ailesinden veya arkadaş çevresinden kaynaklı ya da sosyoekonomik durumları ile ilişkili tüm sorunlarını ele almakta ve gencin yaşam koşullarını, kalitesini ve eğitim başarısını geliştirmeyi hedeflemektedir. Ergenlik sorunları, şiddet ve saldırganlık sorunları, suçla ilişkili problemler ve diğer özellikli alanlar (ihmal/istismar, ergen hamileliği vb.) gibi sorunların yanında bağımlılık olgusu da okul sosyal hizmetinin gündemine gelmektedir (Duyan ve ark., 2008: 171). Bu gibi vakalarda okul sosyal hizmet uzmanı gerektiğinde aile, hastane/tedavi merkezi ve adli kurumlar gibi faktörlerle işbirliği içinde çalışmaktadır (Özbesler ve Duyan, 2009: 22).

Bunların yanında sosyal hizmet kurumlarında son yıllarda ebeveynlerin artan oranda madde kullanımı nedeniyle gelen ve çocukları da olumsuz etkileyen vakalar oldukça yaygındır (Forrester ve ark., 2012: 6). Loughran ve arkadaşları (2010: 240)'na göre sosyal hizmetin çocuk refahı, aile içi şiddet ve sağlık alanlarında uzmanlar, madde kullanımı vakaları ile daha sık karşılaşmaktadır. Yine sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı suç alanı ve ihmal/istismar ve intihar vakalarında da madde kullanımının

görüldüğü bildirilmektedir (Butler, 2002; Feldman ve Freedenthal, 2006). Aynı zamanda yaşlılarda görülen bağımlılık vakaları ile beraber bağımlılıkta geriatrik sosyal hizmet uygulamaları da daha önemli hale gelmektedir (Mommott, 2003: 99). Galvani (2015: 7)'ye göre mental rahatsızlığı bulunan gruplarda, korunmaya muhtaç çocuğun bulunduğu vakalarda ve engelliler arasında artan oranda bağımlılık olgusu ile karşılaşmaktadır.

Tai ve Volkow (2013: 7)'a göre bağımlılık alanındaki tedavi yaklaşımları “kısa süreli ve reaktif” modelden “uzun süreli ve proaktif” modele evrilmektedir. Bu yeni modelin en temel parçalarından biri ise önleme ve erken tedavi aşamalarıdır. Karar almaya yardımcı olma, bağımlının öz yönetimini destekleme, hizmet sunumunda yenilikler yapma, sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirme, toplum kaynaklarına ulaşım ve sağlık hizmetlerini organize etme gibi sorumluluklar ile sosyal hizmet uzmanları bu proaktif yaklaşımın merkezinde bulunan meslek elemanlarıdır. Shafer ve arkadaşları (2003) da alkol ve madde bağımlıları için yaşamlarında yeni ve gerçekçi hedefler oluşturacak, onları destekleyecek ve cesaretlendirecek ve gerekli kaynakları temin edecek “koçluk” sistemini önermekte; sosyal hizmet uzmanlarını ise dinleme becerisi, gizlilik ilkesi, güven ilişkisi, onay ve kabul, değerlendirme, tedavi planlama, hedef oluşturma ve görüşme teknikleri gibi niteliklerinden dolayı bu sisteme en uygun meslek elemanları olarak görmektedir. Hesselbrock ve arkadaşları (2013: 190) ise diğerlerinden farklı olarak sosyal hizmet ve bağımlılık ilişkisini genetik faktörü üzerinden de kurulabileceğini belirtmektedir. Alkol bağımlılığının gelişimindeki faktörlerden biri olan genetik aktarım araştırmalarında sosyal hizmet, her ne kadar doğrudan etkide bulunmasa da, gen-çevre etkileşimi üzerinde odaklanarak alkol gelişim süreci ve seyrinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabileceği ifade edilmektedir.

Yine sokak sosyal çalışması da madde kullanımı vakalarının sıkça karşılaşıldığı alanlardandır. Sokak sosyal çalışması (street social work) kendilerine sokakta ulaşılabilen özel gruplarla özel teknik ve yöntemler aracılığıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamalarıdır. Sokakta yaşayan çocuklar, kimi yoksul ve işsizlerin yanında alkol ve madde bağımlıları sokak sosyal çalışmasının hedef gruplarından (Şeker ve Tomanbay, 2012: 93). Cılga (2009: 16) ise daha makro bir pencereden madde ve madde kullanımı ile mücadele stratejilerini tartışan çalışmada alandaki temel yaklaşımın bütüncül, sistemci, disiplinler arası, çoğulcu ve dengeli bir çizgide olması gerektiğini ön

görmüş; özellikle çocuklar ve gençler için çevresel faktörlerin etkilerine dikkat çekmiş ve ilgili politikalarda koruyucu-önleyici, eğitici, rehberlik ve danışmanlık verici sosyal hizmet kurumlarının geliştirilmesini öncelermiştir.

2.6.2. Bağımlılıkta Sosyal Hizmet Mesleğinin Temel Nitelikleri

Sosyal hizmetin bağımlılık alanındaki temel bakışını önceki bölümlerde bahsedilen biyopsikososyal model içermektedir. Alkol ve madde bağımlılığı diğer sosyal sorunlar gibi çok boyutlu, bütüncül ve kapsamlı bir analiz ve izleme sürecini gerekli kılmaktadır (Sevin ve Erbay 2008, pp.8). Dolayısıyla sosyal hizmet farklı boyut ve düzeylerdeki faktörleri bütüncül biçimde içeren yapısıyla bağımlılık alanında var olmakta; bu yönüyle hem koruyucu-önleyici düzeyde hem de aktif tedavi düzeyinde rol almaktadır.

Bağımlılık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının bir vakada dâhil olduğu süreçlerin tümü şu şekildedir (Barber, 1995: 45):

1. Karar Öncesi: Bu ilk aşamada uzman bağımlının tedavi sürecine katılımı için destek olur ve tavsiyelerde bulunmakta; mikro sistemde yer alan ilişkileri bağımlı bireyi güçlendirmek için harekete geçirmektedir.
2. Karar Verme ve Hazırlık: Bağımlıyla ve mikro sisteminde bulunan alt sistemlerle çalışılan bu aşamanın temel hedefi bireye tedavi için gerekli gücü ve motivasyonu sağlamak ve onu tedaviye hazır hale getirmektir.
3. Harekete Geçme: Yine bağımlının kendisiyle ve mikro sisteminde yer alan alt sistemlerle çalışılan bu aşamada asıl olan bağımlı bireyin tedaviden optimum faydayı sağlamasına ve davranış değişikliği kazanmasına yardımcı olmaktır.
4. Sürekliliği Sağlama: Bu aşama sosyal hizmet uzmanının en etkin olacağı aşamadır. Bireyin tedaviden sağladığı faydayı devam ettirmeye çalışan uzman tüm sistemlerle etkileşim kurmaktadır. Çevresel şartların düzenlenmesinden sosyal politikalar oluşturulmasına kadar bireyin yaşamında etkili tüm faktörler değiştirilmekte veya yeniden düzenlenmektedir.
5. Relaps Önleme: Tedavi sonrası süreçte bağımlının yaşadığı en büyük sorunlardan biri olan relapsın olması durumunda sosyal hizmet uzmanı birey ve bireyin mikro sistemindeki unsurlarla birlikte çalışmaktadır. Bireylerin olumlu davranışları ikame etmesine yardımcı olmakta ve bağımlıyı bilişsel olarak sürece yeniden hazırlamaktadır.

Sosyal hizmet uzmanının bağımlılık alanında kurduğu mesleki ilişkilerin tümü bu süreçlerin birinde gerçekleşmektedir. Galvani (2015: 7) ise kurulan mesleki ilişkileri üç temel başlık altında toplamaktadır:

- İlgilenme/Çalışma: Madde kullanım bozukluğu yalnızca bir sağlık sorunu ya da kriminal bir sorun değil aynı zamanda sosyal bir sorundur. Bireyler cinsel deneyimler, aile içi şiddet ve istismar, düşük özsaygı ve özgüven, zihinsel ve psikolojik sorunlar nedeniyle madde kullanımına başlayabilmektedirler. Madde kullanımına bağlı olarak çoğu kez çeşitli sağlık sorunları ve sosyal sorunlar yaşamakta, sosyal dışlanmaya maruz kalmaktadırlar. Bireyin yaşantısında bu tür olumsuzluklara sebep olan bir alan olarak bağımlılık, sosyal hizmet uzmanlarının önemli görev ve sorumluluklarının bulunduğu bir alandır. Sosyal hizmetin bağımlılık alanıyla kurduğu ilişki hem yasal sorumluluklarından hem de mesleki misyonundan ileri gelmektedir.
- Motive Etme: Sosyal hizmet uzmanları madde kullanım hikayeleri farklı olan bağımlılara mesleki ilişki çerçevesinde farklı düzeylerde destek ve motivasyon sunmak durumundadırlar. Buradaki kilit nokta tedaviye dirense dahi kişinin madde kullanım davranışını terk etme şansını en yüksek seviyeye çıkarma çabasıdır. Bağımlılarla kurulan doğru ve güçlü bir motivasyonel ilişki, bağımlı bireyi tedavi için harekete geçirebilmekte ya da uzmanın desteğini kabul etmesine yardımcı olmaktadır. Ancak uzmanın tüm çabalarına rağmen bağımlı yine de tedaviyi kabul edemeye bilmektedir. Bu aşamanın temel odağı bağımlının içinde bulunduğu kararsızlık halidir. Bağımlılar çoğu kez tedaviye ilk adımı atmada zorlanmakta, değişimi başlatmada ambivalans halini yaşamaktadırlar. Bu noktada uzmanın temel çabası bağımlının içinde bulunduğu ambivalans halinde olumlu yönleri öne çıkarmaya çalışmak, bağımlının değişimi tanımlamasına yardımcı olmaktır.
- Destekleme: Madde kullanımını bırakan ya da azaltan bireyler tedavi sürecinde en çok değişimin sürekliliğini sağlamada zorluk yaşanmaktadırlar. Tedaviden fayda sağlayan bireyler eski yaşantılarını, ilişkilerini ve davranış örüntülerini yeniden düzenlemek ya da tamamen terk etmek durumunda kalabilmektedir. Bu değişim sürecinde davranışların yeniden düzenlenmesi, yeni günlük rutinler, destekleyici bir arkadaş çevresi, madde ile ilişkisi bulunmayan bir sosyal çevre yardımcı olmaktadır. Bu süreçte sosyal hizmet uzmanı olası risk etmenlerinden uzak bir yaşam planlamasını bireyin ailesini ve diğer sosyal destek sistemlerini güçlendirerek yapmaktadır.

Oral ve Tuncay (2012: 104) ise bağımlılık alanında yapılan sosyal hizmet uygulamalarını klinik ve toplumsal düzeyde yapılan uygulamalar olarak iki sınıfa ayırmıştır. Klinik düzeydeki uygulamalar bağımlılık sorunu olan bireye ve çevresine odaklanmaktadır. Bu anlamda bağımlı ile yapılan birey ve grup çalışmaları, aile, okul ve iş yeri görüşmeleri, sosyal etkinlikler (gezi, spor vb.) ve tedavi sonrası izleme çalışmaları bu kapsamda yürütülmektedir. Toplumsal düzeydeki uygulamalar ise risk tarama ve araştırması, koruyucu hizmetler, sosyal içerme çalışmaları ve toplum eğitimi gibi makro çalışmaları kapsamaktadır.

Sosyal hizmet disiplini içinde bağımlılığın değerlendirilmesi mikro, mezzo, egzo ve makro sistemler düzeyinde yapılmaktadır. Bir sosyal hizmet müdahalesi ilk olarak bireylerin sorunlarını tanımlamakla işe başlamaktadır. Bunun için ilk aşamada bireylerin doğrudan, aktif etkileşim içinde olduğu mikro sistemlere odaklanılmaktadır. Aile üyeleri, iş ve okul ortamı ve arkadaşlık ilişkileri bireylerin bağımlılığı değerlendirilirken doğrudan etkiye sahip faktörler olarak ele alınmaktadır. İkinci olarak mezzo sistemler ise bireyin doğrudan katılım sağladığı çevreler arasındaki ilişkilerden oluşmaktadır. Bu aşamada aile ve iş ortamı arasındaki ya da arkadaşlık ilişkileri ve aile arasındaki gibi etkileşim süreçleri değerlendirmeye alınmaktadır. Üçüncü düzey, bireylerin aktif biçimde bulunmadığı ama dolaylı olarak etkilendiği çevreler olan egzo sistemlerdir. Örneğin alkol ve madde bağımlılığı ile ilgili bir yasal düzenleme bireylerin bağımlılığında doğrudan bir etkiye sahip değildir ancak bağımlılığın gelişim sürecinin bir noktasında dolaylı yönden etkili olmaktadır. Son düzey olan makro sistemler ise davranışların gelişimiyle ilgili normları, kuralları ve kültürel etkenleri kapsamaktadır. Örneğin alkol kullanımının bazı toplumlarda kültürün veya bazı dini pratiklerin bir parçası olarak yaygınlaşması bu düzeyde ele alınmaktadır (Barber, 1995: 42-44).

Alkol ve madde bağımlılığı değiştirilebilir bir davranış sorunudur. Bu sorunu yaşayan bireyler davranış değişikliğini gerçekleştirmek için doğru destek ve motivasyona ihtiyaç duymaktadırlar. Sosyal hizmet uzmanları bireylerin ihtiyaç duyduğu bu desteği sağlamakta; değişim için gerekli motivasyonu tanımlamalarına yardımcı olmaktadır. Mesleğin sahip olduğu bütüncül ve ekolojik yaklaşım sayesinde bu misyonu yerine getiren sosyal hizmet uzmanları, bağımlılık sorunu yaşayan bireye değişim için yardımcı olacak kişilerin ve kaynakların belirlenmesinde önemli rol almaktadır (Galvani, 2015: 6).

Dünya genelinde bağımlılık alanında uzmanlaşan sosyal hizmet uzmanı sayısı azdır ancak ilgili vakalarda uzmanlık gerektirmeyen müdahale yöntemlerini kullanabilmektedirler. Sosyal hizmet uzmanı vakanın tam değerlendirmesinin yapılması için bireyi ilgili servise/kuruma yönlendirebilmektedir. Bunun yanında bilgilendirme ve tavsiye verme yoluyla kısa süreli müdahalelerde bulunabilmektedir. Bu anlamda uzman, aileleri koruyucu faktörlere yönlendirebilmekte ve destekleyici hizmetleri harekete geçirebilmektedir. Aynı zamanda uzmanın savunuculuk rolü de uzmanlık gerektirmeyen müdahale biçimlerindendir (McCarthy ve Galvani, 2012: 13).

Sosyal hizmet uzmanının bağımlılık vakalarında bağımlı birey, ailesi ve sosyal çevresiyle kuracağı mesleki ilişkinin bazı temel esasları bulunmaktadır. Sürecin ilk anından son anına kadar sosyal hizmet uzmanının mesleki düzeyde kuracağı her ilişkinin bu esaslara uyumlu olması beklenmektedir. Eğer mesleki ilişki bu esasların dışında bir nitelikte ilerliyorsa tedavi sürecinin etkinliği tartışmaya açıktır. Sheafor ve Horejsi (2014: 569-572)'ye göre bu esaslar aşağıdaki gibidir:

- Alkol ve madde bağımlılığı her türlü müracaatçı grubunda görülebilmektedir. Bağımlılık sorunu kimi zaman müracaatçılar tarafından ifade edilmemekte, gizlenmekte veya reddedilmektedir. Dolayısıyla uzman kurduğu mesleki ilişki süresince kişinin madde kullanımına dair sorular sormalı; müracaatçıyı doğruyu söyleme konusunda cesaretlendirmelidir.
- Bağımlılığın psikolojik etkisi oldukça kuvvetlidir. Zira bağımlılık kişinin duygu durumunu değiştiren patolojik bir süreçtir. Uzman, müracaatçının ruhsal durumunun ve kişilik yapısının bu etkiden dolayı değişebileceğini bilmelidir.
- Müracaatçı görüşmeye maddenin etkisinde gelebilmektedir. Uzman, mesleki görüşmede müracaatçının net bilgisine ihtiyaç duyduğundan yeni bir görüşme planlaması yapmak durumunda kalabilmektedir.
- Uzman, bağımlı bireyin talepleri konusunda dikkatli olmalıdır. Maddenin uzun vadeli etkileri neticesinde bağımlı birey mesleki ilişkinin sınırlarını koruyamayabilir. Örneğin borç para istemesi, onu korumak için yalan söylenmesini istemesi gibi. Bu gibi durumlarda uzman bağımlının yaşam gerçekliğindeki sonuçlarla yüzleşmesini engellememelidir.
- Alkol veya madde bağımlısı birey kullanımı kesmek için genellikle tedaviye ihtiyaç duyduğundan çoğu kez tedaviye yönlendirilmeye de ihtiyaç duymaktadır. Sosyal

hizmet uzmanı bağımlı bireyi tedaviye yönlendirmeden ve onunla bu yönde bir ilişki kurmadan evvel tedavi sürecinde yer alan meslek elemanları ile görüşüp danışmanlık alabilmelidir. Zira madde bağımlısı bireyler tedaviye kolaylıkla ikna olmamakta, güçlü bir motivasyona ihtiyaç duymaktadırlar.

- Tedaviye yönlendirme sürecinde sosyal hizmet uzmanı bağımlının aile ve arkadaş çevresinin desteğine çoğu kez ihtiyaç duymaktadır. Dolayısıyla bu süreç bağımlı bireyin ailesi ve arkadaşlarıyla planlanmalı, onların aktif katılımı desteklenmelidir.

- Sosyal hizmet uzmanı tedavi sürecinde bulunan bir bağımlının tedaviden en iyi şekilde faydalanması için grup çalışmaları planlayabilmekte ya da bağımlıyı Adsız Alkolikler, Adsız Narkotikler gibi kendine yardım gruplarına yönlendirebilmektedir. Yine bu süreçte bağımlı bireyin ailesi ve arkadaşları için sosyal destek grupları oluşturarak çalışma yürütebilmektedir.

- Sosyal hizmet uzmanı tedavi sonrasında madde kullanımını bırakan bir bireyde nüksün önlenmesi için tedavi sonrası süreci iyi planlanmalıdır. Bu planlama bireyin madde kullanma riskinin yüksek olduğu zaman ve durumlarla başa çıkmada bireyin desteklenmesi ile ilgilidir. Risk oluşturabilecek zaman, kişi, ortam, durum ve davranışların yönetimi konusunda uzman bireyle ve ailesiyle tedavi sonrası sürecin planlamasında ve yürütülmesinde etkin rol almaktadır.

Galvani (2015: 21)'ye göre sosyal hizmet uzmanı ve bağımlı arasında kurulan mesleki ilişkilerin temelinde etkili ve empatik iletişim becerisi ve yargılayıcı olmayan tutum yer almaktadır. Uzman, bireylerin yaşamlarında etkili olan sosyal ve politik faktörleri değerlendirmeye imkân tanıyan bütüncül bir bakış ve bu bakış üzerine inşa edilen etkili iletişim aracılığıyla bağımlıları madde kullanımının etkilerine dair aydınlatmakta, tedavi sürecine aktif katılmakta ve bağımlıların hissettiği toplumsal baskı ve dışlanmaya dair bilinç geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bunu yaparken insan hakları, güçlendirme, farklılıklara saygı, hizmetlere adil erişim, ayrımcı olmayan tutum, self-determinasyon gibi mesleki değerleri ön planda tutmaktadır (Buchanan, 2004a: 136).

2.6.3. Sosyal Hizmet Uzmanının Bağımlılık Alanındaki Roller

Bağımlılıkta sosyal hizmet uygulamalarının alanı gün geçtikçe genişlemektedir. Zira madde kullanımına bağlı olarak gelişen sorunlar sosyal hizmet uzmanlarının

çalıştığı çocuk refahı, suçluluk, gençlik gibi alanlarda artış göstermektedir (DiNitto ve McNeece, 2007: 189). Bunun yanında bağımlılık tedavisine sosyal çevreyle ilişkili boyutun dâhil edilmesi alanda çalışan profesyonellerin ihtiyaç duyduğu bir durumdur. Sosyal hizmet mesleğinin birey, aile, grup ve toplum düzeyinde sahip olduğu işlev ve roller, bağımlılık tedavisinde kullanılabilen önemli kaynaklardandır. Özellikle birey ve çevresi ile klinik arasında köprü işlevi üstlenmesiyle sosyal hizmet mesleği, sosyal çevreye ilişkin boyutun tedaviye katılımında önemlidir (Polat, 2014: 143-144). Sosyal hizmetin bu işlevi yalnızca bağımlılığın tedavi boyutunda değil, mesleğin temel felsefesinde yer alan bütüncül bakış gereği madde ile tanışmamış kişilerin gelişimini desteklemede de kullanılmaktadır (Tunç, 2009: 700).

Tomanbay (2015: 24)'a göre sosyal hizmet uzmanları bağımlılık alanında genel itibariyle koruyucu önleyici, bilgilendirici-bilinçlendirici ve sağaltıcı-rehabilite edici çalışmalar yapmaktadır. Tedavi aşamasında yer alan uygulamaların temel amacı tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında bağımlı birey ve ailesinin yaşadığı sorunları en aza indirmek; böylece tedaviye uyumu arttırmaktır (Ertoğlu, 2013: 54). Özellikle tedavi sonrasında karşılaşılan problemlerle ilgilenilmesi ve kişinin iyilik halinin devam ettirilmesi kapsamlı bir sorun analizini gerektirmektedir. Bu analiz süreci ise sosyal hizmetin çok boyutlu yaklaşımını yansıtan mikro, mezzo ve makro düzeylerinde yapılan değerlendirmeyi gerektirmektedir (Sevin ve Erbay, 2008: 3).

Bağımlılık alanında önleme çalışmaları için Tunç (2009: 700) iki ana başlık önermektedir. Bunlardan ilki *evrensel önleme*, aile, okul ve toplum odaklı önleme çalışmalarını kapsarken *seçici önleme* risk altındaki aileler ve grupları içermektedir. Genelci sosyal hizmet yaklaşımına göre tüm sistemler ile çeşitli düzeylerde çalışan sosyal hizmet, bağımlılık alanında ihtiyaç duyulan önleyici çalışmalarda önemli bir misyona sahiptir.

Sosyal hizmet uzmanlarının bağımlılıkla ilgili olarak koruyucu önleyici çalışmalar yaptığı alanların başında çocuk, gençlik ve okul sosyal hizmeti alanları gelmektedir. Birçok bağımlılık kuruluşu çocukları ve gençleri hedefleyen koruyucu önleyici çalışmalar hazırlamaktadır. Benzer biçimde ortaokul ve lise düzeyinde okul sosyal hizmeti bağlamında uzmanlar bağımlılıkla ilgili eğitim ve sunumlar yapmaktadır. Yine yetişkin bireyler de koruyucu önleyici hizmetlere ve sağlığı geliştirici programlara ihtiyaç duymaktadır. Halk sağlığı alanında ve diğer tıbbi servislerde çalışan sosyal

hizmet uzmanları, yetişkin bireylerde gelişebilecek bağımlılıklarla ilgili semptomları erkenden fark ederek onları soruna dair bilinçlendirmekte ve daha sağlıklı alışkanlıklar kazanmaları için desteklemektedirler. Özellikle yaşa ve kültüre duyarlı önleme çalışmalarında sosyal hizmet uzmanlarının rolleri gün geçtikçe genişlemektedir (DiNitto ve McNeece, 2007: 179). Bunlarla birlikte suç ve madde kullanımı arasındaki ilişkiden hareketle özellikle gençler arasında suç davranışına yönelim sergilenmeden önce ihtiyaç duyulan koruyucu-önleyici çalışmaların yürütülmesinde sosyal hizmet uzmanları etkindir (Duyan ve Duyan, 2007: 106). Bu anlamda risk gruplarını maddeden uzak tutma adına ilgili çalışmaların ve projelerin yapılması; suça bulaşan gençlerin maddeden uzaklaşması ve gerekli ise tedaviye yönlendirilmesi için adli sosyal hizmet çalışmalarının yürütülmesi sosyal hizmet uzmanının görevlerindendir.

Klinik tedaviyi içeren bir tedavi süreci hastaneye yatış öncesi, yatış sırası, klinik tedavi, hastaneden çıkış ve izleme ve takip aşamalarını barındırmaktadır. Bu aşamalar bağımlının sosyal ve ruhsal bütünlüğünü koruyarak yürütülmektedir (Yılmaz ve ark., 1997). Bu süreçte tıbbi sosyal hizmet uzmanları sorun alanlarını değerlendirme ve tanımlama, kendine yardım sürecini kolaylaştırma, duygusal rahatlamayı sağlama, ilgili toplum kaynaklarını kullanma, diğer ekip çalışanlarının zamanlarını daha iyi değerlendirmesine yardımcı olma ve toplumla bağlantı kurma noktasındaki becerileriyle tedavi ekibinde önemli sorumluluklar almaktadır (Muller, 1986: 726).

Sosyal hizmet uzmanı klinik tedaviye yönlendirilen bir bağımlı için gerekli profesyonel aracılığı sağlamaktadır. Bağımlı kişi tedaviye bir merkezden, hastaneden veya kamu kurumu tarafından yönlendirilebilmekte ya da adli kurumların baskısı sonucu gelebilmektedir. Bu geçiş sürecinde diğer kurum ve kuruluşlarla mesleki ilişkileri yürütmede sosyal hizmet uzmanı etkindir. Yine uzman bu süreçte kişiyi ve ailesini klinik tedaviye hazırlamakta; tedaviye motive edici çalışmalar yapmaktadır (Yılmaz ve ark., 1997). Özellikle hastaneye yatış sırasında bağımlı ve ailesinde kaygı ve belirsizlik hislerinin arttığı bilinmektedir. Buna yönelik olarak uzman tedavi programını tanıtmakta ve ailesinin tedaviye yönelik olumlu tutum geliştirmesini desteklemektedir (Arıkan, 1985; akt. Yılmaz ve ark., 1997). Özellikle ailenin konu olduğu çalışmalarda hem bireysel çalışmalar hem de grup çalışmaları (destek grupları, eğitim grupları, paylaşım grupları) ailenin sağaltımını ve sorun çözme becerilerini geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Sevin ve Erbay, 2008: 8-9).

Bağımlılık tedavisinde bağımlılığın yol açtığı tıbbi olmayan diğer sorunlar da söz konusudur. Sosyal hizmet uzmanı yatış ücreti ödemeleri ve ilgili diğer sorunlarla, yatışa engel ailevi sorunlarla, klinikle ilgili eksik ya da yanlış bilgilerin sebep olduğu karışıklıklarla ve iş yaşamının neden olduğu sorunlarla da ilgilenmektedir (Duyan, 1996: 60;akt. Ertoğlu, 2013: 51). Aynı zamanda tedavi sırasında ve sonrasında içeren süreçte bağımlılara evlilik ve aile danışmanlığı sağlayabilmekte ve hukuki yardımlara ulaşmada, iş bulmada, çocuk korumada veya bağımlılığa bağlı olarak gelişen diğer sorunların onarımı için destek sağlamada yardımcı olmaktadır. Bunların yanında bağımlının bilgisi dâhilinde ailesi, öğretmenini ya da gözetim memuru ile iletişim halinde olarak sürecin takibini yapabilmektedir (DiNitto ve McNeece, 2007: 181).

Sosyal hizmet uzmanını bağımlılık tedavi ekibindeki diğer profesyonellerden ayıran özellik, uzmanın tedavinin toplumdaki uzantısı olma niteliğinde olmasıdır. Sosyal hizmet uzmanı, tedavi süresince ve sonrasında bağımlının ailesi ve sosyal çevresiyle kuracağı ilişkiye rehberlik etmekte; tedavinin sosyal yönünü kapsayan diğer ilişkileri düzenlemektedir. Bu anlamda aile görüşmeleri, ev ve işyeri ziyaretleri tedavi sürecinin bir parçası olarak gündeme gelmektedir. Aile ile çalışmalarda aile içi gerilimin azaltılması, stres ve kaygıyla başa çıkılması, sosyoekonomik güçlüklerin aşılması gibi konular ele alınmaktadır. Sosyal çevreyle ilgili çalışmalar ise hastalığın ve tedavinin yapısı ve seyri hakkında bilinç oluşturmaya, ilgili risk faktörlerini azaltmayı ve sosyal faktörleri tedaviyi destekleyici nitelikte düzenlemeyi, değiştirmeyi ve harekete geçirmeyi kapsamaktadır. Bunlarla beraber tedavi sonrası planlama, relaps önleme grupları oluşturma, politikalar karşısında savunuculuk faaliyeti yürütme gibi çalışmalarla, mesleğin teorik güçleri ve mesleki yaklaşımları gereği terapötik topluluklara da katkı sağlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı tüm bu çalışmaları bireyle, grupla ve toplumla çalışmaya dair bilgi ve becerilerini kullanarak yürütmektedir (Yılmaz ve ark., 1997; Roberts ve ark., 2002: 65).

Bağımlılık tedavisinde sosyal hizmet uzmanı tedavi sonrası izleme ve takip aşamasında en aktif çalışmayı yapan profesyoneldir (Sevin ve Erbay, 2008: 9). Önceki bölümlerde bahsedildiği gibi bağımlılık tedavisinde tedavi sonrası süreçleri kapsayan izleme ve takip aşaması tedavinin kalıcılığını doğrudan etkileyen çalışmaları barındırmaktadır. Bu aşamanın temel hedefi kişiyi riskli ilişki ve ortamlardan uzak tutarak yeniden madde kullanımından korumaktır. Bu bağlamda izleme ve takip

aşamasının özü kişinin toplumla yeniden bütünleşmesiyle ilgilidir. Toplumla yeniden bütünleşme en temelde dışlanma yaşayan bireylerin topluma yeniden katılımını ve istihdam, boş zaman değerlendirmesi, aile ve toplumsal yaşama erişim için gerekli temel fırsatlara erişebilirliğini kapsamaktadır (Rankin, 2005; akt. Spandler, 2009). Tedavi sonrasında her ne kadar her bir vaka için sosyal inceleme yapmak mümkün olmasa da telefon üzerinden iletişim kurarak kişilerin güçlendirilmesi, hayır deme becerilerinin kazandırılması, madde alma isteğinin bastırılması, sosyalleşme faaliyetleri, eğitim ve istihdam alanında yeni girişimler, sportif faaliyetlere katılım gibi başlıklarla sosyal entegrasyon süreci desteklenmektedir. Bu çalışmalar aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının kanıta dayalı çalışmalarını da geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Akbaş ve Mutlu, 2016: 120).

Toplumla yeniden bütünleşme aşamasında hem bağımlı hem meslek elemanı açısından karşılaşılan en büyük zorluk damgalanma ve sosyal dışlanma ile ilişkilidir. Sosyal dışlanma en genel ifadeyle kişinin içinde yaşadığı toplumun ekonomik, sosyal, kültürel ve hukuksal alt sistemlerine katılımda karşılaştığı engellemelerdir (Uluocak, 2009: 489). Bu anlamda madde bağımlılarına yönelik “işsiz”, “sorunlu”, “yoksul”, “hırsız”, “yalancı”, “saldırgan”, “öfkeli” gibi önyargıları ve olumsuz tutumları ifade eden tanımlamalar yaygın olarak kullanılmaktadır. Üstelik bu damgalama ve ön yargı yalnızca toplumun genel kesimi tarafından değil kimi sağlık çalışanları tarafından da sergilenebilmektedir (Ögel, 2004; Brener, 2007). Bu ön yargı ve damgalama sonucunda madde kullanım sorunu yaşayan bireyler toplumsal düzenin bozulması, eğitim ve iş alanında olumsuz sonuçlanan deneyimlerin yaşanması, gerçekçi beklenti ve fırsatların olmaması, toplumun diğer kesiminden izole olunması ve düşük benlik saygısı gibi güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Buchanan, 2004a: 126).

Buchanan (2004: 4) sosyal dışlanma ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi yalnızca madde kullanımının sonucu üzerinden okumamaktadır. Ona göre madde bağımlısı bireylerin çoğu bağımlı olmadan önceki yaşamlarında da toplumun diğer kesimiyle sosyal ve ekonomik yönden etkileşim kuramamaktadırlar. Buchanan’ın “dışlanma duvarı” olarak tanımladığı bu durum, bağımlıların tedavi ve rehabilitasyon sürecinde toplumsal hayata yeniden katılmalarını değil, aslında yeni bir hayata katılmalarını gerektirmektedir. Benzer biçimde Alcantara (1994) da bağımlıların ve dışlanma yaşayan diğer grupların topluma yeniden entegre edilmesi sürecinde, mevcut

olumsuzluktan dolayı bireylerin eski yaşamlarındaki sorunların ıskalandığını; dolayısıyla toplumla yeniden bütünleşme sürecinin eksik tanımlanabildiğini ifade etmektedir. Bu çerçeveden bakıldığında tedavinin sosyal ayağında sosyal hizmet mesleğinin kıymeti ve sosyal hizmet uzmanlarının rolü daha belirgin olmaktadır. Tedavinin bu boyutu tedavi ekibinde yer alan diğer profesyonellerden ziyade sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanlarını ilgilendirmektedir.

Bir meslek olarak sosyal hizmetin bağımlılık alanında etkinliğini değerlendirmek ve sosyal hizmet uzmanının rollerini görmek adına dünya genelinde mevcut duruma göz atmakta fayda görülmektedir. Bu açıdan ABD’de sosyal hizmetin bağımlılık alanında çalışan meslekler arasında ilk sırada olduğu görülmektedir (NASW, 2014). Benzer biçimde sosyal hizmet okullarında da bağımlılık eğitime verilen önem de artmaktadır (Vaughan ve Perron, 2012). İngiltere’de de alkol ve madde kullanımı politikaları sosyal hizmete daha fazla alan ve sorumluluk getiren bir çizgiye evrilmiştir (Hutchinson ve ark., 2013: 320). İsrail’de ise sosyal hizmet, uyuşturucuyla mücadele birimlerinin önleme, tedavi ve rehabilitasyon politikalarının şekillenmesinde oldukça etkilidir. Uzmanların bağımlılık tedavisinde ve rehabilitasyon süreçlerinde hem idari hem de klinik açıdan sorumlulukları bulunmaktadır. Bağımlılığın bir çok sürecinde sosyal hizmetin aldığı rol hem idari hem de eğitim düzeyinde büyüyerek devam etmektedir (Peleg-Oren ve ark., 2002: 88-95). İsveç’te sosyal hizmet uzmanları belediyelere bağlı kliniklerde, bağımlılık tedavisi için gerekli olan ihtiyaçları değerlendirmek ve düzenlemek üzere çalışmaktadırlar. Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı bu klinikler genellikle diğer ayaktan tedavi merkezleri, iş bulma kurumları, eczaneler ve halk sağlığı merkezleri gibi merkezlerle yakın ve etkileşim içinde çalışmaktadır. Uzmanlar bağımlılık tedavisine ihtiyaç duyan bireylerin ilgili tedavi kuruluşlarına yönlendirme ve tedavi sürecine katılmalarında doğrudan etkilidirler. Ayrıca tedavi sonrası izleme ve değerlendirmede de sosyal hizmet uzmanlarının önemli görevleri bulunmaktadır (Lundgren ve Krull, 2014: 424). Belçika’da bağımlıların tedavi sonrasında toplumda yeniden bütünleşme aşamasında sosyal hizmet uzmanlarının barınma ve iş bulma ile ilgili yönetsel görevleri bulunmaktadır. Ayrıca güçlendirme yaklaşımı temelinde tedaviden çıkan bağımlının genel iyilik halini arttırmada da destekleyici çalışmalar yapmaktadır. Almanya’da ise sosyal hizmet çalışmaları psikoterapi uygulamaları ile beraber toplumla yeniden bütünleşme sürecinin eğitimsel/mesleki çalışmalar, istihdam ve barınma hizmetleriyle beraber dört ayağından

birini oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının bu ayaklarda sosyal becerileri geliştirme, sosyal ilişkileri yenileme, maddesiz yeni yaşama motive etme gibi rolleri bulunmasının yanında vaka yöneticisi olarak ilköğretim ve meslek edindirme eğitimlerine ulaşmada, barınma sağlamada, sosyal ve sportif aktiviteleri düzenlemede ve yerel destek ağlarını harekete geçirmede müracaatçılara yardımcı olmaktadır. Bu uzmanlar yatarak tedavi merkezlerinden ziyade ayaktan yürütülen tedavilerde daha etkin çalışmaktadır (Koning ve Kwant, 2002; Vogt, 2002; Verster ve Solberg, 2003). Yine Litvanya’da sosyal hizmet uzmanlarının bağımlılarla beraber sosyal rehabilitasyon programları hazırlamada, bağımlıların iş bulmasında ve mesleki kurslarla irtibat kurmasında destekleyici rolleri bulunmaktadır. Bu destekleme süreci bağımlıların kişisel yaşam alanı içerisinde yürütülmektedir (UNODC, 2003).

2.7. Bağımlılık Tedavisi Alanından Uygulama Örnekleri

Türkiye’de ve dünyada bağımlılık alanında tedavi sunan merkezlerin sayısının gün geçtikçe arttığı bilinmektedir. Nitekim konunun toplumsal düzeyde daha görünür etkiler oluşturması, bağımlılığın tedavi edilebilir hastalık olmasından ziyade “tedavi edilmesi gereken” bir hastalık olarak değerlendirilmesini gerektirmiştir. Bu noktada özel, resmi veya sivil toplum girişimiyle birçok tedavi kuruluşu ve modeli uygulanmaya başlanmıştır. Mevcuttaki uygulamaların önerdiği hizmetleri çeşitlendirmeyi ve iş birliklerini geliştirmeyi öncellediği bilinmektedir. Bu kapsamda bağımlılık alanında danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan yurt içi ve yurt dışı kimi uygulamalara özetle değinilmeye çalışılmıştır. Seçilen bu uygulamalar hizmet ürettiği bölgede öne çıkan uygulamalar olarak dikkat çekmektedir. Bu kapsamda profesyonel meslek elemanı bulundurma, disiplinler arası çalışma, koruyucu-önleyici ve tedavi edici çalışmaları birlikte yürütme ve işbirliğine açık olma gibi nitelikler bu uygulamaların öne çıkan ortak özellikleri olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca seçilen uygulamaların bir çoğu resmi kuruluşlarla işbirliği içinde çalışan sivil toplum örgütü ya da vakıf/dernek statüsünde hizmet üretmektedir.

2.7.1. Dünyadan Uygulama Örnekleri

Dünya genelinde bağımlılık tedavisinde tıbbi tedaviyle birlikte rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon çalışmalarını içeren gelişmiş birçok uygulama örneği bulunmaktadır. Bu gelişmiş uygulamaların tedavinin biyopsikososyal bütünlüğünü içerdiği, kanıta dayalı çalıştığı ve tedavinin yanında geniş kapsamlı koruyucu-önleyici çalışmalar

yürüttüğü söylenebilmektedir. Bu çalışma, bağımlılık tedavisi sunan kuruluşları kapsamlı olarak inceleyen bir çalışma olmadığından yalnızca alanda öne çıkan uygulamalara değinmeye çalışmıştır. Bu anlamda uygulamaların sivil toplum kuruluşu olması öncelenmiştir. Nitekim aşağıda tanıtılan uygulamalardan özel girişim olan Cransoun Cemiyeti haricindeki diğer örnekler sivil toplum kuruluşu olarak hizmet üretmektedir:

2.7.1.1. San Patrignano Topluluğu

San Patrignano kuruluşu İtalya’da 1978 yılında bağımlılıkla mücadele kapsamında gönüllü bir hareket olarak doğmuştur. En temelde bağımlılık alanında önleyici, tedavi ve rehabilite edici çalışmalarla bağımlılıkla sorunu yaşayan bireyleri desteklemeyi ve yeniden topluma ve istihdama kazandırmayı hedefleyen ücretsiz ve yataklı bir kuruluştur (<http://www.dika.org.tr/upload/archive/files/%C3%96rnekler.pdf>). Bugün dünyanın en gelişmiş bağımlılık rehabilitasyon merkezi olan San Patrignano aynı zamanda %70 fazla başarı oranıyla alandaki en efektif kuruluştur (Perrin ve ark., 2010: 516). 2014 yılında Birleşmiş Milletler tarafından akredite edilmiş ve Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Konseyi Özel Danışmanlık statüsünü elde etmiştir (DDK, 2014: 315).

Rehabilitasyon merkezinde 109 gönüllü, 313 iş birlikçi ve danışman görev almaktadır. Merkez ayrıca 70’den fazla bağımlılıkla ilgili tedavi gören ebeveynlerin çocuklarına da ev sahipliği yapmaktadır. Merkezin devamlılığı için gerekli maddi kaynak ise öz yönetim prensibini temel alan üretim faaliyetleri ile sağlanmaktadır. Bunun yanında özel ve sivil diğer kuruluşlardan da bağış yoluyla fon sağlanmaktadır. Bağımlılık alanında yıllardır yürüttüğü başarılı uygulamaların neticesinde bugün merkeze İtalya dışından da yüzlerce bağımlı kabul edilmektedir (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2015).

13 yaş ve üzeri kişileri tedaviye kabul eden merkez, bağımlılığı bir hastalık olarak değil sosyal bir sorun olarak tanımlamaktadır. Tedavi programı, eğitim ve rehabilitasyon uygulamaları üzerine kurulu olduğundan farmakolojik tedavi yöntemleri yerine kişinin ihtiyacına yönelik olarak psikolojik ve psikoterapötik müdahaleleri barındırmaktadır (<https://www.sanpatrignano.com/what-we-do/rehabilitation-method/>). Kuruluşun tedavi programlarında yer alan eğitim ve rehabilitasyon çalışmaları en az dört sene sürmektedir. Birebir terapilerle hastanın özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre

programlar belirlenmektedir. Kurumda kalan bireylere 50'den fazla alanda beceri ve mesleki yeterlilik hizmetleri sunulmaktadır (DDK, 2014: 315).

Kişilerin değişim programı günlük grup etkileşimleri ve profesyonel danışmanlıklar aracılığıyla yürütülmektedir. Yapılan değerlendirmelerle kişilerin sorun yaşadığı alanlar tespit edilmekte ve bu çerçevede programlara dâhil edilmektedir. Tedavideki her bireye hem mesleki olarak hem sosyal ve sportif konularda sorumluluklar verilmektedir. Bu faaliyetlerle bağımlının hem kendisine hem de çevresindekilere fayda sağladığı hissini duyumsamasına yardımcı olarak kişinin maddesiz olarak yaşam doyumunu sağlamasına yardımcı olunmaktadır. Merkezin temel değeri kişinin kendisine, diğerlerine ve çevresine saygı duymasıdır (<https://www.sanpatrignano.com/what-we-do/rehabilitation-method/>).

Merkezde bulunan tesislerde et, süt, şarap, fırın ürünleri gibi çeşitli üretimler yapılmaktadır. Bunların yanında duvar kâğıtları, çanta, deri, süs eşyası, dekorasyon malzemesi, peluj oyuncaklar, kumaş ve temizlik malzemeleri gibi ürünlerin üretimi de mevcuttur. Tesislerde mevcut çalışanların çoğu önceden tedavi görmüş ve hala tedavisi devam etmekte olan bağımlı bireylerden oluşmaktadır. Bu tesislerde görev alan bağımlı bireyler hem üretime katılmakta hem de tedavi sonrasında meslek edinme şansına sahip olmakta; belirli sürenin sonunda da lise diploması almaya hak kazanmaktadır (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2015).

Diğer yandan merkez kapsamında birçok eğitim binası bulunmaktadır. Bu binalarda hemşirelik, anaokulu, okul sonrası eğitimi, dil eğitimi gibi birçok alanda eğitimler verilmektedir. Ayrıca ortaokul, lise veya üniversiteyi terk eden bağımlılar bu eğitimlerine merkez içerisinde devam etmektedir. Boş zaman değerlendirme faaliyetleri olarak tiyatro, grafik tasarım, dans, müzik ve birçok alandan atölye kursları bulunmaktadır (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2015). Ek olarak koşu sporu, voleybol, futbol ve basketbol gibi birçok sportif faaliyetin yürütülebildiği saha ve salonlar bulunmaktadır (DDK, 2014: 315). Bunların yanında merkez bünyesinde bağımlıların hayvanlarla vakit geçirebildikleri bir hayvan barınağı, bağımlı annelerin çocukları ile kalabilmeleri için aile evleri ve özellikle AIDS ve bağımlılıkla ilişkili diğer alanlarda çalışan bir sağlık merkezi bulunmaktadır.

2.7.1.2. DİANOVA

DİANOVA 1972 yılında Fransa'da kurulan ve 1980'lerden itibaren Avrupa ve Amerika'daki diğer ülkelerde de uygulama merkezi açan bir sivil toplum kuruluşudur. Kuruluşun temel amacı bireylerin bağımsız biçimde yeniden toplumsal yaşama katılımını desteklemektir (<http://aqcid.com/en/organism/organismes/143-dianova?pdf=1>). Bu anlamda eğitim, gençlik, bağımlılık önleme ve tedavisi ve sosyal gelişim alanlarında çalışmalar yürüten kuruluş 2014 yılı itibariyle Kanada, Şili, İtalya, Nikaragua, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Uruguay ve ABD olmak üzere 11 ülkede çalışma yapmaktadır (Dianova, 2015:5). Kuruluşun verdiği hizmetler ücretsiz olup bağımlılıkla ilgili olarak alkol ve madde kullanımına bağlı olarak sorun yaşayan yetişkinlere hizmet götürmektedir. Bağımlılık özelinde terapötik topluluk modeli olarak çalışan kurumun sunduğu hizmetler, bağımlılar ile hizmet sunan uzmanların kurdukları terapötik iş birliği çerçevesinde sunulmaktadır. Bu anlamda motivasyonel görüşme, bilişsel davranışçı terapi, relaps önleme ve terapötik topluluk yaklaşımları kullanılmaktadır (<http://aqcid.com/en/organism/organismes/143-dianova?pdf=1>).

Dianova tedavi süresince bağımlıların alkol ve maddeden uzak kalmasını önlemektedir. Tedavi en temelde bağımlıların toplumda alkol ve maddeden bağımsız olarak yaşamasını ve aile, sosyal yaşam ve iş yaşamı ile ilgili sorumlulukların yerine getirilmesini öğretmeyi amaçlamaktadır. Kuruluşun temel tedavi felsefesi bireylerin gerekli yardım ve desteği gördükleri takdirde sorunlarını çözebileceği ve toplumla bütünleşebileceği fikri üzerine kurulmuştur. Hizmetler kişiye özel şekillenirken tedavi genellikle 12-18 aylık süreyi kapsamaktadır (Fridell ve ark., 2008: 13-14).

Modelin ön gördüğü tedavi programları belli başlıklar altında incelenebilmektedir. Bu anlamda bağımlıya yönelik yapılan psikososyal değerlendirmeler ile kişiye yönelik yeni yaşam planı hazırlanmaktadır. Yine kişiye özgü olarak relaps önleme programları geliştirilmektedir. Bağımlı haftalık olarak grup çalışmalarına katılmakta ve boş zaman değerlendirme ve iş-uğraş ile ilgili planlar geliştirilmektedir. Bu başlıkların içeren tedavi süresi ise en temelde üç aşamayı kapsamaktadır. Birinci aşamada doktor kontrolü altında arındırma tedavisi uygulanmaktadır. Bu süreçte kişi fiziksel açıdan iyileşme sağlarken aynı zamanda durumu hakkında bir eleştiri geliştirmekte ve tedaviye uyum konusunda desteklenmektedir. İki hafta süren bu aşamanın ardından kişi grup aktivitelerine katılım

sağlamaya başlamaktadır. İkinci aşama ise kişinin alkol ve maddesiz olarak yaşamına nasıl devam edeceğini öğrendiği ve bu anlamda kişisel gelişiminin desteklendiği, sorumluluklar kazandırıldığı ve sosyal yönden güçlendirildiği aşamadır. Üçüncü aşama ise eğitim ve mesleki eğitim desteğinin sunulduğu ve yaşam düzeninin yeniden planlanlandığı süreci içermektedir (Fridell ve ark., 2008: 14). Tüm tedavi programların ana odağı bağımlıların toplumla yeniden uyumu olan modelin hedef kitlesi ülkelere göre kullanılan madde, aile yapısı, sosyoekonomik etkenler gibi farklı nitelikler barındırabilmektedir. Dolayısıyla modelin uygulama pratiğinde çalışma yaptığı ülkelere göre farklılaşmaların olduğu da söylenebilmektedir.

2.7.1.3. Proyecto Hombre

Proyecto Hombre İspanya'nın Madrid şehrinde 1984 yılında bağımlılık tedavisinin arındırma, rehabilitasyon ve sosyal entegresyon ayaklarında bağımlılara yardımcı olmak amacıyla oluşturulan özel bir modeldir (Pinto, 2000:73). Ülke genelinde 26 merkezi bulunan model yılda ortalama 19.000 bağımlı ve ailesiyle beraber çalışmalar yapmaktadır. Her bir merkezin yönetimi kendi içinde özerk iken tüm modeller aynı teröpatik model ve felsefeyi içermektedir. Model kapsamında doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, öğretmen, eğitimci ve terapist istihdam edilmekte; ülke genelinde binlerce gönüllüsü bulunmaktadır. Hizmetlerin tümü bağımlıların ihtiyacına yönelik şekillenmekte ve kişiyi bağımlılık olgusunun gerçekliğinde sosyal değişime yönlendirmektedir. Modelin içerdiği programların teorik odağı ise kişinin kendisine ve diğerlerine saygı duymasını, özgürlük ve sorumluk anlayışını, yaşamın etik ilkelerini (doğruluk, dürüstlük vb.), iletişim kurmayı, gerçek zevki ve acıyı keşfetmesine yardımcı olmaktır (Proyecto Hombre, 2012: 46-47). Proyecto Hombre bugün İspanya'da bağımlılarla çalışan adli kuruluşların ve sağlık kuruluşlarının bağımlılık tedavisi en çok yönlendirme yaptığı merkezlerdir (Pinto, 2000: 73).

Proyecto Hombre en temelde bireylerin bağımlılığın etkilerinden kurtulup topluma yeniden uyumunu hedeflemektedir. Madde kullanım sorunu olan kişilere yönelik bireysel ve grup çalışmaları yürütülmektedir. Çeşitli programlarla kişisel ve ailesel problemleri değerlendirmek ve sosyal entegrasyonu sağlamak amacıyla üç aşamalı tedavi programı uygulanmaktadır. Birinci aşamada madde ile sorunu olan kişi ve ailesiyle ön görüşme yapılmaktadır. Görüşme sonunda kişi bir gruba dahil edilerek davranış değişikliği ve yaşam tarzı ile ilgili planlamalar yapılmaktadır. İkinci aşama ise

tıbbi tedavi ve psikolojik desteği barındırmaktadır. Bu aşamada bağımlılar durumlarına göre ayaktan veya yatılı olmak üzere iki şekilde tedaviye başlamaktadır. Bu süreçteki tıbbi tedavinin yanında yürütülen psikolojik çalışmalarla kişinin geçmiş yaşamına odaklanılarak sorun ve ihtiyaç tespitleri yapılmaktadır. Üçüncü aşamada da psikolojik desteğin ardından kişinin toplumsal yaşama yeniden uyumu noktasında sosyal destek hizmetleri yürütülmektedir (DDK, 2014: 311-312).

Proyecto Hombre'nin sunduğu tedavilerin yedi temel odağı bulunmaktadır (https://www.unodc.org/treatment/en/Spain_resource_centre_21.html):

- Alkol dışı maddelerden uzak kalma
- Alkol kullanımını dengeleme ya da tamamen bırakma
- Suça bulaşmadan kaçınma
- İş edinme ve işte devamlılık
- Eğitim seviyesini yükseltme
- Aile ilişkilerini geliştirme
- Madde kullanmayan kişilerle ilişki kurma

Modelin içerdiği terapötik müdahale modeli ise üç boyutu kapsamaktadır. İlk olarak üç ay süren ve ayaktan yapılan motivasyon çalışmalarıdır. Burada temel amaç maddeden uzak kalma ve kişisel gelişim için motivasyon geliştirmedir. Bu kapsamda grup terapileri, klinik müdahaleler, eğitimler ve seminerler, mesleki kurslar, aile terapileri ve kendine yardım grupları gibi müdahaleler bulunmaktadır. Daha ileri boyut olarak terapötik topluluklar öz farkındalığa odaklanmaktadır ve yaklaşık 7-9 ay sürmektedir. Burada amaç bağımlının yaşamındaki olumlu tecrübelerine dair kavrayış geliştirmesine yardımcı olmaktır. Bu boyut ayaktan, yatılı veya ikisini de kapsayan bir kombinasyonda yapılabilmektedir. Tedavinin diğer boyutu yeniden katılım ise kişilerin ihtiyacına göre toplam altı kapsamda yürütülmektedir (https://www.unodc.org/treatment/en/Spain_resource_centre_21.html):

- 1) Kişinin maddeden bağımsız yaşamı deneyimlemesi için kişisel yardım
- 2) Bağımlı ve ailesinin katılım sağladığı aile çalışmaları
- 3) Yeni sosyal ilişkiler kurma ve boş zaman değerlendirme için sosyokültürel destek

- 4) İş edindirme ve kişinin iş bulma kapasitesini geliştirme
- 5) Sağlık eğitimi ve halk sağlığı kuruluşlarıyla bağlantı kurmasına yardım etme
- 6) Tedaviyi engelleyecek yasal süreçlerden uzak tutma

2.7.1.4. Cranstoun Cemiyeti

İngiltere’de 1969 yılında kurulan Cranstoun Cemiyeti madde bağımlılığı alanında önleyici ve tedavi edici düzeyde ücretli hizmet sunan büyük bir kuruluştur. Tüm tedavi uygulamaları kanıta dayalı olarak yürütülen kuruluşun temel misyonu bireyleri alkol ve maddeye bağılı olarak yaşadığı sorunlardan kurtararak toplumsal yaşamda potansiyellerini gerçekleştirmelerine yardım etmektir. Bu anlamda tıbbi tedavi, iyileşme ve rehabilitasyon, ve topluma yeniden uyum noktasında oldukça kapsamlı hizmetler sunmaktadır. Bünyesinde iyileştirme, rehabilitasyon ve toplum odaklı sosyal uyum hizmetlerinin sunulduğu uzun süreli tedavi merkezleri, barınma ve iyileştirme projeleri, gençler için istihdam hizmetleri ve bağımlı ile ilgilenen aile ve diğer sosyal çevreler için danışmanlık hizmetleri bulunmaktadır (<http://cranstoun.org/our-services/families-carers/east-sussex-fact/>). Bunların yanında alkol ve madde kullanımı ile ilgili koruyucu-önleyici çalışmalar yapma, alkol ve maddeye bağılı gelişen özel problemlerle ilgili araştırmalar yürütme ve hobi edindirme ve boş zaman değerlendirmeye yönelik teklifler sunma gibi amaçlar da içermektedir (Cranstoun, 2016).

Cranstoun Cemiyeti klinik tedavi, rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon noktasında birçok merkezle hizmet vermektedir. Bu merkezlerden bazıları şunlardır(<http://cranstoun.org/our-services/>):

- City Roads Bakım Evi: Bu merkezde sunulan uzun süreli tedavi hizmetleri 18 yaş üzerinde arındırma tedavisine ihtiyaç duyan bireylere yönelik 14-28 gün arası sürelerde sunulmaktadır. Bu kapsamda tıbbi tedavi desteği, grup terapileri, bire bir görüşmeler, çeşitli aktivite ve faaliyetler ve kendine yardım modellerini içeren tedavi grupları önerilmektedir.
- Trelawn House: Arındırma tedavisine ihtiyaç duymayan ya da tedaviyi tamamlamış 18 yaş üstü bireyler için 3-6 aylık psikososyal tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Bu kapsamda bire bir görüşmeler, grup çalışmaları ve terapileri, tedavi sonrasında ayık kalmayı destekleyecek diğer faaliyetler önerilmektedir.

- Change@28b: 18 yaş üstü alkol ve madde kullanımını azaltmak ya da dengelemek isteyen bireylerin destek aldığı merkezlerdir. Haftada bir gün olarak 16 haftadan 1 yıla kadar süren tedavide bire bir danışmanlık, grup çalışması, yardım grupları, tamamlayıcı terapiler ve iyileşmeyi devam ettirecek diğer çalışmalar yürütülmektedir. Tedaviyi tamamlayan ve madde kullanımını dengeleyen bireyler madde kullanımını azaltmak ve sonlandırmak için 2. ayağa geçiş yapmaktadır.
- Ritherdon Road: Alkol ve madde tedavisi için yapılandırılmış bir programda 3-6 ay kalmış ve tedaviyi başarıyla tamamlamış 18 yaş üstü bireyler sosyal destek aldığı kuruluştur. Eğitim, barınma ve istihdam desteklerinin sunulduğu bu merkezlerin temel amacı kişinin maddeden uzak kalma isteğini güçlü tutmak ve sosyal alanlara katılımını desteklemektir.
- East Sussex FACT: Bağımlının alkol veya madde kullanımından etkilenen ailesine, arkadaşlarına veya bakımını üstlenen diğer kişilere hizmet sunulduğu merkezdir. Verilen hizmetler bağımlılıkla ilgili eğitim ve danışmanlık sunma, ilgili diğer kuruluşlara yönlendirme, destek grupları, ev ziyaretleri ile sosyal destek, çeşitli eğitimler(temel iletişim becerileri, ilk yardım, aşırı doz engelleme vb.), bire bir görüşmeler ve yapılandırılmış eğitim grupları olarak sıralanabilmektedir.

2.7.1.5. PARCEVAL

PARCEVAL, Almanya Aile ve Gençlik Bakanlığı Gençlik Dairesi birimine bağlı olarak çalışan ve 14-21 yaş arası gençlere hizmet veren bir sivil toplum kuruluşudur. Temel hedef grubu herhangi bir fiziksel (alkol, nikotin, eroin, kokain vd.) ya da davranışsal (yemek, internet, cinsel vb.) bağımlılığı olan gençlerdir. Bununla birlikte bağımlı ebevenye sahip olup istismar ve ihmale uğramış, suça sürüklenmiş, okuldan kopmuş ve sokakta yaşamış gençler de kuruluşun çalıştığı gruplardandır. Grup terapisi odaklı hizmet veren PARCEVAL'ın temel hizmet yaklaşımı Rudolf Steiner tarafından geliştirilmiş antroposopik yaklaşımdır (Çiftçi ve Uluocak, 2010: 15). Antroposopik yaklaşım bireylerin sahip olduğu içsel gücü ortaya çıkararak gerçek özgürlüklerine kavuşabileceğini savunan ve ruhsal gelişimi önceleyen bir yaklaşımdır (<http://www.anthroposophy.org.uk/>). Bireylerin ihtiyaç duyduğu güçlerin kendi içlerinde var olduğunu ön görmesi açısından bu yaklaşım sosyal hizmetin güçlendirme yaklaşımı ile benzerlik göstermektedir.

Kuruluş hem ayaktan hem de yatılı olarak hizmet vermektedir. Sunulan terapi hizmetleri ortalama olarak 3 sene devam etmektedir. Buradaki temel amaç gençlerin bağımlılıktan kurtulmasına yardımcı olmak ve yeniden sosyalleşmelerini desteklemektir. Bu amaçla kuruluştaki sosyal hizmet uzmanları, terapistler ve psikologlar görev yapmaktadır. Kuruluş ayrıca bir sosyal hizmet uzmanı tarafından yönetilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının çoğu sanat terapisi, grup terapisi, psikoanalitik terapi gibi ek terapi eğitimlerinden de sertifikalı eğitim almış kişilerdir. Sunulan hizmetler temel olarak şu dört kapsamda değerlendirilmektedir (Çiftçi ve Uluocak, 2010: 15):

- Grup veya birey için çalışma terapisi
- Aile veya diğer bakım veren kişilerle çalışma
- Eğitim hizmetleri
- Boş zaman aktiviteleri(tiyatro, psikodrama, sanat, spor vb.)

PARCEVAL'in sunduğu hizmetler iki temel üzerinde inşa edilmiştir. Bunlardan ilki çalışma terapileri ile gencin fiziksel güç kullanarak çeşitli işlerle meşgul edilmesidir. Çevre düzenlemesi, ev içi işler, yemek yapımı vb. gibi uygulamalarla gençlerin madde kullanma fikrinden uzak kalmaları sağlanırken, sorumluluk alma, birlikte iş yapma, disiplin geliştirme, sosyalleşme, çalışma kurallarına uyma gibi çıktıları edinmesine yardımcı olmaktadır. Diğeri ise haftada 2 kez yapılan grup terapileri ile gencin davranışlarının sonuçlarıyla yüzleşmesi, kuralla uyma ve sorumluluk geliştirme ile ilgili becerilerin geliştirilmesi desteklenmektedir (Çiftçi ve Uluocak, 2010: 16).

Kuruluşun sunduğu hizmetler ise dört temel aşama ile ilerlemektedir. İlk aşamada detoks sürecini tamamlamış gencin terapiye uyum sağlama aşamasıdır. Bu aşamada yatılı olarak kalan gencin günlük aktivitelerinin sürekli olarak takip edildiği bir program çerçevesinde çalışma terapisi, bireysel ve grup terapileri yürütülmektedir. İkinci aşama ise bir geçiş evresi olarak birinci aşamayı tamamlayan gençlerin yarı bağımsız faaliyetlerde bulunabildiği aşamadır. Üçüncü aşama bir apartman dairesinde gençlerin birlikte yaşamı, ev içi sorumlulukları, okul ve iş yeri sorumluluklarını deneyimlediği yaşama hazırlık aşamasıdır. Bu süreçte gençler diğer aşamalara göre daha özgür iken belirli mekanlara uğramama, belirli arkadaşlarla görüşmeme gibi bazı kısıtlamalarla karşılaşmaktadır. Bu süreçleri tamamlayan gençler son aşamaya

geldiğinde ise yeniden düzenlenmiş biçimde kendi yaşamlarına dönmekte ve merkezden ayaktan danışmanlık hizmetine devam etmektedirler (Çiftçi ve Uluocak, 2010: 16-17).

2.7.1.6. Rebirth Society Organization

2000 yılında İran'ın Tahran şehrinde kurulan Rebirth Society zarar azaltımı, önleme, danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon alanlarında faaliyetler yürütmektedir. Önleme ve inanç temelli tedavi yaklaşımlarını benimseyen Rebirth Society İran'ın en büyük sivil toplum kuruluşudur ve Birleşmiş Milletler Sivil Toplum ödülü bulunmaktadır. İnanç ve önleme temelli tedavi yaklaşımlarını benimsemektedir.

Zarar azaltma alanında madde bağımlısı evsizlerin sığınması için alanlar oluşturulurken bu alanlarda danışmanlık ve tedavi desteği sunulmaktadır. Önleme çalışmaları ise daha çok ailelere ve çocuklara yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bununla ilgili olarak madde kullanıcılarının aileleri madde kullanımı ve bağımlılıkla ilgili bilinçlendirilmektedir. 9-15 yaş arası çocuklar için özel merkezlerde madde bağımlılığı konusunda eğitimler yapılmaktadır (DDK, 2014: 315).

Bağımlıların tedavisi ile ilgili olarak üç yerde tedavi topluluğu merkezleri oluşturulmuştur. Tedaviler uzun vadeli ve orta vadeli olarak planlanmaktadır. Uzun vadeli tedavilerde bağımlılar 9-12 ay süresince yatılı olarak tedavi görmektedir. Bu süreçte psikiyatri, psikoloji, sosyal hizmet ve çalışma terapisi alanlarında hizmetler sağlanmaktadır. Orta dönem tedavi programları ise 30 veya 90 günlük programlar olup bireysel ve grup terapileri ağırlıklı motivasyonel çalışmalar yapılmaktadır. Bunun yanında ülke geneline 17 ilde haftanın yedi günü danışmanlık hizmeti vermektedir (DDK, 2014: 315-316).

2.7.2. Türkiye'den Uygulama Örnekleri

Türkiye'de bağımlılık tedavisinde AMATEM ve ÇEMATEM örneklikleri en yaygın olarak bilinen uygulamalardır. Ancak bu uygulamaların bağımlılık tedavisinin gerektirdiği rehabilitasyon çalışmalarını içermeyen ve tedavinin yalnızca tıbbi ayağıyla sınırlı kalan uygulamalar olduğu bilinmektedir. Bu örnekler içinde kimi illerde yerel iş birlikleri ile tedavinin rehabilitasyon ayağı ve sosyal yönü tamamlanmaya çalışılsa da bu çabalar sistemli bir yeterliliğe ulaşamamaktadır. Dolayısıyla Türkiye özelinde bağımlılık tedavisinin biyopsikososyal gerekliliğini sağlayan resmi bir uygulama bulunmadığını söylemek mümkündür. Bunun yerine alanda daha çok sivil toplum

uygulamaları özellikle tedavinin rehabilitasyon ayağında gelişmiştir. Yine son yıllarda yerel yönetimler kapsamında da bağımlılık tedavisinin sosyal ayağını güçlendirecek çabalar arttırılmaktadır. Aşağıda anlatılan uygulamalar Türkiye özelinde bağımlılık tedavisinin tıbbi ayağı ile rehabilitasyon boyutu arasındaki kopukluğu karşılamaya yönelik girişimler içeren örnekler olarak seçilmiştir. Bu anlamda daha çok sivil toplum çabası ve yerel girişimler olarak sahada bilinirliği yüksek olan uygulamalar olarak çalışmaya dahil edilmiştir:

2.7.2.1. Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi, Çocuk ve Ergen Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi

Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi, Çocuk ve Ergen Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi 2008 yılından bu yana Gaziantep Büyükşehir Belediyesinin çatısı altında bölgede madde kullanan 13-18 yaş arası gençlerin tedavi ve rehabilitasyonu ile ilgili çalışmaktadır. Merkezin temel amacı madde kullanan gençleri ve çocukları madde kullanımından uzaklaştırarak, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve akademik ihtiyaçlarını karşılayarak topluma yeniden katılımlarını desteklemektir. Bu amaçla merkezde tedavi, eğitim ve meslek kursları entegre biçimde verilmektedir. Özellikle yaşam deneyimlerinde başarısızlık, cezaya maruz kalma ve hayal kırıklığı bulunan çocuklarda ve gençlerde samimiyet ve güven ilişkisi temeline dayalı olarak yaşamda başarılı olabilecekleri alanların olduğunu gösteren; ceza yerine değişimin vurgulandığı bir program yürütülmektedir (Berkcan ve Akdoğan, 2015).

Tedavi programının merkezinde 12 Basamaklı Tedavi Programı bulunup, kanıta dayalı bilimsel programlar uygulanmaktadır (Oya Yüksel Bahadır Gençlik Merkezi Tanıtım Filmi, 2016).⁴ Tedavi içeriğinde;

- Psikiyatrik değerlendirme
- Yoksunluk ve eşlik eden hastalıkların tedavisi
- Tıbbi hastalıkların tedavisi
- Motivasyonel görüşme, bilişsel davranışçı terapiler, problem odaklı aile ve grup terapileri
- Psikoeğitim çalışmaları

⁴ “Oya Bahadır Yüksel Youth Center/Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi” Erişim Tarihi: 20 Haziran 2017, Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=MaFQNJqUVEc>

- 12 Basamak Adsız Nartotikler(NA) Programı
- Bireysel tedavi planları

bulunmaktadır. Merkeze hastaların alımı çoğunlukla çocuk polisi ile koordineli çalışan mobil ekip aracılığıyla sağlanmaktadır. Bunun yanında emniyet, muhtarlıklar, üniversite, devlet hastaneleri, diğer resmi ve sivil kuruluşların yönlendirmesiyle ve ailelerin başvurusu üzerine de çocukların merkeze kabulü sağlanmaktadır (Berkcan ve Akdoğan, 2015).

Üç aylık yatılı tedavinin öngörüldüğü merkezde ilk bir ay maddenin farmakolojik etkilerinden arındırma ve eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların tedavileri yapılmaktadır. Ayrıca hastanın merkeze uyumu için çalışmalar da yapılmaktadır. İkinci ayda ise maddenin kişi yaşamına etkileri, kullanma sebepleri, aile ilişkileri ve diğer psikolojik etkenler konuşulurken eğitim ve beceri etkinlikleri de yürütülmektedir. Üçüncü ayda ise hastanın aile yaşamına ve sosyal yaşamına yeniden dönüşü planlanmakta ve meslek hayatına yönlendirmeler yapılmaktadır. Bu dönemde temiz kalmayı sürdürmek için merkez dışındaki NA toplantılarına katılımı desteklenmektedir. Bunların yanında merkeze bağlı olarak hizmet veren yarıyol evleri bulunmaktadır. Bu evlerde aile şartları uygun olmayan (parçalanmış aile, madde kullanan aile fertleri, cinsel taciz vb.) ve önemli düzeyde sosyal sorunları olan hastalar kalmaktadır (Yancar, 2014).⁵

Merkezden ayrılan hastalarda ayaktan tedavi programı ve takip devam etmektedir. Bununla ilgili olarak düzenli şekilde psikiyatrik muayene ve tedavi, NA toplantıları, grup terapileri, aile toplantıları, iş ve okul takibi ve laboratuvar testleri yapılmaktadır. Bunların yanında yerel ulusal kuruluşlarla iş birlikleri yürüterek önleme çalışmalarına katkı sağlamaktadır (Berkcan ve Akdoğan, 2015).

Merkezde verilen eğitimler ise şu şekildedir (Berkcan ve Akdoğan, 2015):

- Sınıf eğitimleri
- Beden eğitimi
- Tiyatro eğitimi

⁵ Dr. Cenk Yancar, "Oya Bahadır Yüksel Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi" Uluslararası Uyğurucu Politikaları ve Halk Sağlığı Sempozyumu, 29 Eylül - 1 Ekim 2014, İstanbul, Erişim Tarihi: 20 Haziran 2017. Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=SNZzC2VzehI>

- Bilgisayar eğitimi
- Halk oyunları eğitimi
- Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi
- Resim eğitimi
- Müzik eğitimi
- Beceri ve meslek eğitimleri
- El sanatları eğitimi
- Bakır atölyesi
- Fotoğrafçılık eğitimi
- Mozaik yapımı
- Tekstil dersleri
- Taş atölyesi
- Galoş atölyesi

2.7.2.2. Bursa Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Aile Destek Merkezi (GADEM)⁶

Gençlik ve Aile Destek Merkezi (GADEM) Bursa Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı'na bağlı olarak 2015 yılında Bursa ilinde faaliyete geçmiştir. Kuruluşun temel hedefleri hizmet sınırlarında ikamet eden madde bağımlısı kişilerin tıbbi tedaviye ulaşımını sağlamak, psikososyal destek sağlayarak madde kullanım oranlarını azaltmak, risk altındaki çocuk, genç ve yetişkinlere yönelik koruyucu ve önleyici çalışmalar yürüterek toplumsal bilinci arttırmak ve maddeye yönelik talebi azaltmaktır. Bu anlamda alkol ve madde bağımlısı bireylere ve yakınlarına bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık ve takip hizmetleri sunulmaktadır. Yapılan çalışmalar bağımlı ve ailesi odağında ilerlerken hizmet götürülen grubun bulunduğu ortam içerisinde yürütülmektedir.

Kuruluş kapsamında sosyolog, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı profesyonel meslek elemanları olarak görev yaparken, aile danışmanı ve ex-user olan saha çalışanları da istihdam edilmektedir. Danışanlar merkeze genellikle diğer kurumların yönlendirmesi, saha çalışmaları, diğer danışan ve yakınlarının yönlendirmesi ve basın

⁶ Bu bölümün yazımı için Bursa Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Aile Destek Merkezi yetkilisi ile görüşülmüş ve temin edilen dökümanlardan faydalanılmıştır. Görüşme Tarihi: 7 Temmuz 2017

aracılığı ile gelmektedir. Çalışmalarını iki binada yürüten merkezin bu binalarda kütüphane, bireysel görüşme odası, grup görüşme odası, idari oda, sosyal servis, hemşire odası ve hobi mutfağı bulunmaktadır. Merkez kapsamında yürütülen çalışmalar şu başlıklarda incelenebilmektedir:

- Bireysel Danışmanlık Hizmeti
- Aile Danışmanlığı Hizmeti
- Grup Eğitim Programları
- Koruyucu ve Önleyici Faaliyetler
- Sosyal, Kültürel ve Sportif Faaliyetler
- Tıbbi Desteğe Ücretsiz Ulaşım

GADEM çalışmalarını kurumlar arası işbirliği içinde saha çalışmalarıyla beraber yürütmektedir. Bağımlı, kendisiyle ve ailesiyle yapılan ilk görüşme sonucunda sisteme dahil edilmekte ve danışmanla birlikte hazırlanan kişiye özgü programa katılmaktadır. Yapılan ilk görüşme sonucunda kişi tıbbi destek almayı kabul ediyorsa GADEM ilgili kuruluştan randevu almakta; kişiye ulaşım desteği sunarak refakatçi eşliğinde tıbbi tedaviye erişimini sağlamaktadır. Bunun yanında ilk görüşmenin ardından yapılan değerlendirmelerle bağımlı ve yakınının, ilgi ve beklentilerine uygun olarak Bursa Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı sosyal tesislere, sanat ve meslek kurslarına ve diğer sportif faaliyetlere ücretsiz katılımı sağlanmaktadır. Üç aylık temiz kalma sürecini tamamlayan danışanlara ve ailelerine ödül faaliyetleri sunulmaktadır. Ekonomik desteğe ihtiyaç duyduğu tespit edilen vakalarda da ilgili kaynak ve kurumlardan bağımlı ve ailesinin destek alması sağlanmaktadır. Toplumsal bilinci arttırmaya yönelik olarak da koruyucu önleyici uygulamalar etkinlik ve eğitim çalışmaları olarak yürütülmektedir. Eski madde bağımlıları ve meslek elemanlarından oluşan mobil ekip sayesinde riskli popülasyona sahada ulaşılarak motivasyonel görüşmelerle tedaviye dahil olması için çalışmalar yapılmaktadır. Ayrıca kurum içinde personellere ve iş birliği kurulan diğer kuruluşlardaki çalışanlara yönelik eğitim faaliyetleri yürütülmekte; alanla ilgili panel, sempozyum ve diğer eğitim çalışmalarına katılımları desteklenmektedir.

2.7.2.3. Sancaktepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM)

İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Sancaktepe Belediye Başkanlığı tarafından ortaklaşa yürütülmekte olan BADEM projesi aynı zamanda İSTKA tarafından mali olarak desteklenen bir uygulamadır. Daha

çok yerel düzeyde faaliyet gösteren merkez Sancaktepe, Sultanbeyli, Çekmeköy gibi bölgelerde etkin çalışırken ilçe kaymakamlıkları, milli eğitim müdürlükleri, müftülükler, belediye başkanlıkları, toplum sağlığı merkezleri ve sosyal hizmet merkezleri gibi yerel resmi kuruluşlarla iş birliği içindedir. Madde bağımlılığına yönelik ayaktan tedavi, rehabilitasyon, danışma ve eğitim hizmetleri merkezde görevli doktor, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve ilgili paydaşlar aracılığıyla yürütülmektedir. Uygulamanın temel amaçları önleyici tedavi hizmetleri geliştirmek ve rehabilitasyona yönelik eğitim ve danışmanlık faaliyetleri sunmaktır (<http://bademedanis.com/sayfa/hakkimizda.html>).

Ayaktan rehabilitasyon çalışmaları kapsamında merkeze devam eden bağımlılar için grafik tasarım, aşçılık, bahçıvanlık ve temel yaşam becerileri sunulan merkezde sertifikalı mesleki eğitim programları ile istihdama yönelik destekleyici çalışmalar bulunmaktadır. Psikolog ve sosyal hizmet uzmanı aracılığıyla merkezde bulunan “Yaşam Becerileri Atölyesi” içerisinde verilen temel yaşam becerileri eğitimiyle bağımlıların oto-kontrol mekanizmalarının geliştirilmesi, günlük yaşam becerilerinin kazandırılması ve tedaviye uyumları sağlanması için çalışmalar yapılmaktadır. Önleyici eğitim çalışmaları kapsamında da aile hekimleri ve rehber öğretmenler için madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadele eğitimleri yürütülmektedir. Yine ailelere yönelik olarak “Benimle Güvendesin” eğitimleri ile ailelere çocuklarının madde kullanımından uzak kalması için neler yapılacağı ile ilgili eğitimler verilmekte ve böylece geniş bir toplumsal önleme ağının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Akran eğitim modelinin benimsendiği eğitici anne uygulamasıyla da BADEM’in belirlediği gönüllü mahalle anneliği yapan kişilerle ve mahallede sosyal ihtiyaç sahibi kişilerle iletişime geçerek ihtiyaçlarının temini için yerel işbirlikleri ile çalışmalar yapılmaktadır.

2.7.2.4. Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER)⁷

Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER) 2013 yılında İstanbul’da madde bağımlılığı alanında koruyucu önleyici ve rehabilite edici çalışmalar gerçekleştirmek amacıyla hayırseverlerin katkıları ile kurulmuş bir dernektir. Bu amaçla madde bağımlılığı alanında profesyoneller aracılığıyla ve diğer kuruluşlarla işbirliği içinde,

⁷ Bu bölümün yazımı için Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER) yetkilisi ile görüşülmüş ve temin edilen dokümanlardan faydalanılmıştır. Görüşme Tarihi: 7 Temmuz 2017.

bağımlıların ihtiyaç duyduğu eğitim, rehberlik, danışmanlık, tedavi, rehabilitasyon ve terapi süreçleri ile ilgili olarak araştırma ve destek çalışmaları yürütmekte; bağımlılık konusunda toplumsal dayanışmayı ve gönüllü katılımını arttırmak için faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu kapsamda kuruluştaki genel koordinatör, psikolog, değerler eğitmeni, bağımlılık danışmanı, hizmet elemanı, sekreteryası ve proje asistanı görev yapmaktadır. Bağımlılara ayaktan danışmanlık hizmeti verildiği gibi 10 kişi kapasiteli yataklı rehabilitasyon birimi de bulunmaktadır. Bu birimde spor salonu, müzik ve resim atölyesi, yemekhane, sohbet salonu ve çok amaçlı salon yer almaktadır. Derneğin yaptığı çalışmalar şu başlıklarda incelenebilmektedir:

- **Danışmanlık ve Psikososyal Değerlendirme:** Dernekten hizmet alan bağımlı ve ailelerinin programa uyumu için yapılan psikososyal değerlendirmeler neticesinde ilgili destek sistemleri harekete geçirilmektedir. Yapılan profesyonel değerlendirmeler sonucunda gençlere yönelik ihtiyaç duyulan müzik, resim, kitap okuma vb. atölyeler oluşturulmaktadır.
- **Tedavi Sürecini Yürütme ve Takip Etme:** Dernekten hizmet alan bağımlılardan tıbbi desteğe ihtiyaç duyanlar için ilgili kuruluşlara yönlendirme ve sonrasında takip yapılmaktadır. Yapılan takip ile beraber tıbbi tedavi sürecini tamamlayanların derneğin rehabilitasyon programına geçişi sağlanmaktadır.
- **Psikososyal Destek ve Rehabilitasyon:** Derneğin sunduğu rehabilitasyon hizmetleri bağımlıların derneğe ve tedaviye uyumunu önceleyen bir çizgidedir. Bağımlılarda güven duygusunun yeniden oluşturulması için değerler eğitimi çerçevesinde çalışmalar yürütülmekte; günlük yaşamda kendi kendilerine yetebilme ve problemle başa çıkma gibi beceriler kazandırılmaktadır. Psikodinamik ve bilişsel tekniklerle yürütülen terapi hizmetleri ile bağımlıların kendi sorunlarına dair bilinç geliştirmeleri desteklenmektedir. Bununla birlikte birçok sosyokültürel, sanatsal ve sportif faaliyetle yeni yaşam motivasyonları oluşturulmaya çalışılmaktadır.
- **Koruyucu Önleyici Çalışmalar:** Yerel yönetimler ve lise ve üniversite düzeyindeki eğitim kurumları ile yapılan işbirlikleri çerçevesinde ailelere ve öğrencilere bağımlılık, iletişim, problem çözme stratejileri, çocuk gelişimi gibi konularda eğitimler ve seminerler verilmektedir. Ayrıca sosyal medya çalışmaları ile alanla ilgili farkındalık ve önleme faaliyetleri yürütülmektedir.

- **Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Platformu (TÜBAM-P):** Dernek koordinatörlüğünde 10 sivil toplum kuruluşunun yer aldığı Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Platformu oluşturulmuştur. Bir yıl içerisinde en az 50 sivil toplum kuruluşunun ve 50 bireysel katılımın olduğu bir platform olarak geliştirilmesi hedeflenen bu çalışmada en temelde Türkiye’de bağımlılıkla ilgili çalışan sivil toplum ve kamu kuruluşlarının, özel sektör uygulamalarının ve akademisyenlerin envanterinin çıkarılması ve kuruluşlar arası işbirliğinin geliştirilerek bağımlılık alanında etkin çalışmaların artırılması amaçlanmaktadır.

2.7.2.5. Bağımlılıkla Mücadele Danışmanlık ve Rehabilitasyon Merkezi (BAYAMER)

2015 yılında İstanbul Kalkınma Ajansı Bağımlılıkla Mücadele Mali Destek Programı çerçevesinde yürütülen “Bağımsız Yaşamın Rengi Projesi” kapsamında Küçükçekmece Belediyesi’nin açtığı bir merkezdir. Projenin genel hedefi bağımlılık riski taşıyan gruplar ve bağımlılar üzerine yoğunlaşarak, önleyici çalışmalar ve rehabilitasyon uygulamaları ile toplum sağlığı alanında iyileşmeyi sağlamaktır. Bu doğrultuda risk gruplarına yönelik önleme ve eğitim faaliyetleri düzenleme, tıbbi tedavisini tamamlamış bağımlıların maddeye geri dönüşünü engelleme adına rehabilitasyon çalışmaları ve hasta takibi ile bağımlılıkla mücadelede rol almaktadır (<http://bagimsizyasaminrengi.com/brosur.pdf>).

BAYAMER 15 yaş ve üzeri alkol ve madde kullanıcılarına ve bağımlılarına, sigara, kumar ve internet bağımlılarına ve bu bireylerin ailelerine yönelik ayaktan hizmet vermektedir. Telefon üzerinden iletişimle ya da doğrudan merkeze gidilerek randevu alınabilmektedir ve verilen hizmetlerin tümü ücretsizdir. Merkezde bağımlılık alanında eğitim almış uzman psikologlar ve psikiyatristler görev yapmaktadır. İşbirliği noktasında AMATEM, İlçe Kaymakamlığı, Emniyet Müdürlüğü ve okullarla ortak çalışılmaktadır. BAYAMER’in temel amacı alkol ve madde kullanıcılarına yönelik psikolojik ve sosyal destek sunmaktır. Bu amaçla bireysel danışmanlık ve aile danışmanlığının yanında bağımlılar ve yakınları için grup terapileri gerçekleştirilmektedir. Özellikle çocuklara ve gençlere yönelik olarak önleyici çalışmalar yürütülmektedir. Tedavi yöntemi belirlenmeden önce bireylerin bağımlılık düzeylerini ölçen testler kullanılmaktadır. Randevular üzerinden hizmetlerini düzenleyen BAYAMER’de kişiler madde etkisinde kabul edilmemektedir.

(Küçükçekmece Belediyesi, 2017)⁸. Merkezde yürütülen çalışmalar şu kapsamda özetlenebilmektedir:

- Alkol-madde kullanan kişinin kullanım düzeyinin saptanması ve tedavi gerekliliklerini belirlemesi
- Alkol ve madde kullanımını bırakma konusunda bilgilendirme ve cesaretlendirme
- Kullanımı bıraktıktan sonra yeniden kullanımı engellemek için gerekli becerilerin kazandırılması
- Madde kullanımına yönlendiren sorunların çözümlenmesi
- Kişinin yaşam planlamasını yapmasına yardımcı olma
- Bağımlılıkla ilişkili aile sorunlarının düzenlenmesi
- Topluma yeniden uyum noktasında sosyal desteğin sağlanması

2.7.2.6. Gençlik ve Aile Destek Merkezi (GADEM)

Kar amacı gütmeyen bir sivil toplum örgütü olan YENİDEN Sağlık ve Eğitim Derneği bünyesinde açılan Gençlik ve Aile Destek Merkezi(GADEM) 2004 yılında çocukların ve gençlerin sokakta yaşamasını ve madde kullanmasını önlemek amacıyla İstanbul'un Beyoğlu, Şişli ve Ümraniye bölgelerinde kurulmuştur. Toplum temelli müdahale yaklaşımını benimseyen bir model olarak GADEM çocuklara ve ailelere madde kullanımı ve bağımlılık ile ilgili danışmanlık vermekte, madde kullanıcıları ve ailelerine bireysel ve grup danışmanlığı yaparak psikososyal rehabilitasyon sürecine destek sunulmaktadır. GADEM'in hizmet verdiği gruplar şu şekildedir (<http://yeniden.org.tr/makale/184-yeniden-etkinlikler-genclik-aile-destek-merkezleri-projesi-gadem.html>):

- Risk altındaki çocukların aileleri
- 12-18 yaş arası çocuklar ve gençler
- Çocuğunun alkol veya madde kullandığını düşünen aileler
- Herhangi bir riskli davranış gösteren çocuklar(evden kaçan, suça itilen, şiddete meyilli, riskli cinsel davranış sergileyen, sürekli okuldan kaçan, istismara uğrayan vd.)
- Bu konu bilgi almak isteyen kurum ve kuruluşlar

⁸ Küçükçekmece Belediyesi, BAYAMER Tanıtım Videosu, Erişim Tarihi: 20 Haziran 2017 Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=Da-RnZaUsfo>

- Madde bağımlılığı konusunda bilgi almak isteyen aileler

GADEM merkezlerinde hizmet alan çocuklara ve ergenlere madde kullanımı, bağımlılık, kendine zarar verme, öfke kontrolü, stresle başa çıkma ve dürtü kontrolü ile ilgili psikolojik destek sunulmaktadır. Aileler ise ergenlik dönemi, çatışma çöze, olumlu davranışı cesaretlendirme gibi konularda danışmanlık sunulmaktadır. Bunların yanında ergenlerle çalışan kurumlara yönelik risk altındaki ergenlerin erken tespiti ve GADEM'lere yönlendirme konularında eğitim ve danışmanlık sunulmaktadır (<http://yeniden.org.tr/makale/184-yeniden-etkinlikler-genclik-aile-destek-merkezleri-projesi-gadem.html>).

GADEM'lere danışanlar genellikle okullardan ve yerel sağlık merkezlerinden yönlendirmelerle gelmektedir. Görüşmeler bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımı ve motivasyonel görüşme teknikleri çerçevesinde yürütülmektedir. Tıbbi tedavi desteğine ihtiyaç duyulan vakalar AMATEM ve ÇAMATEM merkezlerine yönlendirilmektedir (Aksoy ve Ögel, 2005).

2.7.2.7. Sosyal Rehabilitasyon Derneği

Sosyal Rehabilitasyon Derneği 2011 yılında Konya'da dezavantajlı gruplara yardım amacı ile kurulmuştur. Bu amaca yönelik olarak en temelde sokak çocukları ve engellilerin topluma kazandırılmasını sağlamak, her türlü madde bağımlılığına karşı mücadele etmek, gençlere yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapmak, bağımlı bireylere yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunmak ve ilgili kuruluşlarla işbirliği geliştirmek gibi faaliyetleri bulunmaktadır (REHADER, 2017).

Sosyal Rehabilitasyon Derneği bağımlılık tedavisinin tıbbi ayağında olan bireylere psikolojik, sosyal ve ekonomik destek vermektedir. Bu amaçla hem bireysel görüşmelerle hem de aile toplantıları ile motivasyonel çalışmalar yapılmaktadır. Konya AMATEM'de tedavilerine devam bireylere yönelik haftalık terapi faaliyetleri yürütülmektedir. Eski kullanıcılar ve ailelerinin katıldığı toplantılarla madde kullanan birey ve ailesinin tedaviye dair inancı geliştirilmektedir. Tıbbi tedavinin ardından normal yaşamına dönen bireylerde nüksü önlemek için takip çalışmaları yürütmektedir. İlgili tüm süreçlerde uzman psikiyatrist ve akademisyenler özellikle ailelere yönelik bilgilendirme çalışmaları yürütmektedir. Aileyi de rehabilitasyon sürecine dahil eden dernek aileyi psikososyal çalışmalarla güçlendirmeyi hedeflemektedir. Tıbbi tedavi sonrasında bağımlılara yönelik meslek edindirme çalışmaları ve hobi faaliyetleri gibi

alışmalar yürütölmektedir (Şener ve Küçükşen, 2017: 493). Bu anlamda yapılan çalışmalardan bazıları şunlardır:

- Semazen kursu
- Okuma yazma kursu
- Nakış, biçki, dikiş kursu
- Kuaförlük kurslar
- Kur'an Kursu
- Futbol okulu, yüzme, piknik etkinlikleri



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma betimleyici tarzda bir nitel araştırmadır. Nitel araştırma belirli bir konunun “ne kadar” ya da “ne kadar iyi” olduğunu araştırmaktan ziyade daha geniş bir bakışla olayların ve olguların “neden” ve “nasıl” gerçekleştiğine odaklanmaktadır. Dolayısıyla nitel çalışmada olayların sıklığı yerine niteliği araştırılmakta, bağlam ve olguların derinlemesine betimlemesi yapılmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2014: 234-235). Bu araştırmadaki temel hedef, alanda özgün olarak oluşturulmuş bir modelin niteliğini ölçmek olduğundan, çalışma herhangi bir nicel karakteristik içermemektedir. Aynı zamanda bu çalışma nitel araştırmaların temel özelliklerinden derinlemesine inceleme ve verileri doğrudan kaynaktan temin etme gibi özellikleri de taşımaktadır.

Çalışmanın temel yöntemi nitel araştırma modellerinden olan durum çalışmasıdır. Durum çalışması araştırmacının gerçek yaşamın içinden sınırları belirlenmiş bir durum ya da sistem hakkında gözlem, mülakat, görsel-ışitsel materyal, doküman ve rapor gibi çoklu bilgi kaynakları aracılığıyla derinlemesine ve detaylı bilginin toplandığı ve betimlendiği nitel bir yaklaşımdır (Creswell, 2013a: 97). Araştırmalarda durum çalışması yöntemi olayları meydana getiren ayrıntıları ortaya koymak, olaylara ilişkin açıklama geliştirmek ve olayları değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Gall ve ark., 1996; akt. Büyüköztürk ve ark., 2014: 249). Bu çalışma da alışmadık ve benzersiz yapıdaki durumların derinlemesine incelenmesine fırsat veren *içsel durum çalışması* yöntemi kullanılmıştır.

Çizilen teorik çerçeveden hareketle bu araştırmada Türkiye’de bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyon alanında özgün bir model olarak gelişen Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) derinlemesine incelenmiştir. Bu bağlamda modelin temel nitelikleri, işleyişi, sahada karşılık geldiği durum ve alandaki etkinliği ile ilgili çıkarımlar ve değerlendirmeler yapılmaya çalışılmıştır.

3.2. Veri Toplama Teknikleri

Nitel araştırmalar genellikle tek bir veri kaynağından ziyade mülakatlar, gözlemler ve dokümanlar gibi çoklu bilgi kaynaklarından beslenmektedir. Elde edilen veriler ise verilerin toplandığı tüm kaynaklara karşılık gelen kategori veya temalara göre

organize edip anlamlandırılmaya çalışılmaktadır (Creswell, 2013: 45). Bu araştırmada nitel veri toplama tekniklerinden *derinlemesine görüşme*, *katılımlı gözlem* ve *doküman inceleme* teknikleri kullanılmıştır.

3.2.1. Derinlemesine Görüşme

Nitel veri toplama tekniklerinden olan derinlemesine görüşme, açık uçlu soruların sorulduğu, dinlendiği ve cevapların kaydedildiği ve ilişkili ilave sorularla konunun detaylı biçimde incelendiği tekniktir. En temelde antropolojinin veri toplama tekniği olan derinlemesine görüşme günümüzde diğer sosyal bilim dallarında da kullanılmaktadır (Kümbetoğlu, 2015: 71-72).

Bu çalışmada veri toplamak için derinlemesine görüşme türlerinden *yarı yapılandırılmış görüşme formu* kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formları araştırmacının çerçevesi belirli olan soruların yanı sıra görüşmenin doğasına göre soruların çeşitlenebildiği ve soru sırasının değişebildiği formlardır (Turner, 2010: 8). İncelenen konunun ilgili boyutlarını kapsayan bu form herhangi bir yapılandırılmış biçimden çok kişiye göre soru biçimi, çeşidi ve sırası değişiklik gösterebilmektedir. Bu formu kullanan araştırmacı görüşme esnasında serbestçe bir başlık açabilmekte ve konunun akışı içinde yeni sorular sorabilmektedir. Fakat bunlar tüm önceden belirlenmiş konu başlıklarından uzak şekilde değil, asıl sorunlara odaklanarak yapılmaktadır (Kümbetoğlu, 2015: 75).

Bu araştırmada YEDAM'da meslek elemanı olarak çalışan katılımcılara ve idareci pozisyonda görev yapan katılımcılara ayrı olarak uygulanmak üzere iki soru formu oluşturulmuştur. Meslek elemanlarına yönelik hazırlanan formda 11, idareci kimliğiyle çalışmaya katılanlara 12 açık uçlu soru bulunmaktadır. Her iki soru formu da katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma süresi ve görev bilgilerini içeren bilgi formunu içermektedir. Meslek elemanlarına yönelik hazırlanan sorular daha çok uygulamayla ilgili soruları kapsarken idarecilere yöneltilen formda daha çok teorik ve işleyişle ilgili sorular yer almıştır. Görüşmelerin tümü araştırmacının kişisel cep telefonu ile ses kaydına alınmıştır.

3.2.2. Katılımlı Gözlem:

Nitel veri toplama tekniklerinden bir diğeri olan katılımlı gözlem araştırmacının katılımcıların davranışları ve etkinliğine ilişkin olarak araştırma yerinde notlar almasını

içermektedir. (Creswell, 2016: 190). Bu çalışmada katılımlı gözlem türlerinden *kısmi katılımlı gözlem* yöntem kullanılmıştır. Kısmi katılımlı gözlem araştırmacıya çalışmaya daha içeriden bir bakış geliştirmesine ve öznel veri edinmesinde yardımcı olmaktadır (Creswell, 2013: 167). Bu yöntem modelin fiziki şartları ile ilgili veri toplamak ve personellerin çalışma ortamlarındaki etkileşimlerini gözlemlemek amacıyla tercih edilmiştir. Nitekim araştırma süresinde araştırma yerinde gözlemler yapılmış, ilgili değerlendirme notları alınmıştır. Gözlem süreci görüşme yapılan süreler esnasında yoğun bir not alma çabası oluşturmamış; görüşmede herhangi bir olumsuzluğa sebebiyet vermemiştir.

3.3.3. Doküman İnceleme:

Doküman inceleme tekniği araştırma yapılan konuyla ilgili olarak görsel ve işitsel ortamlardan veri toplanmasını içermektedir. Doküman inceleme süreci; *dokümanlara ulaşma, kontrol etme, anlaşılma, analiz etme ve kullanma* olarak beş ana aşamada yürütülmektedir (Kümbetoğlu, 2015: 145). Bu kapsamda araştırma süresince YEDAM ile ilgili olarak el broşürleri, yıllık faaliyet raporları, istatistik içeren diğer raporlar ve tanıtım filmleri gibi materyaller incelemeye alınmıştır. Elde edilen veriler analiz edildikten sonra gerekli görülenler araştırma bulgularına eklenmiştir.

3.3. Araştırma Sahası

Saha araştırmasının yürütüldüğü Yeşilay Danışmanlık Merkezi, Yeşilay'a bağlı olarak hizmet veren bir kuruluştur. Yeşilay, 1920'de İngiliz işgal güçlerinin, işgale karşı direnen Osmanlı Devleti gençlerinin direnişini kırmak için İstanbul Limanına getirdiği ve bedavaya dağıttığı binlerce kasa alkollü içkiyle mücadele amacıyla dönemin Şeyhülislam'ı İbrahim Haydarizade'nin himayesinde Dr. Mazhar Osman Uzman ve arkadaşları tarafından 5 Mart 1920'de İstanbul'da "Hilal-i Ahdar" adıyla kurulmuştur (<http://www.yesilay.org.tr/tr/kurumsal/tarihce>). Kurulduğu günden bu yana bağımlılık alanında özellikle önleyici düzeyde önemli çalışmalar icra etmiştir. Uzun yıllardır sahip olduğu misyon ve yaptığı başarılı çalışmalarla bugün bir takım resmi imtiyazlar da kazanmıştır. Bu anlamda 1934 yılında kamu yararına çalışma statüsü kazanmış, 2012 yılında izin almadan yardım alabilecek kuruluşlar arasına girmiş ve bazı özel dernek ve vakıfların bazı vergilerden muaf olmasına ilişkin kanunla vergi muafiyeti kazandırılmıştır (Yeşilay, 2016: 51). Bugün ise Türkiye'de bağımlılık alanında hizmet üreten öncü kuruluşlardan birisidir.

Çalışmada araştırmacının doğrudan katılım göstererek verileri topladığı yer olan Yeşilay Danışmanlık Merkezi ise 2015 yılı Temmuz ayında danışmanlık hattı ile faaliyete başlamıştır. En temelde alkol ve madde bağımlısı bireylere ve ailelerine yönelik danışmanlık hattı, sosyal destek ve yüz yüze psikolojik danışmanlık üzerinden üç ayakta hizmet vermeyi amaçlamaktadır (<http://www.yesilay.org.tr/tr/projeler/detay/yesilay-danismanlik-merkezi-yedam>). Saha araştırmasında Yeşilay Danışmanlık Merkezinin tercih edilmesinin sebebi modelin sahip olduğu nitelikler çerçevesinde Türkiye’de bağımlılık alanında başarılı bir uygulama olduğuna dair inancımızdır.

3.4. Araştırma Grubu

Araştırma grubuna dahil edilen katılımcılar amaçsal örneklem yöntemine göre seçilmiştir. Amaçsal örneklem belirli bir özellik ya da kritere bağlı olarak seçilen birey veya grupların oluşturduğu örneklem türüdür (Black, 2002: 61). Nitekim nitel araştırmanın ardındaki temel fikirde araştırmacı, araştırma problemini tanımlamasına yardımcı olacak katılımcıları, görüşme yerlerini, dokümanları ve görsel-işitsel materyalleri amaca yönelik seçmektedir (Creswell, 2016: 189).

Bu çalışmada araştırma grubuna dahil olan katılımcılar YEDAM’ın Cerrahpaşa ve Üsküdar şubelerinde görevli personellerden seçilmiştir. Araştırmaya dahil olan toplam 11 katılımcının 10’u kadın biri erkektir. Bu kapsamda üçü idari sorumluluk taşıyan altı klinik psikolog, iki danışma hattında görevli psikolog, iki sosyal hizmet uzmanı ve bir halkla ilişkiler uzmanı ile görüşme yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 26 yaş iken YEDAM’da çalışma süreleri ortalama 12 ay bulunmuştur.

3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler betimsel analiz yöntemiyle incelenmiştir. Betimsel analizde amaç elde edilen bulguları araştırmacının yorumlarıyla düzenleyerek sunmaktır. Veriler araştırma sorularının oluşturduğu temaların yanı sıra gözlem ve görüşme süreçlerinde ortaya çıkan yeni temalarla da düzenlenebilmektedir. Bu türde görüşülen bireylerin görüşlerini daha çarpıcı biçimde sunmak amacıyla doğrudan alıntılar yapılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 256).

Bu araştırma süresince yapılan görüşmelerde toplam 367 dakikalık ses kaydı yapılmıştır. Bu kayıtların 243 dakikası çözümlenmiş ve 67 sayfa yazılı metin elde

edilmiştir. Elde edilen metinler ışığında araştırma sorularının ön gördüğü temalara erişildiğinden geriye kalan 124 dakikalık ses kaydı doğrudan yazılı metne dönüştürülmemiştir. Görüşme soruları ışığında belirlenen temalara ek olarak, elde edilen bu metinlerin ve gözlem notlarının katkılarıyla yeni temalar da oluşturulmuştur. Ana çerçevenin çizilmesinden sonra deşifre edilmeyen ses kayıtları, elde edilen temalara göre dinlenerek notlandırılmış ve bazı bilgiler dışarıda bırakılmıştır. Bu dinleme sürecinde gerekli görüldüğünde belirlenen temalara ek olarak yeni temalar da eklenmiştir. Bu sürecin sonunda bulgulara ilişkin doğrudan ya da dolaylı olarak yapılacak alıntılar belirlenmiştir. Kimi alıntılardan anlatımı kolaylaştırmak için konuşma dilinin getirdiği mükerrer ifadeler çıkarılmıştır. Ancak bu yapılırken dış müdahale minimal düzeyde tutulmuş, ifadeler doğallığında aktarılmıştır. Yapılan alıntılarla araştırma bulguları, belirlenen temalar ve alt temalar altında yeniden yorumlanarak sunulmuştur.

3.6. Saha Araştırması

Böylesi bir çalışma kurumsal bir takım boyutlar kapsadığından çalışmayla ilgili idari izinlerin alınmasının öncelenmesini gerektirmiştir. Bununla ilgili olarak çalışmanın saha süreci planlanmadan evvel Yeşilay genel merkezinden YEDAM'da çalışma yapılabileceğine dair 12.12.2016 onay tarihli kurum izni alınmıştır. İznin tamamlanması süresince ve sonrasındaki bilgilendirme ve planlama aşamalarında YEDAM genel koordinatörü ile üç kez telefon üzerinden, bir kez yüz yüze ve bir kez de e-posta yoluyla olmak toplam beş kez ön görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler kapsamında çalışanlarla yapılması planlanan görüşmelerin 02.05.2017-05.05.2017 tarihleri aralığında yürütülmesi konusunda anlaşılmıştır.

Araştırma verileri, belirtilen tarihler arasında, Yeşilay Danışmanlık Merkezi'nin İstanbul Cerrahpaşa genel merkezinde ve Üsküdar şubesinde ve mesai saatler içerisinde yapılan görüşmelerle toplanmıştır. Görüşmelerin çoğu katılımcıların şube içerisindeki çalışma odalarında gerçekleştirilirken bazı görüşmeler şube içinde görüşmeye uygun ortak kullanım alanlarında yapılmıştır. Bu noktada görüşme yapılacak mekânın seçiminde araştırmacıyı ve katılımcıyı rahatsız etmeyecek genişlikte ve ferahlıkta olmasına, kayıtlı ilgili olarak ses durumuna ve görüşmelerin üçüncü kişiler tarafından kesintiye uğratılması ihtimaline dikkat edilmiştir. Görüşmeler için çoğu kez gerekli mekânsal şartlar sağlanmışsa da kimi görüşmelerde dış sessin dezavantaj oluşturduğu ve

görüşmelerin üçüncü kişi tarafından kesintiye uğratıldığı durumlar olmuştur. Ancak bu durumlar verilerin temini noktasında herhangi bir aksaklığa neden olmamıştır.

Görüşmelerle ilgili belirlenen randevu tarihlerinden bir gün önce internet ortamından katılımcılara çalışmayla ilgili bilgilendirici bir ön metin gönderilmiştir. Görüşme yapmak için araştırma sahasına gidildiğinde ise kimi görüşmeler belirlenen kişi ve randevu saatinde yapılırken bazı görüşmeler araştırmacıdan bağımsız olarak kurum içindeki işleyleştiren kaynaklı şekilde belirlenen saatten daha geç başlamıştır. Her görüşme öncesinde araştırmacı çalışmanın amacı, önemi ve yöntemi hakkında bilgilendirmede bulunmuştur. Bununla ilgili olarak görüşmelerin öncesinde katılımcılardan kayıt izninin alındığı ve kayıtların amaç dışında paylaşılmayacağı taahhüdünü sunan bilgilendirilmiş onam formu üzerinde anlaşma sağlanmıştır.

Araştırmanın YEDAM şubelerinde mesai saatleri arasında yürütülmesi araştırma grubunun tercihiyle göre gerçekleşmiştir. Nitekim görüşmelerin araştırmacının hedeflediği aralıkta tamamlanması katılımcıların fiziken yakın bölgelerde bulunmasını gerektirmiştir. Bu anlamda görüşmelerin katılımcıların bir arada bulunduğu bir ortamda yürütülmesi görüşme planlamasını kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte araştırma sahasının YEDAM'ın hizmet verdiği merkezler olarak seçilmesi araştırmacıya şubelerin fiziki şartlarını, ulaşılabilirliğini ve çalışanların etkileşimini gözlemleme fırsatı sunmuştur. Aynı zamanda görüşmelerin kendi iş ortamlarında yapılmış olması katılımcıların kendilerini daha rahat ifade etmelerine yardımcı olduğu gözlemlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Genellenabilirliği

Nitel araştırmaların amacı bir olguyu derinlemesine incelemek olduğu için seçilen yöntem çalışmaya özgüdür ve seçilen grup geniş bir örneklemi temsil etmemektedir. Dolayısıyla nitel araştırmaların genellenebilirliği zayıftır. Nitekim bir olayın tekrar etmemesi sosyal olayların doğasında bulunmaktadır. Dolayısıyla nitel bir araştırmadan elde edilen bulguların diğer sosyal olaylara genellenmesi oldukça güçtür(Büyüköztürk ve ark., 2014: 235-246).

Bu çalışma da nitel bir perspektifle yürütülmüştür. Ele alınan konu alandaki teorilerin bağımlılığa özgün olarak yeniden yorumlanmasıyla oluşturulmaya çalışılan özgün bir modeldir. Bununla birlikte modelin beslendiği kurumsal alt yapı genellemenin yapılamadığı özel bir kuruluşla ilişkilidir. Dolayısıyla bu çalışma içerdiği özgün araştırma ve tartışma gereği genellemesi zayıf bir çalışmadır.

3.8. Araştırmanın Etiği

Nitel araştırmalar araştırma süresince sorulacak sorularla ve cevapların kaydedilmesi ile ilgili bir mülakat protokolünün kullanımını önermektedir (Creswell, 2016: 194). Bu çalışmada mülakatlar öncesinde katılımcı bilgilendirmiş onam formuyla beraber araştırmanın amacı, önemi, yöntemi, yazımı ve sunumu ile ilgili açıklayıcı bilgiler sunulmuştur. Ayrıca görüşmelerin ses kaydına alınması ve bu kayıtların bahsedilen amaç doğrultusunda taahhüt edildiği şekilde kullanılacağına dair karşılıklı anlaşma imzalanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Nitel araştırmaların temel sınırlılığı genellemenin mümkün olmamasıdır. Bu çalışma da nitel yöntemin doğasındaki bu sınırlılığı içermektedir. Bunun yanında araştırma için seçilen grup, bu çalışmanın bir sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Ancak araştırma bir model incelemesi olduğundan temel çerçeveyi sunacağı düşünülerek iki YEDAM şubesinde görevli çalışanlar ile görüşülmesinin yeterli olduğu düşünülmüştür. Nitekim veri analizi süresince fark edildiği üzere verilen kimi cevapların sıkça tekrar etmesi bu duruma ilişkin olarak yorumlanabilmektedir. Diğer yandan araştırmacının incelemek istediği dokümanlara kurumun izin verdiği ve paylaştığı ölçüde ulaşabilmiş olması veri toplama sürecindeki sınırlılıklardan biridir. Buna ilişkin olarak doküman analizi yöntemiyle elde edilen görsel ve işitsel verilere, araştırmacıdan bağımsız olarak öngörülen düzeyde ulaşamamıştır.

4. BULGULAR

Araştırma bulgularından elde edilen veriler toplamda on bir ana tema altında sunulmuştur. Kimi bölümlerde anlatımı güçlendirmek için katılımcıların cevaplarından doğrudan veya dolaylı alıntılar yapılmıştır. Yapılan görüşmelerinden sırasından hareketle katılımcılar M1, M2, M3 vd. şeklinde kodlanmıştır. Bu durumda görüşme yapılan ilk kişi M1 şeklinde kodlanırken on birinci görüşmenin yapıldığı katılımcı M11 şeklinde kodlanmıştır.

4.1. YEDAM'ın Kuruluş Süreci

Yeşilay Danışmanlık Merkezi(YEDAM) ilk olarak 2015 yılında 444 79 75 numaralı danışma hattı üzerinden İstanbul Kalkınma Ajansı, 2014 Çocuklar ve Gençler Mali Destek Programı kapsamında hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak alkol ve madde bağımlılığı konusunda destek almak isteyen kişilere ücretsiz olarak telefonla danışmanlık ve yüz yüze görüşmelerle psikolojik ve sosyal destek sağlanması, gerektiğinde tıbbi tedaviye yönlendirilmesi, topluma yeniden entegrasyonu için bireyin desteklenmesi ve bu kişilerin temiz kalmaya teşvik edilmesi hedeflenmiştir. Uygulamanın başlama süreci ile ilgili katılımcılardan M1 şunları ifade etmektedir:

“Yeşilay aslında artık neredeyse 100 yaşına yaklaşmış bir Sivil Toplum Kuruluşu ama bu rehabilitasyon alanında daha çok yeni var olmuş. Her zaman keşke bu kamuda farkındalık kampanyaları yapmak yerine bir de insanların hayatlarına dokunabildiğimiz bir alanda faaliyet versek diye düşünülüyormuş. Ve bununla ilgili çok da fazla telefon geliyormuş özellikle bizim genel merkezimize. Genel merkezde daha çok işte idari birimler eğitim, iletişim gibi o tür birimler var rehabilitasyonla ilgili bölüm yok. Bu telefonları da işte yönlendirme yapılıyor hastanelerin bilgileri veriliyor. En sonunda da 1,5 sene önce de Yeşilay'ın tüzüğü değiştirilerek artık rehabilitasyon alanında da var olacağız yani sadece koruyucu-önleyici çalışma değil aktif olarak tedaviye de gireceğiz diye bir madde ekleniyor. Bu şekilde 2015 yılında danışma hattıyla ilk adım atılıyor. Danışma hattında zannedersen 4 psikolog bir de genel koordinatörümüz görev yapıyor. Bu dönemde böyle ayrı bir birimde değil genel merkezde bir odada başlıyorlar. 5 ay kadar sadece bu danışma hattıyla götürülüyor, yüz yüze

görüşme kabul edilmiyor, sadece yönlendirme yapılıp, merkez açıldığında şu insanları çağırabiliriz diye isimler listeleniyor.”

Bağımlılık alanında daha çok koruyucu-önleyici kapsamda faaliyet yürüten bir kuruluş olarak Yeşilay’ın YEDAM öncesinde bağımlılık rehabilitasyonu ile ilgili olarak sahada herhangi bir çalışma yapmadığı bildirilmiştir. Tüzüğünde yapılan ilgili değişikliklerin ardından bağımlılık tedavi ve rehabilitasyonu alanına ilk kez YEDAM aracılığıyla katılmıştır. İlk olarak İstanbul Kalkınma Ajansı projesi kapsamında hataya geçirilen YEDAM 2015 yılı Temmuz ayından 2016 yılı Ocak ayına kadar Yeşilay Genel Merkez binasında yalnızca telefon ile danışmanlık ve yönlendirme hizmeti sunmuştur. Yalnızca telefon üzerinden hizmet sunulan bu süreç için katılımcılardan M9 şunları ifade etmektedir:

“...Oradaki amaç evet hem yönlendirme hem de aslında danışan profilinin oluşmasıydı. Bir noktada aslında bizim bir sonraki adımda nelere eğilmemiz gerekiyor, bizi arayan profil nasıl, nelere ihtiyaçları var bunları tespit etmek içindi. Dolayısıyla süreç bu şekilde başlamış oldu. Orada dediğiniz gibi daha hali hazırda terapistler olmadığı için ya da bir müdahale, tedavi programı olmadığı için orada kişilerin isimleri alınıyordu yani datalar alınıyordu saklanıyordu ilerleyen zamanlarda danışmanlık merkezimiz açıldığında sizlerle kontak kuracağız diye bilgi veriliyordu ve süreçleri takip ediliyordu. Eğer yapabileceğimiz bir şey yoksa da profile uymayan biri varsa hani mesela tıbbi bir süreç olabilir o zaman gerekli yerlere yönlendirmeleri sağlayıp takipleri yine aynı şekilde yapılıyordu.”

Bu sürecin ardından YEDAM’ın 2016 yılı Ocak ayında Üsküdar şubesine taşındığı ve yüz yüze terapi ve sosyal destek hizmetlerine başladığı öğrenilmiştir. Devamındaki süreci ise katılımcılardan M1 şu şekilde anlatmaktadır:

“...İlk başlarda tabi daha kısıtlıydı hasta sayımız çünkü pilot uygulama olarak yola çıktığımız için tanıtım yapmadık, reklam yapmadık nasıl gidecek diye ona baktık. İyi giden bir uygulamanın ardından da Ekim 2016’da Cerrahpaşa’dai YEDAM’ın genel merkezi açılıyor. Bu sefer tabi artık pilot uygulama bitiyor, daha büyük bir lansman yapılıyor; işte YEŞİLAY’a destek veren ünlüler vs. de çağrılıyor lansmana. Bu şekilde hasta sayısı da artıyor tabi neredeyse 2 katına çıkıyor. Cerrahpaşa’nın açıldığı gün de

Anadolu'daki ilk şubemizin protokolü imzalanıyor (Şanlıurfa, Eyyubiye Şubesi). Sonrasında 2017'de Başakşehir'den bir talep geliyor. 2 ay önce de Başakşehir ile protokol imzalandı, merkez açıldı aslında istihdamlar da yapıldı hatta oradaki arkadaşlar Cerrahpaşa'da başladılar, önümüzdeki hafta tamamen geçecekler.”

Katılımcıların ifadeleri ışığında YEDAM'ın yaklaşık 2 senelik bir uygulama olduğu görülmektedir. Başlangıçta İSTKA projesi olarak başlamış ve yalnızca telefon üzerinden danışmanlık ve yönlendirme hizmeti sunmuştur. Bu süreçte yüz yüze görüşmelerin yapılacağı ve sosyal destek hizmetlerinin sunulacağı danışan verileri toplanmış, danışan profillerine göre sonraki adımlar için gerekli planlamalar yapılmıştır. Ardından ilk olarak bugünkü Üsküdar şubesinin bulunduğu yerde danışanlarla birebir çalışmaya başlamıştır. Bu süreçte İSTKA projesi olmaktan sıyrılıp Yeşilay bünyesinde çalışan bir uygulamaya evrilmiştir. Bugün itibarıyla Cerrahpaşa genel merkezli olmak üzere toplam dört merkezle çalışmalarına devam etmektedir.

4.2. YEDAM'ın Kurumsal Yapısı

YEDAM idari açıdan en temelde Yeşilay genel merkezine bağlı bir birim olarak çalışmalarına devam etmektedir. Bunun yanında kendi içerisinde bir idari yapılanması da bulunmaktadır. Merkezlerde meslek elemanı olarak psikolog, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve halkla ilişkiler uzmanı görev yapmakta; her merkezin sorumluluğunu ve idaresini üstlenen süreç sorumlusu bulunmakta ve süreç sorumluları genel merkezde bulunan YEDAM genel koordinatörüne bağlı olarak çalışmaktadır. Süreç sorumlusu katılımcı M9 tarafından şu şekilde tanımlanmıştır:

“Süreç sorumlusu derken aslında o birimin başındaki kişi oluyor. O birimdeki işleri takip eden, gerekli görevlendirmeleri yapan, süreçle ilgili bir aksaklık olduğunda ekibin ilk danıştığı kişi koordinatörden önce süreç sorumlusu oluyor. Onlar herhangi bir görevlendirmeye gideceklerse mutlaka süreç sorumlusuna haber veriyorlar, uygunluk durumu beraber tespit ediliyor. Dolayısıyla yapılan iş, bekleyen iş ve biten işlerin hepsinin hâkim olduğu süreç, süreç sorumlusunun oluyor.”

Yeşilay genel merkezi ile idari ilişkiler YEDAM genel koordinatörü aracılığıyla kurulmaktadır. Genel koordinatörden sonra genel merkezde bağlı bulunan idari yapı ise

genel müdür yardımcısı, genel müdür ve genel başkan şeklinde devam etmektedir. Katılımcılardan M9 YEDAM ve Yeşilay arasındaki idari ilişkiyi şöyle açıklamıştır:

“...Genel koordinatörümüz olduğundan bahsettim, her birimiz ona bağlı olarak çalışıyoruz. Aynı şekilde şöyle oluyor sanki YEDAM Yeşilay’ın bambaşka bir birimi gibi çalışıyor hem ona bağlı hem de bir bağımsızlık söz konusu. Çünkü yaptığımız işler birbirinden farklı. Ne kadar kurumsal anlamda kendi içinde bir idaresi olsa da bir noktada onlara da bağlı oluyoruz. Yani Yeşilay’ın kuralları, misyonu ve yaklaşımı YEDAM’da da sağlanmış oluyor. Bazı noktalarda farklı esneklik yönleri de oluyor çünkü bağımlılık popülasyonu ile çalışmak demek aslında sizin de çalışma şartlarınızı ya da profilinizi etkilemiş oluyor.”

Bu anlamda YEDAM’ın idari açıdan Yeşilay genel merkezine bağlı çalışıyor olsa da kendi içinde merkezlerde görev yapan çalışanlarına, bağımlılık grubuyla çalışmanın getirdiği zorluklardan dolayı inisiyatif veren esnek bir yapılanmayı içerdiği öğrenilmiştir.

4.3. YEDAM’ın Teorik Altyapısı

YEDAM modelinin kuramsal altlığı ile ilgili soruların hepsinde katılımcılar modelin bilimsel çalışmaların ışığında geliştirildiğini ve tüm çalışmaların bu yönde yapıldığını ifade etmiştir. Bu konuyla ilgili olarak katılımcı M9 kapsayıcı biçimde konuyu şu şekilde ifade etmiştir:

“...Bununla ilgili birincisi Yeşilay’da bir bilim kurulumuz var ve orada pek çok hoca bu sistemin kurulmasında hepsinin attığı bir adım var. Aslında yaptığı araştırmalar, literatür taramaları, dünyada bu alanda bağımlılık tedavisinde neler yapılıyor, yerinde gezilip görülüyor ve hem akademik hem de halihazırda var olan sistemler görüp deneyimleniyor. Bunlar, sunumları yapıp belli bir süreçten geçtikten sonra bilim kurulunun da onayladığı doğrultuda sistem işlemeye başlıyor. Yani buradaki hiç bir şey en önemli şeylerden bir tanesi bu bence YEDAM’da bilime, kanıta dayalı olmadan devam etmiyor. Yani kendi kafanıza göre bence bu iyi gelir deyip sisteme entegre edemiyorsunuz. Hepsinin bilimsel bir açıklamasının olması gerekiyor.”

YEDAM modelinin bağımlılık alanında mevcut ekolleri ve yaklaşımları kendi misyonu ile harmanlayarak sistemine entegre etme üzere bilimsel altlığını oluşturduğu öğrenilmiştir. Bu anlamda YEDAM sistemi içerisinde kullanılması düşünülen yaklaşımların nasıl yürütüldüğü bilimsel veriler ışığında incelendikten sonra sisteme dâhil edilip edilmeyeceğine karar verilmektedir. Bu süreçler ise bağımlılık alanında çalışmalar yürüten akademisyenlerden oluşan bilim kurulu ile yürütülmektedir.

Bunların ışığında YEDAM modelinin önelediği teorik çizgi şu şekildedir özetlenebilmektedir:

4.3.1. Temel İlkeler

Yapılan doküman incelemeleri ve görüşmelere göre YEDAM'ın bağımlılık vakalarına yaklaşımda kabul ettiği temel ilkeler şu şekilde özetlenebilir:

- Bütüncül: YEDAM'da bağımlı için sadece ayıklık hedeflenmemekte, diğer tüm ruhsal, sosyal ve tıbbi sorunlarla ilgilenilmektedir. Çünkü YEDAM modeli bağımlılığın doğasındaki çeşitliliği ve karmaşıklığı kabul etmektedir. Bununla birlikte görüşme ve uygulamaların hiç biri kişi madde etkisinde iken gerçekleştirilmemektedir.
- Hümanistik: YEDAM modeli bağımlı bireyin tüm kişisel ve çevresel özelliklerden bağımsız olarak bir şekilde merkezi ziyaret etmesini önceleyen ve bunun için herhangi bir ön şart koşmayan bakışa sahiptir. Bununla ilgili olarak katılımcılardan M10 şunları ifade etmektedir:

“Her şeyden önce biz ne olursan ol yine de gel felsefesiyle, hümanistik bir yaklaşım prensibiyle kişiye yaklaşıyoruz. Bu temel prensipler de onlara her şekilde kapının açık olduğunu, kendilerini evleri gibi hissedecekleri bir yer açıyoruz bu da sisteme daha çabuk girmelerini, tedaviye daha çabuk girmelerini sağlıyor. Belli bir şart yok, illa maddeyi bırakmış olarak geleceksin buraya, ya da illa ki bırakma isteğin olmak durumunda değil gel yine de. Bir adım atmışsa içerde bir istek, bir gelişim vardır onu tutup yavaş yavaş sisteme dâhil etmeyi hedefliyoruz.”

- Yapılandırılmış olma: YEDAM modeli yapılandırılmış bir uygulamadır. Verilen hizmetlerin çerçeveleri net olarak oluşturulmuştur. Bu sayede çalışan meslek elemanının kişisel özelliklerinden en az etkilenecek yapıda çalışmaktadır.

- Bireyselleştirilmiş olma: YEDAM modeli her vakanın biricikliğini kabul ederek, kişiye özel, hizmet çeşitliliği olan ve herkesin faydalanacağı bir yaklaşım barındırmaktadır.
- Kanıtı Dayalı Olma: YEDAM modeli sadece bilimselliği kanıtlanmış müdahaleleri barındırmaktadır.
- YEDAM modeli destekleyici, etiketlemeyen ve yüzleştirmeyen bir yaklaşım benimsemektedir.

4.3.2. Uygulama Modeli

YEDAM modeli bağımlılık alanında uygulanan model ve yaklaşımlar üzere temellendirilmiştir. Yapılan uygulamaların teorik temellerini katılımcı M10 şu şekilde ifade etmektedir:

“Genel olarak şunu söyleyebilirim YEDAM’da verilen tüm hizmetler kanıtı dayalı hizmetlerdir. Bu anlamda bilimsellik bizim için önemlidir. Model oluşturulurken Basamaklı Tedavi Müdahale Yöntemi (Stepped Care Approach) ve toplum temelli müdahale yaklaşımı temel alınmıştır. Psikoterapi süreçlerinde uygulanan yöntemler ise Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT), motivasyonel görüşme ve farkındalık temelli yöntem üzerine kuruludur. Kanıtı dayalı dediğimiz şey şu, bağımlılıkta uygulanmış, psikolojik destek ve sosyal destek süreçlerinde uygulanmış ve etkinliği tespit edilmiş süreçler.”

Dolayısıyla YEDAM’ın öne çıkan teorik özellikleri toplum temelli tedavi yaklaşımı ve basamaklı tedavi müdahale yöntemi olarak iki ana hattı barındırmaktadır. Bunun yanında uygulamada bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme ve farkındalık temelli yöntemlerin kullanıldığı öğrenilmiştir.

YEDAM’da yürütülen uygulamaların hepsi yapılandırılmış şekilde ilerlemektedir. Uygulamada kullanılan yöntemlerin hepsi Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) Klinik Uygulama Kılavuzu ile uyumlu olarak yürütülmektedir. SAMBA’nın YEDAM çalışanları için önemini katılımcılardan M8 “...hani yabancılar Holy Bible derler ya kutsal kitap gibidir. Nasıl bizim DSM—5’imiz vardır bizim yol göstericimizdir burada da bağımlılıkta Türkiye’de SAMBA’dır.” şeklinde ifade etmektedir.

Bunların yanında bilişsel davranışçı terapide olan ödevli uygulamanın bağımlılık özelinde geliştirilmiş hali olarak Bağımlılıkta Değişim Defteri uygulaması da önemli bir teorik altlıktır. Katılımcılardan M10 bu uygulamanın YEDAM'a özgün olduğunu *"...Dünya'da da böyle bir uygulama yok. Rehabilitasyon alanında hizmet verirken Türkiye'deki ve dünyadaki uygulamaları da inceliyoruz hani bu kadar iddialı dememin sebebi bu. Dünya'da yedi ülke incelendi bu anlamda ve hiçbir uygulamada bunu görmedik en azından bize aktarılmadı ne bir yazılı kaynakta ulaştığımız bir şey var ne bizim incelemelerimizde"* şeklinde ifade etmiştir.

4.3.3. YEDAMSOFT

YEDAMSOFT YEDAM'a başvuran bağımlıların klinik ilk görüşme sonunda ayrıntılı analizlerini ve profilini çıkartan, YEDAM özelinde geliştirilmiş bir yazılımdır. Danışanla yapılan görüşmelerde YEDAMSOFT formunun kullanıldığı süreci katılımcı M9 şu şekilde anlatmaktadır:

"Aslında halkla ilişkilerde süreç başlıyor. Kişi psikoloğa uygunluk durumuna göre rastgele atanmış oluyor ve siz ekranda bunu görebiliyorsunuz. Ve o kişinin üstüne tıkladığınızda form otomatikman açılmış oluyor. Yani form aslında YEDAMSOFT üzerine entegre edilmiş şekilde. Halkla ilişkiler sadece randevuyu ayarlıyor. Terapistler kendi oturumlarına girdiklerinde randevusu olan danışanların isimlerini görüyor ve oradan tıkladıklarında görüşme yapılmadıysa eğer boş bir şekilde YEDAMSOFT'ta forma ulaşmış oluyorlar ve görüşmeye geldiklerinde formu tıkladıklarında danışanla beraber o formu dolduruyorlar. Formu doldurduktan sonra en son kaydet, rapor al dediğimizde bizim önümüze bir rapor çıkmış oluyor. Bu raporu hem biz klinisyenler değerlendiriyoruz aynı zamanda da danışanla beraber bunu paylaşıyoruz."

YEDAMSOFT ilk görüşme sonucunda psikoterapistlerin vakayı genel bir çerçevede tanımasına ve değerlendirmesine imkan sunmakta; sonraki süreçlerde yapılması gerekenleri planlamasına yardımcı olmaktadır. YEDAMSOFT'un bu niteliğini katılımcı M8 şu şekilde ifade etmektedir:

"...Evet, YEDAMSOFT'taki soruların hepsi yapılandırılmıştır, bütün YEDAM'larda aynıısı kullanılır. YEDAMSOFT bize o içinde bulunan sorunları verir hem de kişiyle ilgili profili çıkarır ortaya. Her bağımlının

profili farklı farklı oluyor. Şöyle kiminin daha uzun bir madde geçmişi oluyor kiminin daha kısa ama daha yoğun. Ya da kiminin maddeyle tanışıklığında arkadaş ortamının etkisi var kiminin öfke kontrolü zayıflığı var. Bu gibi durumlarda YEDAMSOFT bize nasıl bir yol izlememiz gerektiğini gösteriyor ilk aşamada.”

YEDAMSOFT’ta meslek elemanlarının kullandığı formlar şu şekildedir:

- Klinik İlk Görüşme Formu: İlk başvuruda klinik ilk görüşmeye ve danışana ait ayrıntılı bilginin alınması için kullanılan formdur. Danışanın bağımlılık şiddetini, ruhsal durumunu, kişilik özelliklerini ve travma öyküsünü değerlendirir. Sonuçlar hesaplanıp risk ve ihtiyaçlar raporu çıkar, buna göre tedavi haritası çizilir. (Bağımlılık Profil İndeksi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış BAPİSOFT temel alınarak geliştirilmiştir)
- İzlem Formu: Haftalık takip seanslarından sonra danışanın alkol/madde kullanım sıklığı, aile ilişkileri, yaşam düzeni, ruhsal durumu gibi kriterleri değerlendiren formdur.
- Aile Değerlendirme Formu: Ailenin tutum, iletişim ve ebeveynlik becerilerini değerlendirildiği formdur.
- Kişİ Dışında Görüşme Formu: Danışanın kendisinin gelmediği durumlarda aileden danışanın madde kullanımı ve ruhsal durumuyla ilgili değerlendirmelerin alındığı formdur.
- Sosyal İnceleme Raporu(SİR): YEDAM danışanları sosyal destek hizmet süreçlerine yönlendirildiğinde sosyal hizmet uzmanlarının ilk görüşmede uyguladıkları danışanın sosyal, ekonomik, mesleki ve akademik durumunun analiz edildiği formdur. Aileye ve bireye ayrı ayrı uygulanır. YEDAM modeli çerçevesinde objektif bir form olarak geliştirilmiştir.
- İş-Kur Formu: YEDAM danışanlarının sosyal destek hizmetleri sürecinde işe yerleştirme ihtiyacı tespit edilen vakaların; İŞKUR görüşmesi kapsamında danışanın yetenek-beceri ve geçmiş iş tecrübelerinin değerlendirildiği formdur.

Bunların yanında YEDAMSOFT’un uzun vadede YEDAM modeline veri toplama ve raporlama konusunda önemli katkı sağlayacağı da katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu durumu katılımcı M10: “...Bu da aslında ciddi bir veri tabanı

oluşturuyor bize. Kaç kişi başvurdu, hangi maddeleri kullanıyor, kaç yaş aralığında, cinsiyet durumu nedir, bağımlılık düzeyi nedir bunlarla ilgili ciddi bir veri tabanı sunuyor” şeklinde dile getirmiştir.

4.4. YEDAM’da Görevli Meslek Elemanlarının Sunduğu Hizmetler

YEDAM modelinde yer alan meslek elemanlarından danışma hattı psikologları ve halkla ilişkiler birimi yalnızca genel merkezde bulunurken, klinik psikolog-psikoterapist ve sosyal hizmet uzmanı her YEDAM şubesinde bulunmaktadır. Bununla ilgili olarak katılımcılardan M1: *“Bir merkezde çekirdek kadro şöyle oluyor daha çok: Bir klinik psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanıyla siz bir şube açabilirsiniz, bu ikisinin olması çok önemli”* şeklinde YEDAM için temel meslek elemanlarının klinik psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları olduğunu ifade etmiştir. Meslek elemanlarının görevleri ve yaptıkları uygulamalar şu şekildedir:

4.4.1. Psikolog

YEDAM modelinde görev yapan psikologlar eğer klinik psikolog değil ise yalnızca danışma hattında görev yapmaktadır. Bu psikologların görevleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Telefonları Yanıtlama: Danışma hattı psikologları telefon ile yapılan görüşmelerini yapılandırılmış görüşme formları üzerinden yapmaktadır. Bu görüşmeler bağımlının ailesi veya çevresinden biriyle yapılıyorsa bağımlılık nedir, tedavisi nasıl yürütülür, kişi tedaviye nasıl yönlendirilir vb. konularda bilgilendirme yapılırken bağımlının kendisiyle yapılıyorsa genellikle kişiyi bağımlılığa dair bilinçlendirme ve tedaviye yönelik motive etme amacı taşımaktadır. Eğer kişi YEDAM’ı ziyaret edebileceği bir bölgede ise kişinin merkeze davet edilmesi öncelenmektedir. Bununla birlikte kişi tıbbi tedaviye ihtiyaç duyuyorsa ya da sigara, kumar ya da teknoloji bağımlılığı gibi YEDAM’ın doğrudan hizmet sunmadığı alanlar ile ilişkili ise ilgili kurumlara gerekli yönlendirmeler yapılmaktadır.
- Eğitim Görevlendirmeleri: Danışma hattı psikologları Yeşilay’a ya da YEDAM’a gelen eğitim taleplerini karşılama hususunda denetimli serbestlik şubeleri, ortaokul, lise ve üniversite düzeyinde eğitim kurumları, diğer sağlık birimleri gibi kurum dışı yerlere süreç sorumlusunun görevlendirmesi üzerinde eğitim vermeye gidebilmektedir.

- Kurum İçi Eğitim: Danışma hattı psikologları YEDAM modelinin kurum içi süpervizyon eğitimlerine katılması beklenmektedir. Aynı şekilde YEDAM çalışanlarının kendi aralarında belirli periyotlarla yaptığı eğitim ve sunumlarda rol almaktadırlar.
- Bunların dışında grup terapilerinde terapist ya da co-terapist olarak görev almaktadırlar.

Danışma hattında görev yapan meslek elemanları yalnızca psikologlardır. Danışma hattında psikologların hangi rollerle bulunduğunu ve neden bu yönde bir tercih olduğuna dair soruyu katılımcı M6 şu şekilde cevaplamıştır:

“...Biz genellikle ailelerle muhatapız ve burada belki psikolog değil de bir sekreter veya alanda uzman olmayan veya kişilere yaklaşım konusunda çok bilgisi olmayan, hassasiyeti olmayan birisi olsaydı daha farklı şeyler yaşanabilirdi. Çünkü bizi arayan kişiler genelde dolmuş, hani duygusal bir yük var üzerlerinde ve bunu boşaltmak için de arayabiliyorlar. Dolayısıyla bizim orada onların duygularını anlayabilmemiz, karşılayabilmemiz, uygun tepkileri verebilmemiz, gerektiğinde sakinleştirmemiz veya çok acil bir durumu varsa hani kendisini ifade etmek anlamında yüz yüze görüşme için buraya çağırıyoruz mesela kişi dışında. Dolayısıyla psikolog olmanın bence burada öyle bir anlamı var. Belki hastanın kendisi aradığında motivasyonu düşükse veya intiharla ilgili bir risk varsa yine orada rollerimizi sergiliyoruz.”

Yine danışma hattında görevli psikologlar lisans eğitimini tamamlamış ve yüksek lisans eğitimine devam eden kişilerden oluşmaktadır. Bu anlamda YEDAM modeli danışma hattı psikologlarının mastır eğitimine devam etmelerini beklemektedir. Bununla ilgili olarak YEDAM’ın aynı zamanda psikoterapistlerini kendi içinde yetiştirme gibi bir amacının olup olmadığı sorulduğunda resmi olarak böyle bir amacın bulunmadığı ancak bu yöndeki bir eğilimin model için daha sağlıklı olduğu ifade edilmiştir. Katılımcılardan M6 bu durumla ilgili olarak şunları ifade etmektedir:

“...Yeni mezun birisi olarak psikoloji okuyan birisi çok fazla danışan görmeye hazır olmuyor çünkü birçok alt alan var. Dolayısıyla bir uzmanlık gerektirdiği için kendi içinde YEDAM’ın bağımlılık uzmanlarını yetiştirdiği de doğru.” Bir diğer katılımcı M2 ise bununla ilgili olarak *“...Şimdi onlar*

yüksek lisans yapıyorlar ve bitirdiklerinde o alanda yapıyorlarsa klinik psikolog olacaklar dolayısıyla onlar da psikoterapiye geçecekler. Ama şöyle bir şey değil bu danışma hattı alt basamak da üstü psikoterapi gibi değil sistemler farklı sadece geçtiğimiz yol o. Yani terapi yapabilmek için öyle bir ehliyet lazım yani etik olan o.”

4.4.2. Klinik Psikolog-Psikoterapist

YEDAM modelinde psikolojik destek biriminde çalışan klinik psikolog-psikoterapistin görevleri şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Yüz Yüze Görüşme: Klinik psikolog-psikoterapistler danışan ve ailesiyle yapılan yüz yüze görüşmeleri yapmakta ve danışan takibi yapmaktadır. Bu anlama vaka sürecinde planlanan psikoterapi uygulamalarını yürütmektedir. Ödev verme, pekiştireçlerin uygulanması, hayır deme becerisi geliştirme, anksiyete ve depresyon düzenlemesi, farkındalık temelli uygulamalar ve motivasyonel görüşmeler gibi çalışmalar yapmaktadır.
- Danışan ve aileleriyle yapılan grup terapilerini ve aile görüşmelerini yürütmektedir.
- Kurum İçi Eğitim: Klinik psikolog-psikoterapistler kurum içi süpervizyon eğitimlerine katılmaları beklenir. Yine YEDAM çalışanlarının kendi aralarında belirli periyotlarla yaptığı eğitim ve sunumlarda rol almaktadırlar. Bunun yanında merkeze yeni katılan meslek elemanlarına süpervizyon desteği vermektedir.
- Bunların yanında süreç sorumlusu olarak idari anlamda merkezin raporlamasını yapmak, oryantasyon eğitimi vermek, ilgili birimlerle iş birliği görüşmelerine katılmak gibi görevleri bulunmaktadır.

4.4.3. Sosyal Hizmet Uzmanı

YEDAM modelinde sosyal hizmet uzmanı bağımlılık tedavisinin üçüncü basamağı olan sosyal destek biriminde görev almaktadır. Bu anlamda yaptığı çalışmaların bütünü bağımlılık tedavisinin üçüncü basamağına erişmiş bireylerin sosyal uyumu ve topluma yeniden katılımı ile ilişkilidir. Bu çerçevede YEDAM’ da görevli sosyal hizmet uzmanının görevleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sosyoekonomik ve Akademik Görevler: Danışana ekonomik, akademik ve sosyal destek sağlamaktadır. Bağımlının eğitim yaşamına yeniden katılımı için

bilgilendirme ve yönlendirme, yasal süreçlerle ilgili danışmanlık, barınma ve ulaşım desteği sağlama, istihdamıyla ilgili olarak gerekli İş-Kur bağlantılarını yürütme ve mesleki eğitim kurslarına yönlendirme; spor, müzik, kaligrafi, diksiyon vb. kurslarla ve atölye faaliyetleri ile boş zaman değerlendirme becerisi kazandırma ve hobi edindirme; danışanın sağlık güvencesi ve diğer sosyal hakları ile ilgilenme ve sosyal uyum noktasındaki diğer konularda danışmanlık ve rehberlik sunma gibi görevleri bulunmaktadır. Bunlarla beraber sosyal destek ayağına erişemeyen danışanların önceki süreçlerdeki sosyal güvenlik sorunları ile ilgilenmektedir.

- Vakaların sosyal inceleme görüşmelerini yapmakta ve takibini yürütmektedir.
- Kaymakamlıklar, belediyeler, İSMEK, halk eğitim merkezleri, gençlik merkezleri gibi kuruluşlarla yürütülen iş birliği görüşmelerinde etkindir.
- Eğitim Görevlendirmeleri: Yeşilay'a ve YEDAM'a gelen eğitim talepleri doğrultusunda ortaokul, lise ve üniversite düzeyinde okullara, sağlık kuruluşlarına, belediyelere vb. kuruluşlara süreç sorumlusunun görevlendirmesi üzerine eğitimler vermektedir. Yine kurum içi süpervizyon eğitimlerine katılması beklenmekte; kurum çalışanlarına belirli periyotlara ilgili konularda sunumlar yapmaktadır.
- Ekip içi organizasyonlarda görev almaktadır.

4.4.4. Halkla İlişkiler Uzmanı

Halkla ilişkiler uzmanı modelin mevcut haliyle yalnızca YEDAM genel merkezi olan Cerrahpaşa'da görev yapmaktadır. Cerrahpaşa, Üsküdar ve Başakşehir şubelerinde sorumlu olarak çalışmakta; il dışı şubeler için yalnızca yönlendirme yapmaktadır. YEDAM modelinde halkla ilişkiler uzmanının görevleri şunlardır:

- Danışma hattından randevu için gelen aktarılan telefonların girişlerini yapmak.
- YEDAM'a devam eden danışanların randevu değiştirme ve iptali gibi konularda sabit hattan yaptığı aramaları yanıtlamak,
- Psikoterapi randevularını oluşturmak ve takibini yapmak,
- Şubeye gelen danışanları karşılamak

4.4.5. Pilot Uygulama: Mobil Ekip

YEDAM modelinin yakın zamanda başlattığı ve sisteme entegre etmeye çalıştığı bir uygulama olarak mobil ekip bir ex-user ve bir psikologdan oluşmaktadır. Bu çalışmanın temel amacını katılımcı M1 şöyle ifade etmiştir:

“Daha çok aslında danışanların riskli çevrede mi yaşıyor, ailede bir durum var mı bağımlılığını şiddetlendirecek gibi gözlemleri yapacak. O da şimdilik pilot uygulama olarak hayata geçiyor. O nedenle şuan sadece bize gelen danışanlar üzerinden çalışacak. Sonrasında asıl amacımız riskli mahalleye gitsin, tanıtım yapsın olmadı oradan danışan getirsin şeklinde.”

4.4.6. Pilot Uygulama: YEDAM Atölye

YEDAM modeline entegre edilmeye çalışılan bir uygulama olarak YEDAM Atölye ile danışanların sosyal destek sürecinden daha aktif faydalanmaları hedeflenmektedir. YEDAM Atölye'nin temel niteliğini katılımcılardan M10 şöyle anlatmaktadır:

“YEDAM Atölye şuan pilot uygulamada olan bir merkez. Bağımlıların gündüz saatleri içerisinde sabah gelip akşama kadar vakit geçirebilecekleri bir yer. Aslında buradaki amaç şu: dışarıda bağımlı, çevresinde bulunup kendi başına baş etmede zorlanıyorsa burada vakit geçirsin.”

YEDAM Atölyenin temel hedefinin danışanlarının sosyal uyumunu arttırmak olduğu; bu kapsamda pilot uygulamada kuaför atölyesi, grafik tasarım kursu ve aşçılık kursunun olacağı bildirilmiştir. Katılımcı M10'a göre YEDAM Atölye danışanların sosyalleşmelerine ve hobi geliştirmelerine yardımcı olacak bir merkez olarak sosyal destek ayağının güçlendirilmesine katkı sunacaktır.

4.5. Danışanın YEDAM'a Başvuru Süreci

Danışanların YEDAM ile ilk teması katılımcıların genelinin ifade ettiği şekilde danışmanlık hattı üzerinden olmaktadır. Katılımcı M1'e göre danışanın ilk teması sonrasındaki süreç şöyle özetlenebilmektedir:

“Daha çok danışma hattı üzerinden danışanlarımız geliyor. İnternette danışma hattının reklamını görüyorlar ya da bir yerde reklamı görüyorlar ya da Yeşilay'ı araştırırken bir şekilde karşılarına çıkıyor. Ama danışma hattını aramadan işte burada diyelim tabelamızı gördü, kapımızı çalıp, bilgi alıp direk randevu alarak da gelebiliyorlar. Danışma hattından geldiğini düşünelim oradaki arkadaş eğer arayan kişi İstanbul'da ise ya da YEDAM merkezinin olduğu bir yerde ise hemen uygun kişiyle randevu oluşturuyor. Klinik psikolog ilk görüşmede yaklaşık 1,5 saat sürüyor klinik

değerlendirme. Orada bir değerlendirmesini yapıyor sonrasında da haftalık psikoterapi seansları başlıyor. Sosyal destek danışanın durumu biraz daha stabil hale geldikten sonra devreye giriyor çünkü yoksunluk belirtileri olabiliyor, biraz daha ruhsal destek gerekebiliyor ama diyelim tıbbi yönlendirme yapılacak sosyal güvenliği yok o noktada daha ilk görüşmenin sonunda sosyal destek devreye girebiliyor. Biraz vakaya göre değişen bir durum var.”

Danışanın YEDAM’a ilk geliş süreçleri ile ilgili kamu spotlarının ve ilgili kuruluşlarının yönlendirmelerinin etkili olduğu öğrenilmiştir. Katılımcılarından M3 konuyla ilgili şunları ifade etmiştir:

“Başvuruları genelde ailelerinin araştırmaları şeklinde oluyor. Aileler de internet üzerinden araştırıyorlar, bazen de kamu spotlarında Yeşilay’ı görüp Yeşilay’da bir araştırmaya girdiklerinde YEDAM’ı buluyorlar. Ya da bu konuyla ilgili daha önce bir sürü başka yerlere başvurmuş oluyorlar ve onlar bizi öneriyorlar. Kaymakamlığa gidiyorlar mesela kaymakamlıklar bizi öneriyor ya da AMATEM vs. Genelde bu tür çevreden duyma, internet üzerinden araştırma üzerinden geliyor başvurular.”

YEDAM ile ilk teması kuran danışanın psikolojik destek sürecine geçiş yapabilmesi için tıbbi tedaviye ihtiyaç duymuyor olması beklenmektedir. Bu değerlendirme süreci katılımcı M8 tarafından şöyle ifade edilmiştir:

“Danışma hattından kişi telefon açıyor gerek yakını ya da gerek kişinin kendisi kendi ağzıyla ben yardım istiyorum diyor. Arkadaşlarımız öncelikle nereden geldiklerini, durumlarının ne olduğunu, bağımlılıklarının ne düzeyde olduklarını ölçüyorlar, bu kişi için psikoterapi uygunsu belli başlı onların da ölçütleri var yani kullandıkları belli bir kılavuz var. Örneğin ne kadar zamandır kullanıyor bunun bilgisini alır, hangi maddeleri kullandı, hangi belirtileri gösterdi, yoksunluk belirtilerini gösterdi mi, dünya çapında kullanılan yedi tane kriter vardır bağımlılıkla ilgili bu kriterlere uyuyor mu uymuyor mu gibi. Kişi İstanbul’da ve ulaşabileceğimiz bir yerde ise ve gerçekten çok büyük bir yoksunluk belirtisi yoksa ve ayık gezebiliyorsa psikoterapiye yönlendiriliyor tabi ki.”

Eğer danışan psikoterapi hizmetlerinden önce tıbbi tedaviye ihtiyaç duyuyorsa

YEDAM tarafından gerekli merkezlere yönlendirilmelerinin yapıldığı öğrenilmiştir. Bununla ilgili olarak katılımcı M1 “...Onun dışında AMATEM’ler ile protokolümüz var danışan yönlendiriyoruz ama orada da sadece yönlendirme boyutunda kalıyor yani YEDAM’dan gelene bir öncelik gibi bir şey tanınmıyor” şeklinde durumu anlatmıştır. Tıbbi tedaviye ihtiyaç duyulması durumunda AMATEM ile çalışma protokolünün bulunduğu bildirilirken bunun YEDAM’dan AMATEM’e giden bağımlıya herhangi bir öncelik verilmediği öğrenilmiştir.

Kronolojik bir özet yapıldığında YEDAM’a hizmet almaya gelen bir danışanın ilk teması genellikle danışma hattı üzerinden sağlanmaktadır. İlk görüşmeden sonra tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan danışanın ilgili birimlere yönlendirilmesi yapılmaktadır. Klinik ilk görüşmenin ardından yapılan değerlendirmeye göre eğer danışan YEDAM’daki psikoterapi süreçlerinden fayda sağlayabilecek durumda ise psikolojik destek süreci başlatılmaktadır. Bu süreci danışan ve terapist işbirliği halinde planlamakta ve yürütmektedir. Psikolojik destek sürecinin ardından durumları daha stabil hale gelen danışanlar tedavinin sosyal ayağına geçiş yapmaktadır. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanları danışanın ihtiyacına göre ekonomik, akademik ve sosyal desteğin sağlanması için çalışmalar yürütmektedir. Danışanın toplumsal yaşama yeniden katıldığı süreçle beraber vaka sosyal hizmet uzmanı tarafından belirli periyotlarla takip edilmektedir.

4.6. YEDAM’da Çalışan Meslek Elemanlarının Uygulama Sürecinde Karşılaştığı Zorluklar

Katılımcıların uygulama sürecinde karşılaştıkları zorluklarla ilgili soruya verdiği cevaplar aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Danışanlar kimi zaman görüşmelerde yalan söylemekte, özellikle madde kullanımı ile ilgili sorularda gerçeği gizleyebilmektedirler. Bu anlarda ailenin beyanı ile danışanın beyanı çelişkili olabilmektedir. Bunun yanında katılımcı M2 kimi durumlarda danışanın istemeden de olsa gerekli cevabı veremediğini “*Danışanların çoğunda duygu, düşünce ve davranış ayrımı yok. Ne düşündüğünü sorduğunuzda ne hissettiğini söyleyebiliyor*” şeklinde ifade etmektedir.
- Danışanın görüşme esnasında planlanan konuyu konuşmak istemediği durumlar yapılandırılmış süreci bozduğundan terapisti zorlamaktadır.

- Klinik görüşmelerde danışanın hiç rastlamadığı bir maddeyi, yeni bir formla kullandığı vakalar terapist için zorlu olabilmektedir.
- Danışanların yaşam tarzları onlara yeniden ulaşmayı ve vaka takibi yapmayı zorlaştırmaktadır. Bu anlamda danışanların numaralarını değiştirmeleri, telefonlarını satmaları, farklı şehirlere gitmeleri gibi davranışları vaka tabinde sorun oluşturmaktadır.
- Danışanların kayma yaşadığı durumlar süreci başa döndürdüğünden zorlu olmaktadır. Bu durumlar kimi zaman meslek elemanının motivasyonunu da düşürebilmektedir.
- Katılımcı M4'ün ifadeleriyle *“toplumun onları dışladığı gibi onların da toplumu dışladığı”* vakalarda sosyal uyum çalışmaları daha zorlu olmaktadır.
- Danışma hattında bağımlının tedaviyi istemediği ve ailenin iletişime kapalı olduğu vakalarda kişinin tedaviye yönlendirilmesi ve ailenin belirli konularda ikna edilmesi meslek elemanlarını zorlamaktadır.
- Resmi kuruluşlarla telefon üzerinden yürütülmesi gereken vaka takipleri, kimi zaman iletişim noktasında yaşanan sorunlardan dolayı zorlu olmaktadır.

4.7. YEDAM'da Çalışan Meslek Elemanlarının Uygulama Sürecindeki Zorluklarla Baş Etme Yöntemleri

YEDAM'da görevli meslek elemanlarının sorunları çözmede ve mesleki tükenmişlikle baş etmede kullandığı yöntemle ilgili soruya katılımcıların verdiği cevaplar *kurum içi güçlü etkileşim, ekip uyumu ve süpervizyon desteği* olarak sıralanabilmektedir. Bu anlamda çalışma kadrosunun genç ve dinamik olması, ekip uyumunun güçlü olması, modelin çalışanların mesleki gelişimine katkı sunması ve yeniliğe açık olması ve haftalık süpervizyon desteği çalışanların karşılaştıkları zorlukları aşmalarında yardımcı olmaktadır. Bununla ilgili olarak katılımcı M8 şunları ifade etmiştir:

“YEDAM'dan da şöyle bir destek aldım. Şimdi buradaki arkadaşlarım genç, hepimiz burada tecrübe edinme aşamasındayız ama hepimizin güzel birikimlere sahip olduğumuzu düşünüyorum, hep pozitif bakış açımız var hepimiz birbirimizi ve kendimizi geliştirmeye geldik buraya. Ben takıldığım noktalarda diğer psikoterapist arkadaşlarla çok fikir alışverişinde bulunuyorum. Buraya ilk geldiğimde burası bir okul gibidir denilmişti gerçekten öyle.”

Mesleki tükenmişle baş etme ile ilgili olarak ise yukarıdaki başlıklara ek olarak katılımcılardan M2 “...Burası bir iş yeri, yani sabah geldiğimde burada mesai başlar ve iş bittiği zaman mesai de benim için biter. Yapmam gereken bir iş varsa iş yerinde kalırım, işimi bitiririm gece geç saate kadar kalacaksam yani 7-8 de çıkarım ama burada işimi bitiririm ve giderim. Tabi ki öyle olunca kendinizi koruyabiliyorsunuz yani iş benim için evde devam etmiyor” şeklindeki bireysel yaklaşımını sunmuştur. Bireysel bakışı gösteren bir diğer cevap ise katılımcı M3’ten şu şekilde alınmıştır:

“Bu alanda çok fazla çabuk demoralize olmaya izin vermemek gerekiyor. Danışanın ilerleyişinin sürekli olumlu olmasına kendinizi çok fazla kaptırmamak gerekiyor. Çünkü çok fazla gel-git yaşanabilecek bir alan biraz bunu bilerek ortaya çıkmak gerek. Bir de ufak kazanımlarla psikoterapistin mutlu olması gerekiyor yani danışanın ufak kazanımlarıyla benim tatmin olmam gerekiyor ki benim de motivasyonum yüksek olsun. Yoksa madde bağımlısıyla çalışıyoruz, en ufak bir kayma yaşadığında bunu ben başarısızlığım olarak atfetmiyorum kendime bunu süreçte olabilecek bir şey olarak düşünüyorum.”

Bu anlamda çalışanların profesyonel mesleğin sınırlılıkları ile ilgili olarak işi iş yerinde bırakarak kendilerini koruyabildikleri, bağımlılık tedavisinde beklentiyi gerçekçi seviyede tutarak hayal kırıklığı hissinden uzak kalabildikleri öğrenilmiştir.

4.8. YEDAM’a Gelen Vakalar Üzerine Genel Bir Değerlendirme

YEDAM’ın İstanbul şubelerinde çalışılan vakalardan hareketle modelin daha çok hangi maddelerle ilgilendiği, hangi tür aile profilleri ile çalıştığı, tedavi sürecinde aileyle işbirliği düzeyi ve ulaştığı sonuçlarla ilgili çıkarım yapmak mümkün olmuştur. Bu çıkarımlar genel itibarıyla YEDAM’ın çalıştığı hedef kitleye dair pratik bir kavrayış sunması açısından önemli görülmektedir.

4.8.1. En Sık Karşılaşılan Maddeler

YEDAM’a gelen vakalarda en sık karşılaşılan maddeler sorulduğunda katılımcıların hepsi ilk sırada bonzainin olduğunu ifade etmiştir. Bonzainin ardından eroinin en sık karşılaşılan madde olduğu görülmüştür. Bunlarla beraber son dönemlerde alkol bağımlılığı nedeniyle gelen danışan sayısının arttığı bildirilmiştir. Esrar kullanımına ilişkin olarak ise katılımcılardan M2 şunları ifade etmiştir:

“...Daha çok eroin ve bonzai duyuyorum genelde danışanlarımda. Her birinin başlama, ilk hikayenin başına gitmek derim, peki hikaye nasıl başladı oradan başlayalım derim ve esrar mutlaka hep duyarız.”

4.8.2. Öne Çıkan Aile Profilleri

Gelen vakalardaki aile profilleri ile ilgili olarak katılımcıların hepsi ilk olarak sosyoekonomik seviyesi orta ve çoğu kez düşük ailelerin YEDAM’ı ziyaret ettiğini bildirmiştir. Bu durumun da YEDAM’ın ücretsiz hizmet veriyor olması ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun yanında katılımcılardan M6 ailelerin çoğunun sosyoekonomik seviyesi düşük olmasından dolayı, çoğu kez temin edilmesi daha ucuz olan maddeler sebebiyle YEDAM’a başvuruların olduğunu belirterek kullanılan madde ve aile profili arasındaki bağlantıyı ifade etmiştir. Bunun yanında katılımcılardan M3 diğerlerinden farklı olarak *“bunun dışında istisnai durumlar da oluyor yani daha böyle varlıklı aileler vs. de gelebiliyor. Ya da bir zamanlar varlıklı olup bu madde uğruna varını yoğunlu kaybetmiş insanlar olabiliyor”* şeklinde ifadesiyle sosyoekonomik seviyesi yüksek ailelerin de YEDAM’a başvurabildiğini belirtmiştir.

Katılımcıların çoğu YEDAM’a gelmeden önce ailelerin bağımlılık tedavisi ile ilgili birçok başvuru yapmış ama sonuç alamamış kişiler olduğunu belirtmiştir. Diğer katılımcılardan farklı olarak M6 gelen ailelerde bu profille beraber çocuğunun madde kullandığını ve bağımlı olduğunu henüz öğrenen ve ne yapacağını bilmeyen ailelerin oranının da yüksek olduğunu ifade etmiştir.

Diğerlerinden farklı olarak katılımcı M8 kullanılan maddelere göre farklılaşan aile profillerinin bulunduğunu ifade etmiştir.

“Maddeden maddeye göre değişiyor. Alkol problemi olanlarda genelde anne baba da alkol kullanabiliyor ya da daha çok baba kullanabiliyor. Alkol madde karışık olduğunda baba alkol kullanabiliyor ve şey diyor işte "ben sadece alkol kullanıyorum, bu çocuk neleri kullanıyor ki" gibi. Yaklaşım modeli açısından konuşacak olursak eroin bağımlılığında daha çok tek başına gelen danışanlar oluyor yani ailesiyle ya ilişkisini kesmiş ya da böyle çok fazla sürece dahil olamayan danışanlar, ajite, depresif insanlar da olabiliyor. Bonzaide de daha çok yardım etmek isteyen anne babalar var.”

Katılımcıların aile tutumları ile ilgili cevaplarına bakıldığında ise ailelerin daha çok aile içi iletişim becerileri, kural koyma becerileri, sorumluluk verme becerileri ve bağımlılık bilgisi/bilinci zayıf aileler olduğu ön plana çıkarken, çocuğunun evde kullanmasına izin veren, baba rolünün eksik kaldığı ve sınır koyma becerilerinin zayıf olduğu profiller de bulunmaktadır. Bunların yanında katılımcılardan M8 diğerlerinden farklı olarak kendini suçlayan ailelerden ziyade madde kullandığı için çocuğunu suçlayan ve sorumluluğu çocuğuna yükleyen ailelerin daha fazla olduğunu söylemiştir.

4.8.3. Tedavi Sürecinde Ailelerin Tutumları

Tedavi sürecinde aile tutumlarının çoğu kez destekleyici nitelikte olduğu ancak bağımlılığa dair bilgi ve bilinçleri düşük olduğu için destekleyici tutumun yeterince sergilenemediği katılımcıların verdiği cevapların ortak noktasıdır. Bu durumu katılımcılardan M3 şöyle açıklamıştır:

“Tedaviye başlama noktasında destekleyici bir profil var sadece bazı noktalarda ailelerin destek olma biçiminde yanlışlıklar olabiliyor yani mesela çok fazla verici aileler. Ya da işte her şeye izin veren aileler, sınır koymayı bilmeyen aileler ya da bundan dolayı kendi içinde çatışma yaşayan kişiler olabiliyor yani bağımlı bireyle ailesinin çatışma yaşadığı noktalar olabiliyor. Aile bağımlılığın ne olduğunu bilmiyor, o kişinin nasıl bir süreçten geçtiğini bilmiyor. İsterse bırakır diyor, keyfine yapıyor diyor, işte bize inat yapıyor diyor bu gibi şeyleri bilgilendirme anlamında ailelere psikoeğitim verdiğinizde hem onlar bağımlılığı daha iyi anlıyorlar hem bağımlı kişiyi daha iyi anlıyorlar ve o anlamda yaklaşımlarında farklılıklar görülebiliyor. Onun yaklaşımının farklılaşması da tedavi sürecinde işimi kolaylaştıran bir duruma geliyor.”

Yine katılımcılardan M6 ailelerin eşi ve çocuğu için yardım arama çabasını destekleyici olarak yorumlarken ailelerin tedavi sürecine dair bilinç geliştirememiş olmalarının tedaviyi olumsuz etkilediğini şöyle ifade etmiştir:

“...Bu, zor ve uzun bir süreç. Aileler kısa zamanda çözüm bekledikleri için her ne kadar biz burada bunun bilgisini versek de zaman içerisinde onların da motivasyonu düşüyor. Onların motivasyonu düşünce çocuklarına daha etiketleyici, daha motivasyonunu kırıcı şeyler de yapabiliyorlar. O yüzden bence o destekleyici ise hep öyle kalmıyor hani süreç içerisinde değişiyor

yani bazı kişiler aileyle tedaviye başladıktan bir süre sonra ‘ailem artık gelmesin’, ‘annemle artık görüşmeyin’ diyebiliyor mesela.’

4.8.4. Hizmet Sunumuna İlişkin Değerlendirmeler

Katılımcılara YEDAM’ın sunduğu hizmetlerin değerlendirilmesi ile ilgili sorulduğunda uygulamanın ilk dönemlerinde değerlendirme kriterlerinin belirlenmesinde zorlanıldığı ama yapılan taramalar neticesinde modelin genel literatüre göre başarılı bir uygulama olduğu kanısına varıldığı ifade edilmiştir. Modelin ilk dönemlerindeki değerlendirme süreci ile ilgili katılımcı M1 şunları söylemiştir:

“Biz ilk 6 aydan sonra analizlerimizi almaya çalışırken çok zorlandık. Başarı olarak neyi kabul edeceğiz? Sadece temiz kalma mı? Şimdi sadece onu kabul etsek orası da buranın hizmetlerini tam anlamıyla değerlendiren bir şey olmaz çünkü burası tıbbi destek vermiyor ve temiz kalma dediğimizde de tıbbi destek, psikolojik destek, sosyal destek üçünün de devreye girdiği bir şey oluyor. Dolayısıyla bununla ilgili kaynak taraması yaptık. Yurtdışında bağımlılıkta başarı olarak 3 kez ve üzerinde tedaviye etmesini kriter olarak alındığını gördük.”

Bununla ilgili olarak 2016 Haziran-2016 Aralık dönemleri arasında YEDAM’a başvuran danışanların tedaviye devam etme istatistikleri aşağıda sunulmuştur:

Tablo 2.

Yapılan Görüşme Sayısı	Yüzde(%)	Sayı
8 Görüşme	13,95	12
7 Görüşme	5,81	5
6 Görüşme	8,13	7
5 Görüşme	4,81	4
4 Görüşme	13,25	11
3 Görüşme	11,62	10
2 Görüşme	23,25	20
1 Görüşme	20,48	17
Toplam:	100	86

Veriler incelendiğinde 2016 yılının 2. altı aylık döneminde YEDAM’ın pilot uygulama sürecinde değerlendirmeye alınan toplam danışan sayısı 86’dır. Bu süreçte 3

ve üzeri seferde tedaviye devam etme oranı ise %56,97 olarak bulunmuştur. Katılımcılardan M9 yapılan literatür taramalarında genel literatürde tedavi ortalamasının %40 civarında olduğunu, YEDAM modelinin %56'lık oranla başarılı bir uygulama olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılar tarafından YEDAM modelinin bu başarı oranına ulaşmasındaki temel etken ise tedavi sürecinin aileyle birlikte yürütülmesi olarak yorumlanmıştır. Bu durumla ilgili olarak katılımcı M9 şunları belirtmiştir:

“Burada bunu etkileyen faktörlerin ne olabileceğine baktığımızda aslında bağımlılığı hep biz bir aile, biz değil aslında yapılan çalışmalar bir aile hastalığı olarak tanımlıyor. Ve ailenin yadsınamaz bir etkisi var tedavide. Bunu ölçümlediğinizde başarıya ne kadar etkisi var diye şunu görmüş olduk: Eğer aile tedavi sürecinde daha fazla varsa ki bunu istatistik olarak rakamlandırdık, ve tedaviye yer almaya devam ediyorsa, kişinin temiz kalma süresi daha çok uzamış oluyor ve kişinin YEDAM'a gelme süresi de uzamış oluyor aynı zamanda. Dolayısıyla başarı oranının bu seviyelerde olmasıyla ilgili bize bir bilgi vermiş oluyor. Aileyi sürece entegre etmemiz aslında bizim tedavide başarılı olmamızda en önemli etkenlerden bir tanesi oluyor.”

Konuyla ilgili yine 2016 yılı pilot uygulama verilerine bakıldığında da YEDAM'da yapılan aile görüşme sayısı iki veya daha az ise danışanların bir aydan fazla temiz kalma oranının %24,8; üç veya daha fazla ise bir aydan fazla temiz kalma oranının %41 olduğu görülmüştür.

4.9. YEDAM'ın Kurumlar Arası İşbirliği

YEDAM'ın kurumlar arası işbirliği ile ilgili sorunun yöneltildiği katılımcıların hepsi modelin işbirliğine açık bir kuruluş olduğunu ifade etmiştir. Ancak mevcut haliyle işbirlikleri sürecinin kurumsal beklentilerin altında gittiğini katılımcı M1 *“şuan aslında beklediğimizin gerisinde, çok yavaş ilerliyor işbirlikleri”* şeklinde ifade etmiştir. Bunun yerine mevcut yürütülen işbirliklerinin daha çok sosyal destek biriminin çalışmalarıyla ilgili olarak kaymakamlıklar, belediyeler ve İSMEK gibi kuruluşlarla; bunlara ek olarak tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan danışanı yönlendirmek için AMATEM'ler ile yapıldığı belirtilmiştir.

Katılımcılardan M9 YEDAM'ın özel kuruluşlarla da işbirliğine açık olduğunu “*sivil toplum kuruluşları ve vakıflarla da iletişim kuruluyor, işbirliği yapılıyor. Yapılanlar, destek aldıklarımız var daha çok yapmamız gerekenler de var*” şeklinde ifade ederken bir diğer katılımcı M1 neden resmi kuruluşlarla daha fazla işbirliğinin geliştirilmiş olduğunu şöyle açıklamıştır:

“...Farklı talepleri oluyor, bunun reklamını yapalım, bağımlıyla fotoğraf çektirelim, adımız geçsin gibi yani biz tamamen gizliliğe önem verirken bu tür şeyleri kabul edemiyoruz o yüzden böyle daha devlet kurumlarına yöneliyoruz mesela belediyelerin spor salonları olsun, İSMEK olsun ya da farklı kurslar okçuluk, yüzme vs. bunlarla işbirliği yapmaya çalışıyoruz”.

Bunun yanında bağımlılık alanında çalışmanın getirdiği zorlu profil ve damgalanma gibi durumların iş birliği konularında kimi zaman dezavantaj oluşturduğu öğrenilmiştir. Katılımcılardan M10 bu durumu “*...insanlar, yerel yönetimler bağımlılık zor ve o insanlar etiketlenmiş olduğu için elini taşın altına sokmak istemeyebiliyorlar*” şeklinde ifade etmiştir.

YEDAM modelinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak yapılan işbirliklerinin de devam ettiği öğrenilmiştir. Bununla ilgili olarak katılımcı M10 şunları belirtmiştir:

“Şimdi yerel yönetimlerle YEDAM merkezinin tabiri caizse franchise gibi açılmasında iş birlikleri yürütüyoruz. Bunu dışında bakanlıklarla görüşmeler sürdürülüyor gerek Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gerek Sağlık Bakanlığı gibi ilgili bakanlıklar hangisi ise onlar bazında Türkiye çapında yaygınlaşması için neler yapılabilir onlar inceleniyor, araştırılıyor. Hedefimiz 2017 yılının sonunda 10 tane YEDAM merkezinin açılmış olması yönünde.”

4.10. YEDAM'ın Öne Çıkan Güçlü Yönleri

Katılımcıların ilgili sorulara verdikleri cevaplardan hareketle YEDAM'ın öne çıkan güçlü yönleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Yeşilay'ın Kurumsal Tecrübesi ve Güçlü Altyapısı: YEDAM modelin oluşturulması ve geliştirilmesi noktasında Yeşilay'ın bağımlılık alanındaki birikim ve

tecrübesinin etkili olduğu görülmüştür. Bununla ilgili olarak katılımcılardan M1 şunları ifade etmiştir:

“...Bir de 90-95 yıldır bu alanda var olan bir kurumdan bahsediyoruz alttaki bilgi birikimi de çok fazla. Belki rehabilitasyon alanında yoktu ama bugün bir hakemli dergisi var bağımlılıklar alanında, dünyadaki bütün kongreleri takip edebiliyorsunuz. Bunlar hep Yeşilay sayesinde.”

- Yeşilay’ın Sağladığı Kurumsal İmaj: Yeşilay’ın kurumsal imajının YEDAM’ın özellikle işbirliği geliştirme anlamda etkinliğini arttırdığı öğrenilmiştir. Katılımcılar M1 bu durumu şu şekilde dile getirmiştir:

“...Evet, bağımlılıklarla mücadelede sigara başta olmak üzere böyle bir misyonu olduğu için devletten de destek alabiliyor. Maddi destek anlamında değil o işbirliği görüşmelerinde ulaşabiliyorsunuz kolaylıkla. Yani Yeşilay adını duyunca biraz daha o görüşmeler kolaylaşıyor.”

- Yapılandırılmış Model: Katılımcıların büyük çoğunluğu YEDAM modelinin yapılandırılmış olmasını ve sistemli çalışmasını güçlü yanlardan biri olarak ifade etmiştir. Bu durumu katılımcı M3 şöyle açıklamıştır:

“İşe başlayan herkes aslında yapılandırılmış bir sistem içerisinde neyi, ne şekilde yapacağı belli olarak başlıyor. Yani bir psikolog ya da uzman psikolog gözü kapalı bir şekilde görüşmelere atılmıyor. Yani ilk görüşme formatımız belli, sonrasında nasıl devam edeceğimiz belli bununla ilgili yapılandırılmış sistemler kullanıyoruz. Bu bir kere terapist ya da psikoloğa kendini iyi hissettiren bir şey.”

- Multidisipliner Yapı: Katılımcılar model kapsamında psikoloji ve sosyal hizmet alanlarının birlikte çalışıyor olmasının YEDAM’ın en güçlü yönlerinden biri olduğunu belirtmişlerdir. Bununla ilgili olarak M9 şunları ifade etmiştir:

“...Bağımlılığı sürekli tanımlarken ve modeli söylerken biyopsikososyal model diyoruz. Tıbbi süreçler her ne kadar şu anda yönlendirme olarak ilerlese de psikososyal burada beraber işlemiş oluyor. Yani aslında bağımlılığı tedavi ederken tek bir elden götürmüyoruz. Bu da bizim tedavideki gücümüzü daha da kuvvetlendirmiş, pekiştirmiş oluyor. Gelen danışan sadece ruhsal destek değil aynı zamanda sosyal desteği de alabiliyor. Bir diğer katılımcı M3 ise bu durumu “...Sosyal hizmet alanı bence bizim YEDAM’ı diğer kurumlardan farklılığını da ortaya çıkaran bir alan çünkü aynı zamanda hem psikolojik destek hem sosyal destek veren çok fazla kurum yok. Biz o

kişiyi psikolojik anlamda rehabilite ediyoruz hem de hayata yeniden kazandırmaya çalışıyoruz iş bulma olsun, sosyal aktivite olsun vs.” şeklinde dile getirmiştir.

- Hümanistik Bakış Açısı: Modelin temel ilkelerinden biri olan hümanistik bakış açısı katılımcıların sıkça atıf yaptığı bir diğer niteliktir. YEDAM’ın bu yönünü katılımcı M9 şöyle açıklamıştır:

“Hepimizin ilk önemseydiği şey insana dokunuyoruz o yüzden hümanistik bir bakış açımızın olması çok önemli en güçlü özelliklerinden bir tanesi bu. Bize gelen geri bildirimlerde de bunu alıyoruz. Karşıdaki insanı bağımlı-bağımlı yakını diye ayırt etmeden bir insan olarak kabul etmek ve onu o şekilde davranıp yaklaşmak bence en güçlü özelliklerimizden bir tanesi.”

- Kanıtı Dayalı Çalışma: Katılımcılardan M9 YEDAM modelinin kanıtı dayalı çalışıyor olmasının hata paylarını düşürdüğünü ifade etmiştir.

- Süpervizyon Desteği: Katılımcıların büyük çoğunluğunun dile getirdiği süpervizyon desteğinin çalışanlar için oldukça etkin işleyen uygulamalardan biri olduğu görülmüştür. Konuyla ilgili olarak katılımcılardan M8 süpervizyonu şu şekilde anlatmıştır:

“Ben buraya ilk geldiğimde burası bir okul gibidir denilmişti gerçekten öyle. Yani süpervizyonlarda görüyorsunuz ki hepimiz paylanıyoruz. Hocamız var hepimiz vaka sunuyoruz bunu ‘neden böyle yapmadın’, ‘böyle yapılacaktı aslında’ gibi ya da geliştirdiğim noktalarda ‘burayı güzel yapmışsın ama böyle de yapabilirdin’ gibi her hafta kendimizi geliştirme ve güncelleştirme fırsatımız oluyor.”

- Mesleki Sınırların Belirginliği: Katılımcılardan M6 meslek elemanlarının rolleri ile ilgili sınırların belirli olduğunu güçlü bir yön olarak ifade ederken katılımcılardan M1 meslek elemanlarının eğitim aldığı alanlarda görev yaptığını şu şekilde ifade etmiştir:

“Bir kere mesleki olarak sosyal destek birimlerinin çalışanlarının hepsi sosyal hizmet uzmanı yani bir psikolog çalışmıyor onlarla ama bir psikoterapide de yaşam koçu çalışmıyor ya da bir sosyolog çalışmıyor mesela herkes kendi işini yapıyor.”

- Tedavi Sürecini İhtiyaç Temelli Planlama: Katılımcılar, model içerisindeki hizmetlerin yapılandırılmış olsa da danışanın ihtiyacına göre uygulamaya koyulmasını

modelin güçlü bir yönü olarak yorumlamıştır. Bu durumu katılımcı M8 şöyle ifade etmektedir:

“...Kişinin ihtiyacına göre şekillenir yani kişinin o anda ihtiyacı neyse. Örnek olarak birisi daha kullanıyor bırakma aşamasına gelmedi farkındalığı düşük. Farkındalığını arttırmak için motivasyonel çalışırız. Kişiden kişiye göre değişir ama 3 hafta örneğin motivasyonel görüşme dediğimiz bir sistem uyguladığımızı var sayarsak daha sonrasında kişi temiz kaldığında bu temiz kalmayı tekrardan başlamayı önleme şekline çeviririz yani direk müdahale kısmına geçeriz yani kişinin durumu bizim izlediğimiz yolu biraz da belirler öyle söyleyeyim.”

- Ekip İşbirliği: Katılımcıların güçlü bir yön olarak dikkat çektiği diğer özellik ise ekip işbirliğidir. Bu noktayı katılımcı M1 şöyle açıklamıştır:

“...Bir de ekip iş birliğine çok önem veriyoruz biz. Mesela klinik psikolog bir vaka yönlendirdi sosyal hizmet uzmanına sonrasında ikisi mutlaka oturur konuşur ‘ben ne yaptım, sen neler yaptın, birbirimizden beklentiler neler, bir sonraki seans ne yapacağız’ diye. Böyle olunca bir yol haritası çiziliyor aslında. Çünkü birbirlerinin ne yaptıklarını, ne yapacaklarını bilince ne yapmamaları gerektiğini de biliyorlar.”

- Kurum İçi Eğitimler: Kurum içinde yapılan vaka tartışmaları, eğitimler ve sunumlarla çalışanların gelişim noktasında birbirlerini desteklediği görülmektedir. Bununla ilgili olarak katılımcılardan M9 şunları söylemiştir:

“Kurum içi eğitimlerimiz oluyor herkes aylık bir düzenleme içinde bir konu seçiyor ve onu ekip içinde anlatıyor. Kendimizi de beslediğimiz bir eğitim sürecimiz var.”

- Personel Gelişimine Verdiği Önem: YEDAM’ın personellerinin gelişimine verdiği önem katılımcılar tarafından vurgulanan bir diğer nokta olarak bulunmuştur. Katılımcılardan bunun önemini şu şekilde açıklamıştır:

“...Burada çok ciddi disiplinli bir eğitimden geçiyorlar ve dolayısıyla bugün YEDAM’da çalışır bu insanlar yarın öbür gün başka bir yerde. Ama Türkiye’de bağımlılık alanında hakkını vererek yetişmiş uzmanlar olur ve esas önemli olan da bu.”

Bununla ilgili olarak katılımcılardan M10 ise bağımlılık alanında yetişmiş profesyonelin az olduğunu ve YEDAM'ın bağımlılık alanında yetişmiş insan kaynağı sayısını da arttırmayı hedeflediğini belirtmiştir.

- Dış Sistemleri Geliştirme: YEDAM modelinin iş birliği kurduğu kuruluşların da bağımlılıkla ilgili algısını geliştirmesine yardımcı olduğu öğrenilmiştir. Katılımcı M6 bu durumu şöyle açıklamıştır:

“...Mesela İş-Kur ayağımız var, iş edindirmeye çalışıyoruz. Bununla da ilgili geliştirmeler gerektirecek mesela İş-Kur’la beraber gelişmek gerekecek. İş Kur’un da biraz bağımlılık algısını değiştirip yeni şeyler üretmesini sağlamak gerek gibi.”

- Güncel Bir Yapıya Sahip Olma: Modelin hazırlanış sürecinden hareketle YEDAM'ın güncel yaklaşımları barındıran bir yapıda olması katılımcıların güçlü gördüğü yönlerden biridir. Bu durumu katılımcı M9 “...yaptığı araştırmalar, literatür taramaları, dünyada bu alanda bağımlılık tedavisinde neler yapılıyor, yerinde gezilip görülüyor ve hem akademik hem de halihazırda var olan sistemleri görüp deneyimleyip bunlar sunumları yapıp belli bir süreçten geçtikten sonra bilim kurulunun da onayladığı doğrultuda sistem işlemeye başlıyor” şeklinde anlatmaktadır. Bununla ilgili olarak katılımcı M10 modelin temelini oluşturan toplum temelli müdahale yaklaşımının da güçlü yönlerden biri olarak yorumlamıştır.

- YEDAMSOFT: Katılımcıların birçoğu YEDAMSOFT'u sistemin yapılandırılmasında önemli olduğunu ifade etmiş; uygulamalar öncesinde kendilerine sunduğu verilerden dolayı önemli bir yardımcı unsur olduğunu belirtmiştir.

- Kişiyi Özgü Çalışma ve İhtiyaçların Göz Önünde Bulundurma: YEDAM'da verilen psikoterapi ve sosyal destek hizmetlerinin kişinin ihtiyacına göre şekillendiği öğrenilmiştir. Danışana önerilmeyen ancak danışanın ihtiyaç duyduğu bir hizmetin gelişimi ile ilgili olarak ise katılımcı M6 şunları ifade etmiştir:

“Diyelim ki orada çok fazla istek birikti, ihtiyaç doğdu, bu ihtiyacı da nasıl karşılayabiliriz diye bakıyoruz. Bu hizmeti de koyalım, buna da ihtiyaç var, bu nasıl çözülebilir ya da nasıl geliştirilebilir şeklinde bakıyoruz.”

- Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı(SAMBA): Katılımcılardan M8 modelin SAMBA temelli işliyor olmasının kendilerine yardımcı, güçlü bir yön olduğunu ifade etmiştir.

- Danışanla Uzun Süreli Çalışmalar Yapabilme: Katılımcılardan M2 danışanların YEDAM’da gördükleri ilgiyi ve geçirebildikleri süreyi modelin güçlü yönlerinden biri olarak gördüğünü ifade etmiştir. Bu durumu ise *“Çünkü danışan buraya geldiği zaman sadece psikoterapistiyle değil önce danışma hattından birileriyle konuşuyor bir kere onunla orada zaten ilgileniyorlar birincisi. İkincisi halkla ilişkilerdeki arkadaşlarımız güler yüzlü ve o onunla iletişim halinde. Üçüncü kişi psikoterapist oluyor, dördüncüsü sosyal hizmet uzmanı oluyor şimdi mobil ekibimiz kuruldu. Mobil ekipte arkadaşlar var bazen onlar ev ziyaretleri yapıyorlar bir kere oradan oraya 5.-6. kişiler onunla ilgilenmeye gidiyor.”* şeklinde dile getirmiştir.

- Kişi Dışı Görüşme: Katılımcılar, bağımlı kişinin gelmediği durumlarda da aileyle tedavi hakkında yapılan çalışmaların YEDAM’ı farklı kıldığını belirtmiştir. Kişi dışı görüşmeyi katılımcı M9 şöyle ifade etmiştir:

“Mesela kişi kendisi gelmek istemiyor fakat ailesi bu konuda çok endişeli ve bilgi almak istiyor. O zaman kişi dışı görüşme diye bir hizmet türümüz var. Kişinin kendisi gelmese de aileye direk temas ettiğimiz ve tedavi sürecini başlattığımız bir hizmet türü.”

- Tedavi Sürecine Ailenin Aktif Katılımı: Katılımcılardan M9 tedavi sürecine aileyi entegre etmelerinin tedavide başarılı olmalarındaki en büyük olduğunu ifade etmiştir.

- Toplumsal Algının Dikkatini Çeken Bir Alanda Çalışıyor Olması: Katılımcılar son yıllarda daha görünür olan ve toplumsal dikkati çeken bir alanda çalışıyor olmasının YEDAM’ın sahada dikkat çekmesine ve ilgi görmesine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Bununla ilgili olarak katılımcı M9 diğer kurumların bağımlılıkla ilgili olan işbirliklerine daha açık yaklaşım sergilediğini belirtmiştir.

- Verilerin Düzenli Raporlanması ve İstatistiksel Analizler: Katılımcılar YEDAM’da yapılan tüm hizmetlerin raporlanmasını ve ilgili veriler ışığında değerlendirilmelerin yapılmasını modeli benzerlerinden farklı kıldığını belirtmiştir. Bununla ilgili olarak katılımcılardan M10 şunları ifade etmiştir:

“Bugüne kadar yaptığı hizmetlerin istatistiki değerlendirmelerini alan Türkiye’de nadir hatta tek diyebileceğimiz kurumlardan biri. Yani aslında birçok psikolojik ve sosyal destek veren merkezlerde bizdeki verileri, işte ne kadar danışan alındı, bunlardan ne kadarı devam ediyor, ne kadarı aile terapisine geliyor vs. gibi süreçleri çok elde edemezsiniz. Ya da bunun

raporlamasını bulamazsınız. Bizde bunların aylık olarak ayrıntılı raporları tutuluyor, iç-dış değerlendirmeleri yapılıyor. Bir de bu alanda önemli, yetkin isimlerden danışmanlık alıyoruz, onlarla beraber de tüm verilerimizi analiz ediyoruz. Bu analizlere göre etkinliğimizi değerlendiriyoruz.”

- YEDAM’da çalışan hizmet kadrosu genç, dinamik ve bağımlılık alanında çalışmaya istekli kişilerden oluşmaktadır.
- Alana katkı sunabilecek tüm kuruluşlarla işbirliğine açık bir modeldir.
- Kurum içi denetim yapısının güçlüdür.
- Tüm hizmetler ücretsiz verilmektedir.
- Danışanların hizmetlere erişimi kolaydır.
- Çalışılan vakaların takipleri yapılmaktadır.
- Talep edildiğinde diğer kuruluşlara bağımlılıkla ilgili eğitimler verilmektedir.
- Tüm şubelerde kalite standardını oluşturmak amacıyla akreditasyon çalışmaları yapılmaktadır.
- İlgili teorik altlıklar bağımlılık alanı özelinde yeniden yorumlanmış ve modele entegre edilmiştir.
- Pilot çalışmada olan mobil ekip uygulamasıyla danışanları yaşadığı ortamda takip etmekte; merkeze riskli çevrelerden danışanı tedaviye alma imkanına sahiptir.
- Model içi akademik çalışmaları desteklemekte; akademi ve saha uyumunu içermektedir.
- Ailelere yönelik bilinçlendirme/bilgilendirme çalışmaları yürütmektedir.
- Danışanın ailesinde ruhsal desteğe ihtiyaç varsa onunla ilgili de çalışmaktadır.
- Merkeze gelemeyen vakaların telefon üzerinden danışmanlıklarla tedavi sürecini başlatmaktadır

4.11. YEDAM’ın Geliştirilebilir/Zayıf Yönleri

Katılımcıların ilgili sorulara verdikleri cevaplardan, araştırma süresince yapılan gözlemlerden ve doküman incelemelerinden hareketle YEDAM’ın zayıf ve geliştirilebilir yönlerini şu başlıklarda toplamak mümkün olmuştur:

- Model Kapsamında Tıbbi Tedavi Sunulmaması: YEDAM özelinde tıbbi destek biriminin bulunmaması konusunda katılımcılar iki farklı görüş ifade etmişlerdir. Kimi katılımcılar YEDAM özelinde tıbbi destek biriminin bulunmuyor oluşunu zayıf bir nokta olarak görürken diğerleri YEDAM’ın misyonu içinde tıbbi bir tedavinin

bulunmadığını, ihtiyaç halinde gerekli yönlendirilmelerin yapıldığını dolayısıyla bir eksiklik olarak görülmediğini ifade etmiştir. Bununla ilgili olarak katılımcılardan M9 “...Mesela o konuda yaşadığımız bir zorluk oluyor çünkü burada yönlendirebileceğimiz tıbbi destek konusunda ücretsiz hizmet verdiğimiz için sosyoekonomik durumu daha düşük kişiler gelmiş oluyor. Bu noktada yönlendirirken belirli yerlere yönlendirebiliyoruz ve orada da bekleme süresi oldukça uzun. Eğer burada bir uzmanımız olsa bir hekim olsa bize bu konuda yardımcı olan aktif bir şekilde gelen ya da haftanın belirli günleri en azından bu işimizi oldukça kolaylaştırır” şeklindeki ifadeleriyle model içinde tıbbi tedavi biriminin geliştirilebileceğini belirtmiştir. Bir diğer katılımcı M2 ise “Yani bir tedavinin üç tane ayağı var: Tıbbi destek, ruhsal destek ve sosyal destek. Sosyal desteği burada yapan kişiler sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarımız ve onların çalışabilecekleri bir alan var. Böyle bir oda onlar için yeterli. Ruhsal destek için biz çalışıyoruz psikolog arkadaşlar ve danışma hattı vb. de var bizim için de burası yeterli. Ama tıbbi destek bence zaten hastane şartlarında yapılabilecek bir şey.” şeklinde tıbbi tedavinin modelin etkinliğini değerlendirme açısından bir eksiklik oluşturmayacağını ifade etmiştir.

- Tıbbi Tedaviye Yönlendirme İle İlgili Aksaklıklar Bulunması: Katılımcıların birçoğu mevcut durumda tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan danışanlarla ilgili yönlendirmeler yapıldığını ancak bu süreçlerde kimi sorunlar yaşadığını belirtmiştir. YEDAM’ın bununla ilgili yapılandırılmış bir sistem oluşturmaya çalıştığı ancak şuana kadar bunu tam anlamıyla başaramadığı öğrenilmiştir. Katılımcılardan M3 bu durumu şu şekilde özetlemiştir:

“Bizim aslında AMATEM’lerle işbirliğimizde, protokolümüzde bu da geçiyor. Bizim yönlendirdiğimiz gibi onlar da bize yönlendirme yapacak çünkü orada birazcık eksik kalıyor haliyle yoğunluktan dolayı. Yani böyle çok sistematik şekilde gelmiyor hatta biz böyle formlar oluşturduk biz yönlendirirken onu dolduralım, onlar yönlendirirken doldursun, kısaca öyküsünü falan anlatan ama maalesef yine oranın yoğunluğundan dolayı bunları işleme sokamadık. Şuan tamamen ilişkiler üzerinden yürüyor çünkü bizim oralarda bağlantımız var ama tam bir şeyimiz yok yani oraya hastamız gittiğinde onu takip etmek gibi bir sürecimiz yok.”

- Yataklı Biriminin Olmaması: Katılımcılardan bazıları kimi vakalarda yaşanan barınma sorunlarından ya da sosyal destek ayağını geliştirme amacıyla yataklı bir

rehabilitasyon bölümünün olmamasını zayıf bir yön olarak yorumlamıştır. Bu durumu katılımcı M8 şöyle açıklamıştır:

“Danışanlar hep şöyle gelirler: ‘Ya keşke burada yataklı bir sistem olsa da biz burada kalsak, eve dönmek istemiyoruz, eve dönersem, muhitime dönersem kullanacağım’ gibi kalabilecekleri, temiz kalmaya devam edebilecekleri bir yer olarak görüyorlar YEDAM’ı.”

Bununla beraber katılımcılar YEDAM’la entegre gidecek bir rehabilitasyon merkezi planlamasının yapıldığını dile getirmiştir.

- Bilinirliliğinin Az Olması: Katılımcıların birçoğu YEDAM’ın henüz istenilen seviyede tanınırlığa ulaşamadığını dile getirmişlerdir. Bununla ilgili olarak katılımcı M10 şunları ifade etmiştir:

“...Bazen mesela bir kamu spotu çıkıyor ve ondan sonra bir patlama oluyor insanlar burayı görüyor vs. ama yine de her arayan kişiden şöyle bir şey duyuyoruz çoğunlukla: ‘Biz bu zamana kadar sizi hiç duymamıştık, işte daha fazla duyursanız kendinizi, işte daha fazla kişiye ulaşılsa’ vs. gibi. Bunlar da bu anlamda biraz daha ihtiyacımız olduğunu gösteriyor aslında yani reklam çalışmalarına, işte afişler olur, televizyonda ya da dergilerde, sosyal medyada vs.”

YEDAM’ın bilinirliliğinin henüz istenilen seviyede olmadığını belirten bir diğer katılımcı M10 ise bu durumun kimi zaman YEDAM’ın tıbbi tedavi merkezi zannedildiğini, dolayısıyla ailelerin daha yüksek beklentilerle YEDAM’a başvurabildiğini bunun da kendileri için dezavantaj oluşturduğunu belirtmiştir.

- Alkol/Madde Dışında Diğer Bağımlılık Türleriyle Çalışmıyor Olması: Katılımcılar YEDAM’ın mevcut haliyle yalnızca alkol ve maddeden gelen danışanlarla çalıştığını, danışma hattına gelen tütün, kumar ya da teknoloji bağımlılığı gibi türleri kabul edemediğini ifade etmişlerdir. Bununla ilgili olarak katılımcı M2 bu durumu mevcut yapıda bir eksiklik olarak görürken YEDAM planlamasında bununla ilgili çalışmaların olduğunu belirtmiştir.

- İnsan Kaynağı Bulmada Yaşanan Zorluklar: Katılımcılardan bazıları YEDAM modeline uygun kalifiye personel eksikliğinin modelin önemli dezavantajlarından biri olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumla ilgili katılımcı M10 şu değerlendirmeyi yapmıştır:

“...Güçlendirilmesi gereken noktalardan biri insan kaynağı bulmakta çok zorlanıyoruz. Bir yerden istihdam edeceksek uygun kişiyi, uygun kriterlerdeki özellikle bağımlılık alanında deneyimli insan bulmak zorlaştığı için artık biz yetiştiriyoruz. Ama bu süreçte istediğimiz standartlarda klinik psikolog olmalı, işte bağımlılıkla ilgisi olmalı, hümanistik vs. derken belli bir standartta kişileri bulmak, özellikle Anadolu'da çok bulmak zor.”

- YEDAM Şubelerinin Az Sayıda Olması: Katılımcıların birçoğu YEDAM şubelerinin sayısının az olduğunu ve özellikle büyük iller başta olmak üzere yaygınlaştırılması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcı M2 bu konuyu *“...Şuan İstanbul merkezli gidiyoruz, acilen benim kanaatim, Ankara, İzmir gibi Diyarbakır gibi böyle daha büyük ve merkezi illerde de açılması lazım”* şeklinde dile getirmiştir. Diğerlerinden farklı olarak katılımcı M11 hali hazırda kalifiye personel bulma ile ilgili sorunlar varken ve model henüz gelişme aşamasındayken yaygınlaştırma çalışmalarının hizmet kalitesi ile ilgili sorunlara yol açabileceğine de dikkat çekmiştir.

- Danışanların Kimi Önyargıları: YEDAM'ın ücretsiz hizmet veriyor olması kimi danışanlarda hizmet kalitesi ile ilgili ön yargının oluşmasına sebebiyet verdiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu durumu katılımcı M11 şöyle açıklamıştır:

“Ücretsiz olması aslında güçlü yönü ama bazen toplum tarafından eksi bir yönü olarak algılanabiliyor. Yani burası ücretsiz ise doğru düzgün acaba bir şey veriyorlar mı gibi. Çoğu kişi yani buraya gelenlerin yarısından fazlası bu kaygıyla geliyor bir süre sonra söylüyorlar da hatta. Hani ben bu şeyle geldim, gideceğim ama nasıl bir yer acaba, para vermeyeceğiz gibi.”

Bunun yanında yine ücretsiz olması sebebiyle YEDAM'ın bir devlet kurumu zannedildiği ve danışanların ileride askerlik ve iş yaşamı ile ilgili olarak bilgilerin gizliliği konusunda kaygılar taşıdığı da ifade edilmiştir.

- YEDAMSOFT Yazılımı İle İlgili Sorunlar: Modelin uygulama safhası hızlı ilerlediğinden arkada plandaki YEDAMSOFT yazılım desteğinin gelişimi ile ilgili sorunlar yaşandığı, modelin uygulama boyutu kadar hızlı gelişemediği öğrenilmiştir. Bununla ilgili olarak katılımcı M10 bu durumun sadece YEDAM'ın bu konudaki eksikliğinden ziyade Türkiye'de mühendislik hattıyla sosyal bilim hattının birleşmemiş olmasıyla ilgili olduğunu ifade etmiştir.

- Hedef Kitleye Ulaşmada Zorluklar: Bağımlılık alanının getirdiği kimi zorluklar nedeniyle YEDAM'da hedeflenen kitleye ulaşmada zorluklar yaşanabildiği

öğrenilmiştir. YEDAM'ın hitap ettiği danışan kitlesinin tedaviye başlamasıyla ilgili sorunlar yaşadığını ve YEDAM'a beklenen düzeyde gelemediklerini dolayısıyla YEDAM'ın hedef kitlesi dışında popülasyonla çalışmak durumunda kaldığını katılımcı M10 şu şekilde ifade etmiştir:

“YEDAM'ın hedef kitlesi bağımlılık riski olan ya da başlangıç düzeyinde olan kişilerdir. Hani bu kişiler tedaviye başvurmuyor, Türkiye'de başvurmuyor. Bunun nedeni işte bağımlı olduklarını kabul etmemeleri, bunun bir hastalık olduğunu kabul etmemeleri, çevrede etiketlenmeleri. Dolayısıyla bize son durak aşamasında sıkıntılı bir aşamada geliyorlar. Bu da aslında asıl hedef kitleyle çalışmamızı sistemi tam sürdürmemizi zorluyor. Vakalar zorlu olduğu için takip sürecini de zayıflatabiliyor, drop out oranını arttırabiliyor.”

- Sosyal Destek Boyutundaki Aksaklıklar: Katılımcıların çoğu YEDAM modelinde sosyal destek boyutunun hedeflenen düzeyde olmadığını belirtmişlerdir. Bu duruma sebep olarak da hem tedavi sürecinde sosyal ayağa geçişin hem de Türkiye’de bu konuda destek alınacak uzman ya da hoca sayısının az olması gösterilmiştir. Bu durumu katılımcı M10 şu şekilde ifade etmiştir:

“Zayıf noktalardan biri sosyal destek ayağımız, istediğimiz ölçüde geliştiremedik. Bunun bir nedeni ilk başladığımızda daha bize başvuran vakalar zor vakalardı bağımlılık düzeyi yüksek düzeyde olanlardı. Dolayısıyla hemen sosyal uyum sürecine alabileceğimiz kişiler değildi. Sosyal uyum sürecine almak için bağımlı bireyin stabilitesini korumanız gerekiyor, bu stabil durumda değildik. Şimdi yavaş yavaş onu kazanmış olanlarla beraber sosyal desteği arttırıyoruz. Ancak ikinci bir şey alanda gelişmiş uzman hoca az.”

- Tedaviye Ulaşmada Zorluk Yaşanması: Katılımcılardan birçoğu kimi zaman danışanların uzun yoldan ya da maddi yetersizliklerden dolayı merkeze gelemediğini belirtmiştir. Bunun sebebi olarak da YEDAM'ın ücretsiz olmasından dolayı daha çok düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerle çalışıyor olması gösterilmiştir.

- Önleyici Çalışmaların Olmaması: Katılımcılardan M2 YEDAM'ın tedavi boyutunun yanında koruyucu-önleyici çalışmalarda da daha fazla rol alabileceğini belirtmiştir.

- YEDAM'ın diğer kuruluşlarla mevcut işbirliği düzeyi kurumsal beklentinin altında kalmıştır.



5. TARTIŞMA

Bu çalışma Yeşilay Danışmanlık Merkezi'nin Türkiye'de bağımlılık tedavi ve rehabilitasyonu alanında etkinliğini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda çalışmanın bütünü sosyal hizmet mesleğinin sunduğu pencereden değerlendirilmektedir.

Son yıllarda bağımlılık sorunu dünya genelinde ülkelerin gündemine daha çok giren ve toplumsal alanda daha görünür sonuçları içeren bir sosyal meseleye evrilmiştir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2014 yılında dünya genelinde 247 milyon kişinin uyuşturucu madde kullandığı, bu kişilerin 29 milyonunun maddeyle ilişkili bozukluk ya da bağımlılık yaşadığı tahmin edilmektedir. Tüm madde kullanıcıları arasından ise her 6 kişiden yalnızca birinin bağımlılık tedavisi aldığı bildirilmektedir (WHO, 2016: 1). Dolayısıyla madde kullanımının içerdiği popülasyona oranla kullanıcıların tedaviye katılım oranlarının oldukça düşük seviyelerde olduğu görülmektedir.

Sosyal hizmet penceresinden bakıldığında da bağımlılık en temelde bireylerin mikro ve makro düzeydeki yaşamlarında bozulmalara yol açan ve kişinin sosyal işlevselliğini aksatan bir sorundur. Çalışmanın ilk bölümünde bahsedildiği üzere bağımlılığın yol açtığı sorunlar sosyal hizmet mesleğinin doğrudan konusu olan konulara karşılık gelmektedir. Madde kullanımı neticesinde kişinin yaşadığı bilişsel sorunlar, kullanıma bağlı gelişen aile sorunları, ekonomik sorunlar, dışlanma ve damgalanma gibi problemler sosyal hizmet mesleğinin bağımlılık tedavisinde rol aldığı bazı temel başlıklardır. Bunun da ötesinde bireyleri madde kullanımına sevk edebilen riskli, patolojik durumlar (aile içi sorunlar, sosyoekonomik problemler vb.), sosyal hizmet uzmanlarının ilgili alanlarda madde kullanımı olmadan önce de çalışmalarda bulunduğu durumlardır. Aynı şekilde bağımlılık açısından en riskli gruplardan gençlik ve ergenlik alanı da sosyal hizmetin yoğun çalışma yaptığı gruplardandır. Dolayısıyla sosyal hizmet ve bağımlılık arasında kurulan mesleki ilişkinin kapsamlı ve çok yönlü bir ilişki olduğu açıktır.

Son yıllarda dünyadaki eğilimle beraber ülkemizde de bağımlılık tedavisinde değişen bir bakıştan söz etmek mümkündür. Nitekim 2006 yılındaki Ulusal Ruh Sağlığı politikasında genel sağlık sistemine toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının dahil edilmesi önerisi bağımlılık özelinde ele alındığında bağımlılık tedavisinde toplum

temelli yaklaşımlara yönelimini gündeme getirmiştir (Alataş ve ark., 2009: 28). Toplum temelli tedavi bağımlılık sorunu yaşayan bireylerin toplum içinde güçlendirilmesini ve sosyal katılımını önceleyen, sağlık ve sosyal servisler aracılığıyla sürekli bakımı içeren ve biyopsikososyal yaklaşımla yürütülen tedavi modelidir (UNODC, 2014: 7). Bu kapsamda yürütülen bağımlılık tedavisi geleneksel tıbbi bakışın ötesinde kişinin topluma yeniden uyumu üzerine temellenmektedir. Bu model içerisinde sosyal uyum aşamasında sosyal hizmet mesleğinin önemli rolü bulunmaktadır. Sosyal hizmet sahip olduğu çevresi içinde birey ve güçlendirme yaklaşımı teorilerinden hareketle toplum temelli tedavi yaklaşımının temel meslek gruplarından biridir. Bu anlamda kişinin tedavi sürecini destekleyecek ekonomik ve sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, çevresel risklerin azaltılması ve en temelde temiz kalma motivasyonun güçlü tutulması sosyal hizmet mesleğinin görevlerindendir. Çizilen bu kavramsal çerçeve YEDAM modelinin değerlendirilmesindeki araştırmanın temel bakışını yansıtmaktadır.

Öncelikle araştırmaya dâhil edilen katılımcıların birçoğunun lisans eğitiminde bağımlılık özelinde herhangi bir eğitim almadığı görülmüştür. Bununla ilgili olarak katılımcılardan birinin lisans eğitiminde bağımlılıkla ilgili olarak iki dönem ders aldığı ve staj döneminde bağımlılıkla ilgili çalıştığı birinin ise bağımlılığa giriş niteliğinde bir dönem ders aldığı ve bağımlılık alanında iş tecrübesi bulunduğu, diğerlerinin ise doğrudan bağımlılıkla ilgili bir ders yerine farklı dersler kapsamında alanla ilgili eğitim aldığı öğrenilmiştir. Buradan hareketle katılımcıların YEDAM öncesinde bağımlılık alanı ile irtibatının zayıf olduğu ve alanla ilgili eğitimlerini YEDAM içerisinde yapılan eğitim ve sunumlar üzerinden karşıladığı gözlemlenmiştir.

YEDAM'ın kuruluş hikayesine bakıldığında ilk adımın Yeşilay'ın alanda önleyici çalışmalarla birlikte tedavi ve rehabilitasyon alanında da çalışma yapma yönündeki kararıyla atıldığı öğrenilmiştir. Bu kapsamda İstanbul Kalkınma Ajansı ve Yeşilay ortaklığında pilot uygulama olarak Yeşilay'ın genel merkezinde sadece telefonla danışma hattı olarak başladığı ve danışmanlık ve yönlendirme hizmeti verdiği öğrenilmiştir. Bu süreç, uygulamaya geçiş ile ilgili plan çerçevesinde bir danışan havuzunun oluşturulduğu ve sahada ihtiyaç duyulacak hizmet ve konuların analizinin yapıldığı bir hazırlık süreci olarak yorumlanabilmektedir. Üsküdar şubesinde açılan merkezle müdahale ve tedavi alanında terapi ve sosyal destek hizmetlerinin pilot

uygulama olarak başladığı ve başarılı giden bir uygulamanın ardından geliştirilmeye başlandığı öğrenilmiştir.

İdari açıdan YEDAM modeli kendi içinde özerk bir yapı içermektedir. Yeşilay'ın kurumsal misyon ve vizyonu barındırmakla birlikte uygulamalarda idari açıdan daha esnek ve çalışanlara inisiyatif sunan bir işleyişin olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumun çalışılan alanın ve popülasyonun zor ve özel ihtiyaçlı grup olması nedeniyle açıklanabilmektedir. Bununla birlikte model içerisinde yapılan tüm uygulamaların raporlandığı ve verilerin toplandığı gözlemlenmiştir. Bu anlamda idari anlamda üst yönetim tarafından takibi yapılmakta olup, hesap verebilir ve denetlenebilir bir işleyişin varlığından söz edilebilmektedir.

Modelin teorik temellerine bakıldığında toplum temelli müdahale ve basamaklı müdahale yöntemlerinin temel teşkil ettiği görülmektedir. Bu altlıklar üzerine inşa edilen modelin uygulama aşamasında ise bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli uygulamalar ve motivasyonel yaklaşım tekniklerinin kullanıldığı öğrenilmiştir. Bu yöntem ve tekniklere bakıldığında bağımlılık tedavisinde kullanılan güncel yaklaşımların yakalanabildiği söylenebilmektedir. Nitekim modelin sahip olduğu yapının ilgili literatür taramaları ve diğer bilimsel çalışmalar ışığında, bağımlılık özelinde YEDAM'a özgün oluşturulmuş olduğu görülmüştür. Bu açıdan modelin bilimsel bir kavrayış üzere inşa edildiği söylenebilmektedir. Uygulama boyutunda da kanıta dayalı çalışma yaklaşımıyla modelin bilimselliği beslenmektedir. Hizmetlerin tümü bilimsel karşılığı olarak sunulduğundan modelin hata payının minimize edildiği, hesap verilebilirliğinin arttığı ve etkinlik değerlendirmesinin daha kolay yapılabilirdiği söylenebilmektedir. Ayrıca uygulama süresince kullanılan formların ve hizmet formatlarının yapılandırılmış olması modelin çalışanlardan en az etkilenecek şekilde işlemlerini; dolayısıyla bir model standardının oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır. Bu anlamda YEDAM modelinde temel uygulama kılavuzu olarak Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA)'nın kullanıldığı öğrenilmiştir. Modelin sahip olduğu bu nitelikler neticesinde Türkiye'de benzer uygulamalar arasında ön plana çıktığı söylenebilmektedir.

Modeli alandaki benzer uygulamalardan ayıran önemli özelliklerinden biri ise sahip olduğu yazılım sistemidir. YEDAM'da kullanılan yapılandırılmış formların hepsi YEDAMSOFT sisteminde yüklü olarak bulunmaktadır. Bu anlamda sistem üzerinde

kayıtlı olan klinik ilk görüşme formu, aile görüşme formu, izlem formu, kişi dışında görüşme formu, sosyal inceleme formu ve İş-Kur formu gibi formların meslek elemanlarının danışanla yaptığı görüşme süresince danışanla beraber doldurulduğu ve neticesinde meslek elemanına danışanla ilgili genel bir profilin sunulduğu öğrenilmiştir. Bu anlamda meslek elemanı kişisel mesleki becerilerini kullanmadan önce danışanın bağımlılık düzeyinin, aile durumunun, önceliklerinin ve ihtiyaçlarının ortaya koyulduğu ve meslek elemanına tedavi sürecinde izleyeceği yolla ilgili yönlendirmelerin yapıldığı görülmüştür. Tüm YEDAM şubelerinin ortak olarak kullandığı YEDAMSOFT üzerinden şubeler arasında yapılan yönlendirmelerde de danışan bilgilerinin sisteme yüklü olmasından dolayı kolaylaştırıcı bir rol oynadığı söylenebilmektedir. Bunlarla beraber uzun vadede modelin etkinliğini takip etme ve ilgili verilerin toplanması ve izlenmesi konusunda da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Modelin bireye yaklaşımındaki temel bakışı ise hümanistik olarak tanımlanmıştır. Tedaviye başvuran danışanlar ve aileleri ile ilk irtibatın kurulması açısından YEDAM'ın herhangi bir ön şart koşmadan danışan ve ailesiyle görüşmeyi öncelediği görülmektedir. Bunun yanında bağımlılığın sahip olduğu kişisel özellikler ve şartlardan bağımsız olarak merkeze kabul gerçekleştirdiği gözlemlenmiştir. Bu yaklaşım gereği modelin bağımlılık doğasına uygun biçimde bireylerin ihtiyaç duyduğu yargılayıcı olmayan tutumu sergilediği, bunun da danışanlarla ile kurulan güçlü mesleki ilişkinin geliştirilmesinde önemli bir etken olduğu görülmüştür.

Modelin sahip olduğu bir diğer önemli nitelik ise sahip olduğu biyopsikososyal perspektiftir. Bağımlılığın değişen doğası gereği tedavi yaklaşımları da sosyal boyutu içeren bir niteliğe evrilmektedir. Genel bağımlılık literatürünün de söylediği gibi biyopsikososyal perspektif bağımlılık tedavisinde en etkin mesleki yaklaşımı içermektedir. YEDAM modelinin de içerdiği psikolojik ve sosyal destek çalışmalarıyla birlikte bağımlılık tedavisinde ihtiyaç duyulan güncel yaklaşım ve uygulamaları sergileyebildiği söylenebilmektedir. Model içerisinde istihdam edilen psikolog ve sosyal hizmet uzmanının bu perspektifin sunulmasında en temel meslek grubu olduğu gözlemlenmiştir. Biyopsikososyal yaklaşımın gereği olarak tedavide bağımlıya sunulan psikolojik ve sosyal destek uygulamalarının eş güdümlü olarak ilerlediği görülmektedir. Bu noktada tedavinin farmakolojik boyutunda model içerisinde doğrudan yapılan bir uygulamanın bulunmuyor oluşu bu anlamda bir eksiklik olarak görülebilmektedir.

Nitekim YEDAM'ın hizmet sunduğu çalışma grubu tedavinin tıbbi boyutuna ihtiyaç duymayan ya da bu boyutu tamamlamış madde kullanıcılarıdır. Ancak YEDAM'a yapılan başvurulara bakıldığında bu aşamadaki vakaların da sıklıkla merkezlere destek aramaya geldiği öğrenilmiştir. Bununla ilgili olarak YEDAM'ın AMATEM'lere yaptığı tıbbi tedavi yönlendirmelerinde tedavi süresi ve vaka takibi ile ilgili aksaklıklar yaşanabildiği de bildirilmiştir. Dolayısıyla mevcut durumda tedavinin tıbbi boyutunda YEDAM'ın yeni uygulamalara ya da işbirliklerine ihtiyaç hissettiği düşünülmektedir.

Model kapsamında yer alan mesleklere bakıldığında halkla ilişkiler birimi haricinde psikoloji ve sosyal hizmet alanlarının yer aldığı görülmüştür. Modelin içerdiği hizmetlerin bütünü bu iki meslek grubundan meslek elemanlarının sunabildiği görülmektedir. Danışma hattında psikologlar yer alırken yüz yüze yürütülen psikolojik destek hizmetleri klinik psikolog-psikoterapist tarafından, sosyal destek hizmetleri ise sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülmektedir. YEDAM modelinde bu iki meslek grubunun eşgüdümlü olarak çalışıyor olması Türkiye'de bağımlılık alanında çalışan diğer uygulamalar için başarılı bir örnek niteliğinde olduğu düşünülmektedir.

Bunun yanında sosyal hizmet özelinde bir değerlendirmeye önemli çıkarımlar yapmak mümkündür. Türkiye'de sosyal hizmet uzmanlarının bağımlılık alanındaki etkinliğine bakıldığında özellikle Avrupa ve ABD gibi başarılı tedavi uygulamalarının bulunduğu yerlere göre daha az geliştiğini söylemek mümkündür. Nitekim Avrupa'da sosyal hizmetin profesyonel anlamda doğduğu ilk yıllardan itibaren bağımlılık tedavisinde rol aldığı bilinirken Polat (2014: 7) Türkiye'de bağımlılık alanında sosyal hizmetin hala gelişime açık bir alan olduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla YEDAM'da sosyal hizmet uzmanının modelin temelinde yer alan meslek gruplarından biri olması Türkiye'de sosyal hizmet mesleğinin bağımlılık alanında gelişimine katkı sunacağı düşünülmektedir.

Modelin uygulama boyutuna bakıldığında ise YEDAM'da tedavide sosyal destek ayağının psikolojik destek ayağına kıyasla daha az geliştiği ve modelin hedeflediği çizgiye ulaşamadığı görülmektedir. Bu durum ise tedavide ilk etapta sosyal destek ayağına geçebilen danışan sayısının az olması, modelin hala gelişim aşamasında olması ve sosyal hizmet alanından bağımlılıkla ilgili danışmanlık sunabilecek uzman ve hoca sayısının azlığı olarak açıklanmıştır. Ancak bu nedenlerle beraber yine de mevcut yapı içerisinde sosyal hizmetin etkinliğinin arttırılabileceği düşünülmektedir. Danışma

hattında sağlanan hizmetler bilgilendirme, yönlendirme, kısa süreli sağaltımlar ve tedavi öncesi motivasyon gibi başlıklarda özetlendiğinde bu birimde sosyal hizmet uzmanlarının da görev alabileceği düşünülmektedir. Nitekim bu görevlerin sadece psikoloji lisans eğitiminin kapsadığı rollerden ziyade özellikle danışmanlık verme, yönlendirme, motive etme, kısa süreli sağaltım sağlama ve kriz yönetimi gibi rollerle birlikte sosyal hizmet eğitimiyle de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında sosyal hizmet lisans eğitimi müfredatında yer alan temel psikoloji eğitimi ve bireylerle sosyal hizmet uygulaması bu kapsamda ilgili hazırlığı sosyal hizmet öğrencilerine sunmaktadır. Yine literatürde bağımlılık alanında sosyal hizmetin tedavi programını tanıtmak, kişiyi tedaviye ikna etmek ve hazırlamak gibi görevlerinin de bulunduğu bildirilmektedir (Yılmaz ve ark., 1997). Dolayısıyla YEDAM modelinin içerdiği danışma hattı uygulamasında sosyal hizmet uzmanlarının da rol alabileceği düşünülmektedir.

Modelin sosyal destek ayağında uygulamaya koyduğu bir diğer çalışma olarak YEDAM Atölye uygulaması ise alandaki Oya Yüksel Bahadır Gençlik Merkezi ve San Patrignano gibi gelişmiş modellerin de benzer örneklerini içerdiği uygulamalardandır. Bu uygulamayla yapılacak el becerisi kazandırma, hobi geliştirme, boş zaman değerlendirme gibi çalışmalarla danışanların vakitleri kıymetlendirilmeye çalışılmakta ve destekleyici sosyal ilişkileri geliştirmelerine yardımcı olunmaktadır. Sosyal destek hizmetlerinin gelişimine önemli katkı sunacağı düşünülen bu modelle sosyal hizmet uzmanlarının model için etkinliklerinin artacağı tahmin edilmektedir.

YEDAM'ın diğer kuruluşlarla iş birliği düzeyine bakıldığında da yine modelin işbirliğine açık olduğu fark edilmiş ancak öngörülen iş birliği ağına ulaşamadığı bildirilmiştir. Bununla ilgili olarak Yeşilay'ın sağladığı kurumsal imaj sayesinde ve toplumun ihtiyaç duyduğu bir alanda hizmet üretiyor olması nedeniyle YEDAM'ın iş birliği noktasında çoğu kez olumlu karşılanmasına rağmen kuruluşların bağımlılıkla ilgili çalışmada ön yargılar taşımasının ve YEDAM ilkeleri dışında (gizlilik vb.) önerilerle gelmesinin bazı iş birliklerinde dezavantaj oluşturduğu öğrenilmiştir. Bu etkenler nedeniyle YEDAM'ın daha çok yerel yönetimler, İSMEK, gençlik merkezleri, halk eğitimler gibi resmi kuruluşlarla sosyal destek çalışmalarıyla ilgili işbirliği geliştirdiği görülmektedir. Bunların yanında işbirliği görüşmelerinde etkin olarak sosyal hizmet uzmanlarının yer alıyor olmasının bu durumla ilişkili olabileceği

düşünülmektedir. YEDAM'ın öngördüğü modelde işbirliği görüşmelerinde sosyal hizmet uzmanları aktif rol almaktadır. Sosyal destek ağının da beklenen düzeyde gelişmemiş olmasıyla birlikte düşünüldüğünde işbirliği ağının kurumsal beklentilerin altında kalmış olması mevcutta istihdam edilen sosyal hizmet uzmanının sayısının yeterli olmadığına dair çıkarım yapmaya yönlendirmektedir. Dolayısıyla modelin mevcut işleyişi ile ön gördüğü işleyiş arasındaki açığı kapatma noktasında ilgili planlamalar çerçevesinde daha fazla sosyal hizmet uzmanının istihdam edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu değerlendirilmeler ışığında YEDAM modelinin yine de Türkiye'deki mevcut uygulamalarla kıyaslandığında bağımlılık alanında sosyal hizmetin etkinliğini arttıran bir uygulama niteliği taşıdığı söylenebilmektedir.

Modelin kurum içinde sürekli verdiği eğitim ve süpervizyon desteği ise YEDAM'ın güçlü özelliklerinden biri olarak yorumlanmaktadır. YEDAM modeli verdiği bu eğitimlerle en temelde personellerinin bağımlılık alanında gelişimini öngörürken kendi hizmet kalitesini arttırmayı da hedeflemektedir. Haftalık sunulan süpervizyon desteğinin meslek elemanlarının karşılaştığı zorlu vakalar hakkında hem danışmanları hem de meslektaşlarıyla değerlendirme yapmasına imkân tanıdığı gözlemlenmiştir. Bunun yanında kurum içinde verilen çeşitli eğitimlerle beraber meslek elemanlarının alan dışı konularda da gelişiminin desteklendiği görülmüştür. Kurum içinde personellerin kendi aralarında yaptıkları sunumlar ise ekip uyumunu ve etkileşimini artırmakla birlikte meslek elemanlarını alanla ilgili araştırmaya yapmaya teşvik ettiği görülmüştür. Ayrıca modelin bir sivil toplum kuruluşu uygulaması olarak Türkiye'de bağımlılık alanında yetişmiş uzman personel ihtiyacını karşılamaya yönelik de bir misyon taşıdığı gözlemlenmiştir.

Genel vaka değerlendirmeleri incelendiğinde YEDAM'a başvuran vakalar arasında en çok kullanılan maddenin bonzai ve eroin olduğu, çoğu vakada bu maddelere geçmeden önce esrarın yaygın olarak kullanıldığı görülmüştür. Danışanların daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük aile profilleri olduğu bildirilmiş ve bu durum merkezin ücretsiz hizmet vermesi ile ilişkilendirilmiştir. Bu verilerin genel literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Nitekim Pakiş ve Polat (2016: 6) ve Karaaziz ve Keskindağ (2016: 137) sentetik kannabinoid (bonzai) kullanımında son yıllarda hızlı bir artış olduğunu, Ögel ve arkadaşları (2000: 7) esrarın bir geçiş maddesi olduğunu ve yine

Ögel (2010: 27) sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu ailelerde madde kullanım riskinin fazla olduğunu ifade etmişlerdir.

Modelin başarısı üzerine yapılan değerlendirmelerde de başarı kriteri olarak danışanın üç ve üzeri seferde tedaviye devam etmesi olarak alındığı öğrenilmiştir. Bu kritere göre YEDAM'ın yaptığı istatistiki değerlendirmeler sonucunda modelin başarı oranı %56 olarak bulunmuştur. Bu oranın dünya ortalaması ise %40 civarındadır. Bu anlamda dünyadaki en başarılı uygulama olarak kabul San Patrignano topluluğunun tedavi ortalaması ise %72 bandındadır (Perrini ve ark., 2010: 519). Dolayısıyla YEDAM'ın bu kriter kapsamında bağımlılık tedavisinde başarılı bir uygulama olduğu değerlendirilmesi yapılmıştır.

Yakın zamanda pilot uygulama olarak başlatılan mobil ekip uygulamasıyla beraber YEDAM'ın danışanlarını takip etme ve merkeze danışan getirme noktasında daha efektif çalışabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda mobil ekipte bir ex-userın bulunuyor olması bağımlının tedaviye inanma ve tedaviyi kabul etme hususunda önemli katkı sunabileceği tahmin edilmektedir. Bu anlamda ülkemizde yaygın olmayan bir yöntem olarak ex-userların tedavi süreçlerindeki istihdamı YEDAM modelini Türkiye'deki bir diğer başarılı bir uygulama örneği olarak Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi ile birlikte öne çıkarmaktadır.

Bunların yanında YEDAM modelinin alanda henüz beklenen düzeyde tanınırlığa ulaşamadığı gözlemlenmiştir. Kimi danışanların merkezlere YEDAM'ı devlet kurumu olduğunu zannetmesi ya da ücretli olduğunu düşünmesi gibi ön yargılarla gelmesi modelinin tanınırlığı ile ilişkilendirilmiştir. Nitekim katılımcıların birçoğu da bu durumu ifade etmiştir. Tanınırlık düzeyinin düşük seviyelerde kalmasına bakıldığında ise modelin yaklaşık iki yıllık uygulama olmasının ve henüz şube sayısının az olmasının önemli etkenlerden olduğu düşünülmektedir. YEDAM'ın her ne kadar alanda önemli bir model olabileceğine dair potansiyeli söz konusu ise de gelişimine halen devam etmekte; uygulama çeşitliliğini geliştirmektedir. Bunun yanında iş birliklerinde beklenen düzeye çıkılamamış olması diğer kurumlarla yapılacak ortak uygulamaların daha az yürütülmesine neden olduğundan modelin tanınırlığında dezavantaj oluşturduğu düşünülmektedir.

YEDAM modelinin misyon itibariyle önleyici faaliyetleri içermediği görülmüştür. Zira model bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonu ile ilgili çalışmalar

yapmaktadır. Buna rağmen Yeşilay'a gelen eğitim taleplerine YEDAM çalışanlarının katıldığı öğrenilmiştir. Bu noktada her ne kadar YEDAM'ın misyonundan uzak olsa da alanda başarılı diğer uygulamalarla karşılaştırıldığında önleme çalışmalarına da model kapsamında katkı sunulması olumlu karşılanmıştır. Günümüzde bağımlılıkla ilgili olarak psikososyal destek veren kuruluşların önleme faaliyetlerinden kaçınması pek mümkün gözükmemektedir. Uygulamalar geliştikçe diğer kurumlardan gelen talepler ve alandaki ihtiyaç göz önüne alındığında önleme çalışmalarının sistemlere dahil olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla YEDAM'ın içerdiği düşünülen öncü model olma potansiyeli gereği sahip olduğu Yeşilay altyapısıyla beraber önleyici faaliyetleri de daha sistemli biçimde kapsamına dahil edebileceği düşünülmektedir.

Tüm bu değerlendirmeler ışığında sosyal hizmet mesleğinin sunduğu perspektifle YEDAM modelinin Türkiye'de öncü bir model olarak geliştirilmesine katkı sunacağı düşünülen bazı öneriler aşağıda sunulmaktadır:

- YEDAM'ın iş birliğine açık bir kurum olduğu bilinmektedir. Ancak özellikle tedavinin sosyal destek ayağının geliştirilmesine dair yürütülecek iş birliklerinin daha yoğun ve sistemli olarak işletilmesi önerilmektedir. Bu anlamda grup ve toplum düzeyinde çalışmalarda bulunan bir alan olarak sosyal hizmet personellerinin istihdamının geliştirilebileceği düşünülmektedir.
- YEDAM modelinin kendi içerisinde akademi ve saha uyumunu barındıran nitelikte bir eğitim ağı bulunmaktadır. Bu eğitim ağının özellikle psikoloji ve sosyal hizmet lisans eğitimi sunan üniversite öğrencileri ile paylaşılması ve birlikte geliştirilmesi, öğrencilerin bağımlılık alanında çalışmayı tercih etmesini ve bu alanda çalışmaya dair motivasyon geliştirmesini destekleyen bir sisteme ve lisans döneminden itibaren bağımlılık alanına hazırlandığı bir eğitim modeline dönüşebileceğine inanılmaktadır. Bu anlamda lisans eğitiminden itibaren öğrencilerin uygulamalı dersler kapsamında YEDAM modeli ile irtibatlandırılmalarının modelin ihtiyaç duyduğu kalifiye personel ihtiyacına yönelik bir hazırlık niteliğinde olabileceği düşünülmektedir.
- YEDAM modelinin tanınırlığının istenilen düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Bununla ilgili olarak Yeşilay'ın sağladığı kurumsal itibarla televizyon ve internet ortamında yayınlanacak reklam çalışmalarının, kamu spotlarının, kısa filmlerin ve sosyal medya çalışmalarının arttırılması önerilmektedir. Bunun yanında iş birlikleri görüşmeleriyle beraber yerel yönetimlerin sunduğu reklam çalışmalarına katılımın

arttırılması da öncelenebilir. Özellikle psikoloji ve sosyal hizmet lisans eğitimi veren üniversitelerde öğrenci kulüplerinin kurulmasının ve gönüllülük faaliyetlerinin geliştirilmesinin, alanda modele olan ilginin artmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

- YEDAM modelinin tıbbi tedavi ayağındaki eksikliğin modelin etkinliğini azalttığı düşünülmektedir. Bununla ilgili olarak YEDAM'ın kendi bünyesine tıbbi tedavi biriminin entegre edilmesi söz konusu olabilir. Ancak modelin böyle bir misyon yürütmediği düşünülürse alanda tıbbi tedavi sunan AMATEM'ler ve diğer özel psikiyatrik klinikler ile YEDAM'ın kendi danışanlarının öncelendiği ve takip süreçlerinin yapılabildiği iş birliklerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu iş birliği konusunda YEDAM, AMATEM'lerde ya da diğer anlaşmalı psikiyatrik kliniklerinde kendisinin kullanımında olacak yataklı sistemi satın alma ya da kiralama yoluyla karşılayabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte YEDAM'ın kendi finansmanı üzerinden bu kliniklerde kendi kullanımında olacak şekilde yatak kapasitenin arttırılması önerilebilmektedir. Daha makro bir planlama ile YEDAM modelinin bulunduğu illerde AMATEM'in açılacağı ya da AMATEM'in olduğu bölgelerde YEDAM modelinin açılmasının öncelenebileceği düşünülmektedir.

- YEDAM'ın çalıştığı vakalardan hareketle danışanların yataklı bir rehabilitasyon modeline yönlendirilebildiği bir uygulamanın daha efektif çalışacağı tahmin edilmektedir. Bu anlamda YEDAM ile entegre çalışan bir rehabilitasyon modelinin geliştirilmesiyle YEDAM'ın hem tedavi süreleri ve uygulamaları açısından etkinliğinin gelişeceği hem de kimi vakalar özelinde ihtiyaç duyulan barınma desteğini sunabileceği düşünülmektedir.

- Alanda gelişmiş diğer modellerin uygulamalarından hareketle YEDAM modelinin kapsamında terapötik toplulukların geliştirilmesi modelin etkinliğini arttıracığı düşünülmektedir. Böyle bir uygulamanın danışanların tedaviye geliş sürelerini uzatacağı ve modelin toplum temelli tedavi sunma yaklaşımını geliştireceği düşünülmektedir.

- Yine YEDAM modelinin Türkiye toplumsal yapısına uygun biçimde geliştirilmiş bir yarıyol evi uygulamasının modelinin gelişimine katkı sunabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda aile ve sosyal yaşamında parçalanmışlık yaşayan ve barınma ihtiyacı bulunan danışanların tedaviye katılımı ve devamı destekleneceği düşünülmektedir.

- YEDAMSOFT yazılım sistemine AMATEM'lerin ve ortak çalışılan diğer psikiyatrik kuruluşların dahil edilerek vaka sevkini ve takibinin geliştirilebileceği düşünülmektedir.
- Kimi vakalarda danışanların ulaşım ile ilgili sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. Danışanların YEDAM şubelerine erişimini destekleme noktasında özellikle yerel iş birlikleri aracılığıyla ücretsiz ulaşım servisi sunulabileceği ya da maddi kaynak sağlanabileceği düşünülmektedir.
- Sosyal destek biriminin ve diğer sosyal hizmet faaliyetlerinin geliştirilmesi ile ilgili bağımlılık alanında tecrübeli sosyal hizmet uzmanları ve akademisyenler ile güçlü bir danışmanlık ilişkisinin geliştirilmesi önerilmektedir. Bununla ilgili ulusal kaynaklarda eksiklik yaşandığı düşünülüyor ise bu hizmetin yurt dışından satın alınabileceği düşünülmektedir.
- Her ne kadar modelin misyonu kapsamında bulunmasa da önleyici çalışmaların da modele entegre edilmesi önerilmektedir. Bu sayede YEDAM ile beraber sahada etkin eğitim ve sağlık kuruluşlarında bağımlılık bilincinin geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Sonuç itibarıyla topladığımızda YEDAM modelinin kurumsal yapısı, öncelediği ilke ve değerler, multidisipliner yapısı ve uygulama modeli ile Türkiye’de bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonu alanında öncü bir kuruluş olma potansiyelini barındırdığını söylemek mümkündür. Bilimsel altlıklarla hazırlanan, yapılandırılmış ve kanıta dayalı olarak çalışan psikolojik destek ve sosyal destek hizmetlerinin birlikte sunulması, Türkiye’nin alandaki mevcut profili düşünüldüğünde oldukça yenilikçi ve kıymetli bir uygulama olduğu görülmektedir. Bunun yanında sürdürülebilirliği noktasında da Yeşilay gibi güçlü bir kuruluşun altında hizmet veriyor olması oldukça önemli bulunmaktadır. Bu anlamda sahada birçok resmi ve özel kuruluşun desteğini almada kolaylıklar sağlanabileceği düşünülmektedir. Sosyal hizmet penceresinden bakıldığında da mesleğin Türkiye’de bağımlılık alanındaki etkinliği açısından önemli bir uygulama olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de bağımlılık alanında yürütülen sosyal hizmet çalışmalarının YEDAM modeli ile birlikte geliştirilebileceği ve mesleğin bağımlılık alanındaki etkinliğinde diğer başarılı uygulamaları içeren ülkelerin standardına yaklaştırabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abis Film Production. (22 Ocak 2016). Oya Bahadır Yüksel Youth Center/ Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi[Video dosyası]. Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=MaFQNJqUVEc>
- Acar, M. (2006). *Türkiye’de Madde Bağımlılığı ve Gençlik*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.
- Akbaş, G.E., Mutlu, E. (2016). Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Kişilerin Bağımlılık ve Tedavi Deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 27, 101-122.
- Akdemir, N., Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13, 82-91.
- Akfert, S.K., Çakıcı, E., Çakıcı, M. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları ile İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 40-47.
- Akgül, A. (2013). *Problemli Uyuşturucu Kullanımı*. Erişim: 6 Eylül 2016, EMCDDA 2013 Ulusal Raporu(2012 Verileri), Türkiye Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular, TUBİM. Erişim: <http://www.sck.gov.tr/oecd/2013%20T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu.pdf>
- Aksoy, A., Ögel, K. (2005). Şişli Gençlik ve Aile Destek Merkezi(GADEM). *II. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi* kitabı içinde. Muğla.
- Aksoy, A., Ögel, K. (2007). Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı, *Bağımlılık Dergisi*, 8, 11-17.
- Al Helali N.S., Abolfotouh, M.A., Ghanem, H.M. (2002). Pattern of Erectile Dysfunction in Jeddah City. *Saudi Medical Journal*, 22, 34-38.
- Alataş, G., Karaoğlu, A., Arslan, M., Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 25-29.
- Altuner, D., Engin, N., Gürer, C., Akyay, İ., Akgül, A. (2009). Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7, 87-94.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. ABD: Amerikan Psikoloji Derneği Yayınları.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. ABD: Amerikan Psikoloji Derneği Yayınları.

Antepüzümü Altıok, Dilek. (2013). *Adana İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Alkol ve Uyuşturucu Yatkınlığının Araştırılması ve 2000 Yılı Çalışma Sonuçları ile Kıyaslanması*, Uzmanlık Tezi, Tıp Fakültesi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Anthroposophy, Englang, Scotland & Wales. Erişim Tarihi: 06.07.2017, Erişim: <http://www.anthroposophy.org.uk/>

Arıkan, Ç. (1989). Sağlık Alanında Kurum İçi Ekip Çalışması. *Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 7, 46-58.

Arıkan, Z. (2011). Bağımlılık Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler ve Bunlarla Başa Çıkma. *İçinde Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu*, 233-238. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Arıkan, Z. (2011a). Madde Bağımlılığı, Düzeltme, Nüks ve Önlenmesi. *İçinde Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu*, 243-258. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Arslan, D.T. ve Akbulut, Y. (2017). Sağlık Bakanlığının Uyuşturucuya Yönelik Politikalarının Analizi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 4, 151-180.

Asociacion Proyecto Hombre, Erişim: https://www.unodc.org/treatment/en/Spain_resource_centre_21.html

Ateş, A.M., Algül A., Gülsün M., Geçici Ö., Özdemir B. Başoğlu C., ve ark. (2009). Antisozyal Kişilik Bozukluğu Olan Genç Erkeklerde Aleksitimi, Saldırganlık ve Psikopati İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 135-9.

Aydın, T. (2007). *Türkiye’de Narkoterörizm ve PKK/KONGRA-GEL Terör Örgütü’nün Rolü*, Master Tezi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Bağımsız Yaşamın Rengi, Erişim: <http://bagimsizyasaminrengei.com/brosur.pdf>

Balcıoğlu, A., Abanoz, Y. (2009). Madde Bağımlılığı, İntihar ve Sanık Psikolojisi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84, 15-20.

- Barber, J.G. (1995). *Social Work with Addictions*. New York: New York Üniversitesi Yayınları.
- Barker, R.L. (1995). *The Social Work Dictionary*. USA: NASW Press.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları (Psiko-Sosyal Bir Yaklaşım). *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4, 73-114.
- Bayar, R.M., Yavuz, M. (2008). Alkol Bağımlılığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 62, 221-230.
- Begun, A. (2005). Social Work Curriculum on Alcohol Use Disorders. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health*. Erişim Sitesi: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Introduction.html>
- Begun, A. L., Clapp, J.D. (2016). Reducing and Preventing Alcohol Misuse and Its Consequences: A Grand Challenge for Social Work. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 5, 73-83.
- Bennett, T., Holloway, K., Farrington, D. (2008). The Statistical Association Between Drug Misuse and Crime: A Meta-Analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107-118.
- Berkcan, M.G., Akdoğan, A. (2015). Gaziantep Büyükşehir Belediyesi Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi, Çocuk ve Ergen Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi. *Uluslararası Madde Bağımlılığı Sempozyumu* kitabı içinde. Malatya.
- Beyazyürek, M., Şatır, T., T. (2000). Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 50-56.
- Black, T.R. (2002). *Understanding Social Science Research*. Büyük Britanya: Cromwell Press Ltd.
- Blume A.W. (2005). *Drug Problems: An Overview. Treating Drug Problems*. Kanada: John Wiley & Sons Yayınları
- Brener, L., Von Hippel, W., Kippax, S. (2007). Prejudice Among Health Care Workers Toward Injecting Drug Users With Hepatitis C: Does Greater Contact Lead to Less prejudice?. *International Journal of Drug Policy*, 18, 381-387.

- Buchanan, J. (2004). Missing Links? Problem Drug Use and Social Exclusion. *The Journal of Community and Criminal Justice*. 51, 387-397.
- Buchanan, J. (2004a). Tackling Problem Drug Use: A New Conceptual Framework. *Social Work in Mental Health*, 2, 117-138.
- Buğdaycı, G. (2009). *Üniversite Öğrencilerinin Sigara Alkol ve Madde Kullanımı ve Madde Kullanımını Etkileyen Sosyal, Kültürel ve Ekonomik Süreçler: Sakarya Üniversitesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Bulut M., Savaş H.A., Cansel N., Selek S., Kap Ö., Yumru M., ve ark. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70
- Butler, S. (2002). Addiction Problems, Addiction Services, and Social Work in the Republic of Ireland. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2, 31-48.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Ceylan, M.E. (1998). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cılga, Ğ. (2009). Madde ve Madde Kullanımı ile Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Öncelikleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 1, 7-22.
- Cook, J.A., Pickett, S.A., Razzano, L., Fitzgibbon, G., Jonikas, J.A., Cohler, J.J. (1996). Rehabilitation Services for Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 26, 97-99.
- Coşkunol, H., Altıntoprak, E. (1999). Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 222-229.
- Cranstoun, (2016). *Cranstoun Annual Accounts 2016*. Erişim Tarihi: 26 Haziran 2017, Erişim: http://cranstoun.org/files/2114/8553/4835/2016_Cranstoun_Annual_Accounts.pdf
- Cranstoun, Erişim Tarihi: 26 Haziran 2017, Erişim: <http://cranstoun.org/>
- Creswell, J.W. (2013). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*. Editör. Demir, S.B., Ankara: Eğiten Kitap.

Creswell, J.W. (2013a). *Nitel Araştırma Yöntemleri, Beş Yaklaşımına Göre Araştırma ve Araştırma Deseni*. Editör. Bütün, M., Demir, S.B. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Crosse, C., Hocking, B., (2004). Social Rehabilitation: What Are The Issues. Erişim Tarihi: 10 Nisan 2017, *DVA National Rehabilitation Conference, Australia*: http://www.aph.gov.au/~media/wopapub/senate/committee/mentalhealth_ctte/submissions/sub116a_attach1_pdf.ashx

Çakmak, D. ve Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. İstanbul: Özgül Matbaacılık.

Çiftçi, E.G. ve Uluocak, G.P. (2010). Almanya’da Madde Bağımlısı Çocuk ve Gençlere Yönelik Bir Rehabilitasyon Modeli: Parceval. *Kriz Dergisi*, 18, 11-18.

Çiftçi, E.G., Uluocak, G.P. (2010). Almanya’da Madde Bağımlısı Çocuk ve Gençlere Yönelik Bir Rehabilitasyon Modeli: Parceval. *Kriz Dergisi*, 18, 11-18.

de Alcantara, C.H. (1994). Social Integration: Approaches and Issues. *United Nations Research Institute for Social Development*. Yayın No:1, Erişim Tarihi: 3 Mart 2017, Erişim: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/510920DA18B35A6880256B65004C6A7B/\\$file/bp1.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/510920DA18B35A6880256B65004C6A7B/$file/bp1.pdf)

de Koning, P., de Kwant, A. (2002). Dutch Drug Policy and The Role of Social Workers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2, 49-68.

Demirel, S. (2001). *Türkiye’de Rehabilitasyon Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılmasında Sosyal Rehabilitasyonun Önemi ve İşlevi*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs (Mayıs 2007). *Report of the Working Group on Drugs Rehabilitation*, İrlanda. Erişim Tarihi: 2 Haziran 2017, Erişim: <http://www.drugs.ie/NDRICdocs/Report%20of%20the%20Working%20Group%20on%20Drugs%20Rehabilitation%202007.pdf>

Dianova, (2015). *Addiction & Drug Policies, Dianova’s Institutional Positioning*. Erişim Tarihi: 07.07.2017, Erişim:

https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/Civil/Dianova/Contribution_Dianova_-_EN.pdf

Dianova, Terrebonne Center, Erişim: <http://aqcid.com/en/organism/organismes/143-dianova?pdf=1>

Dickinson, B., Rush, P.A., Racliffe, A.B., West, J. (1990). Alprazolam Use and Dependence. A Resrospective Analysis of 30 Cases of Withdrawal. *Western Journal of Medicine*, 152, 604-608.

DiNitto, D.M., McNeece, C.A. (2007). Addictions and Social Work Practice. *Social Work Issues and Opportunities in a Challenging Profession*, 171-193.

Doğan, C. (2002). Üniversite Gençliğinin Alkol ve Uyuşturucuya İlişkin Tutumları. *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6, 55-67.

Donovan, D., Witkiewitz, K. (2012). Relapse Prevention: From Radical Idea to Common Practice. *Addiction Research & Theory*, 20, 204-217.

Duyan, V. ve Duyan, G.Ç. (2007). Gençlerin Demografik Özellikleri, Aile İlişkileri ve Aile İşlevleri, Arkadaşlık İlişkileri, Okul Yaşamı ve Yoksulluğun Suç Davranışına Etkisi Proje Sonuç Raporu, TÜBİTAK.

Duyan, V., Özbulut, M., Özgür Sayar, Ö. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*. Ankara: Sosyal Çalışma Yayınları

EMCDDA (2007). *2007 Annual Report: The State of the Drugs Problem in Europe*. Erişim Tarihi: 17 Şubat Cuma, Erişim: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/446/TDAC07001ENC_84793.pdf

EMCDDA, (2014). *European Drug Report 2014: Trends and Developments*. Erişim Tarihi: 26 Nisan 2017, Erişim: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>

EMCDDA, (2016). *European Drug Report 2016: Trends and Developments*. Erişim Tarihi: 9 Şubat 2017, Erişim: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ENN.pdf>

EMCDDA, (2017). *European Drug Report 2017: Trends and Developments*. Erişim Tarihi: 8 Haziran 2017, Erişim:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf>

Ertoğlu, M.N. (2013). *Ankara AMATEM’de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiler ve Sosyal Hizmet Uygulamalarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

ESPAD Group, (2016). *ESPAD Report 2015: Results From the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA, Erişim Tarihi: 12 Şubat 2017, Erişim: www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf

Evcin, U. (2011). *Lise Gençlerinin Vakit Geçirdiği Ortamların Madde Kullanımı Davranışı Üzerindeki Etkileri: Bayrampaşa Örnekleme*, Yüksek Lisans Tezi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Evcin, U. (2015). Alkol ve Madde Kullanımı ile İlgili Dünyanın En Büyük Okul Anketi: ESPAD Üzerine Bir Değerlendirme. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1, 135-142.

Evren, C. (2014). Uyuşturucu Madde Bağımlılığında Tıbbi Rehabilitasyon: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler. İçinde *Türkiye’de Uyuşturucu Madde Bağımlılığı: Önleme, Tedavi ve Rehabilitasyon Çalıştayı* kitabı, 59-74.

Feldman, B.N., Freedenthal, S. (2006). Social Work Education in Suicide Intervention and Prevention: An Unmet Need?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 467-480.

Forrester, D., Holland, S., Williams, A., Copello, A. (2012). An Evaluation of the Option 2 Intensive Family Preservation Service. *Report for Alcohol Research UK, Bedford: Tilda Goldberg Centre*. Erişim Tarihi: 4 Mart 2017, Erişim: http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/FinalReport_0095.pdf

Fridell, M., Crabo, J., Gradowska, M. (2008). Persons With Drug Dependence Treated at Dianova Sweden, A One - to Two - Year Follow – up of the First Cohort. Erişim Tarihi: 06.07.2017, Lund University, Erişim: <https://www.dianova.ngo/wp-content/uploads/2016/04/2010-dianova-sweden-study.pdf>

Galvani, S. (2015). Alcohol and other Drug Use: The Roles and Capabilities of Social Workers, Manchester Metropolitan University.

Gençlik Aile Destek Merkezleri Projesi(GADEM), Erişim: <http://yeniden.org.tr/makale/184-yeniden-etkinlikler-genclik-aile-destek-merkezleri-projesi-gadem.html>

Gigliotti, A., Bessa, M.A. (2004). Alcohol Dependence Syndrome: Diagnostic Criteria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 11-13.

Goldstein, P.J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.

Güleç, G., Köşger, F., Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7, 448-460.

Hepworth, D.H., Rooney, R.H., Rooney, G.D., Strom-Gottfried, K. (2016). *Empowerment Series: Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Nelson Education.

Herken, H., Özkan, İ., Çilli, A. S., Bodur, S. (2000). Öğrencilerde Alkol Kullanım Sıklığı ve Sosyal Öğrenme İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 13, 87-91.

Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V. M., Chartier, K. G. (2013). Genetics of Alcohol Dependence and Social Work Research: Do They Mix?. *Social Work in Public Health*, 28, 178-193.

Hiller, M.L., Knight, K., Simpson, D.D. (1999). Risk Factors That Predict Dropout From Corrections-Based Treatment For Drug Abuse. *The Prison Journal*, 79, 411-430.

[http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/510920DA18B35A6880256B65004C6A7B/\\$file/bp1.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/510920DA18B35A6880256B65004C6A7B/$file/bp1.pdf)

Hutchinson, A.J., Galvani, S., Dance, C. (2013). Working With Substance Use: Levels and Predictors of Positive Therapeutic Attitudes Across Social Care Practitioners in England. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20, 312-321.

Institute of Medicine. (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington: National Academy Press

İçli, T.G. (2012). *Kriminoloji*. Ankara: Seçkin Yayıncılık

İlhan, M. (2013). Uyuşturucu Madde Kullanım Yaygınlığı. İçinde *Türkiye Uyuşturucu Raporu-2013*, 52-57, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi(TUBİM).

Jaffe, J.H., Anthony, J.C., (2005). Substance-Related Disorders: Introduction and Overview. İçinde (8th Ed.) Sadock, B., Sadock, *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia

Kalyoncu, A. (2010). Plastik Düşler. İçinde *Niçin Vazgeçemezler?*. İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri. Erişim:

<http://www.drayhankalyoncu.com/userfiles/files/plastikdusler/BOLUM-1.pdf>

Kaplanhan, T. (2015). *Alkol/Madde Bağımlılarında Bağımlılık Alanında Türü ile Tedavi Motivasyonu, Algılanan Sosyal Destek ve Psikiyatrik Belirtiler*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Karaaziz, M., Keskindağ, B. (2016). Gençler Arasındaki Popüler Psikoaktif Madde; Sentetik Kannabinoid (bonzai): Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19, 137-144.

Karataşoğlu, S. (2009). *Yerel Sosyal Politikalar Çerçevesinde Madde Bağımlısı Gençlerin Sosyal Rehabilitasyonu*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Kasatura, İ. (1998). *Gençlik ve Bağımlılık*. İstanbul: Evrim Yayınevi.

Kılıçarslan, F. (2007). Madde Bağımlısı Ergenler Aile Terapileri ve Bir Olgu Sunumu. *Bağımlılık Dergisi*, 8, 42-45

Kızmaz, Z. (2005). Sosyolojik Suç Kuramlarının Suç Olgusunu Açıklama Potansiyelleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29, 149-174.

King, M.E., Bordnick, P.S. (2002). Alcohol Use Disorders: A Social Worker's Guide to Clinical Assessment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2, 3-31.

Kongar, E. (1972). *Sosyal Çalışmaya Giriş*. Ankara: Sosyal Bilimler Derneği Yayınları.

Köknel, Ö. (1996). *Bireysel ve Toplumsal Şiddet*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık - Alkol ve Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Küçükçekmece Belediyesi, (6 Nisan 2017). BAYAMER Tanıtım Videosu[Video dosyası]. Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=Da-RnZaUsfo>

Kümbetoğlu, B. (2015). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Lawental, E., McLellan, A.T., Grissom, G.R., Brill, P., O'Brien, C. (1996). Coerced Treatment for Substance Abuse Problems Detected Through Workplace Urine Surveillance: Is it effective?. *Journal of Substance Abuse*, 8, 115-128.

Loughran, H., Hohman, M., Finnegan, D. (2010). Predictors of Role Legitimacy and Role Adequacy of Social Workers Working with Substance-Using Clients. *British Journal of Social Work*, 40, 239-256.

Lundgren, L., Krull, I. (2014). The Affordable Care Act: New Opportunities for Social Work to Take Leadership in Behavioral Health and Addiction Treatment. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5, 415-438.

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (29 Aralık 2013) Resmî Gazete (Sayı: 28866), Erişim: <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3738,madde-bagimlilik-yonetmeligipdf.pdf>

Malhotra, A., Basu, D., Gupta, N. (2005). Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 1, 1-13.

McCarthy, T. ve Galvani, S. (2012). Children, Families and Alcohol Use- Essential Information for Social Workers, A BASW Pocket Guide, Birmingham, BASW.

Memmott, J.L. (2003). Social Work Practice with The Elderly Substance Abuser. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3, 85-103.

Muller, R.G. (1986). The Role of the Medical Social Worker in a Hospital. *South Africa Medical Journal*, 69, 726.

Myrick, H., Anton, R.F. (1998). Treatment of Alcohol Withdrawal. *Alcohol Research and Health*, 22, 38-43.

NASW (2013). *NASW Standarts for Social Work Practice with Clients with Substance Use Disorders Clients with Substance Use Disorders*, Erişim Tarihi: 4 Mart 2017, Erişim: <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWATODStandards.pdf>

NASW, (2014). *Social Work Profession*. Erişim: <http://www.socialworkers.org/pressroom/features/general/profession.asp>

O'brien, C. (2011). Addiction and Dependence in DSM-V. *Addiction*, 106, 866-867.

Okundaye, J. N., Smith, P., Lawrence-Webb, C. (2001). Incorporating Spirituality and The Strengths Perspective into Social Work Practice with Addicted Individuals. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1, 65-82.

Oral, M., Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 23, 93-114.

Ögel, K. (2001). *Bağımlılığı Önleme: Anne Babalar Öğretmenler İçin Kılavuz*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

Ögel, K. (2004). Ergen Uçucu Madde Bağımlılarının Özellikleri UMATEM Verileri. Erişim Tarihi: 14 Ocak 2017, Erişim Adresi: <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/umatemverileriraporukisa.zip>

Ögel, K. (2010). *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Aksoy, A. (2006). Kendine Zarar Verme Davranışın Raporu. *Yeniden Yayınları*. Erişim Tarihi: 14 Ocak 2017, Erişim: <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/kzvdrapor2.pdf>

Ögel, K., Aksoy, A. (2008). İstanbul'da Koruma Merkezlerine Başvuran Çocuklarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Özellikleri, *Bağımlılık Dergisi*, 9, 135-140.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Çakmak, D. (2000). Bir geçiş Maddesi Olarak Esrar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 30-35.

Ögel, K., Tamar, D., Özmen. E., Aker, T., Sağduyu, A., Boratav, C. (2000). İstanbul'da Alkollü İçki Kullanım Sıklığı, *Psikiyatrik Araştırmaları ve Eğitim Merkezi*, 1-10.

Ögel, K., Taner, S., Eke, C. (2006). Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örnekleme. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 18-23.

- Ögel, K., Taner, S., Eke, C., Erol, B. (2005). İstanbul'da Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı Raporu. *Yeniden Yayınları*, Erişim Tarihi: 14 Ocak 2017, Erişim Adresi: <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/onuncusiniogrencilerinde.pdf>
- Ögel, K., Uğuz, Ş., Sır, A., Yenilmez, Ç., Tamar, M., Doğan, O. ve ark. (2003). Türkiye'de İlköğretim ve Ortaöğretim Gençliği Arasında Esrar Kullanım Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 15-19.
- Öncü, F., Ögel, K., Çakmak, D. (2001). Alkol Kültürü-1: Tarihsel Süreç ve Meyhane. *Bağımlılık Dergisi*, 2, 133-138.
- Özbesler, C., Duyan, V. (2010). Okul Ortamlarında Sosyal Hizmet. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 34, 17-25.
- Özcan, N.D. (2006). Ailedeki Madde Bağımlılığının Ergenin Sapmış Davranışlara Yönelmesindeki Etkisi: Lise Son Sınıf Gençliği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 23, 119-129.
- Özhan, G., Bay, Y., İşgüzar, M., Kardeş, G. (2010). *Madde Bağımlılığı İle Mücadele Öğretmen El Kitabı*. Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/38/14/974559/dosyalar/2015_12/18103009_27101628_03015623_maddelemcadeleretmenelkitab.pdf
- Özpoyraz, N., Tamam, L., Şentürk, A., A. (1998). Madde Kullanım Bozuklukları. *Galenos Aylık Tıp Dergisi*, 1, 58-66.
- Öztürk, M.O. (1989). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Pakış, I., Polat, O. (2016). Sentetik Kannabinoidler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 6-13.
- Peer, K., Rennert, K., Lynch, K.G., Farrer, L., Gelernter, J., Kranzler, H.R. (2013) Prevalence of DSM-IV and DSM-5 Alcohol, Cocaine, Opioid, and Cannabis Use Disorders in a Largely Substance Dependent Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 127, 215-219.
- Peleg Oren N., Saint Jean G., Cardenas G.A., Tammara H., Pierre C., (2009). Drinking Alcohol Before Age 13 and Negative Outcomes in Late Adolescence. *Alcoholism*

Clinical Experimental Research, 33:1966-1972. Erişim Tarihi: 3 Ocak 2017, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2009.01035.x/epdf>.

Peleg-Oren, N., Rahav, G., Teichman, M. (2002). Social Work and The Treatment of Substance Abuse in Israël. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2, 85-96.

Perrini, F., Vurro, C., Costanzo, L.A. (2010). A Process-Based View of Social Entrepreneurship: From Opportunity Identification to Scaling-up Social Change in the Case of San Patrignano. *Entrepreneurship and Regional Development*, 22, 515-534.

Perron, B.E., Vaughn, M.G. (2012). *Social Work Practice in the Addictions*. NewYork: Springer

Pinto, E. (2000). Transfer to External Treatment Units. İçinde Avrupa Komisyonu, *Drug -Misusing Offenders in Prison and After Release*. Strasburg.

Polat, G. (2012). *Madde Bağımlısı Ergenlerin Tedavi Sonrası Toplumla Yeniden Bütünleşme Deneyimleri ve Sosyal Sermaye Yaklaşımı Temelince Sosyal Hizmet Müdahalesi*, Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Polat, G. (2014). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30, 143-148.

Polat, G. (2015). Madde Bağımlısı Ergenlerin, Tedavi Sonrası Toplumla Yeniden Bütünleşme Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 9, 158-169.

Polat-Uluocak, G. (2009). Madde Bağımlılığında Sosyal Dışlanmayı Aşmak: Bir “İyileşme” Modeli Olarak Terapötik Topluluklar ve Sosyal Bütünleşme. *Sosyal Hizmet Sempozyumu 2009: Sosyal Dışlanma ve Sosyal Hizmet* kitabı içinde. Ankara: Başkent Üniversitesi

Preyde M., G. Adams (2008). Foundations of Addictive Problems: Developmental, Social and Neurobiological Factors. İçinde C.A. Essau (Ed), *Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment*, USA: Elsevier; 3-16.

Proyecto Hombre Asociacion, (2012). *Proyecto Hombre Observatory on the Profile of Drug Addicts 2012 Report*. Erişim Tarihi: 21 Haziran 2017, Erişim: <http://www.drugslibrary.stir.ac.uk/files/2017/05/Proyecto-Hombre-observatory-2012.pdf>

- Pur, İ.G. (2009). *Alkol Bağımlıları İçin Sinematerapi*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Rassool, G.H. (2011). *Understanding Addiction Behaviours, Theoretical and Clinical Practice in Health and Social Care*. Çin: Palgrave Macmillan.
- REHADER, Erişim Tarihi: 7 Haziran 2017, Erişim: <http://rehader.org.tr/hakkimizda>
- Roberts, A. C., Galassi, J. P., McDonald, K., Sachs, S. (2002). Reconceptualizing Substance Abuse Treatment in Therapeutic Communities: Resiliency Theory and The Role of Social Work Practitioners. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2, 53-68.
- Ruben, D.H. (2015). *Behavioral Guide to Personality Disorders (DSM-5)*. ABD: Charles C Thomas Publisher.
- SAMSHA, (2015). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*. Erişim Tarihi: 12 Şubat 2017, Erişim: [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.pdf](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.pdf)
- San Patrignano, *The Rehabilitation Method*. Erişim: <https://www.sanpatrignano.com/what-we-do/rehabilitation-method/>
- Sancektepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi BADEM Projesi, Erişim: <http://bademedanis.com/sayfa/hakkimizda.html>
- Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13, 119-26.
- Sevin, Ç., Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşama Uyumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9, 1-11.
- Seyyar, A. ve Genç, Y. (2010). *Sosyal Hizmet Terimleri Sözlüğü*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Shafer, K.C., Kiebzak, L., Dwoskin, J., Zelvin, E. (2003). Coaching: New Role for Addictions Social Workers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3, 105-112.

Sharifi, H., Kharaghani, R., Sigari, S., Emami, H., Sadr, M., Masjedi, M.R. (2012). Common Methods to Treat Addiction in Treatment-Rehabilitation Centers in Tehran. *Iranian Journal of Public Health*, 41, 63-68.

Sheafor, B.W., Horejsi, C.J. (2014). *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*. Ankara: Nika Yayınevi.

Sheth, H.C. (2005). Common problems in psychosocial rehabilitation. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(1), 53-60

Sinha, R., Easton, C., Kemp, K. (2003). Substance Abuse Treatment Characteristics of Probation-Referred Young Adults in a Community-Based Outpatient Program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 585-597.

Sosyal Girişimcilikte Örnek Uygulamalar, Erişim: <https://www.sanpatrignano.com/what-we-do/rehabilitation-method/>

Spandler, H. (2009). From Social Exclusion to Inclusion? A Critique of the Inclusion Imperative in Mental Health. Erişim: <http://www.medicalsociologyonline.org/oldsite/archives/issue22/spandler.html>

Straussner, S.L.A. (2001). The Role of Social Workers in The Treatment of Addictions: A Brief History. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1, 3-9.

Straussner, S.L.A. (2004). Assessment and Treatment of Clients With Alcohol and Other Drug Abuse Problems: An Overview. İçinde S.L.A. Straussner (Ed.), *Clinical Work With Substance Abusing Clients*. New York: Guilford Press; 3-35.

Straussner, S.L.A., Senreich, E. (2002). Educating Social Workers to Work With Individuals Affected by Substance Use Disorders. *Substance Abuse*, 23, 319-340.

Szalavitz, M. (2016). *Unbroken Brain: A Revolutionary New Way of Understanding Addiction*. New York: St. Martin's Press.

Şahin, F. (2002). Genelci Sosyal Hizmetin Doğuşunu Hazırlayan Etmenler. *Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar* kitabı içinde. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Şeker, A., ve Tomanbay, İ. (2012). *Sosyal Hizmete Giriş*. TC Anadolu Üniversitesi Yayınları, Erişim: http://hedefaof.com/documents/Ders_kitaplari/shz101u.pdf

- T.C. Başbakanlık, (2013). *Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi 2013-2018*. Erişim Tarihi: 10 Nisan 2017, Erişim: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_229680_EN_TR_NATIONAL%20POLICY%20AND%20STRATEGY%20DOCUMENT%20ON%20DRUGS\(2013-2018\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_229680_EN_TR_NATIONAL%20POLICY%20AND%20STRATEGY%20DOCUMENT%20ON%20DRUGS(2013-2018).pdf)
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu, (2014). *Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi*. Erişim Tarihi: 14 Şubat 2017, Erişim: www.muhammedbalci.com/hukukdunyasi/alintilar/370.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı(2011-2023)*. Erişim Tarihi: 10 Nisan 2017, Erişim: <https://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, Erişim Tarihi: 6 Eylül 2016, Erişim: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayın/461>
- Tai, B., Volkow, N.D. (2013). Treatment for Substance Use Disorder: Opportunities and Challenges Under the Affordable Care Act. *Social Work in Public Health*, 28, 165-174.
- Tamar, D., Ögel, K., Çakmak, D. (1997). Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi. *Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi*, Yayın No:99.
- Tarhan, N. ve Nurmedov, S. (2011). *Bağımlılık: Sanal veya Gerçek*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Thomas, M., ve Pierson, J. (2010). *Dictionary Of Social Work: The Definitive A To Z Of Social Work And Social Care: The Definitive A to Z of Social Work and Social Care*. İstanbul: McGraw-Hill Education.
- Thompson, N. (2013). *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak*. Çev. Yıldırım, B. ve diğerleri. Ankara: Dipnot Yayınları.
- Tomanbay, İ. (2015). *Eroinden Bonzaiye Madde Bağımlılığı Sosyal Çalışma*. Ankara: Sabev
- Treatment Approaches for Drug Addiction*. (Temmuz 2016). NIDA, Erişim: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>

Tunç, M. (2010). Madde Bağımlılığında Koruyucu, Önleyici Hizmetler ve Sosyal Dışlanma. *Sosyal Hizmet Sempozyumu 2009: Sosyal Dışlanma ve Sosyal Hizmet* kitabı içinde. Ankara: Başkent Üniversitesi

Tunçoğlu, T., (2010). Madde Kullanım Yaygınlığı. İçinde *Türkiye Uyuşturucu Raporu - 2010, 17-20*, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi(TUBİM).

Tunçoğlu, T., (2012). Madde Kullanım Yaygınlığı. İçinde *Türkiye Uyuşturucu Raporu -2012, 50-54*, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi(TUBİM).

Turan, R. (2010). *Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik ve Tedavi Tedbirinde Hükmolan Kişilerin Tedaviyi Başarıyla Tamamlamalarını Öngören Etkenlerin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Turner, D.W. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*, 15, 754-760.

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, (2015). *San Patrignano Topluluğu Ziyaret Raporu*. Erişim: <http://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2015/05/San-Patrignano-Raporu.pdf>

Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (10 Mart 2015). Dr. Cenk Yancar, Oya Bahadır Yüksek Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi[Video dosyası]. Erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=SNZzC2VzehI>

UNODC (2003). *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide*. United Nations, Erişim Tarihi: 26 Ocak 2017, Erişim: http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf

UNODC, (2013). *World Drug Report 2013*. United Nations, Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2017, Erişim: https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

UNODC, (2014). *Guidence for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia*. Erişim Tarihi: 22 Haziran 2017, Erişim: https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_guidance_EN.pdf

UNODC, (2015). *World Drug Report 2015*. United Nations, Erişim Tarihi: 7 Haziran 2017, Erişim:

https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

Uzbay, İ.T. (2009). Madde Bağımlılığının Tedavisi. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21-22, 67-72.

Uzbay, T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 5, 21-22.

Varol, M. (2011). *Alkol Raporu*. İstanbul: Türkiye Yeşilay Cemiyeti, Erişim Tarihi: 9 Şubat 2017, Erişim: <http://muharrembalci.com/hukukdunyasi/raporlar/336.pdf>

Verster, A., Solberg, U. (2003). Social Reintegration in the European Union and Norway. Erişim Tarihi: 1 Mart 2017, EMCDDA, Erişim: <https://pdfs.semanticscholar.org/f5c3/52400a58ff8daa74d95f1ed589a696dfdcc8.pdf>

Vildan, Ö. (2015). Avrupa’da ve Türkiye’de Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılık, *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 35-36, 7-15.

Vogt, I. (2002). Substance Use and Abuse and The Role of Social Workers in Germany. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2, 69-83.

West, R. ve Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. Hindistan: John Wiley & Sons Yayınları.

WHO, (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Erişim Tarihi: 3 Ocak 2017, Erişim: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

WHO, (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Erişim Tarihi: 6 Haziran 2017, Erişim: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf>

WHO, (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Erişim Tarihi: 14 Ocak 2017, Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

WHO, (2016). *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goal*. Erişim Tarihi: 9 Şubat 2017, Erişim: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

- WHO, (2017). *Substance Abuse*. Erişim: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en
- Wilkey, C., Lundgren, L., Amodeo, M. (2013). Addiction Training in Social Work Schools: A Nationwide Analysis. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13, 192-210.
- Yaman, Ö.M. (2013). *Apaçi Gençlik. Gençlerin Toplumsal Davranış ve yönelimleri: İstanbul'da "Apaçi" Altkültür Grupları Üzerine Nitel Bir Araştırma*. İstanbul: Açılım Kitap.
- Yaman, Ö.M. (2014). Uyuşturucu Madde Bağımlısı Gençlerin Aile İçi İlişkilere Yönelik Görüşleri: Esenler-Bağcılar Örneği. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1, 99-132.
- Yeşilay Danışmanlık Merkezi, Erişim: <http://www.yesilay.org.tr/tr/projeler/detay/yesilay-danismanlik-merkezi-yedam>
- Yeşilay Tarihçesi, Erişim: <http://www.yesilay.org.tr/tr/kurumsal/tarihce>
- Yeşilay, (2016). *Yeşilay 2017-2019 Stratejik Planı*. Erişim Tarihi: 25 Haziran 2017, Erişim: http://www.yesilay.org.tr/documents/file/YADosyalar/stratejikPlan_2017-2019_dijital-8a0a5659-3f9c-4b6e-80bd-c059d0826386.pdf
- Yıldırım, A., ve Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, E. (2008). *Uyuşturucu Kullanımının Sosyolojik Boyutu Uyuşturucuya Yönelik Talep Azaltımı*, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.
- Yıldız, E.U. (2009). *İzmir Liselerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Yaygınlığı, Hazırlığı ve Koruyucu Faktörler*, Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yılmaz, N. (2015). *Alkol ve Madde Bağımlılığı Bireysel ve Toplumsal Sonuçları*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Yılmaz, S., Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Mırsal, H., Beyazyürek, M. (1997). Bağımlılık Tedavi Kliniklerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları. İçinde VI. *Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, 309-313.

Zastrow, C. (2014). *Sosyal Hizmete Giriş*. Editör. Çiftçi. D.B. Ankara: Nika Yayınevi.



FORMLAR

EK – 1: İdareci/Koordinatör İçin Görüşme Formu

Katılımcıya Ait Sosyo-Demografik Bilgiler:

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

Eğitiminiz(bölüm ve mezuniyet yılı):

Diğer ise belirtiniz:

Ne kadar süredir YEDAM’da çalışıyorsunuz:

Kuruluştaki göreviniz:

- 1) YEDAM niye, nereden hareketle kuruldu, kuruluş hikâyesinden bahsedermisiniz?
- 2) YEDAM’ın kurumsal altyapısı nasıldır?
- 3) YEDAM’ın teorik-kuramsal altyapısı nasıldır?
- 4) YEDAM’ın temel hizmet yaklaşımı nasıldır?
- 5) YEDAM’da danışanın hizmet alım süreci nasıl işliyor?
 - Başvuru süreci nasıl ilerliyor?
 - Hangi uygulamalar-hizmetler bulunuyor?
 - Hizmet sürecinin sonunda elde edilen sonuçlar nasıl?
 - Çalışma ekibinde kimler, hangi amaçla yer alıyor?
- 6) YEDAM’ın kurumlar arası işbirliği nasıl ve ileride ne düzeyde olması bekleniyor?
- 7) Sizce YEDAM’ın eksik ve güçlü yönleri nelerdir?
- 8) YEDAM’ın geliştirilmesine dair önerileriniz var mı? Varsa nelerdir?

EK – 2: Meslek Elemanı İçin Görüşme Formu

Katılımcıya Ait Sosyo-Demografik Bilgiler:

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

Eğitiminiz(bölüm ve mezuniyet yılı):

Diğer ise belirtiniz:

Ne kadar süredir YEDAM’da çalışıyorsunuz:

Kuruluştaki göreviniz:

- 1) Lisans-lisansüstü düzeyde bağımlılık ile ilgili olarak nasıl bir eğitim aldınız?
- 2) Meslek elemanı olarak YEDAM’daki görev ve sorumluluklarınız nelerdir?
- 3) Mesleki tükenmişlikle baş etme yöntemlerinizden bahseder misiniz?
- 4) Genel vaka değerlendirmesi olarak danışanların hikayeleri nasıldır?
 - Yaygın olarak hangi maddeler kullanılıyor?
 - Hangi yollarla başvuruyorlar?
 - Hangi tür aile profili ön plana çıkıyor?
 - Ailelerin hizmet alım sürecinde tutumları nasıldır?
- 5) Uygulama sürecinde ne tür zorluklarla karşılaşıyor ve bunları nasıl aşıyorsunuz?
- 6) Sizce YEDAM’ın eksik ve güçlü yönleri nelerdir?
- 7) YEDAM’ın geliştirilmesine dair önerileriniz var mı? Varsa nelerdir?

EK – 3: YEŞİLAY Kurum İzni



Konu : Yüksek Lisans Tezi Kapsamında Yedam
Modelinin İncelenmesi

Hakan KARAMAN
Sosyal Hizmet Uzmanı

T.C. İstanbul Üniversitesinde sürdürmekte olduğunuz sosyal hizmet yüksek lisans programındaki tez çalışmanıza binaser başvuru talebinizin tarafımıza ulaşmıştır.

Talebinizde "Türkiye'de Madde Bağımlılığı Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)'ın İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmanızı yapmaya yönelik bildiriminiz alınmıştır. Çalışma kapsamında YEDAM Hizmet modelinin incelenmesine yönelik YEDAM'da görevli personel ile yapacağınız mülakat/görüşme formları değerlendirilmiştir.

Yapılan değerlendirmede talebinizin tarafımızca uygun görüldüğü ve gerekli kolaylığı sağlayacağımız hususunu bilgilerinize sunar, çalışmanızda başarılar dileriz.

Savaş YILMAZ
Genel Müdür

Not: 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu 5 Maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : A6A91D09-BB5L-4797-BB3B-FEBB3D73178E
Belge Takip Adresi : <http://ehya.yesilay.org.tr/belgedogrulama>
Hocapasa Mah.Kennedy Cad.No:3 Sarıyer/İstanbul/İSTANBUL
Telefon No: 212 527 16 83 Belge Olup/No: 212 522 94 63
e-posta:info@yesilay.org.tr internet adresi: <http://www.yesilay.org.tr>

Bilgi İçin: Gaye KAĞAN
Telefon No:
Cepno:

EK – 3: Bilgilendirilmiş Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü yüksek lisans programının tez aşaması öğrencisi Hakan Karaman tarafından Doç. Dr. Ömer Miraç Yaman’ın tez danışmanlığında yürütülen “Türkiye’de Bağımlılık Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi(YEDAM)’ın İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı YEDAM’ın, bağımlılık alanında ne kadar etkin ve verimli olduğunu değerlendirmek ve geliştirilmesine dair bazı öneriler sunmaktır. Bu amaçla YEDAM’ın Üsküdar ve Cerrahpaşa şubelerinden birinde olmak üzere katılımcıların çalıştığı şubede yarı yapılandırılmış mülakat görüşmeleri yapılacak ve bu görüşmeler araştırmacı tarafından araştırmacının kişisel cep telefonu aracılığıyla ses kaydına alınacaktır. Bunun yanında görüşmeler süresince araştırmacı tarafından kısmi katımlı gözlem yöntemi ile gerekli görülen gözlem notları alınacak ve YEDAM yetkilisi aracılığıyla tahminen tek seferlik bir doküman toplama çalışması yapılacaktır. Araştırmada sizden tahminen 60 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 9 kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya karamannhakann@gmail.com e-posta adresi ve 0553 260 48 74 numaralı telefondan

ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının ²:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:³

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

ETİK KURUL KARARI

	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI			
Sayı : 2016/149 Konu : Bakan Komisyon	Tarih: 21.11.2016			
Sayın Bakan Karaman İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi				
Sorunlu araştırıcılığını istendiğini; 2016/84 dosya numaralı "Türkiye'de Bağımlılık Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi (VEDAM)'ın İncelenmesi" başlıklı çalışma kurumumuzun 21.11.2016 tarih 28 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup karar ekte sunulmuştur.				
Bilgilerinizi rica ederim.				
 Prof. Dr. Naci Talat SARIÇ Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı				
Ek : Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Tel/Faks : (212) 440 10 10/06610 İstanbul Üniversitesi Bahariye/34320 Beşiktaş/İSTANBUL </td> <td style="width: 50%; text-align: right;"> Faks : (212) 440 10 18 e-posta: sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr </td> </tr> </table>			Tel/Faks : (212) 440 10 10/06610 İstanbul Üniversitesi Bahariye/34320 Beşiktaş/İSTANBUL	Faks : (212) 440 10 18 e-posta: sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr
Tel/Faks : (212) 440 10 10/06610 İstanbul Üniversitesi Bahariye/34320 Beşiktaş/İSTANBUL	Faks : (212) 440 10 18 e-posta: sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr			



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,

İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek lisans Öğrencisi Hakan KARAMAN "Türkiye'de Bağımlılık Alanında bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)'ın İncelenmesi" konu başlıklı çalışması ile 14/11/2016 tarihinde İÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 21.11.2016 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ	İktisat Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa HAMDİSAYAR	Edebiyat Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Sema KURTULUŞ	İletişim Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Ayşe Oya ÖZÇELİK	İletişim Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Ayşen AKKOR GÜL	İletişim Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa ERTÜRK	İlahiyat Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Bülent ERTÜRK	İktisat Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Nur NACAR LOGIE	Eğitim Bilimleri Enstitüsü	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Esra İŞMEN GAZİOĞLU	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	☐ E ☐ H ☐ İ	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☒ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Murat ŞEKER	İktisat Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Sevtap METİN	Hukuk Fakültesi	☐ E ☐ H ☒ İ	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☒ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	☐ E ☐ H ☐ İ	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☒ M.Katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Şebnem SAYHAN	Sosyal Bilimler Enstitüsü	☐ E ☐ H ☐ İ	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Red ☒ M.Katılmadı	