



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BAĞIMLILIK ÖRÜNTÜLERİ KAPSAMINDA MADDE KULLANIM
BOZUKLUĞU OLAN KADINLARIN YAŞAM DENEYİMLERİ; MANİSA İLİ
ÖRNEĞİ**

ŞEVVAL ÖZGE ÖZLEM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. DERYA ŞAŞMAN KAYLI

MANİSA-2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BAĞIMLILIK ÖRÜNTÜLERİ KAPSAMINDA MADDE KULLANIM
BOZUKLUĞU OLAN KADINLARIN YAŞAM DENEYİMLERİ; MANİSA İLİ
ÖRNEĞİ**

ŞEVVAL ÖZGE ÖZLEM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. DERYA ŞAŞMAN KAYLI

JÜRİ ÜYELERİ

Doç. Dr. Hakan BAYDUR

Doç.Dr. Görkem YARARBAŞ

MANİSA-2022

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar tüm süreçlerde etik dışı davranışlarımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynakça listesinde belirttiğimi, yine bu tezin çalışılması ve yazımı süresince patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Şevval Özge ÖZLEM



I. TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca ilk günden itibaren beni destekleyen, ihtiyaç duyduğum her an önerileri ve fikirleriyle bana yol gösteren, tüm yoğunluğuna rağmen beni hep hoşgörü ile karşılayan, enerjisini eksik etmeyerek motivasyonumu arttıran, bilimsel araştırmalara dair her detayı uygulamalı bir biçimde öğreterek heyecanımın artmasını sağlayan, çok değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Derya ŞAŞMAN KAYLI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmamın gerçekleşmesini sağlayan, desteğe ihtiyaç duyduğum her an yanımda olan, araştırma sürecimde dikkat etmem gereken noktaların üzerinde önemle durarak bana fikirleri, önerileriyle yol ve kaynak gösteren, çalışmamın her detayını ilgiyle takip eden, geribildirim alarak çeşitli bakış açıları sunan çok değerli hocam, Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimi, Uzm. Dr. Cengiz CENGİSİZ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim boyunca bana rol model olan, bilgi birikimlerini aktarmaya çalışan ve derslerdeki çalışmalarımıza geribildirim vererek çeşitli bakış açıları sunan, sayın hocalarım Prof. Dr. Fatih ŞAHİN'e, Doç. Dr. Hakan BAYDUR'a, Doç. Dr. Şeyda YILDIRIM'a, Doç. Dr. Gülten UÇAN ve Doç. Dr. Buğra YILDIRIM'a teşekkürlerimi sunarım.

Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi olan madde kullanım bozukluğuna sahip tüm kadınlara, bana kendilerini tanıma fırsatı verdikleri ve yaşam deneyimlerini benimle içtenlikle paylaşarak araştırmanın gerçekleşmesini sağladıkları için çok teşekkür ederim.

Lisans eğitimimde yollarımızın birleşmesiyle birlikte, her zaman yanımda olan, en zor günlerimde bile güçlü yönlerime odaklanarak motivasyonumu her daim arttıran ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilimsel çalışmalara olan merakımı çeşitli araştırmalarla devam etmemi sağlayan, yüksek öğrenimim ve kişisel gelişimim için beni her daim güdüleyen çok değerli hocam Melike TEKİNDAL'a teşekkürlerimi sunarım.

Yaşamımın her aşamasında bana olan inancını hiç yitirmeyen, beni hayata hazırlayan ve her anlamda destekleyerek bugünlere gelmemi sağlayan, var oluşumu borçlu olduğum canım annem ve anneanneme, birlikte büyüüp dönüştüğümüz kardeşime, tez yazım sürecinde sevgi, ilgi ve destekleriyle hep yanımda olan kuzenime

ve her zaman yanımda olduğunu bildiğim yol arkadaşıma sonsuz şükranlarımı sunarım.

Son olarak bu tezi, yazım ve araştırma yeteneği ile hayata olan bakış açısını örnek aldığım, her zaman yanımda olduğunu bildiğim, yaşama ve insanlığa dair tüm güzellikleri bana kazandıran, babam Önder ÖZLEM'e adamak isterim.



TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Eğitim Durumu.....	49
Tablo 2: Çalışma Durumu.....	49
Tablo 3: Ekonomik Durumu.....	49
Tablo 4: İlk Madde Kullanım Yaş Aralığı.....	50
Tablo 5: Madde Kullanım Süresi.....	51
Tablo 6: Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimlerine İlişkin Bulguların Ana Tema ve Alt Temaları.....	52



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Madde Kullanım Döngüsü ve Süreci (Yeşilay, 2022)	15
Şekil 2. Yaş Aralığı.....	48
Şekil 3. Medeni Durum.....	50
Şekil 4. Kullanılan İlk Madde.....	50
Şekil 5. Destek Alınan Kurum veya Kuruluşlar.....	51
Şekil 6: Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimlerine İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli).....	53
Şekil 7: Madde Kullanım Öncesi Yaşam Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli).....	53
Şekil 8: Madde Kullanım Dönemine İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli).....	59
Şekil 9: Madde Kullanım Tedavisine İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli).....	59
Şekil 10: Tedavi Sonrasına İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli).....	97
Şekil 11: Kelime Bulutu.....	107

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
TABLO DİZİNİ.....	vi
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ.....	5
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. BAĞIMLILIK.....	7
4.1.1. Madde Bağımlılığı	8
4.1.2. Dünya’da Madde Kullanımının Yaygınlığı.....	10
4.1.2.1. Kadınlarda Madde Kullanımın Dünya’daki Yaygınlığı.....	11
4.1.3. Türkiye’de Madde Kullanımının Yaygınlığı.....	12
4.1.3.1. Kadınlarda Madde Kullanımının Türkiye’deki Durumu.....	13
4.2. <u>MADDE KULLANIM DÖNGÜSÜ VE SÜRECİ.....</u>	<u>15</u>
4.2.1. Bağımlıların Karşılaştıkları Sorunlar.....	18
4.2.1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinden Kaynaklanan Sorunlar.....	19
4.2.1.1.1. İstihdam Alanında Yaşanılan Sorunlar.....	21
4.2.1.1.2. Eğitim Alanında Yaşanılan Sorunlar.....	22
4.2.1.1.3. Sağlık Alanında Yaşanılan Sorunlar.....	23
4.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Tedavi Süreci.....	27
4.2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Madde Kullanım Bozukluğuna İlişkin Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	30.30

4.2.4. Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları ile Bağımlılık.....	37
4.2.5. Bağımlılıkla Mücadele Eden Kurum veya Kuruluşlar.....	41
5. YÖNTEM.....	43
5.1. Araştırmanın Tipi.....	43
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	44
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi.....	44
5.4. Veri Toplama Araçları.....	45
5.5. Veri Toplama Yöntemi.....	45
5.6. Verilerin Analizi.....	46
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	47
6. BULGULAR.....	48
6.1. Sosyo-Demografik Bulgular.....	48
6.2. Tematik İçerik Analizi.....	51
6.2.1. Madde Kullanıesi Yaşam Deneyimleri.....	53
6.2.2. Madde Kullanım Dönemine İlişkin Yaşam Deneyimler.....	59
6.2.3. Madde Kullanım Tedavisine İlişkin Yaşam Deneyimleri.....	81
6.2.4. Tedavi Sonrasına İlişkin Yaşam Deneyimleri.....	97
6.2.5. Madde Kullanımına İlişkin Düşünceler.....	104
7. TARTIŞMA.....	108
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	113
9.KAYNAKLAR.....	119

EKLER

EK 1. Tez Konusu Kabul Formu

EK 2: Etik Kurul İzni

EK 3: Araştırma Gönüllü Katılım Formu

EK 4: Demografik Bilgi Formu

EK 5: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EK 6: Özgeçmiş

EK 7. Alıntı Raporu



Tez Başlığı: Bağımlılık Örüntüleri Kapsamında Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimleri; Manisa İli Örneği

Öğrencinin Adı: Şevval Özge ÖZLEM

Danışmanı: Doç. Dr. Derya ŞAŞMAN KAYLI

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışma, araştırmada madde kullanım bozukluğu olan kadınların, madde kullanımına başlama ve sürdürme nedenlerini, risk faktörlerini, bu süreç içerisinde kadın olarak yaşadıkları zorluk ve ihtiyaçlarını, tedavi süreçlerine başvurmalarını engelleyen veya geciktiren etmenleri, tedavi süreçlerinde uygulanan tedavi yöntemlerini, aile ve sosyal destek sistemlerinde meydana gelen değişimleri biyopsikososyal yaklaşım odağında analiz etmeyi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış olup bu araştırma Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde, AMATEM servisinde yatarak tedavi gören veya görmüş olan, maddeyi bırakmış olan kadınlarla gerçekleştirilmektedir. Örneklem, maximum çeşitlilik ilkesine göre belirlenmiştir. Araştırma verileri pandemi koşulları sebebiyle telefon aracılığıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler içerik analizi ile analiz edilmiş olup verilerin analizinde araştırmacının nitel metinleri sistematik olarak değerlendirmesine yardımcı olan yazılım programı MAXQDA22 kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında toplam 31 kadın katılımcı ile görüşülmüştür. Katılımcıların büyük çoğunluğunun Araştırma bulgularımız, katılımcıların madde kullanımı boyunca aileleriyle ilişkilerinin bozulduğunu, iş bulmakta güçlük çektiklerini, ekonomik sorunlarla karşılaştıklarını, damgalamaya maruz kaldıklarını ortaya koymakta ve kadınlara ihtisaslaşmış tedavi hizmetlerinin olmadığını, sunulan hizmetlerden de yeterli ölçüde yararlanamadıklarını göstermektedir. Son olarak madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavi sonrası yaşamlarına uyum sağlayabilmesinde aile desteğinin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Sonuç: Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, bağımlılık süreçlerinde cinsiyetlerinden dolayı, şiddete, ihmal ve istismara daha fazla maruz kalmakta ve damgalanmaktadır. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliği kapsamında yaşadıkları sorunlar bağımlılık olgusuyla katlanmakta olup hak ve hizmetlere ulaşımını engellemektedir. Bu bağlamda kadınlara yönelik geliştirilecek hizmetlerde tedavi

süresinin uzun tutulması, kadınlara ihtisaslaşan özel tedavi programlarının oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, kadınlar, biyopsikososyal model, sosyal hizmet.



Thesis Title: Life Experiences of Women with Substance Use Disorder within the Patterns of Addiction; Manisa Province Example

Student Name: Şevval Özge ÖZLEM

Supervisor: Assoc. Prof. Derya ŞAŞMAN KAYLI

Department: Social Work Department

2. ABSTRACT

Purpose: In this study, the reasons for starting and continuing substance use in women with substance use disorder, the risk factors, the difficulties and needs they experience as a woman during this process, the factors that prevent or delay their application to treatment processes, the treatment methods applied during the treatment processes, the occurrences in family and social support systems. It is aimed to analyze the coming changes in the focus of biopsychosocial approach.

Material and Methods: Qualitative research method was used in the study, and this research is carried out with women who have been or have been treated in the AMATEM service in Manisa Psychiatric and Neurological Diseases Hospital and who have quit the substance. The sample was determined according to the principle of maximum diversity. Research data were collected via telephone due to pandemic conditions. The obtained data were analyzed by content analysis, and the software program MAXQDA22, which helps the researcher to evaluate the qualitative texts systematically, was used in the analysis of the data.

Findings: A total of 31 female participants were interviewed within the scope of the research. Our research findings reveal that the majority of the participants have deteriorated relationships with their families, have difficulty in finding a job, face economic problems, are exposed to stigmatization, and show that there are no specialized treatment services for women and that they cannot benefit from the services provided adequately. Finally, it is emphasized that family support is very important for women with substance use disorders to adapt to their lives after treatment.

Results: Women with substance use disorders are more exposed to violence, neglect and abuse and stigmatized during their addiction process due to their gender. The problems that women experience within the scope of gender inequality are exacerbated by the phenomenon of dependency and prevent their access to rights and services. In this context, it is recommended to keep the treatment period longer in the

services to be developed for women and to create special treatment programs specialized for women.

Key Words: Substance use disorder, women, biopsychosocial model, social work



3. GİRİŞ

Bağımlılık, psikolojik, fizyolojik, sosyolojik ve ekonomik boyutları olan, bireylerin sağlığına zarar veren, günlük ve sosyal yaşantılarını sürdürmelerine engel olan, toplumsal yaşamı tehdit eden bir olgu ve ilişki türüdür. Bağımlılığın birçok türü bulunmaktadır. Bunlara; ilişki bağımlılığı, flört bağımlılığı, internet bağımlılığı, kumar bağımlılığı, oyun bağımlılığı, tütün ve alkol bağımlılığıyla birlikte bu araştırmanın konusu olarak, en yaygın bağımlılık türlerinden biri olan madde bağımlılığını örnek verebiliriz (Babahanoğlu, 2020). Madde bağımlılığı, keyif veren bir maddenin kullanılması sonucunda ortaya çıkan problemlere rağmen madde alımına yönelik dürtülerin kontrol edilememesi, maddenin düzenli ya da aşırı şekilde alınması ve maddenin alınmadığı zaman ise yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesidir (Çetin, 2013). Bireyler merak duygusu, can sıkıntısı, olumsuz deneyimlerden kaçış aracı, sağlıksız aile içi iletişim biçimleri, eğlence arayışı ve sosyal çevre gibi birçok sebepten dolayı madde kullanımına yönelmektedir. Bu bağlamda madde bağımlılığı, bireyin bedensel, ruhsal sağlığına zarar vermekte olup ailesini, sosyal çevresini olumsuz etkilemekte ve toplumsal sorunları tetiklemektedir (Şaşman Kaylı, 2016).

Önemli bir sorun alanı olan madde bağımlılığı, mikro, mezo ve makro olmak üzere tüm düzeylerde sosyal hizmet mesleğinin etkili bir çalışma yürüteceği uygulama alanlarından biri olup müdahale alanında çok önemli bir yer tutmaktadır (Duman 2001). Çünkü madde bağımlılığı alanı sadece fizyolojik bir mesele değildir. Madde bağımlılığının toplumsallaşma, küreselleşme, sağlık alanı ve politika oluşturma süreciyle ilişkisi vardır. Sosyal hizmet mesleği, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi öncesinde, tedavi sırasında, tedavi sonrasında güçlendirilmesine ve topluma kazandırılmasına ilişkin müdahaleler gerçekleştirmektedir (Yılmaz, 2019). Bu nedenle madde bağımlılığı sorununda bireyin çevresi içinde ele alınması ve madde kullanım sorununa bütünsel bir bakış açısıyla yaklaşılması gerekmektedir (Polat, 2014). Dolayısıyla bu araştırmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sağlık ve hastalık durumlarını bütüncül bir bakış açısı ile ele almak amacıyla biyopsikososyal model kullanılmıştır (Şaşman Kaylı, 2016; Sezer Korucu, Söylemez ve Oksay, 2021). Bu model ile bireyin madde kullanımına ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında; sosyodemografik bilgileri, aile ile ilişkileri, madde kullanım sebepleri, bağımlılık süresince yaşadıkları zorluklar, tedavi sürecinde kullanılan tedavi yöntemleri ve gereksinimleri göz önünde bulundurarak değerlendirme yapılacaktır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylere ilişkin gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde; cinsiyet farklılığı kapsamında, kadınlara yönelik gerçekleştirilen araştırmalarda madde kullanımında ihmal, istismar vb. travmatik yaşam olay etkilerinin ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yönelik tutumların araştırıldığı görülmüştür. Ancak ulusal ve uluslararası alan yazın incelendiğinde madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık deneyimlerini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Bu bağlamda, araştırmada madde kullanım bozukluğu olan kadınların, madde kullanımına başlama ve sürdürme nedenlerini, risk faktörlerini, bu süreç içerisinde kadın olarak yaşadıkları zorluk ve ihtiyaçlarını, tedavi süreçlerine başvurmalarını engelleyen veya geciktiren etmenleri, tedavi süreçlerinde uygulanan tedavi yöntemlerini, aile ve sosyal destek sistemlerinde meydana gelen değişimleri biyopsikososyal yaklaşım odağında nitel bir yöntemle derinlemesine analiz etmek amaçlanmaktadır. Bu araştırmada nitel yöntemin kullanılmasının amacı ise, kadınların bağımlılık sürecindeki yaşam deneyimlerini, bakış açılarını, tutum ve davranışlarını anlamak ve yorumlamaktır. Dolayısıyla bu çalışma ile madde kullanım bozukluğu olan kadınların yaşam deneyimleri görünür kılınarak bu alanda yapılacak araştırmalara ışık tutulacak ve sosyal hizmet disiplinine önemli katkı sağlanacaktır.

Araştırma süresince, madde bağımlılığı, bağımlılık yapıcı maddelerin sınıflandırılması, dünyada ve ülkemizde madde kullanımının yaygınlığı, madde kullanım nedenleri ve risk faktörleri, bağımlı bireylerin karşılaştıkları sorunlar, madde kullanımının tedavisi ve rehabilitasyon süreci, bağımlılıkla mücadele eden kurum veya kuruluşlar, bağımlılığı ele alan yaklaşımlar ve madde bağımlılığının sosyal hizmet disiplini ile ilişkisi sunulmaktadır. Yöntem kısmında ise araştırmanın yapısal özellikleri ve bulgular kısmında tematik içerik analizi sonucunda elde edilen sonuçlar açıklanmıştır. Bu sonuçlar, tartışma kısmında konu hakkında yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırılmış ve sonrasında konuya ilişkin değerlendirmeler ve öneriler sunulmuştur.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.BAĞIMLILIK

Bağımlılık, bireylerin psikolojik, fizyolojik, ekonomik ve sosyal yaşantısına zarar veren, işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyen, toplumun en önemli sorunlarından birini oluşturan ve toplumsal yaşamı tehdit eden patolojik bir davranıştır (Gövebakan ve Duyan, 2015). Bağımlılık, ortaya çıkan tüm olumsuz sonuçlara rağmen bireyin maddeye, nesneye veya duruma ilişkin dürtülerini kontrol edememesi durumudur (Nurmedov ve Tarhan, 2013).

Bağımlılık, yaşam boyunca var olmuş ve bağımlılıkla ilgili birçok araştırmacı çeşitli görüş ve bakış açıları ortaya koymuştur. Bağımlılık; “bir duruma, kişiye, maddeye veya nesneye karşı konulamayan “istek”, “alışkanlık” veya “hastalık” olarak tanımlanmaktadır (Kalyoncu, 2012). Bununla birlikte bağımlılık; bireylerin bir maddeyle, davranışla, durumla veya nesneyle kurduğu bir ilişki türüdür. Çünkü bağımlılık durum, nesne veya madde ile kurulan ilişki sonrasında ortaya çıkmaktadır (Uzbay, 2009; Babahanoğlu,1997). Burada önemli olan nokta, nesne veya maddenin kullanımı sonrasında bireyde yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesi ve bireyin, durum, nesne veya maddeye ilişkin isteğini durduramamasıdır (Şaşman Kaylı, 2016). Yani karşılaşılan nesne, madde veya durumla ilgili deneyimi sürekli yaşama isteğidir. Bu bağlamda bağımlılık, tekrarlayıcı bir nitelik göstermekle birlikte, süreç içinde gelişen ve fiziksel, psikolojik, sosyal veya ekonomik boyutları olan kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Çetin, 2013).

Bağımlılık denildiğinde, ilk olarak tütün, alkol ve madde bağımlılığı akla gelmektedir. Ancak alışveriş bağımlılığı, internet bağımlılığı, kumar bağımlılığı, oyun bağımlılığı, seks bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, ilişki bağımlılığı, flört bağımlılığı gibi birçok davranışsal bağımlılık çeşidi bulunmaktadır. Sonuç olarak bağımlılık sadece bir maddeye karşı değil davranışsal boyutlarda da kendini göstermektedir (Uzbay, 2009). Türü ne olursa olsun bağımlılık, hızla artış göstermekte, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını, sosyal yaşamını ve işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Bu araştırma kapsamında bağımlılık türlerinden biri olan madde bağımlılığı detaylıca ele alınacaktır.

4.1.1. Madde Bağımlılığı

Bağımlılık yapıcı maddeler, toplumların yaşadığı en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olup kişilerin toplumsal bağlarını zedelemekte, yaşam şartlarını zorlaştırmakta ve kişinin sorunlarıyla baş etme kapasitesini azaltmaktadır (Susman ve diğ., 2000). Bununla birlikte kendisi başta olmak üzere, ailesine, çalışma yaşamına zarar vermekte olup içinde bulunduğu toplumla iletişimini zedelemektedir (Dumas ve Hennessey 1999, Spoth ve ark. 2001). Dolayısıyla madde kullanımı, bireyin sosyal rol ve sorumluluklarının yerine getirilmesine engel olmakla birlikte toplumsal sorunları tetiklemektedir (DiClemente 2016).

Alan yazında madde; “duygu, durum ve bilişsel işlevlerde değişikliklere yol açarak bağımlılığa neden olan kimyasallar” olarak tanımlanmaktadır (Uzbay ve Yüksel, 2003). Madde bağımlılığı ise, keyif veren bir maddenin kullanılması sonucunda ortaya çıkan sorunlara rağmen madde alımına yönelik dürtülerin kontrol edilememesi, maddenin düzenli ya da aşırı şekilde alınması ve madde alınmadığı zaman yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesidir (Altuner ve diğ., 2009). Bu durumda birey kullanmakta olduğu maddeyi bırakamaz ve her defasında maddenin miktarını arttırarak kullanmaya devam eder (Işık, 2013). Madde bağımlılığının diğer bir tanımı ise; “kişinin maddeyle ilişki kurması sonucunda özdenetimini kaybetmesi” şeklinde belirtilmektedir (Doğan, 2001). Benzer olarak madde bağımlılığı, “bireyin kendisi veya duyguları üzerinde kontrol sağlayamaması” şeklinde de tanımlanmaktadır (Altundağ 2021).

Burada madde bağımlılığının fiziksel bağımlılık ve psikolojik bağımlılık olmak üzere iki unsurundan bahsetmekte fayda vardır. Öncelikle birey maddeyi ilk kullandığında, stres ve kaygısının azaldığını hissedebilir. Bu durum bağımlılık yapıcı maddelerin beyin ödül sistemini etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Ancak madde kullanımında vücut belirli bir uyum süreci içerisine girmektedir. Dolayısıyla kullanım arttıkça maddeye karşı fizyolojik gereksinim hissedilmektedir. Madde alınmadığı zaman ise fizyolojik anlamda yoksunluk etkileri ortaya çıkmaktadır (Uzbay, 2009). Psikolojik bağımlılık ise, bireyin duygusal veya kişilik yapısından kaynaklanan eksiklikleri ile psikolojik gereksinimlerini giderebilmek amacıyla maddenin kullanılmasını içermektedir (Gökler ve Koçak, 2008).

Bağımlılık yapıcı maddeler, haz ve keyif almak, ağrıları dindirmek, hastalıkları iyileştirmek ve tedavi yöntemlerinde kullanılmak üzere insanlığın ortaya çıkışıyla birlikte çeşitli şekillerde kullanılmış olsa da günümüzde bu durumdan kazanç elde etmek amacıyla maddeler üretilmeye ve satılmaya başlanmış, bir sektör haline getirilmiştir (Ünal, 2020; Ersöğütçü, 2015;). Bağımlılık yapıcı maddeler çeşitli yollarla vücuda alınmakta olup öngörülemeyen etkilere sahiptir. Öncelikle bireylerin merkezi sinir sistemini etkileyerek psikolojisini, duygu, düşünce ile davranışlarını etkilemekte ve alışkanlık oluşturmaktadır. Bu nedenle madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, madde etkilerine karşı koyabilmesi ve madde kullanımının önüne geçebilmesinde güçlü bir iradeye sahip olması hayati öneme sahiptir (Bilgen, 1998).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM), ABD’de psikolojik bozukluklarla ilgili bilgiler toplamak amacıyla geliştirilmiştir. DSM’de madde kullanımı ilk kez 1952 yılında sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında sınırlı şekilde yer almıştır (Güleç, Köşger ve Eşsizoglu, 2015). Bütün tanımlamalar ve ayrımlarla birlikte, DSM-IV’de yer alan “maddenin kötüye kullanımı” ve “madde bağımlılığı” tanıları DSM-V’de yer almamış, iki tanımlamaya ait kriterler “madde kullanım bozukluğu” tanısını belirlemek için on bir maddede birleştirilmiştir (Öztürk ve Uluğ, 2015). DSM-V’in madde kullanım bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (Hasin ve ark., 2013; Yılmaz, 2019);

Bağımlılık yapıcı maddelerin tasarlanandan daha fazla oranda ve daha uzun sürelerde alınması,

Madde kullanım isteğinin sürekli olması ve madde kullanımını azaltmaya yönelik girişimlerin başarısız olması,

Maddenin temin edilmesi, kullanılması ve etkisinden kurtulmak için çok çaba ve zaman harcanması,

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına ilişkin yoğun istek hali,

Madde kullanımının okul, iş hayatı ve ev yaşantılarında yerine getirilmesi gereken sorumlulukların önüne geçmesi,

Madde kullanımının günlük aktivitelerin ve sosyal yaşantının önüne geçmesi,

Madde kullanımının fizyolojik açıdan tehlikeli boyutlarda tekrarlanması,

Maddenin kullanımı sonucunda meydana gelen fiziksel ve psikolojik bir sağlık sorununun varlığına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi,

Maddenin kullanılmadığı zaman psikolojik ve fizyolojik semptomlarla birlikte yoksunluk hissinin ortaya çıkması ve bu yoksunluk hissinin giderilmesi için maddenin kullanılması,

Bağımlılık yapıcı maddelerin zamanla etkilerinin azalması ve istenilen etkiye ulaşılabilmesi için daha fazla oranda madde kullanımına gereksinim duyulması,

Madde bağımlılığının tanısının konulabilmesi için yukarıda belirtilen maddelerden iki veya daha fazlasının bulunuyor olması gerekmektedir (Öztürk ve Uluğ, 2015).

4.1.1.1. Dünya’da Madde Kullanımının Yaygınlığı

Madde kullanım bozukluğu, sanayi devrimiyle beraber yaygınlaşmış olup günümüzün önemli sorunlarından birini oluşturmaktadır. Günümüzde bağımlılık yapıcı maddelerin üretilmesi, ticarileştirilmesi ve tüketilmesi gittikçe artmaktadır (Karataşoğlu 2013; Tamer ve Aydın 1998). Madde kullanım bozukluğunun yaygınlığının ortaya konulması amacıyla Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) her yıl Dünya Uyuşturucu Raporu yayınlamakta olup, raporun verileri incelendiğinde; 2014 yılında 15-64 yaş arasında en az bir kez uyuşturucu madde kullanan kişi sayısının yaklaşık 247 milyon olduğu, bu rakamın 2015'te 250 milyona, 2018'de 275 milyona çıktığını ortaya konmaktadır (UNODC, 2016; UNODC, 2017; UNODC, 2018). 2014 yılında madde kullanım bozukluğu olan 27 milyon kişi varken, bu sayı 2016'da 29 milyona, 2017'de 29.5 milyona, 2018'de 31 milyona çıkmıştır (UNODC, 2016, 2017, 2018). Dolayısıyla madde kullanan ve madde kullanım bozukluğu olan kişi sayısının hızla arttığı görülmektedir.

Madde bağımlılığı alanında çalışmalar yürüten bir başka kuruluş olan Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)'dır. EMCDDA'nın 2017 raporuna göre; 15-64 yaş arası yetişkinlerin yaşam boyu esrar kullanımı %26,3, kokain kullanımı %5,2, extasy kullanımı %4,2 ve amfetamin kullanımı %3,8 oranındadır. Aynı rapora göre ölümcül yüksek dozların %81'inde opioidlerin yer aldığı belirtilmiştir (EMCDDA, 2017). EMCDDA tarafından hazırlanan başka bir raporda ise madde kullanım bozukluğu tedavisi gören kişi sayısının 2006-2011 seneleri arasında 45.000' den 61.000'e yükseldiği vurgulanmaktadır (EMCDDA 2014).

Avrupa Uyuşturucu Bağımlılık İzleme Merkezi'nin 2018 senesinde yayımlanan verilerine göre ise, madde kullanma deneyiminin erkeklerde 56 milyon civarında görülürken kadınlarda 36 milyon civarında olduğu belirtilmektedir (EMCDDA 2018). Ayrıca son yıllarda yapılan araştırmalara göre yaklaşık 17 milyon genç yetişkinin son bir yıl içerisinde bağımlılık yapıcı madde kullandığı bildirilmektedir (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2021).

Avrupa'da bağımlılık yapıcı maddelerin pazarında küreselleşmenin ve teknolojinin uyuşturucu madde üretiminde çeşitli çevrimiçi pazarların kurulmasına ve bu pazarların büyümesine neden olduğu görülmektedir (Oktay, 2017). Raporla belirtilen en çarpıcı durum, madde ticaretinin internet ortamında yapılmaya başlanması olarak karşımıza çıkmaktadır (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2021). Ayrıca Avrupa Birliğı'nde yaşıyan 15-64 yaş aralığında olan yaklaşık 96 milyon kişinin yaşamlarının bir noktasında bağımlılık yapıcı madde denediğı belirtilmektedir (Avrupa Uyuşturucu Raporu 2019).

2020 Dünya Uyuşturucu Raporu verilerine göre, dünya genelinde 15-64 yaş grubu bireylerden 269 milyon kişinin hayatında en az bir kez uyuşturucu madde kullandığı belirtilmektedir. 2021 yılı Avrupa Uyuşturucu Raporu verilerine göre ise, Avrupa Birliğı ülkelerinde yaşıyan 15-64 yaş aralığındaki bireyler arasında bağımlılık yapıcı maddeleri en az bir kez kullanma oranının %28,9 olduğu, bunun 83 milyon bireye tekabül ettiğı belirtilmektedir (Avrupa Uyuşturucu Raporu 2021). 15-64 yaş aralığındaki bireylerin madde kullanımına bağılı ölüm oranları incelendiğinde ise Estonya, İsveç ve Norveç'in en yüksek oranlara sahip ülkeler arasında olduğu saptanmıştır. Romanya, Bulgaristan, Macaristan ve Portekiz'in ise en düşük madde kullanım oranlarına sahip olduğu ortaya konmaktadır (EMCDDA 2018).

Çeşitli araştırmalarda, 12 yaş üzerindeki bireylerden 16 milyon kişinin alkol ve madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmektedir (Olçay, 2016). Özellikle madde kullanım yaşının düşmesi madde kullanım bozuklukları riskini ortaya koymakla birlikte bu alanda yapılacak çalışmaları da zorunlu kılmaktadır (Yılmaz, 2019).

4.1.1.1.1. Kadınlarda Madde Kullanımın Dünya'daki Yaygınlığı

Madde kullanım bozukluğu, günümüzde gittikçe artmakta olan, ülkeden ülkeye değışiklik gösteren, sosyal, ekonomik, politik, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaratan, önemli bir halk sağığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde kullanım

bozukluğunda birçok faktör etkili olmaktadır. Bunlar; bireysel faktörler, sosyal faktörler ve cinsiyettir. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu her ne kadar erkekler arasında yaygın olarak görülse de madde kullanımı olan kadınların oranının gittikçe arttığı, kadınlar ve erkekler arasındaki yapısal değişikliklerin, cinsiyetler arası madde kullanım oranlarını ve biçimlerini etkilediği belirtilmektedir (Poole ve Dell, 2005).

2021 yılında yayımlanan Avrupa Uyuşturucu Raporu'nun yıllık açıklanan raporları incelendiğinde son rapor başta olmak üzere madde kullanım bozukluğu olan erkek sayısının kadınlara kıyasla %60 oranla daha fazla olduğu görülmüş olsa da madde kullanan kadın sayısının da günümüzde hızla arttığı belirtilmektedir. Ayrıca geçen yıla göre 15-34 yaş aralığında olan genç yetişkinlerin son bir sene içerisinde yaklaşık %17'sinin bağımlılık yapıcı madde kullandığı ve kadınlarda bu oranın yaklaşık %12 iken erkeklerde yaklaşık %22 olduğu belirtilmektedir. Bağımlılık yapıcı maddeler arasında esrarın en çok denenen madde olduğu ve yaklaşık 31 milyon kadının esrar kullanımını denediği belirtilmektedir (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2021).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, damgalanma sorunu sebebiyle bildirimde bulunmaktan kaçınmakta ve bu nedenle kadınların madde kullanımına ilişkin verileri sayıca sınırlı kalmaktadır (Ögel, 2004).

4.1.1.2. Türkiye'de Madde Kullanımının Yaygınlığı

Tüm dünyada ve Türkiye'de gün geçtikçe daha sık görülmeye başlanan madde bağımlılığı, bağımlı olan bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını etkilediği kadar halk sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Bir halk sağlığı sorunu olarak bağımlılık, kişiler arası ilişkilerin bozulmasına, aile içi çatışmaya, çeşitli ekonomik kayıplara, yasal ve toplumsal sorunlara yol açabilmekte, toplumsal ve ekonomik bir risk oluşturmaktadır (Yılmaz, 2019). Ülkemiz coğrafi konumu itibarıyla, uyuşturucu madde üretim bölgeleri ile tüketim bölgelerinin arasında yer almaktadır. Bu durum, yasadışı bağımlılık yapıcı maddelerin ticaretinde ülkemizin köprü görevi görmesine ve hedef ülke haline gelmesine neden olmaktadır (TUBİM 2017). Dolayısıyla madde bağımlılığı konusu Türkiye için büyük bir risk oluşturmaktadır (Akgül ve Kaptı 2010).

Türkiye'de madde bağımlılığı çalışmaları alanında öncül kuruluşlardan biri olan Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından, 2011 yılında ülkemizde genel nüfusa uygulanan en kapsamlı madde kullanım

araştırması yapılmıştır. 25 ilde 15-64 yaş arası bireylere yapılan araştırmada, yasal olmayan bağımlılık yapıcı maddelerin en az bir kez kullanılma oranı yaklaşık %3 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte madde kullanımının 15-34 yaş arası genç yetişkinlerde daha yaygın olduğu raporlanmıştır (TUBİM 2012).

Ülkemiz, madde kullanımı bakımından özellikle de son yıllarda ciddi artışlar göstermektedir. Tercih bakımından sentetik maddelerin kullanımının %60 oranında arttığı görülmektedir. Madde kullanımına bağlı, ölümlerin artışı da bunu doğrulamaktadır (EMCDDA, 2014). Madde kullanımına bağlı ölümlerde yaş ortalamaları incelendiğinde, yaş ortalamasının her geçen gün düşmekte olduğu ve 10-25 yaş arasında madde kullanım sebebiyle vefat eden kişi sayısının arttığı görülmektedir. TUBİM' in güncel araştırma sonuçlarına göre de ülkemizde madde kullanımına bağlı ölen kişi sayısı her yıl artış göstererek 2015 yılında 590' dan 2016 yılında 920' ye ve 2017 yılında ise 941' e yükselmiştir (TUBİM 2018).

Türkiye'de alkol ve madde kullanım bozuklukları tedavilerinin yapıldığı AMATEM'ler ve Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (ÇEMATEM)'ler, yatarak ve ayaktan tedavi olmak üzere iki şekilde hizmet sunmaktadırlar (TUBİM, 2018). 2018 yılı aralık ayı itibariyle ülkemizde 113 tane madde bağımlılığına ilişkin tedavi merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerin 65 tanesinde sadece ayaktan tedavi, 48 tanesinde ise hem yatarak hem ayaktan tedavi hizmeti sunulmaktadır (TUBİM, 2019).

4.1.1.2.1. Kadınlarda Madde Kullanımının Türkiye'deki Durumu

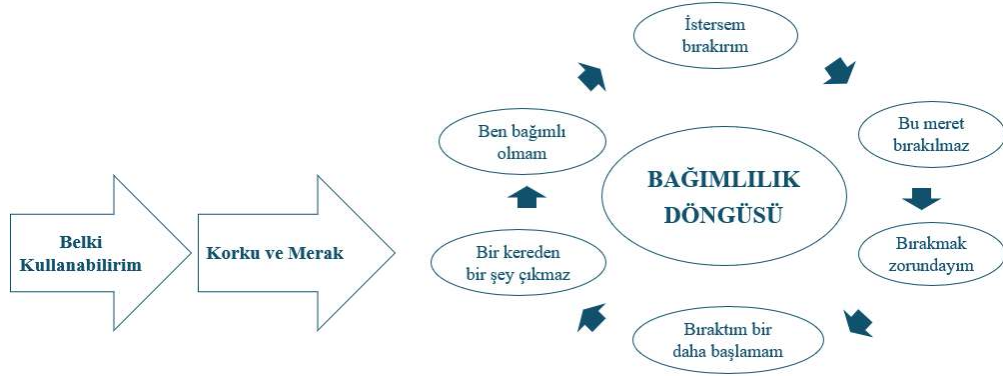
Bağımlılık yapıcı madde kullanımı hem dünya da hem de ülkemizde genellikle erkeklere özgü bir problem gibi algılanmaktadır. Bu sebepten bağımlılığa yönelik önleme ve tedavi programları da daha çok erkeklere göre düzenlenmektedir (Çetin, 2013). Kadınların toplumdaki yeri ve konumunun zaman içinde değişmesiyle birlikte madde kullanım bozukluklarına ilişkin bir artış olduğuna dikkat çekmek gerekmektedir (Kutlu, 2011). Bu bağlamda, 2001 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, bağımlılık yapıcı madde kullanma oranının kadınlarda yaklaşık %17 iken, erkeklerde yaklaşık %10 olduğunu ortaya koymaktadır (Doğan, 2001). Ancak her ne kadar kadınların madde kullanım oranlarında artış gözlemlense de, madde kullanım

bozukluğu olan kadınlara ilişkin veriler sınırlı kalmakta ve bu durum damgalanma ile ilişkilendirilmektedir (Ögel, 2004).

2020 yılında yayımlanan Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre, hayatının herhangi bir döneminde yasa dışı madde kullandığını belirten kişilerin yaklaşık %95'i erkek, %5'i ise kadındır. Bununla birlikte 2018 yılında madde kullanımına bağılı gerçekleşen ölümlerin yaklaşık %97'ini erkekler, %3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. 2019 yılında bu oran %97,4 erkek ve %2,6 kadın olarak karşımıza çıkmaktadır (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2020).

Erkekler ve kadınlar arasında maddelerin kullanım etkileri farklılıklar göstermekte, madde kullanım bozukluğu olan kadınlar erkeklere göre algısal değişiklikler ile depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunları daha fazla yaşamaktadır (Albright ve Rayburn, 2009). Bununla birlikte kadınlar için özelleşmiş bir tedavi servisi ise yakın bir zaman öncesine kadar bulunmamakta iken 2019 yılında Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağılı olarak kadınlara yönelik 10 yatak kapasiteli AMATEM servisi açılmıştır (TUBİM, 2019). Ayrıca kadınların tedaviye erişimlerini sağlamak ve tedaviye erişim zorluklarını gidermek için kadın odaklı tedavi programları oluşturulmaya başlanmıştır. Bu bağlamda, kadın ve kız çocuk arındırma, anne-bebek ünitesi ve rehabilitasyon merkezlerinin işleyişleri kurum bünyesinde yapılandırılmaktadır. Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda ise yatarak tedavi gören bireylerin cinsiyete dayalı dağılımları incelenmiş olup, yatak tedavi gören kişilerin yaklaşık %94'ünü erkeklerin, yaklaşık %6'ını ise kadınların oluşturduğu görülmektedir (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2020).

4.2.MADDE KULLANIM DÖNGÜSÜ VE SÜRECİ



Şekil 1. Madde Kullanım Döngüsü ve Süreci (Yeşilay, 2022).

Engelli bireyler, yaşlılar, çocuklar, yoksul bireyler ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler gibi dezavantajlı kesimler sağlık, eğitim, istihdam, idari, hukuki vb. birçok alanda problemlerle karşılaşmaktadır. Dolayısıyla bireyler yaşadıkları sorunlar karşısında ailesi ve sosyal çevresinden destek alamadığı durumlarda sorunlarıyla baş etmede zorlanmakta ve yalnız kalmaktadır. Problemlerinden uzaklaşabilmek için madde kullanımına yönelen bireyler “belki kullanabilirim” düşüncesiyle bağımlılık sürecine başlamış olurlar.

Maddeye yönelim, bireyde korku ve merak duygusu yaşatmaktadır. Bireyin yaşadığı korku veya merakı içinde bulunduğu topluluğa, toplumdan gelecek cevaplara veya maddeyi kullandığında ne olacağına dair belirsizlikle ilişkilidir.

Birey her ne kadar bir kereden bir şey olmaz diyerek madde kullanımına başlasa da madde kullanım sürecinde “hayır diyememesi” ile birlikte bağımlılık döngüsü devam etmektedir. Kişi madde kullanımını bırakmak istediğinde yeteri destek alamaz veya uygun bir kurum bulamazsa, yoksunluk belirtilerinin de yaşanması durumunda bu döngü sürekli tekrarlanmaktadır. Döngünün ilerleyen basamaklarında, kişi madde kullanımına devam etmektedir. Bireyin sağaltım süreci gerçekleştiğinde ise “istediğimde bırakabiliyorum” düşüncesiyle, kişi tekrar kısır döngünün içerisine girmektedir.

Madde kullanım bozukluğu, olumsuz sonuçlarına rağmen madde tüketiminin durdurulamaması ve maddenin alınmasına ilişkin dürtülerin kontrol edilememesidir (Tosun, 2020). Bağımlılığın oluşması kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte bunu

belirleyen herhangi bir faktör de bulunmamaktadır. Madde bağımlılığının oluşma riski, kişinin sahip olduğu risk faktörlerinin artmasıyla doğrudan ilişkilidir (Öztürk, Dursun ve Öğütü, 2019). Madde kullanımına risk oluşturan sebepleri de tek bir nedene bağlamak mümkün olmamakla birlikte, literatürde risk oluşturan etmenler şu şekilde belirtilmektedir (Yıldırım, 2008; Ögel, 2017);

Aile bağlarının ve iletişimin güçsüz olması,

Ailede kuralların olmaması ve disiplin problemlerinin yaşanması,

Aile içi şiddet olayları,

Bireyin aile ve sosyal çevresinde madde kullanım geçmişinin bulunması,

Bireyin psikolojik problemleri,

Bireyin ekonomik problemleri,

Bireyin arkadaş ve sosyal çevresinden kaynaklanan problemler,

Bireyin biyolojik ve kalıtsal problemleri,

Bireyin kaygı, düşün benlik saygısı, başa çıkma mekanizmaları gibi kişilik özellikleri

Madde kullanım bozukluğunda, çocukluk dönemindeki deneyimler, cinsiyet, kalıtsal faktörler, birey ve içinde bulunduğu aile sistemi risk oluşturan sebepler arasındadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aile öyküleri incelendiğinde ailede şiddet, istismar, ihmal ve madde kullanım öykülerinin bulunması, içinde bulundukları sosyoekonomik düzey önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk, Dursun, Öğütü, 2019). Bununla birlikte bireylerin, içinde bulunduğu sosyal çevreden dışlanmak veya soyutlanmak istememeleri de madde kullanım bozukluğu riskini arttırmaktadır (Öztürk, 2018). Ek olarak bağımlılığın oluşmasında kullanılan maddenin türü ve tüketim şekli de önemli risk faktörleri arasındadır (Tosun, 2020).

İnsanlar yaşamları boyunca travmatik birçok olay ile karşı karşıya kalmakta olup anksiyete, çekimserlik, içe kapanıklık, düşük benlik saygısı ile sosyal çevrelerinde yetersizlik duygusu yaşayabilmektedir (Bozbey,2015). Bireyler yaşadıkları sorunların veya engellerin varlığı halinde duygularıyla baş etmekte zorlanmakta, çevrelerine ayak uyduramamakta ve yaşam koşullarına uyum sağlayamamaktadır (Dalbastı, 2018). Bununla birlikte bireyler yaşadığı olumsuz duygularından, sıkıntılardan veya zorluklardan kaçınmak ve rahatlayabilmek için madde kullanımına yönelmektedir. Kaçış aracı olarak kullanılan maddenin verdiği iyilik hali, bireyin olumsuz bir duygu, durum ya da olayla karşılaştığında tekrar madde kullanım isteği oluşturmakta ve

psikolojik bağımlılığa zemin hazırlamaktadır (Mutlu, 2000). Bireylerin sahip olduğu kişilik özellikleri de psikolojik sebepler kapsamında ele alınmaktadır. Bu bağlamda bireylerin, aşırı tepkisellik, sinirlilik hali, saldırma eğilimli gibi kişilik özelliklerine sahip olmaları da madde kullanım bozukluğu riskini arttırmaktadır (Öztürk,2018).

Ayrıca madde kullanımının altında tek bir neden bulunmamakla birlikte, en çok karşımıza çıkan risk oluşturan sebeplerden biri, ekonomik sebepler olarak belirtilmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan birey, yoksunluk belirtileri ortaya çıktığında maddenin temin edilebilmesi için yeterli ekonomik koşullara sahip değil ise hırsızlık, gasp vb. meşru olmayan yollara eğilim gösterebilmektedir. Bu durum bireyin suç işleme eğilimini arttırmaktadır (Çetin, 2013). Ayrıca birey yoksunluk belirtilerinin giderilebilmesi için daha ucuz ve ulaşılabilir olan maddelere yönelmekte olup bu maddeler hem üretilmesi hem de kullanılması bakımından insan vücudunda ciddi hasarlara yol açmakta ve ölümcül sonuçlara sebep olmaktadır (Akıncı,2017).

Bununla birlikte madde kullanımının insan beynine olan etkisi ve bağımlılık sebeplerinin kalıtsal göstergeleri senelerdir incelenmektedir. Net bir sonuca ulaşamamakla birlikte madde kullanım bozukluğunu nörobiyolojik olarak ele alan yaklaşımlar da bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar çoğunlukla aile çalışmaları, aile ve çocuk arasındaki genetik aktarımlar, kardeşler ve tek yumurta ikizleri gibi alanlarda yoğunlaşmakta olup genetik aktarımın ve kalıtsal faktörlerin etkileri bilimsel olarak incelenmeye devam etmektedir (Tosun, 2020).

Madde kullanım bozukluğunun oluşmasında oldukça önemli bir diğer etken sosyal, çevresel ve kültürel sebeplerdir. Bireyin madde kullanımına başlamasında ailesinde yaşanan sorunlar, arkadaş çevresi, akranlarının etkisi, diğer kültürel ve toplumsal sebepler önemli nedenler arasında yer almakta olup sosyal, çevresel ve kültürel sebepler kapsamında detaylıca değerlendirilecektir (Taylan, 2018).

Aile, bireylerin kişiliklerinin, davranışlarının gelişmesinde ve şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aile ortamları incelendiğinde, genellikle şiddet, istismar veya ihmal geçmişlerinin belirgin olduğu, aile içi ilişkilerde ve iletişimde çatışmaların yaşandığı belirtilmektedir (Akıncı, 2017). Birey aile içerisinde yaşanan çatışmalardan uzaklaşabilmek için maddeyi bir kaçış aracı olarak algılayarak madde kullanımına yönelmektedir (Demir, 2006). Aile içerisinde çocuk ve ebeveyn arasında kurulan ilişkinin niteliği de madde kullanımını tetiklemektedir. Çünkü fazla otoriter veya koruyucu aileler ya da tam tersi fazla rahat veya az disiplinli olan ailelerde, çocuk ile ebeveyn arasında iletişim sorunları

yaşanmakta, çocuk, gereksinim duyduğu sevgiyi, ilgiyi, güven duygusunu ailesinden alamamakta ve bu gereksinimini karşılamak için sosyal çevresine yönelmektedir (Ögel, 2011).

Bu bağlamda bireyin madde kullanım bozukluğu geliştirmesinde arkadaş ve sosyal çevresi ile iletişimde bulunduğu akran gruplarının da önemli bir rol oynadığını söylemek gerekmektedir. Çünkü birey içinde bulunduğu sosyal gruba ait hissedebilmek için o grubun davranışlarını benimsemekte ve grubun sahip olduğu değerleri kabul etmektedir. Dolayısıyla birey, sosyal çevresinde gerçekleşen ısrarlara dayanamamakta, arkadaş gruplarından soyutlanmamak ve dışlanmamak için farklı arayışlara girmektedir (Dalbastı, 2018). Bu bağlamda bireyin arkadaş ve sosyal çevresi ile akranlarıyla olan etkileşimlerinin de madde arayışında veya kullanımında önemli bir etken olarak karşımıza çıktığını söylemek mümkündür (Arslan, 2016).

Toplumun genelinde baskın olan ataerkil kültür, tarihin çoğu zaman her döneminde toplumsal yapının dinamiklerine göre şekillenmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ataerkil yapının baskınlığı, kadınları dezavantajlı ikincil konuma getirmekte olup kadınlar ile erkekler arasında eşit olmayan güç ilişkilerine sebebiyet vermektedir (Laanemets, 2002). Bu durum kadınların madde kullanımı öncesinde, sırasında ve sonrasında fiziksel, psikolojik ve ekonomik şiddete maruz kalmasına yol açmakta ve eğitim, istihdam, sağlık gibi birçok alana erişimlerini kısıtlamaktadır (Tuchman, 2010). Özellikle madde kullanım bozukluğu olan kadınların, sağlık hizmetlerine erişimi, damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma gibi nedenlerden dolayı sağlanamamaktadır (Danielle ve diğ., 2020).

Bununla birlikte kültürel normlar kapsamında ise bazı kültürlerin madde kullanımını kolaylaştırması veya satışını yasaklamaması da madde kullanım sebeplerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Cingöz, 2018). Bununla birlikte toplumun madde kullanımına yönelik bakış açısı, madde kullanımına ilişkin bilgilerin yetersizliği, bireyin yaşadığı kişisel sıkıntılar ile sosyal kaynaklara erişememesi ve yaşadığı ekonomik problemler topluma uyum sağlamalarında bireyi zorlayarak maddeye yönelmesine sebep olmaktadır (Tomanbay, 2018).

4.2.1. Bağımlıların Karşılaştıkları Sorunlar

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar yaşamları süresince çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların başında madde kullanımının aile yaşamları üzerindeki

etkileri, iş yaşamlarındaki etkileri ile ekonomik sorunların yaşanması ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan sorunlar gelmektedir.

Aile kurumu, çeşitli özelliklere sahip, birbirleriyle ilişki ve etkileşim içerisinde olan üyelerden oluşan bir sistem olarak tanımlanmakta ve sistem içindeki tüm üyeler arasındaki ilişkilere odaklanılmaktadır. Bu bakış açısına göre, aile sisteminde üyelerden birinde meydana gelen herhangi bir etki diğer üyeleri de etkileyecektir (Tekindal ve Özlem, 2022).

Aile sistemleri ile madde kullanım bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çünkü ailede madde kullanım bozukluğu olan bir üyenin olması, aile içi iletişimde, etkileşimde, üyelerin rol ve sorumluluklarında farklılıklar oluşturmakta olup aile sisteminin dengesini bozmaktadır (Yılmaz, 2015). Madde kullanım bozukluğu sadece bireye ait olmamakla birlikte aileyi çeşitli şekillerde etkilemektedir. Öncelikle ailede sağlık sorunları yaşanmakta, ekonomik zorluklarla karşılaşmakta, aile içi iletişimde sorunlar yaşanmakta olup aile üyeleri arasındaki ilişkiler bozulmaktadır. Bununla birlikte aile içinde yaşanabilecek şiddet, ihmal veya istismar olayları da karşımıza çıkmaktadır (Tamar, Ögel ve Duran, 1997).

Ailenin işlevleri, aile içinde ekonomik, duygusal, cinsel gereksinimlerin karşılanması, boş zaman faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi, üyeler arasında sevgi ve saygı ortamının sağlanması şeklinde açıklanmaktadır (Tekindal ve Özlem, 2022). Madde kullanım bozukluğunun ailenin işlevlerine etkisi incelendiğinde ise, üyelerden beklenen rol ve sorumluluklar yerine getirilmediği, rollerde değişiklikler yaşandığı ve yeniden yapılandırıldığı belirtilmektedir (Yüncü ve Savaş, 2007).

4.2.1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinden Kaynaklanan Sorunlar

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların erkeklere göre, damgalanma, ayrımcılık, gebelik, hizmetlerin yetersiz olması, bebeğin velayetini kaybetme korkusu, cinsel taciz olayları gibi nedenlerle madde kullanımına ilişkin tedavi arayışlarının daha az olduğunu söylemek mümkündür (Shober, 1996; Arfken, 2001; Finkelstein, 1994). Bu bağlamda Tuchmann'ın 2010 yılında yaptığı bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan kadınların, yaşadıkları damgalama vb. sebeplerden dolayı uzun süre tedaviye başvurmadan kaçındıkları, kadınlara yönelik tedavi programların olmadığı ve sınırlı hizmetlere sahip oldukları ortaya konulmaktadır (Tuchmann, 2010).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların, aile içi rol ve sorumluluklarında toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını söylemek mümkündür (Samuelsson, 2015). Ayrıca kadınların, tedavi sürecinde yataklı tedavi hizmetleri ile psikolojik destek hizmetlerinden yeterli bir biçimde yararlanamadığı, çocukların bakımına dair endişeler yaşadığı, fiziksel ve ekonomik problemlerle birlikte damgalama sorunlarını erkeklere oranla daha fazla yaşadığı belirtilmektedir (İsveç Hükümeti Resmi Raporları, 2011). Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan kadınların istihdam sorunları yaşadıkları, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip oldukları, fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldıkları belgelenmiştir (Kalechstein, 2000). Bununla birlikte tedavi arayışı olan kadınların, tedaviye ulaşma olasılıkları erkeklere oranla daha düşük olmakla birlikte tedavisi devam eden madde kullanım bozukluğu olan kadınların ise tedaviyi bırakma olasılıkları erkeklere göre daha yüksektir (Farid ve Clarke, 1992; Ünübol ve diğerleri., 2019).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, kadın olmaktan kaynaklanan sorunları daha belirgin yaşamakta ve bu durum kadınlar ile erkeklere ayrı tedavi prosedürleri uygulanması gerektiğini düşündürmektedir.

Son olarak madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dezavantajlı gruplar arasında yer aldığını ve sosyal dışlanmaya en fazla maruz kalan risk gruplarından birini oluşturduğunu söylemek yanlış olmaz (SEU, 2004). Bu bağlamda öncelikle sosyal dışlanma kavramının açıklanmasında fayda vardır. Sosyal dışlanma temelde, bazı kişi ve grupların sosyal haklarına ve toplumdaki kaynaklara ulaşamamasıdır. Yoksulluk içinde olan, HIV/AIDS hastalığı ile ağır ruhsal hastalığa sahip veya madde kullanım bozukluğu olan bireyler bu kapsamda yer almaktadır (Çakır, 2002).

Sosyal dışlanmanın ekonomik, toplumsal, siyasal olmak üzere çeşitli sınıflandırmaları bulunmaktadır. Ekonomik dışlanma, bireyin sahip olduğu gelirler ile en temel gereksinimlerini karşılayamamasını içermektedir (Derin ve Tapan, 2017). Toplumsal dışlanma, sosyal bütünleşmeyi tehdit etmekte ve bireylerin etnik kökenleri, dini, cinsel yönelimleri gibi birçok nedenden dolayı dışlanmasını kapsamaktadır (Hekimler, 2012). Siyasal dışlanma ise, siyasal bağlamda güçsüz konumda olan bireylerin hukuki veya siyasal haklarından yeterli ölçüde faydalanamamasını içermektedir (Adaman ve Keyder, 2007). Özetlemek gerekirse, madde kullanım bozukluğu, bireyin yaşamını sosyal, ekonomik, siyasal veya sağlık bakımından etkileyerek yaşadığı toplumsal yaşamdan soyutlanmasına, dışlanmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla dışlanan madde kullanım bozukluğu olan bireyler, gereksinim

duyduğu kaynaklara ve haklarına erişememekte ve madde kullanımı olan bireylerle birlikte alt bir kültür oluşturmaktadır (Duman, 2001). Sonuç olarak madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik damgalamaların ve ayrımcılıkların, sosyal dışlanmayı beslediğini söylemek mümkündür. Bununla birlikte suçlayıcı dil kullanma, medyanın olumsuz tutum ve söylemleri, toplumun madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik önyargıları da bireyleri toplum dışına itmektedir (Buchanan ve Young, 2000).

Madde kullanım bozukluğu davranışının gelişmesi kültürden kültüre farklılık göstermekte olup aile fertlerinden birinin kaybı, şiddet, istismar, göç vb. travmatik yaşam olayları ile yoksulluk ve sosyal çevre gibi etkenler madde kullanımını tetiklemektedir (Ünüböl ve diğerleri., 2019). Bu bağlamda değişen yaşam koşullarına uyum sağlamakta zorlanan risk altındaki grupların ve bu gruplara yönelik alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi de madde kullanımının önlenmesinde büyük önem taşımaktadır (Yılmaz, 2017; Ögel, 2017.).

4.2.1.1.1. İstihdam ve Ekonomik Alanda Yaşanılan Sorunlar

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların madde kullanımının nüksetme nedenleri, tedavi motivasyonları, tedaviye erişimde veya tedavi sürecinde yaşadıkları sorunlar erkeklerden önemli ölçüde farklılık göstermektedir (Tuchman, 2010). Kadınların tedavi programlarına erişimlerinde veya tedavi sürecinde yaşadıkları sorunlar kapsamında toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi oldukça fazladır (Green ve ark, 2002).

Madde kullanım bozukluğu, bağımlı bireyin kendisi başta olmak üzere, içinde bulunduğu ailenin ve ülkenin ekonomisine ciddi zararlar vermekte olup bireylerin işgücünü kaybetmesine ve ailesine ekonomik yük getirmesine sebep olmaktadır (Derin ve Tapan, 2017). Özellikle de aile içerisinde madde kullanım bozukluğu olan birey varsa, aile ekonomik ve sosyal açıdan olumsuz olarak etkilenmektedir (İmir, 2019).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin içinde bulunduğu aile ve çevresinin ekonomik ve sosyal koşullar bakımından yetersiz olması madde kullanım bozukluğa sebep olan faktörlerden biridir (Yılmaz, 2015). Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olan bireyin çalışma hayatına devam edememesi ya da madde kullanım bozukluğu geçmişi sebebiyle iş bulamaması da aile içerisinde ciddi ekonomik problemler yaratmakta olup bu durum madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hem

iş yaşamından hem de sosyal çevresinden soyutlanmasına sebep olmaktadır (İmir, 2019). Dolayısıyla işsizliğin, kadınlarda ve erkeklerde madde kullanımını tetiklediği ve en önemli stres faktörlerinden birini oluşturduğunu, bireyin işsizlikten kaynaklanan stresle başa çıkabilmek için maddeye yönelebileceğini söylemek yanlış olmaz (Debeck, 2007).

Ek olarak araştırmalar, madde kullanım bozukluğu olan kadınların, madde kullanımına ilişkin sabıka geçmişleri, kötü çalışma koşulları, eğitim seviyelerinin düşük düzeyde olması ve damgalamalara daha fazla maruz kalması sebebiyle istihdam imkanlarından yeterli düzeyde yararlanamadığını ortaya koymaktadır (Powis ve diğ., 2000; Tuchmann, 2010; Ögel ,2010). Dolayısıyla madde kullanım bozukluğu olan bireylere istihdam imkanının sağlanması tedavi sürecinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmakla birlikte bireyin tedavisini tamamlamasında etkili olmaktadır (Lindsey ve diğ., 2010).

4.2.1.1.2. Eğitim Alanında Yaşanılan Sorunlar

Madde kullanım bozukluğu, kadınlar ve erkekler arasındaki çeşitli sosyal koşullar ve güç ilişkileri sebebiyle davranışları etkilemekte ve koşullandırmaktadır. Bu bağlamda olumsuz yaşam koşullarına sahip kişilerin, madde kullanımına yol açabilecek stresli durumlara maruz kaldığı bildirilmektedir (Chatterji, 2006).

Madde kullanımı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte, kadınlar ve erkekler için farklılık göstermektedir (Byrant ve diğ., 2003). Bu bağlamda İspanya’da gerçekleştirilen bir araştırmada madde kullanımının hem kadınlarda hem de erkeklerde eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu, eğitim düzeyi arttıkça madde kullanımının arttığı tespit edilmiştir (Bray, Zarkin ve Ringwalt, 2000). Griffin ve arkadaşlarının, 2002 yılında gerçekleştirdiği bir çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip erkeklerde madde kullanım riski daha yüksek bulunmuş olup bu durum daha fazla ekonomik güçlük çekebilecekleri anlamına gelmektedir (Griffin ve diğ., 2002; Legleye ve diğ., 2016). Dolayısıyla erkeklerin stresle başa çıkmak için madde kullanma eğiliminin daha fazla olduğu söylemek mümkündür.

4.2.1.1.3. Sağlık Sisteminin Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlara Sunduğu Hizmetler

Madde kullanımı kapsamında madde kullanım bozukluğu olan kadınların, sağlık hizmetlerine erişimi sınırlıdır (Tuchmann, 2010). Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavi arayışının artırılması, sağlık hizmetlerine erişimlerdeki eşitsizlikleri ve hizmete erişimdeki engelleri belirlemek adına önem taşımaktadır (Booth ve diğ., 2001).

Sağlık hizmetlerinin en güçlü belirleyicileri, hastalık gereksinimleri, bireysel gereksinimler ve hastalığın şiddetidir. Algılanan hizmet gereksinimi, madde kullanımının tedavi sürecine ilişkin psikososyal faktörlerden etkilenmektedir. Madde kullanımı için önemli olan gereksinimlerin başında, madde kullanım geçmişi, kullanılan maddenin türü, bireyin ruhsal özellikleri ile aile işlevleri gibi sosyal zorluklar yer almaktadır. Özellikle kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında bu zorluklar büyük mağduriyet yaşatmaktadır (Arsley, Marsden ve Brady, 2003).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, fiziksel, psikolojik veya cinsel şiddet olaylarına ve sosyal yaşamlarında gerçekleşen problemlerle ilişkili stres verici olaylara daha fazla maruz kalmakta ve bu sebepten madde kullanımına başlama olasılıkları erkeklerden farklılık göstermektedir (Nelson-Zlupko, Kauffman ve Dore, 1995).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar erkeklere oranla daha düşük benlik algısına sahip olup depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemleri daha fazla yaşamaktadır (Bello, Saras ve Grucza, 2022). Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olan kadınlar sosyal damgalamaya daha fazla maruz kalmakta olup bu durum kadınların tedavi hizmetlerine başvurmada ve tedavi süreçlerinde en büyük engel olarak karşımıza çıkmaktadır (Nelson-Zlupko, Kauffman ve Dore, 1995).

Alanyazında yer alan araştırmalar incelendiğinde, madde kullanım bozukluğu olup tedaviye başlayan kadınların yaşlarının küçük olduğu, düşük eğitim ve istihdam düzeyine sahip oldukları, erkeklere kıyasla fiziksel ile zihinsel sağlık sorunlarına, şiddete, istimara daha fazla maruz kaldıkları ve varsa çocuklarıyla ilgili daha fazla endişe yaşadıkları ortaya konulmaktadır (Grella, 1997; Arsley, Marsden ve Brady, 2003). Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadınların çocuk bakım hizmetlerine erişimlerinin önünde engeller bulunmakta olup toplumun çocuğu olup madde kullanan kadınlara yönelik olumsuz tutum ve davranışları bulunmaktadır

(Beck, 1990). Arsley, Marsden ve Brady'nin 2003 yılında yaptığı bir çalışma, madde kullanım bozukluğu olan kadınların ebeveynlik rollerinden yoksun ve çocuklarla olan iletişiminin ise yetersiz olduğunu belirtmekte olup bu durum madde kullanım bozukluğu olan kadınlar için daha fazla stres kaynağı oluşturmaktadır (Arsley, Marsden ve Brady, 2003).

Madde kullanım bozukluğu olan hamile ve yeni doğum yapmış kadınlara yönelik özel programlar sunulmaktadır (Booth ve diğ., 2001). Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan hamile veya yeni doğum yapmış kadınlara yönelik sunulan sağlık hizmetlerini incelemekte fayda vardır.

4.2.1.1.4. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Gebe Kadınlara

Yönelik Sunulan Sağlık Hizmetleri

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların, sağlık hizmetlerine erişim sağlama noktasında eşitliğin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadınların sağlık hizmetlerine erişimi halk sağlığı için önem taşımakta olup büyük ölçüde göz ardı edilmektedir (Peters ve diğ., 2003). Dolayısıyla, kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerine erişim imkanları madde kullanımı olmayan kadınlara göre oldukça zayıftır (Shiferaw, 2013).

Madde kullanımı olan kadınların gebelik sürecinde yaşama ihtimali olan komplikasyonlara ilişkin farkındalıklarının ve bilgilerinin eksik olduğunu söylemek mümkündür. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin etkili olabilmesi için madde kullanım bozukluğu olan kadınların gereksinim duyulan hizmetlere erişebilmeleri ve sunulan hizmetlerin kadınların sağlık gereksinimlerine cevap verebilmesi gerekmektedir (Anastasi ve diğ., 2015). Bu bağlamda kadınlara üreme, anne, yenidoğan, çocuk ve ergen sağlığı hakkındaki konulara ulaşmalarını sağlamak, kadınları bilgilendirmek ve bu alanda eğitim vermek farkındalıklarını arttıracaktır (Ndimbii, 2018).

Gebelik öncesi veya gebelik sürecinde risk içeren davranışların belirlenmesi, erken doğumları, doğum sonucunda oluşabilecek olumsuz sonuçları engellemektedir (Johnson ve diğerleri, 2006). Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadınların gebelik süreçlerinde gereksinimlerine yönelik taramaların yapılması, iyileşebilmelerine yönelik gebelik öncesi hizmetlerden faydalanmaları büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri kapsamında madde kullanım bozukluğu olan kadınlara gelecekte gebe kalma ihtimali dahilinde risk faktörlerinin belirlenmesi

ve müdahale planlarının bu risk faktörlerine göre oluşturulması gerekmektedir (Yermachenko ve diğerleri, 2020).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlara ilişkin gerçekleştirilen bir araştırma, kadınların gebelik öncesi, gebelik dönemi ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanamadığını ortaya koymaktadır (Bello ve diğerleri, 2021). Alanyazında yer alan bir araştırmada bazı sağlık kuruluşlarının gebelik öncesi bakım sağladığını bildirmekte olup gebelik öncesinde veya gebelik sürecinde verilen sağlık hizmetlerinin sadece %0.1'inin madde kullanımı ile maddenin kötüye kullanımı için danışmanlık içerdiği belirtilmektedir (Robbins ve diğerleri, 2017).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların gebelik öncesinde sağlık hizmetlerine erişimde güçlük çekmekte ve damgalamaya maruz kalmaktadır. Bu bağlamda kadınların, madde kullanımını açıklamalarının sonuçlarıyla ilgili endişelere sahip olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü kadınların madde kullanımı özellikle gebelik sürecindelerse gelecek nesillere zarar verdikleri düşünülmekte ve bu bağlamda tehlikeli olarak yorumlanmaktadır (Sufrin, 2017). Dolayısıyla madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yönelik gebelik öncesi sağlık hizmetleriyle ilgili kapsamlı bir bilgiye ulaşılamamaktadır (Bello, Saras ve Gruzca, 2022). Bu bağlamda, kadınların bilgi ve eğitim eksikliği yaşadıkları, bağımlılık tedavilerine erişim zorluğu başta olmak üzere hizmetlere ulaşımında birden fazla engel ile karşılaştıklarını söylemek mümkündür. Burada önemli olan nokta gebelik öncesi ve gebelik sürecinde olup madde kullanımına devam eden kadınlara ilişkin damgalamayla mücadele etmek gerektiğidir (Bello ve diğerleri, 2021).

Kadınlar tıbbi bakıma gereksinim duyduklarında, aile içi şiddetten uzaklaşmak istediklerinde, doğum yaptıklarında genellikle devlet kurum veya kuruluşları ile iletişime geçmektedir. Ancak madde kullanım bozukluğu olan kadınlar damgalanma sebebiyle sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere başvurmaktan çekinmektedir (Carroll, 2019). Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar çocuklarının bakımına ilişkin eksiklikler ile karşılaşmakta, kaliteli çocuk bakım hizmeti alamadıkları için genellikle ayaktan tedavi programlarına katılamamakta ve çocuklarını bırakmak zorunda kaldığı için yatılı sağlık hizmetlerinden de yararlanamamaktadır (Marsh, D'aunno ve Smith ,2000). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kadınların gereksinimlerini karşılayacak nitelikte olmadığını söylemek yanlış olmaz.

Madde kullanımı olan kadınların özel gereksinimlerinin karşılanabilmesi için bazı programlar gerçekleştirilmektedir. Bunların başında sağlık eğitimi, psikolojik

danışmanlık, kadınların eğitim düzeylerinin artırılması, çocuk bakımına ilişkin ebeveynlik eğitimi gelmektedir. Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olan kadınların sağlık hizmetleri başta olmak üzere diğer hizmet ve kaynaklara ulaşımının sağlanabilmesine, hukuksal danışmanlık alabilmesine ve barınma hizmetlerinden yararlanabilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Marsh, D'aunno ve Smith ,2000).

Alan yazında madde kullanım bozukluğu olan kadınların sağlık hizmetlerinden ve sosyal hizmetlerden faydalanmasına ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların biri, madde kullanım bozukluğu olan kadınların yararlandığı hizmetlerin etkisine ilişkin yapılmış olup psikiyatrik sorunlar başta olmak üzere, istihdam sorunları, aile sorunları ele alınmıştır. Bu bağlamda istihdam, aile ve psikiyatrik danışmanlık gibi hizmetlerden yararlanan hastaların tedavide daha uzun kaldıkları ve tedaviyi tamamlama olasılıklarının daha uzun olduğu saptanmaktadır. (Gibbs ve diğ., 2020). Başka bir çalışmada ise, ayaktan madde kullanım bozukluğu tedavisi gören kadınların sağlık hizmetleri kapsamında tıbbi tarama ve barınma yardımı yapıldığı, ebeveynlik sınıfları oluşturulduğu ve istihdam hizmetlerinin koordine edildiği bir tedavi süreci uygulandığı belirtilmektedir. Kadınların sağlık hizmetleri kapsamında yaşadığı engellerin başında gelen ulaşım eksiklikleri ve çocuk bakımı gibi gereksinimleri karşılayan hizmetlere daha az sayıda ilgi gösterildiği ortaya çıkmaktadır (Yalçıntürk, 2017). Çocuk bakım hizmetlerinin eksik ve yetersiz olması, madde kullanım bozukluğu olan kadınların önüne büyük bir engel teşkil etmektedir. Bu bağlamda karma cinsiyet programlarına odaklanmıştır. Dolayısıyla çocuk bakım hizmetlerinin etkisine çok az dikkat çekilmiştir (Marsh, D'aunno ve Smith ,2000).

Geliştirilmiş sağlık programlarından faydalanan madde kullanım bozukluğu olan kadınların ortalama 6 ay içerisinde daha az fiziksel veya ruhsal sağlık sorunlarıyla karşılaşmakta, daha az madde kullanmakta ve daha iyi sosyal işlevsellik sağlamaktadır (Carol, 2019). Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yönelik hizmetlerin hem sayı hem de nitelik bakımından geliştirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Gebe kadınların yaşadığı problemler LGBTİ yetişkinler arasında da yaşanmakta olup sağlık hizmetlerine erişim veya kalitedeki eşitsizliklerle ilgili gerçekleştirilen bir araştırma da LGBTİ bireylerin toplumdaki yaygınlığının yaklaşık %8 olduğunu göstermektedir (Güldal ve diğ., 2019). Ancak gerçek rakamların belirtilen orandan çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Verilerdeki bu farklılığın iki ana nedeni

bulunmaktadır. Birincisi, cinsel tercihlerin net olmamasıdır. İkincisi ise, toplumun LGBTİ bireylere karşı olumsuz tutum ve davranışlarıdır. Bu nedenle LGBTİ bireyler, cinsel yönelimlerini gizlemek zorunda kalmaktadır (Herek, 2007). LGBTİ bireylerin yaşadığı sosyal damgalanma, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sağlık sorunlarını daha fazla yaşanmasına neden olmaktadır (Loi, Lea ve Howard, 2017). Bu kapsamda gerçekleştirilen bir araştırma, eşcinsel kadınların, eşcinsel davranışı olup bildirmeyen kadınlara kıyasla daha yüksek oranda madde kullanım bozukluğu bildirmekte; eşcinsel erkeklerin ise, eşcinsel davranışı olup bildirmeyen erkeklere kıyasla daha yüksek oranda depresyon panik atak yaşadıkları ortaya konulmaktadır (Güldal ve diğ., 2019).

LGBTİ bireylerin, yaşam beklentilerinin daha az olduğunu, yaşlanmayla ilgili farklı sorunlar yaşadıklarını, sağlık sorunları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve sağlık muayeneleri başta olmak üzere sunulan sağlık hizmetlerinden de yararlanamadıklarını vurgulamak gerekmektedir (Herek, 2007). Çünkü LGBTİ bireyler, hizmete başvurdıklarında sağlık çalışanları tarafından çeşitli olumsuz tutum ve davranışlar ile karşılaşmakta, bu durum tedaviye başvurmalarını engellemektedir (Loi, Lea ve Howard, 2017). Ayrıca sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen prosedürler cinsiyet faktörü dikkate alınarak hazırlanmaktadır. İnsanlar farklı cinsel yönelimlere sahip bireyleri fark ettiklerinde çeşitli şekillerde tepki vermekte, yargılamakta ve kötüye kullanmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde LGBTİ bireyleri cinsel ayrımcılığa karşı koruyacak ve haklarını savunacak yasal düzenlemeler bulunmadığını söylemek mümkündür. Mevcut yasalarımız üzerinden LGBTİ bireylerin hakları yorumlanmakta ve uygulanmaktadır (Güldal ve diğ., 2019).

4.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Madde Kullanım Bozukluğu Olan

Kadınların Tedavi Süreci

Dünya’da madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavi süreçlerine ilişkin gerçekleştirilen literatür taramasında elde edilen bir araştırma incelendiğinde; madde kullanım bozukluğuna ilişkin farkındalık oluşturulması, eğitim ve bilinçlendirme faaliyetlerinde bulunulması, aile odaklı programların yürütülmesi, maddeden arınmanın sağlanması, meslek edindirme projeleri ve madde kullanım risk faktörlerinin belirlenerek madde kullanımlarının azaltılmasına ilişkin projelerin geliştirilmesi gibi hizmetler sunulduğu görülmektedir (Tosun, 2020).

Yurtdışında madde kullanım bozukluğunun tedavi sürecine ilişkin gerçekleştirilen bir araştırmada hem alkol hem de madde kullanım bozukluğuna ilişkin çeşitli tedavi yöntemlerinin uygulandığı belirtilmekte olup bu yöntemler temelde; bireyin madde kullanım bozukluğunu ve bununla başa çıkmakta zorlandığını kabul etmesini, manevi bir güce sahip olduğunu, bu gücün kendisini bağımlılıktan kurtaracağına inanarak tedaviyi kabul etmesini içermektedir (Baldwin ve Marcus, 2014).

Bu bağlamda madde kullanım bozukluğunun en yüksek olduğu ülkelerden biri olan Almanya'nın tedavi yöntemlerini örnek göstermemiz mümkündür. Gerçekleştirilen bir araştırmada Almanya'da madde kullanım bozukluğunda bütünlükçü tedavi yöntemlerini kullanıldığı, amacın bireyin madde kullanımına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılmasını sağlamak olduğu, bu nedenle de tedavi yöntemlerinin yalnızca birey odaklı olmadığı, bireysel ve grup terapilerinin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bağımsız yaşayabilmeleri ve kendi sorumluluklarını alabilmeleri için planlandığını ortaya koymaktadır (Mayet ve diğ., 2011).

Madde kullanım bozukluğunun önlenmesine ve tedavi süreçlerine ilişkin multidisipliner bir yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde madde kullanım bozukluğuna ilişkin politikalar incelendiğinde, maddenin üretimi, ilaç bağımlılığı, madde kullanımını önleme çalışmaları ve madde kullanımının sonuçlarına ilişkin konuların ele alındığı, madde kullanım bozukluğu ile mücadele kapsamında çok sayıda tedavi biriminin oluşturulduğu, bu tedavi birimlerinde psikologların, hemşirelerin, psikiyatristlerin ve sosyal hizmet uzmanlarının birlikte çalıştığı belirtilmektedir (Miller ve diğ., 2006).

Avrupa Birliği ülkelerinde ise, madde kullanım bozukluğuna ilişkin tedavi gören bireylerin sayısında son zamanlarda ciddi artış gözlemlenmektedir (Petrie, Bunn ve Byrne, 2006). Hollanda'da madde kullanım bozukluğu ile mücadelede kapsamında, madde kullanımının zararlı etkilerine ilişkin bir politika benimsendiği, yataklı tedavi hizmetlerinden istihdam süreçlerine kadar çok çeşitli tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının bulunduğu ortaya konulmaktadır (Van Laar ve diğerleri, 2011). Bu durum madde kullanım bozukluğuna ilişkin tedavi süreçlerinde bütünlükçü bir tedavi yönteminin etkili olabileceğini göstermektedir (Derin ve Tapan, 2017).

Ülkemizde ise madde kullanım bozukluğuna ilişkin tedaviler AMATEM, ÇAMATEM, sivil toplum kuruluşları vb. çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. AMATEM birimleri hem ayaktan hem de yatarak tedavi hizmeti

sunmaktadır (TUBİM, 2018). Ülkemizde Aralık 2018 senesi itibariyle toplam 113 madde kullanım tedavi merkezi bulunmaktadır. 65 merkezde ayaktan tedavi, 48 merkezde hem yatarak hem de ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir (TUBİM, 2019). Her ne kadar madde kullanım bozukluğuna ilişkin tedavi merkezlerinin sayıca arttığı görülse de nitelik olarak yetersiz olduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde madde kullanım bozukluğu tedavisinde karşılaşılan güçlükler şu şekilde belirtilmektedir (Arıkan, 2004).

Madde kullanım bozukluğu alanında çalışan profesyonel meslek elemanlarının sayıca az olması,

Psikiyatri eğitiminde madde kullanım bozukluğuna yeterli eğitimin verilmemesi,

Yeterli sayıda merkez ve tedavi ekibinin olmaması,

Madde kullanım bozukluğu alanında kullanılmakta olan ilaçların temin edilmesinde yaşanan zorluklar,

Madde kullanım bozukluğu olan hastaların psikolojik olarak olumsuz etkilenmesi,

Madde kullanım bozukluğu ile ilgili önyargıların ve bilgisizliğin olmasıdır.

Madde kullanım bozukluğuna ilişkin hizmet veren kliniklerin tedavi yöntemlerinde değişiklikler olsa da genellikle, arındırma ve ilaç tedavisiyle birlikte psikososyal tedavi prosedürleri uygulanmaktadır (Uzbay, 2015). Arındırma sürecinde, bireyin madde kullanımı tamamen kesilmekte ve ortaya çıkması muhtemel yoksunluk belirtilerinin en aza indirgenmesi için ilaç tedavisi uygulanmaktadır (Uzbay, 2009). Ayrıca maddenin bırakılma sürecinde maddeye olan gereksinim artmaktadır. Bu bağlamda arınma sürecinde bireylerin psikososyal tedavi hizmetlerinden yeterli düzeylerde yararlanması, madde kullanımının nüksetmesine sebep olabilecek faktörlerin belirlenmesinde, bu faktörlerin kontrol altına alınmasında ve tekrar nüks etmesini engellemekte büyük önem taşımaktadır (Uzal, 2019).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi süreçlerinde; hasta ve ailesinin doğru bilgilendirilmesini sağlamak, bireylerin değişim yönünde motivasyonlarını arttırmak, eğitim, istihdam, boş zaman ve barınma gibi birçok alanda iyileşmelerini sağlamak adına bilgi ve beceri kazandırmak, toplumdaki kaynaklara ulaşmalarını sağlamak, bozulan aile ve sosyal ilişkilerinin düzenlenmesini sağlamak amaçlanmaktadır (Polat, 2012).

Ülkemizde uygulanan tedavi yöntemleri kadınlara ve erkeklere göre farklılıklar göstermekte olup kadınların madde kullanımına bağlı olarak aile içi ilişkileri bozulmakta ve kadınlar ebeveynlik rollerini sürdürmekte zorluklar yaşamaktadır

(Gökçearslan Çiftçi, 2017). Bununla birlikte kadınların, bağımlılıkları sebebiyle utanç veya suçluluk duygusu yaşadığı, toplumun tutum ve davranışlarından çekindiği ve tedaviye başladıklarında ise bu duygularında azalma olduğu ön plana çıkmaktadır (Yalçıntürk, 2017).

Ülkemizde madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yönelik gerçekleştirilen tedavi yöntemlerinde yatak sayısının çok sınırlı sayıda olduğu, buna bağlı olarak uzun bekleme sürelerinin varlığı ve maddi sıkıntıların yaşanması dezavantajlar olarak karşımıza çıkmakta olup kadınların yeterli duyuru ve bilgi kaynaklarına ulaşamaması da tedaviye başvurmaları önündeki engellerden birini oluşturmaktadır (Ünüböl ve diğerleri., 2019).

Ayrıca Türkiye’de madde kullanım bozukluğu olan kadınlara özgü bir tedavi programı bulunmadığı vurgulamak gerekmektedir. Bununla birlikte madde kullanımının tedavisine ilişkin yatılı hizmet çoğunlukla medikal model uygulanmakta olup bireylerin maddeden uzak durma süreleri arttırılmaya çalışılmaktadır (Çetin, 2013). Ek olarak tedavi sürecinde ilaç tedavileri ile birlikte düzenli bireysel görüşmeler yapılmakta, grup çalışmaları gerçekleştirilmekte ve bireylerin toplumla yeniden bütünleşmelerini sağlamak amaçlanmaktadır (Gökçearslan Çiftçi, 2017).

4.2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Madde Kullanım Bozukluğuna İlişkin

Sosyal Hizmet Uygulamaları

Sosyal Hizmet Mesleği ve Disiplini Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (IASSW) sosyal hizmet mesleğini; birey, grup ile toplulukların güçlenmesini ve özgürleşmesini sağlayan akademik bir disiplin olarak tanımlamaktadır. Ayrıca sosyal hizmet mesleği tüm çalışmalarını da insan hakları, sosyal adalet, toplumsal sorumluluklar gibi temel değerler çerçevesinde yürütmektedir (Zastrow, 2015).

Madde kullanım bozukluğu ise, yönetilebilen kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler, maddeyi kendi başlarına bırakabileceklerine inanmakta ve birçok girişimde bulunmaktadır. Uzun süre madde kullanımı olan bireylerin beyin fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmektedir (Türkeş, 2020). Bu durumda bireyin tedavi sürecine dahil olmadan madde alımına yönelik dürtülerin kontrol edilebilmesi veya yoksunluk belirtileriyle baş edebilmesinin çok zor olacağı düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğunun tedavisi, nitelikli ve alanında deneyimli meslek elemanlarından oluşan multidisipliner ekiple sunulmakta olup gerçekleştirilen hizmet ve etkinliklerin işlevsellikleri değerlendirilmektedir (TUBİM,2012). Bu bağlamda madde kullanım bozukluğunun tedavisinin temelinde detoksifikasyon süreci dediğimiz “arınma süreci” yer almaktadır. Detoksifikasyon, yani maddeden arınma yöntemi, maddenin vücuttan atılmasını kapsamaktadır (Akıncı, 2017). Bu süreçte madde kullanımı tamamen kesilmekte ve yerine daha düşük dozlarda tedavi amaçlı ilaçlar verilmektedir. Yoksunluk etkilerinin ortadan kaldırılması için ise sakinleştirici ilaçlar kullanılmaktadır (Uzbay, 2015). İlaç destekli tedavilerde amaç maddenin etkilerini durdurmaktır (Karataşoğlu, 2013). Arınma ve ilaç tedavileriyle uyumlu olarak yürütülen ve olumlu sonuç veren psikososyal tedavi süreci de madde kullanım bozukluğundaki tedavi yöntemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tedavi yönteminde amaç, ilaç tedavisine destek sağlamak ve kişiyi madde kullanımından uzaklaştırmaktır (Tosun, 2020). Dolayısıyla psikososyal tedavi kapsamında bireyin yaşamında ve sosyal çevresinde olumlu değişiklikler gerçekleştirmek, toplumsallaşmasını sağlamak, yeni beceri ve teknikler kazandırmak amaçlanarak madde ile ilişkisi azaltılmaya çalışılmaktadır (Zastrow, 2015).

Madde kullanım bozukluklarının tedavisi ayaktan ve yatılı olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. Ayaktan tedavi uygulaması, yatarak tedaviye ihtiyacı olmayan ya da yataklı tedavi hizmetini tercih etmeyen bireylerin tedavi uygulaması olarak tanımlanmakta olup tedavide, bağımlı bireylerin madde kullanımının azaltılması veya durdurulması, madde kullanımına bağlı sosyal, psikolojik, toplumsal veya tıbbi sorunlar ile nüks riskinin azaltılması amaçlanmaktadır (Türkeş, 2020). Yatılı tedavi programlarında ise madde kullanımına geri dönüşü engellemek, bireye alternatif sağlık hizmetleri sunmak ve madde kullanım bozukluğuna sebep olan faktörlerin anlaşılması sağlanarak nüks risklerinin önlenmesi amaçlanmaktadır (EMCDDA, 2014).

Genel olarak toparlayacak olursak, madde kullanım bozukluğunun tedavi süreci iki temel amacı kapsamaktadır. Birincisi, bireylerin maddeden tamamen uzaklaştırılmasını kapsamaktadır. İkincisi ise, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hem psikolojik hem de fizyolojik zararlarının ortadan kaldırılmasını sağlamaktır. Ayrıca madde kullanım bozukluğunun tedavi sürecinde, madde kullanımı olan bireylerin içinde bulunduğu aile ve toplum ile yeniden bütünleşmesini sağlamak ve bireye işlevsellik kazandırmak temel amaçlar arasında yer almaktadır (Danışmaz Sevin, 2017).

Madde kullanım bozukluğunun tedavi sürecinde tek bir yöntemden bahsetmek mümkün değildir. Çünkü bağımlılığa sebep olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu sebepten madde kullanımına ilişkin tedavi yöntemleri de çeşitlilik göstermektedir (2004). Bu bağlamda madde kullanım bozukluğunun, sadece bireysel değil aynı zamanda bir aile hastalığı olduğu belirtilmektedir. Çünkü aile üyelerinden birinin madde kullanım bozukluğu geliştirmesi, tüm tedavi süreçlerinde ailenin yer almasını gerektirmektedir (Altıntop, 2017). Bu bağlamda ailenin tedavi süreçlerine katılmasının tedavi sürecini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte tedavi sürecinin etkili ve sürekli olabilmesi için, bireyin iyileşme motivasyonunun yüksek olması gerekmektedir (Öztürk, 2018).

Sosyal hizmet mesleği madde kullanım bozukluğu alanındaki önleyici çalışmalarda önemli rol oynamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, madde kullanım bozukluğu alanında gerçekleştirdiği sosyal hizmet uygulamalarında, madde kullanım semptomlarının erken fark edilmesini, birey ile ailelerinin bilinçlendirilmesini ve sağlıklı alışkanlıklar kazandırılmasını amaçlamaktadır (DiNitto ve McNeece, 2007). Sosyal hizmet uzmanları, madde kullanım bozukluğunun nedenlerinin değerlendirilmesi ve tanımlanması, kendine yardım süreçlerinin oluşturulması, toplumsal kaynaklara erişimin sağlanmasında, bireyin toplumla yeniden bütünleşmesinde önemli rol ve sorumluluklara sahiptir (Karaman, 2017). Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanları müdahalelerini gerçekleştirirken diğer kurum ve kuruluşlar ile iş birliği halinde çalışmakta, birey ve ailesini tedavi sürecine hazırlamakla birlikte gerek bireysel gerekse grup çalışmaları yaparak tedavi sürecinde olumlu tutum geliştirmelerini sağlamaktadır (Arıkan ve diğ., 2014). Sosyal hizmet uzmanları madde kullanım bozukluğunun tedavi öncesi, tedavi sırası ve tedavi sonrasında yaşanabilecek muhtemel problemlerin çözümlenmesinde aile ve evlilik danışmanlığı sağlayabilmektedir. Bununla birlikte birey ile ailesinin hukuki yardımlara erişimlerinde, bilgi ve beceri kazandırarak istihdam edilmelerinde destek olmaktadır (DiNitto ve McNeece, 2007). Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanı, madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesiyle ilişki kurarak rehberlik etmekte, ev ziyaretleri ile sosyal inceleme gerçekleştirmekte ve tedavi sürecinin bir parçası olmaktadır (Karaman, 2017).

Ek olarak sosyal hizmet uzmanı, madde kullanım bozukluğunun tedavi süreci sona erdiğinde izleme ve takip aşamasında aktif rol alarak bireyin risk altındaki ortamlardan ve ilişkilerden uzak tutulmasında, toplumla yeniden bütünleşmesinde

aktif çalışmalar yürütmektedir (Sevin ve Erbay, 2008). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin toplumla yeniden bütünleşmesinin önündeki en büyük engel; damgalamaya ve sosyal dışlanmaya maruz kalmalarıdır. Bu bağlamda sosyal hizmet mesleğinin rolü daha belirgin olmaktadır (Ögel, 2004).

Dünya’da madde kullanım bozukluğu kapsamında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları incelendiğinde; Amerika Birleşik Devletleri’nde okul çağındaki çocukların madde kullanımına yönelmemeleri için bağımlılık eğitimlerinin verildiği görülmektedir (Vougt, 2002).

İsrail’de ve İngiltere’de sosyal hizmet mesleğinin, madde kullanım bozukluğu ile mücadelede önleme çalışmalarının, tedavi süreci ve rehabilitasyonlarına ilişkin politikaların şekillenmesinden, uygulanmasına kadar ciddi sorumlulukları bulunmaktadır (Petrie, Bunn, Byrne, 2006).

Alanyazında yer alan başka bir araştırmaya göre ise, İngiltere’de yer alan rehabilitasyon hizmetlerinin, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin uzun vadede iyileşmesini sağlamak ve yaşam koşullarında değişiklik yaratmak amacıyla müdahalede bulunduğu; Amerika Birleşik Devletleri’nde ise madde kullanım bozukluklarının tedavi sürecinde temel amacın, bireyin tedavi sonrasında kendine yardım gruplarının içerisine dahil edilmesi olduğu belirtilmektedir (NIDA, 2012).

İsviçre’de ve Belçika’da ise yerel yönetimlere bağlı madde kullanım bozukluğuna ilişkin birimler bulunduğu, bu birimlerde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerinin tespit edildiği, bireylerin ilgili tedavi kuruluşlarına yönlendirildiği, tedavi süreci sona erdiğinde, bireylerin toplumla yeniden bütünleşebilmesinde sosyal hizmet uzmanlarının sorumluluklarının bulunduğu belirtilmektedir (Lundgren ve Krull, 2014).

Almanya’da madde kullanım bozukluğu alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, psikoterapi uygulamaları, istihdam ve barınma hizmetleri, eğitimsel ve mesleki çalışmalar odağında hizmet verdiği, bireyin sosyal becerilerinin gelişmesinde önemli rol oynadığı, maddesiz yeni yaşamlarına uyum sağlamalarında, sosyal, sanatsal veya spor faaliyetlerinde yer almalarında ve sosyal destek ağlarının harekete geçirilmesinde katılımcılara destek olduğu vurgulanmaktadır (Vogt, 2002). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavileri için finansmanların ise eyalet bütçelerinden, sigorta kurumlarından, belediyelerden, özel kurum ve kuruluşlardan olduğu gibi hayır kurumları tarafından da sağlandığı belirtilmektedir (NIDA, 2012).

Çin’de gerçekleştirilen bir araştırma kapsamında binlerce madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerin tedavi edildiği rehabilitasyon merkezlerinin olduğu ve profesyonellerin %70’den fazlasını ise sosyal hizmet uzmanlarının oluşturduğu belirtilmektedir (Lin, ve Zhou, 2019). İtalya’da gerçekleştirilen bir çalışmada ise Avrupa’nın en büyük ve kapsamlı madde kullanım bozukluğu rehabilitasyon merkezi bulunduğu, bu merkezde gençlere ücretsiz hizmetler sunulduğu ve bireylere gelir imkânı sağlandığı belirtilmektedir (Molina-Fernandez, 2017).

Ülkemizde madde kullanım bozukluğuna ilişkin tıbbi uygulamaların ise daha çok AMATEM ve ÇEMATEM tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Ancak tedavi sürecinin sosyal yönü ile rehabilitasyon çalışmalarının yetersiz kaldığı belirtmek gerekmektedir. Bu nedenle yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları ile madde kullanım bozukluğunun sosyal yönü ve rehabilitasyonu tamamlanmaya çalışılmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları ise madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kendilerini anlamalarına yardımcı olmakta, rehabilitasyona olan güvenlerini ve tedaviye yönelik motivasyonlarını arttırmakta, madde kullanımının zararlarına ilişkin farkındalıklarını geliştirmektedir (Yanardağ, Bilge ve Yanardağ, 2020). Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevlerini değerlendirmekte psikososyal müdahalede bulunmakta ve tabuculuk planlamalarını yapmaktadır (Polat, 2014).

Değerlendirme

Madde kullanım bozukluğunun tedavi planının hazırlanmasına katkı sağlamayı, bağımlı bireyi çevresi içerisinde değerlendirmeyi içermektedir. Dolayısıyla elde edilen bilgiler sosyal hizmet uzmanının müdahale planı için bir temel oluşturmaktadır. Değerlendirme aşamasında; madde kullanım bozukluğu olan bireylerin eğitim ile çalışma durumu, içinde bulunduğu sosyal çevre, madde kullanımına ilişkin riskler, maddeye erişim durumu, aile içi iletişim ve etkileşimleri değerlendirilmektedir (Yılmaz ve diğ., 1997).

Psikososyal Müdahaleler

Psikososyal müdahalelerin temel amacı bireyin bulunduğu yerden başlamaktır. Dolayısıyla müdahale planlamasında bireylerin ve ailelerin yaşadığı zorluklar ile sahip oldukları kaynaklar tedavinin etkin yürütülmesinde etkin rol oynamaktadır. Psikososyal müdahalelerde, kişinin geleceğe yönelik gerçekçi beklentiler oluşturmaya yardımcı olmak ve tedavi motivasyonunu arttırmak amaçlanmaktadır.

Bununla birlikte psikososyal müdahaleler kapsamında; madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerine yönelik bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, sosyal kaynaklara hem bireyin hem de ailesinin erişiminin sağlanması temel alınmaktadır (Akbaş ve Mutlu, 2016).

Yeniden Bütünleşme

Türkiye’de madde kullanım bozukluğuna ilişkin tıbbi tedavi sonrasında sosyal rehabilitasyon hizmetlerinde ciddi boşluklar bulunmakta olup sosyal hizmet uzmanları bireylerin sosyal yaşamlarına dönebilmelerinde önemli rol oynamaktadır (Çetin, 2013). Yeniden bütünleşme kapsamında sosyal hizmet uzmanları, bireyin mesleki ve eğitsel yaşamlarının planlanmasında, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesinde ve nüks dönemine ilişkin risklerin belirlenerek birey ile ailesinin bilgilendirilmesinde görev almaktadır (Solmaz ve Kutlu, 2021).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin toplumla yeniden bütünleşmesinde sosyal hizmet uzmanları çeşitli stratejiler geliştirmekte olup bireyin sosyal ağlarının geliştirilmesi ve yeni sosyal destek sistemlerinin oluşturulması bunlardan biridir (Gökçearslan Çiftçi, 2017). Sosyal hizmet uzmanları, bireyin mesleki eğitimler almasını sağlayarak istihdam edilmesinde önemli rol oynamakta, bireylerin çalışma yaşamlarına ilişkin savunuculuk yapmaktadır. Bireylerin spor ve sanatsal faaliyetlerde yer almalarını ve boş zamanlarını etkin değerlendirmeleri de sunduğu stratejilerden biridir (Polat, 2014).

Madde kullanım bozukluğu, bireyi, ailesini ve toplumu etkileyen önemli halk sağlığı sorunlarından biri olup bireylerde psikolojik ve fizyolojik hastalıklara sebep olmakta, kişiler arası ilişkileri bozmakta, aile içi çatışmalara, ekonomik kayıplara, damgalamalara ve ölümlere neden olmaktadır (Yılmaz ve diğ., 1997).

Ülkemizde madde kullanım bozukluğunun tedavi sürecine ilişkin hizmet veren birçok kurum ve kuruluş bulunmakta olup Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelerin hastanelerine bağlı tedavi merkezleri ile hastane merkezleri, özel tedavi merkezleri ve sivil toplum kuruluşları bunlardan birkaçıdır (Yanardağ, Bilge ve Yanardağ, 2020). Madde kullanım bozukluğu olan bireyin tedavi süreci; tedavi öncesi, tedavi sırası ve tedavi sonrası olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmektedir. Birey tedaviye başladığında ilk aşama olan detoksifikasyon (arınma) süreci ile başlamaktadır (Karaman, 2017).

Detoksifikasyon (arınma) süreci, tıbbi müdahalelerin gerçekleştirildiği bir aşamadır. Dolayısıyla birey üzerinde oluşan kaygı, güvensizlik, korku gibi duygular

üzerinde çalışılmaktadır. Bu süreçte bireyde madde kullanımının yarattığı yoksunluk hissi gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra yatış ücretlerinin ödenmesi, yatış işlemlerinin gerçekleştirilmesi gibi yatışa engel olabilecek sorunlarla karşılaşmaktadır. Bununla birlikte tedavi klinikleri ile ilgili yetersiz bilgi edinilmesinden kaynaklı sorunlar da en çok karşılaşılan sorunlar arasındadır (Solmaz ve Kutlu, 2021). Sosyal hizmet uzmanları da bu bağlamda, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yatış işlemleri hakkında bilgilendirilmesini sağlamak, yatış ücretlerinin ödenmesinde yararlanılabilecek kaynaklara yönlendirmelerini yapmak, bireylerin tedavi merkezlerine yatışlarını engelleyebilecek bireyden ya da aileden kaynaklı sorunların çözüme ulaştırılmasına yardımcı olmak gibi sorumluluklara sahiptir (Yılmaz ve ark., 1997).

Sosyal hizmet uzmanı yatarak tedavi gören bireylerle çalışırken de birçok problemle karşılaşmaktadır. Madde kullanımına ilişkin duygusal problemler, tedavi sürecine ve tedavi merkezine uyum sağlamakta zorluk çekmek, tedavi sürecine ilişkin bilgi eksikliğini yaşamak ve aile içi iletişim sorunları yaşamak bu sorunlardan birkaçıdır (Ateş, 2018). Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğuna sahip kadınlarla çalışırken; bireysel ve grup görüşmeleri gerçekleştirmekte, bireylerin olumsuz duygu ve düşünceleriyle çalışmakta, ailenin destekleyici olmasında rol almakta, bireylerin güçlü yönlerine odaklanmakta ve gereksinimlerine ilişkin çözüm önerileri üreterek tedaviye ilişkin motivasyonları arttırmaya çalışmaktadır (Cingöz, 2018).

Birey taburcu olduktan sonraki dönemde ise tedavi merkezinden çıkış işlemleriyle ilgili bilgi sahibi olmamakla birlikte, barınma, eğitim ve istihdam gibi konularda sorunlar yaşayabilmektedir (Tosun, 2020). Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının bireyin tedavi merkezinden çıkış işlemlerinin gerçekleştirilmesinde gerekli bilgileri vermekle, bireyin barınma sorunlarıyla karşılaşması durumunda ise ilgili kurumlara nakledilmesini sağlamakla yükümlü olduğunu söylemek yanlış olmaz.

Madde kullanım bozukluğu olan bireyin taburcu olduktan sonra bağımlılığının nüksetmemesi amaçlanmaktadır. Çünkü birey taburcu olduktan sonra, iş hayatında olumsuzluklarla karşılaşabilmekte, ailesine ve sosyal çevresine uyum sağlamakta zorlanabilmektedir (Arslan, 2016). Bu sebepten, bireylerin karşılaşabileceği muhtemel problemlerin en aza indirgenmesi önem taşımaktadır.

4.2.4. Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları ile Bağımlılık

Madde kullanım bozukluğu fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik boyutları olan, önemli sosyal sorunların başında gelen bir alan olduğundan dolayı sosyal hizmet mesleğinin çalışma alanlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler toplumsal yaşamın dışına itilmekte, toplumdan soyutlanmakta, aileleri, sosyal çevreleri ve toplum tarafından damgalanmaktadır (Yılmaz, 2015). Sosyal hizmet uygulamaları da bu aşamada madde bağımlılığı olan bireylerin savunuculuğunu üstlenmekte ve bireyleri güçlendiren müdahalelerde bulunmaktadır (Danışmaz Sevin, 2017). Ayrıca sosyal hizmet mesleği, sorunların çözülebilmesi için mikro, mezo ve makro düzeylerde müdahaleler gerçekleştirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları madde bağımlılığı olan bireylerle çalışırken hem bireye hem de ailesine yönelik çalışmalar yürütmektedir. (Sevin ve Erbay, 2008). Mikro düzeyde müdahaleler, madde bağımlılığı olan bireylere yönelik gerçekleştirilmekte olup, bireylerin tedaviye başlamaları ve uyumlarının sağlanmasında, aile ve çevresiyle olan ilişkilerinde arabuluculuk yapılmasında, bireyin topluma yeniden entegrasyonunun sağlanmasında önemli işlevlere sahip bir müdahale çeşidi olup bireysel görüşmeler ile gerçekleştirilmektedir (Polat, 2014). Mezo düzey müdahaleler ise, bağımlı bireylerin ailelerine yönelik yapılan çalışmaları kapsamakta olup ailelere danışmanlık hizmeti verme, bilgi toplama, ev ziyaretlerinde bulunma ve bilgilendirme ile farkındalık çalışmalarının yapılmasında önemli işleve sahiptir (Duman, 2001). Makro düzey müdahaleler ise, madde bağımlılığına yönelik toplumun sahip olduğu inanç, tutum, ayrımcılık veya damgalama gibi etkenlerle mücadele etmeyi içermekte olup toplumda bilgilendirme çalışmalarının yapılarak farkındalık oluşturulmasında önemli rol oynamaktadır (Danışmaz Sevin, 2017).

Bu bağlamda madde kullanım bozukluğunun, sadece fizyolojik bir mesele olmadığını, toplumsallaşma, küreselleşme, sağlık alanı ve politika oluşturma süreçleriyle ilişkisi olduğu söylemek mümkündür. Bu nedenle de madde bağımlılığı sorununa bütünsel bir bakış açısıyla yaklaşılması gerekmektedir. Ülkemizde madde bağımlılığı alanında çok iyi bir arındırma ve tedavi süreci bulunmaktadır. Ancak her ne kadar iyi bir arındırma veya tedavi süreci olursa olsun, bireyin kurumdan çıktığında döndüğü yer aynı olduğu sürece bağımlılık döngüsü tekrarlanabilir. Aslında bu durum madde bağımlılığına bütüncül bakılamamasından kaynaklanmaktadır. Burada önemli olan nokta, sağlık sisteminin geliştirilse bile bireylerin sağlık sistemine erişiminin sağlanmasıdır. Çünkü madde kullanım bozukluğu olan kadınların sağlık hizmetlerine erişimi sağlanamıyorsa sorunlar yaşanmaktadır. Burada toplumun ve sağlık sisteminin

bağımlı bireylere yönelik kalıp yargılarının önemli bir etkisi olduğunu vurgulamak isterim.

Bunların yanı sıra bireyin tedavi süreci bittikten sonra izleme ve takip sisteminin kurulmaması da sosyal hizmet alanıyla ilişkilidir. Çünkü birey tedavi olduktan sonra takibini yapacak, istihdam, eğitim, sağlık vb. hizmet alanlarında yaşadığı problemleri çözecek, bireyin aile ve sosyal sistemleriyle iletişime geçerek destek mekanizması oluşturacak disiplin sosyal hizmet disiplini. Dolayısıyla madde bağımlılığı alanı çok çeşitli disiplinlerin bütüncül bir yaklaşımla hareket etmesi gereken bir alan olup disiplinler arası çalışma gerektirmektedir. Bu bağlamda sosyal hizmet disiplini, beceri ve donanımıyla kişinin izlenmesinde, yaşadığı problemlerle ilgili savunuculuk yapılmasında ve bireylerin güçlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca kurumların işleminde, politikaların oluşturulmasında da sosyal hizmetin önemli bir yeri vardır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireyler biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilenmekte, haklara ve kaynaklara ulaşmada zorluk yaşamaktadırlar. Bu bağlamda sosyal hizmet, madde kullanım bozukluğu olan bireylere ve ailelerine danışmanlık hizmeti sunmak, tedavi ve rehabilitasyona erişimlerini sağlamak, diğer kurum ve kuruluşlar ile iş birliği halinde bireylerin gereksinimlerinin giderilmesine yönelik çalışmalar yürütmek gibi müdahalelerde bulunmaktadır (Polat, 2014). Sosyal hizmet mesleği, madde kullanım bozukluğu alanında çalışırken bazı stratejiler uygulamaktadır. Bunlar (Yılmaz, 2019);

Bireyin içinde bulunduğu aile ve çevresinde yer alan sosyal destek sistemlerini geliştirmek,

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin istihdam alanında yaşadığı problemlerin azaltılmasına yönelik destekleyici çalışma ortamları oluşturmak,

Tedavi gören bireylerin boş zamanlarını değerlendirmek amacıyla aktiviteler oluşturmak,

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin iletişim kurma, karar verme, sorun çözme, başa çıkma mekanizmaları gibi davranışsal beceri geliştirmelerini sağlamak,

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin haklarına, hizmetlere ve fırsatlara erişimlerini engelleyen etmenleri ortadan kaldırmak için savunuculuk yapmak,

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin güçlü yönlerini keşfetmelerine ve bu güçlü yönlerini kullanmalarına odaklanmaktadır.

Madde kullanımı sonrasında meydana gelen problemlere çözümlerin üretilmesi, bireyin iyilik halinin sağlanması, meydana gelen problemlere bütüncül ve çok boyutlu bir bakış açısıyla yaklaşılabilmesi için sosyal hizmet mesleğine ihtiyaç vardır (Sevin ve Erbay, 2008). Çünkü sosyal hizmet mesleği, toplum dışına itilen dezavantajlı grupların toplumsal yaşama katılımlarını sağlamayı, bireyler arasındaki eşitsizliğe ve adaletsizliğe sebep olan etmenlerle mücadele etmeyi, bireylerin, ailelerin ve toplumun iyilik halini arttırabilmek için problem çözme becerilerini geliştirmeyi ve dezavantajlı grupların gerek ulusal gerekse uluslararası savunuculuk faaliyetlerini yürütmeyi amaçlamaktadır (Karaman, 2017);

Sosyal hizmet mesleği madde kullanım bozukluğu alanında tedavi öncesi, tedavi sırası ve tedavi sonrasında bireylerin iyilik hallerini arttırmak ve tedavinin amacının etkin bir biçimde yerine getirilmesini sağlamak için çeşitli rol ve sorumlulukları yerine getirmektedir (Ateş, 2018). Önemli bir sorun alanı olan madde bağımlılığı, birey, aile ve toplum odağında sosyal hizmet mesleğinin etkili bir çalışma yürüteceği uygulama alanlarından biridir. Çünkü bireyin sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen madde bağımlılığı sorunu, sosyal hizmet mesleğinin müdahale alanında önemli bir yer tutmaktadır (Duman 2001). Sosyal hizmet uzmanları, bağımlılık alanı kapsamında genellikle koruyucu, önleyici, bilgilendirici ve rehabilite edici çalışmalar gerçekleştirmektedir (Tomanbay, 2015). Sosyal hizmet uygulamaları en temelde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ve ailesinin deneyimlediği problemleri en aza indirgeyerek tedaviye uyumlarını arttırmayı amaçlamaktadır (Ertoğlu, 2013).

Ülkemiz sosyal hizmet mesleğinin madde kullanım bozukluğu alanında gelişime oldukça açık olduğunu göstermektedir (Polat, 2014). Geçmişten günümüze sosyal hizmet uygulamalarında sistem yaklaşımı ön plana çıkmaktadır. Sistem yaklaşımı, bireyin kendi içinde alt sistemlerden oluştuğunu, alt sistemlerde meydana gelen herhangi bir problem veya değişimin diğer sistemleri etkileyebileceğini ifade etmektedir (Karaman, 2017). Bununla birlikte güçlendirme yaklaşımı da madde kullanım bozukluğu alanında kullanılan önemli yaklaşımlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Güçlendirme yaklaşımı, bireylerin bilgilerine, becerilerine ve yeteneklerine odaklanarak problemlerin çözümlenmesinde güçlü yönlerinin ortaya çıkarılmasında aktif rol oynamaktadır. Bu bağlamda bireyin maddeden arınarak yaşaması temel hedeflerden birini oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu hedefe ulaşabilmek için bireylerin sahip olduğu güçlü yönlerin ön plana çıkarılması gerekmektedir (Ateş, 2018).

Madde kullanım bozukluğu olan birey ve içinde bulunduğu aile, toplum, kültür, çeşitli kuramlarla açıklanmaktadır (Şen, 2013). Bu kuramlar; Psikodinamik kuram, psikososyal kuram, davranışçı kuram, genetik kuram ve biyopsikososyal kuram olarak belirtilmekte olup araştırma kapsamında biyopsikososyal model değerlendirilecektir (Yılmaz, 2019). Biyopsikososyal model; sağlık ve hastalık durumlarının tüm yönlerini bütüncül bir bakış açısıyla ele almakta olup hastalıkları biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bağlamda değerlendirmektedir (Sezer Korucu, Söylemez ve Oksay, 2021). Bu model, hastalığın nedenleri ve çözüm önerilerinin belirlenmesinde psikolojik ve sosyal durumların göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (Akman ve Ünal, 2010). Ayrıca hastalığın sadece biyolojik sebeplerle açıklanmaya çalışılmasını eleştirerek, davranışsal ve çevresel faktörlerinde göz önünde bulundurularak sağlık hizmetinin sunulmasını kapsamaktadır (Şaşman Kaylı, 2016).

Biyopsikososyal yaklaşım, madde bağımlılığının tedavisinde disiplinler arası bağlantıların kurulması gerektiğini savunmakta ve madde bağımlılığını çok boyutlu bir şekilde ele almaktadır. Bu bağlamda da madde bağımlılığının önlenmesinde, tedavi edilmesinde sosyal, kültürel, biyolojik ve psikolojik birçok faktörün ele alınması gerektiğini savunmaktadır (Yılmaz, 2019). Biyopsikososyal yaklaşım, sosyal hizmet mesleğinin bağımlılığa yaklaşımında önemlidir. Çünkü bağımlılığı bütüncül bir bakış açısıyla ele almaktadır. Bu yaklaşım sayesinde sosyal hizmet mesleği, madde bağımlılığı alanında bireyi çevresi içinde ele alabilmekte ve bireye mevcut toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısıyla yaklaşabilmektedir (Sevin ve Erbay 2008).

Biyopsikososyal modelin bağımlılığa bakış açısını yansıtan bazı hipotezler bulunmaktadır. Bu hipotezler şu şekilde özetlenebilir (Yılmaz, 2019):

Madde kötüye kullanımı zaman içinde gerçekleşmektedir.

Bağımlılık deneyimleri kişiden kişiye değişmektedir.

Başarılı tedavi, doğru ve kapsamlı bir değerlendirme ve uygun bireysel tedavi yöntemleriyle bağlantılıdır.

İyileşme süreci, madde kullanımının şiddet derecesine ve sendromun tipine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Sonuç olarak biyopsikososyal yaklaşım kapsamında, hasta değerlendirilirken; bireyin hikâyesi, inançları, ailesel durumu, sosyoekonomik durumu ve eğitim durumu göz önünde bulundurulmaktadır (Yılmaz, 2015; Polat, 2014). Bununla birlikte bireyin sevdiği ile sevmediği şeyler, yaşam koşulları, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumları

temel alınarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin sunumunda çok disiplinli bir anlayışa katkı sağlamakta olup sıklıkla kullanılmaktadır (Masiak, 2013).

4.2.5. Bağımlılıkla Mücadele Eden Kurum veya Kuruluşlar

Ülkemizde madde kullanımının azaltılmasına yönelik birçok kamu kurum ve kuruluşları faaliyet göstermektedir. Madde kullanım bozukluğu birçok bireysel veya sosyal sorunların kaynağı olup sosyal politikaların uygulanmasını gerekli kılmaktadır (Cingöz, 2018). Bu bağlamda ulusal ve uluslararası alanlarda koordinasyonların sağlanması ve politikaların hazırlanmasına, izlenmesine ve değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından yerine getirilmektedir. Bununla birlikte madde kullanım bozukluğuna ilişkin sosyal politikaların geliştirilmesinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın birçok çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmaların başında ise gençlere yönelik sosyal politikaların önleyici, eğitici ve müdahale edici hizmetleri gelmektedir. Çünkü madde kullanım bozukluğu, okul çağındaki gençler arasında gittikçe yayılmaktadır (Daşbaşı, Polat, & Kesen, 2014). Bu bağlamda günümüzde 40 ayrı ülkede alkol veya diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmasına yönelik Avrupa okul araştırmaları gerçekleştirilmekte ve ortaöğretim çağındaki gençlerin sigara, alkol veya madde kullanımına ilişkin mevcut durumlarını tespit etmek amaçlanmaktadır (Cingöz, 2018).

Ülkemizde madde kullanım bozukluğuna ilişkin faaliyet gösteren temel kuruluşlardan biri Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezleri (AMATEM)'dir. AMATEM'de hem yataklı hem de ayaktan tedavi olmak üzere iki ayrı tedavi ve rehabilitasyon hizmeti gerçekleştirilmektedir. Bireylerin AMATEM'e geldiği andan itibaren sorunları ile gereksinimleri belirlenmekte ve bireye yönelik tedavi planlaması oluşturulmaktadır (Ertoğlu, 2013). Bu süreçte bireylerin tedavi sürecine ilişkin motivasyonları oluşturulmakla birlikte güçlendirilmeleri için uzman tedavi ekibi ve katılımcı birlikte çalışmaktadır (Cingöz, 2018). AMATEM birimlerinde yatarak tedavi gören birey sayısı fazla olduğundan dolayı tedavi programları kısa tutulmaktadır (ÖGEL, 2010). Tedavi süresinin kısa olması ve hizmet veren kuruluşlardaki yatak kapasitesinin düşük olması tedaviye ihtiyaç duyan bireylere erişimi kısıtlamaktadır (Karataşoğlu, 2013). Dolayısıyla madde kullanım bozukluğuyla mücadele etmede tedavi hizmeti sunan kurum veya kuruluşlar yetersiz kalmaktadır (Yılmaz, 2019).

ÇEMATEM ise, 18 yaş altındaki madde kullanım bozukluğu olan bireyler için yataklı tedavi hizmeti sunan bir kurum olarak hizmet vermektedir. 18 yaş altı bireyler, madde kullanımının verdiği zararlar ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir bu sebepten yetişkinlere ve çocuklara uygulanan tedavi yöntemleri birbirinden farklıdır (Danışmaz Sevin, 2017).

Ülkemizde, TBMM Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ve Yeni Bağımlılık Türleri Meclis Araştırma Komisyonu, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli eğitim Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü gibi kamu kurum ve kuruluşları madde kullanım bozukluğuna ilişkin çalışmalar yürütmektedir (Akgül ve Kaptı 2010). Ayrıca madde kullanım bozukluğuna ilişkin araştırma çalışmalarını yürüten temel kurumlardan biri de Emniyet Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak hizmet veren kurum Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)'dir. TUBİM, kurum ve kuruluşlar ile iş birliği içerisinde madde kullanım bozukluğuna ilişkin ülkemizdeki risk faktörlerine yönelik veriler toplamaktadır. Bununla birlikte diğer kurum ve kuruluşlar ile birlikte her yıl bağımlılığın mevzuatına, yaygınlığına, önlenmesine ve tedavisine yönelik birçok veri paylaşılmaktadır (Yılmaz, 2019).

Madde kullanımı ile mücadelede sivil toplum kuruluşlarının da de varlığı oldukça önemlidir. Bağımlılıkla mücadele de sivil toplum kuruluşlarının başında gelen YEŞİLAY, hem önleyici hem rehabilite edici hizmetler yürütmekte olup, alkol, uyuşturucu, madde, kumar veya teknoloji bağımlılığı gibi çeşitli bağımlılık türleriyle mücadele etmekte ve projeler yürütmektedir. Bu projelerin başında Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) gelmektedir. YEDAM'da madde kullanım bozukluğu olan bireylere ücretsiz danışmanlık hizmeti sunulmakta olup bağımlılığı olan bireylerin tespit edilmesi, bireylerin gereksinimlerinin ve bağımlılık düzeylerinin saptanabilmesi için oturdukları adreste sosyal inceleme gerçekleştirilmesi, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi vb. çeşitli hizmetler sunulmaktadır. YEDAM'da bağımlı bireylere yönelik yatılı tedavi hizmeti verilmemekte olup, ayaktan tedavi süreci gerçekleştirilmektedir (Yılmaz, 2015; Yılmaz, 2019).

5. YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, nitel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan kadınların madde kullanmaya başlama ve devam etme süreçlerine ilişkin nedenleri, kadın olarak yaşadıkları zorlukları, tedavi süreçleri ve sosyal destek mekanizmaları incelenmiştir. Nitel araştırma yöntemi; araştırmanın verilerini toplamak, analiz etmek, derinlemesine bilgi edinmek ve en uygun, geçerli, güvenilir sonuçlara ulaşmak için kullanılmaktadır (Scheyett ve McCarthy, 2006). Bu araştırma yöntemi, gözlemlerin, görüşmelerin veya dokümanların analizlerinin yapılması ile gerçekleştirilmekte olup deneyimlerin bütüncül bir biçimde ortaya konmasını içermektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Bu araştırmada nitel yöntemin kullanılmasındaki amaç, madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık örüntüleri bağlamında, madde kullanımı öncesi, madde kullanım dönemi, tedavi dönemi ve tedavi sonrasındaki yaşam deneyimlerini, bakış açılarını, tutum ve davranışlarını anlamak ve yorumlamaktır. Somut bir ifadeyle, madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık deneyimlerinin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde rol oynayan etmenleri araştırmak, tedavi süreçlerine ilişkin deneyimlerini görünür kılarak kadın olarak yaşadıkları zorlukları, dönüm noktalarında ele alınabilecek sosyal hizmet müdahalelerini tespit etmek ve madde kullanım bozukluğunun kadınların hayatlarındaki sonuçlarını en ince ayrıntılarıyla tespit etmektir.

Nitel araştırmanın özelliklerinden biri, olasılıklı örnekleme gereksinim duyulmaksızın belirlenen muhatap kitleden seçilmiş olan az sayıda kişilerle belirlenen konu alanında ilgili çalışmanın yapılmasıdır. Bu bağlamda çalışma sonucunda elde edilen sonuçların topluma genelleştirilmesi veya kesin verilere ulaşma endişesi yaşanmamaktadır. Amaç, olgu ve olayları detaylı bir şekilde inceleyebilmek olduğu için nitel araştırmada evren belirleme ihtiyacı duyulmamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

5.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın katılımcılarını Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde AMATEM servisinde yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem, maximum çeşitlilik ilkesine göre belirlenmiş olup toplamda 70 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşılan kişilerden çalışmaya dahil etme kriterlerine uymayan 3 kişi, çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve onamı alınmış ancak görüşme sırasında görüşmeden çekilmek isteyen 2 kişi, görüşme yapmayı kabul etmeyen 34 kişi bulunmaktadır. Bu sebeple araştırma 31 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar ise, Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi başlangıç noktası alınarak amaçlı örneklem yöntemine göre belirlenmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi, nitel araştırma süreçlerinde ortaya çıkmış ve mevcut durumların detaylı bir biçimde ele alınmasına imkân sağlamaktadır. Amaçlı örnekleme yönteminde, belirlenen ölçütlerin tüm evreni temsil ettiği düşünülmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2000).

Araştırma Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde AMATEM servisinde gerçekleştirilmiş olup katılımcıların dahil edilme ve dışlama kriterleri şu şekildedir: Araştırma Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde AMATEM servisinde yatarak tedaviye başvurmuş ve tedavisi başarılı bir biçimde sonuçlanmış olmak, bilişsel ve işlevsellik düzeyleri güçlü olmak, araştırmaya katılmada istekli ve gönüllü olmaktır. Madde kullanmaya devam eden, gerçeği değerlendirme yetisini kaybetmiş, çevreye ve kendisine ilişkin algısı bozulmuş olan kadın hastalar araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Ayrıca araştırmamız da kontrol grubu bulunmamaktadır.

5.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırma 15.11.2021-01.08.2022 tarihleri arasında Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin AMATEM servisinde yapılmıştır. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Ege Bölgesi'nde ve Batı Akdeniz Bölgesi'nde yer alan Manisa, Balıkesir, İzmir, Aydın, Kütahya, Uşak, Afyon, Denizli, Muğla, Isparta, Burdur ve Antalya olmak üzere 12 ilde hizmet vermektedir. Bununla birlikte Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yer alan AMATEM servisinden; kendi istemiyle tedavi görmek isteyen bireyler ile denetimli serbestlik uygulamasına tabii olan ancak mahkeme kararı ile yatışları yapılan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler faydalanabilmektedir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri telefon aracılığıyla derinlemesine görüşme tekniği ile toplanmıştır. Görüşme tekniği nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Görüşme tekniğinde, araştırmacı önceden belirlediği soruları sormakta ve katılımcılar soruları yanıtlamaktadır (Kuş 2003). Bu bağlamda araştırma verilerinin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu araştırmacılara etkileşim, esneklik ve irdeleme imkânı sunmaktadır. Aynı zamanda görüşme formu, görüşmenin araştırma planından sapmamasını sağlamakla birlikte görüşmecinin değerlendirebilmesi için açık uçlu sorulardan oluşmalıdır (Creswell, 1998). Bu bağlamda katılımcılara yöneltilmek üzere danışman uzman akademisyenle birlikte bir soru formu hazırlanmıştır.

Araştırmada gerçekleştirilecek olan görüşmelerde tarafımızca hazırlanan Demografik Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır.

Görüşme Formu; kadınların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlayan 16 sorudan oluşmaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ise kadınların bağımlılık örüntülerini görünür kılmak adına, bağımlılığa nasıl başladıklarını, devam etme sürecindeki kırılma noktalarının ne olduğunu ve tedavi süreçlerine ilişkin derinlemesine irdeleme imkânı sağlayacak 17 açık uçlu sorudan meydana gelmektedir.

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma kapsamında, madde kullanım bozukluğu olan ve hastaneye yatışı yapılan 3 katılımcı ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilirken, daha önce hastanede yatarak tedavi gören ancak tedavi süreci sona erdiği için taburcu olan madde kullanım bozukluğuna sahip 28 katılımcı ile COVID-19 önlemleri sebebiyle telefon aracılığıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşme gerçekleştirilmeden önce bilgilendirilmiş onam formu okunup çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ve onamları alınan örneklem grubuna sosyodemografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Uygulama öncesinde yarı yapılandırılmış görüşme formu hakkında da katılımcılara bilgi verilmiş ve görüşmenin yapılması yaklaşık olarak 30 dakika

sürmüştür. Uygulama sonrasında tamamlanan formlar incelenmiştir. Bu bağlamda görüşme formlarında eksik ya da yanlış doldurulmuş formlar iptal edilmiştir.

5.6.Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde tematik içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinin temel amacı, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Downe-Wamboldt, 1992). Elde edilen veriler içerik analizi ile detaylı bir şekilde ele alınmakta ve kavramlarla temalar ortaya çıkarılmaktadır. Bu amaç doğrultusunda toplanan veriler, ilk olarak kavramsallaştırılmakta ve verileri açıklayan temalar tespit edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Verilerin analizinde araştırmacının nitel metinleri sistematik olarak değerlendirmesine ve yorumlamasına yardımcı olan bir bilgisayar yazılım programı olan MAXQDA22 kullanılmıştır (Tekindal, 2018).

Araştırma kapsamında hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilen veriler, araştırmacı tarafından çözümlenmiş olup verilerin çözümlenmesinde, öncelikle ses kaydı ve görüşme sırasında tutulan notlar yazıya aktarılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu temel alınarak beş kategori belirlenmiştir. Tüm veriler yazıya aktarıldıktan sonra, araştırmacı tarafından baştan sonra “satır okuması” yapılmıştır. Satır okumasının amacı görüşmeler sırasında herhangi bir verinin eksik kalmasını önlemektir. Daha sonrasında satır okuması ile kodlanan veriler çerçevesinde temalar belirlenmiş olup biyopsikososyal yaklaşım odağında analiz edilmiştir. Görüşme süresi, katılımcıların yaşadıkları deneyim farklılıkları ve bireysel özelliklerine bağlı olarak yaklaşık 30 dakika içerisinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın analizi MAXQDA22 Nitel Veri Analiz Programında yapılmıştır. Araştırmacı, yazıya aktarılan derinlemesine görüşmeleri MAXQDA22 Nitel Veri Analiz Programına aktardıktan sonra araştırmanın amacına ve kişilerin tekrarlanan ifadelerine göre kategorize edilmiştir. Buna kategorilere göre temalar belirlenmiş olup programda kodlamalar yapılmıştır.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan bütün yasadışı maddelerin bir arada ele alınması sınırlılıkları kapsamında yer almaktadır. Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları

Hastanesi'nin bölge hastanelerden biri olması sebebiyle; araştırma Manisa ili özelinde yapılmış olup pandemi sebebiyle görüşmeler telefon aracılığıyla toplanmıştır.

5.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için ilk olarak Manisa Celal Bayar Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izin alınmıştır. Etik komisyon izni alındıktan sonra, Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, AMATEM servisinden de madde kullanım bozukluğu olan kadınlarla görüşme yapabilmek üzere gerekli izin ve onaylar alınmıştır. Görüşme gerçekleşmeden önce araştırmacı, katılımcılara araştırma hakkında bilgiler vermiş ve “Bilgilendirilmiş Onam Formu” imzalatmıştır. Katılımcıların gerçek kimlikleri gizlilik ilkesi doğrultusunda saklı tutulmuş ve araştırmada katılımcıların bilgileri “anonim” hale getirilerek görüşlerine yer verilmiştir. Bununla birlikte derinlemesine görüşmeler, hastanede kadınlara ayrılan yatak kapasitesinin az olması sebebiyle yeterli sayıya ulaşamamış olup bu sebepten daha önce yatarak tedavi gören ancak tedavi süreci bittiği için, görüşmeler taburcu olan madde kullanım bozukluğu tanısına sahip kadınlarla, telefon aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin ses kaydına alınması ve kişisel bilgilerinin anonim hale getirilerek, sadece görüşme cevaplarının araştırma kapsamında kullanılacağına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır. “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” kapsamında madde kullanım bozukluğu olan kadınların önce kendilerinden daha sonrasında var ise vasilerinden gerekli onaylar alınmıştır.

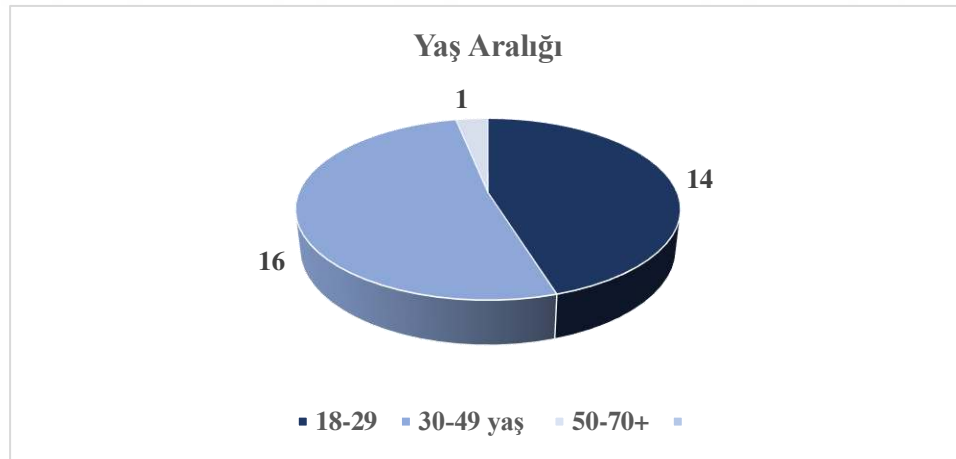
Bununla birlikte, AMATEM servisinde yatışı bulunan madde kullanım bozukluğu tanısına sahip kadınlar ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerde, ses kayıt cihazının kullanılmasına yönelik katılımcıların tedavi süreçlerinde olumsuz herhangi bir etki ile karşılaşılması adına ses kayıt cihazı kullanılmamıştır. Ayrıca daha önce yatarak tedavi görmüş ancak tedavi süreçlerinin bitmiş olması sebebiyle hastaneden taburcu edilen katılımcılar ile telefon aracılığıyla görüşme gerçekleştirilmiş olup, görüşmelerin kurum telefonundan yapılması sebebiyle ses kaydı alınamamıştır. Görüşmelerin yazıya dökülmesinde öznel ifadeleri değiştirilmeden, olduğu gibi kullanılmış olup katılımcıya ait kişisel bilgiler yok edilmiştir. Madde kullanım bozukluğu sebebiyle hastanede yatarak tedavi gören kadınlarla yüz yüze görüşmeler, AMATEM servisindeki psikoloğun odasında gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte telefonla gerçekleştirilen görüşmeler sırasında özellikle son 6 ay başta olmak üzere

2009 ve 2022 yılları arasında hastanede yatışı yapılmış olan madde kullanım bozukluğu tanısına sahip kadınlara ulaşmada bazı zorluklar yaşanmıştır. Bu zorlukların başında ise bazı katılımcıların iletişim numaralarının kullanılmaması veya kendi iletişim numaraları yerine ailelerinin iletişim numaralarını verdiği saptanmıştır. Dolayısıyla gerçekleştirilen bazı görüşmelerde katılımcıların aileleri, madde kullanım bozukluğu olan çocuklarının numaralarını vermekten kaçınmıştır.

6. BULGULAR

6.1.Sosyo-Demografik Bulgular

Bu araştırma 31 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda bireylerin yaş, eğitim, medeni, ekonomik ve çalışma durumları, kullandıkları ilk madde, maddeye başlama yaşları, madde kullanım süreleri ve bağımlılık süreci kapsamında destek aldıkları kurumlar ön plana çıkmıştır. Öncelikle Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde madde kullanım bozukluğu kapsamında yatarak tedavi gören ya da görmekte olan kadınların en küçüğü 18 ve en büyüğü 68 olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan kadınların yaş ortalamalarının 32.8 olduğu ortaya çıkmıştır.



Şekil 2: Yaş Aralığı

Araştırma kapsamında, elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların yaş aralıkları incelenmiş olup katılımcıların büyük çoğunluğunun (16) 30-49 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Şekil 4.).

Tablo 1. Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	f
Okuryazar değil	1
İlkokul	10
Ortaokul	7
Lise	8
Lisans	5
Toplam	31

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların eğitim durumları incelenmiş olup katılımcıların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışma Durumu

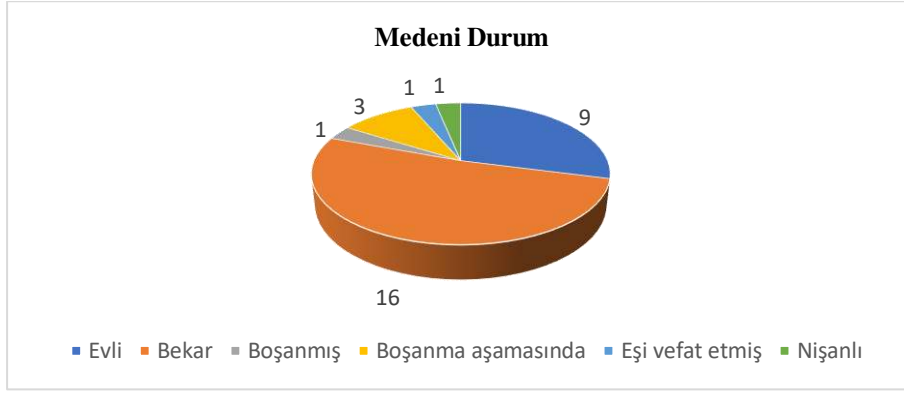
Çalışma Durumu	f
Çalışıyor	11
Çalışmıyor	20
Toplam	31

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların çalışma durumları incelenmiş olup katılımcıların büyük çoğunluğunun çalışmadığını ortaya çıkmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Ekonomik Durumu

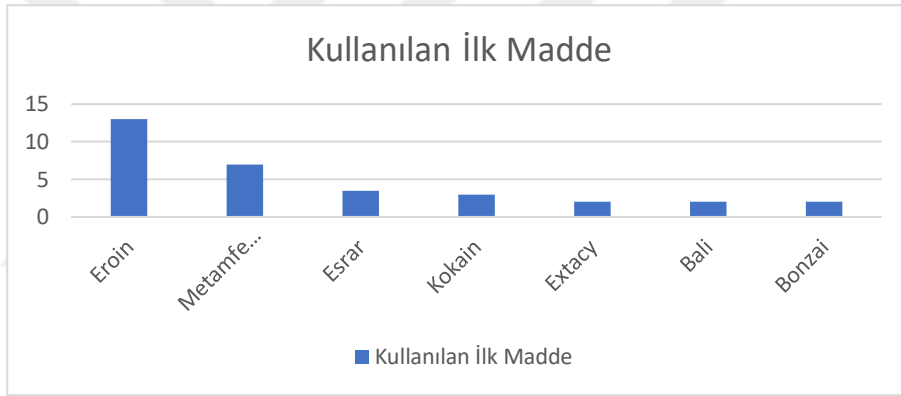
Ekonomik Durumu	f
Çok düşük	1
Düşük	10
Orta	10
Yüksek	10
Çok yüksek	-
Toplam	31

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların ifadeleri doğrultusunda algılanan ekonomik durumları incelendiğinde, 10 kişi ekonomik düzeyi düşük olduğunu, 10 kişi ekonomik düzey orta seviye olduğunu ve 10 kişi de ekonomik düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 4).



Şekil 3. Medeni Durum

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların medeni durumları incelenmiş olup katılımcıların büyük çoğunluğunun bekar olduğu saptanmıştır (Şekil 5).



Şekil 4. Kullanılan İlk Madde

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların kullandıkları ilk madde incelenmiş olup eroin ve metamfetamin ön plana çıkmaktadır (Şekil 5).

Tablo 4. İlk Madde Kullanım Yaş Aralığı

İlk Madde Kullanım Yaş Aralığı	f
10-18	17
19-29	10
30-49	3
50+	1
Toplam	31

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların ilk madde kullandıkları yaş aralıkları büyük çoğunlukla 10-18 yaş aralığı olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 6).

Tablo 5. Madde Kullanım Süresi

Madde Kullanım Süresi	f
0-1 yıl	1
1-5 yıl	7
6-10 yıl	13
11-15 yıl	4
16-20 yıl	3
Devam ediyor	1
Toplam	29

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların madde kullanım süresi incelenmiş ve büyük çoğunluğu ortalama 6-10 yıl aralığında madde kullanımına devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 6).



Şekil 5. Destek Alınan Kurum veya Kuruluşlar

Araştırma kapsamında elde edilen verilerden madde kullanım bozukluğu tanısı olan ve hastanede yatışı yapılan kadınların madde kullanım tedavisine ilişkin destek aldığı kurumlar incelenmiş ve bütün katılımcıların AMATEM'den destek aldığı, bunun yanı sıra sivil toplum kuruluşu ve psikiyatrist desteği aldığı ortaya çıkmıştır (Şekil 6).

6.1. Tematik İçerik Analizi

Ayrıca bu bölümde, araştırmanın katılımcıları ile yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine görüşmeler yapılarak toplanan verilerin analizi ve yorumlanması yer almaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu doğrultusunda beş ayrı kategori belirlenmiş olup oluşturulan kategoriler Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 6: Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimlerine İlişkin Bulguların Ana Tema ve Alt Temaları

Ana Tema	Alt Temalar
Tema I; Madde Kullanım Öncesi Yaşam Deneyimleri	1. Aile ve arkadaşlık ilişkileri 2. Hayatta karşılaşılan en büyük zorluk 3. Destek mekanizmaları
Tema II; Madde Kullanım Dönemine İlişkin Yaşam Deneyimleri	4. Madde kullanım bilgisi ve maddeyle tanışma süreci 5. Madde kullanım nedenleri 6. İlk madde kullanımının etkisi 7. Madde kullanımını paylaşma süreci ve kullanılan madde ile etkileri 8. Maddeyi temin etme süreci
Tema III; Madde Kullanım Tedavisine İlişkin Yaşam Deneyimleri	9. Tedavi ihtiyacını fark etme süreci 10. Tedavi sürecine ilişkin motivasyon 11. Tedavi sürecinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri 12. Tedaviye başvurmayı engelleyen ve geciktiren etmenler 13. Tedavi döneminde yaşanan değişimler
Tema IV; Tedavi Sonrasına İlişkin Yaşam Deneyimleri	14. Bağımlılıkla mücadele önerilen sistemler 15. Gelecekte beklenenler
Tema V; Madde Kullanımına İlişkin Düşünceler	

Bağımlılık Örüntüleri Kapsamında Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimleri; Manisa İli Örneği kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde 5 ana tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; madde kullanım öncesi yaşam deneyimleri, madde kullanım dönemine ilişkin yaşam deneyimleri, madde kullanım tedavisine ilişkin yaşam deneyimleri, tedavi sonrasına ilişkin yaşam deneyimleri ve katılımcıların

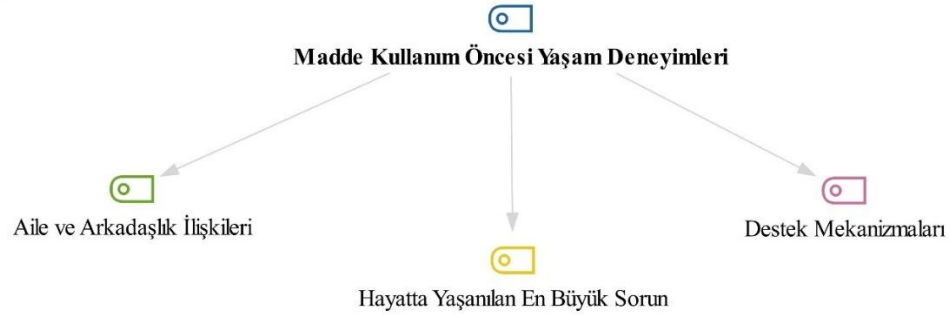
madde kullanımına ilişkin düşünceleridir. Tüm ana temalar Şekil 7’de gösterilmektedir.



Şekil 6: Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimlerine İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli)

Ana Tema 1. Madde Kullanım Öncesi Yaşam Deneyimleri

Madde kullanım öncesi yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen bilgiler doğrultusunda; katılımcıların aile ve arkadaşlık ilişkileri, hayatta yaşadıkları en büyük sorun ile sorunların üstesinden gelmelerindeki destek mekanizmaları ön plana çıkmıştır. Tüm alt temalar Şekil 8’de gösterilmektedir.



Şekil 7: Madde Kullanım Öncesi Yaşam Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli)

Alt Tema 1. Aile ve arkadaşlık ilişkileri

Aile ve arkadaşlık ilişkileri kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde; aile üyeleriyle ilişkilerinin iyi olması ve iyi olmamasını kapsayan aile ilişkileri, arkadaş çevresinden uzaklaşmayı kapsayan arkadaşlık ilişkileri ve katılımcının kendisi ile ilişkili görüşleri alınmıştır. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadınların büyük çoğunluğunun aile ilişkilerinin iyi olmadığı ön plana

çıkıştır. Ayrıca aile desteğinin olmamasının, aile tarafından dışlanmak, ebeveynlerin ilgisizliği, parçalanmış bir ailede büyümek, şiddete maruz kalmak ve içine kapanık bir aile içinde büyümek gibi sebeplerden kaynaklandığı ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda katılımcıların çoğunluğu, aile ilişkilerinin iyi olmaması kapsamında; parçalanmış ailede büyümenin ve şiddete maruz kalmanın ailelerle ilişkileri olumsuz etkilediğini ifade ettiler;

“Annem ve babam ayrı. Onlar Didim’de yaşıyor ben İzmir’de. İzmir’e gelme sebebim bir kuaförün yanında, bir tanıdığımızın yanında çalışmaktı. Burada boş kaldım açıkçası ve arkadaş çevremden dolayı da maddeye başladım. Annem ve babamın ayrılık durumu olduğu için de maddeye yöneldim” (K7-23)

“İlişkilerim yok denecek kadar azdı. Babaanneme gittim. Kardeşim var ve hukukta okuyor. Annem Almanya’da okumuş büyümüş biri.” (K10-31)

“Annem rahatsızdı. Bir dönem üniversiteden sınava girdim. Annem vefat etti o dönemde. Aile sorunlarım oldu. Evden kaçtım. Ama evden kaçmama gerek kalmadan annem vefat etti zaten.” (K26-34)

“Babamdan gelen maaşlar geçiniyorum. Genel olarak kendimi ve ailemi böyle tanımlayabilirim.” (MK16-45)

“Annem vefat etti. Kız kardeşim ise Manisa’da oturuyor.” (K13-36)

“Babam babalık yapmadı. İlk evliliğimden o kadar çok şiddet ve eziyet gördüm ki daha sonrasında boşandım” (K28-40)

“Ben 2007’den 2013’e kadar eski eşimden kaçtım. Ya boşa ya öldür dedim.” (K16-45)

“Şiddet var, eski eşimden gördüm.” (K13-36 13)

“Sanırım mutsuz bir çocukluk geçirdim.” (K26-34)

“Dışarıdan görenler eksisi gibi olmadığımızı söylüyor. Eskiden kavga gürültü vardı.” (K31-28)

Araştırma kapsamında bazı araştırmacıların madde kullanmadan önceki aile ilişkileri incelendiğinde ise, içine kapanık bir ailesi olduğunu, madde kullanımının ebeveynlerinin ilgisizliğinden kaynaklandığını, ailesi tarafından dışlandığını ve aile desteğinin olmadığını belirttiler;

“Kendimi çözemedim, ailemi hala daha çözemedim. Çünkü bende aile desteği diye bir şey yok.” (K9-44)

“Aile ilişkilerim çok kötüydü, çocukluğum ok kötü geçti ailem bana yardımcı olmadı.” (K16-45)

“Benim ailem yok. Ailem beni hep dışladı” (K28-40)

“Dağınık ve ilgisizler.” (K14-42)

“Ben babamı sevmiyormuş gibi davrandım hep. Çünkü babam çok içki içiyordu, ilgilenmiyordu benimle. Hatta annem 18 yaşıma kadar psikoloğa götürdü beni. Öyle bir çocukluk düşünün” (K21-25)

“Kendimi ve ailemi içe kapanık olarak tanımlarım.” (K19-28)

Araştırma kapsamında bazı araştırmacıların kendini nasıl tanımladığı sorulduğunda, bazı katılımcılar kendisini çok zeki, diktatör veya yaşayan ölü olarak tanımlarken, bazı katılımcılar ise kendisi ile ilgili bir şey söylemek istemediğini belirtti;

“Kendimi de diktatör olarak tanımlarım. Dediğim dedik biriyimdir.” (K6-68)

“Kendimi de yaşayan ölü gibi tanımlıyorum.” (K10-31)

“Çok zeki bir insanım aslında. Annem spiritual konularla ilgilenince ben de o alana yöneldim ve bazı alanlarda halüsinasyon olan maddelere karşı yöneldiğimde merakım arttı. Farklı varlıklar görmek istedim. Bu yüzden de maddeye yöneldim.” (K11-27)

“Kendimle ilgili hiçbir şey demeyeceğim.” (K13-36)

Bununla birlikte katılımcıların madde kullanımı kapsamında arkadaşlık ilişkileri incelendiğinde ise maddeden kaçabilmek için arkadaş çevreleri başta olmak üzere herkesten uzaklaştıklarını ifade ettiler;

“Arkadaş çevremi ise tamamen sıfırladım.” (K2-41)

“Maddeden dolayı herkesten uzaklaştım. Tüm ailemden, tüm arkadaşlarımdan, herkesten uzaklaştım.” (K5-21)

Alt Tema 2. Hayatta yaşanan en büyük sorun

Araştırmaya katılan bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları en büyük sorun ile ilgili elde edilen veriler incelendiğinde; katılımcıların büyük çocuğunu hayatlarında yaşadıkları en büyük sorunun madde kullanımı olduğunu ve madde kullanımına bağlı sağlık sorunları yaşadığını ifade ettiler;

“Hayatımda yaşadığım en büyük sorun madde kullanmak tabi ki.” (K2-41)

“Madde kullanmak. İstanbul’da ben her yere gittim. Çip bile taktırdım. Bu işin sorunu çevre ve beyin. Kişinin kendisinin istememesi lazım. Bir kere o ortama girdiğinizde almam deyip eve gitmeniz gerekiyor. Aynı ortamda olmaz.” (K10-31)

“Sorun yoktu. Maddeyle sorunlar başladı.” (K29-40)

“Sağlığımdan oldum, 30 kiloya kadar düştüm.” (K31-28)

Hayatta yaşanan en büyük sorun kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde; katılımcıların çoğu aile ilişkilerinde problemler yaşadıklarını dile getirmiş olup, aile üyelerinden birinin kaybı ile ebeveynlerden biri tarafından terk edilmenin kendilerini olumsuz etkilediğini ve yaşanan sorunlarla mücadele ederken aile desteklerinin olmadığını belirttiler;

“En büyük sorunum babamı kaybetmek. O dönem Manisa’da yatmışım. Ondan oldum böyle zaten. Psikolog, psikiyatri tedavisi gerekiyordu. En sonda cezaevine yattım. Cezaevinden çıkınca da bir daha asla içmedim.” (K23-24)

“Çok sorun yaşadım. Babamı kaybettim en başta.” (K12-27)

“Çocuklarım vefatı. Psikolojim bozuldu. O günden sonra madde kullanmaya başladım.” (K8-41)

“En büyük sorun babamın evden gitmiş olması. Annem ve erkek kardeşimle yaşadım babam gidince.” (K3-35)

“Babamın ilgisizliği, annemden de destek olmaması birçok şeyi tetikledi. Sorunlarla kendim mücadele ediyordum.” (K21-25)

“Aile sıkıntılarım. Ailemden destek alamadım bu süreçte, hep bilmediğiniz kişilerden destek aldığınızı düşünün. Erkek arkadaşım vardı o dönemde ben madde kullanıyordum, onun ailesi bile destek oldu.” (K26-34)

“Ailemin beni çok dışlaması, aile demek bile istemiyorum. İkinci eşim yani şu anki eşim tanışmak istedi ailemle. Tanıştırmak bile istemedim. Yani im bile tanıştıktan sonra kendi ailem bile olsa boş ver dedi. Çünkü işlerini yaptığınız zaman aileniz yanınızda. Kendi evlendiğim ya, kendi evladı olmama rağmen çöpten ekmek topla demişti bana bir gün acıktım dediğimde. Düştüm kaldırmadılar. Babam bile ben babalık yapsaydım kızın böyle olmazdı diyor millete.” (K28-40)

Bununla birlikte bazı katılımcılar şiddete maruz kaldıklarını, bu kapsamda cinsel taciz ve istismara maruz kaldığını ve bu nedenle hastalıklarının tetiklendiğini ve hayatta güvendiği insanları kaybettiklerini ifade ettiler;

“Benim hayatımdaki en büyük sorunum doğduğumdan beri abim. Onun yüzünden dolayı ben maddeye başladım. Abi demek bile istemiyorum. Çünkü ben cinsel tacizde bulundu. Ben onun yüzünden evden kaçtım. Hatta annem beni almaya geldi, yaptığı konuşma şu; ‘O da evlat asla böyle bir şey yapmaz’ dedi. Bana inanılmadı. Ben bu yüzden evlendim. Eşim Allah var iyi bir insandı ama öldü. Çocuğum ortada kaldı

      bipolar hastasıyım ve tetiklendiği için çocuğuma bakamadım. Devlet b y  tt , devlet okuttu benim  ocuğumu.” (K9-44)

“ lk e imle sorunlar yaşadım.” (K13-36)

“Güvensizlik hayatımda yaşadığım en büyük sorun” (K22-36)

“Güvendiğim insanları kaybettim.  alı amadım. Antalya’da uy   turucu ile mücadele yeri var, orada biri vardı ve beni elimden tuttu, Manisa’ya yönlendirdi.” (K31-28)

Katılımcılar hayatta yaşanılan en büyük sorun kapsamında; yoksulluk yaşadıklarını, insanlar tarafından anla ılamadıklarını, tedavi sürecinde haksızlığa maruz kaldıklarını, erkek arkada ından ayrıldığını, fazla donanımlı veya zeki olmanın dezavantajlarını yaşadıklarını ve    ık olduklarını ifade ettiler;

“Sefillik” (K25-37)

“Kimsenin beni anlamaması. Anlıyorum diyordu ama anlamıyordu. Antalya’da biri var, bir polis memuru. O kadar yardımı oldu ki bana. Hastaneye yönlendiren, sizin hastanenize yönlendiren de oydu.” (K20-28)

“Ben tedavi görürken 1 hafta kaldım.  la  tedavisi uygulandı. Kısa süreliğine gelmi tim ve çok büyük bir haksızlığa uğradım. Yan bahçe var bir tane orada, hemen bizim kapalı servisin yanında. Bir şeyler düşünüyorum ve çocuğun biri bir anda dudağıma yapı tı ve saniyesinde çocuğu tokatlamaya ba ladım. Müdür çağırdı odasına, ‘Emel Hanım i te burada ahlak önemli bilmem ne’ gibi kelimeler söyledi. ‘Bir saniye’ dedim ya ‘bir saniye, ahlaktan bahsedemezsiniz’. Ama onlar ne yaptı, o adama inandılar. Onun tedavisi devam ederken beni çıkardılar. Ben eroin bağımlısıyım bu arada ama karşıdaki adam ne kullanıyor bilmiyorum ama o kaldı ben  ıktım. Yaşadığım en büyük sorunlarımdan biri buydu diyebilirim. Yani haksızlığa uğramak.       sizi kimse dinlemiyor. Her yerde para dönüyor. Karşı taraftaki adamın bilmem kimin çocuğu olduğunu  ğrendik. Parasıyla kaldı başka neyiyle kalacak.” (K15-35)

“Erkek arkada ımdan ayrıldım.” (K12-27)

“Maddi zorluklar var bir kere. Politikada, insan ilişkilerinde herkes beni çok iyi yerlere gelebileceğimi düşünüyordu. Ben maddi zorluklardan dershaneye bile gidemediğimde  ğretmenlerim el birliği ile derslane paramı  demi ti mesela, ben her zaman aktif bir insandım. Çok da ba arılıydım.” (K11-27)

“Ben sistemi sorgulayan bir  ocuktun en ba ından beri. Bu ilkokulda ba ladı. Fazla donanımlı olmak da iyi bir şey değil aslında, fazla zeki olmak da.” (K11-27)

“Hayatımdaki en büyük sorun aşk. 17 yaşında ilk kez âşık oldum. Bu benim için çok büyük bir sorundu, çocuk bana layık değildi ve fakirdi. Çünkü benim annem babam doktor; sağlıkçı bir aileden geliyorum. Maddi durumumuz da iyiydi. Ailem çocuğu onaylamıyordu, bana layık olmadığını düşünüyordu. Ben de onların düşündüğü gibi düşündüm. Ayrıldıktan sonra en büyük yaşadığım sorun unutmak oldu. Zor da olsa unuttum ama bu benden çok şey götürdü.” (K1-27)

Alt Tema 3. Destek mekanizmaları

Destek mekanizmaları kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde; madde kullanım bozukluğu olan kadınların hayatlarında karşılaştıkları sorunlarla mücadele ederken kimlerden destek aldığını öğrenmek amaçlanmış olup katılımcı görüşleri alınmıştır. Bu bağlamda katılımcıların büyük çoğunluğu yaşadıkları sorunların üstesinden gelmek için aile desteği gördüğü ifade ettiler;

“Yaşadığım sorunlarda aile desteği benim için çok önemli oldu. Başka da kimseden destek almadım.” (K2-41)

“Bu süreçte tek destekçim babamdı. Annem var ama yok gibi bir şey. Babam ise hem anne oldu bana hem de baba.” (K5-21)

“İlkte ailem de desek oldu, hastanede yattım. Babam her zaman yanımdaydı. Babamı yakın bir zamanda kanserden dolayı kaybettim. İlk hastaneye yattığımda babam beni getirdi ve babam bitince oradan aldı.” (K18-23)

“2 oğlumdan ve eşimden destek aldım bu sefillik sürecinde.” (K25-37)

“Destekçim ise ailem.” (K27-32)

Bununla birlikte katılımcıların bir kısmı yaşadıkları sorunlarla mücadele ederken kimseden destek almadıklarını vurgularken bir kısmı kurum çalışanlarının desteği, psikiyatristin desteği ve arkadaş desteği ile sorunlarıyla mücadele ettiğini ifade etti;

“Sorunlarla kendim mücadele ediyordum.” (K21-25)

“Aile demek bile istemiyorum.” (K28-40)

“Kimseden de bir yardım görmedim.” (K19-28)

“Antalya’da biri var, bir polis memuru. O kadar yardımı oldu ki bana. Hastaneye yönlendiren, sizin hastanenize yönlendiren de oydu.” (K20-28)

“Antalya’da uyuşturucu ile mücadele yeri var, orada biri vardı ve beni elimden tuttu, Manisa’ya yönlendirdi.” (K31-28)

“Maddeye geçince kendimi kaybediyorum. Yaşadığım sorunlarla arkadaşlarımdan destek olursa oluyor.” (K16-45)

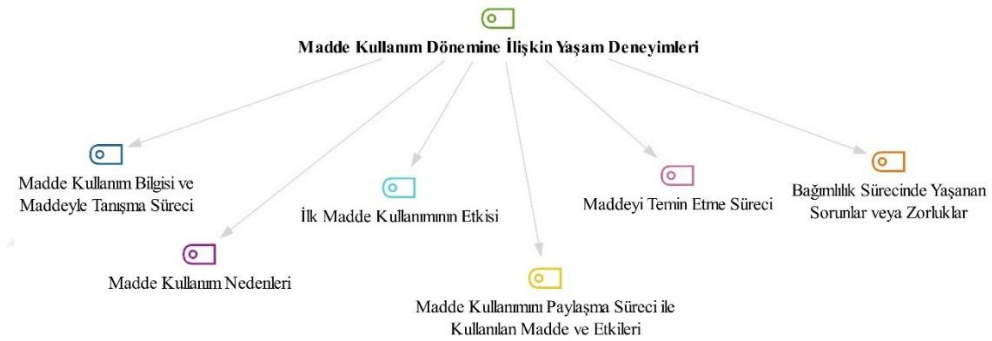
“Erkek arkadaşım vardı o dönemde ben madde kullanıyordum, onun ailesi bile destek oldu.” (K26-34)

“Hastaneden psikiyatri desteği aldım. Sonra da bipolar bozukluğu teşhisi konuldu.” (K12-27)

“Psikolog, psikiyatri tedavisi gerekiyordu.” (K23-24)

Ana Tema 2. Madde Kullanım Dönemine İlişkin Yaşam Deneyimleri

Madde kullanım dönemine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen bilgiler doğrultusunda; madde kullanım bilgisi ve maddeyle tanışma süreci, madde kullanım nedenleri, ilk madde kullandığında yaşanan etkiler, maddeyi paylaşma süreci ve kullanılan maddeler ile etkileri, maddeyi temin etme süreci ve son olarak da bağımlılık sürecinde kadınların yaşadığı sorunlar ön plana çıkmaktadır. Tüm alt temalar Şekil 9’da gösterilmektedir.



Şekil 8: Madde Kullanım Dönemine İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli)

Alt Tema 1. Madde kullanım bilgisi ve maddeyle tanışma süreci

Madde kullanım bilgisi ve maddeyle tanışma süreci kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde; madde kullanım bozukluğu olan kadınların büyük çoğunluğunun madde kullanımına ilişkin bilgilerinin olmadığını, adını duyduklarında bile korktuklarını, bir kere kullanımından dolayı bir şey olmayacağını düşünerek kullandıklarını ifade ettiler;

“Maddeyle ilgili hiçbir bilim yoktu, hiç aklımda da yoktu.” (K3-35)

“Herhangi bir bilğim yoktu. Annem sigara içiyordu. Küçükken dumanından bile rahatsız olurdum. Hatta kapalı alanlarda sigaralar yasaklandığı zaman çocuktum ve o

kadar sevinmişim ki anneme direk ‘evde rahatsız olduğumda seni şikâyet edeceğim’ diyordum.” (K11-27)

“4 yıldan beri madde kullanmadım. Madde kullanmadan önce de herhangi bir bilgim yoktu.” (K16-45)

“Bilgim kesinlikle yoktu. Başladığımda bile 5-6 isimlerini bilmiyordum. Ne kullandığımı bilmiyordum.” (K18-23)

“Bilgim yoktu, adını duyunca bile korkardım.” (K26-34)

“Bilgim yoktu, ne olduğunu bile bile içtim. Bir kereden bir şey olmaz dedim.” (K30-18)

Katılımcılardan bazıları madde kullanım bilgisi kapsamında, üniversitede psikolojik danışmanlık okuduğunu ve okul zamanlarında maddeyi merak etmeye başladığını, bu merak duygusu ile araştırarak madde kullanımına dair her şey ile ilgili bilgi sahibi olduklarını ifade ettiler;

“Ben üniversitede psikolojik danışmanlık okuyordum. Okuldayken merak ettim, her şeyi bilince merak da ediyorsun, o durumu anlamak için. Kullandığımda da iyi hissetmedim, yaşıml ilerleyince bu durumun çöp olduğunu anladım. Büyüdükçe farkındalık kazandım ama o anda kullanırken ya da merak duygusu içindeyken fark edemedim. Aklınıza gelebilecek her türlü maddeyi kullandım diyebilirim. Tedaviye başladım ve 2 senede bıraktım. Eski arkadaşlarımdan uzaklaştım çünkü kullanan kişiler vardı. Bilinçli olduğum için de kendi kendime bıraktım. Meraktan dolayı başladım dediğim gibi. Annem babam sağlıkçı ve benim hiperaktivem var. Dolayısıyla meraktan tetiklendiğini söylemem mümkün.” (K1-27)

“Bilgim vardı, çok araştırıyordum. En sonda kristal kullandım zaten sonra da hapse girdim.” (K21-25)

“Çok enteresan olacak ama madde kullanmadan önce her şeyle ilgili bilgi vardı. Çok ufakken hazırladığım dosyalar var benim bu alanla ilgili. Çok küçükken bile dosya hazırlamıştım. Madde öldürdü haberleri çıkmıştı o dönem, maddeden ölen kişilerin listesini yapmıştım. Madde etkileriyle ilgili koleksiyon yapmıştım. Merak ede ede düştüm ben bu yola.” (K27-32)

Son olarak bazı katılımcılar ise, maddenin kötü bir şey olduğunu bildiklerini, bazıları madde kullanımına ilişkin sivil toplum kuruluşunda gönüllü çalışmalarına katıldığını, bazıları ise reklamlarda gördüğü ifade etti;

“Maddenin kötü olduğunu biliyordum.” (K6-68)

“Üniversitede Yeşilay’da bağımlılık hareketlerine bile katılmıştım.” (K12-27)

“Televizyonda görüyorduk, hatta bir kere reklamda görmüştüm, herhangi bir bilgim yoktu.” (K14-42)

Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında katılımcıların maddeyle nasıl tanıştıklarına ilişkin veriler elde edilmiştir. Bu bağlamda katılımcıların çoğu maddeyle arkadaş çevresi aracılığıyla tanıştığını belirtti;

“Maddeyle arkadaş çevresi yüzünden tanıştım.” (K2-41)

“Biz bir sitede oturuyorduk. Tıpta profesör olan biri vardı, onun kızı da bizim sitedeydi. Peynir diye bir madde verdi bana ben onun eroin olduğunu bile sonradan öğrendim. Sigara içme diyen bir kızdım ben. 2 haftada bir bırakılıyor, tedavi görüyorsunuz. 2 hafta sonunda bıraktığınızı düşünüyorsunuz ama benim beynimde artık damarlar açılmış, sürekli içtiğim için. Bu tamamen beyinle ilgili bir şey. Cezaevinde bile kaldım ben. Tüm arkadaşlarım öldü veya şizofren oldu. Ben de ölmek üzereydim.” (K10-31)

“Arkadaş çevresiyle başladım diyebilirim. Cami tuvaletinde aldım ilk baliyi. İlk bali kullandım. Daha sonra camiden çıktığımda 2 erkek çocuk eroini önerdi ve o zamanlar tabi peynir diye aramızda bir jargon oluşturmştuk. Peynir kullanıyordum. Aslında eroini içtiğinizde direk bağımlı olmuyorsunuz, 4-5 kere kullanmanız gerekiyor.” (K11-27)

“Arkadaş ortamındaydım ve kendileri verdim. Denemek için başlamıştım ve sonrası gelişti.” (K12-27)

“İstanbul’daki arkadaş çevremden dolayı tanıtım. Bu yüzden İzmir’e geldim bırakmak için, neye elinizi atsanız madde bir kere İstanbul’da. Her sokakta her yerde. Muhtarlık gibi düşünün. Ayrıca ben güzel sanatlar öğrencisiyim ve o kadar çok kişi var ki bu alanda bu maddeleri kullanan.” (K27-32)

“Arkadaş ortamında tanıştım, çayma kattılar. Tadı bir değişik geldi, dökmüştüm hatta. Eve bile gidemedim” (K29-40)

Katılımcıların madde tanışma sürecine dair elde edilen verilerde; bazı katılımcılar eşlerinin ve erkek arkadaşlarının da maddeyle tanışmalarında en önemli etken olduğunu belirttiler;

“Eski erkek arkadaşım. Onunla bir başladım” (K14-42)

“Beni alıştıran kişi sevgilimdi.” (K21-25)

“O zamanlar biriyle çıkıyordum. Kuzenim ve sevgilim tanışıyorlar, onların kullandıklarını bilmiyordum. İçeceklerime katmışla. 12 kez içtim. Bir tuhaflık oldu.” (K31-28)

“Hiç umursamadım ama eşim yüzünden bulaştım bu maddeye.” (K2-41)

“Eşimden dolayı başladım, hatırlamıyorum bile. Cahillik vardı, çok küçüktüm.” (K13-36)

“Beni maddeye eşim alıştırdı.” (K15-35)

“Eşimden dolayı başladım. Evlendikten sonra.” (K22-36)

Maddeyle tanışma sürecine ilişkin elde edilen veriler kapsamında bazı katılımcılar kendini bir an içinde bulunduğunu, okul ortamında, merak duygusuyla başladığını ifade ederken bir katılımcı COVID-19’un etkisi sebebiyle madde kullanımına başladığını ifade etti;

“14 yaşında ilk kez okulda tanıştım maddeyle.” (K3-35)

“Okulda eğitim görürken merak duygusuyla başladı ama buna da hiperaktivem etki etti, tetikledi diyebilirim. Maddeyi kullanmamın en büyük sebebi hiperaktiveden dolayı tetiklenen merak duygumdur.” (K6-68)

“Bir an kendimi içinde buldum.” (K9-44)

“Daha önce de dediğim gibi spiritual olaylara olan merakımdan dolayı yöneldim. Çünkü orada halüsinojen maddeler ve görünmeyen varlıkları görmek gibi bir istek oluştu. Evde bunlarla ilgili bazı deneyimler elde ettik ve etkisi altında kaldım” (K11-27)

“Benim en büyük başlama sebebim gençlikten kaynaklanan merak ve hiperativem.” (K27-32)

Katılımcıların madde ile tanışma sürecine ilişkin elde edilen bilgiler doğrultusunda, madde kullanıma neden olan faktörlerin de incelenmesi gerekmekte olup kadınların madde kullanım bozukluğuna neden olan etmenler açıklanacaktır.

Alt Tema 2. Madde kullanım nedenleri

Madde kullanım nedenleri kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde; şiddete maruz kalmak ya da tanıklık etmek başta gelmektedir. Bu bağlamda katılımcılar, çocukluk yıllarında aile içi şiddete tanıklık etmelerini, ebeveynlerinden şiddet görmelerini, en yakınları tarafından cinsel istimara maruz kalmalarını madde kullanım nedenleri arasında belirttiler;

“En büyüen nedenlerimden biri abim dediğim gibi. Yaşadığım süreçler, küçüklüğümde babamın annemi çok dövmesi. Etkisi altında kalıyorduk, ne diyebilirim ki.” (K9-44)

“Annemden de 1-2 şiddet görmüştüm.” (K11-22)

“Bir sürü neden oldu madde kullanmamı etkileyen. Bunların başında da öz babamdan taciz ve tecavüze uğramamdı.” (K20-28)

“O kadar çok şiddet gördüm ki o kadar çok hayaller gördüm, halüsinasyonlar gördüm ki, bunlar beni daha çok maddeye itti.” (K28-40)

Katılımcılar madde kullanım nedenleri arasında, yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar veya zorluklar başa çıkmak için kullandıklarını, aile üyelerinden birini kaybettiklerinde maddeye yöneldiklerini ve madde kullanımıyla sorunlarını unuttuklarını, parçalanmış bir ailede büyümesinin etkisini ve ebeveynlerinin kendilerine ilgisiz kaldıklarını belirtmiş olup bu durumun madde kullanımlarını tetiklediğini ifade ettiler;

“Maddeyi gidip alıyordum. Kullandığımda da hiçbir şey hatırlamıyordum. Çocuklarımın vefatını bile unutuyordum. Ama şu an öyle değil” (K8-41)

“Çocukluk travmam ve çevresel etkenlerden dolayı eğlence hayatında duygularımın ortaya çıktığını düşünüyorum.” (K12-27)

“Babam tedavi görüyordu ve iyiye gitmiyordu. Aileme yabancı biriydim artık. Tek başıma sahilde oturuyordum, bazen arkadaşlarımda kalıyordum eve gitmiyordum. Daha evlendiğim için yeni aile ilişkilerimiz düzedi diyebilirim.” (K18-23)

“Nedenlerimizden biri de aile” (K22-36)

“Maddeye yönelmeme en büyük etken annemle babamın ayrılık süreci diyebilirim.” (K7-23)

“Madde kullanım nedenlerimi düşündüğümde, babamın vefat etmesini söyleyebilirim. 15 yaşında kullandım ben. Şu an ise 30’u geçtim. Düşünün yıllarım gitti. 15 yaşlarında babamı kaybetmiştim. Aslında düzgün bir kızdım ben. Birçok şeyi birincilikle bitirdim. Tam ilgilenemedi ailem benimle o dönemde. Genelde çevrede beni büyüten anneanneler, babaanneler ‘Sen yapamazsın, sen şöylesin böylesin’ klasik bir büyümeyle gelişine ve babam da o dönemde ölünce baskı hissettim ve maddeye yöneldim.” (K10-31)

Son olarak madde kullanım nedenleri incelendiğinde, bazı katılımcılar, madde kullanım tedavi gördükten sonra kilo aldığını, maddenin zayıflatıcı etkisini daha önce deneyimlediği için tekrar maddeye yöneldiğini ifade ederken bazı katılımcılar ise sağlık sorunlarının madde kullanımlarını tetiklediğini dile getirdiler;

“Hatta tedavi olduğum süreçte kilo aldım, ilaçlar kilo almama sebep oldu. Ancak o dönemde madde beni zayıflattığı için beni maddeye itmişti. Spora başladım şu an iyiyim” (K5-21)

“Maddeyi kullanmamın en büyük sebebi hiperaktiveden dolayı tetiklenen merak duygumdur.” (K1-27)

“Hiperativem.” (K27-32)

Alt Tema 3. İlk madde kullanımının etkisi

Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında katılımcıların ilk madde kullanımında nasıl etkilerle karşılaştıkları incelenmiştir. Bu bağlamda katılımcılar ilk madde kullanımlarında psikolojik ve fiziksel etkiler yaşadığını belirtirler. Psikolojik etkiler kapsamında katılımcıların çoğunluğu; sahte bir iyilik hali hissettiklerini, anlık yaşadıklarını ve maddenin ilk kullanımında hoş bir duygu uyandırarak keyif verdiğini ifade ettiler;

“O sırada kafanız güzel oluyor, iyi hissediyorsunuz ama büyüdükçe onun bir çöp olduğunu anlıyorsunuz.” (K1-27)

"Keyif verici bir şeydi, inanılmazdı." (K12-27)

"Ben de etki yapmamıştı. Belirgin bir etkisi yoktu sadece hoş bir duygu uyandırdı ama bana iyi gelmedi." (K15-35)

"Etrafta saldırmıyordum ama kafam çok iyiydi ve bana kimse bulaşmasın diye bağıırıyordum." (K16-45)

"İlk kullandığınızda madde çok hoş bir his uyandırıyor insanda." (K22-36)

"Maddeyi ilk kullandığınızda bir kafa geliyor size" (K23-24)

"Anlık bir şeydi. Kendimi iyi hissettim," (K26-34)

Bununla birlikte bazı katılımcılar ilk madde kullanımında kendini ve kontrolü kaybettiklerini, sürekli krizlere girdiklerini ve kendilerini kötü hissettiklerini ifade ederken, bazı katılımcılar ise; madde kullanımından itibaren hiçbir şey hatırlamadıklarını ve hiçbir şeyin umurlarında olmadığını belirtmiş olup bu sebeplerden madde kullandıklarını ifade ettiler;

"İlk içtiğimde de kafam çok güzel oldu." (K3-35)

"İlk kullandığımda ise kafamda uşma hissi oldu." (K24-33)

"İlk kullandığımda ise kendimi kaybettim çünkü kristal diye bir madde var onu kullanıyordum. Dağııldım, kontrolümü kaybettim ve sürekli krizlere girdim. Sürekli bağıırmaya başladım" (K7-23)

"2006'dan beri madde kullanıyorum. Oğlumun üzerime bıraktığı borcu unutuyordum kullandığımda." (K6-68)

"Kullandığımda da hiçbir şey hatırlamıyordum. Çocuklarımla vefatını bile unutuyordum. Ama şu an öyle değil." (K8-41)

"Hiçbir şey hatırlamamak için kullanıyordum, düşünmemek için. Ama bende tam tersi bir etki yaptı. İlk başta hatırlamadığınızı düşünüyorsunuz ama sonrası, sonrası çok kötü." (K14-42)

"Hiçbir şey umurunuzda değil. Ama sonrasını tahmin edemedik." (K22-36)

"Umursamazlık çok fazlaydı. çok umursamazdım." (K26-34)

"Maddeyi kullandığımda kendimi çok kötü hissettim." (K1-27)

"Kötü hissettim, çok kötüydü." (K24-33)

İlk madde kullanımında bazı katılımcılar, rahatlık hissettiğini, tüm olumsuz özelliklerin hayatlarından gittiğini hissettiğini, maddenin mayıştırıcı ve sakinleştirici bir etkisi olduğunu ifade ederken, bazı katılımcılar ise; madde kullanımından sonra aşırı enerjik ve özgüvenli hissettiklerini ifade ettiler;

"İlk başta bir rahatlama hissettim." (K9-44)

"Hayatın yükünden kurtulmuş gibisiniz ama sahteydi." (K12-27)

"Düşünmek bile istemiyordum hiçbir şeyi. Madde kullanma sebeplerimden biri budur. Hiçbirini düşünmek istemiyordum. Madde de bunun için çok güzel bir araçtı." (K17-25)

"Olumsuz tüm özelliklerin hayatınızdan gittiğini düşünün. Beğenmediğiniz kendinizde bir yeriniz varsa, beğenmediğiniz bir yönünüz varsa ortadan kalkıyor içtiğinizde." (K19-28)

"İlk kez kullandığınızda madde sizi mayıştırıyor, sakinleştiriyor" (K20-28)

"Sakinleştirici etkisi var." (K31-28)

"Fazla özgüven verdi. Ama sonuçları çok ağır oldu." (K26-34)

"İlk madde kullandığımda aşırı enerjik ve mutlu hissettim." (K19-28)

Fiziksel etkiler kapsamında ise katılımcıların çoğunluğu; ilk madde kullanımında mide bulantısı ve kusma gibi fiziksel belirtilerle karşılaştıklarını ifade ettiler;

"Aynı zamanda midem çok bulandı." (K4-24)

"İlk kullandığımda midem bulandı," (K26-34)

"İlk kullandığımda ise çok kustum, öyle böyle değil." (K10-31)

"Kustum, ilk kullandığımda kustum, çok kötü hem de." (K14-42)

Bununla birlikte bazı katılımcılar, göz bebeklerinin normalden fazla büyüdüğünü ve bir keresinde annesinin bu şekilde fark ettiğini, hiç yemek yiyemediklerini, sürekli terlediklerini, titreme ve baş dönmesi gibi belirtiler yaşadıklarını ifade ederken; bazı

katılımcılar ise, fiziksel ağrılar çektiklerini ve bu ağrıları çekmemek için tekrar madde kullanımına yöneldiklerini, madde kullanımı süresinde kıyafetlerinde lekeler oluştuğunu ve ilk madde kullanımıyla birlikte uyku hali yaşadığını ifade etti;

"Göz bebeklerimde dehşet farklılıklar vardı. O kadar büyüyorlardı ki annem hatta bir keresinde fark etti." (K11-27)

"Hiç yemek yemedim ve uyumadım 24 sat boyunca. Düşünebiliyor musunuz?" (K5-21)

"Ben kendimi fayansın ortasına atıyordum yazın ortasında, çok terliyordum." (K11-27)

"İçtiğimde de ilk kez uyku yapmıştı." (K16-45)

"Ağız tadınız olmuyor. Çok fazla vücut ağrısı hissettim ben, ağrılarım sızılarım çok fazlaydı. Hatta bıraktığımda o ağrıyı çekmeyeceğimi bilsem bırakırdım ama çekerim korkusuyla devam ettim." (K23-24)

"kafam o kadar karman çorman ki bilemiyorum, sadece maddeyi kullandığımda bir titreme olmuştu." (K25-37)

"başım döndü." (K26-34)

"Kıyafetlerimde lekeler vardı ilk bali kullandığım zaman, onları falan görmüş." (K11-27)

Alt Tema 4. Madde kullanımını paylaşma süreci ve kullanılan madde ile etkileri

Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında bireylerin maddeyi ilk kiminle paylaştığı, paylaşma sürecinde neler yaşadığı, hangi maddeleri kullandığı ve kullandığı maddelerin bireyde ne gibi etkiler yarattığı incelenmiştir. Elde edilen veriler kapsamında madde kullanımının ilk kiminle paylaşıldığı analiz edildiğinde ise katılımcıların çoğu aile bireyleriyle, en çok da anneleriyle paylaştığını ifade ettiler;

"Herkesle paylaştım, hiç de gizli tutmadım." (K6-68)

"Zaten aileme başladım sonra babam beni zorunlu yatırdı ve tedavi görmeye başladım." (K8-41)

"ailemle. Ailemden hiçbir şey saklamadım ve söyledim." (K22-36)

"ailemle,"

"ben ailemden gizli hiçbir şey yapmam. Söyledim." (K27-32)

"Annemle paylaştım, ağladı." (K1-27)

"ilk annemle paylaştım" (K3-35)

"ilk kez annemle paylaştım, saklamadım. Kullanırken de bulaşmayın diye uyardım." (K16-45)

Bununla birlikte bazı katılımcılar madde kullanım deneyimini ilk kez kızıyla, abisiyle veya eşiyle paylaştığını ifade ederken, bazı katılımcılar ilk kez kız kardeşiyle paylaştığını ve kız kardeşini de maddeye kendisinin alıştırdığını ve birlikte madde kullandıklarını ifade ettiler;

"İlk kızıma söyledim. Erkeklerle yaklaşmadım." (K29-40)

"abimle." (K14-42)

"İlk eşimle paylaştım." (K13-36)

"İlk eşimle paylaştım." (K28-40)

"İlk kez kız kardeşimle paylaştım çünkü onunla beraber düşmüştük biz bu yola." (K5-21)

"Öz kız kardeşime de alıştıran benim." (K18-23)

"İlk kez kız kardeşimle paylaştım çünkü onunla beraber düşmüştük biz bu yola." (K5-21)

İlk madde kullanım deneyiminin aileden sonra ilk kez arkadaş çevresiyle paylaşıldığı analiz edilmiştir. Bu kapsamda katılımcıların çoğu arkadaş ortamında maddeyle tanıştıklarını ve onlarla birlikte kullandıklarını, dolayısıyla ilk madde kullanımını da arkadaşlarına anlattığını ifade ettiler;

"İlk paylaşımımı nasıl yaptığımı bilmiyorum, hatırlamıyorum ama ilk bir arkadaşına söylemişim." (K4-24)

"İlk arkadaşlarımla paylaştım. Zaten onlar yüzünden başlamıştım" (K7-23)

"İlk zamanlar tabi ki arkadaşlarımla paylaştım ama annem fark etti." (K10-31)

"İlk arkadaşım ve annemle paylaştım." (K12-31)

"İlk kez kız arkadaşım ile paylaştım" (K18-23)

"Kız arkadaşım ve onun kuzeni de vardı ilk onlara söyledim, zaten onlar da içiyordu, onlar da olmayınca benden istiyorlardı. Yetmiyordu ama" (K20-28)

"İlk sevgilime söyledim. Sert çıktı. Ben yaptım sen niye kullandın dedi. Sonra olan oldu zaten deyip birlikte kullanmaya devam ettik." (K26-34)

"İlk önce arkadaşlarıma anlattım." (K30-18)

"İlk arkadaş çevremle paylaştım." (K31-28)

Son olarak bazı katılımcılar ilk kez madde kullandığını kimseyle paylaşmadığını, bu süreçte yalnız olduklarını ve çevresindeki insanların kendilerinde oluşan davranış değişikliği sebebiyle fark ettiklerini ifade ettiler;

"Madde kullandığımı kimseyle paylaşmadım." (K2-41)

"kimseyle paylaşmadım." (K19-28)

"kimseyle paylaşmadım, insanlar daha sonra davranışlarımdan anladılar." (K23-24)

"Ağlayarak ve genelde madde kullanarak zamanımı geçiriyordum. Kimseye de söylememiştim." (K25-37)

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların, madde kullanım deneyimlerini ailesi veya sosyal çevresiyle paylaşırken nasıl bir paylaşım süreci geçirdiğini analiz edilmiştir. Bu kapsamda katılımcıların çoğunluğu, ailesinin çok üzüldüğü, çok kızdıklarını ve ağladıklarını ancak yine de kendisine destek olmaya çalıştıklarını ifade ettiler;

"Annem bana çok kızmıştı." (K3-35)

"Anneme söylediğim gün bıraktığım gün oldu. Ben de ağladım. Ve o gün yaptığım hatanın büyüklüğünü fark ettim." (K1-27)

"İlk annemle paylaştım. Çok üzülmüyordu bana. Çok tansiyonu çıkıyordu. Çok ağlıyordu." (K9-44)

"Çok üzülmüyordu bana. Çok tansiyonu çıkıyordu." (K9-44)

"Sonra ailem kulaktan kulağa öğrendi ve tabii çok üzüldüler." (K18-23)

"Ailem öğrendiğinde yıkıldı, amateme başvurdu." (K30-18)

"Yardım istediler hemen zaten. Hastaneye götürdüler. En büyük destekçim onlar, iyi ki varlar." (K22-36)

Madde kullanım bozukluğu olan bazı kadın katılımcılar, madde kullanımını ailelerinden çok gizlediklerini ancak tutarsız davranışları sebebiyle çevresinin veya ailesinin öğrendiğini ifade ettiler;

"Ailemden çok gizledim ama tutarsız davranışlar sergiledim ve iş yerinde bazı huzursuzluklar yaşadığım için beni şikâyet etmişler aileme. Tanıdık oldukları için de ailem beni yakın takibe aldı ve herkes her şeyi öğrendi." (K7-23)

"Bir gün ben maddenin etkisindeyken 5. Kattan kendimi aşağı sallandırıyordum. O sırada bir haşırta sesi çıkıyordu, annem de o sesi duymuş ve beni gözetlemiş. Önceden fark ettiği parçaları da birleştiren anneme yakalanmış oldum ve annem her şeyi öğrendi." (K10-31)

"5 sene sakladım ailemden. Çalışıyordum o zamanlar, iş yerimdeki çırak artık anneme söylemiş bende değişik davranışlar görmeye başlayınca. Ailem de o şekilde öğrendi." (K20-28)

"Annem anladı çünkü agresif tavırlarım vardı. Kimseyi dinlemiyordum, birkaç kere hap yakaladı, yalan söyledim ama parçaları oturttuğunda anlıyordu yani. Sonra zaten beni hastaneye kaldırdılar." (K21-25)

"Ben hatta kendimi kullandıktan sonra hastayım herhalde sanıp sağlık ocağına bile gittim. Sonra belirtilerinden yola çıkarak anladım artık bağımlı olduğumu." (K26-34)

"İlk arkadaş çevremle paylaştım. Genelde para bendeydi. Onlarda yokken benden istiyorlardı. Sonra bana yetmemeye başladı. Bir sene kuaförde çalıştım. Çalışan arkadaşlarım fark ettiğinde aileme söyledi." (K31-28)

Madde kullanımını paylaşım sürecinde bir katılımcı bağımlı olduğunu kabul etmediğini, bu nedenle ailesine kendisinin paylaşmadığını ancak ailesi öğrendiği ancak zorunlu bir yatış gerçekleştiğini ifade etti;

"Bağımlı olduğumu hiçbir zaman kabul etmek istememiştim. Ailem öğrendiğinde zorunlu yattım. Ama bağımlıydım yan, belliydi." (K8-41)

Madde kullanımını paylaşım süreci kapsamında bir katılımcı ise kardeşinden çok şiddet gördüğünü ifade ederken başka bir katılımcı kardeşinin de madde kullanmaya başladığını ve yatışının yapıldığı için bir süredir görüşemediklerini ifade etti;

"Çok sıkıntı çektim. Erkek kardeşimden bu yüzden şiddet gördüm, hem de defalarca. Annem bile engel olamadı. Bekaretim alındı." (K12-27)

"Kardeşim madde bağımlısı ve İzmir'de yatıyor, bu yüzden görüşemiyoruz, gelemiyor." (K5-21)

Bununla birlikte bazı katılımcılar madde kullanımını paylaşım sürecinde, ailesinin doğal karşıladığını ifade ederken bazı bir katılımcı ise ailesinin, bilinçli olduğunu düşünmesi sebebiyle kendisini fazla korumadıklarını ve yanıldıklarını ifade ettiler;

"Yani çok korumadılar ben bilinçliyim zaten böyle bir yola girmem sandılar." (K22-36)

"Doğal karşıladı." (K17-25)

Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında bireylerin kullandıkları maddeler ve bu maddelerin bireyde ne gibi etkiler yarattığı incelenmiştir. Elde edilen veriler kapsamında kullanılan maddeler analiz edildiğinde; katılımcıların çoğunluğu kristal olarak da adlandırılan metamfetamini ve peynir olarak da adlandırılan eroini kullandığını ifade etti;

"Kullandığım maddelerden biri metamfetamindi." (K2-41)

"Metanfatamin" (K3-35)

"2 yıldır metanfatamin kullanıyordum." (K5-21)

"Kristal maddesini kullandım" (K7-23)

"Genelde kristal kullandım." (K9-44)

"Met, yani metanfatamin." (K29-40)

"Eroin de başlangıçta pahalı değildi o zamanlar ama şu anda çok pahalıdır eminim." (K11-27)

"Eroin dahil tüm maddeleri kullandım ben." (K14-42)

"Ben eroin kullandığım zamanlar. 6-7 seneye kadar zayıflamadım ama sonrasında öyle bir kilo verdim ki anlatamam." (K20-28)

"Eroinden tedavi görüyorum ben." (K27-32)

Bununla birlikte katılımcılar kullanılan maddeler arasında kokain, esrar, hap, bonzai, bali ve çoklu kullanım sebebiyle enjekte kullandığını ifade ettiler;

"Kokain," (K3-35)

"Kokain" (K12-27)

"Esrar kullandım" (K3-35)

"Sadece esrar kullandım." (K4-24)

"Kullandığım haplar insanı uyuşturuyor." (K8-41)

"Bonzai" (K15-35)

"Bir kere baliyi her yerden alabilirsiniz." (K11-27)

"Hepsini denedim. Eroin, kokain, peynir. Artık en son iğneye gelmişti. Parmak aralarım bile iğne yapıyordum." (K10-31)

Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında bireylerin madde kullanımı sonrasında kendilerinde ne gibi etkilerin meydana geldiği analiz edilmiştir. Elde edilen veriler kapsamında kullanılan maddelerin etkileri incelendiğinde; fiziksel etkiler, psikolojik etkiler, davranışsal etkiler ve ölüm şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda çoğu katılımcının fiziksel etkiler yaşadığı görülmektedir. Fiziksel etkiler kapsamında ise katılımcıların çoğunluğu, madde kullanım döneminde aşırı zayıfladığını, yemek yiyemediğini ve saçlarının sürekli döküldüğünü ifade etti;

"Zayıfladım, çok kilo vermişim." (K4-24)

"İskelet gibi kalıyorsunuz, anlatamam." (K5-21)

"Kokain beni çok zayıflattı. Ben tedavide kilo aldım" (K12-27)

"Metanfatamin aşırı zayıflatıcı bir madde. Yemek yemeden su bile içmeden bağımlı oluyorsun ya, canınız sadece onu istiyor. O da zayıflatıyor. 30-40 kilolarda falandım, düşünebiliyor musunuz?" (K17-25)

"30 kiloya kadar düştüm" (K20-28)

"Saç dökölmesi, zayıflama. O kadar zayıflıyorsunuz ki.. Yemek yiyememe, iştatsızlık. Her şey aklınıza gelebilecek her şey." (K22-36)

"çok zayıfladım, çok iştatsızdım. Aktifken de bir acıkma oluyor ama genelde zayıflıyorsunuz." (K26-34)

"Yemek yiyemiyordum," (K10-31)

"O dönemlerde yemek yiyemiyordum. Bir kere o duanı almanız lazım. Baloncuk çıkıyor bir tane ağzınızdan. Safra gibi düşünün. Bunlar sizde bir yerden sonra direnç yapıyor." (K15-35)

"Su içmiyordum, yemek yemiyordum," (K20-28)

"Eroin başlı başına en tehlikeli varlık. Yemek yedirmiyor," (K31-28)1.

"Saçlarım çok dökölüyordu" (K21-25)

"Yaşadığıma şükrediyorum ya, bazen gerçekten düşünüyorum, geriye dönüp bakıyorum. Neler yapmışım. Bırakalı 7 sene oldu ve bazen hala aklıma geliyor. Yani fiziksel olarak etkilerinde de her şeyi yaşadım. Saç dökölmesi," (K22-36)

Madde kullanım etkileri kapsamında bazı katılımcılar; sık sık terlediğini ve titrediğini, bayılmaların meydana geldiğini, mide bulantısı, kusma ve tiksinti hali ile balgam sökölmesi, vücutta kasılma ve donukluk gibi fiziksel etkiler yaşadıklarını ifade ettiler;

"Kokain balgam söktürdü." (K3-35)

"Ve sonrasında ilk madde kullandıktan sonra sürekli kustum." (K8-41)

"En son kullandığımda tiksinti geldi." (K9-44)

"Öğürmeye başlıyordum, midem çok bulanıyordu" (K21-25)

"Daha önce de dediğim gibi yani ilk kullandığınızda bir terleme hissediyorsunuz. Fiziksek farklılıklar." (K11-27)

"Robot gibi olduğunuzu düşünün, hiç yoksunuz, donuklaşıyorsunuz." (K21-25)

"Ter kokumda çok büyük değişimler olmuştu." (K14-42)

"Fiziksel olarak da çok kasılmalarım oluyordu." (K21-25)

"En basiti sigara bile içmesem titrerim." (K29-40)

"Son zamanlarda bayılmalar başladı çünkü epey madde almıştım. Psikiyatri ilaçlarıyla birlikte kullanıldığında da çok kötü bir etki yapıyor." (K6-68)

"Yollarda bayıldığımı bilirim." (K10-31)

Madde kullanımının fiziksel etkileri kapsamında son olarak bireyler, madde kullanımı sonrasında yorgunluk ve yoksunluk belirtileri yaşadığını, aşırı uyku hali

olduğunu, kendilerine zarar vermeye çalıştıklarını, madde kullanımına bağlı olarak zayıflayan bağışıklık sistemleri sebebiyle sürekli hastalandıklarını ifade ettiler;

"Bağışıklığım o kadar zayıflamıştı ki sürekli hasta oluyordum." (K4-24)

"Böbreklerim iflas etmek üzereydi öyle diyeyim. Şu an ilacı bırakma aşamasındayım." (K20-28)

"Gözümü alamadığımız zamanlar oluyordu, uyku bastırıyordu." (K8-41)

"Beyni öldürüyor, uyutuyor. Önce uyutuyor." (K29-40)

"Zaten damarlar iyice açılıyor. Kollarımı falan kesiyorum. Kendime zarar veriyorum." (K10-31)

"Ama madde bittiği zaman ya da almadığım zaman hissettiğim o kötü duygu sizi madde almaya yönlendiriyor, çünkü beni de yönlendirdi. Bilinçli olduğum için benzer etkilere sahip olduğunu anladım her ne kadar farklı maddeler kullansam da. Kısacası kişiye iyi gelmiyor." (K1-27)

"Tüm maddeler farklı etkiler gösterse de benzer etkilere sahip aslında. En temelde de yoruyor insanı." (K1-27)

Madde kullanımının bireydeki psikolojik etkileri incelendiğinde ise, çoğu katılımcı madde kullanımından sonra kendini kaybettiklerini, unutkanlık yaşadıklarını ifade ettiler;

"Çocukluğumu hatırlıyorum mesela ama madde kullandığım an yok. Maddeyle birlikte yaşadığım hiçbir şey akımda değil ve eskiden olan hafızamı da çok kötü etkiledi." (K27-32)

"Literatürdeki maddelerin hepsini denedim ama şu an eroinde yaşadığım en büyük sıkıntı unutkanlık." (K27-32)

"Bir de bir hap kullandım, o hapi içtiğimde de kendimi kaybettim. Ne yaşadığımı hatırlamıyorum bile." (K2-41)

"kendimi kaybettim. En büyük etkisi kontrolü kaybetmemdi." (K7-23)

"Esrarı birkaç kez içtim, çok içmedim. Kafa buluyorum içince." (K31-28)

Bununla birlikte madde kullanımının bireydeki psikolojik etkileri kapsamında, bazı katılımcılar; maddenin kişide geçici bir iyilik hali oluşturduğunu ancak daha sonrasında çöküntü hissi yaşadıklarını, algılarda azalma olduğunu ve dağınık hissettiklerini ifade ettiler;

"İlk başta kullandığınızda mutlu hissediyorsunuz, çünkü ben mutlu hissettim." (K1-27)

"Rahatlama hissi geçtikten sonraki o çöküntü hissi." (K11-27)

"Bakışlarım bile değişmişti. Gözaltım çökmüştü, donuktum, sağlıksızdım." (K12-27)

"Beyin olarak dağılık olduğunuzu düşünün." (K9-44)

"Algılarımda azalma olmuştu yani bırakmaya çalıştığım zaman da oldu. Yani bu tarz sorunları çok yaşadım bir kadın olarak." (K21-25)

Son olarak madde kullanımının psikolojik etkileri kapsamında bazı katılımcılar, madde kullanımından sonra bireyde umursamazlığın ön planda olduğunu ve yaşananları kafasına takmadığını, daha cesur ve enerjik ve daha özgüvenli hissettiklerini belirttiler;

"Hiç kafamı takmıyordum." (K8-41)

"Vücutta bir mutlusunuz, ama yoksunluk anları çok zor. Belaya girebilirsin maddeden dolayı ama umursamıyorsunuz. Şu an baktığımda hoş görünmüyor. Bir kızım var 6 yaşında. Ben hamileyken tedavi oluyordum, ilaç tedavisi. Toparladım baya kendimi sonra yüzleştim tabi ki. Bir kızım var ve onu hayata hazırlamam gerekiyor. Keşke hiçbirini hissetmeseydim." (K26-34)

"Etkisi şu oldu; ben sakın ve içine kapanık biriyken daha enerjik, daha cesur ve daha özgüvenli biriydim artık kristal kullanırken." (K19-28)

"Bir de ailemle sürekli gezdik." (K30-18)

Madde kullanımının etkileri kapsamında davranışsal etkiler incelenmiş olup; katılımcılar kafalarını meşgul etmek için sürekli temizlik yaptıklarını, bununla birlikte maddenin etkisine bağlı olarak daha girişken davranışsal sergilediklerini ve daha atılgan olduklarını ifade ederken bazı katılımcılar ise madde kullanımı sonrasında daha içine kapanık ve agresif biri haline geldiğini, tutarsız davranışlar sergilediğini ve dışarı bile çıkmak istemediğini belirttiler;

"Temizlik yapıyordum, sürekli. Çünkü kafa dağıtmam gerekiyordu. Çünkü eşim beni çok dövüyordu, lafa dağıtmam lazımdı." (K13-36)

"Kullandığım maddelerden biri metamfetamindi. Ve bunun etkisi şöyle; ben çok sessiz biriyken konuşkan birine dönüştüm. Aşırı hareket ediyordum, çok girişkendim, atılgandım. Bütün sakinliğimi aldı götürdü." (K2-41)

"Bıraktığımda ise çok iyi oldu çünkü madde insanı içine kapanık biri yapıyor. Yataktan kalkasınız gelmiyor. İçince kalkasım gelmiyordu." (K5-21)

"Dışarı çıkmak istemiyordum." (K10-31)

"Kalkamıyorum ve içime kapanıyorum." (K16-45)

"Sadece içine kapanık ve daha alıngan biri oldum. Her şeye üzülüyor ve ağlıyordum." (K18-23)

"Agresiflik vardı." (K10-31)

"Artık anneme saygısız davranmaya başlamıştım." (K10-31)

"Tutarsız davranışlarım vardı." (K10-31)

Madde kullanımının etkileri kapsamında bir katılımcı enjekte kullandığını, madde kullanım etkileri kapsamında ise tüm arkadaşlarının öldüğünü ifade etti;

"En son zaten iğnedir. İğne de insanı öldürüyor. Benim bütün arkadaşlarım öldü." (K10-31)

Alt Tema 5. Maddeyi temin etme süreci

Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında madde kullanım bozukluğu olan kadınların maddeyi nasıl temin ettiği, erkekler ve kadınların maddeyi temin ederken hangi yolları kullandığı incelenmiş olup kullanılan yolların benzerlik ile farklılık açısından karşılaştırılmaları yapılmıştır. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcılar, maddeyi çoğunlukla satıcıdan parayla satın aldıklarını ifade ettiler;

"Taksiyle gidip aldım." (K3-35)

"Direk satıcıdan alıyordum mesajlaşarak." (K4-24)

"Maaşımla alıyordum." (K6-68)

"Ailemden aldığım harçlıklarla gidip temin ediyordum." (K7-23)

"Kendim gidip alıyordum." (K8-41)

"Kullanım sıklaştığında sürekli harçlık almaya başlamıştım annemden. Tek çocuk olduğum için de herkes üstüme titriyordu. Hatta bu engeller için dergi satan insanlar vardır ya sokakta denk geliriz, ben onlardan biriydim. Belirli bir sayıda dergi sattıktan sonra üstüne koyduğumuz kara kimse el süremiyordu, yani sizin geliriniz oluyordu. Bu engellilik veya kanser hastası gibi hastalara hassas konular olduğu için de ben çok fazla satış yapıyordum. Oradan kalan parayla da madde alıyordum. Baktığınız zaman aslında bu bir sektör politikalara bile girmiş durumda. Üretimi bile Afganistan'dan çıkıyor. Sentetik eroin bunlar. Çoğaltılıyor. Kokaine mesela taş diyorlar. Parası olmayan sentetiklere bulaşıyor." (K11-27)

"İlk önce parayla alıyorsunuz çünkü ben o zamanlar çalışıyordum. Çalışmayı bıraktığım zamanlarda da ailemden almaya başladım. Parayı ailemden alıyordum, sonra gidip maddeyi alıyordum." (K14-42)

"annemden para alıyordum, onlarla gidip alıyordum." (K20-28)

"İlk başta annemin parası pulu kartları kredi kartları onlarla alıyordum. Artık annem evde durayım diye, gözünün önünde durayım bile diye bana para veriyordu." (K21-25)

"Ya ben maddi manevi rahattım, arabam vardı gidip alıyordum. Geldiğimde de arabamda içiyordum, rahattım, rahat büyüdüm ben." (K27-32)

"Annem işe gidiyordu. Annem para gönderiyordu. Onunla alıyordum." (K31-28)

Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, maddeyi çoğunlukla arkadaş çevresinden, erkek arkadaşlarından veya eşlerinden temin ettiğini ifade ettiler;

"Arkadaşımdan aldım." (K7-23)

"Arkadaş çevresinden alıyordum" (K9-44)

"Kız ve erkek arkadaşlarımdan ısmarlayanlar oluyordu param olmadığı zamanlarda." (K12-27)

"Arkadaş çevremden temin ediyordum." (K16-45)

"Ben çevremden aldım, sevgilimden aldım." (K26-34)

"Nasıl kullanıldığını, nasıl temin edildiğini bilmiyordum. Ben eşimden alıyordum." (K13-36)

"Ben eşimden temin ediyordum, ayrıldım sonrasında bırakmadım." (K22-36)

"Erkek arkadaşlarından istiyorlar. Parası olmayan kişiler oluyor genelde kadınlar ve erkek arkadaşları aracılığıyla maddeye ulaşıyorlar. Ama ben para vermedim çünkü bu kullananların çoğu bilinçsiz bir grup." (K1-27)

"Sevgilimden alıyordum." (K26-34)

Bununla birlikte katılımcıların birçoğu kadınların, kadınlıklarını kullanarak cinsellik yoluyla da maddeyi temin edebildiğini belirttiler;

"Sevgilisi oluyorlar madde kullanan kişinin. Ya da kişinin sevgilisi varsa ve maddeyi alacak parası yoksa maddeyi satan kişiye yani parası olana doğru bir yönelme oluyor. Daha çok cinsellikle ilgili kadınsılıklarını kullanıyorlar. Kısacası farklı yollar arıyorlar." (K1-27)

"Bazı kadınlarsa açıkçası kendini feda ediyor." (K2-41)

"Kadınlıklarını kullanarak. Çünkü erkekler size yaklaşıyorsa eğer alkol veya uyuşturucu koyuyor." (K5-21)

"Benim kadın arkadaşlarımdan çoğu yatar kalkar." (K10-31)

"Kızların çoğu ise fuhuş yaparak kazanıyor." (K11-27)

"Ama hiçbir zaman kendimi satmadım, ama satanları da çok gördüm." (K12-27)

"Bence farklı yolar deniyorlar." (K17-25)

"Çünkü sizden faydalanmaya, kadınlığınızdan faydalanmaya çalışan çok kişi var." (K19-28)

"Yani ama kadınlar çevremde gördüğüm kadınlar kendini satıp öyle alıyordu maddeyi." (K20-28)

"Kadınlar genelde kadınlıklarını kullanarak bu yolu seçiyor." (K26-34)

"Bu soruya iki açıdan bakmak lazım. Yani kadın kısmı yüzünden; bence kadın daha geç erişebilir maddeye çünkü fiziksel olarak kadınsılığını kullanıyor. Kadın bunu yerine gelince gerçekten kullanıyor." (K27-32)

Kadınların maddeyi temin etme sürecinde bazı katılımcılar, maddeye ulaşmak için borçlandığını ifade ederken, bazı katılımcılar ise maddeye ulaşabilmek için suç işlediğini ifade ettiler;

"Bankalara borçlandım ben o zamanlar çalışıyordum." (K12-27)

"Maddeye erişimde her türlü suç işleniyor. Hiç fark etmiyor. Suç işliyorsun. Hırsızlık, gasp. Bende bunlar vardı ve 3 yıl kadar cezaevinde yattım" (K10-31)

"Ben suç işledim. Annem sürekli takipteydi. Yaşatmak için çok çabaladı. Cezaevine girdiğim süreçte 6 ay boyunca beni ziyarete bile gelmedi. Bu bir beyin hastalığı. Artık en son annem emniyet mensuplarıyla konuşup delil falan istiyordu, ben biraz daha cezaevinde kalayım, çıkmayayım diye. Beni yaşatmak için burada en azından enfes aldığımı biliyordu." (K10-31)

Erkeklerin maddeyi temin etme sürecinde kullandığı yollar incelendiğinde ise; katılımcıların bir kısmı erkeklerin genellikle parayla maddeyi satın aldığını ifade ederken, katılımcıların bir kısmı ise, erkeklerin genellikle suç işleyerek maddeye ulaştıklarını ifade etti;

"Erkeklerse gasp, hırsızlık gibi birçok suça karışıyorlar. İnsanlar kendileri kendi ortamlarında bile birbirlerini soyuyorlar." (K11-27)

"Erkekler daha çok suç iliyor" (K17-25)

"Erkekler genelde yeni başlayan birin bekliyorlar, işte parayı alıyorlar, madde getireceğim diyorlar, bir daha görünmüyorlar. Onun dışında da hırsızlık yapıyorlar." (K20-28)

"Erkekler parayla satın alıyorken kadınların öyle bir lüks yok." (K5-21)

"Erkekler parası yoksa arkadaşlarından alır. İnsanlar ailesinden alır, bankadan alır." (K12-27)

"Benzer yollar ama erkekler parayla alıyor. Ben erkeklerden kaçtım pisliklerden kaçtım." (K29-40)

Kadınlar ve erkeklerin maddeyi temin etme süreçleri karşılaştırıldığında ise, çoğu katılımcı kadınlar ve erkeklerin farklı yollar kullanarak maddeye ulaştıklarını ifade etmiş olup, bu kapsamda kadınların maddeye daha kolay ulaştığını belirttiler;

"Biraz önce açıkladığım gibi. Erkekler parayla satın alırken kadınlar kadınlıklarını kullanıyor." (K5-21)

"Farklı yollar kullanılıyor bence. Bir tane erkek hasta vardı ben amatemdeyken, senin sonun fuhuşla biter demişti. O kadar zorladı ki beni bu alanda. Ben hırsızlık yaptım, polise küfü ettim ama asla fuhuşa bulaşmadım. Kadınlara daha vahşi yaklaşan da oluyor. Çok tonton, o sevgi yoksunluğunu tamamlamaya çalışan da oluyor. Kullanıyorlar. Ben polisten defalarca dayak yediğimi hatırlıyorum. Bir tane polis cinsel organını gösterip bunu size sokarım diye bağırıyordu. Bir tane polis beni otobanda bırakmıştı. Paralarımızı alıp gidiyorlar." (K11-27)

"Bence erkekler ve kadınlar benzer yolları kullanmıyor." (K19-28)

"Bence erkekler maddeye ulaşamıyor. Kadınlar ise istediği gibi alıyor, daha kolay." (K3-35)

"Kadınlar bence genelde erkek arkadaşları nedeniyle maddeye daha kolay erişiyorlar. Ama bende öyle olmadı." (K4-24)

"Kadınlar da daha kolay ulaşmış oluyor bu maddeye." (K5-21)

"Bilmiyorum ki, kadınlar daha kolay elde ediyor bence." (K13-36)

"Başım belaya girecek sandım ama bence kadınların elde etmesi daha kolay maddeyi." (K26-34)

"Kadınlar daha kolay ulaşıyor. Ben bu soruya aslında cevap vermek istemedim çünkü kadın olarak hissetme yaşım daha gelmemiş gibi hissettim. Kadın gibi hissetmiyorum, daha evlenmedim bile." (K1-27)

Bununla karşın bazı katılımcılar erkeklerin maddeye daha kolay ulaştığı, kadınların maddeyi temin etmesinin daha tehlikeli olduğunu şu sözlerle ifade ettiler;

"Ama kadınlar için tehlikeli." (K12-27)

"Bence kadınlar için daha tehlikeli yollar söz konusu. Paran yoksa çok ama çok tehlikeli." (K17-25)

"Bence kadınların temini çok zor." (K19-28)

"Kadınlar daha tehlikeli tabiki." (K20-28)

"Erkekler daha kolay." (K31-28)

Alt Tema 6. Bağımlılık sürecinde yaşanan sorunlar veya zorluklar

Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında, madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık süreçlerinde kadın olarak yaşadıkları sorunlar veya zorlukları incelenmiş olup çoğu kadın katılımcının, bağımlılık süreçlerinde ailesel, fizyolojik, çevresel, psikolojik, ekonomik ve toplumsal sorunları daha fazla yaşadığı, şiddete maruz kaldıkları ve maddeyi kullanmamak için çok çaba gösterdikleri ön plana çıkmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların bazıları bağımlılık sürecinde ailesel sorunlar yaşadıklarını ve bu kapsamda da aile ilişkilerinin bozulduğunu, ailesinin desteğini kaybettiğini ifade ederken bazı katılımcılar ise anne ve babasının kontrolünde olduğunu ifade etti;

"Yaşadığım en büyük zorluk ailemi kaybetmek, çocuklarımı kaybetmek oldu. En zoru bu oldu benim için, her şeyimi kaybettim." (K2-41)

"Yaşadığım en büyük zorluk ailemle aramın açılmasıdır. Sürekli kavga ediyorduk." (K3-35)

"Ailemi kaybetti." (K12-27)

"Ailemi çok kırdım. İnsanlıktan çıktım diyebilirim, o süreci anlatmak istemiyorum." (K15-35)

"Yaşadığım sorunların başında ailemle aramın bozulması geldi. Sürekli kendimi kaybediyordum, bu da ailevi ilişkilerimi çok etkiliyordu, onları çok üzdüm." (K16-45)

"Yani madde kullandıktan sonra daha agresif bir yapım oldu. Ailenize mahcup oluyorsunuz, kendinize mahcup oluyorsunuz. Çok şey alıp götürüyor sizden." (K22-36)

"Ailem başta tepki gösterdi." (K30-18)

"Anne ve babamın kontrolündeydim artık. Allah var ilaçları kullanmamda bana manevi destek verme konusunda çok çabaladılar, beni asla dışlamadılar. Aile desteği var diyebilirim. Bütün söylediklerine uydum, doktorumu dinledim, ailemi dinledim. Arkadaş gruplarımı kontrol ettiler ve ortamdan gelecek her şeye karşı beni korudular." (K7-23)

Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların bağımlılık süreçlerinde karşılaştığı sorunların bir diğeri de fizyolojik sorunlarla karşılaşmalarıdır. Bu bağlamda katılımcıların bir kısmı madde kullanımı sonucunda sağlığının olumsuz etkilendiğini, çok fazla hastalandıklarını, fiziken ve ruhen çöktüklerini, maddenin aşırı uyku hali yaptığını ifade ettiler;

"Yaşadığım en büyük sorun sağlığımın olumsuz etkilenmesi, çünkü çok hastalanıyordum." (K4-24)

"Fiziken ve ruhen çökmüştüm. Uyku vardı veya yoktu. Ne geceyi ne gündüzü anlıyordum. Bazen çok uyuyordum bazen hiç uyumuyordum." (K8-41)

"O zamanlar çok cehennem azabı gibiydi ya. Şimdi çok farklı hissediyorum. O zamanlar şeker hastasıydım. Ben de biraz sinir yapıyor. Bazen kendimi çok iyi hissediyorum, sigarayı bırakmak istiyorum." (K9-44)

"Çok fazla uyku yapıyor." (K19-28)

Bununla birlikte katılımcıların bir kısmı, madde kullanımının, insan zihninde sürekli yer edindiğini, en büyük zorluğunda maddenin sürekli akıllarında olduğunu belirtmiş olup madde intihara kalkıştıklarını ya da madde kullanmadıklarında kriz geçirdiklerini, canavara dönüştüklerini ifade ettiler;

"En büyük zorluk maddenin sürekli kafamda olmasıydı. Cezaevinde kaldığım süre boyunca annem sürekli kitaplar getiriyordu. Dua et, oku, namaz kıl, maneviyattan uzaklaşmayayım diye her şeyi yapıyordu." (K10-31)

"Neler yaşanmadı ki, intihara kalkıştım, amateme yattım. 3-4 senedir kullanmıyorum." (K25-37)

"İçmediğimde canavara dönüşüyorsun. İçince uysal bir kedi gibisin." (K31-28)

Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların bağımlılık süreçlerinde karşılaştığı sorunlardan biri de çevresel sorunlardır. Bu bağlamda katılımcıların çoğu arkadaş çevrelerinden uzaklaştığını ifade ederken; katılımcıların bir kısmı da madde kullanım döneminde olumlu arkadaş çevreleri oluşturduğunu ifade etti;

"Arkadaşlarımdan uzaklaştım." (K7-23)

"İtibarım gitti. Hiçbir arkadaşım ile konuşamadım." (K12-27)

"çevremden uzaklaştım." (K17-25)

"sosyal çevre olarak kendimi geri çektim." (K19-28)

"Yardım istediğinizde beklentiye giriyorlar insanlar bir kere, sizi kullanmaya çalışıyorlar, menfaat duyuyorlar. Korktum ve kaçtım ben. Kötüye kullanıp bazı kişileri kandırmış, bana olan ilgilerini yanlış yönlendirdiğim insanlar da oldu, yalan söylemeye gerek yok." (K26-34)

"Arkadaş çevrem tamamen değişti." (K30-18)

"Olumlu arkadaş çevreleri oluşturdum." (K7-23)

Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların bağımlılık süreçlerinde karşılaştığı önemli sorunlardan biri de psikolojik sorunlar olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Bu bağlamda katılımcıların çoğu hayattan keyif alamadığını, madde kullanım sebebiyle sürekli siyan ettiğini, yalnız kaldıklarını ve madde kullandıkları için utandıklarını ifade ettiler;

"Yaşadığım en büyük zorluk da; hayattan keyif alamayıp her şeye isyan etmektir." (K1-27)

"İsyan ettim. Önce hafta bir ediyordum, sonra iki haftada bir, sonra her gün. Her gün isyan ediyordum." (K1-27)

"Kimseyle görüşmüyordum. Tektim." (K8-41)

"Madde dışında bir önceliğim yoktu bu hayatta. Yalnızsınız, elinden tutan da olmazsa tek başnasın bu savaşta." (K17-25)

"Ailem bilmiyor, sürekli bir şey gizleme gereği hissediyordum. Odamda takılıyordum zaten genelde." (K19-28)

"Sevdiğim insanlardan uzaklaştım" (K20-28)

"Her gittiğimde utanç hissettim. Sabahın köründe gittiğimi hatırlıyorum, utanç duygusuydu. Her şeyim alt üst olmuştu. Hiçbir şey eskisi gibi değildi artık." (K14-42)

Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların bağımlılık süreçlerinde karşılaştığı sorunlardan biri de ekonomik sorunlar ile toplumsal sorunlardır. Bu bağlamda katılımcıların çoğu ekonomik sorunlar kapsamında madde kullanımına bağlı olarak işsiz kaldığını, maddi zorluklar yaşadıklarını, maddeyi bırakabilmek için çok çaba gösterdiklerini ve bırakamadıkları süreçte de maddeye ulaşabilmek için suç işlediklerini ifade etmiştir. Bazı katılımcılar ise toplumsal sorunlar kapsamında damgalandıklarını vurguladılar;

"İşimi ve ailemi kaybetti." (K12-27)

"Maddi yönden sıkıntı yaşadık. Çok sıkıştık. Borcu ödeyince rahatladım." (K6-68)

"Geçim sıkıntısı. Çocuktum" (K13-36)

"Maddeyi bırakmak için çok çabaladım. Etkilerinden kurtulmak için çok çabaladım." (K5-21)

"Yurtdışına gitseniz doktoru 2 günde bir görüyorsunuz. Burada ise suça bulaşıyorsunuz. Sistem sizi buna itiyor. Kadın için daha zor bence. Kadın olmak zor." (K11-27)

"Bir kere mimleniyorsunuz. Aldığınız yanıtlar alakasız. Hakkınızı savunamıyorsunuz." (K11-27)

Bağımlılık süreçlerinde madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların yaşadığı sorunların başında “şiddete maruz kalmak” gelmektedir. Bu bağlamda katılımcılar, madde kullanım dönemlerinde şiddete maruz kaldıklarını, çok zor şeyler yaşadıklarını şu sözlerle ifade ettiler;

"Bekaretim gitti" (K2-41)

"Söylemek istemiyorum, çok zor şeyler yaşadım, hatırlamak istemiyorum." (K18-23)

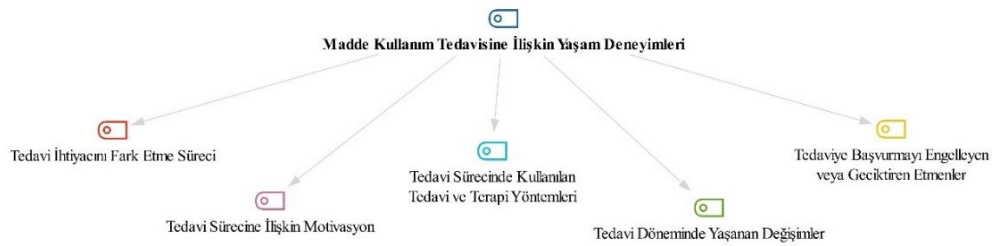
"Ayrıca babam annemi öldürecekti dövmekten. Çok eziyet ediyordu. Ve bunlara tanıklık etmek beni kötü etkiliyordu." (K21-25)

"Yaşadığım en büyük sorunlardan iri, para bulmak için birtakım şeyler yapıyordum. Kadına yakışmayan hareketler." (K22-36)

"Çok şiddet gördüm eşimden, bir gün gözlerimi açtığımda maddenin etkisi geçtiği zaman ya da azaldığı zaman 2 tane pitbulun önüne beni bağladığını gördüm, eşimin eziyetini düşünebiliyor musunuz? 2 tane pitbulun önüne bağlamışlardı beni. Kafama öyle bir darbe atmışlardı ki kafamın için taşlar vardı. Yaralar geçmiyordu." (K28-40)

Ana Tema 3. Madde Kullanım Tedavisine İlişkin Yaşam Deneyimleri

Madde kullanım tedavisine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen bilgiler doğrultusunda; bireyin tedavi ihtiyacını fark etme süreci, tedaviye ilişkin motivasyonu, tedavi sürecinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri, tedavi döneminde yaşamlarında karşılaştıkları değişimler ve tedaviye başvurmasını engelleyen ya da geciktiren etmenler ön plana çıkmıştır. Tüm alt temalar Şekil 10’de gösterilmektedir.



Şekil 9: Madde Kullanım Tedavisine İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli)

Alt Tema 1. Tedavi ihtiyacını fark etme süreci

Madde kullanımının tedavi dönemine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde; bireylerin tedavi ihtiyaçlarını ne şekilde fark ettikleri, ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda öncelikle bireylerin tedavi ihtiyacını fark etme süreci ele alınacak olup bu süreç bireysel, fiziksel, psikolojik, ailesel ve çevresel etkiler kapsamında değerlendirilecektir.

Araştırmamıza katılım gösteren madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların çoğunluğunun psikolojik etkiler sebebiyle tedaviye ihtiyaç duyduğunu söylemek mümkündür. Psikolojik etkiler kapsamında, katılımcıların çoğunluğu, madde kullanımının aynı zamanda psikolojik bağımlılık olduğunu, bu bağlamda madde kullanmayı bırakmak istemesine rağmen madde alımını durdurmamışlarında tedaviye ihtiyaç duyduklarını fark etmiş olup farkındalıklarını şu sözlerle dile getirdiler;

"Psikolojik olarak çok etkilendim, hatta psikiyatriste gittim ve o an tedavi olmaya karar verdim." (K4-24)

"Artık olumsuz etkileniyordum. Ve bu süreçte sadece annem ve ben koşturduk Allah annemden razı olsun. Kendisi şu an rahatsız. Mesela teyzemler sen hastasın evlenemezsin diyor beni olumsuz etkiliyorlardı ama ben öyle değilim ben her şeyi özen bir insanım. Seziyorum, hakkımda söylenen her şeyi seziyorum." (K9-44)

"Çok çok iyi takip etmek lazım. Çünkü bir kere kafa var bu. Bu psikolojik de bir rahatsızlık, psikolojik de bir bağımlılık aslında. Bilinçli olmak, ailelerin bilinçli olması da çok önemli. Çünkü benim için annem her şeyi yaptı. Kafama çip bile taktırdı." (K10-31).

"Kendimi durduramadığımda fark ettim." (K12-27)

"Bağımlılığımı kabul ettiğimde fark ettim" (K17-25)

"Bırakamadığımı fark ettiğimde zorunlu yatış yaptılar bana." (K18-23)

"2 ay önce fark ettim tedavi olmam gerektiğin bırakmak gerektiğini hatta bırakmam gerektiğini daha önce hissetmiştim ama bırakamayacağımı gördüğüm gün tedavi olmak istedim çünkü karar verdiğinizde hemen yarım bırakamıyorsunuz bunu." (K19-28)

"Bağımlı olmak istemedim. Amateme yatırıldım." (K21-25)

"Ben madde kullandığımda sabahına kadar duramadım ve aileme söyledim böyle bir hata yaptım diye." (K22-36)

"Ben sürekli her madde aldığımda bu iş benim canımı sıktı. Sabahleyin bile onu almaya gitmek zorunda olmak canımı sıkıyordu. O yüzden hayatımdan çıkarmak istedim." (K27-32)

"Çünkü sabah gözümü açtığım gibi kahvaltı yerine madde kullanmaya başlıyordum. Sabahın köründe gidip madde aldığımı bilirim." (K8-41)

Bununla birlikte psikolojik etkiler kapsamında; bazı katılımcılar intiharın eşiğine geldiğinde, bazı katılımcılar ise madde kullanmadıkları zaman kendilerini kaybettiklerinde tedavi olmaları gerektiğini fark etmiş olup farkındalıklarını şu sözlerle dile getirdiler;

"Çok kötü oldum bir gün madde kullanırken, annemden yardım istedim, gideceğim dedim. Annem yardım etmedi. Bir gün çıktım evden ve uçurumun kenarına gittim. Film sahneleri var ya aynı onun gibiydi. Uçurumun kenarındayken ya yaşayacaktım, mücadele edecektim ya da oradan atlayacaktım. Ben mücadele etmeye ve maddeyi bırakmaya karar verdim." (K20-28)

"Krize girdim. Annemden para istedim. Sonra para vermedi. O sinirle evden çıktım ve uçurumun kenarına gittim. O gün bırakma kararı aldım." (K31-28)

"Tedaviye başvurmayı kendimi kaybettiğimde istedim, kendimi kaybetmişim. Eşimle her sorun yaşadığımda maddeye veriyordum kendimi." (K2-41)

"Artık delirmişt看. Babamı bile tanıyamadım ve o sırada karar verdim tedavi olmaya." (K5-21)

"Kendimi kaybettiğimde fark ettim" (K7-23)

Araştırmamıza katılım gösteren madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların çoğunluğunun ailesel etkiler sebebiyle tedaviye ihtiyaç duyduğunu söylemek mümkündür. Ailesel etkiler kapsamında bazı katılımcılar, aile üyelerinin desteğini gördüklerinde tedavi olmaya karar verdiklerini ifade ederken; bazı katılımcılar ise aile üyelerinden birinin vefat etmesi ve aile birliğinin bozulması sonucunda tedavi olmaya karar verdiklerini ifade ettiler;

"Tedavi olmaya ne zaman ihtiyacım olduğunu fark ettim, öncelikle babamın desteğini gördüğümde ona bunu yapmaman gerektiğini hissettim." (K18-23)

"ikinci evliliğimde akıl hastanesi yatır beni dedim eşime. En büyük destekçimdi o. Çünkü destekçim ol dedim. Ambulansa getirdiler beni hastaneye." (K28-40)

"Annem öldüğünde fark ettim ve bıraktım. Amateme gittim." (K14-42)

"Kızımı bir gün insanlıktan çıktığım zaman ağlarken gördüm ve o an tedaviye ihtiyacım olduğunu anladım, tedavi olmayı kendim istedim." (K15-35)

"Oğlum istedi. Onlar destek." (K29-40)

"Eşimden ayrıldım ve hastaneye yatmak istedim." (K13-36)

Araştırmamıza katılım gösteren madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcılardan bazılarının bireysel etkiler sebebiyle tedaviye ihtiyaç duyduğunu söylemek mümkündür. Bireysel etkiler kapsamında bazı katılımcılar, aslında tedavi ihtiyacının her zaman farkında olduklarını ancak önemli olanın kafada bitirmek olduğunu şu sözlerle dile getirdiler;

"Her zaman farkındasınız aslında, kafada bitirmek gerekiyor." (K25-37)

"Krizlere girdim bir ara ama topladım. Ben beynimde bitirdim diye gittim." (K30-18)

Bireysel etkiler kapsamında bazı katılımcılar yeni bir hayat kurmak için tedaviye ihtiyaç duyduğunu belirtirken; bazı katılımcılar ise yalnız kaldıklarında tedaviye olan gereksinimi fark ettiğini dile getirdiler;

"Yeni bir hayat istiyorum. Eskisi gibi gezmek, çay içebilmek, düzgün düşünebilmek istiyorum. Eskiden içmediğim zamanları düşünüyorum, çok güzeldi." (K16-45)

"Aslında tedavi olmam gerektiğinin net farkındaydım ama hayata geçiremiyordum. Çünkü birilerinin beni desteklemesi gerekiyordu. Aile yoksa ve bir yabancıysa izi destekleyen kişi size zarar da verebilir. Çok yalnız kaldım, yalnızsınız yani bu dönemde. Yardımın her zaman gerektiğini düşünüyorum. Çünkü herkes kurtulmak istiyor ama sadece elinden tutan yok." (K26-34)

Araştırmamıza katılım gösteren madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcılardan bazılarının fiziksel ve çevresel etkiler sebebiyle de tedaviye ihtiyaç duyduğunu söylemek mümkündür. Fiziksel ve çevresel etkiler kapsamında bazı katılımcılar, madde kullanımı sebebiyle aşırı zayıfladığını, sürekli kustuğunu, tedavi sürecinde verilen ilaca bile bağımlılık oluşturduğunu ifade ederken; bir katılımcı ise insanların her anlamda kullanmaya çalıştığını ifade etti;

"İskelet gibiydim" (K5-21)

"Sürekli kustum ve en son ne içsem ne yesem kusuyordum." (K8-41)

"Ben hiçbir zaman amatemden sonuç alamadım. Çoğu kullanan da sonuç alamadı bence. Subakson diye verilen ilaçlardan biri, insanlar bunların bağımlıları oluyor." (K11-27)

"İnsanlar sizi her anlama kullanmak istiyor." (K23-24)

Alt Tema 2. Tedavi sürecine ilişkin motivasyon

Madde kullanımının tedavi dönemine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde; tedavi sürecine ilişkin motivasyonları ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda bazı katılımcılar, tedavi olmayı istemediklerini ifade etmiş olup bu aile üyelerinin zorlaması ile hastaneye yatışlarının yapıldığını belirtirken; katılımcıların büyük çoğunluğu çoğu tedavi olmayı kendilerinin istediğini belirttiler;

"Tedavi olmayı başta reddettim, ok sonrasında kabul ettim. İyi ki de kabul etmişim." (K17-25)

"Zaten ailemden gizliyordum ve ailem bunu öğrendiği anda direk Manisa'ya müracaat ettiler." (K7-23)

"Hatta ilk müracaatı ben yapmadım, babam dilekçe yazdı ve o soktu. Zorla soktu yani, ama iyi ki yapmışım diyorum." (K5-21)

"Açıkçası alacak olan kişi maddeyi her yerde buluyor. Geliyor amateme kendini temizliyor, sonra tekrar içiyor. Annem devreye girdi, beni sürekli takip etti" (K10-31)

"Annemler 6 ay devam edelim dediler, ben istemedim." (K30-18)

"Babam doktor ve şunu der; 'Her insan tedaviye muhtaçtır'. Zaten tedavi görüyordum çünkü hiperaktivem vardı ve psikiyatriye gidiyordum. Maddeyi kullanmaya başlayınca şunu da aradan çıkarayım diye gittim aslında. Kolay bir karardı benim için çünkü bilinçliydim evdekilerden dolayı." (K1-27)

"Çocuklardan ayrılmak çok oydu. O dönemde de bana kardeşim destek oldu. Bir ara Ankara'da bile hastanede yatışım oldu. Kendi isteğimle tedavi oldum. Çocuklarıma yararlı bir anne olmak istemişim ama olmadı." (K2-41)

"Kendi kendime fark ettim açıkçası. Manisa'ya geldim ve tedavi olmak istedim." (K6-68)

"İlk başta endişelensem de tedavi olmak istedim." (K7-23)"Bayılmalar da başlayınca çok da kilo kaybedince tedavi olmam gerektiğini anladım." (K8-41)

"Kendim istedim ayrıca tedavi olmayı kimsenin zoruyla yapmadım." (K9-44)

"Kendim de istedim artık tedavi olmayı. Burada kişinin kendisinin tedavi olmayı istemesi lazım." (K10-31)

"Hatta yatırmadılar o zamanlarda, öleceğim dedim, intihar etmeye kalktım, sonra yatırdılar." (K13-36)

"Tedaviyi olmak istedim. Tedavi olmadan bırakılacak bir şey değil. Eğer sağlam değilse iradeniz asla." (K15-35)

"Kendi isteğimle gelsem de bana yer yok dediler çünkü. Ben zorunlu yatabildim öyle diyeyim. Öyle karar verdiğinizde ve gittiğinizde kimse sizi tedavi etmiyor." (K18-23)

"Bir kere akıllı olan bir insan bunu her zaman fak eder." (K27-32)

Alt Tema 3. Tedavi sürecinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri

Madde kullanımının tedavi dönemine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde; tedavi sürecinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda öncelikle bireylerin faydalandığı veya faydalanamadığı tedavi ve terapi yöntemleri incelenecek olup daha sonrasında verilen hizmetlerin yeterliliği değerlendirilecektir.

Madde kullanımının tedavi sürecinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri kapsamında katılımcıların faydalandığı tedavi yöntemleri; ilaç tedavi, düzenli psikiyatrist veya psikolog görüşmeleri, konferanslar veya eğitimler, çip tedavisi ve sosyal aktivitelerdir. Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların büyük çoğunluğu ilaç tedavisinden faydalandıklarını ve tedavi sürecinde subakson ilacı kullandıklarını ifade ederken; bazı katılımcılar ise subakson ilacını tercih etmediğini ve tedavi sürecinin çok iyi geçmediğini ifade etmiş olup soruya daha fazla cevap vermek istemediklerini belirttiler;

"İlaç tedavisi gördüm, ilaç yazdılar bana ve bu bana çok iyi geldi." (K2-41)

"İlaç tedavisi kullanıldı. Hastane çok güzeldi, çok güzel ilgilenildi. Ortamı, yemekleri, her şeyi çok güzeldi. Özellikle hemşirelerin ilgisi çok iyiydi." (K5-21)

"Bana ilaç tedavisi uygulandı. Tedaviden sonra yine başladım." (K6-68)

"Sürekli ilaç tedavisi uygulandı. 1 ya da 2 haftalık ya da aylık periyotlarla sürekli kontrole götürüldüm." (K7-23)

"İlaç yöntemi kullanıldı aban ve zaten hemen cevap verdim. İnsanın kendisinde biten bir şey bu. Eğer istemeseydim hiçbir tedavi işe yaramazdı." (K8-41)

"ilaç tedavisi uygulandı. Az yattığım için çok bir etkisi olduğunu söyleyemem. Ama ilaç tedavisi yapılırken iyi hissediyordum. Hemşireler de sürekli bizi takip ediyordu." (K16-45)

"İlk kez Antalyada iken ayaktan tedavi aldım, işe yaramadı. Daha çok bırakma gibi değil de sizi geri itiyor oradaki sistem. Beni orada dediğim gibi polis memuru vardı beni iyi etkiledi olumlu anlamda. Sonra sizin hastanenize geldim, ilaç tedavisi oldum" ("Önce yatış yapıldı, 15 gün sonra ilaç tedavisi. Kendiniz bırakıyorsunuz.

Hastanedeki ve çevredeki insanlar sizi kışkırtıyor. Emin değilim yani bu süreçten. Tek olunca daha iyi, kendim bıraktım." (K14-42)

"Subakson kullandım. Uyku ilacı verdiler. Sakinleştirici verdiler. Bunlara bile bağımlılık oldu bende. Doktor takviyesi olsa da kendim bıraktım. Şu anda bir yerim ağrıdığı anda ağrı kesici bile kullanmıyorum." (K23-24)

"Subakson diye bir ilaç kullandım ancak ben bazı günler aferin gibi ilaçlar içiyordum normal herkesin kullanabileceği ilaçlar. Buna rağmen kanımda eroin çıktı. Haftasonu bir gün laboratuvar sonuçları geldiğinde eroin çıkınca çok geçirdim." (K1-27)

"Subaksonla başladı tedavim. Uzun süre kullandım. Küçük dozlarla bile doğumdan sonra devam ettim. Düşme karga yoksunluklar çeke çeke bu zamana kadar ilerledim. Biliyorum ki hayatta tectim ve kurtulmak zorundaydım ve kızım vardı. Artık bağımlı olarak uyanmak istemiyordum. Normal insanlar gibi uyanmak, kafamı yastığa koymak bunlar çok güzel şeylermiş." (K26-34)

"Subakson ilacıyla ilgili bir tedavi gördüm." (K28-40)

"İlaç tedavisi çoğunlukla. Tedavi süreci çok kolay değildi açıkçası, düşünmek bile istemiyorum. Bu soruyu geçebilir miyiz?"

"Subakson denilen ilacı kesinlikle kullanmadım. Yatarak tedavi gördüm," (K22-36)

Bununla birlikte katılımcıların bir kısmı ilaç tedavisiyle birlikte psikolog ya da psikiyatrist tarafından düzenli görüşmelerin ve terapilerin yapıldığını dile getirdiler;

"Psikiyatristle iki haftada bir ya da ayda bir görüşmeler yapıyorduk. Özel psikiyatriste gidiyordum, çok faydası oldu." (K4-24)

"Terapi ve eğitimlerden faydalanmıştım o süreçte." (K6-68)

"İlaç desteği dışında da psikolojik danışmanlık aldım ve bir süre eğitim verildi." (K7-23)

"Bireysel psikoterapi gördüm. Psikologların desteği oldu, düzenli görüşmelere katıldım ve sonra da bıraktım." (K12-27)

"Terapi ve eğitimlerde oldu. 15 gün kaldım zaten hastanede, sonra git dediler. Daha kötü hastalar var dediler ve gönderdiler." (K13-36)

"Süreç görüşmelerim oldu. Yani genel olarak iyiydi tedavi yöntemleri." (K22-36)

"Psikolog, psikiyatri görüşmeleri devam ediyor." (K29-40)

"ilaç tedavisi dışında genelde sizi konuşturuyorlar. Psikiyatri ve psikolog desteği." (K31-28)

Ek olarak madde kullanım bozukluğu kadınlar, tedavi süreçlerinde sosyal aktivitelere katıldıklarını, tedavi sürecinde çip tedavisi uygulandığını, konferanslar ve eğitimlere katıldıklarını ifade ettiler;

"El sanatları falan vardı, onlara gidiyorduk." (K18-23)

"Aktivitelere katıldım. İyi geldi." (K20-28)

"Bir de çip taktırdım. O çipi taktırdıktan sonra bir kere madde almamanız lazım. Çünkü kullanırsanız ölürseniz maddesini içeren bir sözleşme gibi bir şey imzalıyor ve ben bunu bilerek imzaladım. Bir gün şehir içinden başka bir ilden eve gelirken ben maddeyi buldum, aldım ve içtim. Orada ölmek üzereydim, kalbimin atışını anlatamam. Ambulanslar falan geldi." (K10-31)

"Ben denetimli serbestliğe de gittim ve orada bir sürü konferansa katıldım. Konferanstaki bazı kişiler tanıdıktı. Konferanstaki bazı kişiler babamın tanıdıklarıydı o yüzden benimle sıradan bir kişi gibi değil gerçekten ilgilendiler, özel bir eğitim gibi oldu ve bana çok faydası oldu." (K7-23)

"Bunun dışında ilaç tedavisi dışında eğitim veriliyor ama terapi yok. İlaçların nasıl kullanıldığına dair bu eğitimler. Bu da çok saçma çünkü devlet ilacın parasını ödemediğinde siz. İlacı kullanamıyorsunuz ve eğer o ilaca bağımlıysanız da gidiyorsunuz direk eroin kullanmaya başlıyorsunuz. İlacın etkisini alabilmek için çünkü ilaç tedavisinde o ilaç sizi uyutuyor, yatırıyor, sakinleştiriyor ve siz maddeyi aramıyorsunuz. Ama eğer ilacı devlet ödemezse ve siz de alamazsanız alacağınız ilk şey eroin oluyor ve dolayısıyla bağımlı olmuş oluyorsunuz."

Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların bazıları terapilerden faydalanamadıklarını ve terapiye inanmadıklarını dile getirdiler;

"Gittiğim terapi yöntemleri de bulunmamakta, yok. Ben aylık düzenli terapiye gitmedim." (K1-27)

"Hayır, terapi olmadı bu süreçte." (K2-41)

"Herhangi bir terapi olmadı." (K5-21)

"Başka bir terapi yapılmadı. Zaten 1 hafta kaldım neyin terapisini verecekler. Mevlit yaptılar bir de ona katılmışım." (K15-35)

"Kişinin kendisine bağlı olduğunu düşünüyorum. Ben terapiye inanmıyorum. Kararlıydım. Tek başıma baş edemediğim için ayrıldığım zamanlarda geldim." (K13-36)

"Terapiler falan da bence işe yaramıyor. Kişinin kendisi önemli." (K27-32)

Madde kullanımının tedavi sürecinde olan kadınlara yönelik sunulan hizmetlerin yeterliliği değerlendirildiğinde ise; katılımcıların çoğu doktorlar ile iletişim kurmakta zorlandıklarını, sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kaldıklarını, ailesel ve bireysel sorunlarının devam ettiğini ve damgalanma yaşadıklarını olup bu sebeplerden sunulan hizmetlerin yetersiz olduğunu ifade ettiler;

"Verilen hiçbir tedavini yeterli olduğunu düşünmüyorum." (K11-27)

"Yeterli değildir. Halen daha kullanıyorum, arıyorum." (K17-25)

"Yeterli değildi. Doktorlar ilgilenir normalde o ortamda ama tam dinlemeden tam bilmeden bana tanı koyuyorlardı. İletişim kuramıyordum. Karşı taraf dinlemiyor gibi geliyordu, tamam onlar da haklılar belki çok hastaları var. Ama ben daha bir şey anlatmadan odadan çıkmış bir şekilde buluyordum kendimi." (K9-44)

"Bence çok yetersiz. Benim çevrem çok geniş, yurtdışına baktığımızda bağımlıların her an arayabilecekleri danışmaları var ama daha Türkiye’de ben kimi arayacağım Allah aşkına. Doktora bile ulaşırken sıkıntı yaşıyorum ben, kötü davranıyorlar." (K27-32)

"Bir kere bağımlılık nedir bilinmiyor, bağımlılık sendromu nedir bilinmiyor. Bunların anlatılması lazım. Kaç kere kavga ettim ben polislerle. Başkaları adına kendi adıma. Ya bir gün kötüyüm, madde kullanmışım, yerde baygın gibiyim. Konuşabileceğimi ancak biraz zamana ihtiyacım olduğunu söyledim, ambulanstaki kız indi bunu söylememe rağmen suratıma su fıskırttı ya. Konuşabileceğimi söylesem bile su attılar baştan aşağı. Ve benim motorum var, sırlısklam eve gideceğim, düşünebiliyor musunuz?" (K27-32)

"Çalışanların tutumu, toplumun bireylere karşı tutumu." (K27-32)

"Yeterli olduğunu zannetmişim ama tekrar başlayınca yeterli olmadığını anladım. Çünkü çıktığımda sorunlarım hala devam ediyordu ve baş edemiyordum." (K6-68)

"Aile desteği olmazsa olmaz. Ne kadar hastane de olsa ne kadar profesyonel çalışanlar da olsa aile desteği şart." (K2-41)

Tedavi sürecinde kullanılan terapi ve tedavi yöntemlerine ilişkin katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde sunulan hizmetlerin yetersizliğinin vurgulandığı görülmektedir. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların büyük çoğunluğu, tedavi sürekliliğinin sağlanamadığını, kadınlara yönelik hizmetlerin olmadığını ve yatak sayısının çok az olduğunu, yatışı yapılan diğer hastalar ile ayrıştırılmadığını ve bu nedenle diğer yatışı yapılan hastalardan olumsuz

etkilendiklerini, tedavi sürecinde çok ilaç verildiğini ve yanlış tedavi uygulamalarının yapıldığını ifade ettiler;

"Koskoca yaşadığım yerde 4 tane yatak var. Düşünebiliyor musunuz, kadınlar için ayrılmış sadece 4 tane yatak. Bu durumda kadınlara hizmet verilmesi yetersizdir. Kapalı serviste yatışlarınız oluyor. Kendi hayatlarından bezmiş insanlarla birliktesiniz. Her şey yasak. Puanlama sistemi var. Kediye ensesinden tuttum diye benden puan kırmışlardı." (K11-27)

"Hastane tedavi etti ama bunda süreklilik yok. İki hafta 3 hafta kalıyorsunuz, onda da zorunlu yatışınız olursa." (K10-31)

"Kendi isteğe bağlı kalabiliyorsunuz evet ama yatak sayısı ok az. Almanya'da mesela annemin anlattığına göre, bir kere seni yatırıyorlar, bir daha çıkıyorsun, 2. Kere yatırıyorlar, sonra Almanya diyor ki 'evet bu kişide bir sıkıntı var' cezaevine giriyorsun. Ondan da insanlar korktuğu için maddeyi bırakmaya başlıyor." (K10-31)

"Sadece kadın alanının olmadığını öğrendim sonrasında buna üzüldüm açıkçası." (K20-28)

"9 gün kaldım hastanede. Maddeyi bırakan bir sürü kişi vardı ve beni orada çok kötü etkilediler onlardan kaçmak için tedavimi erken bitirdim. Çıkış nedenim orada kalan diğer bağımlı hastalardır." (K16-45)

"Psikiyatri çok ilaç veriyor, bence iyi değil." (K31-28)

"İlaç desteği açıkçası bende işe yaradı. Ama genel olarak yeteli olduğunu söyleyemem. Çünkü yatış sırasında da çok krizler geçirdim, ilaçlarla tedaviye mecbur kaldım diyebilirim." (K8-41)

"Yetersiz ve yanlış tedavi uygulaması yapıldı. Bence tedavi yöntemleri yetersiz." (K15-35)

Tedavi sürecinde kullanılan terapi ve tedavi yöntemlerine ilişkin katılımcılardan elde edilen veriler de sunulan hizmetlerin yeterli olduğunu vurgulayan katılımcılarla birlikte tedaviye yeni başladığı için sunulan hizmetlerin yeterliliği hakkında yorum yapmak istemeyen bir katılımcı bulunmaktadır.

"Şu an için yeterli ya da yetersizliği ile ilgili bir yorum yapmam doğru olmaz." (K19-28)

Bu bağlamda katılımcılar sunulan hizmetlerin yeterliliği ile ilgili, iyileşmek için yeterli olduğunu, kişinin sosyal çevresinden herhangi bir baskı görmemesi durumunda tedavi yöntemlerinin yeterli olduğunu ve iyileşme sürecinin kişinin kendi iradesiyle ilgili olduğunu vurguladılar;

"Bence tedavi süreçleri iyileşmek için gayet yeterli. Sadece şunu diyebilirim;" (K1-27)

"Yeterli. Doktorun önerdikleri her şeyi yaptım. Ailemin dediği her şeyi yaptım. Denetimli serbestlikteki arkadaşların dediği her şeye uydum ve hepsi yeterliydi." (K7-23)

"Yeterli. Çünkü kişi aileden veya başka birinden bir tehdit altında değilse, baskı görmüyorsa, yani insanın psikolojisi bozulmuyorsa yeterli." (K12-27)

"Siz imkanları zorlasınız da kişide bitiyor. O istemezse ne yaparsanız yapın olmuyor. Sebep bulur illaki. O yüzden yeterli olup olmadığıyla ilgili bir şey söylemem doğru olmaz. Hastaneler yeterli." (K14-42)

"Tedavi yöntemleri yeterliydi ama iş kişinin kendisinde." (K22-36)

"Yeterli, ben hastanenizde aldığım tedaviden sonra Yeşilay'a da gittim. Çok güzel ilerledi, aktiftim, işe yaradığımı hissettim. Bana çok iyi geldi." (K26-34)

Alt Tema 4. Tedaviye başvurmayı engelleyen veya geciktiren etmenler

Madde kullanımının tedavi dönemine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde; madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedaviye başvurmalarını engelleyen ya da geciktiren etmenler ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda katılımcıların çoğu tedaviye başvurmada herhangi bir engelle karşılaşmadığını ifade ettiler;

"Dediğim gibi başlamak benim için kolay bir karardı. Başvurmamı engelleyen herhangi bir süreç olmadı." (K1-27)

"Hayır herhangi bir engelle karşılaşmadım." (K3-35)

"Herhangi bir engel olmadı. Hatta tam tersi babam beni hastaneye yatırdı. Biz roman havası açıyor oynuyorduk. Boyamalar yapıyorduk. Nakış işlerinin yanına gidiyorduk. Çok güzeldi her şey." (K5-21)

"İyi ki gelmişim, beni engelleyen veya bu süreci geciktiren hiçbir şey olmadı." (K7-23)

"Olmadı. Ailemden herkes tam tersi istedi." (K16-45)

"Olmadı. Destek oluyordu ama düştüğünüzde elinizden tutan olmuyordu" (K26-34)

"Eşim sayesinde bu noktalara eldim. Tedavime engelleyen değil hızlandıran bir etkiye sahipti." (K28-40)

Bununla birlikte bazı katılımcılar ise, en başta aile üyelerinin desteği olmaması sebebiyle tedaviye başvurmaktan kaçındıklarını ifade ettiler;

"İşte bir de aile desteğini söyleyebiliriz." (K17-25)

"Başvurmamı engelleyen herhangi bir kişi olmadı. Sadece aile içinde yaşadığım o huzursuzluk bana iyi gelmiyordu o yüzden tedavi olmama ilişkin inancım zayıflıyordu." (K21-25)

"Tedaviye başvurmamı engelleyen en büyük kişi eşimdi. Eşim izin vermedi, hastaneye gitmeme bile izin vermedi." (K2-41)

"Annem oldu, tedavideki en büyük engelim annemdi. O gidince tedavi oldum." (K14-42)

Aile desteğinin yanı sıra madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavi sürecine başvurmasını engelleyen en büyük etmenlerden biri kendisi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu bağlamda katılımcıların çoğu, en büyük engelin kendileri olduğunu, maddeyi bir daha kullanmayacağını düşündüğü için tedaviye başvurmaktan kaçındığını, bağımlılığı çok sonradan kabul ettiklerini belirttiler;

"Ben kendim en büyük engeldim bence. O maddeyi bulamayacağım diye yatış bile yapmak istemiyordum, bir daha kullanamayacağımı düşündüğüm için." (K8-41)

"Tek engel bendim. Çok sonra kabul ettim bağımlı olduğumu." (K12-27)

"En büyük engel bendim. Benden başka engel yok bu hayatta." (K17-25)

Bununla birlikte bazı katılımcılar, arkadaş çevrelerinin tedavi önünde engellerden biri olduğunu ifade ederken; bazı katılımcılar ise, başvuru sonrasındaki sürecin belirsizliği ve geçmişin akıllarına gelmesi sebebiyle tedaviye başvurmaktan kaçındıklarını ifade ettiler;

"Aslında birkaç kişi oldu önümde engel olarak. Bırakmak istedim ama görüşmek zorundaydım diyelim. Karşı taraf daha da bağımlıydı. Arkadaş evrem yüzünden kısacası ve baskı gördüm." (K9-44)

"Herhangi bir kişi olmadı sadece başvurduktan sonra neler olacak diye belirsizlik vardı kafamda ve tedaviye başvurmamı geciktirdi bu belirsizlik." (K19-28)

"Geri dönüş olmadı. Eskileri düşündüm sadece." (K20-28)

Madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcılardan biri tedavi sürecinde olmasına rağmen madde kullanımına ilişkin tedavisini olumsuz etkileyen ve geciktiren etmenlerin başında doktorların geldiğini dile getirmiş olup doktorla olan görüşmesinde tedavi sonrasında iyileşeceğine dair inancının ve ümidinin kaybolduğunu ve ifade etti;

"Tedaviye başvurmam da ve devam etmemdeki en büyük engel şuydu; ilk görüşme yaptığımız amatemde bir doktor vardı ve ilk söylediği cümle şu: 'Bir bağımlı ölene kadar bağımlıdır'. Bu cümleler sizin aklınızdan çıkar mıydı? Çabalayan arkadaşlarımın 2-3 sene temiz kalıp sonra tekrar kullandığını ve öldüğünü gördüm. Çaba göstermemin bile saçma olduğunu düşünüyordum. Etrafımda kurtulan yoktu çünkü. Doktor haklıydı diye düşünmeye başlamıştım. Çaba göstermemin bir sonuca ulaşacağını hiçbir zaman düşünmedim. Etrafımda kurtulan olmadığı için. 2-3 sene belki 4 sene ciddi bir rehabilitasyondan geçmeniz gerekiyor." (K11-27)

Başka bir katılımcı ise tedavi olmak için hastaneye giderken sağlık çalışanlarının greviyle karşılaştığını ve tedavi sürecini geciktirdiğini ifade etti;

"Engelle karşılaşmadım sadece biz Manisa'ya giderken artık sürekli bağırıyordum. Delirmek zereydim ve sürekli intihar etmek istiyordum. Hap verdiler bana, çünkü Manisa'da bir grev varmış ve o gün yatışa giderken bu kadar kötüyken grevden dolayı yatışım yapılamamıştı. Belki bun söyleyebilirim." (K10-31)

Alt Tema 5. Tedavi döneminde yaşanan değişimler

Madde kullanımının tedavi döneminde yaşanan değişimler kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde; madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavi dönemlerinde en başta bireysel değişimler yaşadıkları görülmektedir. Bireysel değişimler kapsamında katılımcıların çoğunluğu, maddesiz hayatlarının daha güzel olduğunu, hatalarını fark ettiklerini, insanlardan artık bir şey gizlemek zorunda kalmadıklarını, çevredeki kişilerin ne dediğini önemsemeden hayatlarına devam ettiklerini ve her işlerini halledebildiklerini ifade ettiler;

"Çok fazla değişti, çok fazla güzelleşti. Sigara bile kullanmıyorum artık öyle diyeyim." (K12-27)

"Hayatım tedaviden sonra daha da olumlu bir al aldı. Ama daha yeni bir süreç bu. Çok da etkisine gözlemleyemedim. Şu oldu dersem yalan olur" (K17-25)

"Böyle maddesiz daha güzel hayatım." (K25-37)

"Normalde içe kapanmanız olurken tedavi sürecinden sonra bunu yaşamıyorsunuz. Kendi kendine yaptığınızı, hatalarınızı anlıyorsunuz. Ve ben şu dönemde artık hayatımdan madde yok demiştim ve kendimi toparlamıştım." (K7-23)

"Ama şimdi her şey güzelleşti. Hayatım değişti. Bıraktıktan sonra çok bedel ödediğimi far ettim. Büyük bedel ödenmişti." (K12-27)

"Artık çekinmiyorum ve saklayacak hiçbir şeyim yok insanlardan. Bu çok güzel bir şey." (K22-36)

"Kendinizi bir kanser hatası gibi düşünün. Çevre ne der diye düşünmeyin. Çünkü çevre ne der diye düşünürseniz ne tedaviye başvurabilirsiniz ne de aileniz size doğru düzgün destek olabilir. Tedavide o kadar masumsunuz ki; kendiniz istedikten sonra zaten çevreniz de olumlu olarak değişim gösteriyor. Başka türlü nasıl tanımlayacağımı bilemedim." (K10-31)

"Madde yokken dört dörtlük işimi yapıyorum, her şeyi kendim hallediyorum. Ama madde varken hiçbir iş yapamıyor, kafamı yataktan dahi kaldıramıyordum." (K25-37)

Bununla birlikte bazı katılımcılar tedavi süreci bitse de maddeyi hemen bırakmadığını ve kullanmaya devam ettiğini vurguladılar;

"Şu an ben madde kullanmıyorum, içim almıyor, midem çok kötü oluyor. Ama tedaviden sonra da hayatıma çok bir şey değişti diyemem çünkü ara ara çok şeyler yaşandı hayatımda ve tekrar tekrar kullandım. Hemen bırakabileceğiniz bir şey değil bu." (K9-44)

"Tedaviden sonra herhangi bir ümidim yok çünkü şu an hala daha kullanıyorum." (K11-27)

"Tedaviden sonra ben tekrar kullanmaya devam ettim. Çünkü ben kendim için çok büyük bir adım atmıştım hastanenize gelerek. Orada da çok büyük bir darbe yedim ve çok büyük bir haksızlığa uğradım. Oradaki herkes çok rahat ve lakayit. Kimse hiçbir şeye karışmıyor. Herkes kendi halinde ve yeterli ilgi yok." (K15-35)

Ek olarak tedavi sürecinden sonra yaşanan değişimler kapsamında bir katılımcı duygulanması sebebiyle soruyu tamamlamak istememiş olup düşüncelerini şu şekilde ifade etti;

"Hastanede yeni tedavi olduğum için tekrar başladım. Hatta ailem kızdı niye tekrar içiyorum diye. O yüzden ailemle aramda halen daha mesafe olduğunu söyleyebilirim. Yalnız hissediyorum, benim ailem yoktu, yani ben bu süreci yaşarken yoktular. Duygulandım şimdi, bu soruyu geçsek olur mu?" (K16-45)

Çevresel değişimler kapsamında katılımcıların çoğunluğu, maddenin bulunduğu tüm ortamlardan uzaklaştıklarını, yeni çevre edindiklerini ve sosyal hayata geri döndüklerini ifade etmiş olup yalnızca bir katılımcı kişiler arası ilişkilerinin zayıfladığını ifade etti;

"Sosyal hayatıma geri döndüm, sosyalleştim. Bir arkadaş çevrem var, bir ailem var. Her zaman yanımdalar." (K8-41)

"Hatta erkek arkadaşım bile oldu. Ancak erkek arkadaşımın madde kullandığını öğrendim ve ilişkimi bitirdim." (K5-21)

"Subakson kullanıyorum. Onu kullandığımda kendime olan güvenim artmıştı. Tabi ki çevreme ve hayatıma yansımıştı. Hayatım artık daha güzel geliyordu. Kendimi daha iyi hissediyorum. Bu güzel bir şey." (K14-42)

"İstediğim gibi ortamlara girebiliyorum. En başta gülebiliyorum ya, gülümseyebiliyorum." (K22-36)

"Bir çevrem var onlarla akam dışarı çıkıyoruz, yürüyüş yapıyoruz, her şey çok iyi." (K28-40)

"Maddenin olduğu her yerden kaçtım diyebilirim. Çünkü herkes her yerde kullanıyor bu maddeleri. Artık temiz insanlarla görüşüyorum. Tedaviden sonra çok iyi oldum." (K5-21)

"Arkadaş çevremi değiştirdim. Madde kullanan sevgilimden de ayrıldım." (K21-25)

"Çevremdeki en büyük değişim arkadaş çevremi sıfırlamam, bitirmemdi. Maddeyi kullanmadım onlarla ilişkiyi kesince." (K1-27)

"Yakınlarımla da daha az ilişki kurmaya başlamıştım. Kısacası ilişkilerim çok zayıflamıştı." (K4-24)

Aile ilişkilerinde yaşanan değişimler kapsamında ise katılımcıların çoğunluğu, aileleri ile madde kullanım döneminde ilişkilerinin daha zayıf olduğunu ve daha az görüştiklerini ancak tedavi sonrasında birlikte aile ilişkilerinin normale döndüğünü, aile üyeleri başta olmak üzere eskiden güvenlerini kaybettiği herkesin güvenlerini tekrar kazandıklarını ifade ettiler;

"Etrafımdaki her şey daha aza indirgendi. Ailemle daha az görüşmeye başlamıştım. Zaten telefona görüşüyordum, onu da görüşmemeye başlamıştım. Şehir dışındaydım çünkü, telefonla bile görüşmüyorduk yani." (K4-24)

"Şu an aile ilişkilerim gayet iyi. Annem destekçim." (K21-25)

"Aileyle olan ilişkilerim, görüşmelerim, gezmelerim her şey olumlu anlamda gelişti, şekillendi." (K23-24)

"Kızım okula gidiyor. Aile ilişkilerim daha iyi ve kızımla birlikte yaşıyorum." (K26-34)

"Çocuğum var, bir oğlum var, memur oldu. Eşim en büyük destekçim. Ailemiz var. Yani şu an eşimden fazla bir çevrem var diyebilirim." (K28-40)

"çok güzel değişti, ailemle aram bozuktı. Ailem destekçiydi. Amcalarım, dayılarım.. Kavga gürültü olmadı." (K30-18)

"İlk başta insanlar benden uzak duruyordu ama ben kendimi topladım güvenlerini kazandım. En başta da annemin. Çok güzel bir şey bu. Artık anne kız değil 2 arkadaşız." (K20-28)

"Eskiden güvenini kaybettiğim insanları geri kazandım. En başta da annemi. Herkesi geri kazanım." (K31-28)

Bununla birlikte bazı katılımcılar, yeni bir düzen kurduğunu, yeni bir evlilik yaptığını, çocuğu olduğunu, ailevi ilişkilerini de bu sayede düzelttiğini ve her şeyin yolunda gittiğini ifade ettiler;

"Başka biriyle evlendim ve bir kızım oldu. Daha sonra ayrıldım ve tekrar başka biriyle birlikteydim. Bir oğlum oldu. Şimdi başkasıyla birlikteyim, tekrar ayrılmıştım önceki eşimden de." (K13-36)

"Evliyim, çocuğum var, 3 yaşında bir oğlum var. Bir düzen kurdum, ailevi ilişkilerimi düzelttim evlenince, her şey çok iyi." (K18-23)

Son olarak tedavi dönemine ilişkin madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde, tedavi döneminde psikolojik ve ekonomik anlamda değişimler yaşadıkları görülmektedir. Bu bağlamda psikolojik değişimler kapsamında katılımcıların çoğu tedavi döneminde içine kapandığını, anksiyete düzeylerinin arttığını ve tedavi sürecinde acı çektiklerini bu sebepten de huysuzlandıklarını belirttiler;

"Herkesten uzaklaştım ve içime kapandım." (K6-68)

"Açıkçası hiç gözlem yapmadım ama endişelendiğimi söyleyebilirim." (K1-27)

"Sürekli bir şey sakladığım için onlardan anksiyete başlangıcı oldu" (K4-24)

"Tedavilere güvenmiyorum ve herhangi bir fayda görmeyeceğimi biliyorum. Huysuzlanıyorum zaten tedavi zamanlarındadır. Çünkü çok fazla acı çekiyordum, siz kullanıcı değilsiniz bunu anlayamazsınız. Kullanamadığınız için" (K11-27)

Ekonomik değişimler kapsamında ise, katılımcıların çoğunluğu, çalışmaya başladığını ve kendilerini toparladığını ifade ederken; yalnızca bir katılımcı tedavi sürecine yeni başladığını, iş yerindeki patronuna tedavi olduğunu söylediğini ve hayatında yaşanması muhtemel değişikliklerin kendisini korkuttuğunu ancak tedavi motivasyonuna etkilemesine izin vermeyeceğini dile getirdi;

"İşe girdim, toparladım kendimi." (K5-21)

"Çevremde her şey çok iyi oldu. Şimdi çalışıyorum,"

"Çalışıyorum," (K26-34)

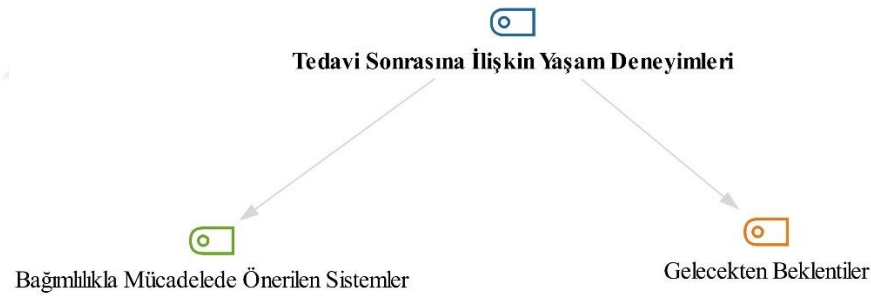
"Bazen günlük üzüm işleri oluyor, erik işleri oluyor onlara gidip geliyorum" (K28-40)

"5 sene boyunca çalıştım kendi paramı kazandım." (K31-28)

"İşyerinde çalıştığım müdürüme söyledim tedavi olduğumu. Bana karşı tavrı değişebilir, belki de değişti. Hayatımda radikal değişiklikler olabilir, bu beni korkutuyor. Ama tedavi motivasyonuma etki etmesini izin vermeyeceğim çünkü sağlık daha önemli. İşi her zaman bulabilirim." (K19-28)

Ana Tema 4. Tedavi Sonrasına İlişkin Yaşam Deneyimleri

Madde kullanımının tedavi sonrasına ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen bilgiler doğrultusunda; madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılıkla mücadelede önerdiği sistemler ve gelecekte beklenenleri ön plana çıkmaktadır. Tüm alt temalar Şekil 11’de gösterilmektedir.



Şekil 10: Tedavi Sonrasına İlişkin Ana Temalar (MAXQDA 22-Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli)

Alt Tema 1. Bağımlılıkla mücadelede önerilen sistemler

Tedavi sonrasına ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde; katılımcıların bağımlılıkla mücadelede önerdiği sistemler ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda katılımcıların tedavi süreçlerine ilişkin önerileri, aile desteğinin görünür kılınmasına ilişkin önerileri, kurumun çalışanlarına ve fiziki alanlarına ilişkin önerileri, gizliliğin korunmasına ve sıkı denetimlerin yapılmasına ilişkin önerileri değerlendirilecektir.

Tedavi süreçlerine ilişkin öneriler kapsamında katılımcıların çoğunluğu; geniş kapsamlı bir tedavi planı oluşturulması ve tedavi sürelerinin daha uzun olması gerektiğini ifade ettiler. Bununla birlikte geniş kapsamlı bir tedavi planı uygulamasında, kişilerin zihinlerini meşgul edecek işlerde çalışmalarını sağlamak, duş saati uygulamasını yaygınlaştırmak ve çevrenin değiştirilmesi yer almaktadır;

"Daha geniş kapsamlı bir tedavi planına ihtiyacımız var." (K24-33)

"Çevremi komple değiştirdim. Ailem de sürekli yanımda olamadı. Ben değiştim en başta." (K13-36)

"Bir de çalışacaksınız. Başka bir sistemde tekrar bu merete bulaşabilirsiniz." (K26-34)

"Kafanızı sürekli meşgul edeceksiniz," (K26-34)

"Duş saati diye bir şey olması lazım ayrıca. Kendi halimize bıraktığımızda çünkü suya giremeyebiliyorsunuz." (K22-36)

"Bence bir yer yapılması lazım. Aylarca insanların tedavi olabileceği, terapi alabilecekleri, ailelerin onları istedikleri zaman ziyaret edebilecekleri bir merkez." (K10-31)

"Bir tedavi merkezi kurulsun ve çok uzun süre bu insanlar bizler tedavi olalım. Ailelerimiz yanımda olsun." (K11-27)

"1 ay yatıp çıkmak, bence işe yarayan bir şey değil. Daha uzun süreli bir tedavi süresi belirlenmeli. Kökten kurtulmak istiyorum, anlatabildim mi?" (K16-45)

"Daha uzun süre tedavi olmak istiyorum. Temiz kalıyorum ama bu 21 gün ve çok kısa. O da zorunlu yatış olursa. Tekrar gidip almamak için daha uzun sürelerde tedavi olsa güzel olurdu." (K17-25)

"Bir kere yatışınız yapıldığında 1 hafta sonra bitiyor. Onun dışında hiç aşamada önceki hayatınızda olduğu gibi devam ediyorsunuz." (K18-23)

Bununla birlikte bazı katılımcılar terapi ve eğitimlerin daha sık yapılması gerektiğini, yeterli düzeyde ilaç kullanılmasını ve ilaçların yan etkilerinin azaltılması gerektiğini öneriler kapsamında belirttiler;

"Terapi görüşmeleri ve eğitimler de olsa iyi olurdu." (K3-35)

"Madde ile mücadele etmek için herkese psikiyatri tedavisi almasını öneriyorum. Psikolog ya da psikiyatri görüşmeleri." (K4-24)

"İlaçtan öte psikolog tedavisi çok önemli bence. Psikolojik bir bağımlılık bu. Onu yargılamayacak biriyle görüşmesi lazım. İlaç tedavisi ence zarar veriyor. Bütün hormonlarım bozuldu." (K12-27)

"Psikolog yardımlarının artması lazım." (K24-33)

"İlaçlar yetersiz geliyor." (K22-36)

"Subakson bırakıldığı zaman keşke geçiş ilacı olsaydı dedim. Hafif bir ilaç verilseydi bize çünkü çok kesin oldu bitişi ve çok zorlandım." (K1-27)

"İlaçların bırakılması zamanında çok büyük ağrılar yaşıyorsunuz ve inanın düş bile sizin için o kadar güzel bir tedavi yöntemi ki bunun düzenlenmesi gerekir bence." (K22-36)

Geniş kapsamlı tedavi planları oluşturulması kapsamında bazı katılımcılar, mevcut uygulanan sistemin yaygınlaştırılması ve yatışı yapılan hastaların kriterlere göre ayrıştırılması gerektiğini ifade etmiş olup yatan hastaların birbirlerini olumsuz etkilediğini vurguladılar;

"Tek sıkıntı tedaviye yeni başlayanlarla 20 gün önce gelen aynı yere konuluyor. Bence bu çok saçma. Yeni gelenlerle önceden gelenler bir arada kalmamalı, bir farklılık olmalı. Psikolojik olarak etkiliyor çünkü." (K18-23)

"Aslında bununla mücadele emek için hiçbir şey yapmaya gerek yok. Tüm amatemleri gezdim ben, her yer çok iyiydi. Kişisel bir adım olacak anlatabiliyor muyum? Zaten yapılması gereken her şey yapılıyor. Hastane ortamındaki arkadaşlar etkiliyor en çok. Siz tedavi oluyorsunuz ama yanda yatan hasta sizi olumsuz etkiliyor en çok. Öyle düşünün." (K14-42)

"Şu an ki sistemi yaygınlaştırmak. İlaç tedavisi için konuşuyorum"(K3-35)

"Ben tedaviyi en başta kanser tedavisi gibi sandım ama öyle değilmiş. Kendimde değildim. Şaşkın şaşkın etrafınıza baktığınızı düşünün. Babam el uzattı bana tedavi olayım diye. O yüzden insanlar tedavi görmeli." (K5-21)

Bağımlılıkla mücadelede aile desteğinin görünür kılınmasına ilişkin öneriler kapsamında katılımcıların çoğunluğu; aile desteğinin ön plana çıkarılması ve ailelere yönelik bilinçlendirme eğitimlerinin verilmesi gerektiğini ifade ettiler,

"Aslında sistemle ilgili söyleyecek çok bir şey yok. Nasıl bir değişim yaratılabilir bilmiyorum. İlaç tedavisi iyiydi, aktivitelere falan katılıyorduk, terapiler yapılıyordu. Yani aile desteğinin daha görünür kılındığı bir sitem olabilirdi." (K21-25)

"Eskiden ne oluyordum, neye gülüyordum hep onu düşünüyorum belki yine bunlardan keyif alırım diye. Bir kere bu sistemde aile desteğini hissedeceksiniz." (K26-34)

"Her kötülükten eşim çıkardı beni. Ablamla görüşmüyorum. Kaçtı gitti. Yalnızdım. Eşim olmasaydı çok yalnızdım. Tedavi bile göremezdim." (K28-40)

"Bir de ailelere yönelik eğitimle olmalı. Aileler çocuklarına o gözle bakmamalı." (K1-27)

"Ailelerimizi bilinçlendirme görüşmeleri yapılsın." (K11-27)

"Mücadele etmek için nasıl bir sistem olması gerekiyor bilmiyorum. Sadece annemin ağlaması gözümün önünden gitmiyor çünkü aile benim için çok önemli." (K8-41)

Bağımlılıkla mücadelede kurum çalışanlarına ve kurumun fiziki yapısına ilişkin katılımcı görüşleri incelenmiştir. Kurum çalışanlarına yönelik öneriler incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğu, doktorlar ile daha fazla görüşebilmek istediklerini, sağlık çalışanlarının daha ılımlı, anlayışlı ve güler yüzlü olmaları gerektiğini ve dikkate alınmak istediklerini belirttiler;

"Psikiyatri doktorlarında zayıflık var, daha fazla görüşmeleri gerekiyor. O kadar çok hasta veriyorlar ki bizlere ayrılan süre çok kısa kalıyor. Sorunlarımızı tam olarak aktaramıyoruz bile." (K10-31)

"Keşke hastanedeki çalışanlar biraz daha ılımlı davransalardı. Hep bir yakasından tutan çekiştirenler bile vardı. Daha anlayışlı olmaları gerekir halbuki. Hasta bakıcılarla bir sürü sorunlar yaşandı." (K9-44)

"Bence her şey yeterli, güleryüz.. Bu çok önemli biliyor musunuz? Güleryüz ve anlayış. Antalya gibi değil burası." (K20-28)

"Aslında tüm sistemi biliyorum. Çok kötüydü birçok yer. En çok Manisa'ya sevdim. En önemlisi Güleryüz ve anlayış." (K31-28)

"Dinlenmek. Her şeyi boş verin, tüm tedavi yöntemlerini boş verin, dinlenmeyen biri varsa herkesin hayatı değişir." (K27-32)

Bununla birlikte kurumun fiziki alanına yönelik öneriler incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğu, ortak kullanım alanlarının düzenlenmesi, kadınlar ile erkeklerin aynı ortak alanı paylaşmaması ve denetimlerin sıklaştırılması gerektiğini dile getirdiler;

"Bunun dışında bahçede boş alanlar var. Biz e sanatları için sürekli git gel yapmak zorunda kalıyorduk. Bunun dışında o bahçede aktivite alanları yapılsın diye düzenleme yapılabilir." (Müraacaatçı 18)

"Bence ortak alan olmamalı hastanede, bahçeler ortak olmamalı" (K15-35)

"Hastanede biz orada kalırken yanımdaki arkadaşların tanıdıkları fişek atıyordu. Çok rahatlar." (K15-35)

Son olarak madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların bağımlılıkla mücadelede önerdikleri sistemlerden biri gizliliğin korunmasıdır. Bu bağlamda bir katılımcı, madde kullanımının gizli bir şekilde gerçekleştiğini ancak tedavinin açık olduğunu ifade etmiş olup tedavi sürecinde gizliliğin sağlanması gerektiğini belirtti;

"Öncelikle uyuşturucu kullanırken gizli kullanıyorsunuz. Kimsenin uyuşturucu kullandığınızdan haberi olmuyor. Eğer davranışlarınızla belli etmiyorsanız. Ama tedavi süreci açık oluyor. Uyuşturucu bağımlısı oluyorsun, toplum seni damgalıyor. Yani toplumla bizim aramızdaki bu dengeyi sağlamak için bir yöntem geliştirilse iyi olabilirdi. Çünkü ben tedaviye başladığımda herkes başladığımı biliyordu. Bana karşı görüşleri değişti." (K1-27)

Son olarak başka bir katılımcı ise, doktorlar ile görüşürken isimlerinin gizli tutulduğunu ancak güvenlik görevlisinin herkesin içinde adını seslenerek çağırdığını ve gizliliği ihlal ettiğini ifade etmiş olup kurum gizliliğin korunması gerektiğini vurguladı;

"Gelirken doktorumla görüştüm ona da anlattım. Yani doktor gibi olmamalı doktorlar. Gizlilik ilkesine önem verilmeli. Gizliliğin ön plana çıkarılması gerekiyor bence. Çünkü biraz önce doktorumla görüşürken gizliliğe bu kadar önem verilirken, isminin sadece baş harfi son harfi yazılırken resmi kayıtlara bile güvenliğin biri adımı bağıra bağıra geliyordu, beni öyle çağırdı insanların içinde ve bunu beni rahatsız etti." (K19-28).

Alt Tema 2. Gelecekte beklenenler

Tedavi sonrasına ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde; katılımcıların gelecekte beklenenleri ön plana çıkarmıştır. Bu bağlamda çoğu katılımcının gelecek beklenenleri, bireysel, aile ve sosyal yaşam beklenenleri ve maddesiz yaşam kapsamında değerlendirilmiştir.

Bireysel yaşam beklenenleri kapsamında katılımcıların çoğunluğu, yaşamak, çalışmak ve eğitime devam etmek istediğini belirttiler;

"Geleceğe dair bir beklentim yok, yaşadığım kadar yaşamak istiyorum." (K6-68)

"Hastaneye tekrar başvurdum. Yatışımın yapılmasını istiyorum. yeni bir hayat ya, yeniden, sıfırdan." (K16-45)

"Bir de duymuşsunuzdur; öğrenci affı çıktı, Aftan faydalanacağım. Eğitime devam etmek istiyorum. Üniversiteyi bitirmek istiyorum." (K4-24)

"Liseyi yeni bitirdim. Sınavlara girdim, üniversiteye gireceğim inşallah." (K5-21)

"Güzel bir evlat olmak istiyorum. Okumak istiyorum." (K10-31)

"Okula girmek, eğitime devam etmek istiyorum dışarıdan da olsa." (K17-25)

"Tamamen çalışacağım. Kitap yazıyorum, hobim bu benim. Şiirlerim var ve dergilerde çıkıyor." (K1-27)

"İş bulabilirim, işle ilgili girişimlerim var." (K4-24)

"İşe gidip geleceğim. İleriye de bakacağım. Gelecekte öncelikle çalışmak için bir şey söyleyebilirim. Kuaförde çalışıyorum şu an. Kalfalık ve ustalık belgesi almak istiyorum. Elimde olsun, açarım veya açmam. Bir yerde çalışırım veya çalışmam." (K7-23)

"Memur olmak istiyorum KPSS puanımla." (K12-27)

"Çalışmak istiyorum çünkü daha çok gencim, tek çocuğum, o yüzden çalışıp aileme hayırlı bir evlat olmak istiyorum." (K21-25)

"Şu an bir bakım merkezinde sağlık çalışanayım. Zamanında anneme de anneanneme de bakmıştım. Aslen çocuk gelişim uzmanıyım ben ve burası bana iyi geldi. Her şey beni mutlu ediyor burada. Ben bugün kendim için bir şey yaptım mı diye soruyorum. Yaptığım zamanda da güvende hissediyorum" (K26-34)

"Çalışmak istiyorum. Arık her şeyin üstesinden gelmek istiyorum. Şu an aslında ben çalışıyorum dövme yapıyorum dövme tasarlıyorum." (K27-32)

"Ayrıca benim güvenlik ehliyetim var, güvenlik ehliyetine yazılmıştım. Yani ehliyet alırsam da motoru almak istiyorum. Kafamı meşgul etmek istiyorum." (K22-36)

Bununla bazı katılımcılar birlikte evcil hayvan beslemek ve kilo vermek istediklerini belirtirken; bazı katılımcılar gelecekte herhangi bir beklentileri olmadığını, yaşayacak görececeklerini dile getirmiş olup evlenmek istemediklerini ve geleceğe yönelik ümitsizlik yaşadıklarını ifade ettiler;

"Evcil hayvan almak istiyorum, at gibi. At almak istiyorum, evde at beslemek istiyorum." (K1-27)

"Mesela çok kilo aldım, ilaçların etkisinden kaynaklandığını düşünüyorum. Şu an uyku ilaçlarımı bıraktı mesela. Ayrıca psikolojim biraz ondan da bozuk." (K9-44)

"Hiçbir fikrim yok." (K24-33)

"Yaşayacağız görerek." (K30-18)

"Hiçbir planım yok, günü birlik yaşıyorum. Yaşayacağıma dair inancım bile yok. Enjeksiyon kullanıyorum ben, damarlarım o kadar zarar gördü ki 35-40 kiloyum.

Çoklu kullanımım var. Maddeden maddeye etkileri değişiyor. Mesela esrar kullanınca canım tatlı çekiyor." (K11-27)

"Kendim evlenmeyi düşünmüyorum çünkü erkek kahır çekmek istemiyorum." (K9-44)

Aile ve sosyal yaşam beklentileri kapsamında katılımcıların çoğunluğu, katılımcıların çoğu yeni bir hayat, düzen ve aile kurmak, çocuk sahibi olmak, aileleri ile ilişkilerini düzeltmek veya ailesine kavuşmak istediklerini belirttiler;

"Yeni bir hayat istiyorum." (K16-45)

"Eşime iyi bir eş ve çocuğuma iyi bir anne olmak istiyorum. Hayatımdan çok memnunum." (K18-23)

"Çocuklarıma sarıldım bu süreçte. Beklentim onların mutlu olması, onlara iyi bir anne olmak." (K25-37)

"Kendi evime çıkmak istiyorum mesela, kendi düzenimi kurmak istiyorum." (K1-27).

"Hayata sıfırdan başladım. Yeni bir eş ve yeni bir aile kurmak istiyorum. Yeni bir düzen." (K2-41)

"Bir çocuğum olsun, bir düzenim olsun çok istiyorum. Bilmiyorum yapabilir miyim." (K3-35)

"İnşallah hayatımda biri var ve onunla evlenmeyi düşünüyorum. Bir çocuk sahibi olmayı ve onu en iyi şartlarda büyütmek istiyorum." (K8-41)

"Bunu ben de çok düşünüyorum biliyor musunuz? Bazen kendi kendime konuşuyorum ama ben deli değilim. Evde kendi kendime konuşuyorum çünkü kimsem yok benim, arkadaşım yok. Adam akıllı konuşup derdimi anlatabileceğim bir şey yok. Bayan arkadaşım bile olsa menfaat düşünüyor atık benden. Mesela çocuğum evlenecek, benim babamın maaşından gelen kesintim var çünkü borcum vardı. Borcum bitince onu evlendirmeyi düşünüyorum." (K9-44)

"Anneanne olmak istiyorum, bir kızım var. Kızım büyüsün ve torunlarım olsun istiyorum." (K15-35)

"Kızım ile ilgili geleceğim. Kızımın geleceği önemli. İyi yerlere gelsin istiyorum. Kadın olarak bu zorlukları çekmesin istiyorum. Kızım daha 3 yaşında." (K13-36)

"Kızım büyüyor, hayaller kuruyorum, ilkokula başlayacak, maddi manevi kendimi hazırlıyorum, sürekli çalışmam lazım." (K26-34)

"Aklıma gelmesin istiyorum, unutmak istiyorum. Utandım gidemedim. Aileme kavuşmak buradan çıkınca hedefim. Çocuğum için buradayım. Onu dinledim de geldim." (K29-40)

Sosyal yaşam beklentileri kapsamında ise, bazı katılımcılar geçmişe dair her şeyden uzaklaşmak ve gezmek istediklerini, yurt dışına gitmeyi hedeflediğini belirttiler;

"O dönemde bağımlı olduğum dönemde kullandığım eşyalarımı, gittiğim yerlerin önünden bile geçmek istemiyorum." (v K23-24)

"Tek beklenti iyi kötü bir araba alıp gidip gezebilmek. Üzerine gittikçe her şey kaçıyor çünkü. Biraz zamana bırakmak lazım." (K28-40)

"İlacı bırakacağım, yurtdışına gideceğim." (K27-32)

Gelecekte beklenenler kapsamında bazı katılımcılar, geleceklerini maddesiz ve temiz bir biçimde şekillendirmek istediklerini, tedavide kullandığını ilaçları da yavaş yavaş bırakmaya çalıştıklarını ifade ettiler;

"Önümüzdeki yılları maddesiz planlıyorum." (K3-35)

"Kendime hedefler koymaya çalışıyorum ve sürekli kafamı bu alana yöneltmeye çalışıyorum maddeden uzak durmak istiyorum." (K7-23)

"Maddesiz bir hayat planlıyorum" (K18-23)

"Bilmiyorum şu an yapabilecek miyim bu tedavinin sonucuna gelebilecek miyim diye düşünüyorum, korkularım var sadece, bir şey düşünemiyorum." (K19-28)

"İlacı bıraktım. Bırakıyorum da yavaş yavaş." (K20-28)

"İlacı bırakmak." (K31-28)

Ana Tema 5. Madde kullanımına ilişkin düşünceler

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların madde kullanımına ilişkin düşünceleri incelenmiş olup elde edilen veriler kapsamında değerlendirme yapılmıştır. Bu bağlamda katılımcıların çoğu madde kullanımından uzak durulması gerektiğini, bir kereden bir şey olmaz gibi düşünülmemesi gerektiğini, çünkü maddeye başlandığı andan itibaren devamının geldiğini ifade etmiş, fiziksel ve ruhsal anlamda çok yıprandıklarını dile getirmiş olup görüşlerini "bir daha asla kullanmayacağım" şeklinde ifade ettiler;

"Bir kereden bir şey olmaz demeyin." (K21-25)

"Bir daha asla kullanmayacağım." (K3-35)

"Ben bir daha kullanmayı düşünmüyorum, kimsenin de kullanmasını istemem." (K4-24)

"İnsanlar boşluk duygusuyla asla böyle ortamlara girmesin. Bir deneyelim bile demesin." (K5-21)

"Böyle şeylerden uzak durması lazım. Bir deneyelim bile demesinler, benim 2 yılımı aldı." (K5-21)

"Kimse kullanmasın diyorum." (K6-68)

"Ben yanlış bir yola girdim ve cezamı çektim. Tercih edilebilecek bir şey olduğunu söyleyemiyorum, hatamı anladım. Tercih bile etmeyin." (K7-23)

"Kimse bağımlı olmasın. Sonuç ölüm yoksa başka bir şey değil." (K8-41)

"Anlık yaşıyorsunuz. Valla kesinlikle kullanılsın. Bunun ızdırabını ben hala çekiyorum, çok yıprandım. Beyin, vücut olarak çok büyük yıprandım, yürüyemiyorum bile. Sağlık sorunlarım var. Yollara atıyordum kendimi kullandığımda. Arabanın altına atladım hiçbir şey yokken. 5. Katta oturuyorduk biz, atlamaya kalktım 5 kez. Kullandığımda öyle bir cesaret geliyordu ki, atladığımda hiçbir şey olmayan diye düşünüyordum." (K9-44)

"Eğer madde kullanımı ile ilgili birine bir şey söylemem gerekseydi şu an; başladığınız zaman devamı mutlaka geliyor. Kötü bir şey bu. Eğer bu kadar kötü bir şey olduğunu bilseydim, önceden bunları yaşayacağımı bilseydim asla başlamazdım. Bu kadar bağımlılık yapacağını bende bilmiyordum." (K19-28)

Bununla birlikte bazı katılımcılar maddenin adını bile anmak istemediklerini, stresin madde kullanımını tetiklediğini, bu nedenle stresten uzak durulması gerektiğini, bilmeyen kişilerin, özellikle de çocukların madde kullanımı kapsamında uyarılması ve bilinçlendirilmesi gerektiğini ifade ettiler;

"Maddenin adını bile duymak istemiyorum. Allah kimseye yaşatmasın. Benden ok yararlandılar eşim ailem benden daha çok yıprandı. Ben eşim karşıma çıktığında yaşadığımı fark ettim." (K28-40)

"Adını anmak istemiyorum." (K29-40)

"Ne söylemek isterdim... kesinlikle bilmeyenleri uyarın. İnsanlara hatta küçük çocuklara kadar yayıldı bu şey. Bilmiyorum. Herkes birbirine söylesin bir platform kurulsun, öncesi ve sonrası yapılıyor ya öyle bir şey yapın bence çoğaltın. Çocuklar en başta bilinçlendirilmeli. Çok küçük yaşlarda kullanılıyor artık." (K22-36)

"Ne söylemek isterim.. Bağımlılık çok kötü. Senin elinde değil bir kere. Pişman mıyım.. Çok pişmanım. Ama elimde değildi. Stresten uzak durun. Bu madde denen şey kötülüklerin anası. Rabbim herkese yardım etsin." (K25-37)

Bağımlılığı "her gün ölmek gibi bir şey" olarak tanımlayan katılımcılar, maddenin hiçbir şey için çare olmadığını, madde kullanımının tedavisinde aile desteğinin çok önemli olduğunu, destek ve kişinin iradesi olmadan maddeden kurtulmanın çok zor olduğunu ve mutlaka tedavi olunması gerektiğini vurguladılar;

"Son olarak madde hiçbir şeyin çaresi değil demek istiyorum. Ailevi sorunlar yüzünden bulaşmayın buna." (K2-41)

"Çare ise madde değildir." (K2-41)

"Yani ne diyebilirim ki, kimseye tavsiye etmiyorum, düşmanıma bile. Ailem kötüydü benim, dağınıktı. Aile çok önemli. İnsanlar eksik hissettiği şeylerin yerine koymaya çalışıyor maddeyi. Bu bir çözüm değil." (K14-42)

"Aileniz de arkanızda olacak." (K10-31)

"Maddenin verdiği etkileri artık gereksiz buluyorum. 30'dan sonra anlıyorsunuz. Aileme geri dönememiştım mesela, ilk boşandığımda keşke aileme dönseydim dedim, yaşıım çok küçüktü ve çok cahildim. Allah kimseyi bu yola düşürmesin." (K13-36)

"Aileler dışarı itmesin, konuşmayı denesin. Derdi ne sorsunlar. Aile desteği çok önemli." (K31-28)

"El uzatın onlara. Yoksa bu bataklıktan çıkamazlar. Çünkü destek olmadan olmuyor." (K20-28)

"Kıymetini bilenler için maddenin tedavisi çok önemli. Hayatlarını düzene sokmak istiyorlarsa çok önemli. Tedaviyi mutlaka olsunlar." (K1-27)

"Ne söylenebilir ki, ne söyleyebilirim. Yaşayan bir ölüsünüz. Siz değilsiniz bir kere, hastasınız. Bu olmamalısınız. Önce kendiniz isteyeceksiniz." (K10-31)

"Bence her şeyin eğitim sistemiyle alakalı olması lazım. Yıllar içinde kendinizi kaybetmek ne bileyim farklı bir şey. Bir kere değil her gün ölmek gibi bir şey bu." (K11-27)

"Keşke hiç kullanmasaydım. Kendi iradeniz çok önemli. Bir kişinin iradesi çok önemli." (K12-27)

Sonuç olarak katılımcılar, bağımlılığın çok kötü bir şey olduğunu, madde kullanan kadınların yargılanmaması gerektiğini, tam aksine madde kullanımı olan bireylerin anlaşılması gerektiğini ifade etmiş olup maddenin bir bataklık olduğunu, merak edilmemesi gerektiğini ve kişilerin arkadaş çevrelerine dikkat etmesini vurguladılar;

“Yaşayan biri olarak söylüyorum; bu bir bataklık başka bir şey değil. Tam çıkmak için karar verdiğinizde bile sizi içine çekmek isteyen bir bataklık hem de. Başlamayın, merak etmeyin ve kaçın.” (K17-25)



Sonuç olarak, madde kullanım bozukluğu olan kadınların madde kullanımına ilişkin düşünceleri incelendiğinde, maddenin kötü bir şey olduğu ve insanların arkadaş çevrelerine çok dikkat etmesi gerektiği, maddenin hiçbir şeyin çaresi olarak kullanılmaması, “bir kereden bir şey olmaz” düşüncesiyle hareket etmemesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Çünkü madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılığa ilişkin yaşam deneyimleri incelendiğinde maddenin, fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve

aile yaşamlarını olumsuz etkilediği ve maddeye yaşadıkları sorunların üstesinden gelebilmek için yöneldikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca madde kullanım bozukluğunun tedavisinde aile desteğinin çok önemli bir yeri olduğunu ve maddenin “asla kullanılmaması” gerektiğini vurgulamak gerekmektedir.

7. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık örüntülerine ilişkin yaşam deneyimlerini incelemek amacıyla 31 katılımcıdan elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Literatürde madde kullanım bozukluğunu olan kadınlara ilişkin çalışmalar oldukça sınırlıdır. Gerçekleştirilen araştırmalarda ise madde kullanım bozukluğu olan kadınların maddeye başlama nedenleri incelenmiş olup, kesin bir nedeni bulunmamakta birlikte yaklaşık arkadaş etkisi ve merak temel nedenler arasında belirtilmektedir (Danışmaz Sevin, 2017). Araştırma bulgularımız, alan yazında yer alan çalışmayı destekler nitelikte olup madde kullanım bozukluğu olan kadınların arkadaş çevreleri sebebiyle maddeyle temas ettiklerini göstermektedir. Alan yazında yer alan bir araştırmada, arkadaş çevresinin yanı sıra merakta maddeye başlamanın önemli nedenleri arasındadır (Güleç, Köşger ve Eşsizoglu, 2015). Araştırma bulgularımız alan yazında yer alan araştırmayı destekleyecek nitelikte olup madde kullanımına arkadaş çevresinden sonra en çok sebep olan etken merak olarak ortaya çıkmıştır. Bu durum bize bireylerin madde kullanım bozukluğunu içinde bulunduğu küçük gruplardan öğrendiğini göstermektedir (Zastrow, 2015).

Alan yazında yer alan bir araştırma; madde kullanım bozukluğunun, kişilerin yaşamlarında birbiriyle bağlantılı olan birçok sorunu da beraberinde getirdiğini ve bireylerinde bu sorunlardan kaçış aracı olarak maddeye yöneldiklerini ortaya koymaktadır (Akcan ve diğ., 2000). Araştırma bulgularımız alan yazında yer alan araştırmayı destekleyecek nitelikte olup, madde kullanım nedenleri incelendiğinde yaşanan sorunların etkisi ön plana çıkmış olup kadınların yaşadıkları sorunları untabilmek ya da sorunlarından kaçabilmek için maddeye yöneldiği görülmektedir. Bununla birlikte araştırma bulgularından elde edilen sonuçlara göre, madde kullanım bozukluğu olan kadınların, yaşamlarında karşılaştıkları en büyük sorunun madde

kullanımı olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla madde kullanımı sorunlardan kaçışın simgesi haline gelmekte ve kadınların yaşamlarında en büyük problemlerden birini oluşturmaktadır.

Alan yazında yer alan bir araştırmada madde kullanım bozukluğu olan kadınların genellikle ilk kullandığı maddenin esrar olduğu ve esrarın bağımlılık yapma olasılığının düşük olduğu ortaya konmaktadır (Danışmaz Sevin, 2017). Bununla birlikte bağımlılık yapıcı maddeler arasında en çok denenen maddenin esrar olduğu belirtilmektedir (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2021). Ayrıca alan yazında yer alan bir araştırmada en çok kullanılan madde türlerinden biri olan eroinin, gerek fizyolojik gerekse psikolojik bağımlılık yapma olasılığı oldukça yüksek bulunmaktadır (Güleç, Köşger ve Eşsizoglu, 2015). Araştırmalar metamfetamin maddesini kullanan kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla depresif belirtiler görüldüğü saptanmıştır (Tuchman, 2010). Bu bağlamda araştırma bulgularımız, alan yazında yer alan araştırmaları destekleyecek nitelikte olup, madde kullanım bozukluğu olan kadınların en fazla metamfetamin ile eroin kullandıkları tespit edilmiştir. Metamfetamin kullanımlarında kadınların vücutlarında yaralar meydana geldiği, aşırı zayıflattığı ve bağışıklık sistemini olumsuz etkileyerek bireyin sürekli hastalanmasına neden olduğu saptanmıştır. Eroin kullanımlarında ise, sürekli terleme, ter kokusunda değişiklik, yemek yiyememe, unutkanlık, aşırı uyku hali ve içe kapanma gibi etkiler meydana getirdiği tespit edilmiştir.

Araştırmalarda, kadınların ilk madde kullandıklarında sahte iyilik hali yaşadıklarını ancak maddenin etkisi geçtikçe kendilerini kötü hissettiklerini belirtmişlerdir. (Albright ve Rayburn, 2009). Araştırma bulgularımız kapsamında elde edilen veriler alan yazında yer alan araştırmaları desteklemektedir. Çünkü araştırma bulgularımızda madde kullanım bozukluğu olan kadınların, maddeyi ilk denediklerinde sahte iyilik hali ve mutluluk yaşadığı ancak maddenin etkisi geçtikçe bir çöküntü hissinin ortaya çıktığı saptanmıştır.

Araştırmalar, madde kullanım bozukluğu olan kadınların madde kullanımı boyunca aileleriyle ilişkilerinin bozulduğunu, iş bulmakta güçlük çektiklerini ve ekonomik sorunlarla karşılaştıklarını, damgalamaya maruz kaldıklarını ortaya koymakta olup maddenin alınmaması durumunda bireyin yoğun yoksunluk belirtileri

yaşadığı belirtilmektedir (Akcan ve diğ., 2000). Araştırma bulgularımız, madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık sürecinde ailesel sorunlar kapsamında; aileleriyle olan ilişkilerinin zayıfladığını, fizyolojik sorunlar kapsamında; madde kullanımına bağlı olarak sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ve maddenin alınmadığı zaman bireyin yoğun yoksunluk belirtileri yaşayarak krize girdiği saptanmıştır. Ekonomik ve toplumsal sorunlar kapsamında; madde kullanım bozukluğu olan kadınların maddi yönden sıkıntı yaşadıklarını, bağımlılık sürecinde işsiz kaldıklarını ve iş bulmakta güçlük çektikleri tespit edilmiştir (İmir, 2019). Alan yazında yer araştırmalar, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin maddeye ulaşabilmek için ekonomik engelleri kaldırmak adına suça yöneldiklerini de vurgulamaktadır (Aycan ve diğ., 2000). Bu bağlamda araştırma bulgularımızda da madde kullanım bozukluğu olan bazı katılımcılar, maddeyi temin etmek için parayla satın aldıklarını veya arkadaşları aracılığıyla maddeyi temin ettiklerini ifade etmiş olup bazı katılımcılar ise, hırsızlık ve gasp gibi suç işlediğini, bu sebepten de cezaevinde bir süre kaldığını belirtmiştir.

Ayrıca araştırmalar madde kullanımı olan kadınların zaman içinde sosyal çevreleriyle ilişkilerinin azaldığını, madde kullanan kadınların madde kullanmayan arkadaşlarıyla ilişkilerini sonlandırdığı belirtilmektedir (Danışmaz Sevin, 2017). Bu bağlamda araştırma bulgularımız sonucunda da madde kullanım bozukluğu olan kadınların arkadaş çevrelerinden uzaklaştığı ve çevrelerini tamamen değiştirdikleri sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırmalar, Türkiye’de madde kullanım bozukluğu kapsamında uygulanan tedavi ve terapi yöntemlerinin cinsiyetlere göre farklılaştığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda kadınların tedaviye başvurma ihtiyaçları incelendiğinde, genellikle yoğun fizyolojik ve psikolojik etkilerin yaşanması karşımıza çıkmaktadır. Ek olarak alan yazında yer alan araştırmalar da madde kullanım bozukluğu olan kadınların, madde kullanımına ilişkin utanç veya suçluluk duygusu hissettikleri saptanmıştır (Sevinç ve Erbay, 2008). Araştırma bulgularımız, alan yazında yer alan araştırmalardan farklı olarak madde kullanım bozukluğu olan kadınların maddeyi bırakmak istediklerini ancak madde alımını durduramadıklarında tedavi ihtiyacı hissettiklerini ortaya koymaktadır.

Araştırmalar, madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedaviye ilişkin motivasyonlarının, yaşamlarında karşılaştıkları sorunların artış göstermesine bağlı olarak değişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda bireyin yaşamlarında karşılaştığı sorunlar arttıkça maddeyi bırakma motivasyonlarının da artış gösterdiği belirtilmektedir (Evren ve diğ. 2008). Madde bağımlısı bireylerin madde kullanımına bağlı yaşadıkları sorunlar artış gösterdikçe maddeyi bırakma yönündeki motivasyonları da artmaktadır (Erükçü Akbaş ve Mutlu, 2016). Araştırma bulgularımız incelendiğinde ise, araştırmamıza katılım gösteren madde kullanım bozukluğu olan kadınların çoğunluğunun tedavi motivasyonlarının yüksek olduğu ve tedavi olmayı kendilerinin istediğini ortaya koymakta olup alan yazında yer alan araştırmaları destekler niteliktedir. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan bir insanın madde kullanım sorunlarından kurtulması için ilk önce kendi düşünce ve inançlarında değişime gitmesi gerekmekte olup kişinin karar vermesi ve iradesi büyük önem taşımaktadır (Çırakoğlu ve arkadaşları; 2005).

Araştırmalar, kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmada büyük güçlük çektiğini, yaşadıkları damgalama sorunu sebebiyle tedaviye başvurmaktan kaçındıklarını belirtmektedir (İsveç Hükümeti Resmi Raporları, 2011). Ayrıca alan yazında yer alan başka bir araştırma da kadınlara yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu, yatak kapasitesinin erkeklere kıyasla çok az olduğu, kadınlara özel tedavi programlarının olmadığı tespit edilmiştir (Laanemets, 2002). Araştırma bulgularımız incelendiğinde, madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yönelik sağlık hizmetleri kapsamında genellikle ilaç tedavisi uygulandığını, psikolog veya psikiyatrist tarafından düzenli görüşmelerin yapıldığını ortaya koymaktadır. Ancak katılımcılara tedavi hizmetlerin yeterli olup olmadığı sorulduğunda ise, sunulan sağlık hizmetlerinin alan yazında belirtilen sebeplerle tutarlı olarak yetersiz bulunduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamız kapsamında madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedaviye başvurmalarında engel olan ya da geciktiren etmenler de değerlendirilmiştir. Bu bağlamda araştırma bulguları, katılımcıların büyük çoğunluğunun tedavi sürecinde herhangi bir engelle karşılaşmadığı tespit edilmiştir. Buna karşın tedavilerinin önündeki engellerin başında, aile desteğinin olmaması ile birlikte kadınların erkeklere göre daha fazla damgalamaya maruz kaldıkları ve bağımlılıklarını kabul etmedikleri ön plana çıkmıştır. Bu kapsamda madde kullanım bozukluğunun, sadece bireysel değil

aynı zamanda bir aile hastalığı olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Araştırmalar da aile üyelerinden birinin madde kullanım bozukluğuna sahip olması durumunda, uygulanabilecek bütün tedavi süreçlerinde aile katılımının gerekliliğini vurgulamaktadır (Ögel, 2007). Bu bağlamda ailelerin tedavi süreçlerine katılımının sağlanması, madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavi süreçlerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Araştırmalar madde kullanım bozukluğu olan kadınların, damgalanma sorunu sebebiyle tedavi sürecine katılamadığını ve alan yazındaki verilerin bu sebeple yetersiz ve sınırlı sayıda olduğunu ortaya konmaktadır (Altıntop, 2017). Ayrıca kadınların maruz kaldıkları damgalama sonucunda haklarını savunamadıklarını ve aldıkları yanıtların yetersiz olduğu da araştırma bulgularımızda saptanmıştır.

Sonuç olarak araştırma bulgularımızı biyopsikososyal model bağlamında özetlemek gerekirse, madde kullanım bozukluğunu bütüncül bir bakış açısıyla ele alındığını, madde kullanım bozukluğu olan kadınların; maddeye başlama nedenleri, maddeyle tanışma öyküleri, bağımlılık sürecinde yaşadıkları sorunları, tedaviye başvurma gereksinimleri ve motivasyonları ile tedavi sürecinde yaşadıkları değişimleri, tedavi sonrasında ise bağımlılıkla mücadele olması gereken sistemlere ilişkin önerileri, gelecek beklentileri ve madde kullanımına ilişkin görüşleri incelenmiştir. Bu bağlamda bireylerin içinde bulunduğu her dönem detaylı bir biçimde ele alınmıştır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık örüntüleri kapsamında, madde kullanım öncesi, madde kullanımı, madde kullanımına ilişkin tedavi sürecini ve tedavi sonrası yaşam deneyimlerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Madde kullanım bozukluğu olan kadınların, madde kullanım öncesinde aile ilişkileri incelenmiş olup, aile ilişkilerinin iyi olmadığı ve şiddete maruz kaldıkları ön plana çıkmış olup araştırmanın önemli sonuçlarından birini oluşturmaktadır. Bununla birlikte madde kullanım öncesi dönemde, kadınların yaşamlarında karşılaştığı en büyük problemin madde kullanmak olduğu ve madde kullanımına bağlı sağlık sorunları yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Yaşadıkları problemlerin üstesinden gelebilmek için destek mekanizmaları incelendiğinde ise; katılımcıların çoğunun aile desteğine sahip olduğu görülmektedir. Bu bağlamda madde kullanım öncesinde aile ilişkilerinin iyi olmadığını ve şiddete maruz kaldığını belirten kadınların, yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarda ailelerinden destek aldığı çarpıcı sonuçlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Madde kullanım dönemine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen bilgiler doğrultusunda, kadınların madde kullanımına ilişkin bilgilerinin olmadığı, arkadaş çevreleri aracılığıyla maddeyle tanıştıkları ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte madde kullanım nedenleri kapsamında, katılımcıların şiddete maruz kalması ya da tanıklık etmesi ön plana çıkmıştır. Araştırma sonuçları kapsamında ortaya çıkan çarpıcı sonuçlardan biri, madde kullanım bozukluğu olan kadınların yaşamlarında karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmek için maddeye yöneldikleri sonucuna varılmıştır. Madde kullanım dönemlerine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında katılımcıların ilk madde kullanımında sahte bir iyilik hali hissettikleri ancak sonrasında çöküntü hissi yaşadıkları ortaya çıkmıştır. İlk madde kullanımlarını paylaşma deneyimlerinde ise, katılımcıların çoğunun madde deneyimini ilk aileleriyle paylaştığı saptanmıştır. Ayrıca bazı katılımcıların paylaşım sürecinde de şiddete maruz kaldığı ortaya çıkan önemli sonuçlardan birini oluşturmaktadır.

Araştırma yer alan katılımcıların çoğunun metamfetamin ve eroin kullandığı, bu bağlamda fiziksel, psikolojik, davranışsal etkiler yaşadıkları karşımıza çıkmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan kadınların ve erkeklerin maddeyi hangi yollarla temin ettiği incelenmiştir. Bu bağlamda kadınların, maddeyi çoğunlukla satıcıdan parayla satın aldıklarını sonucuna ulaşılmaktadır. Ayrıca kadınların ve erkeklerin farklı yollar kullandığı, kadınların maddeye daha kolay ulaştığı sonucuna varılmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık süreçlerinde kadın olarak yaşadıkları sorunlar incelendiğinde, kadınların ailesel, fizyolojik, çevresel, psikolojik, ekonomik ve toplumsal sorunları daha fazla yaşadığı, şiddete daha fazla maruz kaldıkları ve maddeyi kullanmamak için çok çaba gösterdikleri ön plana çıkmıştır. Elde edilen bir diğer sonuç madde kullanımının hem bireyler hem de aile üyeleri üzerinde olumsuz etkileri bulunmakta olup madde kullanımı olan kadınlar sosyal çevreleri tarafından damgalamaya maruz kalmaktadır. Dolayısıyla birey sosyal çevresi tarafından dışlanmakta ve ailevi ilişkileri zedelenmektedir. Bu bağlamda bireyin, ailenin ve toplumun madde kullanım bozukluğuna ilişkin bilgisi ve farkındalığı arttıkça, bireylere yönelik damgalamanın da azalacağı düşünülmektedir.

En önemli sonuçlardan bir diğeri ise kadınların ekonomik sorunlarla karşılaşmasıdır. Bu bağlamda madde kullanımı sebebiyle kadınların işsiz kaldığı, maddi zorluklar yaşadığı, maddeyi bırakabilmek için çok çaba gösterdiği ve bırakamadıkları süreçte de maddeye ulaşabilmek için suç işledikleri ortaya çıkmıştır. Bağımlılık süreçlerinde madde kullanım bozukluğu olan kadın katılımcıların yaşadığı sorunların başında ise “şiddete maruz kalmak” gelmektedir.

Madde kullanım tedavisine ilişkin yaşam deneyimleri kapsamında elde edilen bilgiler doğrultusunda ise; bireyin tedavi ihtiyacını fark etme süreci, tedaviye ilişkin motivasyonu, tedavi sürecinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri, tedavi döneminde yaşamlarında karşılaştıkları değişimler ve tedaviye başvurmalarını engelleyen ya da geciktiren etmenler ön plana çıkmıştır. Araştırmamıza katılım gösteren madde kullanım bozukluğu olan kadınların çoğunluğunun psikolojik etkiler sebebiyle tedaviye ihtiyaç duyduğu ortaya çıkmıştır. Psikolojik etkiler kapsamında, kadınların madde bırakmak istemesine rağmen kendilerini durduramadıklarında tedaviye ihtiyaç duyduğu sonucuna varılmıştır. Tedaviye ilişkin motivasyonlar

incelendiğinde ise, katılımcıların tedavi olmayı kendilerinin istediği ortaya çıkmıştır. Tedavi süreçlerinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri incelendiğinde ise kadınların, çoğunlukla ilaç tedavisinden yararlandıkları ancak sunulan hizmetlerin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Yetersizlik kapsamında, tedavide sürekliliğin sağlanamaması, kadına yönelik hizmetlerin olmaması, yatak sayısının olmaması, yatan diğer hastaların olumsuz etkilemesi, çok fazla ilaç verilmesi örnek gösterilebilir. Son olarak tedavi sürecine başvuruyu geciktiren veya engelleyen etmenler incelendiğinde, aile desteğinin olmaması karşımıza önemli bir sorun olarak çıkmaktadır. Çünkü madde kullanım öncesinde katılımcıların çoğu, yaşadıkları problemlerin üstesinden gelebilmeleri için ailelerinin desteklediğini belirtmiş olmasına karşın tedavi sürecinde aile desteğini göremedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum madde kullanım sürecinde aile ilişkilerinin oldukça zarar gördüğü kanıtlar niteliktedir.

Sonuç olarak madde kullanımının tedavi döneminde yaşanan değişimler kapsamında elde edilen veriler incelendiğinde; madde kullanım bozukluğu olan en başta bireysel değişimler yaşadıkları görülmektedir. Bireysel değişimler kapsamında ise maddesiz yaşamın güzelliği ön plana çıkmış olup katılımcıların hataların ilişkin farkındalık kazandığı ortaya çıkmıştır. Bireylere, ailelere ve topluma madde kullanımına ilişkin eğitimler verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Çünkü, bağımlı bireylerin madde kullanım sürecinde yaşadığı sorunlarda destek mekanizmasının sınırlı düzeyde kalması tedavi süreçlerini olumsuz etkilemekte olup tedaviye başvurmalarını engelleyen etmenlerin de başında gelmektedir. Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olan kadınların işlevlerini yerine getirebilmesine yardımcı olacak sosyal politikalarında geliştirilmesi önemlidir.

Madde kullanım bozukluğunun tedavisi bireylerin sağlığını ilgilendiren bir sorun gibi görünse de bireyin tüm çevresine yansımaktadır. Buna rağmen uzun seneler boyunca madde kullanım bozukluğunun tedavisi yalnızca bireyler üzerinden yürütülmüş olup bireyin ailesi veya sosyal çevresi tedavi sürecine dahil edilmemiştir. Bu bağlamda ailelere bağımlılık süreci, bağımlılığının nedenleri, bağımlı bireyin karşılaştığı sorunlar ve kullanılan maddelerin zararları ile ilgili bilinçlendirme eğitimlerinin yapılması gerektiği düşünülmekte olup var olan çalışmaların ise geliştirilmesi önerilmektedir.

Araştırma madde kullanım bozukluğu olan kadınlarla gerçekleştirilmiş olup, kadınların bağımlılık sürecinde karşılaştığı sorunları, damgalamayı önlemek için aile sistemi ve sosyal çevrelerinin harekete geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda sunulan hizmet modellerinde kadınların sosyal yaşam sürecine yeniden katılmaları sağlanmalı, tedavi sürecine dahil edilmesi önerilmektedir.

Araştırmamızın en önemli sonuçlarından biri olan, tedavi sonrası yaşam kapsamında kadınların çalışmak istemeleri olmuştur. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan kadınlara istihdam imkanının sunulması, tedavi sonrasında sosyal işlevselliklerini kazanabilmeleri ve topluma yeniden entegre olabilmelerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Ayrıca araştırma bulgularımızda madde kullanım bozukluğu tedavi yöntemlerinde, genellikle ilaç tedavisiyle düzenli görüşmelerin yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte tedavi süresinin kısa olması, kadınlara yönelik ihtisaslaşmış hizmetlerin olmaması ve yatak sayısının da çok az olması, madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedaviye başvuru sürecini ve tedavi olmasını engellemektedir. Bu bağlamda AMATEM servislerinde kadınlara ihtisaslaşmış bir birim oluşturulması ve bu birimde kadınların gereksinimlerine yönelik hizmetlerin sunulması önerilmektedir. Dolayısıyla tedavi sürecinin başarılı bir şekilde geçirilmesi sağlanacak olup kadınların tedaviye ilişkin motivasyonlarının da artacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızın en önemli sonuçlarından biri kadınların adli vaka sebebiyle zorunlu yatışlarının yapılmasına rağmen tedavi sürecinin 21 gün olarak belirlenmesidir. Tedavi süresinin kısa olması, bireylerin sunulan hizmetlerden yeterli ölçüde yararlanamamasına neden olmaktadır. Bu kapsamda araştırma bulgularımızda, madde kullanım bozukluğu olan kadınların, sunulan hizmetlerin yetersizliğini tedavi sürecinin kısa olmasıyla ilişkilendirdiği görülmektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan kadınlar yatışını kendi istemiyle gerçekleştirmeye çalışsa da yatak sayısının yetersizliği sebebiyle uzun süre beklemek zorunda kalmaktadır. Bu bağlamda kadınlara yönelik geliştirilecek hizmetlerde tedavi süresinin uzun tutulması, kadınlara ihtisaslaşan özel tedavi programlarıyla birlikte

madde kullanım bozukluğuna ilişkin tedavi sunan kurum veya kuruluşların fiziksel koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir.

Bununla birlikte bireylerin sosyal aktiviteler dahil olmak üzere hem bireylere hem de ailelere yönelik bilinçlendirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi gerektiği ve madde kullanım bozukluğu olan kadınların tedavisinde ailelerinin ve sosyal çevrelerinin de tedavi sürecine dahil olacağı hizmetlerin planlanması önerilmektedir.

Araştırmamızın gerçekleştirildiği AMATEM servisi, madde kullanım bozukluğuna ilişkin tedavilerin gerçekleştirildiği kurumların başında gelmektedir. Ancak personel eksikliği ve iş yoğunluğu göz önünde tutulduğuunda yatışı gerçekleştirilen madde kullanım bozukluğu olan kadınlar için yeterli zamanın ayrılamadığını ve kadınlara ihtisaslaşmış tedavi programlarının uygulanamadığını söylemek mümkündür. Bu nedenle AMATEM servislerinde görevlendirilmek üzere psikiyatrist, psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanlarının istihdamının artırılması gerektiği düşünölmektedir. Ayrıca AMATEM servislerinin yatak kapasitesinin artırılması ve kadın servislerinin de hizmete açılması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda madde kullanımı olan kadınlara yönelik bireysel tedavi planlarının oluşturulacağı, yeterli hizmet sunumunun sağlanabileceği düşünölmektedir.

Özetlemek gerekirse madde kullanım bozukluğu alanı, sosyal hizmet mesleğinin çalışma alanlarından biri olarak karşımıza çıkmakta olup birey, grup ve toplum düzeylerinde müdahaleler gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda sosyal hizmet disiplini, sadece bireyin iyilik halini arttırmaya çalışmamakta aynı zamanda ailelerle de çalışmaların yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Toplum düzeyinde ise madde kullanım bozukluğu hakkında farkındalık yaratarak damgalamaların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla sosyal hizmet disiplini ile bağımlılığa bütöncöl bir bakış açısı ile bakıldığını söylemek mümkündür. Bu bağlamda kadınların eğitim, istihdam, sağlık vb. alanlara erişimlerinin sağlanması, yaşanması muhtemel olan problemlerin önüne geçilmesi ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlara destek mekanizmalarının oluşturulması sosyal hizmet disiplini kapsamında gerçekleştirilmektedir. Sosyal hizmet disiplini, madde kullanım bozukluğu olan kadınların destek mekanizmalarının geliştirilmesi, kadınların toplumla uyumlarının sağlanabilmesi için istihdam alanlarının yaratılması, aktiviteler oluşturularak bireye

davranışsal becerilerin kazandırılması, haklarına ve hizmetlere erişimlerinin sağlanarak güçlü yönlerinin keşfedilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Son olarak, politikaların geliştirilmesinde ve yürütülmesinde, madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yeterli hizmetlerin sunulmasında ve gereksinimlerinin tespit edilmesinde sosyal hizmet mesleği büyük önem taşımaktadır. Sosyal hizmet mesleği, madde kullanım bozukluğunu biyopsikososyal yaklaşım odağında bütüncül bir bakış açısıyla ele almakta madde kullanımının önlenmesinde, tedavi edilmesinde ve tedavi sonrasında kadınların toplumla yeniden bütünleşmesinde önemli rol üstlenmektedir. Sonuç olarak sosyal hizmet disiplini, kadınların bağımlılık sürecinde yaşadıkları sorunların çözülmesinde önemli katkılar sağlayacaktır. Bu çalışmanın ulusal bağlamda yapılması, madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık örüntülerine ilişkin detaylı bilgi sunulmasında ve bu alanla ilişkili alınacak önlemler ile geliştirilebilecek hizmetler açısından büyük önem taşımaktadır.

9. KAYNAKLAR

Adaman, F. ve Keyder, Ç. (2006). Türkiye’de büyük kentlerin gecekondu ve çöküntü mahallelerinde yaşanan yoksullukve sosyal dışlanma. Erişim Tarihi: 15 Mart 2017,
http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/study_turkey_tr.pdf.

Ahern, J., Stuber, J. ve Galea, S. (1997). Stigma discrimination and the health of illicit drugusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (2-3), 188-196.

Akgül A, Kaptı A. Türkiye'nin Uyuşturucu ile Mücadele Politikası: Politika Süreç Analizi. İçinde: Özeren S, Sözer MA, Demir OÖ, (eds.). *Yerelden Küresele Sınırşan Suçlar*. Polis Akademisi Yayınları: Ankara; 2010, s: 75-99.

Akgül A, Kaptı A. Türkiye'nin Uyuşturucu ile Mücadele Politikası: Politika Süreç Analizi. İçinde: Özeren S, Sözer MA, Demir OÖ, (eds.). *Yerelden Küresele Sınırşan Suçlar*. Polis Akademisi Yayınları: Ankara; 2010, s: 75-99.

Akıncı, H. (2017). *Madde Bağımlılığı ve Manevi Destek* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi]

Akıncı, H. (2017). *Madde Bağımlılığı ve Manevi Destek* [Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi]

Aki Laakso, Amy R. Mohn, Raul R. Gainetdinov, and Marc G. Caron (2002). Experimental genetic approaches review to addiction. *Neuron*. 36, 213–228.

Akkurt Yalçıntürk, A. (2017). Gebelikte Madde Kötüye Kullanımı ve Hemşirelerin Sorumlulukları. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 1(2), 45-50.

Akman, M. ve Ünalın, P. (2010). *Biyopsikosoyal Yaklaşım*. N. Bozdemir ve İ. Kara (Ed.), *Birinci Basamakta Tanı Ve Tedavi İçinde* (22-24), Adana: Nobel Tıp Kitabevi.

Albayrak, S. ve Balcı, S. (2014). Gençlerde Madde Bağımlılığı Ve Önlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (2), 30-37.

Albright B B, Rayburn W F. Substance abuse among reproductive Age Women. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2009; 36(4):891–906

Alexander I. Stiby¹ , Matthew Hickman¹ , Marcus R. Munafò² , Jon Heron¹ , Vikki L. Yip³ & John Macleod¹ (2014). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *The Authors*. 110, 658–668

Altıntaş H., Temel F., Benli, E., Çınar G., Gelirer, Ö., Gün, F.A., Kernak, A., Kundakçı, N. (2004). Tıp Fakültesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı İle İlgili Bilgi, Görüş Ve Tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, 5(3).

Altıntop, M. (2017). Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerine Başvurmuş 18-24 Yaşları Arasındaki Bireylerin Tedavi Süreçlerine Bakış Açıları: Diyarbakır Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi]

Amanda Roxburgh, Toby Lea , John de Wit , Louisa Degenhardt (2016). Sexual identity and prevalence of alcohol and other drug use among Australians in the general population. *International Journal of Drug Policy*. 28, 76-82.

Anastasi E, Borchert M, Campbell OM, Sondorp E, Kaducu F, Hill O, et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? a mixed methods study in northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:287. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0695-9>.

Andreas Heinz, Carolina Catunda, Claire van Duin, Torbjørn Torsheim, Helmut Willems (2020). Patterns of health-related gender inequalities: a cluster analysis of 45 countries. *Journal of Adolescent Health* 66, 29-39.

Andrew Gibbs, Kristin Dunkle, Leane Ramsoomar, Samantha Willan, Nwabisa Jama Shai, Sangeeta Chatterji, Ruchira Naved & Rachel Jewkes (2020). New learnings on drivers of men's physical and/or sexual violence against their female partners, and women's experiences of this, and the implications for prevention interventions. *Global Health Action*. 1 (13), 5-13. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1739845>

Andrew Muzyk, PharmD, Zachary P.W. Smothers, Dennis Akrobetu, Jennifer Ruiz Veve, Mark MacEachern, Jeanette M. Tetrault, and Larry Gruppen, (2019). Substance use disorder education in medical schools: a scoping review. *Academic Medicine*. 11 (94), 1825-1834.

Andrew O'Hagan, Marnie Wilson (2018). Women and substance abuse: gender-specific social, biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research & Criminology International Journal*. 6 (2), 90–98.

Andrew O'Hagan, Marnie Wilson (2018). Women and substance abuse: gender-specific social, biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research & Criminology International Journal*. 2 (6), 92-97.

Angélica Meinhofer, Jesse M. Hindes, Mir M. Alic (2020). Substance use disorder treatment services for pregnant and postpartum women in residential and outpatient settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 110, 9-17.

Arfken CL, Klein C, diMenza S, Shuster CR. Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20:53–7

Arıkan, Z. (2012). Madde Bağımlılığı, Düzeltme, Nüks Ve Önlenmesi. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. İstanbul: Pozitif Matbaa.

Arıkan, Z., Genç, Y., Etik, Ç., Aslan, S., & Parlak, İ. (2004). Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 52-56.

Arslan, H. (2016). Ankara İli Polatlı İlçesindeki Ailelerin Sosyoekonomik Düzeyleri ve Aile İçi İlişkiler Temelinde 13-18 Yaş Gençlerde Madde Bağımlılığı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.

Ashley, O.S., Marsden, M.E. & Brady, T.M. (2003). Effectiveness Of Substance Abuse Treatment Programming For Women: A Review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29,1, 19-53.

Ateş, K. (2018). Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]

Babahanoğlu, R. (2020). Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbirine Tabi Tutulan Yetişkin Erkeklerde Damgalama ve Aile Aidiyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi]

Baldwin, M.L. & Marcus, S.C. (2014) Zihinsel ve Madde Kullanım Bozukluklarının Üzerine Etkisi İstihdam Geçişleri. *Sağlık Ekonomisi*, 23, 332–344.

Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri Ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(1), 231-274.

Barrett RJ. (1985). Behavioral Approaches to Individual Differences in Substance Abuse. In: Galizio M, and Maisto SA, (Ed.). Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors. Springer Science Business Media: New York; 1985, s: 425-431.

Başak Ünübol, Elif Çinka, Rabia Bilici, Seyhan Hıdıroğlu (2019). Investigation of psychological, family and environmental problems experienced by addict women. Kadem Kadın Araştırma Dergisi 1 (5), 99-131.

Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(1), 23-28.

Baykara Acar Y. (2004). Cinsel Suçtan Hükümlü Çocukların Yaşam Öyküsü Çalışması ve Grupla Sosyal Hizmet Uygulaması [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]

Beata, J., Zimowska, K., Bednarek, A., Giguere, M., Orłowski, W., Sawicka, M. (2021). The specificity of the use of bibliotherapy as an element of psychiatric rehabilitation in a group of patients suffering from schizophrenia. Adv Psychiatry Neurol, 30 (4), 278-286.

Beck J. Drinking for two: there ought to be a law. US J Drug Alcohol Depend 1990; 14:5.

Bello, J.K., Baxley, C., Weinstock, J., 2021. Preconception health services for women with opioid use disorder (OUD): a review and best practice recommendation. Transl. Issues Psychol. Sci. 7 (2), 154–165. <https://doi.org/10.1037/tps0000242>.

Bello, J.K., Salas, J. Grucza, R. (2022) Preconception Health Service Provision Among Women With And Without Substance Use Disorders. Drug and Alcohol Dependence, 230, 109194.

Beth Collinson & Lauren Hall (2021). The role of social mechanisms of change in women's addiction recovery trajectories. Drugs: Education, Prevention and Policy. 5 (28), 426-436. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1929077>

Beth Collinson, Lauren Hall (2021). The role of social mechanisms of change in women's addiction recovery trajectories. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 5 (28), 426-436. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1929077>

Betts, K.S., Kisely, S. & Alati, R. (2021). Prenatal Cannabis Use Disorders And Offspring Primary And Secondary Educational Outcomes. *Society for the Study of Addiction*, 117, 425–432.

Blythe E. Rhodes¹ , Nisha C. Gottfredson¹ , and Lauren M. Hill¹(2018). Desistance and treatment seeking among women with substance use disorders. *Qualitative Health Research*. 8 (28), 1330–1341. <https://doi.org/10.1177/1049732318767637>

Booth, B.M., Staton, M. & Leukefeld, C. (2001). Substance Use Health Services Research. *Substance Use & Misuse*, 36,6-7, 673-683.

Bozbey, S. (2015). Madde Kötüye Kullanımı veya Madde Bağımlılığı Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlere Eşlik Eden Psikiyatrik Bozuklukların İncelenmesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul.

Bray J, Zarkin G, Ringwalt C, Qi J. The relationship between marijuana initiation and dropping out of high school. *Health Econ* 2000; 9: 9–18.

Brenda M. Booth, Michele Staton & Carl Leukefeld (2001). Substance use health services research. *Substance Use & Misuse*. 6 (37), 673-683.

Brendan Loi, Toby Lea & John Howard (2017) Substance use, mental health, and service access among bisexual adults in Australia. *Journal of Bisexuality*. 17 (4), 400-417.

Bruce C Ballon, Christine MA Courbasson, Patrick D Smith (2001). Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. *Can J Psychiatry*. 46, 617–621.

Buchanan, J. ve Young, L. (2000). Examining the relationship between material conditions long-term problematic drug use and social exclusion, experiencing poverty, edited by jonathan bradshaw and roy sainsbury, England: Ashgate Publishing.

Byrant AL, Schulenberg JE, O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD. How academic achievement, attitudes and behaviors relate to the course of substance use during adolescence: a six year multi-wave longitudinal study. *J Res Adolescence* 2003; 13: 361–39.

Carey V. Johnson MS , Matthew J. Mimiaga ScD MPH & Judith Bradford PhD (2008). Health care issues among lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) populations in the United States: introduction. *Journal of Homosexuality*. 54 (3), 213-224.

Carla Treloar Max Hopwooda , Kerry Drysdale ve , Martin Holt bir Peter Aggletona , Joanne Bryant, Toby Leaa, Gary W Dowsett (2021). Kilit bilgi kaynakları tarafından anlaşıldığı şekliyle damgalama: Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin seks için kristal metamfetamin kullanımına sosyal ekolojik bir yaklaşım. *Uluslararası İlaç Politikası Dergisi* 94, 103-229.

Carroll, J., 2019. *Narkomania: Drugs, HIV, and Citizenship in Ukraine*. Cornell University Press.

Carroll, J.J., El-Sabawi, T. & Ostrach, B. (2021). Hamilelikte Madde Kullanımını Cezalandırmanın Zararları. *Uluslararası İlaç Politikası Dergisi*, 98, 103433.

Chandni Joshi, Margie R. Skeer, Kenneth Chui, Gagan Neupane, Reecha Koirala, Thomas J. Stopka (2021). Women-centered drug treatment models for pregnant women with opioid use disorder: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 226, 2-9.

Chatterji, P. (2006) Illicit Drug Use And Educational Attainment. *Health Economics*, 15, 489–511.

Christopher S.Carpenter, Tim A. Bruckner, Thurston Domina, Julie Gerlinger, Sara Wakefield (2019). Effects of state education requirements for substance use prevention. *Health Economics*. 28, 78–86.

Cingöz, A.M.H. (2018). *Madde Bağımlılığı ile Mücadelede Sivil Toplum Örgütlerinin Rolü (Bay-Der Örneği)* [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]

Covington S.S. (2002). *Handbook of addiction treatment for women: theory and practice. Helping women recover: creating gender-responsive treatment*. The S.L.A. Straussner & S. Brown.

Creswell J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design*. CA: Sage Publications. Thousand Oaks.

Çakır, Ö. (2002). Sosyal dışlanma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,4, 83-104.

Çetin, Y. (2013). *Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi]

Çetin, Y. (2013), “Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı”, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Çırakoğlu, O. C., ve Işın, G. (2005). Perception of drug addiction among Turkish University students: causes, cures, and attitudes. *Addictive Behaviors*, 30 (1), 1-8.

Çubuk Knighta, Joshua Edwardd, Patrizia Carrierie, Jean Kürek, Nadia Fairbairna, Anna Carsona, Evan Wooda, Danya Fasta (2019). Metamfetamin kullanan erkeklerle seks yapan gey, biseksüel ve diğer erkekler arasında madde kullanımı ve cinsel riske yönelik müdahaleler: Sistematik bir derleme. *Uyuşturucu ve Alkol Bağımlılığı*. 194, 410–429.

Dalbastı, B. (2018). *Erişkinlerde Madde Kullanım Bozukluğunun Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları ile İlişkisi* [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]

Danışmaz Sevin, M. ve Erbay, E. (2019). AMATEM’de ikinci kez tedavi gören madde bağımlılarının madde kullanımına ilişkin yaşam deneyimleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 6, 689–714.

Daniel D. Squires, Stephen J. Gumbley , Susan A. Storti (2008). Training substance abuse treatment organizations to adopt evidence-based practices: The Addiction Technology Transfer Center of New England Science to Service Laboratory. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 34, 293 – 301.

Danielle O’Rourke-Suchoff, Lauren Sobel, Erica Holland, Rebecca Perkins, Kelly Saia, Shannon Bell (2020). The labor and birth experience of women with opioid use disorder: A qualitative study. *Women and Birth*. 33, 592-597.

Daşbaşı, S., Polat, G., Kesen, N. F. (2014). Genelci yaklaşım açısından madde bağımlısı çocuklara yönelik sosyal hizmet müdahalesi. In E. Atamtürk & E. Yaman

(Yay. Haz.), Sosyal Hizmet Sempozyumu 2013: Türkiye’de Çocuğun Refahı ve Korunması: Kapsayıcı bir yaklaşım arayışı (s. 287-300). Gündem Çocuk Derneği Yayını. Kocaeli.

David Otiashvili, Irma Kirtadzea, Kevin E. O’Grady, William Zulec, Evgeny Krupitsky, Wendee M. Wechsbergc, Hendrée E. Jones (2013). Access to treatment for substance-using women in the Republic of Georgia: Socio-cultural and structural barriers. International Journal of Drug Policy. 24, 566-572.

DEMİR, Nilüfer Ö.; (2006), “Ailedeki Madde Bağımlılığının Ergenin Sapmış Davranışlara Yönelmesindeki Etkisi: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği”, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Cilt:23 sayı0:1 SS: 119-129.

Derin, M., & Tapan, M. G. (2017). Madde Bağımlılığı ve Sosyal Dışlanma. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (10), 26-36.

Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-5-TR). American Psychiatric Association. Washington, DC; 2022.

Dilek Güldal¹ , Selin Bozdağ² , Demet Çelikkaya³ , Tolga Günvar (2019). LGBTİ bireylerin sağlık hizmeti alma deneyimleri: niteliksel bir çalışma. Jour Turk Fam Phy. 4 (10), 194-205.

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

Doğan O. Sivas ilindeki lise öğrencilerinde madde kullanım yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2001;2; 53-6

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content Analysis: Method, Applications, And Issues. Health Care For Women International, 13(3), 313-321.

Duman, N. (2001). Uçucu madde bağımlılığı olan çocuk ve gençlere yönelik sosyal hizmet. V. Duyan, A.M. Aktaş (Ed.). Prof. Dr. Nihal TURAN’a Armağan: Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları içinde (s.86-100). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 008, Aydınlar Matbaası.

Duman, N. (2001). Uçucu Madde Bağımlılığı Olan Çocuk ve Gençlere Yönelik Sosyal Hizmet Müdahalesi. İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet Prof. Dr. Nesrin Koşar’a Armağan. 86-100.

Eke, C. (2007). Bağımlı ebeveynlerin çocukları. Ö. Kültegin, (Ed), Riskli Davranışlar Gösteren Çocuk ve Ergenler içinde (267-276).

Ellen Tuchman (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research, journal of addictive diseases. Journal of Addictive Diseases. 2 (29), 127-138.<https://doi.org/10.1080/10550881003684582>

EMCDDA (2017), Avrupa Uyuşturucu Raporu 2017: Trendler ve Gelişmeler. Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg.

Emma Wincup (2000). ‘Surviving through substance use: the role of substances in the lives of women who appear before the courts’. Sociological Research Online. 4 (4), 185-195.

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, Hacettepe Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

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.

Erükçü Akbaş, G. ve Ercan, M. (2016). Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. Toplum ve Sosyal Hizmet. 27 (1), 123-144.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). The State of Drugs Problem in Europe; 2014.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). The State of Drugs Problem in Europe; 2018.

Eva Samuelsson (2015). Substance use and treatment needs: constructions of gender in Swedish addiction care. Contemporary Drug Problems. 3 (42), 188-208.

Evren, C., Sar, V., Evren, B. ve Dalbudak, E. (2008). Self-multilation among male patients and relationship with alcohol dependency. The Role of Dissociation. Compr Psychiatry. 49, 489-95.

Evrin Gerçek (ed.), Özel Gereksinimli Bir Üyesi Olan Aileler; Yaşama Bakış (Ankara, Eğiten Kitap, 2021). 1-30.

Farid B, Clarke ME. Characteristics of attenders to community based alcohol treatment centre with special reference to sex difference. Drug Alcohol Depend 1992; 30:33–6.

Finkelstein N. Treatment issues for alcohol and drug dependent pregnant and parenting women. Health Soc Work 1994; 19:7–15.

Francesca Ducci & David Goldman (2018). Genetic approaches to addiction: genes and alcohol. Society for the Study of Addiction. 103, 1414–1428. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02203.x>

Friedmann, P. D., D’unno, T. A., Jin, L., Alexan- Der, J. A. (2000). Linkage to medical and psychoso- cial services in outpatient drug abuse treatment organizations: the effect of one-site delivery, external arrangements, case management and transportation on ancillary service utilization, Health Services Research, in press.

Gezek, F. (2007). Sokakta Yaşayan Gençlerin Aile Yapısı ve Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi]

Gibbs, A., Dunkle, K., Ramsoomar, L., Willan, S., Shai, N.J., Chatterji, S., Naved, R. & Jewkes, R. (2020). New Learnings On Drivers Of Men’s Physical And/Or Sexual Violence Against Their Female Partners, And Women’s Experiences Of This, And The İmplications For Prevention İnterventions. Global Health Action, 13, 1, 1739845.

Gillian M. Hunter, Ali Judd (1998). Women injecting drug users in London: the extent and nature of their contact with drug and health services. Drug and Alcohol Review. 17, 267-276.

Gonca Polat (2014). Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği. Okmeydanı Tıp Dergisi. 30 (2), 143-148.

Gökler, R. & Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 1, 89-104.

Green CA, Polen MR, Dickinson DM, Lynch FL, Bennett MD. Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. J Subst Abuse Treat 2002; 23:285–95

Grella CE. Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: the unmet need. *J Psychoact Drugs* 1997; 29:67–78.

Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Nichols TR. Factors associated with regular marijuana use among high school students: a long-term follow-up study. *Substance Use Misuse* 2002; 37: 225–238.

Güleç, G. Köşger, F., Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 7 (4), 448-460. <https://doi.org.10.5455/cap.20150325081809>

Güldal, A. D., Çelikkaya, D., Bozdağ, S., & Günvar, T. (2019). LGBTİ Bireylerin Sağlık Hizmeti Alma Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 195-204.

Karatay G., Gülümser K. (2004). Sosyoekonomik düzeyi farklı lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 1 (2), 57-70.

Hekimler, O. (2012). Yoksulluk mu yoksunluk mu? Sosyal dışlanma üzerine bir değerlendirme. *Tekirdağ S.M.M.M. Odası, Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-28

Helen Tosin Oni, James Alfred Drake, Paul Dietze, Peter Higgs, M Mofizul Islam (2021). Barriers to women's disclosure of and treatment for substance use during pregnancy: A qualitative study. *Women and Birth*. 12 (9), 2-4. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.12.009>

Herek GM, and Garnets LD. Sexual orientation and mental health. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:353-75.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752875/> (bak ve yaz DEBECK li olan alıntı)

Işık, M. (2013), Türkiye'nin Madde Kullanımı Ve Bağımlılığı İle Mücadele Politikasının Stratejik İletişim Yaklaşımı Çerçevesine Değerlendirilmesi [Yayımlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi]

Işıklı S, Irak M. Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. *Türk Psikologlar Derneği* 2002;55-65.

İmir H. (2019). Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Madde Bağımlısı Bireylerin Aile ve Sosyal Çevreleri ile Olan İlişkileri [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi]

Yolcuoğlu, İ.G. (2010). Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 1 (2), 73-82.

İsveç Hükümeti Resmi Raporları, 2011

Jaclyn S. Sadicario, Anna Beth Parlier-Ahmad, Julia K. Brechbiel, Leila Z. Islam, Caitlin E. Martin (2021). Caring for women with substance use disorders through pregnancy and postpartum during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from psychology trainees in an integrated OBGYN/substance use disorder outpatient treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 122, 2-4.

James Ndimbiia , Sylvia Ayona , Taib Abdulrahmanb , Samantha Mahindaa , Fatma Jenebyc , Gregory Armstrongd , Gitau Mburue (2018). Access and utilisation of reproductive, maternal, neonatal and child health services among women who inject drugs in coastal Kenya: Findings from a qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 18, 48-55.

James Shearer, (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 32, 41 – 52.

Jeanne C. Marsh, Thomas A. Daunno, Brenda D. Smith (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction* 8 (95), 1237–1247.

Jennifer J. Carroll, Taleed El-Sabawi, Bayla Ostrache (2021). The harms of punishing substance use during pregnancy. *International Journal of Drug Policy*. 98, 2-5.

Jennifer K. Bello , Joanne Salas, Richard Grucza (2022). Preconception health service provision among women with and without substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 203, 109-194.

Jill Owczarzak , Asiya K. Kazi , Alyona Mazhnaya , Polina Alpatova , Tatyana Zub , Olga Filippova, Sarah D. Phillips (2021). “You’re nobody without a piece of

paper:” visibility, the state, and access to services among women who use drugs in Ukraine. *Social Science & Medicine*. 269, 113563.

Johnson, K., Posner, S.F., Biermann, J., Cordero, J.F., Atrash, H.K., Parker, C.S., Boulet, S., Curtis, M.G., 2006. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep*. 55(Rr-6), 1–23.

Jolanta Masiak (2013). Biopsychosocial model of addictions and other approaches. *Review Article Zdr Publ*. 4 (123), 321-324.<https://doi.org/10.12923/j.0044-2011/123-4/a.12>

Jordon Peugh, Steven Belenko (1999). Substance-involved women inmates: challenges to providing effective treatment. *The Prison Journal*. 1 (79), 23-44.

Kalechstein AD, Newton TF, Longshore D, Anglin MD, van Gorp WG, Gawin FH. Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence in a forensic sample. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12:480–4

Kalyoncu, Ömer A.; (2012), Plastik Düşler: Bağımlılık Hakkında Gerçekler, Yeni Bilgiler, Yeni Tedaviler, Yeni Umutlar, Kapital Yayıncılık, İstanbul.

Karaman H. (2017). Türkiye’de Bağımlılık Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi’nin (YEDAM) İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]

Karaman, H. (2017). Türkiye’de Bağımlılık Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi’nin (Yedam) İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]

Karataşoğlu S. Sosyal Politika Boyutuyla Madde Bağımlılığı. *Türk İdare Dergisi*. 2013; 476: 321- 352.

Kim S. Betts, Steve Kisely, Rosa Alati (2021). Prenatal cannabis use disorders and offspring primary and secondary educational outcomes. *Society for the Study of Addiction*. 117, 425–432.

Kiran Pienaar, , Dean A. Murphy, Kane Raceb, Toby Leac, d (2018). LGBTIQ uyuşturucu kullanımının sorunsallaştırılması, cinsellik ve toplumsal cinsiyetin

yönetilmesi: Avustralya'daki LGBTIQ sağlık politikasının eleştirel bir analizi. *Uluslararası İlaç Politikası Dergisi*. 55, 187–194.

Kiran Pienaara, Dean A. Murphy^b, Kane Raceb, Toby Leac, d (2018). LGBTIQ uyuşturucu kullanımının sorunsallaştırılması, cinsellik ve toplumsal cinsiyetin yönetilmesi: Avustralya'daki LGBTIQ sağlık politikasının eleştirel bir analizi. *Uluslararası İlaç Politikası Dergisi*. 55, 187–194.

Koçum, E. (2012). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri. Yayınlanmamış Bitirme Tezi, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Kayseri

Korucu, S., Çalışkan Söylemez, K., Oksay, A. (2021). Biyopsikososyal Yaklaşım ve Gelişim Süreci. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(30), 689-700.

Kuş, E. (2003). Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri: Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri: Nicel mi; Nitel mi?. Anı Yayıncılık.

Kutlu, Y. (2011). Kadının Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 90-93.

Kümbetoğlu, B. (2012). Sosyoloji ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. Bağlam Yayıncılık.

Kyle Melin, Darlene Santiago Quinones, Carlos E. Rodríguez-Díaz^b (2021). Socially distant and out of reach: Unintended consequences of COVID-19 prevention efforts on transgender and gender non-binary populations in Puerto Rico. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 122, 1-2.

Laanemets, L. (2002). Skapande av feminitet. Om kvinnor i missbruksbehandling [Shaping femininity. About women in misuse treatment]. Lund dissertations in Social Work. Lund, Sweden: Lund University

Legleye, S., Khlat, M., Mayet, A., Beck, F., Falissard, B., Chau, N. & Peretti-Watel, P. (2016). From Cannabis Initiation To Daily Use: Educational Inequalities In Consumption Behaviours Over Three Generations In France. *Society for the Study of Addiction*, 111, 1856–1866.

Lenora Marcellus (2017). A grounded theory of mothering in the early years for women recovering from substance. *Journal of Family Nursing*. 3 (23), 341–365. <https://doi.org/10.1177/1074840717709366>

Lin, W., Zhou, W. (2019). Factors associated with the physical and mental health of drug users participating in community-based drug rehabilitation programmes in China. *Health Soc Care Community*, 28(2), 584-590.

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. (1999). Pescosolido BA. Public Conceptions Of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness And Social Distance. *Am J Public Health*, 89(9), 1328-1333.

Lisa C. Campbell, Daniel J. Clauw, and Francis J. Keefe (2003). Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Society of Biological Psychiatry*. 54, 399–409.

Loi, B., Lea, T. & Howard, J. (2017). Substance Use, Mental Health, and Service Access among Bisexual Adults in Australia, *Journal of Bisexuality*, 17:4, 400-417.

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.

Marsh, J.C., D'aunno, T.A. & Smith, B.D. (2000) Increasing Access And Providing Social Services To Improve Drug Abuse Treatment For Women With Children. *Addiction*, 95(8), 1237–1247.

Masiak, J. (2013). Biopsychosocial Model Of Addictions And Other Approaches. *Review Article*, 123(4): 321-324.

Matthews, S., Dwyer, R., Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Bioethical Inq*, 14(2), 275- 286.

Mayet A., Legleye S., Chau N., Falissard B. Transitions between tobacco and cannabis use among adolescents: a multi-state modeling of progression from onset to daily use. *Addict Behav* 2011; 36: 1101–5.

Michele Staton, Carl Leukefeld, J. Matthew Webster (2003). Substance use, health, and mental health: problems and service utilization among incarcerated women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2 (47), 224-239.

Molina-Fernandez, A.J. (2017). *Manual on Drug rehabilitation and Recovery of Drug Users*. Madrid.

Morrison CL, Ruben SM, Beeching NJ. Female sexual health problems in a drug dependency unit. *Int J STD AIDS* 1995;6(3):201–3.

Murat DERİN, Metin Gani TAPAN (2017). Madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma. *DİĞER BİLGİLER YOK*

Mustafa Demirci, Engin EKER (2017). Üniversite öğrencilerinin madde bağımlılığı sıklığı ve madde kullanım özellikleri. *ABMYO Dergisi*. 48, 63-84.

Mutlu, E. (2000). Madde Bağımlılığı-Uçucu Maddeler. 22.

Mutlu, E. (2007). Madde Bağımlılığında Ailenin Rolü. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2(13); 13-17.

Mutlu, E. (2013). Madde Bağımlılığında Ailenin Rolü. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2, 13-17.

Nadia Shah, Summiya Ahmad, Hayat Mohammad (2015). Behavioral problems and gender differences among off-springs of drug addicts and non-drug addicts: a comparative study. *Humanities and Social Sciences*. 1 (22), 103-115.

Nadine Nehls, Jolanda Sallmann (2005). Women living with a history of physical and/or sexual abuse, substance use, and mental health problems. *Qualitative Health Research*. 3 (15), 365-381. <https://doi.org/10.1177/1049732304272917>

Nalbantoğlu İ. (2021). Madde Bağımlıların ve Ailelerinin Kendine Yardım Deneyimleri: Aybuder Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]

Natanya Robinowitz, Sadiya Muqueeth, Jill Scheibler, Elizabeth Salisbury Afshar & Mishka Terplan (2016). Family planning in substance use disorder treatment centers: opportunities and challenges. *Substance Use & Misuse*. 11 (51), 1477-1483. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1188944>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. Third Edition.

Ndimbiia, J. Ayona, S., Abdulrahmanb, T., Mahindaa, S., Jenebyc, F., Armstrongd, G., Mburu, G. (2018). Access And Utilisation Of Reproductive, Maternal, Neonatal And Child Health Services Among Women Who Inject Drugs In

Coastal Kenya: Findings From A Qualitative Study. Sexual & Reproductive Healthcare, 18, 48-55.

Nelson-Zlupko L, Kauffman E, Dore MM. Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. Soc Work 1995; 40(1):45–54.

Oktay, İ. (2017). Lise Öğrencilerinde Uyuşturucu Madde Bağımlılığının Sebepleri: Bursa İli Mustafa Kemalpaşa İlçesi Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi]

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

Olivia Silber Ashley, Mary Ellen Marsden & Thomas M. Brady (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1 (29) , 19-53.

Oluwole Jegede , Srinivas Muvvala, Emmanuel Katehis, Saad Paul, Ayorinde Soipe, Ayodeji Jolayemi (2021). Perceived barriers to access care, anticipated discrimination and structural vulnerability among African Americans with substance use disorders. International Journal of Social Psychiatry. 2 (67), 136–143.

Owczarzak, J., Kazi, A.K., Mazhnaya, A., Alpatova, P., Zub, T., Filippova, O., Phillips, S.D. (2021). “You’re Nobody Without A Piece Of Paper:” Visibility, The State, And Access To Services Among Women Who Use Drugs In Ukraine. Social Science & Medicine, 269,113563.

Ögel K. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında damgalanma. 3 P Dergisi 2004;12:1-8.

Ögel K. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında damgalanma. 3 P Dergisi 2004;12:1-8

Ögel ve Liman, (2003). Gençlerde Madde Kullanım Yaygınlığı ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi 2001 Araştırma Sonuçları. İstanbul: Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği Yayınları

Ögel, K. (2010). Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul

Ögel, K. (2011). Koruyucu psikiyatri açısından madde bağımlılığı/kötüye kullanımı. Türkiye Klinikleri. 4(4), 76-81.

Ögel, K. (2017). Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. İstanbul: Yalın Yayıncılık. 4 13, 2020 tarihinde alındı.

Ögel, K. (2018). Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı (2. Baskı). IQ Kültür ve Sanat Yayıncılık, 11- 258.

Ögel, K., Ermağan, E., Eke, C. Y., ve Taner, S. (2007). Madde Deneyen ve Denemeyen Ergenlerde Sosyal Aktivitelere Katılım: İstanbul Örnekleme. 8(1), 18–23.

Özer, İ.N. (2016). Madde Bağımlılarının Maddeye Başlama Sebeplerinin Tespiti ve Önleyici Hizmetlerin Geliştirilmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü]

Özpoyraz N, Taman L, Şentürk A. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Galenos. 1998; Ocak: 58-66.

Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 12. Basım. Nobel Tıp Yayınları: Ankara; 2014.

Öztürk, M. Dursun, O.B. Öğütlü, H. (2019) Madde bağımlılığı İçin Risk Faktörü Olarak Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı Bozuklukları, Bağımlılık; Tanı, Tedavi, Önleme, İstanbul, Yeşilay Yayınları,2019:119-126.

Öztürk, T. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı Farkındalığı ile Yaşam Doyumu Arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]

Palm, J. (2007). Women and men—Same problems, different treatment. International Journal of Social Welfare, 16, 18–31.

Peter Bamberger, Michal Biron (2006). The Prevalence and Distribution of employee substance-related problems and programs in the Israeli workplace. The Journal of Drug Issues. 4 (6), 755-786.

Peters V, Liu KL, Dominguez K, Frederick T, Melville S, Hsu HW, et al. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV-exposed infants born 1996–2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. Pediatrics 2003;111(5 Pt 2):1186–91.

Petrie, J., Bunn, F., Byrne, G. (2006). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children: A systematic review. *Health Education Research*, 22(2), 177-191.

Pienaar, K. (2018). Dean A. Murphy, Kane Raceb, Toby Leac. Problematising LGBTIQ drug use, governing sexuality and gender: A critical analysis of LGBTIQ health policy in Australia. *International Journal of Drug Policy*. 55, 187-194.

Pinka Chatterjia (2006). Illicit drug use and educational attainment. *Health Econ*. 15: 489–511. <https://doi.org/10.1002/hec.1085>

Polat G. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği, *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2014; 30(2): 143-148.

Polat, G. (2012). Madde bağımlısı ergenlerin tedavi sonrası toplumla yeniden bütünleşme deneyimleri ve sosyal sermaye yaklaşımı temelinde sosyal hizmet müdahalesi. *Hacettepe Üniversitesi. Ankara*.

Polat, G. (2014). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 30 (2), 143-148.

Poole N, Dell CA. Girls, women and substance use. *Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) Ottawa*: 2005. p. 1-15

Powis, P., Gossop, M. Bury, C., Payne, K. & Griffiths, P. (2000) Uyuşturucu kullanan anneler: Sosyal, Psikolojik ve Kadınların Madde Kullanım Sorunları Çocuklu Afyon Kullanıcıları. *Uyuşturucu ve Alkol İncelemesi*, 19, 171 180.

Cox, R.G., Lei Zhang, W. Bender, J.D. (2007). Academic performance and substance use: findings from a state survey of public high school students. *Journal of School Health*. 3 (77), 109-115.

Gökler, R., Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 1, 89-104.

Richardson, K., Wood, E., Li, K. & Kerr, T. (2010). Bir Enjeksiyon Uyuşturucu Kullanıcıları Grubu Arasında İstihdamla İlişkili Faktörler. *Uyuşturucu ve Alkol İncelemesi*, 29, 293–300.

Robbins, C.L., Gavin, L., Carter, M.W., Moskosky, S.B., 2017. The link between reproductive life plan assessment and provision of preconception care at publicly

funded health centers. *Perspect. Sex. Reprod. Health*, 49 (3), 167–172. <https://doi.org/10.1363/psrh.12030>.

Robin Room (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*. 2, 143 – 155. <https://doi.org/10.1080/0959523050010243>

Roxburgh, A., Lea, T., de Wit, J., & Degenhardt, L. (2016). Sexual Identity And Prevalence Of Alcohol And Other Drug Use Among Australians In The General Population. *International Journal of Drug Policy*, 28, 76-82.

Russell M. Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. In: Windle M, Searles J,(eds.). *Children of Alcoholics: Critical Perspective*. Guilford: New York; 1990, s: 9-38.

Sağar, M.E. (2014). Lise öğrencilerinin madde bağımlılığına yönelik tutumları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Sağlam Ş. (2020). 15-22 Yaş Arası Gençlerde Sigara Bağımlılığı ve Aile İşlevlerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi: İstanbul Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]

Samuelsson, E. (2015). Madde Kullanımı ve Tedavi İhtiyaçları: İsveç Bağımlılığı Bakımında Cinsiyet Yapıları. *Çağdaş Uyuşturucu Sorunları*, 42 (3), 188-208.

Saruç S. 2013 Kadın Hükümler: Cezaevi Yaşantısı ve Tahliye Sonrası Gereksinimler [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]

Scheyett, A.M, McCarthy, E. 2006. Women and Men With Mental İllnesses: Voicing Different Servise Needs. *Afillia*, 21(4), 407-418.

Scott T. Walters, Sarah A. Matson, John S. Baer, Douglas M. Ziedonis (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 29, 283 – 293.

Sevin, Ç., Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşama Uyumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9(1), 36-40.

Sevin, Ç., Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşamdaki Sorunları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9, 36-40.

Sevin, M.D. (2017). İkinci Kez Amatemi’de Tedavi Gören Madde Bağımlılarının Madde Kullanımına İlişkin Yaşam Deneyimleri [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]

Shelly F. Greenfield (2017). Treating women with substance use disorders: the women’s recovery group. *Drug and Alcohol Review*. 36, 433–434. <https://doi.org/10.1111/dar.12515>

Sheridan MJ. A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect. *Child Abuse Neglect* 1995; 19:519–530

Shiferaw S, Spigt M, Godefrooij M, Melkamu Y, Tekie M. Why do women prefer home births in Ethiopia? *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:5. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-5>.

Shober R, Annis HM. Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender-focused review of the literature. *Addict Behav* 1996; 21:81–92.

Simoni-Wastila L. The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *J Womens Health and Genderbased Med* 2000; 9:289–97.

Social Exclusion Unit. (2004). Tackling Social Exclusion: Taking stock and looking to the future - Emerging findings. London: Crown Publications

Sayar, S., Poryosefi, H., Mirzaei, K.S. (2018). Qualitative study on the consequences of women’s addiction to drug abuse in Tehran. *International Transaction Journal of Engineering, Management, & Applied Sciences & Technologies*. 5 (9), 402-408. <https://doi.org/10.14456/ITJEMAST.2018.36>

Stéphane Legleye, Myriam Khlat , Aurélie Mayet, François Beck, Bruno Falissard, Neerkasen Chau & Patrick Peretti-Watel (2016). From cannabis initiation to daily use: educational inequalities in consumption behaviours over three generations in France. *Society for the Study of Addiction*. 111, 1856–1866.

Stephanie S. Covington , Cynthia Burke , Sandy Keaton, Candice Norcott (2008). Evaluation of a trauma-informed and gender-responsive intervention for women in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*. 5 (40), 387-398. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400666>

Sufrin, C., 2017. Jail Care: Finding the Safety Net for Women behind Bars. University of California Press.

Şamar, B., Buz, S. (2022). Bağımlılık Rehabilitasyonunda Sosyal Hizmet Uygulamaları: Erenköy BAHAR Modeli. Bağımlılık Dergisi, 23(2), 221,232.

Şaşman Kaylı, D. (2016). Sosyal Hizmet Açısından Bağımlılık Polikliniğine Yönlendirilen Madde Bağımlısı Bireylerde Denetimli Serbestlik Sürecinin Etkinliği. CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 14, 179-198.

Şaşman Kaylı, D., Yılmaz, G., İyilikçi, O. (2020). Toplumun Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışları Üzerine Ölçek Çalışması. Bağımlılık Dergisi, 21(2),115-128.

Şen, M.G. (2013). İzmir İlinde Çalışan Aile Hekimlerinin Klinik Uygulamalarında Biyopsikososyal Yaklaşımı Ne Ölçüde Uyguladıklarının Saptanması [Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]

Şencan, F., Canatan, K. (2020). Göç ve Kentleşme Sürecinde Ergenlerin Madde Kullanımına Yönelten Sosyal Bağlamın Analizi. Sosyal Çalışma Dergisi, 4 (2), 115-125.

T. Nordfaern, T. Rundmo (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 17, 46–64.

Tamar, D., Ögel K., & Duran, Ç. (1997). Uyuşturucu madde kullanımının aile üstüne etkisi. Ankara, Turkey: Takav Matbaası.

Tamer M, Aydın C. Ergenlikte Madde Kullanımı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 1998; 1 (2): 305-321.

Taşkın, E.O., Özmen, E. (2004). Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları Etkileyen Etmenler: Bilgi, Temas, Etiket, Psikopatoloji Tipi, Medya. 3P Dergisi, 12(3), 25-40.

Taylan, H.H. (2018) Madde Bağımlılığı Sürecinde Ailenin Rolü. Madde Bağımlılığı ve Aile, Edi: Doç. Dr. Yusuf GENÇ, Akademisyen Kitapevi.

Tekalan, A. (2012), “Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış” Yeşilay, Bağımlılık Tedavisi, Aylık sağlık, Eğitim ve Kültür Dergisi, Yıl: 87, Sayı: 936, Ocak, s.32.

Tekindal, M. (2018). Nitel Araştırmalarda Yazılım Kullanımı Adım Adım Adım. Silver, C. & Lewins, A. Eds. SAGE Yayınları, 2014, Nika Yayınevi.

Tomanbay, İ. (2018) Madde Bağımlılığı ve Sosyal Hizmet, İstanbul Üniversitesi AUZEF Ders Kitabı, İstanbul

Tonda L. Hughesf, Sarah Beal h, Rebecca J. Evans-Polce, Luisa Kcomt, Curtiss Engstrom, Brady T. West, Phil Veliz, Kate Leary, Vita V, Carol J. Boyd (2022). Sexual orientation differences in childhood sexual abuse, suicide attempts, and DSM-5 alcohol, tobacco, other drug use, and mental health disorders. Child Abuse & Neglect. 123, 2-15.

Tosun, H. (2020). Madde Bağımlılığı Rehabilitasyonunda Psikososyal Destek ve İlaçsız Tedavi: Isparta Uyuşturucu, Bağımlılıklarla ve Alkolizmle Mücadele Derneği Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]

Tubim (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık İle Mücadele. 2010 Türkiye Raporu. Ankara: TUBİM.

Tubim (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık İle Mücadele. 2012 Türkiye Raporu. Ankara: TUBİM.

Tubim (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık İle Mücadele. 2012 Türkiye Raporu. Ankara: TUBİM

Tubim (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık İle Mücadele. 2017 Türkiye Raporu. Ankara: TUBİM

Tubim (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık İle Mücadele. 2018 Türkiye Raporu. Ankara: TUBİM

Tubim. (2019). Türkiye uyuşturucu raporu. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.

Tuchman, E. (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. Journal of Addictive Diseases, 29:127–138.

Tülin İÇLİ (1985). Uyuşturucu madde suçlarında bazı sosyal faktörler. H. ü. Ed. Fak. Derg. 2 (3), 115-127.

Türkeş, S.G. (2020). Ankara Amatem Kliniğinde Tedavi Gören Bireylerin Tedavi Sürecindeki Deneyimleri ve Taburculuk Sonrası Gereksinimleri [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele; 2012 Türkiye Raporu.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. New York; 2016.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. Vienna; 2018.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. New York; 2016.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. Vienna; 2018.

Unodc (2016). World Drug Report 2016. New York.

Unodc (2017). World Drug Report 2017. Vienna.

Unodc (2018). World Drug Report 2018. Vienna.

Uyuşturucu, A., & Merkezi, U. B. İ. (2010). Avrupa uyuşturucu raporu.

Uyuşturucu, A., & Merkezi, U. B. İ. (2020). Avrupa uyuşturucu raporu.

Uzal, D. (2019). Madde Bağımlılığı İle İlişkili Psikolojik Faktörlerin İncelenmesi: Sincan Cezaevi Örneği [Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi Adli Bilimler Enstitüsü]

Uzbay, T. (2009), Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler, Türk Eczacıları Birliği Yayını, Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 21, 5-16.

Uzbay, T. (2015), Bonzai Sorununu Nasıl Görmeliyiz? , Türk Eczacıları Birliği Yayını Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, Sayı 35-36, 37-41.

Ünübol, B., Çinka, E., Bilici, R. & Hıdıroğlu, S. (2019). Bağımlı Kadınların Ruhsal, Ailesel ve Çevresel Sorunlarının İncelenmesi. Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi, 5,1, 99- 131.

Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E.A., Brunt, T. et al. (2011). Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2010. Trimbos-instituut, Utrecht.

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.

Wendee M. Wechsberg, Winnie Luseno, Kara Riehm, Rhonda Karg, Felicia Browne & Charles Parry (2008). Substance Use and Sexual Risk Within the Context of Gender Inequality in South Africa. *Substance Use & Misuse*, 8 (33), 1186-1201. <https://doi.org/10.1080/10826080801918247>

Wendee M. Wechsberg, Bronwyn Myers, Elizabeth Reed, Tara Carney, Andrea N. Emanuela and Felicia A. Browne (2013). Substance use, gender inequity, violence and sexual risk among couples in Cape Town. *Culture, Health & Sexuality*. 10 (35), 1221–1236. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2013.815366>

Wendy Sword, Susan Jack, Alison Niccols, Karen Milligan, Joanna Henderson, Lehana Thabane (2009). Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-synthesis of processes and outcomes. *Harm Reduction Journal*. 6 (32), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-6-32>

William R. Miller, James L. Sorensen, Jeffrey A. Selzer, Gregory S. Brigham (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31, 25 – 39.

Woodhouse LD. Women with jagged edges: voices from a culture of substance abuse. *Qual Health Res* 1992;262–281.

Yang J, Milliren A, Blagen M. (2010). The psychology of courage: An Adlerian Handbook for social living. Routledge: New York.

Yasemin KUTLU (2011). Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2 (2), 90-93.

Yermachenko, A., Massari, V., Azria, E., Clergue-Duval, V., Thurn, M., El-Khoury Lesueur, F., Jauffret-Roustide, M., Melchior, M., 2020. Unintended pregnancy prevention in women using psychoactive substances: a systematic review. *Addict. Behav.* 107, 106393 <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106393>.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (10. Baskı). Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2008). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınları.

Yıldırım, E. (2008). Uyuşturucu Kullanımının Sosyolojik Boyutu Uyuşturucuya Yönelik Talep Azaltımı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale .

Yılmaz, F. (2012). Astımlı Hastalarda Eğitimin Semptom Kontrolüne, Atak Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi [Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi]

Yılmaz, G. (2019). Sosyal Hizmet Bakış Açısından Toplumun Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere İlişkin Tutum ve Davranışları: Manisa İli Örneği [Yüksek Lisans Tezi Manisa Celal Bayar Üniversitesi]

Yılmaz, M. (2017). Prof. Dr. Kültegin Ögel: Plansız Kentleşme Anlayışı Gençleri Uyuşturucuya İttiyor. <https://www.birgun.net/haber/prof-dr-kultegin-ogelplansiz-kentlesme-anlayisi-gencleri-uyusturucuya-itti167818>. [Erişim Tarihi:12.06.2019]

Yılmaz, N. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları [Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi]

Yrd. Doç. Dr. İrfan BAŞKURT GENÇLİK (2003). Madde bağımlılığı ve korunma yolları. İlahiyat Fakültesi Dergisi. 8, 75-114.

Yüncü, Z., & Savaş, H.A. (2007). Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme. Bağımlılık Dergisi, 8(3), 146-152.

Zastrow, C. (2014). Sosyal Hizmete Giriş. 1. Basım, Nika Yayınevi.

Zeki Yüncü, Haluk A. Savaş (2007). Madde kullanım bozukluklarında genetik: bir gözden geçirme. Bağımlılık Dergisi. 3 (8), 146-152.

EK1. Tez Konusu Kabul Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.11.2021-E.189195



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-74547675-302.14.01-189195
Konu : Şevval Özge ÖZLEM'in Tez Konusu Hk.

15.11.2021

SBE SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 12.11.2021 tarih ve 34/12 sayılı yönetim kurulu toplantısında Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şevval Özge ÖZLEM'in 28.07.2021 tarih ve 22/19 sayılı yönetim kurulu toplantısında belirlenen "Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere İlişkin Tutum ve Davranışları; İzmir İli Örneği" başlıklı tez konusunun etik kurul onayı ile birlikte (etik kurul gerekli ise) "Bağımlılık Örüntüleri Kapsamında Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimleri; Manisa İli Örneği" olarak değiştirilmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

Gereğini ve bilgelerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Doküman Kodu: BSENTE-8946 Fm Kodu: 27852 Belge Takip Adresi: <https://arkivya.gov.tr/belge/28-40488-c2-BSENTE-8946-c2-189195>
Adres: 14. Fakülte Dikanköy Zemin Katı Üçüncü Sokak Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360999 Faks: (0 236) 2362158
e-Posta: saglik.evrakl@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglik@cbu.edu.tr
Kapı Adresi: ulalbaysan@cbu.edu.tr
Bilgi İçin: Çimen Tutan
Ünvan: Stajli İşi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2: Etik Kurul İzni

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİHİ / NO	08/12/2021 / 20.478.485 / 1080					
ARAŞTIRMA ADI	Bağışıklık Ödülleri Kapsamında Mucde Kullanım Başvuraya Olan Kadınların Yaşamı Dersiyerleri; Manisa İl Örneği					
SORULAN ARAŞTIRMADA	Doç. Dr. Derya ŞAŞMAN KAYLI - Sorulmuş Hissetti Anı Bilim Dalı					
ARAŞTIRMA DÖRE	Dok. Dr. Cengiz CENGİZ - Yüksek Lisans Öğrencisi / Servat Önce ÖZLEM					
ARAŞTIRMA YÖNÜ	UZMANLIK TEZİ ☐		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐	
ARAŞTIRMA TARİHİ	29/11/2021 / Tarih ve 196520 Sayılı araştırma dosyası					
KARAR BEKLENTİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
Yorum/Notlar	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Yorum/Notlar	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Araştırma Etik Kurulu Üyesi
Prof. Dr. Murat DEMET Başkan AD	☐	☐	Doç. Dr. Kadri YILMAZ Sağlık Bilimleri Fakültesi	☐	☐	☐
Prof. Dr. Cengiz CENGİZ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	☐	☐	Doç. Dr. Cengiz CENGİZ Tıp Fakültesi ve Sağlık AD	☐	☒	☐
Prof. Dr. Mehmet Cengiz ÖZÜRT Halk Sağlığı AD	☐	☐	Doç. Dr. Murat Cengiz TAŞMAN Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Bilimleri	☐	☐	☐
Prof. Dr. Murat CENGİZ Göğüs Hastalıkları AD	☐	☐	Muhadden YILMAZ Sağlık	☐	☐	☐
Prof. Dr. Cengiz CENGİZ Tıp Fakültesi	☐	☒	Doç. Dr. Mehmet YILMAZ	☐	☐	☐
Prof. Dr. Mehmet Cengiz YILMAZ Göğüs Hastalıkları AD	☐	☒		☐	☐	☐

Etik Kurulunun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma, Herhangi Bir Aşamada Etik Kurulunuzun "İdare - Denetim" Görevi Görevi Lisans Halinde Haberli Olarak Denetimlidir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütnameli - Formu B kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak bilimsel bilgilerin Etik Kurulunuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Murat DEMET
BAŞKAN

EK 3: Araştırma Gönüllü Katılım Formu

ÇALIŞMANIN ADI: Bağımlılık Örüntüleri Kapsamında Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimleri; Manisa İli Örneği

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu kapsamda madde kullanım bozukluğu olan kadınların, bağımlılık örüntülerini inceleyen; madde kullanımına başlama nedenlerini, tedavi süreçlerini, sosyal destek mekanizmalarını, devam etme süreçlerini, bu süreçteki kırılma noktalarını ve yaşam deneyimlerinin nasıl şekillendiğini içeren bir görüşme süreci yer almaktadır.

Bu araştırma, sosyal hizmet bakış açısıyla madde kullanım bozukluğu olan kadınların bağımlılık örüntülerine ilişkin yaşam deneyimlerinin; madde kullanımına başlama ve devam etme nedenlerinin, bu süreç içerisindeki kırılma noktalarının, tedavi süreçlerinin ve sosyal destek mekanizmalarının sosyal hizmet bakış açısı kapsamında nitel bir yöntemle derinlemesine analiz etmeyi amaçlamaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırma, gönüllü ile derinlemesine görüşme şeklinde gerçekleştirilecektir. Görüşme, Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde gerçekleştirilecektir. Görüşme sırasında alınan bilgiler ses kayıt cihazı ile kaydedilecek ve raportör tarafından yazıya geçirilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bireysel: AMATEM servisinden yatarak tedavi gören kadınların yaşam deneyimleri ve gereksinimlerinin paylaşılmasının sağlanarak kadınların kendilerini değerli ve görünür hissetmelerinin sağlanmasıdır. Ayrıca bu araştırma sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Kurumsal: AMATEM servislerinin ve işlevlerinin tanıtılmasını sağlamaktır.

Toplumsal: Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşam deneyimleri, yaşadıkları zorlukları ve gereksinimlerinin toplumdaki bilinirliğini artırarak farkındalık yaratmaktır.

Bilimsel: Sosyal Hizmet literatürüne katkıda bulunmaktadır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Görüşme sırasında katılımcıların dikkatlerini toparlayamamaları ve çabuk sıkılabilmeleri karşılaşılabilecek riskler arasında öngörülmektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimlik bilgileri kesin olarak gizli tutulacaktır.

Katılımcılar ile ilgili kişisel bilgiler (isim, soyisim, T.C kimlik numarası, adres..) gizli tutulacak ve bilgiler kimseyle paylaşılmayacaktır. Ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için aşağıdaki kişiler ile irtibat kurulabilecektir.

Doç. Dr. Derya ŞAŞMAN KAYLI

Sosyal Hizmet Uzmanı/ Şevval Özge ÖZLEM

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı2 Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

EK 4: Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı, Elinizdeki form, "Bağımlılık Örüntüleri Kapsamında Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Deneyimleri; Manisa İli Örneği" isimli yüksek lisans tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Sizin sorularımıza samimi ve doğru cevaplar vermeniz güvenilir sonuçlara kavuşmak açısından önem arz etmektedir. Anket sorularımızda kimlik belirleyici özel bilgiler istenmemektedir. Ayrıca sorulara vereceğiniz cevaplar, mutlak anlamda gizli tutulacak ve çalışma kapsamında sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda değerlendirilecektir. Gösterdiğiniz yakın ilgi ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Şevval Özge ÖZLEM

1. **Doğum Tarihiniz/Yaşınız:**
2. **Doğum Yeriniz:**
3. **Kardeş Sayınız:**
4. **Eğitim Durumunuz:**
 - Okur-yazar değil ()
 - Okur yazar ()
 - İlkokul ()
 - Ortaokul ()
 - Lise ()
 - Ön Lisans ()
 - Lisans ()
 - Lisansüstü ()
5. **Mesleğiniz?**
6. **Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Veya nasıl geçiniyorsunuz?** (ucu açık soru/cevap)
 - Hayır ()
 - Evet () ise: Part Time () Tam zamanlı ()
7. **Ekonomik Durumunuz:**
 - Çok düşük ()
 - Düşük ()
 - Orta () Yüksek ()
 - Çok yüksek ()
8. **Evli misiniz?**
 - Hayır ()
 - Evet () ise: Kaç yıllık evlisiniz
9. **Çocuğunuz var mı?**
 - Hayır ()
 - Evet () ise: Kaç çocuğunuz var?
10. **Kim/Kimlerle yaşıyorsunuz?.....**
11. **Kullandığınız ilk madde nedir?**
12. **Maddeye Başlama Yaşı:**
 - 12 yaşından önce ()
 - 13-16 yaş arasında ()
 - 17-20 yaş arasında ()
 - 21-40 yaş arasında ()
 - 40 ve üzeri ()
13. **Hangi maddeleri kullandınız?**
14. **Kaç yıldır madde kullanıyorsunuz?**
15. **Tedavi için daha önce hangi kurumlardan destek aldınız?**

EK 5: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

- 1) Kendinizi, ailenizi nasıl tanımlarsınız? Ailenizle arkadaşlarınızla ilişkilerinizin nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?
- 2) Hayatınızda yaşadığınız en önemli sorunun ne olduğunu söyleyebilirsiniz? Yaşadığınız sorunlarda kimlerden destek alıyorsunuz? Ya da alamıyorsunuz?
- 3) Yaşamadan önce madde kullanımı ile ilgili neler biliyordunuz?
- 4) Maddeyle nasıl tanıştınız? Kendinizi nasıl hissettiniz madde kullandığınızda? Sizce maddeye yönelmenizi etkileyen kişiler, durumlar nelerdir? Madde kullanım nedenlerinizi düşündüğünüzde neler söyleyebilirsiniz?
- 5) İlk kiminle ve nasıl paylaştınız madde kullanımınızı? Madde kullanımını çevrenizdeki kişilerle nasıl paylaştınız, paylaşma sürecinde neler yaşadınız?
- 6) Kullanım sürecinizde hangi maddeleri denediniz ve bu maddelerin sizde yarattığı etkilere dair neler söyleyebilirsiniz?
- 7) Kadınlar maddeyi nasıl temin ediyorlar sizce? Siz maddeye ulaşmak için nasıl bir yol izlediniz?
- 8) Sizce erkeler ve kadınlar maddeye erişimde benzer yolları mı kullanıyor?
- 9) Ülkemizde kadın olarak bağımlılık sürecinde yaşadığınız sorunlar veya zorluklar nelerdir? Bu süreçte sizin hayatınızda neler değişti?
- 10) Tedaviye ihtiyacınız olduğunu ne zaman fark ettiniz? Bunun için neler yaptınız, kimlere veya nereye müracaat ettiniz? Tedaviye ilişkin motivasyonunuz neydi?
- 11) Tedavi sürecinde kullanılan tedavi ve terapi yöntemleri nelerdir? Siz bu yöntemlerden nasıl faydalandınız ya da faydalanamadınız? Niçin?
- 12) Tedavi ve terapi yöntemleri sizce yeterli midir? Değilse tedavi sürecinde başarılı olmasını sağlayan en önemli şey/şeyler neydi?
- 13) Tedavi sürecine başvurmanızı engelleyen veya geciktiren süreçlere dair neler söyleyebilirsiniz? Olduysa bunlar nedir?
- 14) Madde bağımlılığı tedavi sürecinde çevrenizle ilişkileriniz nasıl değişim gösterdi? Neler gözlemlediniz?
- 15) Bununla mücadele etmek için nasıl bir sistem olmalı? Sizce tedavi sürecinde nasıl bir sistem olmalı, ne yapılmalı? Önerileriniz nelerdir?
- 16) Önünüzdeki yılları nasıl planlıyorsunuz? Nelerin olmasını veya olmamasını istersiniz? Geleceğinize dair beklentileriniz nelerdir?

- 17) Bu süreçte öğrendiğiniz ve yaşadığınız şeylerden sonra madde kullanımı ile ilgili neler söylemek istersiniz



EK 6. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Şevval Özge	Soyadı	ÖZLEM
------------	-------------	---------------	-------

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Aydın Üniversitesi	2019

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Sosyal Hizmet Uzmanı	Aliğa Belediyesi	1 yıl
Sosyal Medya Uzmanı	Getir	2 ay

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,49	79,59	76,39
YÖKDİL Puanı	57,50		

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Excel	Çok iyi
Microsoft Word	Çok iyi
Microsoft Power Point	Çok iyi

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tezime ilişkin 01.11.2022 tarihinde yapılan Tuzutun adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezinin benzerlik oranı %6'dır.

01.11.2022

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Doc.Dr. Derya ŞAŞMAN KAYLI)

1-Tez Çalışması Örneği: Raporu TC/TB TURKISH İntihal Tespit Programı ile denetlenen kişi kişisel hesap altına hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Öğrenciler ve Dokümantasyon Daire Başbakanlığı'nda çalışanlar tarafından incelenebilir.

2-Sayıya sayan 400'den az olan testler için tez savunmasından önce ve başkanı olması durumunda danışmanlarından sonra olmak (Genel 2 tez TÇOR alanı) 400 sayfadan fazla olan testler 400'e kadar katlanarak bölünebilir. Bölünmüş testin her tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, Kütüphane web sayfasında bulunan [yüklenim kılavuzlarının](#) altında enjeksiyonlu.

3-TÇOR testi yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ara Bulgular ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmın tek bir dosya olarak İntihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı [\(Örnek: Uls\)](#) olarak test başlığını tanıtır, Yazar Adı [\(Örnek: Ali Şahine\)](#) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı [\(Örnek: Mehmet\)](#) name olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4-TURKISH İntihal tespit programı na yüklenen dosyanın [Yüklenim Kılavuzu](#) bölümünde [İntihal programındaki filtreleme seçenekleri](#) aşağıdaki şekilde ayarlanır: [Kaynaçça haric,](#) -Akadik haric, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısmını hariç (Limit değeri olarak [300](#) girilir).

5-Filtrele boğlu raporlar şu şekildedir: "Özellikleri juncatoy gindor?" anaçığı üstladike ADP HON jeklinde (İntihallemesi gerekmektedir; ancak danusunda ayrı kesin ilmi hakları yüklenilmesi durumunda benzerlik %300 çıkarılır ve depodan test almak çok zaman alır; gerektirilmez).

6-Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekran görüntüsünü sağ üst köşesinde yitirdiğiniz dosya olarak belirtir "benzerlik oranı," raporlamaya tabii tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Türkçe Lisans/Doktora Tez Çalışmaları Örneği" Raporu'nun altına yerleştirilir.

7-Benzerlik oranında tüm sorunsallık öğrenciye aittir.

8-Tez savunma süresi sonlandırıldı başkanı başkan yardımcısı, öğrencisi, tez savunma süresi bitiminde sadece yükleme matrisinde ilgili bölümleri öğrenen doçent/kurumla ilişkili ikinci kişi İntihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanan ve tez danışmanı tarafından onaylatarak imzalanarak ikinci kişi "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Örneği" Raporu'na eklenmelidir.

9-Tipinin Hakkında Bilgiler: http://kutuphane.dcu.edu.tr/turkish/S3D70_r.html