



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**MADDE BAĞIMLILARININ SOSYAL REHABİLİTASYONUNDA YEREL
YÖNETİMLERİN ROLÜ-BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

Kamil ATEŞ

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

MADDE BAĞIMLILARININ SOSYAL REHABİLİTASYONUNDA YEREL
YÖNETİMLERİN ROLÜ-BURSA İLİ ÖRNEĞİ

Kamil ATEŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

KABUL VE ONAY

Kamil ATEŞ tarafından hazırlanan "Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği" başlıklı bu çalışma, 26.12.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER (Başkan)



Doç. Dr. Tarık TUNCAY (Danışman)



Doç. Dr. Ercüment ERBAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin/Raporumun :2... yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

26.12.2017



Kamil ATEŞ

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

o Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

o Tezimin/Raporumun 05.02.2018 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

05.02.2018

Kamil ATEŞ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Tarık TUNCAY danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Kamil ATEŞ

“Alışkanlıkların zinciri, önce hissedilemeyecek kadar hafif, sonra kırılmayacak kadar güçlü olur.”

Benjamin Disraeli



Değerli Eşime

ve Sevgili Oğullarım

Ahmet Said'e ve Mehmet Akif'e

TEŞEKKÜR

Madde bağımlılığı alanına zorunlu bir görev değişikliğiyle girdiğimi söyleyebilirim aslında. İyi ki bu alanda çalışmışım diyebilirim şimdi. Bu alanda çalışma adımlarımı attığım ilk yer GADEM olmuştur. Aynı zamanda bu tez sadece bir tez değildir. Benim GADEM’de öğrendiğim 2 yıllık öncesi ve sonrasıyla severek öğrenme uğraşının örneğidir. Bu öğrenme sürecinde benimle olan ve bana yardımcı olan herkese çok teşekkür ederim.

Her şeyden önce benimle çalışmayı teklif ettiğimde tereddütsüz kabul eden, motivasyonumu kaybettiğimde ve çalışmamın dar ve çıkmaz sokaklara girdiği anlarda, önerileriyle benim için hep bir çıkış yolu sunan, öğrendiği her şeyi severek, isteyerek paylaşan, bilgilerini ve zamanını cömertçe sunan, çalışmamın başından sonuna kadar ilgiyle takipçisi olan, desteği ve yönlendirmeleriyle benim için yeri doldurulamaz olan Doç. Dr. Tarık TUNCAY’a çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans tez jürimde yer alan ve yapıcı eleştirilerini benimle paylaşarak beni bir adım daha öne taşıyan, fark edemediğim, bilemediğim eksikliklerimi gidermemi sağlayan Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER’e, Doç. Dr. Ercüment ERBAY’a çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans sürecinde desteğini sürekli yanımda hissettiğim Tahir GÜNEŞ’e, Sedat BARUTÇU’ya Mehmet Zahid DEMİR’e, ve Gençlik ve Aile Destek Merkezi’ndeki mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Kent, kentlerin sağlık durumu, kentlerde sağlığı etkileyen etmenler ve sağlıklı kentler ile ilgili alanlarda, yerel yönetimlerin bilimsel bilgiye ihtiyacı olan konuları ele alarak öğrencilerin tezlerini ve tezimi destekledikleri için Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği’ne (SKB) ve çalışanlarına çok teşekkür ederim.

ÖZET

ATEŞ, Kamil. *Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Bu araştırmanın ana amacı, madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetleri yararlanıcıların gözünden incelemektir. Madde bağımlılığı ile mücadelede sosyal rehabilitasyon alanında önemli bir eksikliği kapatan Gençlik ve Aile Destek Merkezi örnekleminde hareket edilmiştir. Madde bağımlısı bireylerin, tedavi öncesi ve sonrası destek ve sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimlerin rolü Bursa ili örneğinde araştırılmıştır. Araştırmada, yerel yönetimlerin özellikle de belediyelerin sosyal politikaların en güncel ve en önemli konularından birisi olan madde bağımlılarının tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonu konusuna dikkatlerini çekmek, farkındalık oluşturmak ve açılacak yeni merkezler ile ülkemizi saran bu sorunun çözümüne katkı sağlamak istenmiştir. Araştırma, yapılan çalışmanın amacına uygunluğu nedeni ile niceliksel metodolojiye dayalı genel tarama modelinin kullanıldığı tanıtısal bir çalışmadır. Bu model esas alınarak çalışmada Bursa’da madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetlerin mevcut durumu ve sosyal rehabilitasyon merkezi olan GADEM’den yararlanan yararlanıcıların görüşleri çerçevesinde saptanmaya çalışılmıştır. Çalışma örnekleme yöntemi kullanılarak GADEM’e kayıtlı 489 madde kullanıcısından 140’ı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan ve yaş ortalamaları $\bar{X} = 16.6$ olan madde kullanıcıların %9.3’ünü kadın, %90.7’ini erkekler oluşturmaktadır. Yaş aralıklarına bakıldığında ise %9.3’ü 10-17 yaş (bunların içerisinde erken ergenlik evresinde 3 kişi, orta ergenlik döneminde 7 kişi ve geç ergenlik döneminde ise 3 kişi olmak üzere toplam 13 kişidir) %39.3’ü 18-24 yaş, %23.6’sı 25-30 yaş, %22.1’i 31-40 yaş, %3.6’sı 41-49 yaş, ve %2.1’i 50 ve üstü yaş ve aralığındaki kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların içerisinde %20,7’si evli, %69.3’ü bekar, %9.3’ünü boşanmış ve %0.7’sini evli ama eşinden ayrı olanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %38.6’sı Osmangazi, %30.’u Yıldırım, %12.1 Nilüfer, %1.4’ü Gemlik, %2.1’i İnegöl, %5’i Gürsu, %5.7’si Mudanya ve %5’i Kestel İlçesinde ikamet etmektedir. İlk kullanılan madde %79.3’ü (111 kişi) esrardır. Madde kullanım sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p=.027<.05$, ($\chi^2(1) = 12.604$, p

= .027)), %75.7'si arkadaş çevresi sebebiyle madde kullanmaya başladığı, %62.1'i daha önce tıbbi/klinik tedavi gördüğü, %30.7'si uyuşturucu kullanımından dolayı dosyası olduğu tespit edilmiştir. Uyuşturucu kullanımı ile adli vaka suç arasındaki istatistiksel olarak çok yüksek derecede anlamlı bir bağlantı bulunmuştur; ($p=.000<.05$, ($\chi^2(1) = 80.375$, $p = .000$).) Çoklu madde kullanımı ile kendisine zarar verme arasında istatistiksel $p=.351<.05$, ($\chi^2(1) = 2.096$, $p = .351$ olarak anlamlı bir bağlantı bulunduğu ve %83.6'sının danışmanlık hizmeti sonrası tıbbi tedaviyi kabul ettiği gözlemlenen durumlar arasındadır. Madde bağımlılığının tedavisinde ve sonrasında gerçekleştirilen rehabilitasyon sürecinde sosyal hizmet uzmanı önemli roller üstlenmektedir. Bu roller farklı müdahale düzeylerine göre (mikro, mezzo ve makro) şöyle şekillenmektedir. Sosyal hizmet uzmanının danışmanlık rolünün mikro düzeyine baktığımızda madde bağımlısı birey ve ailesine yönelik konsültasyon ve danışmanlık, mezzo düzeyinde bağımlılık tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin daha iyi şartlarda yapılması için kurum seviyesinde değişim sağlama, makro düzeyde ise madde bağımlılığı alanında politikalara katkı ve yardım sağlamaktır. Toplumla yeniden bütünleşmesi ve uyumu, sosyal hizmet uzmanının kısa, orta ve uzun vadede (mikro-mezzo ve makro) seviyelerde etkin çalışmasını gerekli kılmaktadır. Bağımlılık tedavisi görmüş bireyleri güçler perspektifinde güçlendirme, sosyal çevredeki zararları azaltan ya da yok eden müdahalelerde bulunma, toplumdaki kaynakları sosyal hizmet rolüyle harekete geçirme, toplumda görülen dışlayıcı yasal/politik mevzuatı değiştirme, sosyal içermeyi destekleyecek adımları geliştirme acilen müdahale edilmesi gereken faaliyetler arasında sayılabilir. Türkiye'de tıbbi tedavi sonrasında ülke genelinde bir sosyal rehabilitasyon yapısı henüz yeterli olmadığından madde bağımlılığı tedavisinin başarı oranının düşük olduğu görülmektedir. Bağımlıların sosyal hayata tekrar adapte olmasının zor olduğu toplumlar, bağımlılık tedavisinde başarı oranının en düşük olduğu toplumlardır. Bu yüzden sadece tıbbi tedavi değil devamında yapılacak olan topluma yeniden kazandırma faaliyetleri de sağlıklı bir toplum için önemlidir. Öte yandan bağımlılık tedavisi ancak tam manasıyla gerçekleştirilen sosyal bütünleşme programlarının varlığıyla başarıya ulaşabilecek bir süreçtir. Bu nedenle tedavi öncesi ve sonrası destek ve sosyal rehabilitasyon süreci son derece önemli hale gelmektedir

Anahtar sözcükler

Bağımlılık, sosyal rehabilitasyon, sosyal hizmet, yerel yönetimler, sosyal belediyeçilik

ABSTRACT

ATEŞ, Kamil. *The Role of Local Administrations in the Social Rehabilitation of Substance Abusers-The Case of Bursa*, Master's Thesis, Ankara, 2018.

The main purpose of the study is to examine the services provided by local authorities in the social rehabilitation of drug addicts in the eyes of the beneficiaries. Based on the sample of the Youth and Family Support Center, which closes an important gap in the field of social rehabilitation in combating drug abuse, the role of local governments in pre- and post-treatment support and social rehabilitation of drug users and addicted individuals is to investigate the Case of Bursa. In the research, it is aimed to draw attention to the issue of social rehabilitation of medicine dependents, which is one of the most recent and most important issues of local governments, especially social policies of municipalities, to create awareness and contribute to solution of this problem surrounding our country with new centers to be opened.

The research is a pilot study in which the general screening model based on the quantitative methodology with the reason of suitability for the purpose of the study being conducted is used. Based on this model, the study tried to determine the current state of services provided by local governments in the social rehabilitation of drug addicts in Bursa and the opinions of beneficiaries benefiting from GADEM, a social rehabilitation center. Using the study sampling method, 140 studies were conducted with 489 items registered to GADEM.

9.3% of the substance users participating in the survey and having a mean age of 16.6 are women and 90.7% are men. 9.3% of them are in the ages of 10-17 years (3 of them are early adolescent, 7 are middle adolescents and 3 are late adolescents) and 39.3% are 18-24 years old and 23.6% age 25-30 years, 22.1% 31-40 years, 3.6% 41-49 years, and 2.1% 50 years of age and above. Of the participants, 20.7% are married, 69.3% are single, 9.3% are divorced and 0.7% are married but separate from each other. 38.6% of participants were in Osmangazi, 30% in Lightning, 12.1% in Nilüfer, 1.4% in Gemlik, 2.1% in İnegöl, 5% in Gürsu, 5.7% in Mudanya and 5% in Kestel . The first item used was 79.3% (111 people) escaped. $P = .027 < .05$ ($\chi^2 (1) = 12.604$, $p = .027$)), 75.7% had started to use substance due to their friend's environment, 62.1% medical / clinic treatment, and 30.7% were files for drug use. A statistically significant association

between drug use and criminal case crime was found at a very high level ($P = .000 < .05$ ($\chi^2 (1) = 80.375$, $p = .000$). Statistical analysis between multiple drug use and self- = $.351 < .05$ ($\chi^2 (1) = 2.096$, $p = .351$), and 83.6% were observed to have accepted medical treatment after counseling.

During the treatment of substance abuse and after the rehabilitation process, the social worker undertakes a number of roles. These roles are shaped according to different intervention levels (micro, mezzo and macro). When we look at the micro level of the social worker's consulting role, we provide consultation and counseling for the drug addicted individual and his / her family, providing change at the institutional level to make mezzo-level addictive treatment and rehabilitation service better conditions and providing macro policy contribution and assistance in substance addiction. Integration from community requires the social worker to work efficiently in the short, medium and long term (micro-mezzo and macro) levels. Among the activities that need to be urgently intervened are the strengthening of individuals with addictive treatment in the perspective of the forces, the interventions that reduce or eliminate the harms in the social environment, mobilize the resources in society, change the secular legal / political legislation seen in society, and develop the steps to support social inclusion.

A social rehabilitation structures across the country after medical treatment in Turkey seems to be no low success rate of drug addiction treatment is not enough. Societies where addicts are difficult to adapt to social life are those who have the lowest success rate in addiction treatment. This is why collective rehabilitation activities, not just medical treatments, but also ongoing are important for a healthy community. Addiction treatment, on the other hand, is a process that can be successfully accomplished through the full existence of social integration programs. For this reason, the pre- and post-treatment support and social rehabilitation process becomes extremely important

Key words

Addiction, social rehabilitation, social work, local governments, social municipalities

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM.....	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER.....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ.....	xv
GRAFİKLER DİZİNİ	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xvi
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM	9
KONUya İLİŞKİN KURAMSAL ÇERÇEVE.....	9
1.1. Uyuşturucu Madde ve Madde Bağımlılığı Kavramı	9
1.1.1. Uyuşturucu ve Bağımlılık.....	10
1.1.2. Bağımlılık Nedenleri	12
1.1.3. Madde Bağımlılığına Eşlik Eden Psikopatolojiler	14
1.1.4. Bağımlılık Türleri.....	15
1.1.4.1. Fiziksel Bağımlılık	16
1.1.4.2. Psikolojik Bağımlılık	17
1.1.5. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması	17
1.2. Bağımlılığın Tedavisi ve Rehabilitasyonu.....	18
1.2.1. Alkol Bağımlılığının Tedavisi ve Rehabilitasyonu	20
1.2.2. Madde Bağımlılığının Tedavisi	22
1.2.3. Rehabilitasyon	25
1.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon	27
1.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	28
1.2.4. Tedavi Verileri ve İstatistikleri	31
1.3. Madde Kullanım Yaygınlığı.....	33
1.3.1. Dünya'da Madde Kullanım Yaygınlığı.....	33
1.3.2. Avrupa'da Madde Kullanım Yaygınlığı.....	37
1.3.3. Türkiye'de Madde Kullanımı Yaygınlığı	40
1.3.3.1. Türkiye'de Uyuşturucu Mücadele İle İlgili İstatistikler.....	44

1.3.4.	Bursa'da Madde Kullanım Yaygınlığı ve Uyuşturucu İle Mücadele	46
1.3.4.1.	Bursa İli Tedavi Verileri ve İstatistikleri	51
1.3.4.1.1.	Amatem Verileri	51
1.3.4.1.2.	Çematem Verileri	52
1.4.	Yerel Yönetimlerde Bağımlılığın Rehabilitasyonu ve Sosyal Hizmet Mesleği	53
1.4.1.	Yerel Yönetimler ve "Sosyal Belediyecilik"	53
1.4.2.	Belediyelerin Madde Bağımlılığı İle Mücadele Çalışmaları	59
1.4.3.	Bursa'da Uyuşturucu İle Mücadelede Yeni Yaklaşımlar ve Bağımlı Bireylerin Sosyal Rehabilitasyonu... 64	
1.4.3.1.	Değerlisin Sağlıklı Kal Projesi	66
1.4.3.2.	Gençlik ve Aile Destek Merkezi (Gadem) "Sosyal Rehabilitasyon Merkezi"	67
1.4.3.2.1.	Gadem'in Açılışı	67
1.4.3.2.2.	Gadem'in Amacı	67
1.4.3.2.3.	Gadem'in Personel Durumu ve Fiziki Yapısı	68
1.4.3.2.4.	Mobil Ekip ve Ex user (Eski Kullanıcı) Uygulaması	68
1.4.3.2.5.	İnterdisipliner Bir Yaklaşım "Gadem Koordinasyon Kurulu"	69
1.4.3.2.6.	Gadem'in İşleyişi	69
1.4.3.2.7.	Bütünşehir Sistemi ve İlçe Belediye Koordinatörleri Kurulu	71
1.4.3.2.8.	Gadem'de Bireye Yönelik Sosyal Rehabilitasyon Çalışmaları "Mikro Düzey"	72
1.4.3.2.9.	Gadem'de Aileye Yönelik Sosyal Rehabilitasyon Çalışmaları "Mezzo Düzey"	74
1.4.3.2.10.	Gadem'den 'Öğretmenim Canım Benim' Projesi "Makro Düzey"	75
1.4.4.	Madde Bağımlılığı Alanında Sosyal Hizmetin Rollerini	76
1.4.5.	Araştırmanın Problemi	81
1.4.6.	Araştırmanın Amacı	83
1.4.7.	Araştırmanın Önemi	83
1.4.8.	Araştırmadaki Varsayımlar	84
1.4.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	85
1.4.10.	Tanımlar	85
2. BÖLÜM		87
2. YÖNTEM		87
2.1.	Araştırma Modeli	87
2.2.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	88
2.3.	Veri Toplama Araçları	89
2.4.	Veri Toplama Süreci.....	90
2.5.	Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi	91
2.6.	Araştırmada Süre ve Olanaklar.....	91
3. BÖLÜM		92
3. BULGULAR VE YORUM		92
3.1.	Sosyo-Demografik Bulgular	92
3.2.	Katılımcıların Kullandığı Maddelere İlişkin Bilgiler	100
3.3.	Katılımcıların Mesleki, Çalışma ve Ekonomik Durumu	130
3.4.	Katılımcının Ailesiyle ve Çevresiyle İlişki Durumu	134
3.5.	Katılımcıların Gadem'e Geliş Süreci ve Sonrası.....	139
4. BÖLÜM		147

4. SONUÇ VE ÖNERİLER	147
4.1. Sonuç	147
4.2. Öneriler	148
1.4.10.1. Mikro Boyutta Öneriler	149
1.4.10.2. Mezzo Boyutta Öneriler	149
1.4.10.3. Makro Boyutta Öneriler	149
EKLER	168
EK 1-A: Aydınlatılmış Onam Formu	168
EK 1-B: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu	171
EK 2: Anket Formu	172
EK 3: Orijinallik Raporu	178
EK 4: Veli/Vasi Onay Formu	180
EK 5: Çocuk Rıza Formu	182
EK 6-A: Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Bilimsel Çalışmaları Destekleme Yazısı	184
EK 6-B: Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Bilimsel Çalışmaları Destekleme Yazısı	185
EK 7: H.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	186
EK 8: Gadem Araştırma İdari İzni	187
ÖZGEÇMİŞ	188

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri
BATEM	: Bağımlılık Tanı ve Tedavi Merkezi
BM	: Birleşmiş Milletler
BUR	: Bursa Uyuşturucu Raporu
ÇEMATEM	: Çocuk Ergen Madde Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi
DDK	: Devlet Denetleme Kurulu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
GADEM	: Gençlik ve Aile Destek Merkezi
IFSW	: Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Fedarasyonu
SKB	: Sağlıklı Kentler Birliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TDV	: Türkiye Diyanet Vakfı
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
UMYK	: Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu
UUMSB	: Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Strateji Belgesi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1 Kullanılan madde sayısı	41
Tablo 2: 2016-2017 Yıllık ve Aylık Cinsiyet Durumlarına GADEM'e Müracaat Eden Kişi Sayısı.....	89

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1 Tedavi Merkezi Sayıları	31
Grafik 2 Ayaktan Tedavi Sayıları	32
Grafik 3 Yatarak Tedavi Hasta Başvuru Sayıları	32
Grafik 4 Önceki Tedavi Durumu	33
Grafik 5 Uyuşturucu kullanan tahmini kişi sayısındaki küresel eğilimler, 2006-2014.....	34
Grafik 6 1998-2014 Yılları Arasında Dünya Çapında Ele Geçirilen Uyuşturucu Miktarlarındaki Trendler	37
Grafik 7 Kullanılan çeşitli psikoaktif maddelerin yüzde oranları grafiği	40
Grafik 8 2010-2014 Yılları Arasında Gerçekleşen Olay ve Şüpheli Olay Sayıları	44
Grafik 9 Yıllara Göre Sentetik Kannabinoidler Olay Sayıları.....	44
Grafik 10 Yıllara Göre Sentetik Kannabinoidler Şüpheli Sayıları.....	45
Grafik 11 2015 Yılı İçerisinde En Fazla Sentetik Kannabinoid Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı	46
Grafik 12 2014-2016 Yılları Arasında Bursa'da Esrar Maddesi Yakalamaları, ...	48
Grafik 13 2015-2016 Yıllarında Bursa'da Sentetik Kannabinoid Maddesi Yakalamaları	48
Grafik 14 2015-2016 Yıllarında Bursa'da Metanfetamin Maddesi Yakalamaları	49
Grafik 15 2016 Yılında Çocukların Karıştığı Madde Bazlı Olay Sayıları.....	50
Grafik 16 2015-2016 Yıllarında Bursa'da Uyuşturucuya Bağlı Doğrudan Ölüm Olayları.....	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Madde Bağımlılığı Tedavisi Sonrası Sosyal Yaşamda Ortaya Çıkan Sorunlar.....	25
Şekil 2 Birincil Uyuşturucu Olarak Opioid Kullanan ve Tedavi Alan Kişiler: Opioid Türüyle ve Eroin Harici Opioidlerin Raporlanma Yüzdesi.....	39
Şekil 3: Sosyal Belediyeciliğin İşlevleri.....	58
Şekil 4: Danışanın Merkeze Kabul Süreci	70
Şekil 5: Danışanın Merkeze Kabulünden Sonraki Süreç	71

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1 : Madde Kullanıcılarının Cinsiyet Dağılımı Durumu	92
Çizelge 2: Madde Kullanıcılarının Yaş Dağılımı.....	94
Çizelge 3: Madde Kullanıcılarının Medeni Durumu	96
Çizelge 4: Madde Kullanıcılarının Eğitim Durumu	97
Çizelge 5: Madde Kullanıcılarının Cinsiyet ve Eğitim Durumu Çapraz Tablo	98
Çizelge 6: Madde Kullanıcılarının İkamet Ettiği İlçelere Göre Dağılımları	99
Çizelge 7: Katılımcıların Kullandığı Madde Türleri ve Kullanım Durumları	100
Çizelge 8: Cinsiyet Dağılımı İçin CART Algoritması Tarafından Oluşturulan Sınıflama Ağacı	104
Çizelge 9: Katılımcıların Bağımlılığı Kabul Edip Etmedikleri Durumu	105
Çizelge 10: Katılımcıların Uyuşturucu Maddeyi İlk Kullandıkları Yaş Durumu	106
Çizelge 11: İlk Kullanılan (Başlanılan ya da Denenen) Madde Türleri.....	108
Çizelge 12: Katılımcıların Madde Kullanım Sıklıkları	109
Çizelge 13: Katılımcıları Madde Kullanmaya İten İlk Sebepler.....	110
Çizelge 14: Madde Kullanmaya Sebep “Arkadaş Çevresi” ile Suç Durumu “Uyuşturucu Kullanımı” Arasındaki Çapraz Tablo.....	111
Çizelge 15: Madde Kullanıldığı Sürece Eğitim Durumunda Yaşanan Sorunlar	112
Çizelge 16: İstemediği Halde (Kayma) Madde Kullanma Durumu	113
Çizelge 17: Madde Kullanıcılarının Klinik/Tıbbi Tedavi Görme Durumları	114
Çizelge 18: Katılımcıların Ayaktan ve Yatarak Tedavi Görme Durumları.....	115
Çizelge 19: Medeni Durum İle Tıbbi Tedavi Görme Durumu Arasındaki Bağlantı Çapraz Tablo	116
Çizelge 20: Katılımcıların Tıbbi Tedavi Görme Sıklıkları	117
Çizelge 21: Cinsiyet Dağılımı ile Tıbbi Tedavi Görme Durumu Arasındaki Bağlantı Çapraz Tablo	118
Çizelge 22: Maddeyi Bırakma Düşüncesi ve Bırakma Girişimi (Deneme) Durumu.....	119
Çizelge 23: Katılımcıların Psikiyatrik ve Psikolojik Tedavi Görme Durumu	119
Çizelge 24: Katılımcıların Adli Vaka Durumları	120
Çizelge 25: Katılımcıların Denetimli Serbestlik ve Cezaevi Durumları.....	121
Çizelge 26: Katılımcıların İşledikleri Suç Gruplarına Göre Dağılımı.....	121
Çizelge 27: Uyuşturucu Kullanımı İle Suç “Adli Vaka” Arasındaki Bağlantı Çapraz Tablo ..	122
Çizelge 28: Katılımcıların Uyuşturucu Maddeyi Kullanım Yeri.....	123
Çizelge 29: Katılımcıların Maddeyi Sorun Olarak Görme Durumları.....	125
Çizelge 30: Katılımcıların Madde Kullandıkları Süreçte Yaşadıkları Sorun Durumu	126
Çizelge 31: Katılımcıların Kendisine Zarar Verme Durumları.....	127
Çizelge 32: Çoklu Uyuşturucu Madde Kullanımı İle Kendisine Zarar Verme Arasındaki Çapraz Tablo	128
Çizelge 33: Katılımcının Kullandığı Madde Miktarındaki Artış Durumu	129
Çizelge 34: Katılımcıların Çalışma Durumu	130
Çizelge 35: Katılımcıların Son Bir Yılda Yaptığı İş Değişikliği Sıklıkları Durumu	130
Çizelge 36: Katılımcıların Madde Kullanınca Çalışma Durumları	131
Çizelge 37: Katılımcıların Sosyal Güvenlik Durumları	131
Çizelge 38: Katılımcıların Aylık Gelir Durumları	132

Çizelge 39: Katılımcıların Madde Kullanma Sürecinde Ekonomik Durumları.....	133
Çizelge 40: Katılımcıların Maddeye Harcadığı Para Durumu	133
Çizelge 41: Katılımcıların Kiminle Yaşadığı Durumu	134
Çizelge 42: Katılımcı Ailelerinin Madde Kullanımını Fark etme Süreleri	135
Çizelge 43: Katılımcıların Madde Kullanım Sürecinde Aile İlişkileri Durumu	135
Çizelge 44: Katılımcıların Ailelerinin Durumu Fark Ettiğinde Verdiği Tepkiler	136
Çizelge 45: Katılımcının İhtiyacı Olduğunda Yakınlarından Destek Alma Durumları.....	137
Çizelge 46: Katılımcıların Madde Kullandığı Sürece Arkadaşlık İlişkileri	138
Çizelge 47: Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nden Nasıl Haberdar Oldukları Durumu	139
Çizelge 48: Gadem'e Danıştıktan Sonra Klinik/Tıbbi Tedaviyi Kabul Etme Durumları.....	140
Çizelge 49: Katılımcıların Yerel Yönetimlerden (Belediyeler) Beklentileri	140
Çizelge 50: Katılımcıların Yerel Yönetimlerin-Belediyelerin Bağımlılıkla İlgili Çalışma Yapıp Yapmadıkları Düşünceleri	141
Çizelge 51: Madde Bağımlılığında Yaşanan Sorunlar	142
Çizelge 52: Katılımcıların Gadem'e Geldikten Sonra Aile İlişkilerindeki Düzelmeye Durumu .	142
Çizelge 53: Gadem'de Tıbbi Tedaviyi Kabul Etme ile Gadem'e Müracaat Ettikten Sonra Aile İlişkilerinde Düzelmeye Çapraz Tablo.....	143
Çizelge 54: Katılımcıların Gadem'deki Meslek Elemanlarının Yeterliliği Durumunun Değerlendirmesi	144
Çizelge 55: Gadem Meslek Elemanı Yeterliliği ile Tıbbi Tedavi Kabul Etme Durumu Çapraz Tablo	145
Çizelge 56: Katılımcıların Gadem'de Gerçekleştirilen Sosyal Faaliyetler Hakkındaki Görüşleri	145

GİRİŞ

Günümüzde, bütün dünyada ve ülkemizde, radyolarda, televizyonlarda günlük gazetelerde, haftalık aylık dergilerde, haberler arasında alkol ve madde kullanan insanların özellikle gençlerin, perişan, zavallı durumları; hatta ölümle neticelenen acı yaşam öyküleri yer almaktadır. Hala sentetik madde kullanımı gelişmiş ve Türkiye'nin da dahil olduğu gelişmekte olan ülkelerde artarak devam etmektedir. Yıllar boyu bütün dünyada ve ülkemizde çoğu insan bu haberleri, altında yatan bireysel ve toplumsal nedenleri; ekonomik, kültürel, politik ve siyasal etkenleri anlamadan, görmeden dehşet, endişe, korku, öfke, nefret, tiksinti duygularıyla izleyip geçmekte; günlük yaşantının yoğun temposu içinde unutup gitmektedir. Oysa günün birinde bu haberlerin içinde kendisinin, kızının, oğlunun, arkadaşının, dostunun, yakınının, tanıdığının yer alması muhtemeldir. İnsanlık var olduğu günden bugüne dek alkol ve madde kullanımının, bağımlılığın yol açtığı sorunlar, özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan günümüze dek birçok ülkede ve ülkemizde güncelliğini koruya gelmektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra oldukça fazla AB ülkelerinde ve A.B.D.'de özellikle ergenler arasında alkol ve madde tasarrufunda artma görülmüş; bu artmanın yol açtığı bireysel ve toplumsal sorunlar gençliği, insanlığı tehdit eden boyutlara ulaşmıştır. Bu artışın rüzgârıyla ülkemiz gençliğini de etkilemeye başlamıştır (Pumeriega ve diğerleri, 2014; Köknel, 1998).

Madde kullanımı ya da kötüye kullanımı dünyada görüldüğü gibi Türkiye'de de özellikle çocuklar ve ergenler arasında hızla yayılan ve tüm toplumu etkileyebilen biyopsikososyal boyutları olan yani hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal kapsamı olan ve gündemde olan bir sıhhat ve esenlik sorunudur. Bu sorun sadece bireysel düzeyde kalmamakla beraber, aileyi, aile üyelerini, yaşadığı çevreyi, toplumu etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Sevin ve Erbay (2008), toplum tarafından madde ve alkol kullanan bireylerin dışlanması ve kabul görmemesiyle beraber birey kendisinden beklenen işlevleri yerine getirememekte bunun sonucunda hem psikolojik hem de sosyal sorunlar yaşadığı belirtilmektedir. Bu sebeple de birçok sosyal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Öte yandan Polat (2014), bağımlılığı ne sadece bireyin sorumlu olduğu bir davranış ne de sosyal şartların neden olduğu bir sorun olarak görmektedir.

2016 yılı Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre; geçen yıl 247 milyon kişinin uyuşturucu kullandığı belirtilmiştir. Bu rakamın 2015 Dünya Uyuşturucu Raporu'nda 246 milyon kişi olduğu belirtilmiştir. Son bir yıl içerisinde yaklaşık 1 milyon kişinin madde kullanmaya başladığı görülmektedir. 29 milyon kişi ise uyuşturucu madde kullanım bozukluğundan acı çekiyor ancak uyuşturucu madde kullanım bozukluğu olan 6 kişiden sadece 1 tanesi tedavi sürecinde yer alıyor.

İnsanlar hayat boyunca devamlı olarak gelişim ve değişim göstermektedir. Özellikle bu dönemi en iyi ifade edenlerden birisi de Erikson olmuştur. Bu perspektiften bakıldığında, insan gelişiminin her aşaması çözülmesi gereken karakteristik bir kriz yaşamaktadır. Bir krizin daha erken bir safhada çözülmemesi, kişinin sonraki çatışmalarla iyi baş edebilme kabiliyetini etkiler. Takip eden sekiz büyük aşamanın temel varsayımları, her aşamanın pozitiften negatife doğru bir sürekliliği temsil etmesi; Her aşamada çözülmesi gereken bir kriz yaşanır; psikososyal krizler evrenselidir ve bir kültürle sınırlı değildir; ve kişiliği krizleri çözecek şekilde ortaya çıkar. Aşamalar şunlardır (Van Wormer, 2007):

1. Güvensizliğe karşı güven (18 aylık bebeklik). Bakım bakımı gören bebekler güvenmeyi öğrenirler ve bu onları hayat boyu yakınlaştırmaya hazırlar.
2. Özerkliğe karşı utanç ve şüphe (18 ay ila 3 yıl). Çeşitli görevleri yerine getirerek, çocuklar kendine güven ve kendine değer hissi geliştirir.
3. Girişime karşı suçluluk (3-6 yaş). Küçük çocuklar inisiyatif almayı teşvik edince inisiyatif almayı öğrenirler; Eğer engellendiyse, suçluluk duygusu yaşamaya eğilimlidirler.
4. Endüstri ve aşağılık (6-12 yaş arası). Çocukların akademik olarak nasıl başarılı oldukları ve diğer faaliyetleri izledikleri, kendilerini şaşkın ya da aşağılayıcı hissedeceklerini belirler.
5. Kimlik karşısında rol karışıklığı (ergenlik). Bu, kimlik krizinin zamanıdır - yeni rolleri denemek ve eski rolleri atmaktır.
6. Yakınlık ve mahremiyet (genç yetişkinlik). Yakınım arayışı -bir ruh eşini bulma- bu döneme hakimdir. Bu arada etik bir anlam da ortaya çıkmaktadır.

7. Generativite ve durgunluk (orta yaş). Üretkenlik, birinin kendi hayatının ötesinde geleceğe ilişkin gerçek bir endişeyi içerir, geride bıraktığı şey için bir göz.
8. Çaresizliğe karşın bütünlüğü sağlayın (yaşlılık). İnsanlar amaçlanmış bir yaşama bakarken ya da anlamsız görünen ve pişman hissettiren yaşlılık krizi yaşanır [s.89].

Erikson adolesanlarda psikososyal gelişim evlerini tanımlamış ve değişimlerin en yoğun olarak yaşandığı dönemlerden biri olan adolesan evresinde kazanılması gereken temel özellik ise kimlik gelişimi olduğunu belirtmiştir (Yüksel, 2016a). Kağıtçıbaşı (1973, s.17) ise, kimlik bunalımının temelinde *“gençlerin yaşadıkları kimlik bunalımının temelinde, hızla değişen ve gelişen toplum şartları içerisinde birbirine zıt rol beklentileri ve çoklu tercihler karşısında kalmaları ile sosyal yapıların onlara zorla dayattığı yaptırımların varlığından”* söz etmektedir. Madde kullanım özellikle adolesan döneminde başladığı düşünülmektedir. Bununla beraber sosyal kültürel ve psikolojik etkilerde madde kullanmaya başlamada oldukça önemli etkenlerdir (Yüksel, 2016b). Adolesan dönemlerinde madde kullanımı hat safhalara ulaşmaktadır. Adolesan dönemini Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş grubu olarak adlandırmaktadır. Bir başka tanımlama ise gençlik dönemidir ve bu yaş aralığı 15-24 olarak adlandırılır. Hem adolesan hem de gençlik dönemini beraber adlandıracak olursak eğer 10-24 yaş grubunu *“Genç İnsanlar”* olarak adlandırabiliriz (Yılmaz, 2016).

Genç insanlar arasında alkol ve madde kullanımı daha yaygın olduğu yapılan araştırmalarca da bilinmektedir. Daha önce de ifade edildiği gibi DSÖ 10-19 yaş arasını adolesan olarak tanımlamaktadır. Ancak 10 yaş ile 19 yaş arasında oldukça büyük farklılık olduğu da bilinmektedir. Madde kullanıcılarının çoğu da bu yaş aralığında ilk defa madde kullanmaya başladıkları bilinmektedir. Bu yüzden araştırmacılar adolesan dönemlerini 3 döneme ayırarak yaşa uygun spesifik müdahaleler geliştirmişlerdir. Adolesan döneminin 3 evresi vardır ve bunlar 1) erken adolesan dönemi (12-14yaş), 2) orta adolesan dönemi (15-18 yaş), 3) geç adolesan dönemi (18 yaş civarı) dir (Yüksel, 2016). DSÖ verilerine bakıldığında dünyadaki her altı (6) kişiden biri adolesandır. Bu bilgiye dayanarak baktığımızda ise 10-19 yaş aralığında 1,2 milyar kişinin olduğu anlamına gelmektedir. Adolesan döneminde sigara, alkol ve madde kullanımı ileriki yaşlarda daha da fazla sağlıklarını tehlikeye atmaktadır (Erten Bucaktepe, 2016). Bu

yüzden bu dönemde gençler arasında sağlıklı davranışları teşvik etmek ve gençleri sağlık riskinden koruyucu adımlar atmak, yetişkin sağlık problemlerini önlemek ve ülkelerin sosyal yapısı ve gelecek sağlıkları için esas olduğu bilinmelidir.

Madde bağımlılığından ergenlerin üzerine odaklanmalar 1960'lı yılların başından itibaren başlanılmış ve sorun olarak gündem olmuştur. Bu zamana kadar böylesi bir sorun gündeme gelmemiştir. Zaten bu süreçten sonrada lise ve üniversite öğrencileri arasında birçok araştırma yapılmış ancak bilgiler birbirini tutmamaktadır. Ancak ABD nüfus bürosunun vermiş olduğu istatistikler (1977) 12-17 yaş aralığındaki ergenler arasında madde kullanımının yaygın olduğu görülmüştür (Gander ve Gardiner,2007).

Madde kullanımı ve bağımlılığı, sadece tıbbi hastalıklara yol açmamaktadır, bunun yanında devlet ekonomisine oldukça fazla zarar vermektedir. Alkol ve yasadışı uyuşturucu madde bağımlılarının mesleki, psikososyal, kişisel ve ailevi fonksiyonlarının bozulması, tıbbi tedavi sağlayan kuruluşlara müracaatların artması sağlık kuruluşlarının mali yükünü arttırmaktadır. Ayrıca, uyuşturucu madde ticaretinden elde edilen kazancın nereye gittiği ve aktarıldığı bilinmezlik taşımaktadır. Bunun yanında yasadışı yollarla uyuşturucu satarak elde edilen kayıtsız kazanç yani kara para PKK, KCK gibi terör örgütlerine ve başka illegal faaliyetlere ekonomik gelir getirmesi de insanların güvenliğini, huzurunu ve sosyal dokusunu bozan bir sorundur.

Madde bağımlılığı süregelen bir beyin hastalığı olup, tamamen iyileşmesi olmayan ancak düzelebilen ve yaşam boyu sürmekte olan bir hastalıktır. Bunun yanında tıbbi tedavide uzman hekim/doktorların onayıyla alınabilen bir takım yasal ilaçların da kullanımı bağımlılığa neden olabilmektedir.

Madde kullanan ve bağımlısı olan kişinin hayat boyu izlenmesi gereken bir esenlik ve sağlık sorunu olduğuna, psikososyal desteğin, sosyal rehabilitasyonun önemine TBMM (2009), tarafından hazırlanan uyuşturucu madde bağımlılığı raporu da bu konuya dikkatleri çekmektedir. Klinik/Tıbbi tedavi sonrası bireyin yeniden topluma kazandırılması, hayata adapte olması gerekmektedir. Ancak, madde kullanan bireyin tıbbi tedavi sürecinin sonlandırılmasından sonra bireye psikososyal destek sağlayacak

ve sosyal gelişimlerini destekleyecek merkezlerin yeterli düzeyde olmayışı bireyi tekrar madde kullanmaya itmektedir. Tuncay (2010, s.60), “*tedavi süresince ve sonrasında hastanın psiko-sosyal esenliğini temin etmesi ve bunu sürdürebilmesi de temel tedavi ölçütleri arasındadır. Bunu sağlayan en önemli bir araçta sosyal destektir*” demektedir ve aynı zamanda sosyal desteği zihinsel ve fiziksel olarak sağlığın temel göstergesi olduğunu vurgulamaktadır.

Madde bağımlılarının ve ailelerinin tıbbi tedavi öncesi ve sonrasında motivasyon¹ (isteklendirme, şevkini artırma, isteme isteğini artırma, güdülüme) kaybına uğramamaları için, kendilerine en yakın bir yerde bu tedaviden yararlanabilmelerine imkan sağlanmalıdır. Bu da ancak yerel yönetimlerin özellikle de belediyelerin aktif olmasıyla aşılabılır. Yerel yönetimlerin bulundukları bölgelerde soruna doğrudan ve hızlı bir şekilde müdahale etmesi gerekmektedir. Yerel yönetimler, sosyal katılım ve sosyal bütünleşme yönünde önemli adımlar atmaktadır. Belediyelerin en önemli karar organı olan meclis yaşanan sorunları doğrudan etkilemektedir. Özellikle son yıllarda madde kullanımından dolayı yaşanan ölümler bu kurulların daha etkili ve somut adımlar atmasına neden olmuştur.

Yerel yönetimler, belediyeler, kendine has kuruluşlar olduğu için, farklı bir bilimsel düzen ve disiplin yaklaşımı içerisinde gelişmeye açık bir yol çizmesi gerekmektedir. Bu nedenle madde bağımlılığı alanında hizmet veren yerel yönetimlerin bilimsel olarak incelenmesine ihtiyaç vardır.

Yerel yönetimler, belediyeler, çağdaş dünyayı kurma sürecinde tarihsel temellere dayanan toplumsal öğelerden biridir. Ülkemizin içinde bulunduğu yüzyıl yerel yönetimlerin yüzyılı olacağı yaklaşımlarının görüşüne dayanarak daha da önemli yer alacaktır. Bugünün sosyal toplumlarında yerel yönetimler, belediyeler, bir lokal

¹ TDK’ya göre motivasyon (motivation) kelimesi “Güncel Türkçe Sözlük” e göre;

1. İsteklendirme. 2.Güdüleme.

“BSTS/Su Ürünleri Terimleri Sözlüğü”ne göre ise

1. Harekete getirme, harekete sevk etme. 2. İtici kuvvet, harekete yöneltici içsel güç.

Anlamlarını taşımaktadır.

topluluğun günlük yaşamını sürdürmesinde, merkezi kamu yönetiminden daha etkin ve fonksiyonel yönüyle öne çıkıyor olması önemli bir yol farklılığına işaret etmektedir. Tüm yaklaşımlar göz önüne alındığında yerel yönetimler temelinde yönetim disiplininden farklı, kendine has bir düzen içerisinde gelişmesine ve yol almasına ihtiyaç vardır (Karataşoğlu, 2009).

Yerel yönetimler dezavantajlı grupları görünür kılarak, hizmetleri hak temelli vermeyi öncelemektedir. Yerel yönetimlerin madde bağımlılarına yönelik hizmeti gerçekleştirirken bilimsel olarak üç aşamada bulunması gerekmektedir. Bunlar, önleme çalışmaları, koruma çalışmaları ve rehabilitasyon (iyileştirme) çalışmalarıdır. Bu kapsamda sosyal hizmet mesleğinin hem mikro hem mezzo hem de makro boyutta işlevsel özellikleri ele alınmaktadır. Özellikle sosyal hizmet müdahalelerinde farklı ve çeşitli boyutların olması sosyal hizmet mesleğini ve meslek elemanının diğer mesleklerden ayıran ve farklı kılan bir özelliktir. Son yıllarda yerel yönetimlerin-belediyelerin, Gençlik Merkezleri adı altında merkezler açarak gençlerin boş vakitlerini değerlendirip, sosyal aktivitelere katılmalarını sağlayacak adımlar attığı görülmekte ve alandaki meslek elemanı ihtiyacını müdahale ve düzeye göre sosyal hizmet uzmanı ile karşılamaktadır.

Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı klinik/tıbbi olduğu ölçüde sosyal ve psikolojik müdahaleleri de kapsayan/içeren bir disiplindir. Madde bağımlılığı ne sadece bireyin sorumlu tutulduğu bir sorun olarak, ne de sadece sosyal koşulların sebep olduğu bir sosyal problem olarak görülmektedir (Polat, 2014). Alkol ve madde bağımlılığının önemli bir toplum sağlığı problemi olmasının temelindeki önemli sebeplerden biri kesin ya da sonuç alınabilen ölçülü müdahalenin olmayışıdır. Uzbay (2009), bağımlılık tedavisi oldukça karmaşık, kopleks bir süreçtir, sadece birey ve ailenin davranışlarına odaklanmak kısa vadede etkili olsa bile beklenen düzelmenin devam etmesi için uzun vade de gözlenmesi gerekmektedir. İlk etapta sağlık çalışanları ve aileler oldukça fazla hayal kırıklıklarına bu süreçte kapılabilmektedirler, çünkü nüks etmesi (relaps) her an söz konusu olabilir. Madde bağımlılarının tıbbi tedavi süreci devam ederken sağlık çalışanlarının (hekimlerin, doktorların, sosyal hizmet uzmanlarının, hemşirelerin,

psikologların) aklını kurcalayan, bağımlının tıbbi tedavi süreci bittikten sonra sosyal çevreye ilişkin boyutunun da sürece dahil edilmesi gerektiği fikridir.

Alkol/madde bağımlılığının tedavisinde başarıya ulaşma ve sonuç alma, ancak tedavi sonrasında gerçekleştirilecek olan sosyal rehabilitasyon çalışmaları ile sağlanacak bir durumdur. Madde kullanıcılarının, bağımlı kişilerin, sosyal yaşama yeniden dönmenin güç olduğu toplumlar, alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde başarıda istenilen oranlara ulaşamayan zayıf toplumlardır. Bu yönüyle sadece klinik/tıbbi tedavi değil, tedavi sonrasında yapılacak olan sosyal hayata yeniden kazandırma çalışmaları da sağlıklı bir toplum için hayati önem taşımaktadır (Tubim, 2014).

Ulusal Uyuşturucu Raporu'na (2013), göre Türkiye'de klinik/tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon birimlerinin var olmaması, madde kullanan bireylerin sosyal hayata tekrar kazandırılmaları ve adaptasyon sürecinin aktif bir şekilde izlenememesi nedeniyle istenilen sonuca maalesef ulaşamamaktadır. Neticede çoğu alkol ve madde kullanıcısı/bağımlısı birey, tekrar uyuşturucu madde kullanımına başlamakta ve tedavide bir "kısır döngü" yaşanmaktadır.

Ülkemizde alkol ve madde bağımlısı kişilerin sayısı hızlı bir şekilde yükselmektedir. Bu durum bağımlılıkla etkin mücadele edemediğimizi göstermektedir. Klasik klinik/tıbbi tedaviden yararlanan bireylerin neredeyse yarısı aynı yıl madde bağımlılığı tedavisi için tekrardan aynı tedavi sürecine dâhil olmaktadır. Bu noktada tıbbi tedavi sonrası elde edilen kazanımlara ilave ve destekleyici mahiyette sunulacak olan, tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon uygulamaları ile madde bağımlısı gençlerin ve çocukların tekrardan bağımlı olmaları engellenecektir.

Ülkemiz genelinde uygulanan alkol/madde bağımlılarının klinik tedavi sonrasında içtimai hayata tekrar adapte olmaları sürecini konu alan bir birim ya da merkez henüz yoktur. Fakat, birçok kamu kurumu, yerel yönetim- belediyeler ve STK tarafından dolaylı yollardan risk ve dezavantajlı gruplara yönelik faaliyetler düzenlenmektedir (Tubim, 2013). Öte yandan son birkaç yıldır ülkemizde yerel yönetimler özellikle de Büyükşehir Belediyeleri madde bağımlıları ile doğrudan çalışmaya başladıkları ve

dolaylı çalışmaları da arttırdıkları görülmektedir. Bununla beraber bu alanda çalışan sosyal hizmet mesleği sahip olduğu geniş müdahale alanı ve zengin rol dağarcığıyla bu çoklu sorunlara yönelik çalışmalar gerçekleştirerek, ekip içerisinde önemli bir fonksiyonu karşılayabilecektir. Sosyal hizmet uzmanı bu süreçte toplumla yeniden bütünleşme, mikro-mezzo ve makro düzeylerde etkin çalışmasını gerektirmektedir. Özellikle bağımlılık tedavisi görmüş bireyleri güçlendirme, sosyal çevredeki riskleri ortadan kaldırıcı müdahalelerde bulunma, toplumdaki kaynakları harekete geçirme, toplumda var olan dışlayıcı yasal/politik düzenlemeleri değiştirme, sosyal içermeyi sağlayacak adımları geliştirme yapılması gereken çalışmalar arasında sayılabilir.

Sosyal rehabilitasyon uygulamaları olan, sosyal aktiviteler, sanat, resim, müzik ve sosyal terapilerle yeniden sosyalleşen bireylere, mesleki rehabilitasyon ile yeni bir sosyal statü ve uğraş alanı sunulmaktadır. Böylece madde bağımlılığı tedavisinde seçenekler sunulmuş olacak ve kişinin tercih etme hakkı olacaktır. Böylece bağımlıların sorumluluk almaları sağlanacak olup, kendi kaderini tayin –self determinasyon, hakkını eline alacaktır. Madde bağımlıları için sunulan bu yeni seçenekler, yerel yönetimlerin bu önemli soruna çözüm bulmak arayışları ile birleşerek ortaya yeni projelerin çıkması sağlanacaktır. Madde bağımlılarının ve ailelerinin tedavi sürecinde motivasyon kaybına uğramamaları için, kendilerine en yakın bir yerde bu tedaviden yararlanabilmeleri sağlanmalıdır. Yerel yönetimler kendi yörelerindeki sorunlara merkezi yönetimden daha hızlı ve kalıcı çözüm üretebilmektedirler.

1. BÖLÜM

KONU YA İLİŞKİN KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Uyuşturucu Madde ve Madde Bağımlılığı Kavramı

Uluslararası antlaşmalar, sözleşmeler ve yasalarda uyuşturucu madde sayılan ve kabul edilen, sinir sistemini tesiri altına alarak ya da psikolojik bağımlılık şekillerine neden olan tek yönlü ve çift yönlü organik ve kimyevi maddeler olarak tanımlamıştır. Uyuşturucu bağımlılığı ise, legal ya da illegal bir maddenin tüm negatif etkilerine karşın kullanılmasının sürdürülmesidir (Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Strateji Belgesi, 2015).

2016-2018 Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Strateji Belgesi² nde ise;

Uyuşturucu madde, sakinleştirici ve/veya uyarıcı etkileri olan, kişide kullanımına bağlı daha fazla kullanma isteği uyandıran ve alınmadığında yoksunluk belirtileri gösteren, bitkisel kökenli veya bir takım kimyasal bileşenlerin bir araya gelmesiyle oluşmuş sentetik moleküllerden, merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve/veya ruhsal bağımlılık hallerine yol açan bütün maddelerdir (s. 3).

Genel olarak;

- Kimyasal niteliği ile canlı yaşayan organizmanın görev ve yapısını etkileyen,
- Kişinin bünyesinde fazla kullanma isteği uyandıran, fiziki ve biyolojik bağımlılık meydana getiren,
- Kullanan bireyin çalışma ve zihni faaliyetlerini etkileyen ve değiştiren,
- Kötüye kullanılması halinde bireyde ve toplumda oldukça derin sorunlara ve zararlara yol açmasına neden olan her türlü doğal ve kimyasal-sentetik maddelerdir.

Bir maddenin uyuşturucu olarak kabul edilebilmesi için Çelik (2015),

² http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/STRATEJ%C4%B0%20BELGES%C4%B0_2016-2018_TR.PDF.
Erişim 06.12.2017

- Uluslararası antlaşmalarda ortak kararlarla alınan ve belirlenen listelerde bir maddenin tanımlanmış olması,
- Toksin yani zehir etkisinin bulunması,
- Maddenin haz etkisinin olması,
- Bireyde kullanılan madde miktarının arttırma isteği ve eğilimi uyandırması,
- Kullanılması halinde bağımlılık yapmaması (fiziki ve psikolojik),
- Maddenin bırakıldıktan sonra yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması gerekir.

1.1.1. Uyuşturucu ve Bağımlılık

Devamlı yeni ve farklı türlerinin bulunması, daha öncekinden değişik tesir ve izlenim bırakması ve değişik maksatlarla kullanılması nedeniyle genel olarak kabul edilen bir tanımı bulunmamaktadır. Bunun yanında kişide önlenemeyen bir bağımlılık hali oluşturma, psikolojik ve fiziksel zarara sebep olması, sinir sistemini etkileme, kullanılan madde miktarı giderek zamanla arttırma meyline sebep olması, besleyici maddeler kapsamında sayılmama gibi nitelikler uyuşturucu çeşitlerinin hemen tümünde yer alır. Uyuşturucu kelimesi dilimizde yeni bir sözcüktür. Diğer dillerde ise Arapça ve Farsça’da muhaddir (örtün, kapayan), Eski Yunan’da ise narke (uyku) kökünden türetilmiş olup narkotik anlamında kullanılmaktadır. Uyuşturucu maddelerin yıllardan beri tıp biliminde kullanımından dolayı çoğu dilde ilâç manasına gelen sözcükler hem de uyuşturucu maddeleri de ifade etmektedir (Türkiye Diyanet Vakfı, 2017).

DSÖ’ye göre uyuşturucu “sağlık sebepleriyle kullanılanlardan farklı olarak, herhangi bir canlı sisteme ya da uzva alındığında, sistemin ya da uzvun tek veya çok fonksiyonunu değiştiren maddelerdir. Bu kavram gündelik yaşamımızın son birkaç senesine damga vurmasına karşın içeriğine dair görüş farklılıkları olduğu görülmektedir. Söz konusu olan uyuşturucu toplum nezdinde aynı manaya gelen bir kavram olarak algılanmakta ancak kavramın derinliği bilinmemektedir. Halen günümüzde bağımlılık etkisi olan maddeler için tek bir tanım olan uyuşturucu kullanıldığı görülmektedir. Uyuşturucu kelimesinden anlaşılacağı gibi bireyi uyuşturan, kontrolü yitiren, hareket kabiliyetini kısıtlayan maddeler olduğu düşünülmektedir. Ancak bu kavram anlaşıldığı gibi değildir. Çünkü bazı maddeler uyarıcı etkisi yaptığı halde bu tanıma göre uyuşturucu olmadığı

sanılmaktadır. Kendisinden de anlaşılaçağı üzere, kullanan bireyi uyuşturan, hareket kabiliyetini kısıtlayan, kontrolünü ve kendisine hâkimiyetini kaybettiren maddeler akla gelmektedir. Aslında birçok bilim insanının üzerinde durduğı ve vurguladığı konu ise bağımlılık etkisi olan maddelerin hepsi için uyuşturucu kavramını kullanmak aslında pek doğru değildir. Yapılan bu tanım ile uyarıcı birtakım maddeler bu kapsam dışında gibi bir izlenim oluşturmaktadır. Uyarıcı olarak adlandırdığımız maddeler de bağımlılık yapmaktadır. Bu sebeple uyuşturucu kavramı kapsamında tüm bağımlılık yapan maddeleri değerlendirmek yanlış olmayacaktır (Ögel, 2010).

Bağımlılık hem mana hem de kapsamı bakımından makro boyutları olan çok geniş bir kavramdır Toplum nezdinde bilinen anlamı ile bağımlılık bir objeye, bireye veya bir var olan şeye önlenemeyen bir arzu ile ya da farklı değişik gücün idaresi altına girmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Uzday, 2009.). Ögel (2010), ise bağımlılığı biyo-psiko-sosyal bir hastalık olarak tanımlar. Aynı zaman madde kullanan kişinin alışılmış olan herhangi bir ilaç veya maddeye karşı engellenmesi imkânsız psikolojik ve fizyolojik bir ihtiyaç duyması, alınan madde ölçüsünün ve içme-kullanma sıklığının zamanla artış göstermesi, kullanılmadığı durumlarda şiddetli yoksunluk ve mahrumiyet işaretlerinin meydana çıkması ve bunlar alınmadığı zamanda gündelik yaşamın yaşanmaz ve sürdürülemez bir hal almasıdır.

Genel manada bağımlılık yapıcı maddeler; zihinsel fonksiyonları direkt etkileyerek beden üzerinde fiziki, ruhi, davranışsal, bilişsel/zihinsel varyasyonlara, farklılıklara neden olan, bağımlılık yapan ve tutum ve davranışlar üzerine etkili, haz veren fakat hayatsal fonksiyonların yerine getirilmesinde gerek duyulmayan tüm maddeler olarak açıklanabilir. Aynı zamanda alkol ve madde bağımlılığı; tarifi, boyutları, kapsamı, birey ve halk üzerine oluşturmuş olduğı etkileri ile tıp veya psikiyatrik alanları üzerinde de bir etkisi olan öncelikle sosyal, ekonomik, kültürel farklılıklar içeren, davranış ve inançlarla alakalı problemler bütünüdür (Çoşkunol, 1999).

Kötüye kullanılan tüm maddelerin asıl ve en belirgin etkileri beyinde olmaktadır. Kullanılan maddelerin cinsine, saflığına ve kullanım sıklığına bağılı olarak etkileri değişebilmektedir. Maddeler vücuda çok değişik yollarla alınabilmektedir. Çoşkunol'a

(1999), göre ancak kötüye kullanılan maddeler vücuda alınma yolları dörttür. Bunlar; solunum yoluyla alınan maddeler, iğneyle kullanılan maddeler, burundan tozu çekilerek kullanılan maddeler ve yutularak alınan maddelerdir.

1.1.2. Bağımlılık Nedenleri

Madde kullanımının çok farklı nedenleri vardır. Bu nedenler bireyden bireye, bireyin içinde olduğu topluluktan topluluğa göre değişiklik göstermektedir. Bağımlılık, içinde yaşadığımız zamanın insanlık açısından en büyük sosyal, ekonomik ve sağlık sorunudur. Bağımlılık öğrenilen ve bulaştırılan bir durumdur.

Bağımlılık, bireyler arasında tıbbi, psikolojik, psikiyatrik, sosyal, ailevi, ruhsal, akademik, mesleki, yasal ve mali sorunların geniş bir bölümüne neden olur veya kötüleştirir. Kronik bağımlılık, yaşam ömrünün azalması ve sayısız tıbbi problemlerin yanı sıra, ruh hali, kaygı, psikotik bozukluklar ve diğer bozukluklar gibi psikiyatrik problemlerin artması ile ilişkilidir. Bağımlılığı ve ek psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerin tedaviye uymaları daha az olasıdır, bu durum morbidite ve mortalitenin artmasına neden olur (Dennis ve Marvin, 2013).

Bağımlılıkla ilgili oldukça fazla risk faktöründen söz edilebilir. Bunlar cinsiyet, psikopatoloji, ruhsal sorunları ya da bağımlılığı olan ebeveynin bulunduğu kaotik aileler, aile ve sosyal çevre, bireysel özgeçmiş ve kültür, sosyal becerilerin zayıf olması, sapkın davranışlar sergileyen arkadaşlarla “takılma” gibi faktörler söz konusudur (İvandic ve Jukic, 2012; Yargıç, 2014; Ögel, 2010).

Kimin alkol bağımlılığına gideceğini ya da bağımlı olacağını öngören hiçbir genetik işaret yoktur (Van Wormer, 2007). Schuckit (2000), diğer genetik bozukluklarda olduğu gibi, önemli çevresel faktörlerle birlikte çeşitli genetik özelliklerin bağımlılık riskine katkıda bulunduğu konusunda ihtiyatlı davranmaktadır.

Çevrenin ve geleneklerin baskısına tepki verme, bağımsız olduğunu gösterme isteği, bazı uyuşturucu maddelerin yaratıcılık verdiği, öğrenmeyi kolaylaştırdığı hakkındaki yalan yanlış inanışlar, sosyal ilişki aracı olarak kullanma düşüncesi eğer ergen sevgiden

yoksun ve kontrolden uzaksa, ailede sorunlar yaşıyorsa var olduğunu hissetmek adına bazı gruplara katılma ihtiyacı hissedecektir. Özellikle bağımlı ailelerinden işittiğimiz ve yakındıkları durum arkadaşlık ilişkileri bir başlangıç olarak görülmektedir. Yanlış arkadaşlıklar ve özellikle bu arkadaş grupları alkol ve madde kullanan gruplarsa, bu sonun başlangıcıdır. Ülkemizde alkol ve madde kullanımı en önemli sosyal, ekonomik, sağlık ve psikolojik bir sorun haline gelmiştir. Alkol ve madde kullanımı sonucu gençler kendilerini yanlış zamanda ve yanlış yerlerde bulurlar. Okulda başarısızlık, suça eğilim ve suç işleme ekonomik çöküş gibi sosyal ve ictimai sorunlar, bağışıklık sisteminin zayıflaması, karaciğer ve kalbin zarar görmesi, AİDS hepatit gibi bulaşıcı hastalıklar, kemik ve fiziksel gelişimin aksamaması, beyinin hasar görmesi, depresyon, uyku sorunları gibi bedensel ve ruhsal hastalıklar ortaya çıkar. Alkollü araç kullanma sonucu kazalar, yaralanmalar, yasa dışı madde kullanımı ve satışı gibi adli sorunlar çok sık yaşanır.

Madde bağımlılığı ve bağımlılığına karşı çok profesyonel olmayan, biyolojik ve psikolojik yaklaşımlar vardır. Bununla birlikte, tedavi sıklıkla sinir bozucu bir çaba olmuştur. Birçok, belki de çoğu durumda, uyuşturucu bağımlısı olan insanlar gerçekten de kendileri durdurmak istemiyorlar ve kendi aralarında tedavi aramıyorlar. İnsanlar tedavi için geldiklerinde, çekilme sendromundan yardım etmeleri, göreceğimiz gibi genellikle yeterince açıktır. Bununla birlikte, tercih ettikleri maddeden yoksun bir hayat sürdürmelerine yardımcı olmak daha sorunludur. Tedavi, terapistin ofisi, bir destek grubu, bir yerleşim merkezi veya hastaneye yatırma cezasının değer verildiği ve teşvik edildiği bir ortamda gerçekleşir. Birey, istismar ve bağımlılığın ortaya çıkarıldığı ve sürdürüldüğü iş, aile veya sokak ayarlarına geri döner. Nüksetme sorunu, ilk tedavide karşılaşılan sorunlardan daha zahmetli olabilir. Bir başka komplikasyon da madde bağımlılığı sorunları olan birçok kişinin diğer psikolojik rahatsızlıkları da var. Bununla birlikte, kliniklerin ve tedavi programlarının çoğunun, tüm bu sorunları aynı anda tedavi etmek yerine, oral alkol sorunu ya da diğer psikolojik rahatsızlıkları üzerinde durulmaktadır. Bu dar odaklanma, bu ikili teşhisi olanlar arasında daha sık hastanede yatışlar da dahil olmak üzere, daha kötü sonuçlara neden olmaktadır (<https://www.csun.edu/>).

Sonuç olarak, bağımlılığın tek bir nedeni yoktur. Tüm bu sorunları tek başlık altına da toplayamayız. Bireyin madde kullanmaya başlama sebebi fazla saf ve suçsuz bir arzu ve

merak tatmini olduğu bilindiği halde bunlara etkisi olan başka faktörlerde bağımlılığı meydana çıkarabilmektedir. Bunlar, sosyal, psikolojik, biyolojik ve farmakolojik nedenler şeklinde sınıflandırılabilir.

1.1.3. Madde Bağımlılığına Eşlik Eden Psikopatolojiler

Madde bağımlılığı ile beraber buna eşlik eden birçok psikiyatrik bozukluk olabilmektedir. Aslında bağımlılık başka bir psikiyatrik hastalığın belirtisi değildir (Yargıç, 2014). Ancak şöyle söylenebilir eğer başka bir psikiyatrik hastalık varsa alkol ve madde bağımlılığı riski artmaktadır. Böylesi bir durumda asıl tedavi edilmesi gereken öncelikli psikiyatrik hastalığın tedavisi oldukça zorlanmaktadır ve gidişat kötüleşmektedir.

Madde kullanımı ile eşlik eden psikiyatrik durumlar şunlardır: bipolar bozukluk ve depresyon, şizofreni, anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu), kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), intihar (özkıyım), disosiyatif bozukluklar, kendine zarar verme davranışı, çocuklukta yaşanan istismar/ihtmal yaşantısı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (Yargıç, 2014; Ögel, 2010).

Zihinsel ve madde kötüye kullanımı bozuklukları doğası gereği birlikte görülen teşhisler ile iç içe geçmiş durumda olduğu görülmektedir. Madde kullanım bozuklukları, şizofreni (% 47), bipolar bozukluk (% 45), kaygı (% 25) ve majör depresyon (% 24) olan bireylerde daha sık görülmektedir. Yapılan bir araştırmada kimyasal madde kullananların yüzde 53'ünde şizofreni, kaygı veya majör depresyon gibi zihinsel bir bozukluğa rastlanmıştır (Holloway, 1991). Buna benzer bir sonuç ise Brady ve Sinha (2005) literatürü gözden geçirirken madde kullanım bozukluğu olan erkeklerin ve kadınların yüzde 45-86'sında en az bir eşzamanlı psikiyatrik bozukluk vardı ve risk ilişkisinin karşılıklı olduğu bulunmuştur.

Şizofreni, bipolar bozukluk ve şiddetli majör depresyon gibi psikotik bozuklukları olan ve diğer ciddi zihinsel hastalıkları olan insanlar, eş zamanlı madde kullanım bozukluklarına oranla yüksek oranlarda yaşamlarına zarar verebilirler (Dennis ve Marvin, 2013).

Kısaca psikiyatrik durumlara değinecek olursak, şizofreni hastalarında bağımlılık ve madde kullanım oranı toplum genelinden fazladır (Yargıç,2014). Şizofreni, tüm önemli zihinsel hastalıkların en ciddi ve kişisel olarak tahripkar olanıdır. DSM-IV-TR (APA, 2000) 'e göre şizofreni, bozuk düşünceler, varsanılar, sanrılar ve sosyal çekilme belirtileri ile karakterize bir psikoz biçimidir. Çoğu uzman, şizofreninin doğumdan önce ortaya çıkan ve beynin çeşitli bölgelerindeki devreleri içeren bir gelişimsel bozukluk olduğuna inanıyor. Hastalığın gelişimsel yapısı, kültürler arasında tutarlıdır; başlangıç genellikle birey yetişkinliğe geçiş yaparken gerçekleşir (Van Wormer,2007). Alkol ve madde kullanımı sonucu hastalık doğrudan ya da dolaylı yollardan alevlenebilmektedir. Ögel (2010), şizofreni hastalarında genel topluma göre 4,6 kat daha fazla alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol ve 9 kat daha fazla ise madde kullanım bozukluğu bulunduğu belirtilmiştir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan erişkinlerde alkol ya da madde kullanım bozuklukları oldukça sıktır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranışsal özelliklere dayanan bir psikiyatrik tanıdır. Bu tanı ile ilişkili en yaygın davranışlar, erken çocukluk başlangıçları, dürtüsellik, aşırı risk alma, kısa dikkat süresi ve aşırı fiziksel hareketlerdir (APA, 2000). Aşırı fiziksel hareket (kıpır kıpır), DEHB tanısı için şart değildir. Dikkat eksikliği bozukluğu, hiperaktivite eksi olan aynı fenomen için hala kullanılan daha eski bir terimdir. Bu terim artık DSM-IV-TR'de kullanılmamaktadır. Çocuklar için en yaygın psikiyatrik tanı tüm çocukların yaklaşık yüzde 7'sini etkileyen DEHB'dir. Çoğu yetişkin aynı semptomlara sahiptir, çünkü çocuklar bu özellikleri mutlaka aşmazlar. Bununla birlikte, varlığı son zamanlarda yetişkinlerde teşhis edilmiştir (Searight, Burke, ve Rottnek, 2000).

1.1.4. Bağımlılık Türleri

Bağımlılık, psikolojik ve fiziksel bağımlılık olarak iki ayrı kategoride incelenmektedir. Ancak bağımlılıkların çoğunda, psikolojik ve fiziki bağımlılık arasında kesin bir sınır çizebilmek mümkün olamamaktadır. İlk etapta psikolojik ya da ruhsal sebeplerle kullanılan maddeler, bir zaman sonra düzenli biçimde kullanıldığında fizyolojik bağımlılığa dönüşebilmektedir (DDK, 2014). Bağımlılık sürecinde farklı etkiler görülmektedir. İlk önce keyif ve hoş duygular veren bu maddeler merkezi sinir sistemini ve kişinin fiziksel ve ruhsal yaşamını etkiler. Kişide bazen normal dışı davranışların

ortaya çıkmasına neden olmakta ve bazen de bu maddeler kişiyi kendi gerçek yaşamından uzaklaştırmaktadır.

Uyuşturucu maddeleri kullanan kişide iki tür bağımlılık ortaya çıkar. Bunlardan biri fiziksel bağımlılıktır diğeri ise psikolojik bağımlılıktır. Her iki bağımlılık türünü detaylı bir şekilde açıklamak gerekirse;

1.1.4.1.Fiziksel Bağımlılık

Nesnelere ilişkin olarak tabir edilen bu bağımlılık; merkezi sinir sistemi gözlerinin, hücrelerinin verilen vazifelerini yapmaları için kullanılan ve vazgeçilemeyen maddeye devamlı gereksinim duyulmasına denilmektedir. Kullanılan ve vazgeçilemeyen maddenin vücuda girmemesi halinde vücutta meydana çıkan belirtilere mahrumiyet/yoksunluk belirtisi adı verilmektedir (DDK, 2014). Fiziksel bağımlılık, nesnelere ilişkin olarak tabir edilen bu bağımlılık ve vücudun maddeye karşı yeni ve farklı bir ayar oluşturduğu ve alınmadığı durumlarda yoksunluk göstergeleri olarak ortaya çıkan fizyolojik bir durum olarak açıklanmaktadır. Alınan madde veya ilaç vücut için karşılanması ve ihtiyacın giderilmesi gerekmektedir. Bu ihtiyaç karşılanmadığı zaman çekilme ve yoksunluk belirtileri görülebilir. Çoğu zaman yoksunluk/mahrumiyet alametleri görülen fizyolojik ve vücutla ilgili durum olarak açıklanır, bunun yanında ruhsal belirtiler bu durumla beraber eşlik ettiği de görülmektedir. Fiziksel bağımlılığın derecesi aynı zamanda kullanılan maddenin dozuna, miktarına, kullanım süresine ve sıklığına bağlıdır. Uyku, bulantı, kusma, terleme, çarpıntı fizyolojik belirtiler olarak gösterilebilir.

Fiziksel bağımlılıkta mahrumiyet göstergeleri hayatın sonlanmasına, ölüme neden olabilecek kadar tesirli ve kuvvetli olabilmektedir. Uyuşturucu ve uyarıcı maddeler merkezi sinir sistemindeki alıcı hücreler, gözeler tarafından alınarak tesirlerini göstermekte, bu alıcılar kısa zamanda uyuşturucuya alışmakta ve yapmaları gereken rolleri icra edebilmek için uyuşturucu maddeye gereksinim duymaya başlamaktadır. Böylelikle fiziksel bağımlılık ortaya çıkmaktadır. Fiziksel bağımlılıkta yoksunluk/mahrumiyet durumu fazla ağır olmakta, yoksunlukta ruhsal belirtilerin yanında merkezi sinir sistemine ilgilendiren belirtiler de ortaya çıktığı görülmektedir. Maddenin elde edilememesi durumunda kusma, saldırganlık, bulantı, kalbin

çarpıntısının artması, yoğun hissedilen baş ağrısı, panik ataklar, sıkıntı, unutkanlık, ishal, kişilik/şahsiyet bozuklukları, bayılmalar, terleme, bilinç kaybı ve ölüm görülebilmektedir. Uyuşturucu ve uyarıcı maddeler, merkezi sinir sistemindeki alıcıları etkilediğinden dolayı bir kere bile kullanmak madde bağımlılığına neden olmaktadır. Bundan dolayı merak edilse bile kullanmaktan dahi imtina etmek ve geri durmak gerekmektedir (Devlet Denetleme Kurulu, 2014).

1.1.4.2. Psikolojik Bağımlılık

Diğer bağımlılık türü ise “ **psikolojik/ruhsal bağımlılık**” olarak isimlendirilir ve maddeyi almaya kullanmaya, devam etme arayışı şeklinde ortaya çıkar (Uzbay, 1996., Aktaran: Gökler ve Koçak, 2008, s. 89). Psikolojik/ruhsal bağımlılık; haz veren maddeyi aralıklı olarak kullanma arzusu hissedilmesine denilmekte, birey maddenin olmadığı anlarda buna bağlı huzursuz davranışlar sergilemekte ve hissetmektedir. Maddenin alınmasıyla hissedilen haz keyif ve sevinç bireylerde yeniden madde kullanma arzusu uyandırmaktadır. Meydana gelen ve doğru olmayan gerçeği yansıtmayan hülyalar alemine ulaşmak isteyen bireylerde psikolojik bağımlılık ortaya çıkmaktadır. Bağımlı bu alışkanlığından vazgeçmenin imkânsız olduğuna onusuz yaşamanın imkânı olmadığı inancındadır. Böyle olunca da madde almadığı zamanlar ruhsal davranışlar gösterebilmektedir (Devlet Denetleme Kurulu, 2014). Psikolojik bağımlılık sürecinde ise başlangıçta birey, madde almaktan vazgeçse dahi, maddeyi terk etme döneminde madde kullanmaya bağlı olan yoksunluk/mahrumiyet belirtilerini çok fazla yaşamaktadır. Yani kişi istemese bile beyin maddeyi istemektedir. Kendisini madde almaya ve kullanmaya zorla sevk eden nedenler de seneler sonra yine zorlayıcı ve baskılayıcı arzularla kendisini tekrar madde almaya itebilmekte, yaşanacak sendromun süresi veya şiddeti, kişiye ve bağımlılık yapan maddenin cinsine ve saflığına göre değişiklikler göstermektedir.

1.1.5. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması³

³ Bağımlılık yapıcı maddeler açısından farklı sınıflandırmalar vardır. Bunun yanında gelen olarak kabul göre sınıflandırma şu şekildedir; Alkol, Tütün (Sigara), Esrar (Cannabis), Opiyatlar (Eroin, Kodein, Morfin, Buprenorfin, Suboxone), Kokain, Uçucu Maddeler (Volatile Substance), Amfetamimler, Benzodiazepinler (Daizem, Xanax, Rivotril vb). Ecstasy ve Halisünojenler (LSD).

Madde bağımlılığı, DSM-IV Tanı Kriterleri El Kitabı'nda bir ruhsal bozukluk olarak kabul edilmekte ve çeşitli tanı ölçütleri bulunmaktadır. Aynı durum DSM-V Tanı Kriterleri El Kitabı'nda da yer almaktadır.

DSM-5'e göre maddeyle alakalı bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları 10 (on) farklı madde grubunu kapsar. Bunlar; alkol, kenevir (kannabis), kafein, varsandırıcılar (hallüsinojenler) (fensiklidin [ya da benzer etkili arilsikloheksilaminler], inhalanlar olarak tabir edilen uçucular, opiyatlar, sakinleştirici, uyku getirici, endişe ve tasa gidericiler (sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar ve uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün-sigara ve başka (veya hala bilinmeyen) maddeler. Hiçbir zaman bu 10 (on) grup net olarak birbirinden ayrı olmadığı bilinmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Bağımlılık yapıcı maddeler türlerine bakıldığında sertlik derecelerine ve etkilerine göre sınıflandırılabilir. Bağımlılık yapıcı maddeler çeşitli amaçlar doğrultusunda, birçok araştırmacı ve kuruluşlar tarafından çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Yapılan sınıflamaların bir kısmı şöyledir Sevil (1998),

- a) Sertlik derecelerine göre uyuşturucular iki kısımdan oluşur, bunlar yumuşak uyuşturucular ve sert uyuşturuculardır. Yumuşak uyuşturucuların içerisine hint keneveri ve türevleri dâhildir. Bunun yanında esrar ve LSD de bu gruba dâhildir. Ancak LSD diğer uyuşturuculara oranla bağımlılık ve alışkanlık yapma bakımından hafiftir yumuşak sayılır (Sevil, 1998). Sert uyuşturucular grubuna ise, kokain, eroin ve morfin gibi maddeler girer. Sert uyuşturucular alındıktan kısa bir sürede alışkanlık oluşturur ve bedensel ve ruhsal çöküntüye yol açarlar.
- b) Etki türlerine göre uyuşturucular ise ağrı kesiciler, uyarıcılar, uyuşturucular, baskılayıcılar, sanrı uyandırıcılar (halüsinojenler) gibi farklı bir grup oluşturmaktadır.

1.2. Bağımlılığın Tedavisi ve Rehabilitasyonu

Bağımlılık yapıcı maddelerin nicelik olarak çokluğuna bakıldığında ve farklılıkları göz önüne alındığında farklı tedavi yöntemlerinin de olması kaçınılmazdır ve gereklidir. Bundan başka tıbbi tedavi ve rehabilitasyon bireyin kişilik hassasiyetlerine ve madde kullanımı ile alakalı problemlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Çok fazla

hastada aynı zamanda hem psikolojik hem de sosyal sorunlarında eşlik etmesi tedavi sürecini güçleştirmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi hem davranışçı yaklaşım tedavilerini hem de ilaç tedavisi ve bu tedavilerin birleşiminden meydana gelmektedir (Dilbaz, 2012). Bağımlılığın tedavisinde kullanılan ilaçların yanında psikososyal yaklaşımların ve boyutlarının da dikkat edilerek uygulanması gerekmektedir. Psikososyal yöntemler ve yaklaşımlar çok kapsamlı bir rehabilitasyon programı ile mümkün olmaktadır (Moodist, 2017).

Bir bireyin tedaviyi kabul etmedeki istekliliği, yaşadığı günlük olayları, ailesi ve çevresi ile ilişkileri bağımlılığın şiddeti ve karışıklıklara göre zamanla değişir. Gerek gönüllü, gerekse yasal zorunluluk olarak başlanan tedaviler ve denetimler kapsamında belirlenen programa uzun zaman devam eden ve uyuşturucu maddeden uzaklaşan bireylerin, yani bağımlılık tedavisi süreç içinde iyi olan ve istenilen düzeyde olan kişilerin, bazı bireysel özellikler bakımından diğerlerinden farklı olduğu görülmektedir. Bu nedenle tek bir bağımlılık tedavisi yöntemi yerine kişinin içinde bulunduğu durum (biyolojik-psikolojik-sosyolojik) özelinde tedavi programları geliştirilmelidir.

Dilbaz'a (2012), göre ise alkol ve madde bağımlısı olan bireyin her zaman güçlü bir motivasyonu olması gerektiğine ancak bunun her zaman geçerli bir durum olmadığını savunmaktadır. Bunun yanında zaman zaman bağımlı bireyin ailesinin, çalıştığı iş yerinin ve kanunların koymuş olduğu zorlayıcı hükümler ve dış baskılarda bağımlı bireyin tedaviye girmesini, tedaviye devam etmesini ve tedavinin istenilen düzeye gelmesini ve başarısını artırabilir olduğu belirtilmektedir.

Madde bağımlılığı tedavisi çoğunlukla Sağlık Bakanlığına bağlı birim ve polikliniklerde yürütülmektedir. Bu birim ve poliklinikler alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu bağımlılık gelişen hastaların tedavisini gerçekleştiren, ayaktan ve yataklı hizmet sunan birimlerdir. Tedavi merkezlerinde hem ayaktan hem de yatarak tedavi hizmeti verilmektedir. Yataklı tedavide esasında detoksifikasyon (arındırma) tedavisi ile başlar. Arındırma için tedavi süresi yaklaşık üç haftadır (Tubim, 2014). Arındırma tedavisi; kişinin alkol veya maddeyi almadığında maddenin vücuttan çekilmesiyle ortaya çıkan yoksunluk belirtilerine yönelik yapılır. Bu, tedavinin ilk aşamasıdır. Detoksifikasyon

tedavisinin devamında ilaç tedavileriyle birlikte terapi programları uygulanır. Birçok hasta tedaviyi erken bırakabilmektedir. Yapılan çalışmalarda ilaç tedavisi ile birlikte bireysel veya grup terapileri uygulanan hastalar uzun süre tedavide kalabilmektedir (Moodist, 2017). Hem alkol hem de alkol bağımlılığında tedavi süreçlerine ilişkin detaylar ilgili başlıklar altında özetlenmiştir.

1.2.1. Alkol Bağımlılığının Tedavisi ve Rehabilitasyonu

“Alkol bağımlılığı süregelen, kişide ruhsal, toplumsal ve bedensel sorunlar çıkaran, tedavisi uzun süreli ve güç bir hastalıktır” (<https://www.aligok.com.tr/tag/alkol-bagimliliği-tedavisi/>, Gök, 2017). İlk defa Roma filozofu Seneca, alkolizmi bir akıl hastalığı olduğunu ifade etmiştir. 1700’lü yıllarda Dr. Benjamin Rush aşırı alkol kullanımını bir hastalık olduğunu saptamış ve tanımlamıştır. En iyi tedavi metodunun ise tedavisini de alkolden her zaman uzak kalmak olarak belirtmiştir (DDK, 2014). Alkol bağımlılığının tedavisini öngören en gerçekçi ve tartışılmaz görüşü alkolden uzak durmaktır.

Alkolün uyuşturucu kadar tehlikeli olduğu genellikle düşünülmemekte, bu nedenle birçok kişi tarafından alkole oldukça masum bakış açısıyla görülmektedir. Ayrıca bir takım kültürlerde alkol diğer bir deyişle içki dinsel ve sosyal ve kültürel etkinliklerin bir parçası olarak görülmektedir. Her ne olursa olsun bir gerçek var ki her toplumun en önemli sorunlarından birisi alkoldür.

Bazı alkol kullanıcıları alkolü sadece sosyallik olsun diye kullanıma devam ederken bazıları ise alkol ölçüsünü kaybedip alkolü kötüye kullanım biçiminde davranış sergileyerek alkol bağımlısı olabilmektedir. Alkol bağımlısı olan birey bu durumu hemen anlamamaktadır. Çünkü alkol bağımlılığı bir süreç alır ve zamanla gelişir. Bu durum hem birey için hem de yakınları için ağır bedelleri olan bir hastalık olarak görülmektedir. Alkol bağımlılığı sadece sağlık sorunu olmamakla beraber kişinin hareket kabiliyetini kontrolünü kaybetmesine, iş gücünün azalmasına, maddi ve manevi zararlara ve kayıplara neden olmaktadır. Alkol bağımlılığı bireyi daha önce vakit ayırdığı boş zaman etkinliklerinden ve sevdiklerinden uzaklaştırmaktadır. Bağımlı birey en yakınında bulunan ailesi, yakınları, çocukları ve zaman geçirdiği kişilerle daha az görüşmeye başlar ve onlardan süreç içerisinde koparmaktadır. Alkol kullanan birey

ailesinin ve çevresinin kendisinden uzaklaştığını ve bunu anlaması zaman almaktadır. Yaşadığı sorunlarla alkol arasında bağ kurması bir süre almaktadır. Böyle durumlarda bu durumu erken fark eden bağımlı bireyin ailesi ve çocuklarıdır, daha sonra iş arkadaşları ve yakın çevresidir. Bundan dolayı alkol kullanan bireyin tedavi olmasını isteyen ve talep eden aile bireyleri ve yakın çevresidir. Alkol bağımlısı birey alkolle ilgili suçları arttıkça ve yaşadığı problemler çoğaldıkça bu sorunların alkolden olduğunu anlaması ile beraber bundan kurtulmak için tedavi arayışına girer ve tedaviye başvurur. Eğer bağımlı olan bir birey kendi isteği ile tedaviye başvurmamışsa ve bırakma motivasyonu yoksa tedavi başarısız olacaktır. Alkol bağımlısı olan birey için bırakma motivasyonu iyi olması ve arzulu olması esas şarttır (Gürol, 2017). Alkol bağımlılığının tedavisi iki aşamadan oluşmaktadır. Bunun ilk aşaması alkol bağımlısının alkolden arınmasıdır. İkinci aşaması arınma (detoksifikasyon) tamamlandıktan sonraki aşama ise psikososyal tedavidir.

Alkol bağımlılığından kurtulmak isteyen birey detoksifikasyon süreci oldukça uzun sürmekle beraber ve şiddetli, zorlu geçmektedir. Alkolün yoksunluğu ve vücuttan çekilmesinden dolayı şiddetli yoksunluk yaşanmaktadır. Bireyden bireye değişmekle beraber yoksunluk şiddeti çok geniş ve çeşitli biçimlerde görülmektedir. Alkol bağımlısı olan birey eğer alkolü bırakmak isterse mutlak doktor kontrolünde olarak devam etmeli ve önerilen ilaçları özenle kullanmalıdır. Aksi takdirde yoksunluk belirtileri sonucu hayati tehlike olabilmektedir. Alkol tedavisinde bazı durumlarda ayakta bazı durumlarda yatarak devam edilir. Alkol bağımlılığında yoksunluk belirtileri sonucu ortaya çıkan sorunlar kullanılan ilaçlarla dengelenmektedir. Etkili ve yerinde alkol arınma sürecinden sonra bir sonraki süreç olan davranış ve tutumların değiştirilmesi için psikososyal destek ve tedavi süreci yer almaktadır.

Psikososyal destek ve tedavinin amacı bireyin alkol almadan hayata tekrar dönmesi ve bütünleşmesidir. Bu amacın yerine getirilmesinde bir takım destek grupları ve kendi kendine yardım grupları (Adsız Alkolikler gibi) da rol almaktadır. Psikososyal terapi ve tedavi içerisinde davranışçı yaklaşım, bireysel müdahaleler grup ve aile çalışmaları mevcuttur. Bu tür etkinlikler ilaçla tedaviye destek mahiyeti taşımaktadır (Dilbaz, 2012). Alkol bağımlılığında tıbbi tedavi süreci sorunsuz atlatıldıktan sonra alkolsüz bir

hayatın oluşturulmaya başladığı psikososyal tedavi ve destek süreci başlamaktadır. Bu aşamada asıl amaç alkolsüz bir hayat oluşturmak ve relaps denilen tekrar kullanımın önüne geçmektir. Aslında alkol bağımlısı olan bireyin tek sorunu alkol alması olarak algılanabilir ama bu tek başına yeterli bir neden değildir. Bunun yanında bireyin yaşamı, deneyimleri, arkadaş çevresi ve alışkanlıkları da bu yönde farklılaşmıştır. Bundan dolayı bireyin sadece alkolü bırakması ve terk etmesi değil, bunun yanında bireyin yaşadığı çevre, alışkanlıklar ve hayat tarzının da değişmesi gerekmektedir. Her birey farklı bir yapı ve farklı gereksinimleri vardır. Bundan dolayı farklılıklar göz önüne alınarak tedavi için bireysel ihtiyaçlar belirlenmeli, uzman bir ekip tarafından hazırlanmalı ve takip edilmelidir.

Bağımlılık tedavisinde esas olan değişimdir. Bu değişimler bireyin hayat tarzının değişimi, tutum ve davranış değişikliği ve alışkanlıkların değiştirilmesidir. Değişiklerin olması için ise tedavide başarı oranını arttıran ya da azaltan bireyin arzulu ve istekli olmasıdır. Değişimi isteyen birey değişim için gerekli inanç ve motivasyona sahip olmalıdır. Süreçte tek taraflı değişimi istemek de olumsuz etkiler yapabilir. Bu yüzden psikososyal destek sürecinde hem aile üyelerinin hem de yakın çevreninde değişime katılmaları gerekmektedir. Yakın çevreninde değişime katılması bağımlı bireyde olumlu sonuçlar doğurabilmektedir. İnsan oğlu her şeyde olduğu gibi alkolsüz yeniden bir hayat inşa etme sürecinde de sabırsızdır ve hemen olsun ister. Ancak bağımlılığın kendisi uzun süreç içinde geliştiğinden tedavisi de uzun süren bir durumdur. Yani psikososyal tedaviler ve terapiler de zaman almaktadır ve uzun sürelidir (Gürol, 2017).

1.2.2. Madde Bağımlılığının Tedavisi

Genel anlamda toplum içerisinde madde bağımlılığının tedavisi olmadığına inanılır. Bu inanç oldukça yaygın olmakla birlikte aksine tedavisi gerçekleştirilen bir hastalıktır. Ancak tedavideki başarı bireye, sosyal çevreye, kullanılan metadolojiye ve iyileşme kriterine göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Uzbay (2009, s. 64) madde bağımlılığını tanımlarken “*Madde bağımlılığı sosyal, ekonomik, genetik, psikolojik ve nörolojik boyutları olan son derece karmaşık bir*

olgudur. Madde bağımlılığı düzelme (remisyon) ve nüks (relaps) dönemleri ile seyreden kronik bir beyin hastalığıdır” olduğunu ifade etmektedir.

Alkol ve madde kullanan bireyler iyileşmek için tedavi olabilir. Tedavi sürecinde tedavi ilkelerini yerine getiren sorunlu madde kullanıcıları-bağımlıların oranı azımsanmamalıdır ve bu oran yüksektir. Tedavi yalnızca bireyin maddeyi bırakmasını değil, sosyal hayatına geri dönmesini ve hayatını sağlıklı şekilde devam etmesini de kapsar. Bireyin tedavi olma arzusu ve isteği ve tedaviye adapte olması oldukça önemlidir. Alkol ve madde bağımlıları arasında “bu hastalığın bir tedavisi olmadığı” yolunda bir kanaat vardır. Halbuki, bu yanlış bir kanaattir. İyi bir motivasyona sahip olmak tedaviyi başarıya ulaştıracaktır (Bağımlılık Tedavi Merkezi, 2017).

Uzbay (2009, s. 64) ise “*Madde bağımlılığının ilaçla kesin tedavi edilebilir bir problem olduğunu iddia etmek veya bu iddiayı desteklemek sadece yeni bağımlılar oluşumuna yardımcı olur ve bilimsel olarak da gerçeği yansıtmaz. Henüz madde bağımlılığını kökten tedavi eden etkili bir ilaç yoktur. Tedavinin, bağımlı olduktan sonra, irade gücü veya ilaçlar yardımı ile tekrar kişilerin eski haline dönebileceği şeklinde ifade edilmesi hatalı ve yeni bağımlılar oluşmasını teşvik edicidir*”. demektedir.

Son yıllarda bağımlılık tedavisi için çok farklı metotlar denenmektedir. Bunca farklı tedavi metoduna rağmen hiçbir tedavi, tüm bağımlılara uygulanabilirliği yoktur. Tedavi metodu bireyden bireye göre farklılık gösterdiğinden yöntemde bireyin özelliklerine göre seçilmelidir. Tedavide farklı yöntemler kullanılabilir. Tedavi yöntemlerine kısaca bakacak olursak psiko-sosyal destek ve yaklaşımlar ve ilaç tedavileri olarak ikiye ayrılabilir. Psiko-sosyal destek ve yaklaşımların amacı aile ve sosyal ilişkileri düzeltmektir. İş, eğitim gibi sorumluluklarını üstlenmesini sağlamak, boş zamanlarını değerlendirmesine ve bireyin yeni beceriler kazanmasına olanak tanımadır. İlaç tedavilerinin hiçbirisi doğrudan kişide madde kullanmaya yol açan etkeni tedavi etmek için değildir. İlaçlar, bağımlılığa eşlik eden diğer ruhsal belirtileri azaltmak, kullandığı maddenin yerine geçmek veya madde gereksinimini azaltmak içindir.

Bağımlılıkla mücadele yalnızca bir mesleğin işi olmayıp bir çok disiplinin bir arada çalıştığı bir takım işidir. Psikiyatri uzmanının liderliğinde yakın çevreden kişiler, sosyal hizmet uzmanı, terapistler, psikolog, hasta bakıcı ve hemşireler yer alır. Bireyin tekrar eski duruma dönmesi önlemek için tedavi ekibi tedavi süresince bireye destek olur yalnız bırakmaz. Alkol ve madde bağımlılığın tedavisi ilk etapta kliniklerde başlar ancak yaşamında için devam eder. Bundan dolayı klinikte başlayan tedavi ve psikososyal destek klinik dışında da hayatın düzenlenmesinde ve mücadelede gördüğü desteğin etkisi tedavinin başarısını oranını önemli ölçüde etkilemektedir (Devlet Denetleme Kurulu, 2014).

Madde bağımlılığının tedavi aşamaları araştırmacılara göre değişiklik göstermektedir. Şener ve Küçükşen (2017), madde bağımlılığının kısa dönemli ve uzun dönemli olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Birinci aşamayı madde bağımlılığında detoksifikasyon, ikinci aşamayı ise madde bağımlılığında psikoterapi/rehabilitasyon olarak belirtmektedir. Uzbay'a (2009), göre bağımlılık tedavisi üç aşamadan oluşur.

Bunlar;

1. Madde Kullanıcının Toplumdan İzole Edilmesi Dönemi

Hasta bağımlılığın tedavi edilebileceği hastane veya özel bir kliniğe yatırılması sürecini ifade etmektedir.

2. Detoksifikasyon (Temizlenme) Dönemi

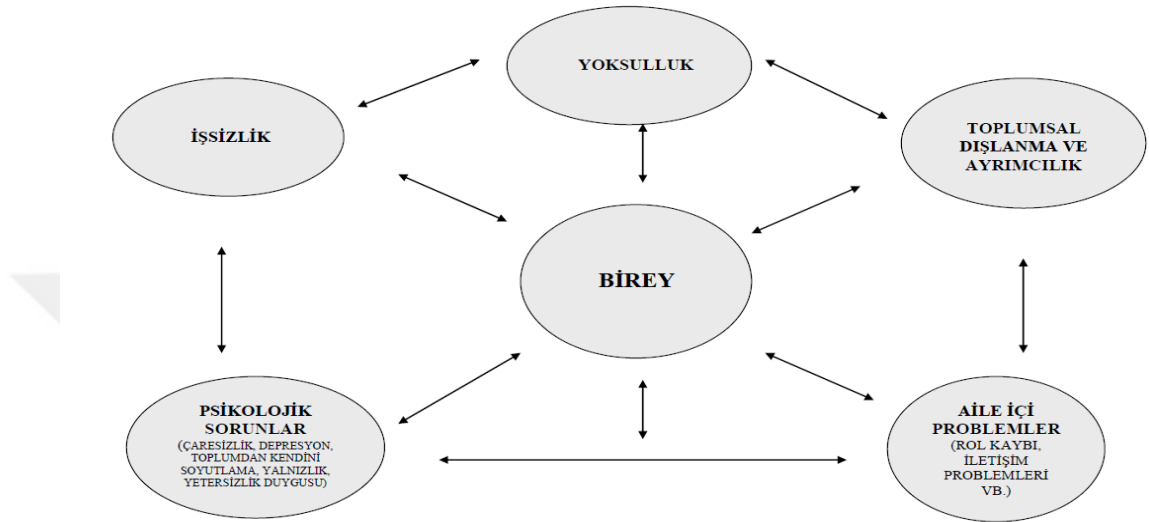
Yoksunluk sendromu bağımlılık tedavisinde madde alımının durmasının ardından ortaya çıkan en önemli problemdir. Bu aşamada bağımlı bireyin bu kriz durumunu az sıkıntı ile atlatması asıl amaçtır. Bu süreçte kullanılan madde tamamen kesilir ve ikame edici daha düşük fiziksel bağımlılık oluşturan bir başka madde verilir veya yoksunluk belirtisinin daha hafif geçmesini temin edecek bazı dinginleştirici ilaçlar verilerek vücudun maddeden temizlenmesi sağlanır. Bu süreç hastane veya özel kliniklerde geçmesi sağlanmalıdır.

3. Rehabilitasyon Dönemi

Madde kullanmaya yol açan ya da zemin hazırlayan etmenler ister psikolojik olsun ister sosyal problemler çözülmeye çalışılır. Rehabilitasyon dönemi oldukça önemlidir ve

senelerce sürebilir. Madde bağımlılığı tedavisi sonrası sosyal yaşamda ortaya çıkan sorunlar (Bk: Şekil 1) rehabilitasyon döneminde kalıcı ve etkili çözümlerin ortaya konulması gerekmektedir.

Şekil 1 Madde Bağımlılığı Tedavisi Sonrası Sosyal Yaşamda Ortaya Çıkan Sorunlar



Kaynak: Sevin ve Erbay, 2008.

Madde bağımlılığı tıbbi tedavi sonrası ortaya çıkan sorunlar çeşitlidir ve oldukça fazladır. Bağımlı birey psikolojik sorunlar, aile içi problemler, toplumsal dışlanma, etiketlenme ve ayrımcılık, yoksulluk ve işsizlik gibi sorunlarla baş etmek zorundadır. Eğer bu sorunlara hızlı etkili ve kalıcı çözümler bulunamazsa birey tekrar maddeye başlama tehlikesi ile karşı karşıyadır. Bundan dolayı alkol ve madde bağımlılığı tedavisi sonrasında meydana çıkacak problemlere kesin sonuçların üretilmesi, hastanın sosyal ve psikolojik olarak iyilik ve esenlik halinin sürekli olarak sağlanması, problemlere yönelik kapsayıcı bir problem analizini gerektirmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin sosyal problemlere yönelik olarak katkısı ve farklı bir perspektife sahip olması tam da bu noktada önemli olmaktadır.

1.2.3. Rehabilitasyon

“Hiç kimse ancak bir akademisyen bile, "rehabilitasyon" kelimesini endişe duymadan kullanacak.” (Richard Korn, 1992.Aktaran: Ward ve Maruna, 2007, s.2)

Rehabilitasyon kelimesinin anlamını “ yeniden mümkün kılmak” olup, Latince “*Habil*” kelimesinden türetilmiştir. Rehabilitasyon çok detay içeren bir kavram olup, kelime manası kaybedilen işlevlerin tekrar yeniden elde edilmesi ya da kazandırılmasıdır. Metintaş’a (2006), göre “*rehabilitasyon genel anlamda kişinin sosyal, mesleki, sağlık ve eğitim yaşamında ortaya çıkabilecek engelleri önlemeye ya da bunları en azından gidermeye yönelik önlem ve girişimler bütünü olarak*” tanımlar. Wilmot (1976, s.246), ise rehabilitasyonu genel olarak "bağımsız olarak işleyen" bireyleri topluma iadesi olarak tanımlanmıştır. TDK ise iyileştirme manasına geldiği belirtilmektedir. Rehabilitasyon, fizik tedaviye göre, daha uzun bir süreç almaktadır. Öte yandan hastanın tedavi sürecine aktif rol alması gerektiren bir süreçtir.

Ward ve Maruna (2007), ise rehabilitasyonu, bir hastanın davranışına (özürlülüğü) odaklanan, tekrar eden, aktif, eğitimsel, problem çözme süreci olduğunu ve aşağıdaki bileşenlerden oluştuğunu ifade etmektedir.

- Değerlendirme - hastanın sorunlarının doğasının ve boyutunun tanımlanması ve bunların çözümlenmesi ile ilgili faktörler,
- Hedef ayarı
- Müdahale, hem değişim sürecini etkileyen tedaviler; hemde hastanın yaşam kalitesini ve güvenliğini koruyan destek sistemleri
- Değerlendirme - Herhangi bir müdahalenin etkilerini kontrol etmek

Rehabilitasyon terimi, dünya savaşlarından sonra oluşan hastalık ve sakatlıkların tedavi ihtiyacı sonucunda, şuan ki AB ülkelerinde ve Amerika’da ortaya çıkmıştır. Ülkemizde ise, rehabilitasyon uygulamaları daha sonraki senelerde başlamıştır. Rehabilitasyon, önceleri sadece ‘sakatlıkların tıbbi tedavisi’ olarak algılanmaktaydı. Ancak sonraki süreçte tanımlanma yeniden yapılarak kapsamı daha da genişletildi. Genişletilen bu kapsamda rehabilitasyon kavramı hastalıkların, ilaç, cerrahi, fiziksel metotlar ve yardımcı cihazlarla kısmen veya tamamen giderilmesi ve hastanın bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik bakımdan, bağımsızlığının sağlanmasına yönelik yapılan tüm çalışmalara denildi.

Rehabilitasyon hizmeti esasında aile ve bireyi bağımlı hale getiren yetersizliklerin giderilmesine yönelik olarak, bireyin kapasitesinin devamını, iyileştirilmesini ve geliştirilmesini içeren interdisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirir (Akdemir ve Akkuş, 2006). Rehabilitasyonun amacı statüye iyi adapte edilmiş mevcut büyük sosyal kurumlara iyi uyarlanmış "iyi düzeltilmiş" bireyler üretmek (Wilmot, 1976), olduğunu belirtmektedir. Rehabilitasyon programları, eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi uygulamaları gibi hizmetlerle yürütülmektedir. Rehabilitasyon, bireyin ailesi ve toplum ile yeniden bütünleşmesini sağlayarak, fonksiyonlarını en uygun düzeyde sürdürmesini sağlar (Akdemir ve Akkuş, 2006).

Rehabilitasyon, çevresi içinde bireyi, insanı bütünü ile ele alır, çok yönlüdür. Bireyin, psikolojik tarafı dâhil, her yönden tamamlamaya, tamamlayamazsa kendi şartları ile en bağımsız şekilde yaşamayı öğretmeye çalışır. Anlaşılabacağı gibi bütün bu işlem ancak bir ekip ile yapılabilir. Ülkemizde ve dünyada sosyal ve tıbbi olarak iki ayrı gruba ayrılmış olan rehabilitasyon yöntemleri çok eski zamanlardan beri kullanılan ve gün geçtikçe daha da geliştirilen bir uygulamadır.

Madde bağımlılığının tedavisinde öncelikle arınma (detoksifikasyon) tedavisi yapılmaktadır. Daha sonra da sosyal ve psikolojik destek ve rehabilitasyon süreci başlamaktadır. Genellikle, birkaç haftalık tedavi sürecinden sonra maddeyi tamamen bırakmak oranları %10'u geçmediği bundan dolayı tedavi sonrası destek ve rehabilitasyon son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (Şener ve Küçükşen, 2017). Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki gruba ayrılan yöntemleri daha detaylı bir şekilde açıklamak gerekmektedir.

1.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi rehabilitasyon, tıp alanında son derece yaygın olarak kullanılan ve aynı zamanda birçok insanın kalıcı sorunlarında bile başarılarla imza atmış bir yöntemdir. Tıbbi rehabilitasyon, kişinin sağlığını şu ya da bu biçimde tehdit etmiş örneğin özür lülük durumunu, fizyolojik, anatomik ve çevresel kısıtlamaların el verdiği ölçüde azaltmaya olanaklı ise ortadan kaldırmaya yönelik tedavi uygulamalarını içeren ve özür lü kişilerin fiziksel kapasitelerini en üst dereceye çıkartarak günlük yaşamda mümkün olabilen en

üst fonksiyonel bağımsızlık düzeyine ulaşmasını amaçlayan hizmetler bütünüdür (Metintaş, 2006). Bir başkan ifadeyle tıbbi tedavileri bitmiş veya daha erken evrelerde, tanı ile birlikte yürütülen, fonksiyonların düzeltilmesi çalışmalarıdır olarak da açıklayabiliriz. Tıbbi rehabilitasyon uygulamaları genellikle insanlarda fiziksel olarak görülen engellerde büyük oranda etkili olmaktadır. Özellikle fiziki olarak doğuştan meydana gelen bozukluklarda yapılan rehabilitasyonlar sayesinde kişinin yavaş yavaş normal fiziksel hareketleri yapabilmeleri sağlanmaktadır (Rehabilitasyon, 2015).

1.2.3.2.Sosyal Rehabilitasyon

Sosyal rehabilitasyon, İkinci Dünya Savaşı yıllarında toplum içinde yaşayan hastaların sosyal kulüplere kabul edilme ve duygusal destek ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla bir araya gelmelerinden sonra gündeme gelmiştir. Kişisel yardım, karşılıklı bağlılık ve hastanın yeteneklerine güvenin vurgulanması amacıyla Amerika’da ortaya çıkan ve genel kabul görerek çok kısa sürede yaygınlaşan bir yöntemdir. Sosyal hizmet bakış açısıyla değerlendirilecek olursa sosyal rehabilitasyon sürecine dahil olan bireyler kendilerini “hasta, bağımlı” olarak değil “birey” olarak görmektedirler (Demirel , 2011).

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği’nin (IFSW) yayınlamış olduğu Sosyal Hizmet Uzmanı sözlüğünde ise rehabilitasyon, mümkün olduğunca sağlıklı bir duruma veya faydalı kapasiteye geri getirme. Sosyal hizmet uzmanları genellikle bu terimi yaralanma, hastalık ya da işlev bozukluğu nedeniyle engellenmiş kişilere yardım etmek için kullanırlar. Bu yardım süreci, hastanelerde, sosyal kurumlarda, kliniklerde, okullarda, hapisanelerde ve diğer birçok yerde gerçekleşir ve fizik tedavi, psikoterapi, egzersiz, eğitim ve yaşam tarzı değişikliklerini içerebilir (Barker, 1995).

Sosyal hizmet uzmanının eğitim, yeni geliştirilen başa çıkma becerileri ve kaynakları yoluyla güçlendirilmiş, yetkin ve eşit nitelikli bir problem çözücü olarak görülen bir uygulama yönelimi olarak ta tanımlanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sosyal rehabilitasyonu şöyle tanımlar: *“Tüm rehabilitasyon sürecini zora sokabilen ekonomik ve sosyal yükümlülükleri azaltmak, ailenin toplumun ve mesleğinin taleplerini bireye göre ayarlanmasına yardımcı olmak suretiyle topluma katılımı amaçlayan rehabilitasyon sürecidir”* (Aktaran: Demirel, 2017). Sosyal rehabilitasyon, özel ihtiyaç grubundaki bireylerin –korunmaya muhtaç

çocuk, aile, engelliler, kadın, yaşlı, suçlular, madde kullanıcıları- yaşam kalitesinin artırılması isteğinin bir netice olarak meydana çıkmıştır.

Zamanla çoğalan farklılaşan gereksinimler ve uygulama alanlarının farklılaşması ile beraber DSÖ tarafından psikososyal rehabilitasyon teriminin tanımı yapılmıştır. DSÖ psikososyal rehabilitasyonu; “ruhsal bozukluk nedeniyle bireyde ortaya çıkan işlev kaybı, yetersizlik ve engellerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve bireyin yaşam kalitesinin mümkün olduğunca yükseltilmesi amacıyla planlanan müdahale ve eylemler” şeklinde tanımlamıştır (Demirel, 2017).

Madde kullanıcılarının yaşam kalitelerinin tekrar eski haline gelmesi için sosyal destek ağlarının kuvvetli olması ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Sosyal destek ise araştırmacılarla şöyle tanımlanmaktadır: sosyal destek, Ben David ve Leichtentritt (1999), “kişinin sosyal ihtiyaçlarını başkalarıyla etkileşimleri yoluyla giderme derecesi olarak” açıklamaktadır. Yıldırım (1997), sosyal desteği “bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek” olarak tanımlamaktadır. Şahin (1999), “bireyin çevresinden gördüğü yardım” olarak tanımladığı sosyal desteği bireye kendisinin değerli olduğu algısını veren ve bireyin stresle mücadelesinde ara görevi gören bir özellik olduğunu belirtmektedir. Florian, Mikulincer ve Bucholtz (1995) sosyal desteği “formal ve informal ilişkiler yoluyla alınan teselli, yardım veya bilgi” olarak tanımlamakta ve çok boyutlu bir yapı olarak görmektedirler (Aktaran: Ateş, 2012).

Sosyal rehabilitasyon etkinliklerine katılanlar kişiler kendilerini “hasta” olarak değil “birey” olarak görmektedirler. Özgüvenlerini kaybeden bireyler-madde kullanıcıları, durum böyle olunca farklı görevler alabilmeleri ve kendilerine duydukları güveni tekrar kazanabilmeleri kolaylaşır ve kendilerini güçlü hissederler. Kendilerini birey olarak gören, sosyal dışlanma ve etiketlenmenin olmadığı hisseden kişi “*Sosyal Rehabilitasyon*” çalışmaları sürecinde farklı gruplar ve yeni ekipler oluşturabilir.

Sosyal rehabilitasyon çalışmalarının çoğu bireylere çalışmayı özendirmeyi ve kabiliyet kazandırmayı, farklı maniler sebebiyle yerine getiremediği işlevlerini mümkün olan en üst düzeyde yerine getirmeyi, toplumsal hayata diğer insanlar kadar katılmayı ve toplumsal kaynakları kullanabilmeyi sağlamayı amaçlamaktadır.

Ayrıca sosyal rehabilitasyon programları ailesini, sosyal yaşantısını, toplumla olan ilişkilerini kaybetmiş madde bağımlısı bireylere yönelik hizmetler sunmaktadır. Bireyi aile yaşamına, sosyal ve toplumsal yaşama, ruhsal sorunlarını çözmeye, evine ve içinde bulunduğu sosyal çevreye adapte olmaya, sosyal uyum için bireye özel teknik düzenlemelerin sağlanmasına, ulaşım imkanlarını organize etmeye, rehabilitasyon etkinlikleri sonrası daha insancıl ve nitelikli bir hayatın sürdürülmesi amacıyla maddi ve mali destek sağlanmasına, sosyal veya toplumsal hayata adapte ve tam katılım için yaşanan dış çevrenin bireyin gereksinimleri doğrultusunda tekrar düzenlenmesine, bireylere ve problemlerine karşı toplumsal bilincin ve duyarlılığın geliştirilmesine yönelik hizmetler olarak belirtilebilir.

Günümüzde değişim oldukça hızlı olmaktadır. Bu değişim kendisini her alanda hissettirdiği gibi rehabilitasyon alanında da hissetmiştir. Rehabilitasyon alanında yaşanan farklılıklar sosyal rehabilitasyonun içeriğini de farklılaştırmıştır. Rehabilitasyon başlangıçta sadece fiziksel sakatlıklarla ilgilenirdi. Ancak rehabilitasyon disiplini çeşitlenmiş ve karmaşık bir hal almıştır. Rehabilitasyon zaman içinde engelli bireyler, suçlu bireyler, korunmaya muhtaç çocuk, ruh sağlığı bozulmuş bireyler, sokak çocukları, aile, madde bağımlıları, yaşlı ve kadınlar vb. grupları da ilgi alanına almıştır.

Yaşanan tüm bu değişimler sadece sorun alanlarında değil, sorunlara çözüm arayışında olan ve rehabilitasyon hizmetlerinde çalışan, görev alan meslekleri etkilemiş ve sorunlarla paralel olarak mesleklerde genişlemiştir. Rehabilitasyon ekibi sadece tıp alanında çalışan değil, içine insanın psikolojisi, sosyal ve mesleki yönüyle ilgilenen meslekler de katılmıştır.

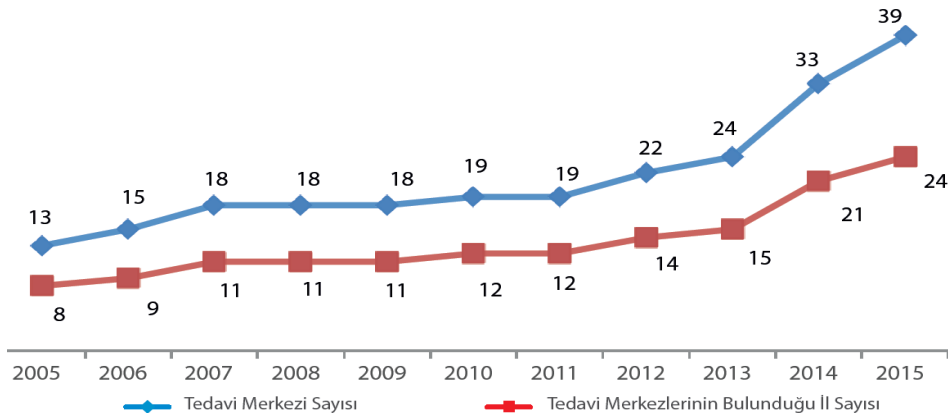
Genel rehabilitasyon alanından yaşanan tüm değişiklikler ve gelişmeler sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin de kapsamını ve içeriğini değiştirmiştir. Genel rehabilitasyonla paralel olarak sosyal rehabilitasyonda genişlemiş ve gelişmiştir. Artık sadece fiziksel ve ruhsal hastalıkların sosyal rehabilitasyonundan söz edilmemektedir. Bunun yanında AIDS, alkol ve madde bağımlıları, sokak çocukları, kalp hastaları, sokakta yaşayan çocuklar, suçlular, süregelen hastalıklılar, adaptasyon sorunu yaşayanlar, göçmenler, askerler, polisler gibi grupların da sosyal rehabilitasyonunda kapsamında bahsedilir hale gelmiştir (Demirel, 2011).

Sosyal rehabilitasyon programları, tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönden çeşitli düzeylerde kayıpları bulunan bireyi; sosyal, ekonomik, fiziksel ve ruhsal açıdan yeterli düzeye ulaştıracak sistemli çalışmalar bütünüdür. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri insan hayatının daha iyi olması, hayat kalitesinin artması özetle refah seviyesinin artmasının bir sonucu olarak yürütülen faaliyetlerdir. Sosyal rehabilitasyon çalışmalarıyla kişilerin farklı nedenlerle meydana gelen işlev kayıplarının gündelik hayata etkisini en aza indirmektir. Bu yolla bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmelerinin sağlanması en genel amaçtır. Bu kapsamda yapılan tüm çalışmaların, insanın daha saygın ve niteliği artırılmış, daha konforlu bir yaşam sürdürülmesine hizmet ettiği söylenebilir (Demirel, 2011).

1.2.4. Tedavi Verileri ve İstatistikleri

Türkiye’de alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi gerçekleştiren kurumlar; başta Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastaneler olmak üzere, üniversitelere bağlı psikiyatri poliklinikleri, Sağlık Bakanlığı ile ortak üniversite hastaneleri ve birkaç özel hastanelerdir. Tedavi veren kurum ve aldığı hasta sayısına ilişkin veriler aşağıda belirtilmiştir.

Grafik 1 Tedavi Merkezi Sayıları

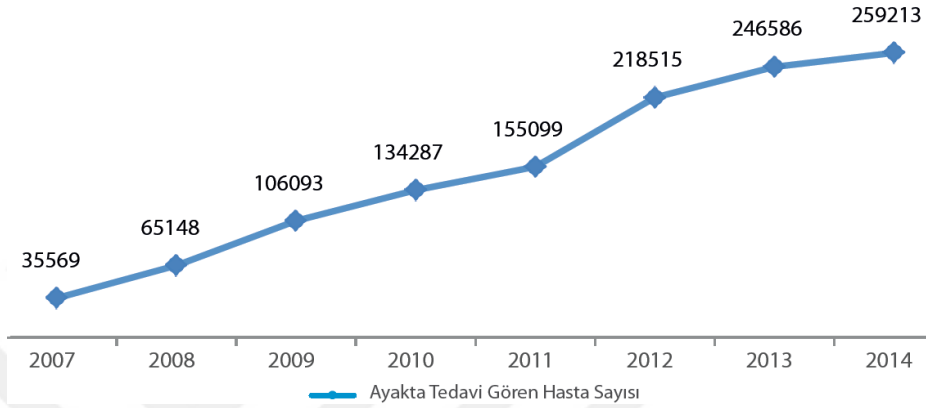


Kaynak: Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015.

Tedavi merkez sayılarında artış olduğu görülmektedir. Bunun yanında daha önce bölgelerin belli illerinde ya da büyükşehirlerde olan tedavi merkezlerinin il sayısı 2005 yılında 8 iken 2015 yılında 24 olmuştur. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi sunan

merkezlerin sayısında yıllara göre artış göstermektedir. 2015 yılında (Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015) göre tedavi merkez sayısı 39'dur.

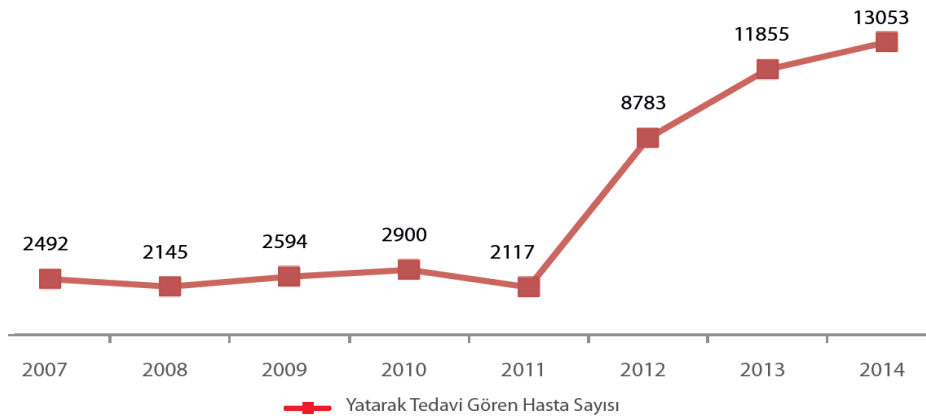
Grafik 2 Ayaktan Tedavi Sayıları



Kaynak: Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015.

Tedavi merkezlerine başvurup ayaktan tıbbi destek alan hasta sayısında ciddi artış olduğu gözlemlenmektedir. Türkiye genelindeki toplam yatak sayısının yetersizliği nedeniyle, ülke genelindeki var olan tedavi birimi sayısı ve birimlerde bulunan yatak kapasitesini arttırmak ve bu sayede bağımlılık tedavisini daha ulaşılabilir ve erişilebilir kılmaktadır. Grafik 2'de görüldüğü gibi tedavi merkez sayısı ve yatak sayısında artışa bağlı olarak başvuran hasta sayısında da artış gözlemlenmiştir.

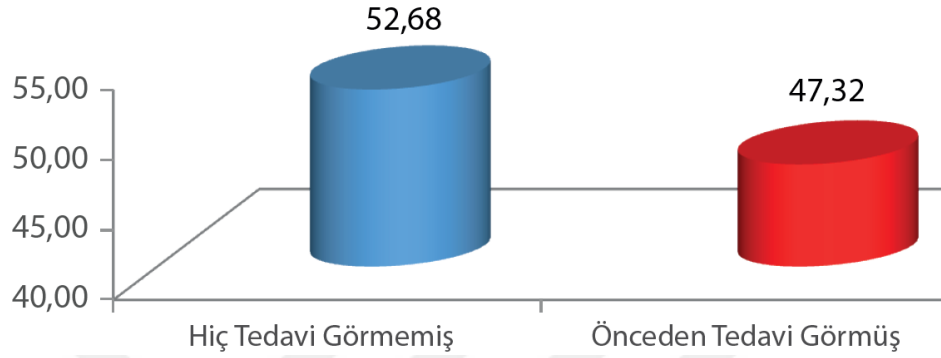
Grafik 3 Yatarak Tedavi Hasta Başvuru Sayıları



Kaynak: Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015.

Tedavi merkezlerinin kapasitesi ve ulaşılabilirliğinin artırılmasıyla beraber yatarak tedavi gören hastaların sayısı 2007 yılında 2492 kişi iken 2014 yılında 13053 kişi olduğu görülmektedir.

Grafik 4 Önceki Tedavi Durumu



Kaynak: Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015.

2013 senesinde tedavi olanları %51,5 i (3738) ilk kez tedavi olduğunu (daha önce hiç tedavi görmediğini) ifade etmiştir. Daha önce tedavi gördüm diyenlerin oranı ve sayısı ise %48,5 (3527) kişidir (Tubim, 2014).

2015 yılı Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu'nda ise ilk kez tedavi görenlerin oranını %52,68 olarak belirtmiştir. Daha önce tedavi gördüğünü belirten kişilerin oranı ise %47,32 olarak belirtilmiştir.

1.3. Madde Kullanım Yaygınlığı

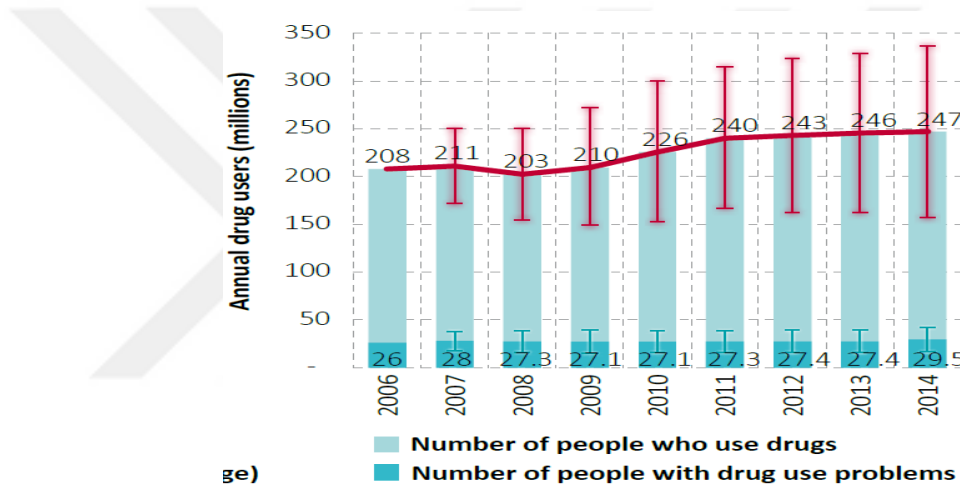
1.3.1. Dünya'da Madde Kullanım Yaygınlığı

Uyuşturucu madde bağımlılığı birçok devlet için halen güncel sorun olmaya devam etmektedir. Bu durum artık sınırları aşarak kar topu gibi büyüyen evrensel bir problem haline gelerek toplumların bugününü ve geleceğini tehdit eden uyuşturucu maddelerin kötüye kullanımı sadece bireylerin sağlığını tehdit etmekle kalmamakla beraber, sağlık haricinde hukuksal, kamusal, sosyal ve yönetsel sorunlara yol açmasının da yanında, insanların beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olan sağlıklarının bozulmasına hatta tamamen yok olmasına sebebiyet veren çok yönlü bir toplum ve toplum sağlığı sorunudur. Uyuşturucu maddelerin kötüye kullanımı ve bağımlılığı tüm

dünya için büyük bir tehlikedir oluşturmaktadır (Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015).

2016 yılı Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre; geçen yıl 247 milyon kişi uyuşturucu kullandığı belirtilmiştir. Bu rakam 2015 Dünya Uyuşturucu Raporu'nda 246 milyon kişi olduğu belirtilmiştir. Son bir yıl içerisinde yaklaşık 1 milyon kişinin madde kullanmaya başladığı görülmektedir (Bk: Grafik 5). 29 milyon kişi ise uyuşturucu madde kullanım bozukluğundan acı çekiyor ancak uyuşturucu madde kullanım bozukluğu olan 6 kişiden sadece 1 tanesi tedavide sürecinde yer alıyor.

Grafik 5⁴ Uyuşturucu kullanan tahmini kişi sayısındaki küresel eğilimler, 2006-2014



2014'te en az bir defa madde kullanan 20 yetişkinin 1'inde ya da 15 ila 64 yaş arası bir milyar insanın çeyreğinde birinin madde kullanıldığı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte 29 milyon kişinin madde kullanımından dolayı derin sorunlar içerisinde olduğu ve bunların içerisinde 12 milyon kişinin vücuduna uyuşturucu enjekte eden kişilerden oluşmaktadır. Bu kişilerin yaklaşık %14'nün HIV ile yaşamakta olduğu belirtilmiştir. Uyuşturucu madde kullanımının sağlık üzerinde yıkıcı sonuçlarının devam edeceğini göstermektedir. Başka bir ifadeyle belirtecek olursak eğer, 12 milyon kişi uyuşturucu enjekte etmekte ve uyuşturucu enjekte eden 1,6 milyon kişi HIV ile yaşamaktadır. Yaklaşık 6 milyon kişi ise hepatit C ile yaşamına devam etmektedir (World Drug Report, 2016).

⁴ Bu grafik 2016 Dünya Uyuşturucu Raporu'ndan alınmıştır.

Dünya üzerinde kabul edilemez ancak önlenabilir şekilde uyuşturucu madde bağlı ölümler gerçekleşmektedir. 2016 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre; 2014 yılından 15-64 yaş arasında 207.400 kişi uyuşturucu madde bağlı öldüğü tahmin edilmektedir (World Drug Report, 2016). 2015 yılı Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre ise; 2013 yılında dünyada 15-64 yaş aralığında nüfusta 246 milyon kişi yani her 20 kişiden 1'i uyuşturucu madde kullanmaktadır. 187.000 kişinin de uyuşturucuya bağlı nedenlerden dolayı öldüğü tahmin edilmektedir (World Drug Report, 2015). Son 1 yıl içerisinde yaklaşık 200.000 kişinin uyuşturucu maddeden dolayı yaşamını yitirdiği verilerden anlaşılmaktadır.

Dünya üzerinde esrar yine en çok kullanılan madde olarak adında söz ettirmektedir. Esrar, 2013 yılında yaklaşık 183 milyon kişinin kullandığı küresel düzeyde en çok kullanılan ilaç olarak kalmaya devam ediyor. Esrarı ise amfetaminler takip etmekte ve ikinci sırayı almaktadır. Yaklaşık 33 milyon kullanıcı afyon ve reçeteli opioid kullanıcısıdır ancak yaygınlığı pek yoktur. Ancak bu maddeler sağlık üzerinde zararları hala devam etmektedir ve potansiyelleri devam etmektedir. Bazı piyasalarda/pazarlarda eroin kullanımında keskin bir artış olduğu belgelenmiştir (Özellikle Kuzey Amerika), eroinin halk sağlığına ilişkin önemli ilaçlardan biri olmaya devam ettiğini gösteriyor (World Drug Report, 2016).

2016 yılı Afganistan Afyon (Haşhaş) Araştırmasına göre tarımı yapılan alan %10 artış göstermiştir. 2014 yılında yapılan üretim son yirmi yılın altın çağını yaşamıştır diyebiliriz. Yine 2016 yılında Afganistan'daki haşhaş içermeyen illerin sayısı 14'den 13'e düştüğünü de belirtmek gerekir. Geniş alanda afyon (haşhaş) “poppy⁵” üretimi yapılmaktadır bu yüzden üretim bir önceki yıllara oranan artmıştır. Sadece geniş alana yayılması tek başına artış için yeterli değildir bunun yanında afyonda verimin de arttığını ifade edebiliriz (Afghanistan Opium Survey 2016-Executive Summary, 2016).

Küresel düzeyde genel bir eğilim olan esrar kullanımı son üç yıl içinde istikrarlı seyrini sürdürmektedir. Bununla birlikte, bazı alt bölgelerde, özellikle Kuzey Amerika ve Batı ve Orta Avrupa'da, esrar kullanımı artmıştır. Bir istikrar döneminden sonra, 2010'dan bu yana, esasen Güney Amerika'da kokain kullanımındaki artış nedeniyle kokain kullanımı da artıyor. Öte yandan, amfetaminlerin kullanımı istikrarlı görünüyor, ancak bu durum,

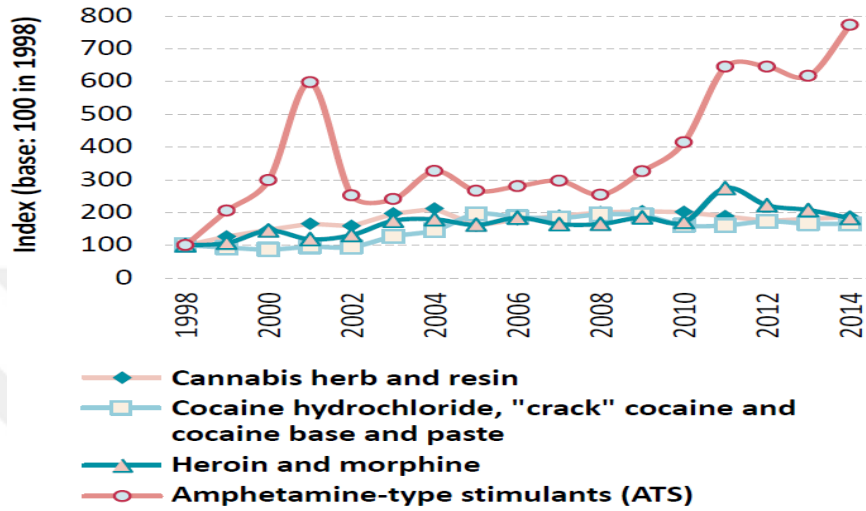
⁵ “Haşhaş” manasına gelmektedir.

uyuşturucu kullanımının kapsamıyla ilgili son bilgilere ulaşamayan alt bölgelerdeki, özellikle Doğu ve Güneydoğu Asya'daki durumun altını oyabilir (World Drug Report, 2016).

Dünyada esrar kullanımı ile ilgili tedaviler, son on yılda pek çok bölgede artmaktadır. Avrupa'da, sık kullanılan (aylık) kullanıcı sayısındaki düşüşe rağmen, birçok ülkede esrar kullanımı sayısında bir artış gözlenmiştir. Esrar kullanım bozuklukları için ilk kez tedavi isteyen bağımlıların oranı, küresel olarak hala yüksek seviyede kalmaktadır; çünkü esrar kullanımında tedavi edilen insanların neredeyse yarısı, ilk kez giren kişiler. Esrar tedavisi için çalışan kişilerin kalıplarındaki değişiklikler, ceza adaleti sistemi tarafından yönlendirilen uygulamalar ve bazı ülkelerde esrar tedavisi kapsamındaki genişleme gibi bir dizi faktöre bağlanabilir. Daha yüksek kalite ve güçlü esrarın Avrupa'da ve Amerika'da daha yaygın olarak mevcut olduğuna dair bazı kanıtlar olsa da, bunun esrar kullanıcıları için daha büyük zarara nasıl dönüştüreceği açık bir şekilde anlaşılamamıştır. Ortalama olarak, gençler esrar ve amfetaminler için daha fazla tedavi istekleri olduğu gözlemlenmiştir. Bu, esrar ve amfetamin kullanımındaki artış eğilimlerini ve esrar ve amfetamin kullanımı ile ilgili bozukluklar için tedavi arayan kişilerin artışı yansıtır. Opioid veya kokainle ilişkili bozuklukların tedavisinde insanlar genellikle otuzlu yaşlarda tedavi arayışındadır. Birçok alt bölgede bu, tedavide yaşanan kullanıcıların bir topluluk (Cohort) ve tedavi talebi oranının genel bir azalmasını yansıtmaktadır (World Drug Report, 2016).

Genel olarak, erkekler kadınlardan üç kat daha fazla esrar, kokain veya amfetamin kullanırken, kadınlar erkeklerden opioidlerin ve sakinleştiricilerin tıbbi olmayan kullanımına daha yatkındır. Uyuşturucu kullanımındaki cinsiyet farklılıkları, cinsiyete uyuşturucu kullanımına az ya da çok duyarlı veya zayıf olmaktan ziyade, sosyal çevredeki uyuşturucu kullanma fırsatlarına atfedilebilir. Ayrıca, anket ve çalışmaların çoğunda, gençler arasında uyuşturucu kullanımının yaygınlığı, erişkinlerden daha yüksektir. Üç uyuşturucu kullanıcılarından bir tanesi bir kadın olmasına rağmen, beş uyuşturucu kullanıcılarından sadece bir tanesi tedavide olan bir kadındır (World Drug Report, 2015).

Grafik 6 1998-2014 Yılları Arasında Dünya Çapında Ele Geçirilen Uyuşturucu Miktarlarındaki Trendler



Kaynak: World Drug Report 2016, XII.

Grafik 6'da görüldüğü gibi amfetamin tip uyarıcılar dünya çapında oldukça yaygın kullanılan yasadışı maddelerin başında gelmektedir.

1.3.2. Avrupa'da Madde Kullanım Yaygınlığı

Avrupa'da uyuşturucu madde kullanımı ve yaygınlığı (prevalence) bundan sonra geçmişe nispeten geniş bir alanda etkisini hissettirmektedir. Madde kötüye kullananlar kullanıcılar arasında çoklu uyuşturucu madde tüketimi oldukça yaygın bir hal almıştır. Piyasada yer alan uyuşturucu maddelerin kullanımında erkekler içerisinde daha yüksektir. Erkekler arasında bu kadar yüksek ve daha yoğun çıkmasının nedeni istikrarlı kullanan kişileri işaret etmektedir. Avrupa'da, sık kullanılan (aylık) kullanıcı sayısındaki düşüşe rağmen, birçok ülkede esrar kullanımı sayısında bir artış gözlenmiştir (World Drug Report, 2016). Esrar maddesi diğer maddelerden daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaklaşık olarak bu yaygınlık diğerlerine göre 5 kat daha fazladır. Eroin ve opioidlerin (metadon, morfin gibi) kullanımı daha azdır ve ender görülmeye devam etmektedir. Eroin ve opioidlerin (metadon, morfin gibi) kullanımı en çok vücuda

iğne ile alınmakta ve bunun gibi zararlı kullanım şekilleri en çok kullanılan ve ilişkilendirilen uyuşturuculardır (European Drug Report, 2016).

AB’de 88 milyonun üstünde yetişkinin ya da 15-64 yaş aralığındaki bireylerin dörtte birinden fazlasının hayatlarının bir döneminde illegal maddeleri kullandığı varsayılmaktadır. Uyuşturucu madde kullanımı kadınlara göre (34,8 milyon) erkekler (54,3 milyon) tarafından daha sık raporlandığı görülmüştür. Ülkemizde de olduğu gibi en çok kullanılan uyuşturucu esrar maddesidir (51,5 milyon erkek ve 32,4 milyon kadın), çok daha düşük hayat boyu kullanım tahminleri kokain (11,9 milyon erkek ve 5,3 milyon kadın), MDMA (9,1 milyon erkek ve 3,9 milyon kadın) ve amfetaminler (8,3 milyon erkek ve 3,8 milyon kadın) için rapor edilmiştir. Hayat boyu esrar maddesini kullananların oranlarına bakıldığında, Fransa’da her 10 yetişkinden dördü, Danimarka’da ve İtalya’da yetişkinlerin üçte biri, Bulgaristan’da, Malta’da, Romanya’da ve Türkiye’de 10’da birden az olmak üzere ülkeler nezdinde önemli farklılıklar göstermektedir (European Drug Report, 2016).

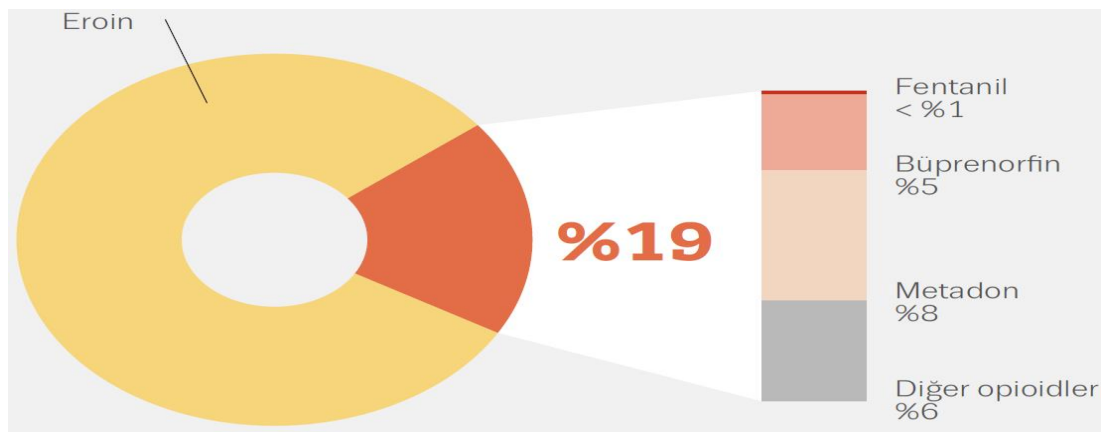
Son birkaç yıl önceki uyuşturucu kullanımı yakın tarihli uyuşturucu kullanımı hakkında iyi bir ölçüt sunmaktadır ve neticede ergenler arasında yoğunlaşmaktadır (15–34). Geçen yıl tahmini olarak 17,8 milyon genç yetişkin uyuşturucu madde kullanmıştır ve uyuşturucu madde alan erkeklerin sayısı kadınlardan iki kat çoktur. Avrupa’da tüm yaş gruplarında en çok kullanılan yasadışı uyuşturucu madde esrardır. 2015 yılında tahmini olarak 16,6 milyon genç Avrupalı (15-34 yaş aralığında) veya bu yaş grubunun %13,3’ü esrar kullanmıştır, bunların 9,6 milyonu 15–24 yaş aralığındadır (bu yaş grubunun %16,4’ü). Geçen yıl esrar kullanan genç insanlar arasında, erkeklerin kadınlara oranı ikiye birdir. Çok az sayıda ülke, geçen sene genç yetişkinler (15–34) arasında esrar kullanımı ile ilgili orta ve uzun vadeli eğilimleri güncel istatistiksel bir analizini yapmaya imkân tanıyan yeterli anket verilerine sahiptir. Esrar 15-16 yaşındaki okul öğrencileri arasında en çok kullanılan yasa dışı uyuşturucudur (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2012).

Almanya, İspanya ve İngiltere gibi ülkelerde madde kullanımı normalin üzerindedir ancak son on yılda yapılan çalışmalarda esrar kullanım yaygınlığının düştüğü ya da sabit kaldığı görülmüştür. Bunun yanında her ülkede aynı durum söz konusu olmamış örneğin Fransa’da esrar kullanım yaygınlığı 2010 senesinden sonra arttığı tespit

edilmiştir. Geçmişe bakıldığında esrar kullanımı düşük olan bazı ülkelerde uzun vadede esrarın yaygınlığının arttığını sürekli rapor etmişlerdir. Finlandiya da sürekli olarak düşük yaygınlıktan AB ortalamasını geride bırakmıştır. İsveç ise diğer AB ülkeleri kadar hızlı artmasa da verilerinde artış gözlemlenmiştir ancak artış düşüktür. Daha az karşılaştırılabilir veri temas noktaları olan devletler arasında, Bulgaristan verileri 2012 senesine kadar artan bir meyil içinde olmuş, Çekya’da ise yapılan bir yıllık anket 2011-2014 arasında artışlar olduğunu tespit etmiştir (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016).

2016 Avrupa Uyuşturucu Raporuna baktığımızda Avrupa’da tedaviye giren esrar kullanıcıları %17 si kadın %83 ise erkeklerden oluşmaktadır. İlk kullanımdaki ortalama yaş ise 16, ilk tedaviye girişteki ortalama yaş ise 26’dır. İlk defa tedaviye giren kişilerin oranı %59, daha önce tedaviye girmiş kişilerin oranı ise %41 olduğu belirtilmiştir. Avrupa’da en yaygın kullanılan yasa dışı uyarıcı madde ise kokaindir. Tedaviye giren kokain kullanıcıları oranlarına baktığımızda ise %15 i kadın, %85 ise erkeklerden oluşmaktadır. Kokainin ilk kullanımdaki ortalama yaş ise 22, ilk tedaviye girişteki yaş ise 35’dir. Tedaviye ilk defa giren kişilerin oranı %46, daha önce tedaviye girmiş kişiler ise %54 ‘tür. Avrupa’da amfetamin kullanımına baktığımızda oldukça yaygın kullanıldığı tespit edilmiştir. Tedaviye giren amfetamin kullanıcılarına baktığımızda %28 i kadın, %72 ise erkektir. Amfetaminlerin ilk kullanımdaki ortalama yaş ise 19, ilk tedaviye girişteki ortalama yaş ise 30’dur. Tedaviye ilk defa giren kişilerin oranı %43, daha önce tedaviye girmiş kişilerin oranı ise %57’dir.

Şekil 2 Birincil Uyuşturucu Olarak Opioid Kullanan ve Tedavi Alan Kişiler: Opioid Türüyle ve Eroin Harici Opioidlerin Raporlanma Yüzdesi



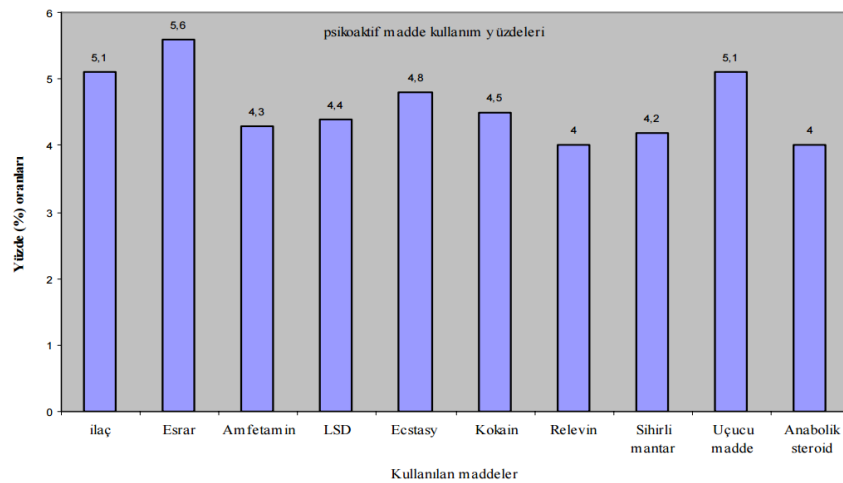
Avrupa’da, en yaygın kullanılan yasa dışı opioid eroindir (Bk. Şekil 5). Tedaviye giren eroin kullanıcılarına baktığımızda %20 si kadın, %80 i ise erkektir. Opioidlerin ilk kullanımındaki ortalama yaş 22, ilk tedaviye girişteki ortalama yaş ise 36’dır. Tedaviye ilk defa giren kişilerin oranı %18, daha önce tedaviye girmiş kişilerin oranı ise %82’dir.

1.3.3. Türkiye’de Madde Kullanımı Yaygınlığı

Türkiye var olan madde kullanımı Avrupa ülkelerinde olduğu kadar yaygın olmamakla beraber risk etmenleri oldukça fazladır ve bu risk etmenleri tüm boyutlarıyla ele alınmalıdır. Bu konuda da ülke genelini kapsayan bir çalışma yapılmamıştır. Ancak, genç nüfus anketleri, genel nüfus anketlerine göre daha kolay saha uygulanabilirliğine sahip olduğundan ve gençlerde problemin boyutunun belirlenmesi, düzenlenecek olan önleme faaliyetlerine yol göstereceğinden bu alanda bölgesel çalışmalar yapılmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar ve sonuçlarına baktığımızda madde kullanım yaygınlığı ve eğilimi daha iyi analiz edilebilir. İstanbul ili Bağcılar ilçesindeki lise ve dengi okullarda öğrenim gören toplam 22.075 öğrenciden, 5543 10. sınıf öğrencisi içinden rastlantısal yöntemle belirlenmiş olan 2627 kişiye uygulanan kesitsel bir anket çalışması yapılmış ve bu anket sigara, alkol ve bazı psikoaktif maddelerin kullanımını belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Kullanılan çeşitli psikoaktif maddelerin yüzde oranları grafiği aşağıda verilmiştir (Altuner ve diğerleri, 2009).

Grafik 7 Kullanılan çeşitli psikoaktif maddelerin yüzde oranları grafiği



Kullanılan maddelerin oranına baktığımızda %5,6 esrar ilk sırada yer almaktadır. Daha sonra uçucu maddeler ve ilaç olarak kullanılan maddeler gelmektedir.

Tablo 1 Kullanılan madde sayısı

Kullanılan Madde Sayısı	Sıklık (n)	Yüzde Oranı (%)
Hiç Kullanmayan	2168	92.3
Sadece 1 Madde	65	2.8
2 madde	17	0.7
3 ve daha fazla	98	4.2

Kaynak: Tıp Araştırmaları Dergisi: 2009 : 7 (2), 90.

Kullanılan madde sayısına baktığımızda hiç kullanmayan sayısı oldukça yüksek görülmektedir. Sadece 1 madde deneyenlerin sayısı 2 madde deneyenlerin sayısından fazladır.

İlköğretim ve ortaöğretim öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını saptamak için yapılan başka bir araştırmada⁶ ise ilköğretim öğrencileri arasında yaşamı boyunca en az bir kez tütün kullananların oranının %16.1 olduğu saptanmıştır. Bu oran alkol için %15.4, uçucu ve uyuşturucu maddeler için %1.7'dir. Ortaöğretimde yaşamı boyunca en az bir kez tütün kullanımı %55.9, alkol kullanımı %45.0, esrar kullanımı %4.0, uçucu madde kullanımı %5.1, eroin ve ekstazi kullanım yaygınlığı %2.5'dir. İlk ve ortaöğretimde madde kullanım yaygınlığı erkekler arasında daha fazladır. Özel okulda okuyanlarda madde kullanım riski devlet okulunda okuyanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Ögel, ve diğerleri, 2004).

İstanbul'da lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanımı yaygınlığı araştırmak amacıyla yapılan bir başka araştırmada ise; yaşam boyu en az bir kez sigara içenlerin oranı %67,4 yaşam boyu en az bir kez esrar içenlerin oranı %3,6 yaşam boyu en az bir kez uçucu madde içenlerin oranı %8,6 yaşam boyu en az bir kez uyuşturucu ve uyarıcı madde içenlerin oranı %3,3 olarak bulunmuştur. Son bir ay içinde ise bir kez madde kullanım oranlarına bakıldığında ise sigara %32,2 esrar %1,8 uçucu %2,8 ve uyuşturucu ve uyarıcı madde %1,8 olarak bulunmuştur (Ögel, Tamar, Evren ve Çakmak, 2000).

⁶ Yapılan bu araştırma "Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı" dır. Araştırmaya İstanbul, İzmir, Sivas, Diyarbakır, Adana, Mersin, Trabzon, Eskişehir, Kocaeli olmak üzere 9 il alınmıştır.

Son yıllarda yapılan çalışmalara baktığımızda 2003 yılında Türkiye’de Milletler UNODC desteğiyle birlikte hane halkını, öğrencileri ve hapishanede olan bir nüfusu içeren bir örneklem tasarımı ile 6 ilde bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler ışığında araştırma sonucunda 15-64 yaşları arasında; afyon ve türevi maddelerin en az bir kere deneme oranı %0,05, Solvent ve yatıştırıcı maddelerin en az bir kere deneme oranı %0,06 olarak bulunmuştur.

2010 yılında Ankara ilinde “Genel Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığının Belirlenmesi”⁷ araştırması yapılmıştır. Çalışma sonucunda şu sonuçlara ulaşılmıştır: Esrarın en az bir kere deneme oranı %1,6, esrarın son bir yılda kullanım oranı %0,8 olarak hesaplanmıştır (Tubim, 2012).

2010 yılında yapılan bir başka araştırma⁸ Türkiye’de ülkenin resmi istatistiklerini açıklamakla görevli ve yetkili kurum Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına baktığımızda; herhangi bir uyuşturucu/uyarıcı maddenin en az bir kere deneme oranı %0,93, Erkeklerde madde kullanımının en az bir kere deneme oranı %1,26, bayanlarda ise %0,61 olarak bulunmuştur.

Yapılan araştırma ve çalışmalara baktığımızda çalışmalar iller bazında ve yerelde yürütülmüş ve sonuçlar bu şekilde genellenerek yorumlanmıştır. Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığı alanında ülke genelinde 2011 yılına kadar bir çalışma mevcut değildir. İlk defa ülke genelinde toplumu ve gençleri kapsayan iki çalışma Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından yapılmıştır. Elde edilen veriler ülkemiz için önemli bir kaynak niteliği taşımaktadır.

Tubim tarafından yapılan “ Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” ve “ Türkiye’de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik ve Davranış Araştırması” çalışmalarının yapılması ileri sonuçlarının tartışılması amaçlandığı belirtilmiştir (Tubim, 2014).

⁷ 2010 yılında TUBİM koordinesinde yapılmıştır.

⁸ Bu araştırma 2010 yılında açıklanan “TÜİK Sağlık Araştırması, 2010” dur.

Ülkemizde yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı araştırmalarının sonuçlarına göre esrar dâhil herhangi bir uyuşturucu maddeyi (yasadışı uyuşturucu madde) en az bir kez deneyenler 15-64 yaş aralığında %2,7 (Tubim, 2012), 15-16 yaş aralığında ise %1,5 olarak belirlenmiştir (Tubim, 2013).

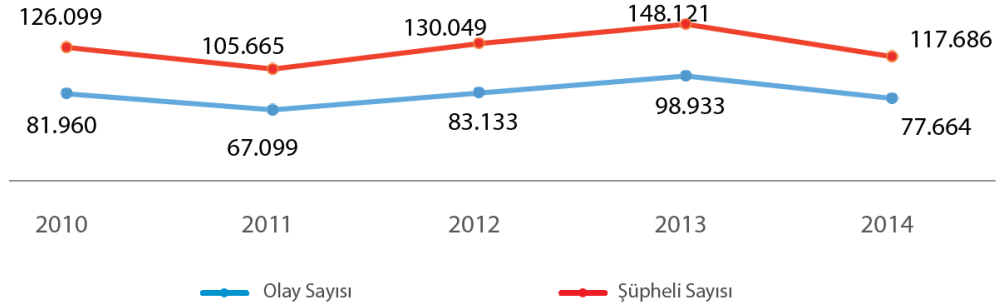
2011 yılında yapılan Tubim Genç Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırmasında toplam 32 ilde genel ve teknik lise dağılımına göre alınan örnekleme 11.812 kişiye ulaşılmıştır. Öğrencilerin %49'u kız (5873 kişi), %51'i erkek (6029) olup yaş ortalaması 15 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre yaşam boyu madde kullanım sıklığı %1,5'tir. %1,1'nin ailesinde tütün ya da alkol dışında başka madde kullanan birisi vardır ve bu kişilerin %87,4'ü anne/baba/kardeşlerden birisidir. Maddeyi ilk kez kullanma yaş ortalaması ise 14 olarak tespit edilmiştir.

Ülkemizde son yıllarda özellikle çocuklar ve ergenler arasında kimyevi uyuşturucu türevi maddeler yayılma eğilimi göstermektedir. Kimyevi yani sentetik türevi maddeler hem ülkemizi hem de dünyayı tehdit eder hale gelmiştir. 2011 yılında ilk defa ülkemizde tespit edilen kimyevi madde-bonzai, bir çok kurumun ortak mücadele etmesi gereken önemli ve hassas konulardandır.

Ülkemizi diğer ülkelerle karşılaştırdığımızda iyi durumda olduğumuzu söylemek gerekir ancak kullanılan bu maddeler sadece kullanıcı değil aynı zamanda çevresinde etkilemektedir. Bu durum bireysel bir sorun değil toplumsal bir sorundur. Fakat uyuşturucu kullanımına bağlı tehlike ve riskler bireyle birlikte bireyin temas halinde bulunduğu çevresini de etkilemektedir. Dolayısıyla tedbir alınmadığında hızla yayılım gösteren ve salgınlar halinde büyüyerek derin toplumsal yaralara yol açan bu soruna sadece polisiye ve güvenlik tedbirlerle değil, bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşılması ve etkin politikalar geliştirilmesi gerekmektedir (Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015). Son zamanlarda ülkemiz hem bütüncül bir bakış açısı hem de etkin politika izlediğini istatistiklerle de görmek mümkündür. Aşağıda uyuşturucu ile mücadelede bir takım istatistiki bilgiler verilmiştir.

1.3.3.1. Türkiye’de Uyuşturucu Mücadele İle İlgili İstatistikler

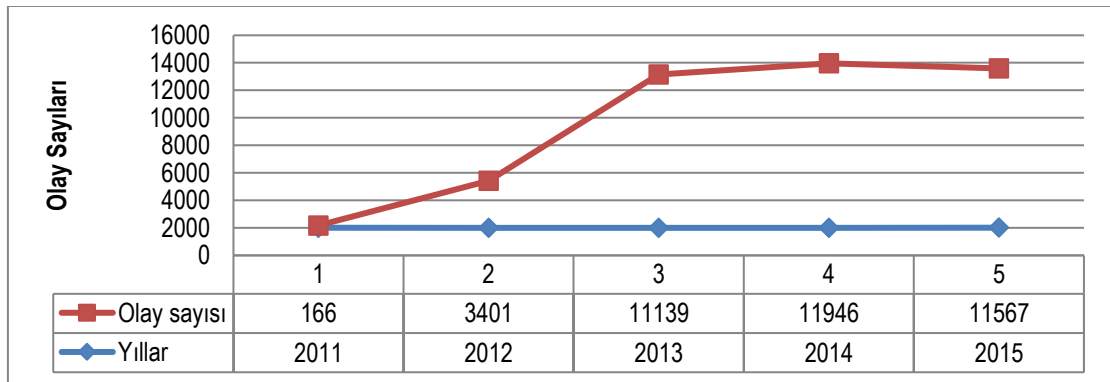
Grafik 8 2010-2014 Yılları Arasında Gerçekleşen Olay ve Şüpheli Olay Sayıları



Kaynak: Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2015.

Ülkemizde uyuşturucu madde bağlantılı olay sayısı ve şüpheli sayısı Grafik 8’de görülmektedir. 2011 yılından sonra hem olay sayısında hem de şüpheli sayısında artış olduğu görülmektedir. Ancak 2014 yılında gerçekleşen olay sayısı ve şüpheli sayısında ciddi oranda azalma görülmektedir. 28 Haziran 2014 tarihinde Resmi Gazete⁹’de yayımlanan Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) uyuşturucu maddelerle ilgili yapılan bir düzenlenmenin etkili olduğu görüşü hâkimdir. Diğer bir görüş ise bunun sebebinin özellikle sentetik kannabinoidler başta olmak üzere sokak satıcıları ile daha etkin mücadele edilebilmesi amacıyla Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı tarafından kurulan ve başarılı çalışmalarını sürdüren “Narkotimler” olduğu değerlendirilmektedir.

Grafik 9 Yıllara Göre Sentetik Kannabinoidler Olay Sayıları

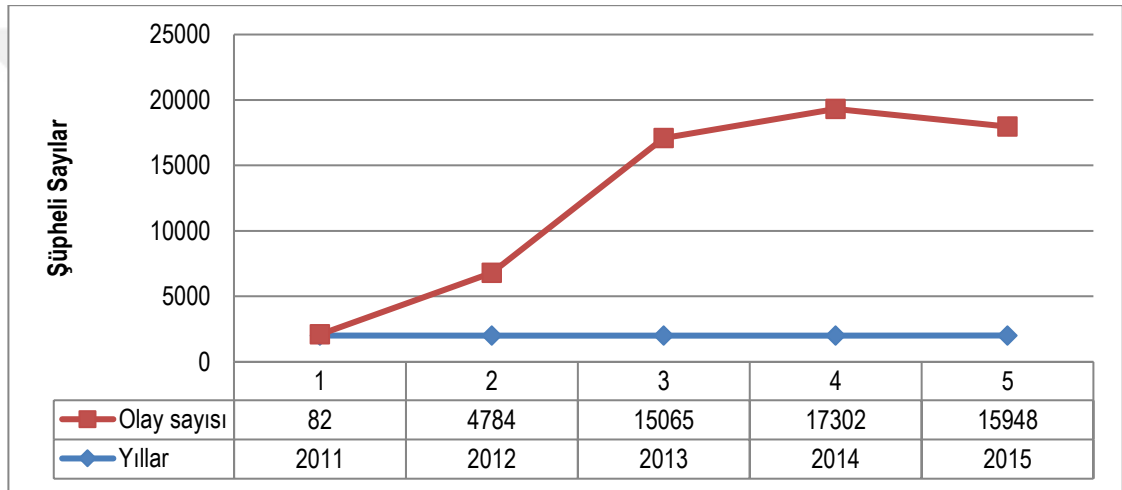


Kaynak: TUBİM, Sentetik Kannabinoidler, 2016.

⁹ “<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/06/20140628-9.htm>” erişim tarihi 03.05.2017

Grafik 9’da ise Sentetik Kannabinodilerin olay sayıları görülmektedir. 2010 Nisan ayına kadar ülkemizde herhangi bir yakalaması bulunmayan ve “Sentetik Kannabinoid” grubundan olan bu maddelerden biri olan “JWH-018” isimli maddenin “Bonzai” sokak ismi ile ilk defa Isparta ilinde sokakta satıldığı tespit edilmiş ve ardından 16.04.2010 tarihinde Eskişehir ilinde ilk yakalama olayı gerçekleştirilmiştir. 2010 yılından sonra elde edilen verilere bakıldığında ço hızlı bir şekilde özellikle batı illerinde ticareti artarak devam ettiği görülmektedir. Grafik 11’e bakıldığında Marmara bölgesindeki hemen hemen her il bu maddeyle sorun yaşamaktadır.

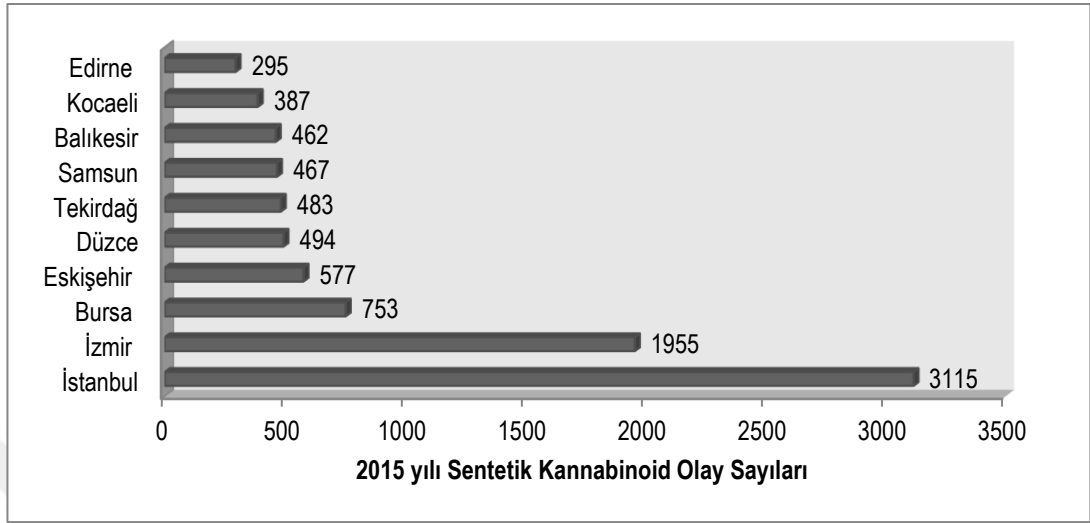
Grafik 10 Yıllara Göre Sentetik Kannabinoidler Şüpheli Sayıları



Kaynak: TUBİM, Sentetik Kannabinoidler, 2016.

Grafik 5’te ve Grafik 6’da görüldüğü gibi arz ile mücadele verilerine baktığımızda Türkiye’de 2015 yılında 11.567 sentetik kannabinoid olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 15.948 şüpheli ve 544 kg sentetik kannabinoid yakalanmıştır. Son 5 yılda sentetik kannabinoid sayısının bu kadar artmış olması ülkemiz için çok büyük tehdit haline gelmiştir. 2014 yılında şüpheli olay sayısı zirve noktaya ulaşmıştır. Alınan tedbirlerle bir sonraki sene şüpheli olaylarda gözle görülür düşüş yaşanmıştır ancak hala yeterli değildir. 2014 yılında alınan yasal kararlarla mücadeleye zemin hazırlanması neticesinde sonuçlar olumlu olmuştur.

Grafik 11 2015 Yılı İçerisinde En Fazla Sentetik Kannabinoid Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı



Kaynak: TUBİM, Sentetik Kannabinoidler, 2016.

Grafik 11’de görüldüğü gibi, Türkiye’de 2015 yılı içerisinde meydana gelen sentetik kannabinoid olaylarının %26,93’ü (3.115) İstanbul ilinde gerçekleşmiştir. Öte yandan 2015 verilerine göre sentetik kannabinoid olaylarının %45,26’sının (5.235) Avrupa’dan Türkiye’ye giriş noktası olan Marmara Bölgesi’nde yer alan illerimizde gerçekleştiği gözlenmiştir.

1.3.4. Bursa’da Madde Kullanım Yaygınlığı ve Uyuşturucu İle Mücadele

TÜİK 2016 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçlarına (ADNKS) göre Türkiye nüfusu 31 Aralık 2016 tarihi itibarıyla 79 milyon 814 bin 871 kişi iken, Bursa il nüfusu 1.454.059’u erkek, 1.447.337’si kadın olmak üzere toplam 2.901.396’dır. Bursa nüfus bakımından İstanbul, Ankara ve İzmir’den sonra 4. büyük ildir. Türkiye’nin nüfus artış hızı binde 13,5 iken, Bursa nüfus artış hızı binde 20,5’dir. Bursa il sınırları içerisinde 17 ilçe bulunmaktadır. Türkiye’de nüfus yoğunluğu¹⁰ 104 kişi iken, Bursa ilinin nüfus yoğunluğu 278 kişi, ortalama hane halkı sayısı ise 3,3 kişidir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017).

¹⁰ Nüfus yoğunluğu olarak ifade edilen “bir kilometrekareye düşen kişi sayısı”dır.

Türkiye ve Bursa nüfusuna bakıldığında yaş ve cinsiyetlere göre nüfusun 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 19 Ağustos 2014 tarihinde yayınladığı çalışmada¹¹ 11 yaş ve altı çocuklarında bağımlılık yapan madde kullandıkları görülmüştür.

Bursa içinde madde kullanımı tehlike arz etmekte olup; son yıllarda özellikle sentetik uyuşturucu kullanımında önemli bir artış söz konusudur. İl Emniyet Müdürlüğü Uyuşturucu İle Mücadele Şube Müdürlüğü Tubim İl Temsilciliği'nce yayınlanan Bursa Uyuşturucu Raporu kitapçığında emniyet birimlerince madde yakalama oranlarında 2013-2014 yıllarında ciddi artışların olması son dönemlerde basına sıkça yansıyan ölümler ve cinayetler bu konu üzerine daha yoğun çalışmayı gerekli kılmaktadır.

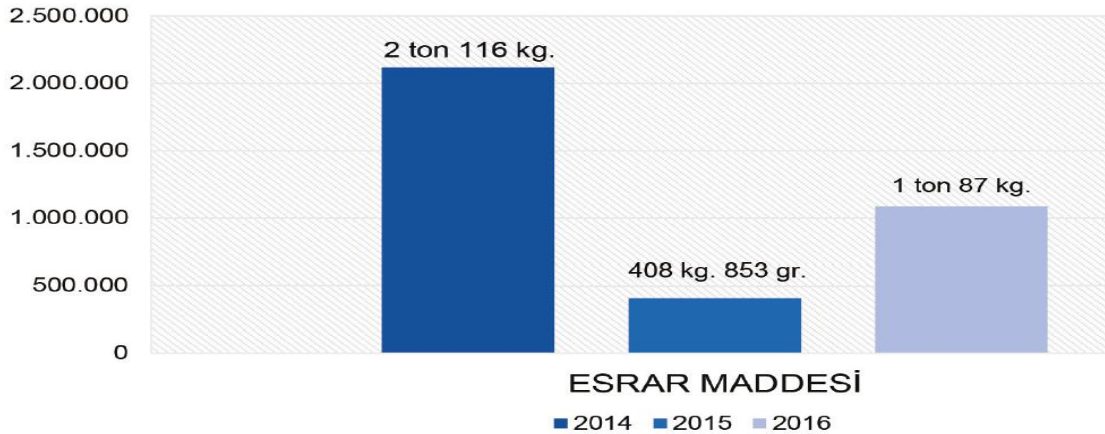
Bursa'da arz ile mücadele çalışmaları Uyuşturucu Madde ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele çalışmalarının önemli aşamalarındandır. Türkiye'nin de üzerinde bulunduğu Balkan Rotası, eroin kaçakçılığı organizasyonları tarafından aktif olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde en çok üretilen ve tüketilen yasa dışı uyuşturucu madde Esrar'dır. Ülkemizde de üretilen Esrar maddesinin yurt dışına ihraç edildiğine dair Ulusal Raporlamalarda herhangi bir tespit bulunmamaktadır. Esrar maddesi bakımında Bursa "hedef şehir, hedef il" konumundadır (Bursa Uyuşturucu Raporu,2015).

Uyuşturucu Madde alanında Arz Azaltım faaliyetleri Kolluk birimlerince gerçekleştirilmektedir. Arz Azaltım Ülke boyutunda en önemli aşamalardandır. Avrupa Birliği Ülkelerine kıyasla özellikle Eroin maddesi yakalamalarında iki kat fazla yakalama gerçekleştiren Ülke Kolluk teşkilatlarımız başarısını İlimiz de sürdürmektedir.

Buna göre madde sıralamalarına göre yapılacak çalışmamızda ilk olarak esrar maddesi ve yoğunluklu yükseliş gösteren maddeler değerlendirilmeye alınacaktır.

¹¹ Bu çalışma "Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar, 2013" çalışmasıdır. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16121>

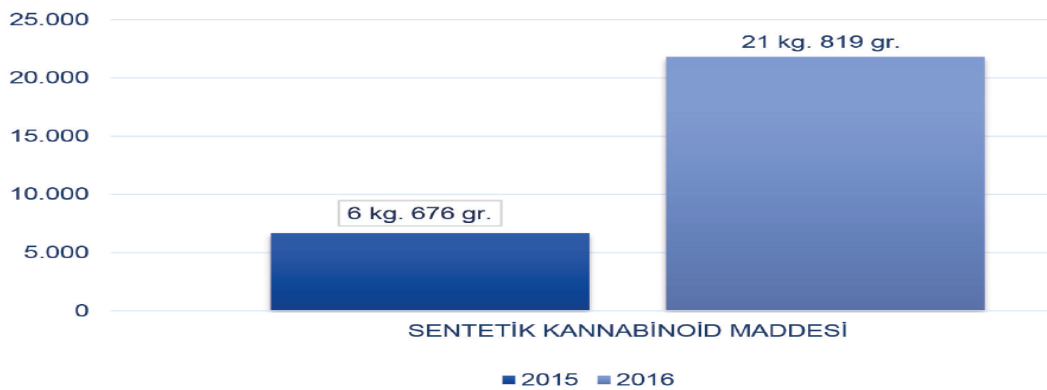
Grafik 12 2014-2016 Yılları Arasında Bursa'da Esrar Maddesi Yakalamaları,



Kaynak: Bursa Uyuşturucu Raporu, 2016

Uyuşturucu bağımlılığına giden yolda kullanılan ilk yasadışı madde esrar maddesi olarak görülmektedir. İl Emniyet Müdürlüğü ve İl Jandarma Komutanlığı verileri birlikte ele alındığında; Esrar maddesi yakalama verilerinde, 2013 yılından (Yakalama miktarı 5 ton 77 kg) sonraki süreçte büyük düşüşler görülmektedir. Bu düşüşün sebepleri çeşitli olmakla birlikte en belirgin sebebi; 28 Haziran 2014 tarihinde Türk Ceza Kanununda yapılan uyuşturucu madde suçlarındaki cezai artış olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra uyuşturucu madde kullanıcı kitlesinin, doğal uyuşturucu niteliği bulunan halüsinojen maddelerden sentetik uyuşturucu niteliği bulunan maddelere geçiş yapması, esrar kullanımını doğrudan etkilemiş ve 2014 yılından itibaren esrar maddesi yakalamalarında azalış görülmüştür.

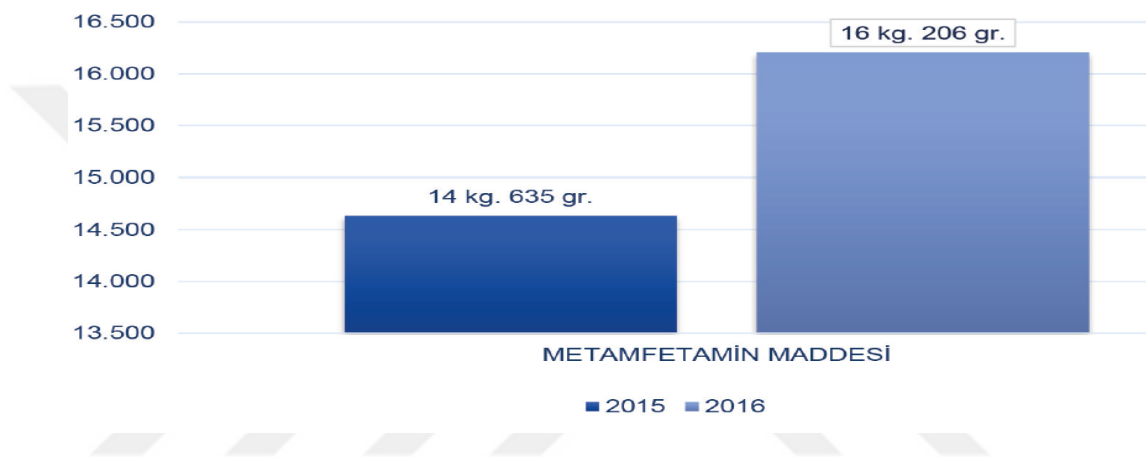
Grafik 13 2015-2016 Yıllarında Bursa'da Sentetik Kannabinoid Maddesi Yakalamaları



Kaynak: Bursa Uyuşturucu Raporu, 2016

Sentetik türevli uyuşturucu madde kullanımı sadece Bursa’da değil ülkemizde ve diğer ülkelerde de hızlı bir şekilde artış göstermektedir. 2015 yılında 6,676 gram sentetik kannabinoid yakalama olayı gerçekleşirken 2016 yılında yaklaşık 3,5 katına (21,819 gram) kadar çıkmıştır. Uyuşturucu madde kullanıcı kitlesinin, doğal uyuşturucu niteliği bulunan halüsinojen maddelerden sentetik uyuşturucu niteliği bulunan maddelere geçiş yapması nedeniyle özellikle ot vb. maddelerin üzerine püskürtülen kimyasal maddelerin kullanımında artış görülmektedir.

Grafik 14 2015-2016 Yıllarında Bursa’da Metanfetamin Maddesi Yakalamaları

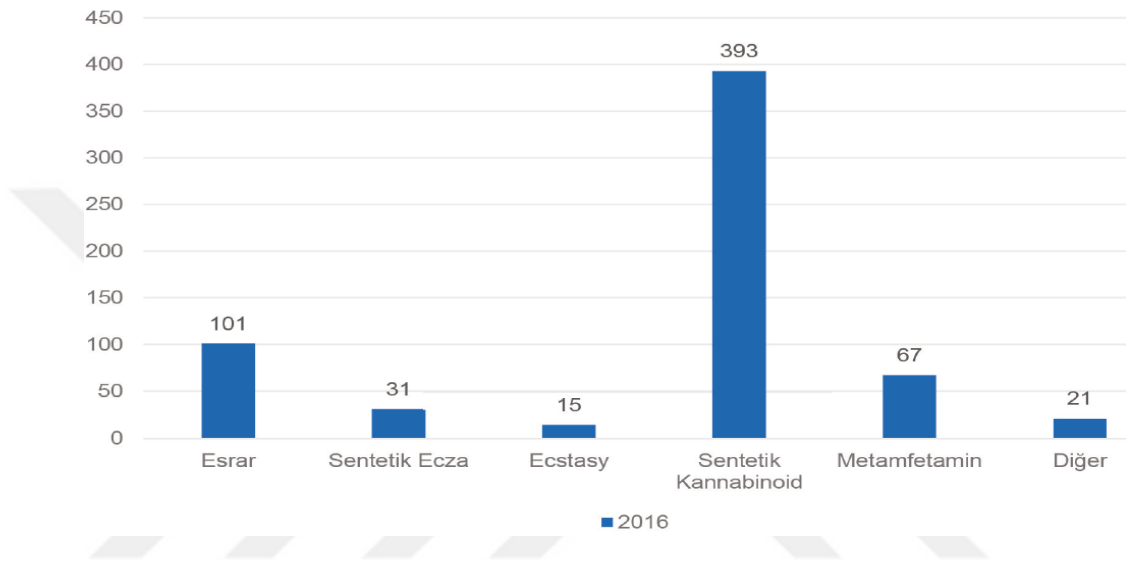


Kaynak: Bursa Uyuşturucu Raporu, 2016

Dünyada bağımlılık riski ve uyuşturucu kullanımı sonrası oluşan sağlık risk boyutu en yüksek maddelerden bir tanesi metamfetamin maddesidir. Özellikle sinir sistemini etkileyen ve çoklu kullanımlar sonrası kullanıcının beynine ve diğer organlarına yoğun zarar veren bir uyuşturucu maddedir. Metamfetamin maddesinin 1 gramının piyasa değeri yaklaşık 200 TL olarak görülmektedir. Kullanıcı kitlesi bakımından ucuz olmayan bir madde olmasının yanı sıra kullanıcı kişileri hem biyolojik hem de psikolojik olarak etkilemektedir. Kullanıcı kitlesinin metamfetamin maddesini kullanmasının ileriye dönük hem şehrimiz hem de ülkemiz açısından büyük bir sosyo-ekonomik sorun oluşturabileceği, bunu güvenlik riskinin süreklilik arz ederek izleyebileceği tahmin edilmektedir. Bu risklere karşı kolluk güçlerinin önleyici boyutta yakalamalarının tek başına yeterli olmayacağı, diğer kurumların önleyici, sosyal, sağlık çalışmalarına yoğunluk vermesi gerektiği anlaşılmaktadır (Bursa Uyuşturucu Raporu,2016).

Bunun yanında dünyada kullanımı ve risk faktörü olarak en tehlikeli uyuşturucu madde olan eroin ise 2015 yılında 41.346 gram, 2016 yılında ise 1070 gram yakalanmıştır. Gençler arasında oldukça yaygın ecstasy ise 2015 yılında 70.886 adet, 2016 yılında ise 20.889 adet olarak yakalanmıştır. Kokain maddesi ise 2015 yılında 497 gram, 2016 yılında ise 165 gram olarak yakalanmıştır.

Grafik 15 2016 Yılında Çocukların Karıştığı Madde Bazlı Olay Sayıları

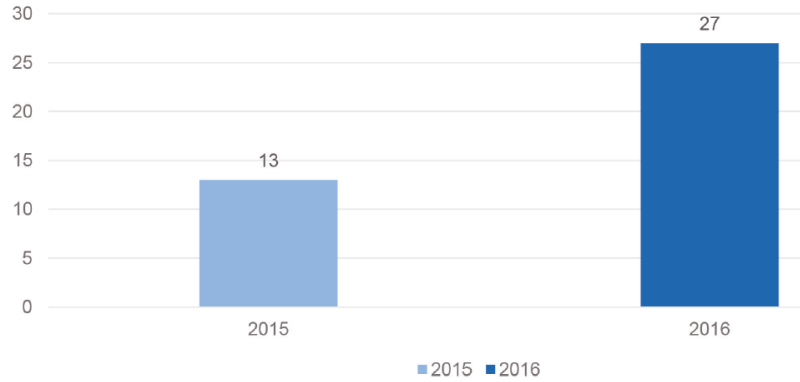


Kaynak: Bursa Uyuşturucu Raporu, 2016

Bursa Emniyet Müdürlüğüne bağlı Çocuk Şube Müdürlüğü'nün 2016 yılı verileri incelendiğinde 18 yaşından küçük çocuk şahısların yoğun olarak uyuşturuculardan sentetik kannabinoid maddesinden işlem gördüğü anlaşılmakta, bunun nedeni olarak sentetik kannabinoidlerin merdiven altı olarak tabir edilen yerlerde üretiminin yaygın hale gelmesi ve fiyatının ucuz olması değerlendirilmektedir. 2016 yılında çocukların karıştığı madde bazlı olaylarda 393 sentetik kannabinoid olayı gerçekleşmiştir.

Türkiye ve Bursa nüfusuna bakıldığında yaş ve cinsiyetlere göre nüfusun 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 19 Ağustos 2014 tarihinde yayınladığı çalışmada 11 yaş ve altı çocuklarında bağımlılık yapan madde kullandıkları görülmüştür. Bu bilgilere dayanarak sentetik kannabinoid (bonzai, salvia vd) kimyevi maddeler çocukları tehdit etmekte ve kolayca ulaşılabilirdiği görülmektedir. 2016 yılı çocukların karıştığı olayların büyük çoğunluğunu sentetik uyuşturucu maddeler oluşturmaktadır.

Grafik 16 2015-2016 Yıllarında Bursa'da Uyuşturucuya Bağlı Doğrudan Ölüm Olayları



2015 yılında 1 kadın ve 12 erkek şahsın, 2016 yılında ise 27 erkek şahsın uyuşturucu maddeden hayatını kaybettiği, yapılan Adli Tıp Kurumu incelemelerine esasen görülmüştür. Özellikle sentetik kannabinoid maddesi, trend uyuşturucu madde olarak kullanıldığı dönemlerde, kullanıcı kişiler tarafından esrar maddesi olarak algılanmış ve kullanımı yoğun olarak artmıştır. Bu yoğunluk maddenin kimyasal oluşundan etkilenen kullanıcı kitlesini oluşturmuştur. Özellikle sentetik temelli uyuşturucu maddelerin yoğun kullanımı tüm dünyada ölümlere yol açmaktadır.

1.3.4.1.Bursa İli Tedavi Verileri ve İstatistikleri

Bursa'da alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi veren Kamu Hastaneler Birliği bağlı hem AMATEM hem de ÇEMATEM mevcuttur. Tedavi verileri aşağıda detaylı olarak belirtilmiştir.

1.3.4.1.1. Amatem Verileri

AMATEM polikliniğinde ayakta tedavi görüp birden fazla başvuru sağlayan hasta sayıları ile toplam muayene sayıları 2013 yılında 13.473, 2014 yılında 10.995 ve 2015 yılında ise 13.855 kişi başvuru sağlamıştır.

AMATEM Polikliniğinde, yatarak tedavi gören hasta sayıları, 2013 yılında 885, 2014 yılında 498 ve 2015 yılında 514 kişidir. Yatarak tedaviyi kendi isteğiyle bırakan hasta sayısı ise, 2013 yılında 211, 2014 yılında 399 ve 2015 yılında ise 272 kişidir.

AMATEM Polikliniğinde, 2016 yılında kişi bazlı 2536 farklı hasta, toplamda 6144 defa poliklinik hizmeti almıştır. Kişi bazlı veriler incelendiğinde, bu hastaların 547'sinin yatarak, 1989'unun da ayakta tedavi hizmeti aldığı görülmektedir. Aynı poliklinikte 2015 yılında 514 kişi yatarak tedavi görürken, bu sayı 2016 yılında 547'ye yükselmiştir.

AMATEM tarafından verilen poliklinik hizmeti verileri baz alındığında, sentetik kannabinoid kullanımı sonucu gelişen madde bağımlılığının tedavisi için 5122 kişinin AMATEM'e müracaat ettiği görülmektedir.

1.3.4.1.2. Çematem Verileri

ÇEMATEM polikliniği, 2015 yılı içerisinde Ayaktan tedavi için il içi başvuran kişi sayısı 169, il dışından başvuran kişi sayısı ise 36 kişidir. ÇEMATEM'de 2015 yılı içerisinde Yatarak Tedavi gören kişi sayısı ise 59 kişidir. Tedavi gördüğü dönemde yatarak tedavi görmekten kendi rızasıyla vazgeçen kişi sayısı ise 43'tür. ÇEMATEM Polikliniğinde, 2016 yılında kişi bazlı 353 farklı hasta, toplamda 989 defa poliklinik hizmeti almıştır. Veriler incelendiğinde ÇEMATEM'e müracaat eden kişi sayısında 2015 yılına göre %34'lük bir artış olduğu anlaşılmaktadır.

ÇEMATEM'DE kişi bazlı veriler incelendiğinde, bu hastaların 78'inin yatarak, 275'inin de ayakta tedavi hizmeti aldığı görülmektedir. ÇEMATEM tarafından verilen poliklinik hizmeti verileri baz alındığında, birden fazla madde kullanımı sonucu gelişen madde bağımlılığının tedavisi için 343 kişinin ÇEMATEM'e müracaat ettiği görülmektedir.

Uyuşturucu Madde ve Bağımlılığı alanında tedavi gören kişiler başvuru sağlandıktan sonra Doktor kararı ile Yatarak tedaviye alınmışlar ve AMATEM'de Yatarak Tedaviyi kendi isteğiyle bırakan kişilerin oranı %52, ÇEMATEM'de Yatarak Tedaviyi kendi isteğiyle bırakan kişilerin oranı ise %72 'dir. Bağımlılıkta Tedavi aşaması büyük önem arz etmektedir. Uyuşturucu Madde Bağımlılığını kendi isteğiyle bırakan kişi oranlarına bakıldığında yüksek rakamlar dikkat çekicidir. Buna karşı Ayaktan Sosyal Rehabilitasyon hizmetlerinin önemi yüksek ölçüde görülmektedir (Bursa Uyuşturucu Raporu,2015).

1.4. Yerel Yönetimlerde Bağımlılığın Rehabilitasyonu ve Sosyal Hizmet Mesleği

İnsanlık tarihi kadar eski olan ve insana özgü bir etkinlik olan yönetim kavramı, tarihsel süreç içinde farklı tanımlamalara konu olmuştur. Yönetim bu nedenle “sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi” olarak nitelenmiştir (Genç, 2013; Karakılçık, 2013).

Yerel yönetimler tarihi oluşum içerisinde, belli gereksinimleri karşılamak ve bir takım yerel hizmetleri yürütmek üzere devletle beraber ortaya çıkmış ve devletin bir parçası olarak bir kısım hizmetleri yürütmeleri gelenek haline gelmiştir. Yerel yönetimler, bütün ülkelerde kamu yönetiminin önemli ve vazgeçilmez unsuru olarak gelişmiştir. Günümüzde ise bütün dünyada yerinden yönetim ilkesinin uygulama alanı genişlemekte ve yerel yönetimler giderek önem kazanmaktadır. Hem etkin ve verimli hizmet sunan birimler olarak yerel yönetimler öne çıkmakta ve kamu hizmetinin yerel boyutu bağlamında vazgeçilmez kurumlar haline gelmektedir. Genel kabul gören tanımı ile yerel yönetimler, belirli bir coğrafi alanda yaşayan yerel topluluğun ortak ihtiyaçlarını karşılamak üzere, karar organları yerel halkça seçilen, yasalarla belirlenmiş görev ve yetkilere sahip, özel gelir, bütçe ve personeli olan kamu tüzel kişileridir. Modern yerel yönetimlerde halkın katılımı ile daha ileri düzeyde denetim işlevi gerçekleştirilirken, yerel yöneticiler hizmetlerin karşılanması için ihtiyaç duydukları gelirleri vergiler yoluyla elde edebilmektedir (Parlak ve Ökmen, 2015).

Günümüzde yerel yönetimlerin varlığı, bir takım hukuki, siyasi ve sosyal ihtiyaçlara gerekçelere dayanmaktadır ve kamu yönetiminin bir parçası olarak yerel yönetimler, özellikle yerel hizmet ve yerel katılım boyutuyla hızla öne çıkmakta, önem kazanmaktadır (Parlak ve Ökmen, 2015).

1.4.1. Yerel Yönetimler ve “Sosyal Belediyecilik”

Yerel yönetim denince hatıra ilk gelen, şehirlerin yönetimi ve dolayısıyla belediyelerdir. Yerel yönetimler açısından yeniden yapılanma çalışmaları kapsamında, belediyelerin faaliyet alanlarında ve yönetim şekillerinde de çalışmalar yapılması beklenmektedir. Genelde kamu yönetiminin ve özelde ise yerel yönetimlerin hizmet alanlarında ve yönetim şekillerinde yeni anlayış ve yöntemler geliştirilmektedir. Belediyelerin bu gelişmeleri yakından takip ederek, mevzuat çerçevesinde uygulanması mümkün ve

yararlı olanlarını gerçekleştirmeleri, hizmet zenginliği, demokratik gelişme ve vatandaş memnuniyetini sağlayacaktır.

Yerel yönetim dendiğinde esasında belediyeler kast edilmektedir. Özellikle bu söylem 6 Aralık 2012 tarihinde 6360 sayılı yasa ile daha belirgin hale gelmiştir. Yani belediyeler diğer yerel yönetimler gibi bir kurum idi, ancak çıkan bu yasa artık tek kurum haline geldiğinden rahatlıkla söz edilebilir.

Halkın yerel ve ortak gereksinimlerini karşılamakla görevli belediyeler, “sosyal devlet” anlayışının bir gereği olarak, sosyal belediyecilik uygulamalarıyla kentte yaşayanların refah düzeylerini arttırmaya, sosyal dengeyi kurmaya, sosyal barışı ve adaleti sağlamaya çalışarak yerel ve bölgesel kalkınmaya destek olmaktadır (Pektaş, 2010).

Kamu ve belediye yönetiminde ve hizmet sunumunda birçok yeni alanlar ve yöntemler geliştirilmiş olmakla beraber, bu bölümde *Sosyal Belediyecilik* kavramı ve gerekliliği ele alınmıştır.

Kavramsallaştırılması hakkında her ne kadar “belediyelerin var oluş nedenleri zaten sosyal” şeklindeki eleştirilere maruz kalsa da, görece yeni bir kavram olan sosyal belediyecilik, ilk kısımda genel çerçevesi çizilen gelişmelere paralel olarak son yıllarda önemini ciddi bir biçimde arttırmıştır. Sosyal belediyecilik esas olarak sosyal politikalarla, özellikle de sosyal hizmetlerle özdeşleştirilmektedir (Öz, 2017).

Türkiye’de yerel örgütlenme belediye, il özel idaresi ve köy yönetimi olmak üzere üçlü bir yapılanma şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Literatürde her ne kadar sosyal “belediyecilik” olarak kullanılsa da, aslında diğer yerel yönetim birimlerinin sosyal alana dönük faaliyetleri de sosyal belediyecilik kavramının kapsamına girmektedir. Bu bağlamda literatürde “sosyal belediyecilik” kavramını ikame etmek üzere “toplumcu belediyecilik”, “toplumsal belediyecilik”, “yerel sosyal politikalar”, “yerel sosyal hizmetler”, “yerel yönetimler ve sosyal politika”, “yerel yönetimler ve sosyal hizmetler” kavramlarının kullanıldığı da görülmektedir. Fakat yerel yönetimlerin özellikle dezavantajlı toplum kesimlerine yönelen ve sosyal adaleti güçlendirmeyi hedefleyen faaliyetleri çoğunlukla “sosyal belediyecilik” kavramı çatısı altında incelenmektedir.

Yerel yönetimler, sosyal politikaları, sosyal hizmetleri, mahalli sorumluluğa sahip olarak yerine getiren ve topluma en yakın olan kamu yönetim birimleridir. Ülkemizde yerel yönetim kuruluşu dendiğinde ise akla büyük ölçüde belediyeler gelmektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ülkemizde belediyeler, il özel idarelerine göre daha önemli kuruluşlar haline gelmiştir. Nüfus artışı ve göç hareketleri hızlı ve plansız kentlerin ortaya çıkmasına ve kentsel hizmet talebinin artmasına yol açmıştır. Belediyelerin kullandıkları kaynaklar ve hizmet götördükleri nüfus, diğer yönetim birimlerine göre daha fazladır. Merkezi yönetimin yasal ve idari düzenlemeleri altında fonksiyonlarını icra eden belediyeler, sosyal refah hizmetlerinin üretim ve dağıtımında önemli bir rol üstlenirken, toplumun da artan ihtiyaçlarına bağlı olarak belediyelerden sosyal refah hizmetleri yönünde beklentisi oldukça yüksek düzeylere ulaşmıştır (Aydın, 2008: 17, 18. Akt: Öz, 2017).

Literatürde sosyal belediyecilikle ilgili en sık kullanılan tanım Yalçın Akdoğan'a aittir. Akdoğan (2002: 35. Aktaran Öz, 2017), sosyal belediyeciliğin tanımını oldukça geniş kapsamlı bir şekilde yapmaktadır:

“Sosyal belediyecilik, mahalli idareye sosyal alanlarda planlama ve düzenleme işlevi yükleyen, bu çerçevede kamu harcamalarını konut, sağlık, eğitim ve çevrenin korunması alanlarını kapsayacak şekilde sosyal amaca kanallı eden; işsiz ve kimsesizlere yardım yapılması, sosyal dayanışma ve entegrasyonun tesis edilmesi ile sosyo-kültürel faaliyet ve çalışmaların gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan altyapı yatırımlarının yapılması için bilinçli politikalar üretmesini öngören; bireyler ve toplumsal kesimler arasında zayıflayan sosyal güvenlik ve adalet mevhumunu güçlendirmeye yönelik olarak mahalli idarelere sosyalleştirme ve sosyal kontrol işlevleri yükleyen bir modeldir”.

Hasan Can (2006:18.Aktaran Öz, 2017) ise sosyal belediyeciliği, sosyal belediyeciliğin amaç ve hedeflerini esas alarak tanımlamaktadır:

“Sosyal belediyecilik, yerel nitelikteki kamu harcamalarını sosyal güçsüzlerin (kimsesiz, özürlü, yaşlı gibi) korunmasını, maddi açıdan desteklenmesine yönlendiren, yerel düzeyde eğitim ve sağlık olanaklarının geliştirilmesine katkıda bulunan, sosyal adaletin tesis edilmesine yardımcı olan, sosyal sermayenin gelişimi için çalışmalara önem veren bir modeldir.”

Bir başka tanım ise, Sosyal belediyecilik, belediyelerin sosyal fonksiyonlarını arttıran ve sosyal yaşam içinde aktif hale gelmelerini sağlayan, yani sosyal devletin gereklerini gerçekleştirmeye yönelik olarak belediyelere yeni birtakım görevler yükleyen bir anlayıştır (Adıyaman ve Demirel, 2011). Bu sosyal fonksiyonlar gelişmiş ülkelerde gönüllü ve özel teşebbüslere, tarihi geleneğimizde ise vakıflara bırakılmıştır. Bunun mantığı, sorunların kaynaklandığı noktadan çözülmesine ve halkın katılımı gerçekleştiği için birlik ve dayanışma ruhunun pekişmesine sebep olmasına dayanmaktadır.

Türkiye gibi Sivil Toplum Kuruluşlarının hızla gelişmekte olduğu, ara korunak mekanizmalarının yetersiz olduğu, devletin sosyo - ekonomik fonksiyonlarını tam olarak yerine getiremeyen ya da o yönde çabalayan ülkelerde yerel yönetimlerin bu misyonu üstlenmeleri kaçınılmaz bir durumdur (Kaya, 2017).

Sorunların çözümü, merkezin yetki devrinden ve yerel yönetimlerin güçlendirilmesinden geçmektedir. Dünyada küreselleşme ve yerelleşme bağlamında bir süreç yaşanmakta; yerel dinamikler, inisiyatifler ve değerler ön plana çıkmaktadır. Türkiye'de de merkeziyetçi yapının geldiği noktada yaşanan tıkanıklık ve çözümsüzlükler yerel aktörlerin ön plana çıkmasını gerektirmektedir.

Belediyeler tarafından gerçekleştirilen sosyal çalışmaların ağırlıklı noktasını yoksullukla mücadele oluştururken günümüz dünyasında çeşitlenen sorun alanları ile birlikte sosyal belediyecilik uygulamalarında da çeşitlilikler ve artışlar yaşanmıştır.

5216 sayılı Büyükşehir Belediyeleri Kanunu ve 5393 Belediye Kanunu ile Sosyal belediyecilik kapsamında çok farklı hizmetler verilmektedir. Bu hizmetler çok genel olarak şöyle özetlenebilir:

- Kimsesizlerin, evsizlerin, sokak çocuklarının ve muhtaç kadınların barınma ihtiyaçlarını karşılamak,
- Öksüzlere çocuk yuvaları ve kreşler yapmak,
- Yaşlılara huzur evleri tesis etmek,
- Sağlık merkezleri, sağlık ocakları, gezici sağlık otobüsleri, ön tanı merkezleri hizmete sokmak,
- Hastaneler civarında hasta yakınları için misafirhaneler oluşturmak,
- Kültür, sanat ve spor tesisleri açmak,

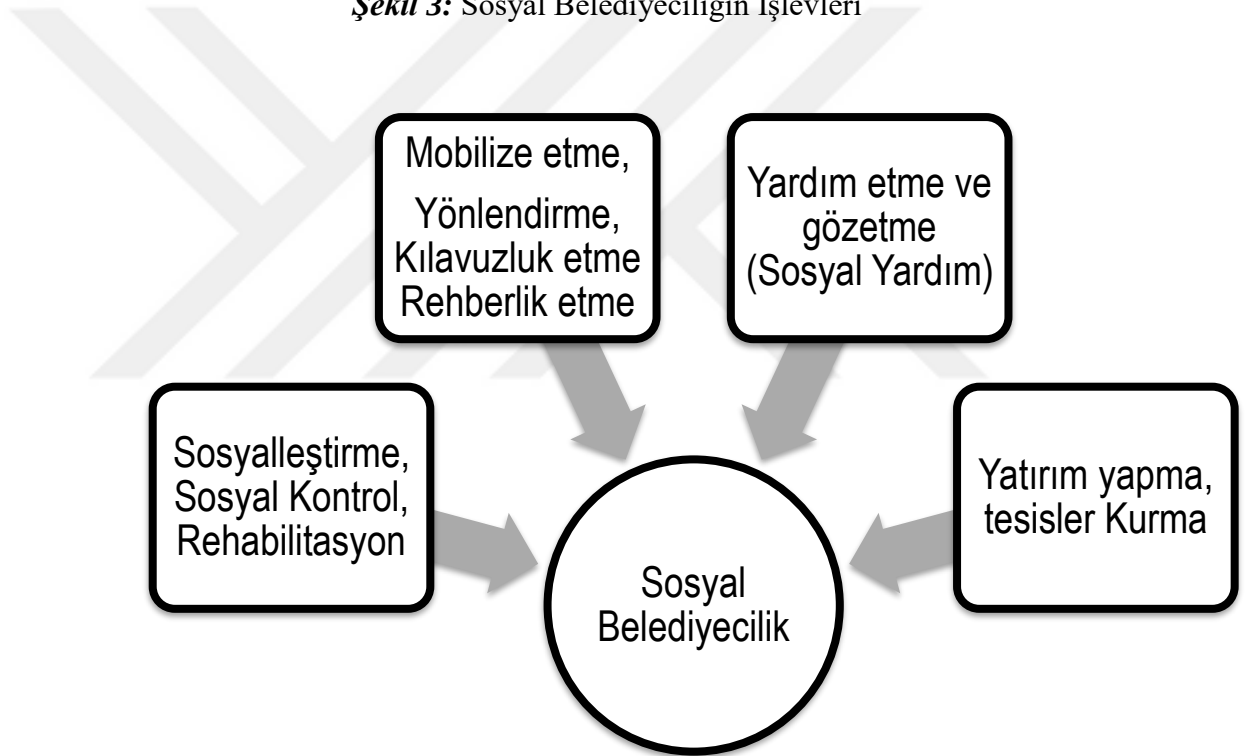
- Tiyatro, sinema, kütüphane ve kültür merkezlerini mahallelere kadar yaygınlaştırmak,
- Fakir, muhtaç ve yaşam mücadelesi veren kesimlere yönelik aş evleri ve imarethaneler kurmak,
- Engelliler için ulaşım, eğitim ve sosyo-kültürel ortamlarda kolaylık sağlayıcı tedbirler almak,
- Meslek ve beceri edindirme kursları açmak,
- Park-bahçeler ve piknik alanlarını yaygınlaştırmak,
- Doğal dengeyi koruyan ve çevresel şartları düzenlenmiş ucuz konut alanları üretmek,
- İş kuracak kadın ve gençlere yönelik rehberlik yapmak, makine ve ekipman desteği sağlamak,
- Tanzim satış mağazaları ve ekmek fabrikaları kurmak,
- Gıda, kömür, ilaç, kırtasiye malzemesi yardımı yapmak,
- Toplumsal gruplar, sivil toplum kuruluşları ve kitle örgütlerine rehberlik etmek, onlarla dayanışma ve yardımlaşmayı geliştirmek,
- Gençlerin, engellilerin ve kadınların toplumsallaşmalarını sağlayacak merkezler açmak
- Sağlıkla ilgili her türlü tesisi açmak ve işletmek olarak gösterilebilir.

Görüldüğü gibi her iki yasada sosyal belediyecilik adına belediyelere oldukça geniş yetki vermiştir. Günümüz yerel yönetimlerin artık alt yapı tek uğraş alanı olmaktan çıkmıştır. Bunun yerelde yaşayan halkın sosyal yönde beklentilerini karşılayacak ve sorunlarını çözecek adımlar atması beklenmektedir.

Maslow'a göre; bazı gereksinimler ihtiyaç sıralanmasında diğerlerinden daha önce giderilmesi gerekmektedir. Fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarının yeterli olarak karşılanmasının ardından ortaya çıkan düzey ait olma ve sevgi ihtiyacıdır. Bu düzeyde kişinin bir ilişki kurmak veya bir grupta yer edinme ihtiyacı ortaya çıkacaktır. Böyle bir durumda kişinin bir arkadaş, sevgili, eş ya da çocuklarının eksikliğini giderme ihtiyacı söz konusudur. Bu durum, kişi için sosyal olarak ihtiyaçlarının giderilmesi anlamına da gelmektedir. Bu ihtiyacının karşılanmaması durumunda kişinin kendini yalnız ve terk edilmiş hissettiği görülmüştür. Maslow bu konuda da 2 farklı sevgi olduğunu ve

bunların birbirini tamamladığını söylemektedir. Bunlar içinde ilk karşımıza çıkan eksiklik sevgisidir. Kişide içi boş olan bir alanın sevgiyle doldurulmasından bahsedilir. Bu konuda sevgiyle doldurulmamasının bazı patolojik sorunların ortaya çıkmasına sebep olduğu görülmüştür. İkinci tür ise varlık sevgisidir ve bu da ilk tür olan eksiklik sevgisinin oluşmasının ardından görülür. Varlık sevgisi ise bir başkasının varlığına duyduğumuz sevgidir. Maslow'a göre; eksiklik sevgisi mutlaka doyurulması gereken bir durumken varlık sevgisinin tamamiyle doyurulması pek mümkün olmamaktadır (Cüceloğlu, 2008).

Şekil 3: Sosyal Belediyeciliğin İşlevleri



Bunun yanında bu hizmetlerin işlevlerine baktığımızda Sosyal belediyeciliğin işlevleri; sosyalleştirme, yönlendirme, yardım etme ve yatırım olarak karşımıza çıkmaktadır (Öz, 2017; Sezik, 2017; Koçak ve Kavi, 2014).

Sosyal Belediyeciliğin uygulama alanına en son dâhil olan konulardan birisi de madde bağımlılığı ile mücadele konusudur. Bu alanda çok çeşitli kamu kurum ve kuruluşları ve STK'lar çeşitli görevler üstlenerek toplumsal güvenliği ve toplumsal barışı tehdit eden bağımlılık konusunda çalışmalar yürütmektedir. Fakat yerel yönetimler düzeyinde

Belediyelerin sürece dâhil olması konunun kapsayıcılığı ve etkililiği konusunda özel öneme sahiptir (Sezik, 2017).

Ülkemizde şehirlerimizin alt yapı sorunları tam olarak çözülemediğinden belediye bütçelerinin büyük bir kısmı alt yapı projelerine ayrılmaktadır. Bu yüzden hem küçük şehirlerde hem de büyükşehirlerde sosyal belediyecilik tam anlamıyla yerleşmiş değildir. Madde bağımlılığı ile mücadele kapsamında Büyükşehir belediyeleri veya ilçe belediyelerinin önleyici-bilinçlendirici çalışmalarının yeterli düzeyde olmadığı görülürken tedavi uygulamaları ve tedavi sonrası destek çalışmalarının da yetersizliği göze çarpmaktadır. Bu yetersizlikler sosyal belediyeciliğin önemli sorun alanları ile doğrudan ilişkili olup giderilmesi kalifiye personel ve mali imkânların artırılmasına bağlıdır.

1.4.2. Belediyelerin Madde Bağımlılığı İle Mücadele Çalışmaları

Bu bölümde son yıllarda sosyal devletin yansıması olarak ortaya çıkan sosyal belediyecilik adı altında gerçekleştirilen madde bağımlılığı ile mücadele de belediyelerin faaliyetleri ele alınmıştır. Ancak sınırlı sayıda belediyenin çalışmalarına yer verilmiştir. Bütün büyükşehirler yerine sadece 5216 sayılı Kanunla büyükşehir olan illerin değerlendirmeye alınmasının nedeni, bu kentlerin altyapı sorunlarını büyük ölçüde çözmüş olmaları ve sosyal faaliyetlere ağırlık vermeleridir.

5393 sayılı Belediye Kanunu ile 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunun bir çok maddesinde yasal zemin sosyal belediyecilik faaliyetleri için oluşturulmuştur. Bu her iki kanun belediyelere sağlık, kültür ve sosyal hizmet alanlarında çeşitli ve geniş yetkiler tanımıştır.

- ↳ **Adana:** Adana Büyükşehir Belediyesi koruyucu ve önleyici etkinlikler adı altında bir takım seminerler ve konferanslar düzenlemektedir. Aynı zamanda bir çok STK ve Dernek ile ortak madde bağımlılığı ile konferans düzenlenmektedir. Büyükşehir'in amacı çocukları ve gençleri kötü alışkanlıklardan uzak tutmak amacıyla Dünya Uyuşturucuyla Mücadele Eden Sporcular Federasyonu (DUMESF) birlikte etkinlikler ve farkındalık semineleri düzenlenmektedir. Ancak halen madde bağımlılığı alanında fiziki bir yapıya sahip değildir.

Bağımlıların tedavisi ve rehabilitasyonu Amatem (Erişkin Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) tarafından gerçekleştirilmektedir.

- ↳ **Ankara:** Ankara Büyükşehir Belediyesinin öncülüğünde uyuşturucu ile mücadele çalıştay gerçekleştirildi. Uyuşturucudan kurtulmak isteyen bağımlılar için spor alanları, yürüyüş ve koşu yolları, sauna, vitamin bar, ibadethane gibi sosyal alanlar içeren rehabilitasyon merkezi inşası yapılmaktadır. Kaba inşaatın yüzde 60'lara geldiği Rehabilitasyon Merkezi'nde 3'er kişilik 30 odanın bulunduğu yatakhaneler, doktorlar ve gözetmenler için odalar ve 4 adet derslik yapılmaktadır. Bunun yanında farkındalık seminerleri ve billboardlara asılan ilanlarla madde bağımlılığı ile mücadeleye devam edilmektedir.
- ↳ **Antalya:** Antalya Büyükşehir Belediyesi koruyucu ve önleyici etkinlikler adı altında bir takım seminerler ve konferanslar düzenlemektedir. Büyükşehir Belediyesi, bireyleri topluma yeniden kazandırmayı hedefleyen sosyal sorumluluk projelerine destek vermeye devam etmektedir. Büyükşehir Belediyesi, Antalya'da faaliyet gösteren Ayık Yaşamda Buluşalım Derneği (AYBUDER) psikoterapi ve kişisel gelişim programlarına destek vermektedir. Bunun yanında okullarda çeşitli seminerler bilgilendirici toplantılar yapılmaktadır. Antalya Büyükşehir Belediyesi'nin bağımlılıkla mücadelede hala fiziki bir yapısı yoktur.
- ↳ **Bursa:** Bursa Büyükşehir Belediyesi Alkol ve Madde Bağımlılarının rehabilitasyonu için tamamının alanında uzman meslek elemanlarının çalıştığı Gençlik ve Aile Destek Merkezi'ni açmış ve soruna gerçek manada çözüm olmuştur. Bunun yanında Bursa genelinde önleyici ve destekleyici çalışmalar GADEM tarafından yapılmaktadır. Türkiye'deki diğer belediyelere örnek olabilecek nitelikte olduğu rahatlıkla söylenebilir. Bunun yanında Bursa Kent Konseyi de bağımlılık ile ilgili çeşitli sempozyum ve seminerler düzenleyerek toplumda farkındalık oluşturmaktadır.
- ↳ **Diyarbakır:** İl Emniyet Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü bünyesinden görev yapan narkorehberler tarafından Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi'nde çalışan zabıta, temizlik ve güvenlik görevlileri ile belediyenin farklı birimlerindeki personellere, "Uyuşturucu İle Mücadele Politikası" kapsamında farkındalık eğitimi verilmiştir. Bunun yanında Türkiye

Yeşilay Cemiyeti ile birlikte kadınlara bağımlılıkla mücadele eğitimi verilerek önleyici faaliyetler geniş kitleler tarafından fark edilmesi sağlanmıştır. Bunun yanında Büyükşehir Belediyesi öncülüğünde 81 sivil toplum kuruluşu "Diyarbakır Madde Bağımlılığı ile Mücadele Platformu"u kurularak mücadele sürdürülmüştür. Halk ile çeşitli seminerler düzenlenmiş ve muhtarlara bilgi verilmiştir.

- ✎ **Erzurum:** Uyuşturucu ile Mücadele Uygulama Belgesinde yer alan "Yerel Yönetimlerin Uyuşturucu ile Mücadelede Etkin Kullanımının Sağlanması" faaliyeti kapsamında hem kendi personeline hem de ilçe belediye personellerine eğitim verilerek önleyici çalışmalara katkı verilmiştir. İl genelinde Yeşilay ile düzenli etkinlikler yapılarak rehber öğretmenlere eğitimler verilmiştir.
- ✎ **Eskişehir:** Büyükşehir belediyesi kent genelinde önleyici tüm faaliyetlere destek vermektedir. Odunpazarı Belediyesi ise ebeveynler için “Bağımlılıkla Mücadele Atölyesi” düzenlemektedir. Türkiye Barolar Birliği tarafından madde bağımlılığı ile mücadele kapsamında başlatılan "Hayat Ağacı Projesi” de Büyükşehir belediyesi tarafından desteklenmiştir. Aynı zamanda kent konseyi bağımlılıkla ilgili çalışmalara ağırlık verdiği görülmektedir.
- ✎ **Gaziantep:** Gaziantep Büyükşehir Belediyesi Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi'nde 14-19 yaş arasındaki madde bağımlısı gençlere yönelik açılmış bir merkezdir. Bağımlılar hem tedavi görmek hem de meslek sahibi olmaktadır. Mobil ekipler, sokaklarda dolaşarak madde bağımlısı gençleri tespit etmekte merkezde yatılı kalmasına karar verilen 14-19 yaş arasındaki erkekler, 6 ay boyunca tedavi görmektedir. Tedavileri sürerken iş uğraş terapisi kapsamında atölyelerde trikotaj, bakırcılık, taş işçiliği, mozaik, takı tasarım, ebru, ahşap boyama, resim, müzik ve okuma-yazma kurslarına katılmaktadırlar. Tedavisi tamamlanan gençler ise geri sokağa bırakılmamaktadır. Büyükşehir Belediyesi ve Emniyet Müdürlüğü işbirliğiyle yürütülen 'Yarı Yol Evi' projesi kapsamında, bu gençlerin birlikte kalabileceği dayalı döşeli evler kiralanmakta ve her biri işe yerleştirilmektedir. Bunun yanında il genelinde önleyici etkinlikler düzenlenmektedir. Gaziantep Büyükşehir Belediyesi'nin oluşturduğu bu model Türkiye'nin bir çok iline en iyi örnek olarak gösterilmektedir.

- **Mersin:** Mersin Büyükşehir Belediyesi ve Mersin İl Emniyet Müdürlüğü işbirliği ile Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü tarafından Büyükşehir Belediyesi personellerine ‘Madde Kullanımıyla Mücadele Semineri’ verilerek farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır. Bunun yanında il genelinde yapılan çalışmalara destek verilmektedir.
- **İstanbul:** İstanbul Büyükşehir Belediyesi 2003 yılında faaliyete soktuğu İSMEM (İstanbul Sokak Çocuklarını Meslek Edindirme Merkezi) sokakta yaşayan gençleri üretime yönlendiren önemli projelerinden biri olarak tanıtılmaktadır. Bu merkezde, 16-20 yaş arası sokakta yaşayan, aile ve toplum tarafından ihmal edilmiş gençler meslek sahibi olmaktadır. Belediye iştiraklerinden Sağlık AŞ, İstanbul Emniyet Müdürlüğü’nün desteğiyle ortaöğretim kurumlarında uyuşturucu karşıtı mesajlar içeren tiyatro oyununun sahnelenmesini sağlanmıştır. İtalya’nın Rimini şehrindeki San Patrignano Madde Bağımlıları Rehabilitasyon Merkezi’nde incelemelerde bulunularak İstanbul’da kapsamlı ve modern bir madde bağımlıları rehabilitasyon merkezi kurulması için çalışmaları halen devam etmektedir. İBB Muhtarlıklar Müdürlüğü, Yeşilay Derneği, İMF ve TÜMFED sürekli bir araya gelerek İstanbul genelinde madde bağımlılığı ile ilgili farkındalığın artmasına yönelik yapılacak çalışmalar yapmışlardır. Bunun yanında İstanbul’un bir çok ilçesinde örnek oluşturabilecek rehabilitasyon merkezleri açılmıştır. Bunların yanında birçok paydaşla beraber Akıl ve Ruh Sağlığı Çalıştayı gerçekleştirilerek farkındalık oluşturulmuştur. Ancak, sosyal belediyeciliğin en önemli örneklerini sergileyen İstanbul belediyelerinin bu konuda Gaziantep Büyükşehir belediyesinden geride kaldığı görülmektedir. Fakat Sancaktepe Belediyesinin, İstanbul Kalkınma ajansı ile başlatmış olduğu proje kapsamında, “Sancaktepe Bağımlılıkla Mücadele Eylem Planı” oluşturularak önemli bir adım atmış ve belediye sınırları içinde tedavi merkezi oluşturabilmek için çalışmalara başlamıştır (Sezik 2017).
- **İzmir:** İzmir Büyükşehir Belediyesi’nin “Önder Aile” projesinde yer alan 200 aile, çocukları ve gençleri uyuşturucu madde bağımlılığından korumak için “gönüllü” olarak eğitim alması sağlanmıştır. Büyükşehir Belediyesi’nin Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (EGEBAM) işbirliğinde yürüttüğü “Önder Aile” projesinde toplam 3

ilçeden 200 aile eğitim almasına destek olunmuştur. Bunun yanında çeşitli etkinliklerle toplumda farkındalık oluşturmaları için çalışmalar desteklenmektedir.

- ✉ **Kayseri:** Kayseri’de madde bağımlılığı ile mücadelede önleyici faaliyetlere destek verilmektedir. Madde bağımlılığı ile mücadeleyi konu edinen “Bağımlı Olma Bağımsız Ol Projesi” kapsamında Valilik tarafından hazırlanan kısa filmin tanıtımı ile “Pembe Aslında Siyahtır” adlı tiyatro sergilenerek gençlerin ve ailelerin madde bağımlılığı konusunda bilinçlendirilerek, madde bağımlılığı ile mücadele konularında farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.
- ✉ **Kocaeli:** Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Uyuşturucu ile Mücadele ve Rehabilitasyon Merkezi Komisyonu kurarak çalışmalarını devam ettirmektedir. Belediye bünyesinde Uyuşturucu Rehabilitasyon Merkezi kurulması planlanmaktadır. Bağımlılıkla Mücadele ve Rehabilitasyon Derneği ile işbirliği yapılarak daha etkin şekilde mücadele yapılması sağlanmıştır. Büyükşehir belediyesi derneklerle birlikte Kocaeli’de gençlik ve spor hizmetlerine ağırlık verdiği görülmektedir.
- ✉ **Konya:** Konya Valiliği, Konya Büyükşehir Belediyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi ile Gül Madde Bağımlılarını Kurtarma ve Gençlik Derneği arasında madde bağımlılığının önlenmesi, bağımlıların kurtarılması ve rehabilitasyonuna yönelik örnek bir işbirliği protokolü imzalanarak bağımlılıkla mücadele çalışmaları devam etmektedir. Bunun yanında diğer kamu-kuruluş ve STK’larla ortak çalışmalar devam etmektedir.
- ✉ **Samsun:** Samsun İl Emniyet Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü’ne bağlı ekipler Samsun Büyükşehir Belediyesi personeline eğitim verilerek farkındalık oluşturulması sağlanmıştır. “Pembe Aslında Siyahtır” adlı tiyatro sergilenerek gençlerin ve ailelerin madde bağımlılığı konusunda bilinçlendirilerek, madde bağımlılığı ile mücadele konularında farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır. Aynı zamanda Yeşilay çalışmalarını devam ettirmektedir.
- ✉ **Sakarya:** Sosyal Gelişim Merkezlerine gelen çocuklarda ve ailelerinde uyuşturucu ile mücadele bilincini oluşturmak için eğitimler ve broşürler dağıtılarak önleyici çalışmalar yapılmıştır. Bunun yanında panel ve seminerler düzenlenmektedir.

Ortaya konulan tablodan görüldüğü gibi madde bağımlılığı alanında bir sosyal rehabilitasyonun eksikliğinden rahatlıkla söz edilebilir. Belediyelerin yapmış oldukları önleyici ve koruyucu çalışmalar küçümsenemez ve oldukça önemlidir. Ancak bağımlı olan bireyler tedavi öncesi ve sonrası süreçte destekleyici ve kapsayıcı çalışmalarına hız vermelidir. Bursa ve Gaziantep örnekleri diğer illere model olabilecek nitelikte olduğu söylenebilir. Bunun yanında belediyeler meslek elemanı (Sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, sosyolog gibi) yeterliliğine kavuşturulmalıdır.

1.4.3. Bursa’da Uyuşturucu İle Mücadelede Yeni Yaklaşımlar ve Bağımlı Bireylerin Sosyal Rehabilitasyonu

Madde bağımlılığı tüm dünya ülkelerinin karşı karşıya olduğu en önemli sorunlardan birisidir. Bu sorun Türkiye’de son yıllarda artış göstermekle beraber bu artış, yakın gelecekte Türkiye’nin en önemli sorunlarından birisinin madde bağımlılığı olabileceğini göstermektedir. Madde bağımlılığı sadece sağlık boyutu olan tek boyutlu bir konu değildir. Madde bağımlılığının sağlık dışında, kamusal, sosyal, hukuki ve idari birçok yönü vardır. Bu çok yönlü soruna bağlı olarak madde bağımlılığını önleme faaliyetlerini de çok yönlü olarak ele almak bir zorunluluktur.

“Önleme” kavramı, tüm toplumdaki bireylerin beden ve ruh sağlığını olumsuz bir şekilde etkileme riski olan her türlü tehlikeye veya duruma yönelik alınması gereken önlemler ile yapılması gereken eylemleri içeren temel bir kavramdır. Muhtemel tehlikeler ve riskler sadece bireyleri değil, bireyin temas halinde bulunduğu tüm bireylerin yaşamlarını da etkiler. Bu nedenle önleme faaliyetleri okul, aile, sokak ve toplum düzeyinde oldukça büyük önem taşımaktadır (Bursa Uyuşturucu Raporu,2015).

Önleme çalışmaları, problemleri ortaya çıkarabilecek risk unsurlarının ve riskli davranışların tespit edilerek bunlarla nasıl mücadele edilmesi gerektiği konusuyla ilgilidir. Bursa’da önleme çalışmaları da uyuşturucu ile mücadelede önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmaların amacı; gelecekte ortaya çıkması muhtemel istenmeyen olay ya da durumların önlenmesi ve ortaya çıkma ihtimallerinin azaltılması amacıyla önceden bazı tedbirleri almaktır. Temel önleme çalışmalarında; kişiyi olumsuz davranışlara yönelten veya riskli davranışlarda bulunma olasılığını arttıran unsurları

azaltmak ve kişiye bir takım kişisel-sosyal becerileri kazandırarak koruyucu faktörleri güçlendirmek amaçlanmaktadır.

Bursa’da, Uyuşturucu ile Mücadele İl Kurulu çalışmaları il bazında artarak devam etmektedir. Madde bağımlılarının tedavi ve rehabilitasyonu için il bazında sosyal rehabilitasyon ve yeni yaklaşımlar değerlendirilmekte ve hayata geçirilmektedir.

Uyuşturucu ile Mücadele İl Kurullarının amacı, uyuşturucu ile mücadele sürecinde mevcut durumu tespit etmek ve hazırlanan eylem planı kapsamında uygulanması gereken faaliyetlerin ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyon içerisinde yürütülmesini ve takibini il düzeyinde sağlamaktır.

13 Kasım 2014 tarihli ve 29174 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan Uyuşturucu İle Mücadele İle İlgili 2014/19 Sayılı Başbakanlık Genelgesi kapsamında Bursa’da İl Emniyet Müdürlüğü’nce yürütülmüş olan İl Uyuşturucu Koordinasyon Kurulu sekreteryası 25.11.2014 tarihinde “ Uyuşturucu İle Mücadele İl Kurulu” adı ile Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğüne devredilmiştir. İlimizde Uyuşturucu İle Mücadele İl Kurulu çalışmaları;

- 13.11.2014 tarihli 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi
- Uyuşturucu ile Mücadele İl Kurullarının Çalışma Usul ve Esasları
- Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi (2015)
- Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı (2015) belgeleri kapsamında yürütülmektedir.

Uyuşturucu ile Mücadele İl Kurullarının Çalışma Usul ve Esasları gereğince Bursa’da oluşturulan Kurul’da 36 Kurum temsilcisi bulunmaktadır. Bursa Uyuşturucu İle Mücadele İl Aksiyon Planı (2016-2018) 26.11.2015 tarihinde Valilik Makamınca onaylanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bursa Uyuşturucu ile Mücadele İl Aksiyon Planı’nın (2016-2018) yürütülmesi ve takibi için 6 alt komisyon oluşturulmuştur. Bunlar;

- Arz Azaltımı Alt Komisyonu
- Eğitim ve Kamuoyu Bilinçlendirme ve Bilgilendirme Komisyonu
- İlk Müracaat ve Danışma Birimleri Alt Komisyonu

- Tedavi Mekanizmalarının Güçlendirilmesi Alt Komisyonu
- Sosyal Uyum Çalışmaları Alt Komisyonu
- Karar Destek ve İstatistikî Çalışmalar Alt Komisyonu'dur.

Bursa'da madde bağımlılığını önleme faaliyetleri artarak devam etmekte olup, kurumlar arası işbirliği üst seviyede tutulmaktadır. Bursa'da uyuşturucu ile mücadele alanında yürütülmüş ve yürütülen çalışmalar oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir. Bunlar;

1.4.3.1.Değerlisin Sağlıklı Kal Projesi

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın son yapılanmasıyla toplumun en küçük birimi aile ve bireye ulaşan Aile Sağlığı Merkezleri, toplum bilinçlenmesi ve topluma dönük koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile önleme çalışmalarında oldukça etkin bir role sahiptir. Aile Hekimliği Birimlerince biyopsikososyal yaklaşımla çocuğun sağlıklı gelişimi desteklendiği gibi ergenin psikososyal gelişimi de desteklenebilir ve ergene, aileye verilecek danışmanlıkla sağlıklı bireylerin yetişmesi için koruyucu hekimlik hizmeti sunulabilir. Aynı zamanda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri TSM'lerce toplumsal bilinçlendirme ve farkındalık çalışmaları yürütmektedir. Bu çalışmalar ile TSM'ler, toplum odaklı bağımlılık önleme çalışmalarında önemli bir yer tutabilecektir. Tüm bunlarla beraber Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin, bu projede ortaya koyulan modelde olduğu gibi psikososyal destek sağlama konusunda aktif görev alabilecek branşlarla geliştirilmesi ve desteklenmesi çalışmaların etkinliğini artıracaktır. "DEĞERLİSİN SAĞLIKLIL KAL" projesi de madde bağımlılığını önleme çalışmalarında aile hekimliklerinin önemine vurgu yapmaktadır (Bursa Uyuşturucu Raporu,2015).

Değerlisin Sağlıklı Kal Projesinde Amaçlarını özetlemek gerekirse;

- Madde bağımlılığını önleme konularında doğru, güncel, standart bilgilendirme ve eğitimlerin sağlanması
- Bursa ili Yıldırım ilçesinde madde bağımlılığını önlemede toplumsal bilinç düzeyinin artırılması

- Yıldırım bölgesinde belirlenen aile hekimleri birimleri üzerinden çocuğun ve ergenin psikososyal gelişimini destekleme programları ile birinci basamakta vaka bazlı erken müdahale sisteminin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Projede işlenecek temel konular ise aşağıda belirtilmiştir.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin madde bağımlılığı açısından güçlendirilmesi
- Madde bağımlılığı açısından riskli ergenin tespiti
- Madde bağımlılığı konusunda eğitimci eğitimcilerin oluşturulması
- Madde bağımlılığı açısından toplumsal bilinç düzeyinin artırılması
- Madde bağımlılığı ile mücadele eden kurumların harekete geçirilmesi (<http://www.degerlisinsaglikliklial.org/#>, 2017)

1.4.3.2. Gençlik ve Aile Destek Merkezi (Gadem) “Sosyal Rehabilitasyon Merkezi”

Bursa’da alkol/madde bağımlılarına ve yakınlarına bireysel ve aile danışmanlık hizmetleri veren ilk ve tek sosyal rehabilitasyon merkezidir.

1.4.3.2.1. Gadem’in Açılışı¹²

Uyuşturucu ile mücadele hususunda 2014 yılından itibaren Bursa Büyükşehir Belediyesi Meclisi Alt Komisyonu Eğitim, Kültür, Gençlik ve Spor Komisyonu, Sağlıklı Kentler Birliği ve Emniyet Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilen araştırma ve çalışma gezileri sonrasında Bursa Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı Sağlık İşleri Şube Müdürlüğünün yürüttüğü Gençlik ve Aile Destek Merkezi (GADEM) 27 Ağustos 2015 tarihinde Bursa Protokolünün katılımı ile ve Bursa Büyükşehir Belediyesinin öz kaynaklarıyla açılmış ve faaliyetlerine başlamıştır.

1.4.3.2.2. Gadem’in Amacı

Gençlik ve Aile Destek Merkezi’nin amacı yasadışı bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanıcılarının sosyal rehabilitasyon süreçlerine katkı sunmak, madde kullanımının

¹² İlgili Protokol konuşmaları için bk.; <http://www.bursa.bel.tr/?bolum=haber&id=20315> (26.05.2017)

azaltılması veya bırakılmasını sağlamaktır. Bağımlı ve risk altındakileri ayırıp hem talep azaltımına yönelik önleyici çalışmalar ve toplumsal bilinci arttırmaya yönelik etkinlikler hem de bağımlı ve yakınların verilen hizmetler ile iyileşme süreçlerine destek olmak, bunu yaparken de boş zaman aktiviteleri ve kişisel gelişimlerini desteklemek amacı taşımaktadır. Bunun yanında uyuşturucu maddeye karşı çocuk, genç ve yetişkinlere yönelik koruyucu ve önleyici çalışmalar yapmak, bu çalışmaları yaparken bireysel ve grup görüşmeleri yaparak, sosyal, kültürel ve sportif faaliyetlerle desteklenerek, kullanıcıların bu tehlikelerden uzaklaştırılması ve boş zamanlarını verimli bir şekilde değerlendirmelerini sağlayarak, tekrar topluma kazandırılmalarıdır.

1.4.3.2.3. Gadem'in Personel Durumu ve Fiziki Yapısı

Bursa Büyükşehir Belediye Başkanlığı İnsan Kaynakları Dairesi Başkanlığı'na hazırlanan standartlara uygun olarak, tercihen alan deneyimleri olan meslek elemanları sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, psikolog, hemşire, saha çalışanı ile evrak kalem, şoför, temizlik ve güvenlik elemanları istihdam edilmektedir.

Merkezde; kütüphane, bireysel görüşme odası, grup görüşme odası, idari oda, sosyal servis, hemşire odası ve hizmetin gerektirdiği diğer bölümler bulunmaktadır.

1.4.3.2.4. Mobil Ekip ve Ex user (Eski Kullanıcı) Uygulaması

Mobil ekip uygulaması, sokak/alan/saha çalışmalarını yürüten meslek elemanlarından ve ex userlardan (eski kullanıcılardan) oluşan ekibi ifade etmektedir. Mobil ekip uygulaması, madde bağımlısı olan çocuk, genç ve yetişkinlerin tespiti yapılarak, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşım noktasında ilk basamağı oluşturur. Mobil ekip uygulamasıyla bağımlı kişi veya kişilere ulaşarak “gönüllülük” esas olmak kaydı ile sosyal rehabilitasyon sürecine dahil etmeyi amaçlamaktadır. Eski Kullanıcı (Ex user) mobil ekip uygulamasını yürüten ve önceki hayatında yasadışı bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmış olup, kullanımı tamamen terk etmiş kişiyi ifade etmektedir.

Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nde çalışan Ex user oldukça aktif çalışmalara devam etmekte olup, merkeze yeni danışan akışının önemli bir ayağını oluşturmaktadırlar.

Sadece yeni danışanların getirilmesi ile kalınmamakta tedavi öncesi ve sonrası takipleri de yapılmaktadır.

1.4.3.2.5. İnterdisipliner Bir Yaklaşım “Gadem Koordinasyon Kurulu”

Toplumların ve grupların istikrar içerisinde varlıklarını sürdürmelerinin ve gelişmelerinin yolu kurumların ve kurumlar arası ilişkilerin sağlam ve sağlıklı bir şekilde yürütülmesinden geçer. Bir toplumun ana yapısal ögeleri olan kurumlar, insanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak amacıyla oluşturulmuş belirli değerler üzerine inşa edilmiş yapılardır. Kurumların fonksiyonel ve etkili bir biçimde işleyişi, kurumlar arası işbirliği ve ahenk hem kurum hem de toplumun genel sosyal sistemi açısından önemlidir (Türkkahraman, 2009).

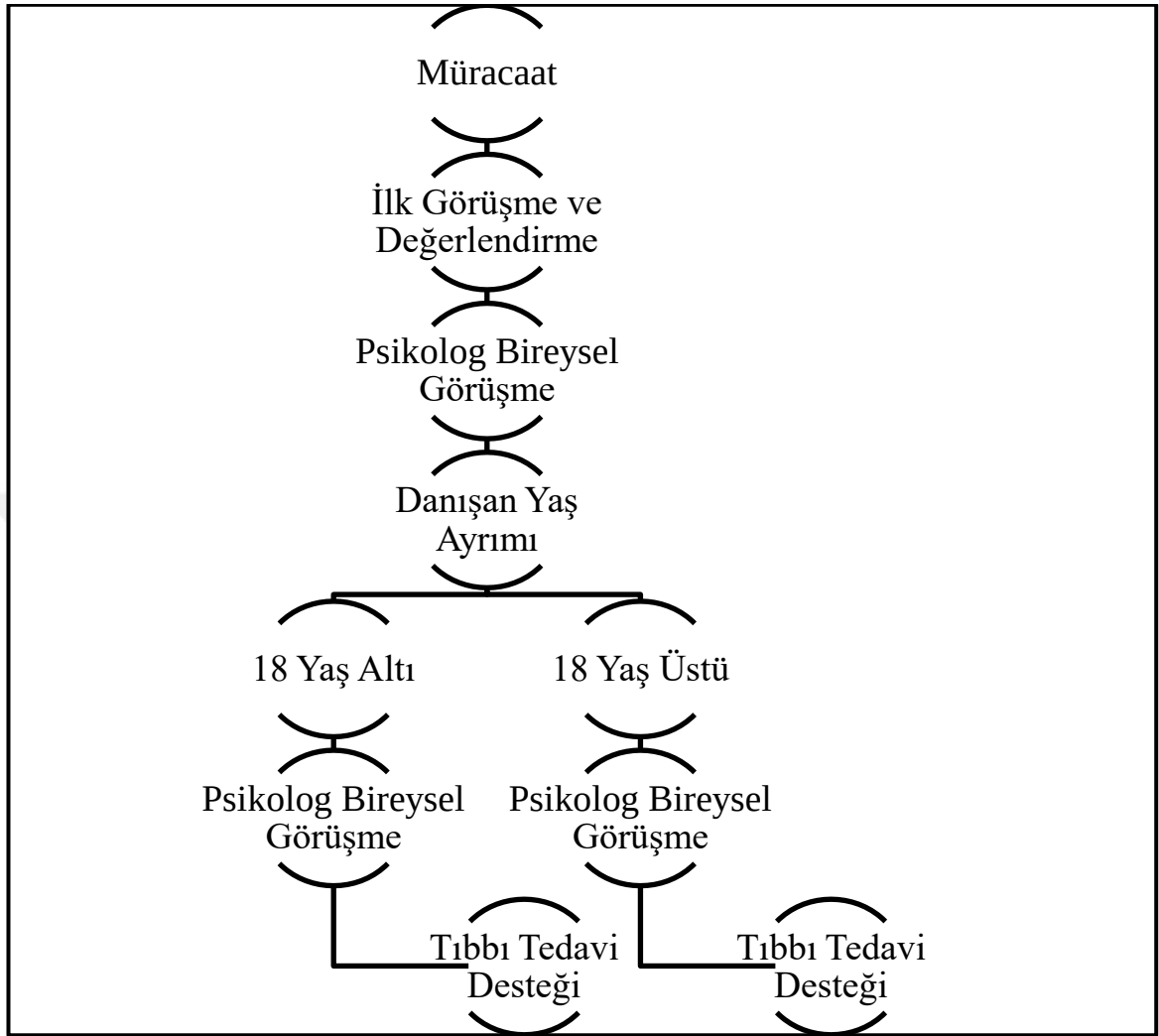
Kurum ve kuruluşların bir araya geldiği ve sağlam ve sağlıklı ilişkiler yürütmek için Gençlik ve Aile Destek Merkezi bünyesinde oluşturulan Koordinasyon Kurulu; işbirliği yapılan kurumlar tarafından alanında uzman kişiler ile Sağlık İşleri Şube Müdürü, uygun olduğu sürece Daire Başkanı, Merkez Sorumlusu ve merkezde çalışan bir mesleki personelin katılımıyla oluşturulur. Kurul, öncelikle Şube Müdürü olmadığı, takdirde GADEM sorumlusunun başkanlığında ayda bir kez gündemli olarak toplanmaktadır. Kurulda bir önceki ayın çalışmaları değerlendirilir, bir sonraki ayın etkinlik programı tartışılıp karara bağlanır, işleyişe ilişkin her türlü öneri ve eleştiri görüşülür. Kurulun kararları tavsiye niteliğinde olup, nihai karar verici Büyükşehir Belediyesinin ilgili üst amiridir.

Koordinasyon kurulunda Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği (AMATEM ve ÇEMATEM), Emniyet Müdürlüğü, Yeşilay Bursa Şubesi, Uludağ Üniversitesi, Sağlıklı Kentler Birliği Başkanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü gibi kurumlardan oluşmaktadır. Bu kurulda aralarında psikiyatri uzmanlarının da olduğu doktor, polis, akademisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, sosyolog, hemşire, üst düzey idareci ve yöneticilerden oluşmaktadır.

1.4.3.2.6. Gadem’in İşleyişi

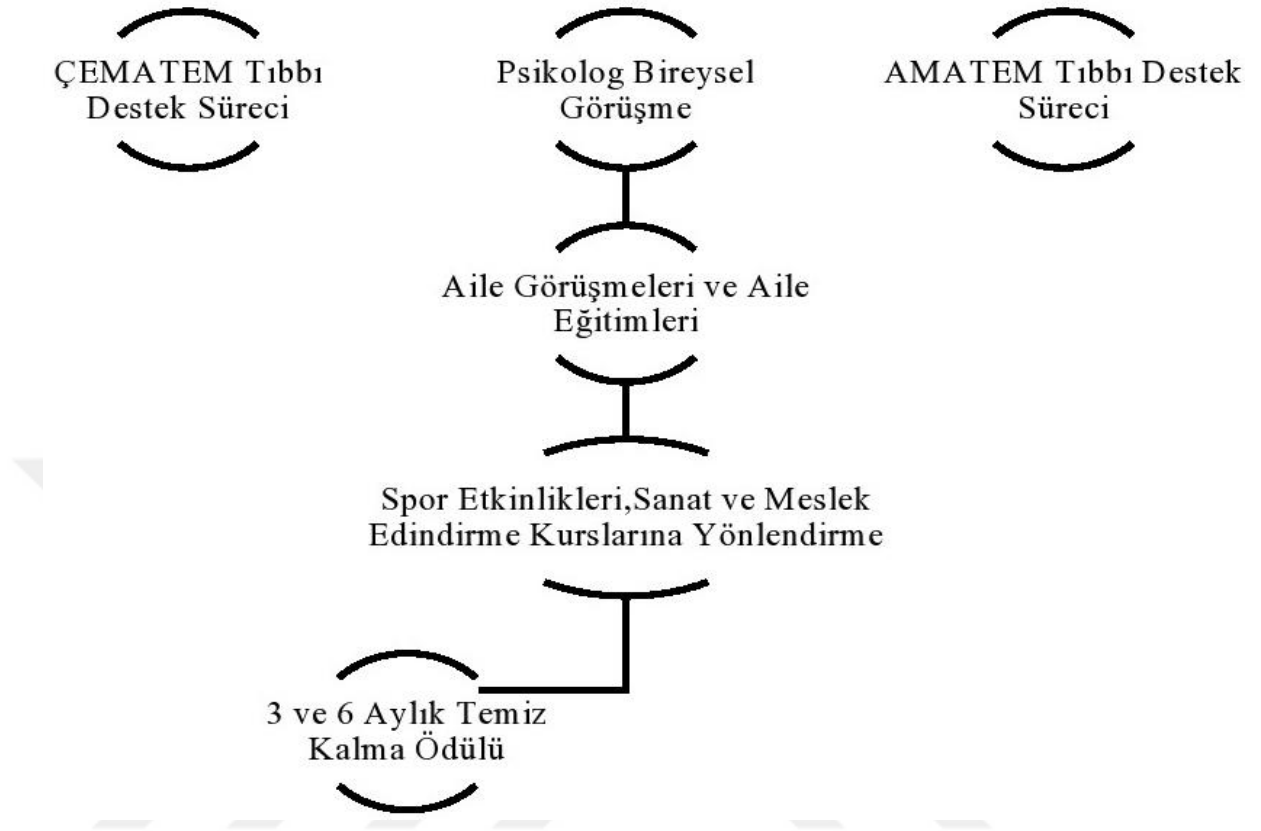
Gençlik ve Aile Destek Merkezi’nin işleyiş süreci şekil 4 ve şekil 5 de gösterilmiştir.

Şekil 4: Danışanın Merkeze Kabul Süreci



27 Ağustos 2015 tarihinde açılan Gençlik ve Aile Destek Merkezi çocuk, genç ve yetişkin ayrımı yapmaksızın madde bağımlısı bireylerin müracaatlarını kabul eder. İlk görüşme ve değerlendirmesi merkezdeki meslek elemanı (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Sosyolog) tarafından yapılır. İlk görüşme ve değerlendirmesi yapıldıktan sonra en yakın tarihe Psikologla bireysel görüşme yapması için randevu verilir ve takibi yapılır. Merkeze müracaat eden kişinin yaşına göre ayrım yapılır ve tedavi süreci şekillendirilir. Danışan psikologla bireysel görüşmelere düzenli olarak katılması beklenmektedir. Danışan ihtiyacı olursa, tıbbi tedaviye (18 yaş altı ÇEMATEM, 18 yaş üstü AMATEM) yönlendirilir ve eğer ulaşım imkânı yok ise merkezde hazır bulunan servis aracı ile ulaşım imkânı sunulmaktadır.

Şekil 5: Danışanın Merkeze Kabulünden Sonraki Süreç



Bağımlı kişi görüşme sonucunda merkezde uygulanan psiko-sosyal destek programına dâhil edilir. Bireysel görüşmelerin sonucunda kişisel ilgi ve beklentilerine uygun olarak boş zaman yapılandırılması gerçekleştirilir. Bunun yanında madde kullanıcısı kişinin ailesi de sürece dâhil edilerek bağımlılık hakkında bilgilendirilir ve düzenli olarak eğitim verilir. Büyükşehir Belediyesi bünyesinde hizmet veren kurs merkezleri, sportif faaliyetler ve sosyal tesislere kaydı yapılarak kişisel ve sosyal gelişimi desteklenir.

Toplumsal bilincin artırılması, risk altında bulunan çocuk, genç ve yetişkinlerin uyuşturucu madde kullanımının önüne geçilmesi amacıyla, koruyucu ve önleyici çalışmalar, etkinlikler ve eğitim faaliyetleri hem talep doğrultusunda hem de planlı olarak hazırlanıp uygulanır.

1.4.3.2.7. Bütünşehir Sistemi ve İlçe Belediye Koordinatörleri Kurulu

Türkiye’de 2000 yıllardan sonra reformlarla yerel yönetimler, özellikle büyükşehir belediyeleri öne çıkmıştır. 2014 seçimleriyle hayata geçen Bütünşehir Modeli, büyükşehir belediyelerinin görev alanlarını il sınırlarının tamamına genişletmiştir. Bütünşehir Modeli, bölgeselleşme ve yerelleşme seçeneklerinin bir araya getirilmiş halini temsil etmektedir (Apan, 2016). Bursa Büyükşehir Belediyesi olarak çıkılan bu yolda BÜTÜNŞEHİR olarak devam etmenin yapılan çalışmaların daha etkili ve faydalı olacağını düşünülerek;

Mevcut 17 ilçe Belediye Başkanı GADEM Koordinasyon Kurulu tarafından ziyaret edilmiştir. Alkol ve madde bağımlılığı alanında yerel yönetimlerin de aktif rol alması gerektiği ifade edilmiş olup, bu konuda Büyükşehir Belediyesi tarafından açılan ve hizmet vermeye başlayan GADEM hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bunun yanında Her ilçe Belediye Başkanı’ndan GADEM ile koordineli çalışacak 1 Koordinatör (meslek elemanı öncelikli) görevlendirilmesi, bağımlı kişi ve yakını için ücretsiz ulaşım imkânı sağlanması konusunda öncelikli olarak taleplerde bulunularak katkı vermesi gerektiği ifade edilmiştir.

Yapılan görüşmeler neticesinde, 17 İlçe belediye başkanınca görevlendirilen ve GADEM ile işbirliği içerisinde olan koordinatörlerden (meslek elemanlarından) oluşturulmuştur. İlçe Belediyeleri Koordinatörler Kurulu ayda 1 kez gündemli ve düzenli olarak toplanır ve ilçelerde yapılması planlanan çalışmalar belirlenir. Belirlenen ilçe belediye koordinatörlerine alkol veya madde konusunda kişinin bilgilendirilmesini sağlamak için uzmanlar¹³ tarafından eğitimler verilmiştir.

Bursa’da uygulanan bütünşehir sistemi Türkiye’de işleyiş olarak da tektir. İlçe belediyelerinin de büyükşehir belediyesi ile birlikte bu işin içine dâhil olması ve beraber bağımlılıkla mücadele etmesi bakımından örnek bir çalışmadır.

1.4.3.2.8. Gadem’de Bireye Yönelik Sosyal Rehabilitasyon Çalışmaları “Mikro Düzey”

Madde bağımlısı olan bireyin sorunlarla başa çıkması ve üstesinden gelmesi oldukça zordur. Özellikle karşılaştığı sorunları çözmekte zorlanıyorsa ve mücadele gücü yoksa

¹³ Eğitimler ve Danışmanlık Hizmeti, Prof.Dr. Kültegin ÖGEL ve Uzman Psikolog Ceren Koç tarafından verilmiştir.

kişi sıkıntıdan ve problemleri bir kenara bırakıp madde kullanmayı/içmeyi bir kaçış ve rahatlama olarak görmektedir. Aslında madde kullanımına yol açan en önemli etkenlerden biriside sorunlara uzaklaşma isteği olduğu yapılan gözlem ve araştırmalarda tespit edilmiştir. Madde bağımlısı birey en başta ailesiyle, arkadaşlarıyla, yakın akrabalarıyla ve çevresindeki diğer insanlarla kopuk bir yaşam sürdürmeye başlar. Zamanla içinden çıkılmaz ve gittikçe karmaşıklaşan sorunlar madde bağımlısı bireyin mücadele etme azmini, kuvvetini ve gücünü kırar. Tek çare ise yaşanan tüm bu sıkıntı ve sorunların çözümü içmektir.

Bu nedenle Gençlik ve Aile Destek Merkezi'ne müracaat eden bağımlılar ile psikologlar eşliğinde düzenli bireysel görüşmeler yapılmaktadır. Bağımlı bireyin içinde olduğu sorunlar dile getirilir, çözümler üretilmeye çalışılır ve karşılıklı olarak birlikte mücadele etme yolları aranır. Bazen kimseye anlatamadıkları ve paylaşamadıkları duygu ve düşüncelerini paylaşma ve ailesiyle olan sorunlarını ifade ettikleri toplantılar yapılmaktadır. Böylece Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nde danışmanlık alan hem bağımlılar hem de aileleri ile daha sıkı ve sıcak ilişkiler kurulmaktadır.

Bağımlı bireyler merkezde düzenli olarak takip edilmekte, aileleriyle bağlantı sağlanmaktadır. Psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, eski kullanıcı ve diğer çalışanlar ile işbirliğince bağımlı birey düzenli takip edilerek maddeden tamamen uzaklaşması ve kurtulabileceğine olan inancını güçlendirmektedir.

Bunun yanında madde bağımlısı bireylerin maddeyi bırakma motivasyonlarının devam edebilmesi için psikologlar ve eski kullanıcılarla beraber aile ziyaretleri yapılmaktadır. Aile ziyaretlerinin yanında süre olarak kısmi iyileşme gerçekleştiren bağımlı ve yakınlarının birlikte yemek yiyebileceği belediyeye ait sosyal tesislerde ödöl yemeği verilmektedir. Böylelikle bağımlılıktan kurtulmaya çalışan bu bireyler hem kendilerini ifade hem de kendilerine değer verildiğini hissetmektedirler.

Madde bağımlıları ve yakınları ile yapılan bu çalışmaların yanında çeşitli sportif ve kültürel faaliyetler düzenlenmekte, tarihi bilinç oluşturan şehirlerimize geziler düzenlenmekte, bağımlıların boş vakitlerini en iyi şekilde değerlendirmeleri sağlanmaktadır. Bu şekilde bağımlının maddeyi düşünmesi de engellenmeye çalışılmaktadır. Bağımlılıktan kurtulmaya çalışan birey, önceden çalıştığı bir işi varsa işi

yerinde ziyaretler yapılmakta ve işinde devamlılığı için desteklenmekte; işi olmayan kişilere de öncelikle meslek edinme kurslarına ve İŞKUR'a yönlendirilerek durumlarına uygun iş sahibi olması sağlanmaya çalışılmaktadır. Bunun yanında hem bağımlı hem de ailesinin yararlanabilecekleri sosyal hizmet imkânları araştırılmak ve sevkleri sağlanmaktadır.

Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nin hayata geçirmeye çalıştığı önemli projelerden biri de, tıbbi tedavi sonrası tekrar madde kullanma açısından ilk 6 ay ve ilk bir yıl önem arz ettiği için, AMATEM tedavisi sonrasında rehabilitasyon çalışmalarında Kamu-STK işbirliği ile, bir yıllık birlikte yaşama ve eğitim faaliyetleri içeren kuruluşlar oluşturulması çalışmasıdır. Hayata geçmek üzere olan ve tefrişatı devam eden yatılı kamp hizmeti hem bağımlı hem ailesi için önemli bir çalışmadır.

1.4.3.2.9. Gadem'de Aileye Yönelik Sosyal Rehabilitasyon Çalışmaları “Mezzo Düzey”

Madde bağımlısı bir bireye sahip olan aileler çok fazla sorunla karşılaşmaktadır (Şener ve Küçükşen, 2017) ve madde bağımlılığı aile için bir stres kaynağıdır (Çifçi ve Uluocak, 2011) Ailede bağımlı bir bireyin varlığı diğer aile üyeleri üzerinde birçok etkiye sahiptir. Eşler veya anne babalar bu durumla başa çıkamaz ya da oldukça zorlanırlar. Ailede alkol veya madde kullanan bir bireyin varlığı diğer aile üyeleri için de ciddi sosyal ve ruhsal yükler getirmektedir (Bağımlılık Tedavi Merkezi, 2017). Madde kullanıcılarının aileleri ile gerçekleştirilen araştırmalarda, en sık yaşanan sorunun duygusal sorunlar olduğu, bu sorunu yaşam tarzı ile ilgili sorunlar, ilişki sorunları, ekonomik sorunlar, iş sorunları ve yasal sorunların izlediği ortaya çıkarılmış, daha da önemlisi, ailelerin %95'inin bu sorun alanlarından en az birinde zorluk yaşadığı iletilmiştir (Kirby vd.,2005; Verhoven,2007. Akt. Çifçi ve Uluocak, 2011).

Aile üyelerinin, eşlerin veya yakınların kendi ruhsal sağlıklarını korumaları ve kazanmaları, bağımlının iyileşmesine de yardım etmektedir. Bağımlının tedavi sürecinde aileye bütüncül bir yaklaşım esas alınmalıdır. Bu amaçla özel eğitilmiş aile terapistleri eşliğinde aile eğitim seminerleri, bireysel görüşmeler ve grup terapisi uygulamalarıyla aile destek almalıdır.

Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nde danışan bağımlılar ile birlikte aileleriyle de çalışılmaktadır. Öncelikli olarak bağımlıyı ve aileyi anlamaya yönelik bir takım değerlendirmeler yapılmaktadır. Ailenin gözünden var olan durumun anlaşılması, duyguların ve sorunla ilgili düşüncelerin ortaya çıkarılması, sorunun çözümünü zorlaştıran engeller ve ailenin sahip olduğu güçlerin tanımlanması, değerlendirme sürecinin temel amacıdır (Çifçi ve Uluocak, 2011) Bazı aileler tıbbi tedavinin yeterli olduğunu düşüncesine kapılarak tedavi sonraki süreci ihmal etmektedirler. Ya da madde kullanma tekrar gerçekleşmişse aile çaresizlik ve tükenmişlik duygularını yoğun bir şekilde yaşar. Hâlbuki ailenin ayakta kalması ve yaşamına olduğu yerden devam etmesi gerekmektedir. GADEM tam da bu noktada devreye giderek bireylerle devam eden rehabilitasyon sürecine aileleri de dahil etmektedir. Bunun yanında aile ve aile üyelerine yönelik düzenli ve programlı eğitimler ve psiko-sosyal destek çalışmaları verilmektedir. Güçlendirilmiş ve işlevsel bir aile, bireyin tedavi sonrası süreçte madde kullanımına dönme riskini önleyici bir etkidir (Şener ve Küçükşen, 2017).

Madde kullanan bireylerin aileleri bu durumu genelde saklama eğilimindedirler. Saklandıkça sorunun biteceği ve düzeleceği inancı hep vardır. Ancak zamanla sorunun çözülmediğini kartopu gibi büyüdüğünü gördüklerinde artık çaresiz paylaşmak durumunda kalırlar. Sorunun başkalarıyla paylaşılması bağımlılıkla mücadeleyi kolaylaştırabilmektedir. Aileler böylelikle kendilerine psiko-sosyal bir destek bulmaları nedeniyle yalnız olmadıklarını görmekte ve bağımlı bireye olan destek mekanizmaları güçlendirilmektedir.

1.4.3.2.10. Gadem'den 'Öğretmenim Canım Benim' Projesi "Makro Düzey"

Pilot uygulaması Gürsu Latif Dörtçelik Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde hayata geçirilen 'Öğretmenim Canım Benim' projesinin amacı madde kullanım riski taşıyan veya madde kullanımı başlamış öğrenciler için de hem tıbbi hem de psiko-sosyal destek alabilecekleri bir sistem oluşturmaktır.

Alkol ve madde bağımlılığına yönelik koruyucu ve önleyici çalışmalar kapsamında hazırlanan örnek projenin ilk pilot uygulaması, öğretmenlerin alkol ve madde bağımlılığı ile ilgili farkındalık seviyelerinin arttırılması, alkol veya madde kullanma

riski taşıyan öğrencilerin erken teşhisi ve tedaviye yönlendirilmesi hedeflenmiştir. Programa mesailerinin ardından gönüllü katılan 25 öğretmen, 2 gün ve 4 oturumda gerçekleştirilen seminerde, 'Bağımlılık', 'Günümüzde yaygın olarak kullanılan maddeler', 'Risk faktörleri ve madde kullanım belirtileri' ile 'Öğretmenlerin rolü' konularında bilgilendirme yapılmıştır.

Bütünşehir sistemi ile 17 ilçenin tamamında uygulanması planlanan projede öncelikle öğretmenlerin bilgilendirilmelerinin önemine dikkat çekmek gerektiği vurgulanmıştır. GADEM, mahalle bazlı sivil toplum kuruluşlarıyla çalışmalar yaparken hem bağımlı hem de bağımlı yakınlarına verilen danışmanlık hizmetleriyle alandaki boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Oluşturulan 'Bütünşehir Sistemi' ile de alkol ve madde bağımlılığına farklı bir bakış açısı ortaya koymaya çalışan GADEM, sürdürülen farkındalık çalışmalarıyla da toplumsal bilincin artırılmasını hedeflemektedir.

1.4.4. Madde Bağımlılığı Alanında Sosyal Hizmetin Roller

20. yüzyılda sosyal hizmet uzmanları alkol ve diğer uyuşturucu bağımlısı müracaatçılara ve ailelerine yönelik tedavi yanıtlarının geliştirilmesine önemli katkılar sağlamıştır. Smith, Whitaker ve Weismiller (2006) NASW üyelerinin çalışma rolleri ile ilgili örnek bir örneklemini araştırdılar. Her ne kadar sadece % 2 veya yaklaşık 2.000 üye bağımlılık tedavisini birincil rolü olarak sayılsa da, alan giderek daha profesyonel hale geldiğinde, bağımlılıklarda sosyal hizmet uygulamaları artmaktadır. Kokain, eroin ve polis tutum kullanımının yaygınlaştırılması ve alanın 1980'lerde giderek profesyonelleşmesi ile sosyal hizmet uzmanları yönetim rollerini üstlendiler ve biyopsikososyal ve ekolojik perspektiflerini sahaya yansıttılar. 1980'lerin sonlarına doğru sosyal hizmet uzmanları "bağımlılık sektöründe yöneticilerin büyük bölümünü" ve "program politikalarını ve uygulamalarını etkileyebilecek konumda" bulunduklarını belirttiler. 1990'lı yıllara gelindiğinde bağımlılık alanına yeni iş ilanlarıyla sosyal hizmet uzmanlarının sayısı ihtiyaca binaen sürekli artmıştır (Cherly Whitley, 2010).

Psikoaktif maddelere bağımlılık, çok çeşitli faktörlerin ve aralarındaki etkileşimlerin sosyal hizmet uzmanının alanı dahilinde olması nedeniyle ortaya çıkan biyo-psiko-sosyal bir fenomen olarak görülür. Sosyal hizmet uzmanı, bu nüfusla hem idari hem de

klirik müdahalelerin sağlanmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının eğitim ve öğretiminin onları, pratik ve akademik açıdan madde kötüye kullanma sorunu ile daha etkin ve kapsamlı bir şekilde ele almalarına hazırlayabilecekleri yeni yollar aramaktadır (Oren, Rahav ve Teichman, 2002).

Alkol ve madde bağımlılığı sadece tıbbı bir hastalık olarak değerlendirilmemelidir. Bunun yanında sosyal çevreninde müdahale etmesi gereken bir biyopsikososyal bir sorundur. Bağımlılık tek bir nedene bağlı gelişen bir sorun olmaması nedeniyle sosyal hizmet mesleğinin tedavi sürecine ve tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon sürecine, toplumla bütünleşmesine olan katkısı hayatidir, önemlidir.

Günümüzde sosyal hizmet uzmanları, sadece program geliştirme, idari süreç ve kimyasal bağımlılıkların tedavisinde değil, aynı zamanda yeme bozuklukları ve kumar gibi "süreç" bağımlılığında önemli oyunculardır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları bağımlılık araştırmaları ve politika alanlarında giderek daha fazla yer almaktadırlar Yirmi birinci yüzyılın başlamasıyla birlikte, sosyal hizmet uzmanları bağımlılık alanında önemli bir varlığa sahiptirler. Sosyal hizmet mesleğinin eşsiz biyopsikososyal perspektifi, yeni düşünce akımlarına uyumda esneklik ve onları uygulamaya dahil etme ve farklı programlamaları sistemik bir bütün haline getirme kabiliyeti, bağımlılık alanının son derece değişen alanı için oldukça iyi bir meslek haline gelmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının gerek geçmiş gerekse şimdiki bağımlılıklardaki önemli rolünün daha çok tanınması ve sosyal hizmet uzmanlarının gelecekte bu alana daha fazla katkıda bulunmaları için teşvik edilmesi zamanı gelmiştir (Straussner, 2008).

Madde bağımlılığının tedavisi oldukça karmaşık bir süreç olup bireyin davranışlarına ve aileye odaklanmak kısa vadede etkili olabilmektedir ancak uzun vadede yeniden kullanım söz konusu olduğundan hem sağlık çalışanlarını hem de ailesini hayal kırıklığı yaşatmaktadır.

Polat (2014,s.143), *"Madde bağımlılığı tedavisine sosyal çevreye ilişkin boyutun eklenmesi çoğunlukla bağımlılık alanında çalışan profesyonellerin hissettiği bir ihtiyaçtır. Sosyal hizmet mesleğinin birey-aile-grup-topluluk ve toplum düzeylerinde*

geniş bir yelpazeye yayılan işlev ve rolleri, madde bağımlılığı tedavisinde önemli bir profesyonel kaynak olarak kullanılabilir” demektedir. Polat sosyal çevrenin hem tedavide hem de tedavi sonrasında önemine ve ihtiyaç olduğuna vurgu yaptığı görülmektedir.

Sevin ve Erbay ise (2008) ise “*Madde bağımlılığı tedavisi sonrasında ortaya çıkan sorunlara kalıcı çözümlerin üretilmesi, bireyin sosyal ve psikolojik olarak iyilik halinin sağlanması, sorunlara yönelik bütüncül ve kapsamlı bir sorun analizini gerektirmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin sosyal sorunlara yönelik olarak katkısı ve bakışı tam da bu noktada önemli olmaktadır. Sosyal hizmet mesleği, sorunlara birey, aile ve toplum düzeyinde kapsamlı ve çok boyutlu bir bakış açısıyla yaklaşır. Madde bağımlılığı sorununda da sosyal hizmetin bu çok boyutlu bakışına ihtiyaç vardır.*” demektedir.

Bu noktadan hareketle sosyal destek mekanizmalarına sahip olmak bu kişiler için hayati önem arz etmektedir. Sosyal destek, kişinin çevresinde algıladığı empati, sevgi, şefkat güven, itibar, takdir, bilgilenme, maddi yardım gibi bireysel, sosyal, ruhsal ve ekonomik özelliklere sahip çeşitli yardımlar olarak değerlendirilebilir. Sosyal destek, insanların yaşamlarında önemli yeri olan ve gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ya da bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkileri ifade etmektedir. Zor durumlarda veya sıkıntıda bulunan kişiye aile fertleri, akrabaları ve arkadaş gruplarıyla birlikte diğer toplumsal ilişkilerin sağladığı kaynaklar sayesinde kişi ihtiyaçlarını karşıladığı karşılıklı bir etkileşim sürecinden geçmektedir (Şener ve Küçükşen, 2017).

Madde bağımlılığı konusunda sosyal hizmet uzmanının benimsediği model olan biyopsikososyal model, önleme ve bağımlılığın nüksetmesini önleme çalışmasına odaklanmaktadır. İnsanlar kişisel olarak problemin gelişiminden suçlu olarak düşünülmemektedir ve değişimi sağlamada basamakları aşmak için yardım görürler. Madde bağımlılığı yavaş yavaş ve sistematik bir biçimde engellenmesi gereken kötü bir alışkanlık olarak görülür (Sevin ve Erbay, 2008). Polat ise (2014) biyopsikososyal yaklaşım, hastalığın biyolojik, sosyal, çevresel, psikolojik ve davranışsal boyutlarını bir arada ele almaktadır. Biyopsikososyal bakış, geleneksel medikal modelin hastalığın

yalnızca biyolojik nedenlerine olan sınırlı ilgisini eleştirerek, hastalığın medikal olmayan bileşenlerini de dikkate almaktadır. Bunun yanı sıra yalnızca hastalık üzerine odaklanmaktan daha çok, genel sağlık durumuna odaklanmakta ve davranışsal ve çevresel faktörleri de göz önünde bulundurarak sağlık hizmetinin sunumunda çok disiplinli bir anlayışa katkı sağlamaktadır.

Sosyal hizmet mesleği ve disiplini problemlere birey, aile ve toplum seviyesinde detaylı ve çok geniş boyutlu perspektifle yaklaşmaktadır. Madde bağımlılığı sorununa da sosyal hizmet mesleğinin çok geniş boyutlu perspektifine ihtiyaç vardır.

Sosyal hizmet uygulamaları literatüründe son yıllarda müracaatçıların gücüne odaklanma dikkati çekmektedir. Güçler perspektifi, çok çeşitli müracaatçı popülasyonlarına uygulanmıştır: zihinsel engelliler ve aileleri; çıkan gey ve lezbiyen ve aileleri; çocuk refahı müracaatçıları; acil odalardaki evsiz kadınlar; izole edilen yaşlılar; bağımlılık ve uyuşturucu kullanıcıları gibi. Güç kavramı, aynı zamanda, aile merkezli uygulama, anlatım terapisi, kişi-merkezli yaklaşım, etnik-duyarlı programlama ve toplumsal cinsiyete özgü danışmanlık konusundaki giderek artan literatürün bir parçası ve özetidir (Van Wormer,2007).

Sosyal hizmet uzmanları meslek itibarıyla çok boyutlu bakış açısına sahiptir ve yetkindir. Sosyal hizmet uzmanları bağımlılık sorunuyla farklı ortamlarda karşılaşabilmekte ve bunlarla da farklı alanlarda çalışmaktadır. Bağımlılık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ise tedavi öncesi, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında çeşitli görevler ve sorumluluklar alarak, tedavinin amacını etkin bir biçimde gerçekleştirmeye, bireyin iyilik ve esenlik halini arttırmaya ve motivasyon artırıcı telkinlerde bulunarak katkı sağlamaya çalışırlar.

Oren, Rahav ve Teichman, (2002), Sosyal hizmet uzmanlarının uyuşturucu arındırma birimleri ve topluluk merkezlerinde baskın bir rol oynadığını ve çoğu durumda, sosyal hizmet uzmanları, bağımlılıkla çalışmakta uzman olan klinik pratisyenlerin yanı sıra yönetici olarak görev yaptığını, hekimler, psikiyatri ve tıbbi hizmetlerin sağlayıcı ve danışmanı olarak hareket ettiklerini ifade eder.

Madde bağımlılığının tedavisinde ve sonrasında gerçekleştirilen rehabilitasyon sürecinde sosyal hizmet uzmanı bir takım roller üstlenmektedir. Bu roller farklı müdahale düzeylerine göre (mikro, mezo ve makro) şöyle şekillenmektedir.

Sosyal hizmet uzmanının danışmanlık rolünün mikro düzeyine baktığımızda madde bağımlısı birey ve ailesine yönelik konsültasyon ve danışmanlık, mezo düzeyinde bağımlılık tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin daha iyi şartlarda yapılması için kurum seviyesinde değişim sağlama, makro düzeyde ise madde bağımlılığı alanında politikalara katkı ve yardım sağlamaktır.

Kaynak bulucu rolünün mikro düzeyinde madde bağımlılığı olan bireylerin ve ailelerin kaynaklarla buluşmasını sağlamak (tedavi imkanları ve fırsatları, rehabilitasyon hizmetleri, kendi kendine yardım grupları vb), mezo düzeyde madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon alanında çeşitli kuruluşlar arasında iş birliğini kolaylaştırmak, makro düzeyde bağımlılık alanında karşılanamayan ihtiyaçları hedefleyen tasarıların geliştirilmesinde görev almak, madde bağımlılarına yönelik iş olanaklarını geliştirecek faaliyetler yürütmek.

Sosyal hizmet uzmanının eğitici rolünün mikro düzeyinde bağımlı birey ve ailelerine yönelik bağımlılığın oluşma nedenleri, dinamikleri ve etkileri ile ilgili seminerler düzenlemek, mezo düzeyinde sağlık personeline/öğretmenlere/ailelere ve diğer gruplara yönelik seminer ve eğitim programları geliştirmek, makro düzeyinde ise bağımlılık ve sosyal dışlanma sorunuyla ilgili halk nezdinde farkındalık yaratacak programlar, kampanyalar düzenlemek, siyasilerin ve politikacıların dikkatini konuya çekmek.

Sosyal hizmet uzmanı mesleğin kendisine vermiş olduğu rolleri gereği, madde kullanan bireyin tedavi sonrasında tekrarda sosyal hayata dönmesi için planlama sürecinde önemli görevler almaktadır. Boş vakitlerin yapılandırılması, çalışma durumun düzenlenmesi, eğitimi sürecinde kopan bireyin tekrar sisteme dahil edilmesi, bireyin ailesinin sürece dahil edilmesi ve sosyal destek yapılarının tekrar harekete geçirilmesi

ve güçlendirilmesinde anahtar durumu gören sosyal hizmet uzmanı tekrar madde kullanım olması durumunda hem bireyin hem de ailesinin ve akrabalarının bilgilendirilmesi son derece önemlidir.

Toplumla tekrardan entegrasyon, sosyal hizmet uzmanının kısa, orta ve uzun vadede (mikro-mezzo ve makro) seviyelerde etkin çalışmasını gerekli kılmaktadır. Bağımlılık tedavisi görmüş bireyleri güçler perspektifinde güçlendirme, sosyal çevredeki zararları azaltan ya da yok eden müdahalelerde bulunma, toplumdaki kaynakları meslek rolüyle harekete geçirme, toplumda görülen dışlayıcı yasal/politik mevzuatı değiştirme, sosyal içermeyi destekleyecek adımları geliştirme acilen müdahale edilmesi gereken faaliyetler arasında sayılabilir.

Madde bağımlılığının tedavisinde sosyal hizmet uzmanının kendine özgü katkısı, “çevresi içinde birey” perspektifinden bireyi, ailesini, içinde yaşanılan fiziki ve sosyal çevreyi ve makro manada toplumsal kaynak ve politikaları hedefleyen müdahaleleri olacaktır. Yapılan çalışmaların psikiyatrik ve tıbbi tedavi ekibinin bir parçası olarak yürütülmesi karşılığında, tedavinin etkililiğinin ve kalitesinin artması ve bağımlının toplumla tekrar entegrasyonu amaçlanması mevzu bahis olabilir (Polat, 2014). Sonuç olarak

Sosyal hizmet, madde politikasının şekillendirilmesinde ve uygulanmasında önemli bir rol oynayan madde kötüye kullanımı alanında giderek daha önemli bir meslek haline gelmektedir (Oren, Rahav ve Teichman, 2002).

1.4.5. Araştırmanın Problemi

Türkiye’de, klinik/tıbbi tedavi sonrasında ülke genelinde bir sosyal rehabilitasyon yapısı olmadığından, uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisinin başarı oranının düşük olduğu ve bu sorunun sürekli gündeme gelmesi en önemli problemdir. Bilinmelidir ki bağımlılık tedavisinde tedavi sonrası bireyin izlenmesi ve takibi oldukça önemlidir. Tedavinin başarıya ulaşması tedavi sonrasında gerçekleştirilecek sosyal aktivitelerin ve entegrasyon programlarının var olmasıyla gerçekleşebilecek bir süreçtir. Böylelikle tekrardan madde kullanmaya eğilimi içerisinde olan bireylerin önünü almak için

çevresel, ekonomik ve psikolojik bazı etkenlerinde öncekinden farklı olması gerekmektedir. Ancak ülkemizde rehabilitasyon programları; tedavi merkezlerinde, merkezlerin olanakları ölçüsünde uygulanmaktadır ve yaygın değildir (Tubim, 2014).

Türkiye'deki klinik/tıbbi tedavi sonrasındaki rehabilitasyonun yetersiz olduğu ulusal raporlarda yer alan istatistiki verilerle de desteklenmektedir. Örneği, 2014 yılı Türkiye Uyuşturucu Raporu'na bakıldığında, son beş yılda bağımlılık tedavi birimlerinde yataklı tedavi olan bağımlı hastaların %49,5'u daha önce tedavi gördüklerini belirtirken, 2013 yılında yatarak tedavi gören hastaların %48,5'i (3527 hasta) daha önce en az bir defa tedavi gördüklerini bildirmiştir. Yani bir kişi birden fazla yatarak tedavi olmak için başvurmuştur. Bağımlılık tedavisindeki sonuç alınamayan ve sürekli tekrarlayan ve klasik metod ve yaklaşımların tek başına yetersiz olduğu açıkça ortaya koyduğunu, tıbbi tedavinin hemen sonrasında sosyal rehabilitasyonun çok gerekli ve vazgeçilmez olduğu 2013 yılı Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda belirtilmektedir. Hemen her yıl ulusal düzeyde hazırlanan raporlarla da sosyal rehabilitasyon kısmı ön plana çıkmakta ancak somut adımlar atılmadığı gözlemlenmektedir. Madde bağımlısı olan kişinin bu probleminin hayat boyu izlenmesi gereken bir sağlık ve esenlik problemi olduğuna dikkatleri çekmekle beraber sosyal rehabilitasyonun çok önemli olduğu ve vazgeçilmemesi gereken bir durum olarak TBMM (2008) uyuşturucu belgesinde de tekrar dikkatleri çekmiştir.

Bu araştırmanın temel problemi madde bağımlılığı hizmetlerini yerel yönetimler düzeyinde inceleyen herhangi bir bilimsel çalışmaya literatürde rastlanmamış olmasıdır. Gittikçe artan bağımlılık konusunda farkındalık oluşturma, yerel yönetimlerin temel görevleri arasında olduğunu ifade etmenin gerektiği düşünülmektedir.

Kısaca özetlemek gerekirse araştırmacıyı bu çalışmayı yapmaya yönelten boyutlar, Türkiye'de madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyon uygulamalarına bütüncül bakan, bu doğrultuda analiz ve model içeren bilimsel çalışmaların olmaması, madde bağımlılığı konusunda ülke çapında iyi işleyen bir yapılanmanın ve uygulamalar dizgesinin kurulmasına katkı verme ihtiyacıdır.

1.4.6. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın ana amacı, madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetlerin yararlanıcıların gözünden incelemektir. Araştırmanın ana amacına ek olarak bazı alt amaçlar belirlenmiştir. Bu kapsamda sosyal rehabilitasyon merkezlerinden yararlanan madde bağımlılarının:

1. Sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Kullandığı maddeler, tedavi öncesi ve sonrası yaşadıkları sorunlar nelerdir?
3. Madde kullanmaya iten ilk sebeplerin ne olduğu ve tedavi görme durumları ve sıklığı nedir?
4. İlk hangi yaşta madde kullandıkları ve bağımlılık düşünce durumları nedir?
5. Kiminle yaşadığı,
6. Topluma yeniden kazandırılmasında rehabilitasyon merkezlerinin önemi nedir?
7. Sosyalleşme süreçlerine etki eden içsel ve dışsal dinamikler nelerdir?
8. Yerel yönetimlerin sosyal rehabilitasyon sürecinde aktif rol almasına ilişkin düşünceleri nelerdir?
9. Yerel yönetimlerden beklentileri nelerdir?
10. GADEM biriminden nasıl haberdar oldukları ve memnuniyet düzeyleri nedir?
11. GADEM biriminde ne tür bir rehabilitasyon hizmeti alacaklar?
12. GADEM'den hizmet aldıktan sonra ailesiyle ve çevresiyle ilişkileri nasıl etkilenmiştir?
13. Madde bağımlılığı alanında sosyal hizmet mesleğine ilişkin düşünce ve önerileri nelerdir?
14. Sosyal hizmet uzmanı bağımlılık sürecindeki rolü nedir ve nasıl bir yaklaşım sergilemektedir?

sorularına cevap aranması amaçlanmıştır.

1.4.7. Araştırmanın Önemi

Tıbbi/klinik tedavi uygulamalarında sınırlandırılmış bir tedavi sürecinin tek başına yetersiz olduğunu tespit etmenin ötesinde, madde bağımlılığının tedavi ve rehabilitasyonun da uluslararası kabul gören yeni bir açılım için önerilerde bulunmaktır. Bu konuda mevcut olan herhangi bir çalışmanın olmayışını, tedavi sürecindeki

yetersizliğin tespitini ve sosyal rehabilitasyon merkezlerinin önemini ortaya çıkartmak ve en önemlisi de farkındalık oluşturmaktır. Bunun yanında hızlı ve etkili karar alabilen yerel yönetimlerin, belediyelerin, bağımlılık alanında çalışan diğer kurum ve kuruluşlarla daha koordineli çalışmasını sağlamak, toplumu tehdit eden sorunlara karşı yerinde ve zamanında müdahalede bulunmaktır.

Bunun yanında tıbbi tedavide uygulanan arınma ve ilaçla tedavi yöntemlerinin madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda (topluma yeniden kazandırılmalarında) yeterli olmadığı bilinen bir gerçektir. Buradan yola çıkarak yerel yönetimlerin (belediyelerin) de sosyal rehabilitasyon sürecinde yer alması ve aktif olması ile bağımlılıkla mücadelede başarıyı arttıracaktır. Yerel yönetimlerin özellikle de belediyelerin sosyal politikaları içerisinde en güncel ve en önemli konularından birisi olan madde bağımlılarının tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonunun sağlanmasıdır. Bu konuda yerel yönetimlerin dikkatlerini çekmek, farkındalık oluşturmak ve açılacak yeni rehabilitasyon merkezleri ile Türkiye'yi saran bu önemli sorunun çözümüne katkı sağlamaktır.

Araştırmada, yerel yönetimlerin özellikle de belediyelerin sosyal politikaların en güncel ve en önemli konularından birisi olan madde bağımlılarının tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonu konusuna dikkatlerini çekmek, farkındalık oluşturmak ve açılacak yeni merkezler ile ülkemizi saran bu sorunun çözümüne katkı sağlamaktır.

Madde bağımlılarının topluma yeniden kazandırılmasında ve sosyalleştirilmesinde yerel yönetimler çok önemli rol almaktadır. Bu çalışmada Bursa Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nin madde bağımlılığı hizmetinin niteliği yararlanıcılar gözünden incelenmesi amaçlanmıştır.

1.4.8. Araştırmadaki Varsayımlar

- a) Katılımcıların, veri toplama araçlarındaki sorulara doğru ve samimi cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.
- b) Veri toplama araçlarındaki soruların, konuya açıklık getirecek yeterlilikte olduğu kabul edilmektedir.
- c) Kullanılan istatistiksel yöntem ve analizlerin yeterli ve geçerli olduğu kabul edilmektedir.

1.4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sürecinde yalnızca gönüllü olanlar ile çalışılmış ve sorulan sorulara verilen cevaplar yararlanıcıların görüşlerini yansıtmış olması araştırmanın bir sınırlılığıdır.

1.4.10. Tanımlar

Sosyal Rehabilitasyon:

EMCDDA tarafından, “bireyin; eğitim, iş, barınma ve sosyal ilişkiler aracılığıyla toplumun yeniden ve tam bir üyesi olmasına yardımcı olacak müdahaleler” olarak tanımlanan toplumla yeniden bütünleşme, aslında bağımlılık tedavisi sonrası neler yapılması gerektiğini ortaya koyan bir kavramdır (Tubim, 2014, s.91).

Tubim (2014) “Rehabilitasyon kavramı bu süreci anlatan en geniş kapsamlı ifade olmakla birlikte, sosyal rehabilitasyon, topluma yeniden kazandırılma, sosyal hayata tekrar adapte olma toplumla yeniden bütünleşme, topluma yeniden entegrasyon, topluma yeniden uyum gibi kavramların da literatürde kullanıldığı görülmektedir” (s.91).

Toplumla Yeniden Bütünleşme:

Toplumla yeniden bütünleşme bir bireyin toplumun işleyen bir üyesi olmadığı bir statüden, bireyin kendi hayatını kontrol ettiği ve yönettiği bir statüye geçme sürecini ifade eder (<http://www.yourdictionary.com/community-reintegration>).

Maddenin Kötüye Kullanımı:

Psikoaktif bir ilacın, sosyal, mesleki, psikolojik veya fiziksel bir soruna neden olduğunun farkında olmasına rağmen, devam eden kullanımı denir (<http://www.csun.edu>). Maddenin kötüye kullanımı, yasadışı bir madde kullanma veya yasal bir maddenin yanlış bir şekilde kullanılması anlamına gelir. Madde kullanımını kötüye kullanma, alkol ve yasadışı uyuşturucular da dahil olmak üzere psikoaktif maddelerin zararlı veya tehlikeli kullanımını ifade eder (World Health Organization).

Sosyal Belediyecilik:

Sosyal belediyecilik “sosyal devletin yerel düzeydeki bir izdüşümü olarak, sunduğu sosyal nitelikli mal ve hizmetlerle daha iyi bir yaşam standardı yaratmayı hedefleyen ve onların bütçesine sosyal adalet sağlayıcı biçimde katkı yapan belediyecilik (Pektaş, 2010, s. 6) ve belediyelerin yereldeki gücü haline gelen sosyal belediyecilik, hizmet zenginliği, halka söz hakkı tanıyarak demokratik gelişmenin sağlanması ve vatandaş memnuniyetini sağlamaya yönelik faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (Keleş, 2008, Aktaran: Şataf, 2017)



2. BÖLÜM

2. YÖNTEM

Bu bölümde yöntem ana başlığı altında; araştırma modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, veri toplama süreci, verilerin işlenmesi ve değerlendirilmesi ve son olarak araştırmadaki süre ve olanaklar ele alınmıştır.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma, yapılan çalışmanın amacına uygunluğu nedeni ile niceliksel metodolojiye dayalı genel tarama modelinin kullanıldığı tanıtısal bir çalışmadır. Bu model esas alınarak çalışmada Bursa’da madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetlerin mevcut durumu ve sosyal rehabilitasyon merkezi olan GADEM’den yararlanan yararlanıcıların görüşleri çerçevesinde saptanmaya çalışılmıştır.

“Bir konuya ilişkin katılımcıların görüşlerinin ya da bilgi, beceri, yetenek, tutum vb. özelliklerinin belirlendiği genellikle diğer araştırmalara göre görece daha büyük örneklemeler üzerinde yapılan araştırmalara tarama araştırmaları denir” (Büyüköztürk, Kılıç-Çakmak, Erkan-Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2015, s. 177). Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlar. Bu tür araştırma modelleri, “Ne, nerede, ne zaman, hangi sıklıkla, hangi düzeyde, nasıl” gibi soruların cevaplandırılmasına olanak tanır. Tarama modellerinin sınıflandırılması genel tarama modelleri ile örnek olay tarama modeli şeklindedir.

Erbay (2015, s. 288) ise soru sormaya dayalı alan tarama araştırması sosyal hizmet araştırmasında yaygın veri toplama yöntemlerindendir. Anket, katılımcılardan veri toplamanın sistematik bir yoludur ve katılımcıların ne bildiği, neye inandığı, ne hissettiği, ya da nasıl söyleyip davrandığını belirlemede kullanılabilir. Bazı anketler, katılımcılara geçmişte ne yaptıklarını ya da neler hissettiklerini sorarken, bazıları da cevaplayanların gelecekteki niyetlerini tahmin etmek için sorular sorar. Veri toplama yöntemi olarak anket kullanan her araştırma alan tarama araştırması çatısı altında oluşabilir. Genel tarama modelleri sadece bir değişkenin incelendiği ya da değişkenlerin tek tek incelendiği tekil tarama modelleri ile iki ya da daha çok sayıda değişkenin aralarındaki ilişkilerin de belirlenmek üzere incelendiği ilişkisel tarama modelleridir.

Büyüköztürk ve arkadaşları (2015), tarama türü araştırmalarda ana amacın ve ana amaçla bağlantılı alt amaçların oluşturulmasının yanında toplanması gereken verilerin ve araştırma kapsamında sorulan her bir sorunun ana ve alt amaçlarla bağlantının olması gerektiği noktası üzerinde hassasiyetle durmuşlardır.

Yukarıda sözü edilen tarama ve genel tarama yaklaşımı doğrultusunda, yapılmış olan bu araştırmada, genel tarama modeli kapsamında Bursa Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nde yararlanan ve hizmet alan madde bağımlılar çalışmaya dahil edilerek ve araştırmaya ilişkin ana ve alt amaçlar belirlenerek, Bursa'da madde bağımlılığı alanında sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin bu günkü durumu saptanmaya çalışılmıştır.

2.2.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Gençlik ve Aile Destek Merkezine gönüllü olarak müracaat edenler ve kendi isteği ile katılmak isteyenler arasından seçilmiştir. Katılımcılardan araştırmaya izin verdiklerine dair yazılı ve sözlü onay alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllü olmuştur.

Tablo 3'te 2016-2017 yıllarında Gençlik ve Aile Destek Merkezi müracaat eden madde kullanıcılarının aylık cinsiyet durumlarına dağılımı gösterilmiştir. Tablo 3'te gösterilen sayılar arasında örneklem seçilerek çalışma yapılmıştır. 2016 ve 2017 yıllık ve aylık cinsiyet durumlarına Gadem'e müracaat eden kişi sayısı incelendiğinde; 2016 yılında 224 kişi, 2017 yılında ise 265 kişi olmak üzere toplamda 489 kişi müracaat ettiği görülmektedir. Kadın ve erkek ayrımının baktığımızda 2016 yılında 10 kadın, 2017 yılında ise 25 kadın hizmet aldığı görülmektedir. Araştırma kapsamında alınan verilere göre bu sayı 489'dur. Araştırmada tam sayım hedeflenmemiştir ancak zaman ve bir takım teknik kaynaklar konusundaki sınırlılıklar nedeniyle çalışmaya 140 kişi katılmıştır.

Tablo 2: 2016-2017 Yıllık ve Aylık Cinsiyet Durumlarına GADEM’e Müracaat Eden Kişi Sayısı

	Ocak		Şubat		Mart		Nisan		Mayıs		Haziran		Toplam	
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
2016	2	0	8	0	3	1	3	0	10	1	16	0	42	2
2017	32	2	28	6	32	2	22	3	19	2	13	0	146	15

	Temmuz		Ağustos		Eylül		Ekim		Kasım		Aralık		Toplam	
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
2016	10	2	32	1	22	0	29	0	40	4	38	1	171	8
2017	26	4	13	2	21	1	24	3	10	1	0	0	94	10

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı amaçları doğrultusunda bilgi toplamak üzere, araştırmacı tarafından anket (soru kağıdı) hazırlanmıştır. Araştırmaya alkol/madde bağımlısı tanısı almış 18 yaş altı ve üstü ayrımı yapılmadan herkes alınmıştır. 18 yaşın altında katılımcıların bulunacağı çalışmalar için Veli/Vasi Onay formu ve Çocuk Rıza Formu hazırlanmıştır. Seçilen kişilerle birebir görüşme gerçekleştirilmiş, anket uygulaması yoluyla veriler toplanmıştır.

Araştırmada veri toplama sürecinde madde bağımlılarıyla yüz yüze çalışmaya katılmayı kabul edenlerden veri toplanmıştır. Araştırmaya katılanlar ile 30 ila 45 dakika bireysel görüşme yapılarak anket uygulanmıştır.

Araştırmada anket formları kullanılmış ve bu formlar araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırmada kullanılan anket beş (5) ana bölümden ve toplam 70 sorudan oluşmaktadır.

Anketin;

- Birinci bölümü tanıtıcı bilgileri adı altında şu bağımsız değişkenler yer almaktadır: yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve yaşadığı yer.
- İkinci bölümde madde kullanımına ilişkin bilgiler, kullandığı maddeler, ilk defa kaç yaşında madde kullanmaya başladığı, ilk defa hangi maddeyi aldığı, madde kullanım sıklığı, madde kullanımına iten sebepler, daha önce tıbbi tedavi görüp

görmediği, maddeyi bırakma düşünce ve kendisine zarar verme eğilimi olup olmadığı yönünde soruları içermektedir.

- Üçüncü bölümde mesleki bilgiler, bağımlı bireyin çalışıp çalışmadığı, eğer madde kullanıyorsa çalışmasına engel olup olmadığı, aylık kazanç ve maddeye ayırdığı bütçenin ne kadar olduğu gibi sorular yer almaktadır.
- Dördüncü bölümde aile bilgileri, bağımlının kiminle yaşadığı, anne ve baba ile olan ilişkilerinin tanımlanması, ailelerinin kişinin madde kullandığını ilk ne zaman fark ettiğini, ailelerinin madde kullandığını öğrendiğinde tepkisinin ne olduğu, anne ve babanın eğitim durumları ve meslekleri, ailenin geçmişinde daha önce alkol ve madde kullanan kişilerin olup olmadığı ve konut durumu gibi sorular yer almaktadır.
- Son bölüm olan beşinci bölümde ise diğer bilgiler (ilişkiler, beklentiler vb) adı altında, ailen ve arkadaşların dışında olan ve ihtiyacın olduğunda yanında olan bir insanın olup olmadığı, madde kullanmaya başladığında arkadaş ve diğer insanlarla olan ilişkisinin durumu, Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nde (GADEM) nasıl haberdar olduğu ve GADEM'e danıştıktan sonra tıbbi tedaviyi kabul edip etmediği, belediyelerin madde bağımlılığı alanında çalışmalarının değerlendirildiği ve yerel yönetimlerden belediyelerden ne tür destek almak istedikleri ve beklentilerini ve düşüncelerini ifade eden sorulardan oluşmaktadır.

2.4. Veri Toplama Süreci

Ankette sorulan soruların sorulması ve verilerin toplanması etik kurul onayından (bkz. ek 6) ve gerekli idari izinlerden (bkz. Ek 7) sonra toplanmaya başlanmıştır. Büyüköztürk ve arkadaşları (2015), tarama modeli ile tasarlanan bir araştırmada, veri toplama araçlarının kullanılması için beş yolun olduğunu ve bunların: 1) basılı form halinde, 2) telefonla, 3) posta yoluyla, 4) internet üzerinden ve 5) görüşme yoluyla olduğunu ifade etmişlerdir. Hangi yöntem veya yöntemlerin kullanılacağı, araştırmacı tarafından maliyet, süre, uygulama ortamı, yanıt oranı, kodlanma durumu ve aynı anda çok kişiye ulaşabilme gibi kriterler göz önüne alınarak seçilir. Veri toplama sürecinde yaygın gözlem yöntemlerinden hem anket yani sormaca tekniği hem de görüşme mülakat tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmada anket çalışmasının yanında görüşme

yapılarak veri toplanmasının asıl amacı araştırmacıya görüşme yapılan kişiye esneklik ve derinlik sağlayan bir görüşme tekniğidir.

Veri toplanmaya 01.06.2017 tarihinde Bursa Büyükşehir Belediyesi Gençlik ve Aile Destek Merkezi'nde başlanılmış ve 15.11.2017 tarihinde yine aynı merkezde sonlandırılmıştır.

2.5.Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi

Verilerin işlenmesi ve çözümlemesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar yazılımından yararlanılmıştır. Veri analizlerinde iki değişken, kategorik değişkenler, arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını belirlemek için Kikare (Chi-square) testi kullanılmıştır. Bunun yanında yüzde ve frekanslar verilerek betimsel (tanımlayıcı) analizlere yer verilerek yorumlanmıştır. Bazı değişkenlerin yüzde ve frekansları belirtilirken sınıflama ve regresyon ağacı metodu kullanılmıştır.

Veriler tablolar haline dönüştürülüp istatistiksel analizler yapıldıktan sonra bulgular yorumlanarak sonuca ulaşılmıştır. Anketlerdeki sorulara verilen cevaplar, tek tek ve ayrıntılı bir biçimde okunup incelenmiş, anketlerden toplanan ham veriler SPSS 20 programı ile analiz edilerek ve bulgular çizelgeler halinde gösterilip yorumlanmıştır.

2.6. Araştırmada Süre ve Olanaklar

Araştırma Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından araştırmacıya tanınan süre içerisinde yani dört akademik dönemde bitirilmiştir.

Araştırmada insan gücü olarak, çalışmanın önerisinin hazırlanması ve ilgili mercilere sunulması; çalışmanın kuramsal, yöntem, bulgular ve sonuç bölümleri; yorumlanması ve raporlaştırılması süreçlerinde eğitim danışmanı ile koordineli bir şekilde çalışılmıştır.

Bunun yanında araştırma Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği tarafından Bilimsel Çalışmaları Destekleme kapsamında desteklenmektedir.

3. BÖLÜM

3. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda ve araştırmanın uygulama aşaması sonunda elde edilen verilerin istatistiksel çözümlmeleri sonucunda elde edilen çeşitli bilgilere ilişkin bulgular ve değerlendirmeler yer almaktadır.

Bulgular kısmında öncelikle örneklem kümesinin genel yapısını tanıtıcı sıklık, frekans yüzde dağılımlarına, kıkare testlerine sınıflama ve regresyon ağacına yer verilmiştir. Elde edilen bulgular; araştırmanın amaçları ve bu amaçların sunuluş sırasına göre yorumlanmış ve değerlendirilmiştir.

3.1.Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan 140 madde kullanıcısının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve ikamet ettiği yer değişkenlerini içermektedir.

Çizelge 1 : Madde Kullanıcılarının Cinsiyet Dağılımı Durumu

Cinsiyet	S	%
Kadın	13	9.3
Erkek	127	90.7
Toplam	140	100.0

Yapılan betimsel analiz sonucu, cinsiyet durumlarına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %9.3'ünü kadınlar (13 kişi), %90.7'ini erkekler (127 kişi) oluşturmaktadır.

Gençlik ve Aile Destek Merkezi'ne erkek ağırlıklı bir grup danışmakta ve hizmet aldığı söylenebilir. 2009 senesinde, Gaziantep ilinde gerçekleştirilen sero-davranış araştırmasında (Altan ve EMCDDA 2009), damar içi afyon ve türevi madde kullanıcıları ile mülakat yapılmıştır. 168 kişi ile gerçekleştirilen mülakatlarda; katılımcıların %97'si erkek, %3'ü kadın olmuştur (Tubim, 2012). Buna benzer bir

istatistiki veri ise; 2015 senesinde yataklı tedavi gören ve haklarında belge doldurulan hasta sayısı 10.884, ayaktan tedavi gören hasta sayısı ise 181.662 kişi olmasına rağmen tedavi gören kişilerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında %4.92'si (535 kişi) kadın, %95.08'i (10.349 kişi) ise erkektir. Kadınlarda uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanım probleminin çok az oluşundan mı yoksa müracaatların çok az oluşundan mı ortaya çıktığı bilinmemektedir. İstanbul'da lise gençleri arasından yapılan başka bir araştırmada ise (Ögel ve ark., 2000) yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma sıklığı kızlara %2.2, erkek öğrenciler için ise %4.9 olduğu gözlemlenmiştir. Ancak gözlenen farklı bir durum vardır yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanma sıklığının kız öğrenciler için %9.2, erkek öğrenciler için %8.1 olduğu gözlemlenmiştir.

Cinsiyet farklılıkları, madde kullanımının başlamasını ve devam etmesini etkileyen en önemli etkenlerdendir. Çalışma içerisinde yapılan ki kare testinde ise sentetik maddelerin kullanımı ile cinsiyet arasında oldukça anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir.¹⁴ Gerçekleştirilen araştırmaların çoğunda cinsiyete göre madde kullanım oranları hakkında net istatistikler sunmamasına karşın, erkeklerin daha fazla madde kullandıklarını göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda artık madde kullanımı ve bağımlılığını önleme, tedavi etme ve zararlarını azaltma ile ilgili kadına özel yaklaşım olması gerektiğini savunan bazı araştırmalar bulunmaktadır. Ancak bu durum ülkemiz için geçerli değildir. Çünkü kadının madde kullanımı ve bağımlılığının hangi seviyede olduğunu gösteren istatistikler net olarak mevcut değildir (Kutlu, 2011) . Bunların yanında literatürde kadının madde kullanımı ile ilgili verilerin az olması, bildirim azlığına bağlanmakta ve bildirim azlığının nedeni olarak da damgalanmadan bahsedilmektedir. Kadın madde kullanıcıların damgalandığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir. Çünkü kadın, toplumda ahlaki değerleri koruyan bir nesne olarak görülmektedir. Kadının madde kullanmasının ahlaki değerleri yozlaştıracağı inancı Türk toplumu içinde geçerli bir düşüncedir.

¹⁴ 1. Sentetik Kannaobinoid (Bonzai) Ki Kare testi $P=0.000<0.05$ ($\chi^2(1) = 12.654$, $p = .000$)

2. Sentetik Kannaobinoid (Salvia) Ki Kare testi $P=0.001<0.05$ ($\chi^2(1) = 10.909$ $p = .001$)

Çizelge 2: Madde Kullanıcılarının Yaş Dağılımı

Yaş	S	%
10-17 Yaş Aralığında	13	9.3
18-24 Yaş Aralığında	55	39.3
25-30 Yaş Aralığında	33	23.6
31-40 Yaş Aralığında	31	22.1
41-49 Yaş Aralığında	5	3.6
50 ve Üstü Yaş Aralığında	3	2.1
Toplam	140	100.0

Araştırmanın katılımcıları yaş bağımsız değişkeni açısından incelendiğinde, katılımcıların %9.3'ü 10-17 yaş aralığındaki kişiler (13 kişi), %39.3'ü 18-24 yaş aralığındaki kişiler (55 kişi), %23.6'sı 25-30 yaş aralığındaki kişiler (33 kişi), %22.1'i 31-40 yaş aralığındaki kişiler (31 kişi), %3.6'sı 41-49 yaş aralığındaki kişiler (5 kişi) ve %2.1'i 50 ve üstü yaştaki kişilerdir (3 kişi).

Modern ergenlik psikolojinin babası olarak anılan G.Stanley Hall ergenliği fırtına ve stres zamanı olarak betimlemektedir (Gander ve Gardiner'ten aktaran Onur, 2007, s. 438). İnsan gelişimi konusunda günümüzde en çok kabul gören psikoloji kuramı Erik H. Erikson tarafından ortaya koyulan ve 8 aşamadan oluşan kuramına göre kimlik duygusuna karşılık rol karışıklığı ergenlik çağlarına denk gelmektedir. Özellikle ergenlik döneminin 12-18 yaş aralığında asıl çocuklu sona ermiştir (Hökelekli, 2013). Bu fırtınalı dönemde büyüyen ve gelişen ergenler içlerinde meydana gelen değişimlerle yüz yüze kalmaktadırlar. En önemli sorun kendilerini nasıl hissettikleri ve başkalarının gözünde ne olduklarıdır. Diğer bir sorunda kendilerinin başkalarına iyi görünmeyebileceği ya da onların beklentilerini boşa çıkarabileceği düşüncesi gençleri tasalandırmaktadır. Böyle olunca toplumsal dünyadaki yerleri hakkında endişelenmeye başladıkları bir süreçtir. Sayısız seçim imkanlarının arasında yanlış seçim yaptıkları bir dönemde olabilmektedir.

Birey bu dönem kendisini sorgulamaya ve kendi sorularına cevap olarak özdeşleşme ve taklit mekanizmalarına bürünerek cevaplamaya çalışmaktadır (Gürses ve Kılavuz,

2011). Madde kullanıcılarının ergenlik dönemlerine göre incelendiğinde *erken ergenlik* döneminde 3 kişinin olduğu görülmüştür. 12-14 yaşları kapsayan bu dönem, davranış ve fiziksel değişikliklerin hızlı gelişim gösterdiği bir dönemdir. Jean Piaget'in savunduğu bilişsel gelişim kuramına göre, soyut işlemler dönemi on bir yaşından sonra başlar ve ergenler soyut düşüncenin gelişmesiyle birlikte politika, din, siyaset, felsefe, ölüm gibi kavramlar üzerinde daha fazla düşünmeye başlarlar. Ergenin yabancılaşmasına neden olan erken ergenlik dönemi; arkadaşlarını, ailesini ve yaşam biçimini reddetme dönemi olarak görülmüştür. Aslında bu dönemde en belirgin özellik biyolojik değişikliklerin oluşturduğu baskıya karşı gencin uyum ve başetme çabalarıdır. Bu dönemde bilişsel gelişimde önemli değişiklikler olur ve yakın arkadaşlıklar önem kazanır. *Orta ergenlik* döneminde ise 7 kişi olduğu tespit edilmiştir. 15-18 yaşları arasındaki dönemi içine alan bu dönemin en belirgin özelliği bağımsızlık ve kişiliğin oluşmasıdır. Bu dönemde çoğunlukla kendisini akranlarının gözlerinden gören ergen, görünüş davranış ve giyim tarzlarının akranları tarafından onaylanmaması benlik saygılarında düşmeye neden olabilir. *Geç ergenlik* döneminde ise 3 kişi olduğu tespit edilmiştir. Bu dönem 18 yaş civarında başlayıp kimlik duygusunun bütünleşmesiyle sona eren geç ergenlik döneminde yaşı üst sınırı; ekonomik, kültürel ve eğitsel faktörlerle kısmen değişebilir (Yüksel, 2016).

2016 S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü istatistiki bilgileri incelendiğinde tedavi olan bağımlı bireylerin 20-29 yaş grubu aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. Araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir. 20-29 yaş grubundaki bağımlı hastaların toplam hastalara oranı %57.14'tür. GADEM'e başvuran hastaların 18-24 ve 25-30 yaş grupları aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu yaş gruplarındaki hastaların toplam hastalara oranı %62.9'dur (88 kişi). TÜİK¹⁵ Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuklar geliş nedenine göre bakıldığında madde kullanım durumu 2016 yılında toplamda 525 çocuk (446 erkek, 79 kadın) olduğu görülmüştür (TÜİK , 2017). Madde kullanım durumu bir önceki yıllara karşılaştırıldığında toplamda 213 çocuk (163 erkek, 50 kadın) olduğu görülmüştür. 2015 yılında 213 kişi olan sayı 2016 yılında 525 kişi olduğu görülmektedir. Artış oranına ise baktığımızda %123.2 lik bir artış gerçekleşmiştir. Madde kullanımı çocuklar arasında oldukça hızlı yayıldığını açıkça söyleyebiliriz. Elde edilen veriler güvenlik birimlerince tespit edilenler olduğu göz

¹⁵ Bursa ili için ise Grafik 15 'e bakınız.

önüne alınınca, kayıtsız olanlarında işin içine dahil edildiğinde acı manzara göz önüne çıkacaktır. Sonuç olarak suça sürüklenmiş çocuklar ya da sürüklenmekte olanlar ve ailelerinin içinde bulunduğu koşullara karşı sosyal hizmet müdahalesi ile çocuk ve ailelerinin güçlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır (Danış ve Şahbikan, 2014). Çocukların içinde bulunduğu sistemin her düzeyinde sosyal hizmet müdahalesi bu durumda gerekli ve zorunludur.

Çizelge 3: Madde Kullanıcılarının Medeni Durumu

Medeni Durum	S	%
Evli	29	20.7
Bekâr	97	69.3
Boşanmış	13	9.3
Evli eşinden ayrı yaşıyor	1	0.7
Toplam	140	100.0

Katılımcıların %20,7'sini evli olanlar (29 kişi), %69.3'ünü ise bekâr olanlar (97) kişi, %9.3'ünü boşanmış olanlar (13 kişi) ve %0.7'sini evli ama eşinden ayrı olanlar (1 kişi) oluşturmaktadır. İstatistiksel amaçlardan dolayı, ikinci evlilik yapmış olanlar 'Evli' kategorisinde değerlendirilmiş; dul, boşanmış ve eşi ölmüş olanlar ise 'Bekar' kategorisinde değerlendirilmemiştir.

Madde kullanıcılarının %69.3'ünü hiç evlenmemiş şahıslar oluşturmaktadır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) istatistiklerine göre, 2011 senesinde ülkemizde 15 yaş ve üstündeki yaş grubunda hayatında hiç evlenmemiş olan bireylerin oranı %27,44'dür. Dolaylı olarak nüfusun çoğunlukla medeni durumunun evli olmasına karşın (%64,13) madde kullanan bireylerin çoğunlukla hiç evlenmemiş olan bireylerden meydana gelmesi, madde kullanımının evlilere kıyasla bekârlar arasında daha yaygın olduğu biçiminde yorumlanmaktadır (Tubim, 2012). Bu duruma farklı bir bakış açısı ile bakmak gerekirse ortalama ilk evlenme yaşı, 2016 yılında erkekler için 27,1, kadınlar için 24 olduğu (TÜİK , 2017) göz önüne alındığında madde kullanan bireylerin bekar olması anormal bir durum olarak açıklanmamalıdır. Ülkemizde madde kullanım sıklığı özellikle 17-29 yaş aralıklarında yoğunlaşmış olup, istatistiklere bakıldığında ise

kullanıcılar arasında bekarlar çok olduğu gözlemlenmektedir. Ancak evli olupta madde kullanan kişilerin sayısı da (Çizelge 3) azımsanmayacak kadar olduğu düşünülmektedir. Boşanma bazı durumlarda madde kullanımı için sonuç iken bazı durumlarda sebep olduğu görülmektedir. Ancak bununla ilgili alanda “*alkol veya madde bağımlılığı ve sonrasında eşlerin maruz kaldığı fiziksel ve psikolojik şiddet ile hakaret, eşi küçük düşürme, aşağılama gibi davranışlar evlilik birliğini temelinden sarsan olaylar olarak kabul edildiğinden*” (Yılmaz, 2017) hâkimler madde bağımlılığı nedeniyle boşanma davası açacak kişileri haklı bularak boşanmaya hükmedebilmektedirler.

Çizelge 4: Madde Kullanıcılarının Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	S	%
Sadece Okur Yazar	2	1.4
İlkokul	26	18.6
Ortaokul	70	50.0
Lise	37	26.4
Üniversite	5	3.6
Toplam	140	100.0

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; %1.4’ünün (2 kişi) sadece okur yazar olduğu, %18.6’sının (26 kişi) ilkokul, %50’sinin (70) ortaokul, %26.4’ünün (37 kişi) lise ve %3.6’sının (5 kişi) mezunu olduğu görülmektedir. Ancak ortaya çıkan durum, madde kullanan bireylerin düşük eğitim düzeyine sahip bireyler arasında fazla olduğu biçiminde asla değerlendirilmemelidir. Öğrenim durumuyla uyuşturucu madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı söylenmelidir. Zira TUBİM tarafından 2011 senesinde gerçekleştirilen Genel Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığı araştırması sonuçlarına göre de, eğitim düzeyi ile madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağ olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumu daha önce yapılan bir araştırmanın¹⁶ sonuçlarıyla benzer olduğu söylenebilir.

¹⁶ “Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması”. TÜİK tarafından belirlenen 25 ilde yüz yüze görüşme metoduyla gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmada 8045 kişiye ulaşılmıştır.

Çizelge 5: Madde Kullanıcılarının Cinsiyet ve Eğitim Durumu Çapraz Tablo

		Eğitim Durumu					Toplam
		Okur Yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	
Cinsiyet	Kadın	1	4	5	3	0	13
	Erkek	1	22	65	34	5	127
Toplam		2	26	70	37	5	140

Katılımcılar, öğrenim durumlarına göre cinsiyet temelinde değerlendirildiğinde, katılımcıların %1.4'ünü sadece okuryazar olanlar (1 erkek, 1 kadın), %18.6'sını ilköğretim mezunları (22 erkek, 4 kadın), %50'sini ortaokul mezunları olanlar (65 erkek, 5 kadın), %26.4'ünü lise mezunu olanlar (34 erkek, 3 kadın) ve %3.6'sını üniversite mezunu olanlar (5 erkek, 0 kadın) oluşturmaktadır. Madde kullanımı hem erkek hem de kadınlar arasında en yüksek oranı ortaokullular oluşturmaktadır (70 kişi). Ortaokul mezunu olanlar arasında madde kullanımının bu kadar yüksek çıkmasının nedenlerinden biride liseye devam hiç başlamama ya da lisede yaşanan okul terkleri olduğu düşünülmektedir. Sistem dışı kalmak isteyen ergenler kendilerine daha fazla özgür ortam oluşturmak için bu tür eylemlere başvurduğu düşünülmektedir.

“Bu sorunların ele alınmasında, ailenin ve tedavi kurumlarının sorumlulukları olduğu gibi, eğitim kurumlarının da hem çözüm bulma, rehberlik etme, hem de öğrencinin iyi olma halinin sürekliliğinin sağlanması ve korunması açısından önemli rolleri vardır. Bu nedenle okul ortamlarında öğrencilerin aileleri ile işbirliği yaparak, gelişim alanlarını destekleyerek, biyopsikososyal sorunlarının ele alınması ve çözümlenmesinde multidisipliner yaklaşımlar benimsenmektedir. Bu sorunların ele alınmasında okul ortamlarında önemli bir role sahip olan bir disiplin de sosyal hizmet disiplindir.” (Özbesler ve Duyan, 2009, s. 17).

Bağımlılık biyopsikososyal bir sorun olduğu için özellikle eğitim ortamlarında bu sorunlara profesyonel bakış geliştirerek eğitim camiası içerisinde katkı sağlayabilecek role sahip olan meslek sosyal hizmet mesleği ve uygulayıcısı sosyal çalışmacılardır. Bu nedenle okul içerisinde yaşanan ve bireyi sistem dışı etmek isteyen faktörlerle mücadele

için sosyal çalışmacılar/sosyal hizmet uzmanları okul ortamlarında istihdamı artık bir zorunluluktur.

Çizelge 6: Madde Kullanıcılarının İkamet Ettiği İlçelere Göre Dağılımları

İkamet	S	%
Osmangazi	54	38.6
Yıldırım	42	30.0
Nilüfer	17	12.1
Gemlik	2	1.4
İnegöl	3	2.1
Gürsu	7	5.0
Mudanya	8	5.7
Kestel	7	5.0
Toplam	140	100.0

Katılımcılar, ikamet ettikleri ilçelere göre değerlendirildiğinde katılımcıların %38.6'sı Osmangazi ilçesinde (54 kişi), %30.0'u Yıldırım İlçesinde (42 kişi), %12.1 Nilüfer İlçesinde (17 kişi), %1.4'ü Gemlik İlçesinde (2 kişi), %2.1'i İnegöl İlçesinde (3 kişi), %5'i Gürsu İlçesinde (7 kişi), %5.7'si Mudanya İlçesinde (8 kişi) ve %5'i Kestel İlçesinde (7) ikamet etmektedir.

Çizelge 6'da da görüldüğü gibi merkez ilçelerde daha yoğun madde kullanımı söz konusudur. Uyuşturucu maddelerin imal edilmesi, kullanılması, sağlanması ve satılması kalabalık ve plansız yerleşim yerlerinde yoğun olduğu görülmektedir. Osmangazi ve Yıldırım merkez ilçeleri Nilüfer ve diğer ilçelere göre daha fazla madde kullanıcısının olduğu görülmektedir. Mudanya ilçesinin ise merkez ilçe olmamasına rağmen bu kadar yüksek çıkmasının ana nedeni ulaşım güzergâhı üzerinde olduğu için yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Şehirleşme ve kentleşme birçok sosyal soruna neden olmaktadır. Bu sorunlardan birisi de uyuşturucu madde bağımlılığıdır. Ailelerin kontrolü elinde tutamadığı, iş yoğunluğundan ve hayatın karmaşasından faydalanan birey kalabalık şehirlerde bazı olumsuz durumlarla daha çabuk tanışmak zorunda kalmaktadır. Bu durumda gençlerin güvenle takılabileceği sosyal merkezlerin olması ve açılması durumu

desteklenmeli ve “Gençlerle Sokak Sosyal Hizmeti” adı altında özel bir alan oluşturulması önerilmektedir.

Özetle, bu bölümde madde kullanıcılarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve ikamet ettikleri yerler betimlenmiş ve değerlendirilmelerde bulunulmuştur. Madde kullanım durumu erkekler arasında ve 15-29 yaş aralığında yoğunlaştığı söylenebilir. Bunun yanında ortaokul mezunları arasında kullanımın daha çok olduğu yapılan araştırmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Kalabalık ve çarpık kentlerde özellikle büyük merkez ilçeler madde kullanımın ve bağımlı birey sayısının da artış gösterdiği yerler olmuştur.

3.2. Katılımcıların Kullandığı Maddelere İlişkin Bilgiler

Çizelge 7: Katılımcıların Kullandığı Madde Türleri ve Kullanım Durumları

	Sigara (Tütün)		Uçucu Madde		(Bonzai)		Salvia	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	140	100	34	24.3	115	82.1	119	85.0
Yok	0	0	106	75.7	25	17.9	21	15.0
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100
	Esrar		Ecstasy		Eroin		Kokain	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	132	94.3	92	65.7	19	13.6	23	16.4
Yok	8	5.7	48	34.3	121	86.4	117	83.6
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100
	Metamfetamin		Alkol		Yasal İlaç		Çoklu Kullanım	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	107	76.4	66	47.1	33	23.6	36	25.7
Yok	33	23.6	74	52.9	107	76.4	104	74.3
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100

Katılımcıların kullandığı madde türleri ve kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde;

Sigara (tütün),pipo, nargile vb. gibi maddeleri katılımcıların %100'ü (140 kişi) kullanmaktadır. Ögel (2010)'e göre sigara, tütün kullananlarda kullanmayanlara nazaran esrar kullanma riski 8 kat, kokain kullanma riski 22 kat daha yüksektir. Araştırmaya katılan katılımcıların tümü bir üst düzeyde madde kullandıkları için sigara içmeleri anormal bir durum olarak algılanmamıştır.

Uçucu madde (bali, tiner, çakmak gazı v.b.) kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %24.3'ü uçucu madde kullandığı (34 kişi), %75.7'si ise uçucu madde kullanmadığı (106 kişi) görülmektedir. Katılımcılardan elde edilen sonuçlar oldukça yüksek çıktığı söylenebilir. Ülkemizde ortaöğrenimde uçucu madde kullanım sıklığı %5.1 civarında olduğu belirtilmektedir (Boztaş ve Arısoy, 2010).

Sentetik Kannabinoid (Bonzai) maddesi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %82.1'i bonzai maddesini kullandığı (115 kişi), %17.9'u ise bonzai maddesini kullanmadığı (25 kişi) görülmüştür. Türkiye'de ilk yakalama (2011) olayının ardından bugüne dek nerdeyse altmış dokuz (69) kat artışı olduğu tespit edilmiştir. Sentetik türevli uyuşturucu madde kullanımı sadece Bursa ilinde değil ülkemizde de hızlı bir şekilde artış göstermektedir.

Sentetik Kannabinoid (Salvia) maddesi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %85'i salvia maddesini kullandığı (119 kişi), %15'i ise salvia maddesini kullanmadığı (21 kişi) görülmüştür.

Esrar maddesi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %94.3'ü esrar maddesini kullandığı (132 kişi), %5.7'si ise esrar maddesini kullanmadığı (8 kişi) görülmüştür. Ülkemizde meydana gelen esrar vakalarının önemli bir bölümü kullanma amaçlı olup, uyuşturucu madde satın alma/kabul etme bulundurma vakaları şeklinde gerçekleşmiştir. Asıl sebebi ise ülkemizde üretilen esrar ve yine ülke iç pazarında pazarlanıp satılmasıdır. 2015 senesi bir önceki yıla kıyaslandığında ise bir önceki yıla göre %26,16'lık bir azalış olmuştur. Uyuşturucu madde kullanıcı kitlesinin, doğal uyuşturucu niteliği bulunan halüsinojen maddelerden sentetik uyuşturucu niteliği bulunan maddelere geçiş yapması, esrar kullanımını doğrudan etkilemiş ve 2014 yılından itibaren Bursa'da esrar maddesi yakalamalarında azalış görülmüştür. Dünya genelinde en fazla uyuşturucu kullanım suçu esrar bağlantılı olmuştur.

Ecstasy maddesi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %65.7'si ecstasy maddesini kullandığı (92 kişi), %34.3'ü ise ecstasy maddesini kullanmadığı (48 kişi) görülmüştür.

Eroin maddesi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %13.6'sı eroin maddesini kullandığı (19 kişi), %86.4'ü ise eroin maddesini kullanmadığı (121 kişi) görülmüştür. Ancak 2015 senesi yaşanan eroin vaka sayısında 2014 senesine kıyasla %75,1 oranında artış göstermiştir 2015 senesinde ise yakalanan eroin miktarındaki azalışın ana sebebi, afyon üretiminin bir önceki seneye göre %38 azalış göstererek 1990'lı yılların sonlarındaki düzeylere düşmesinden kaynaklı olduğu değerlendirilmektedir (Tubim, 2012).

Kokain maddesi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %16.4'ü kokain maddesini kullandığı (23 kişi), %83.6'sı ise kokain maddesini kullanmadığı (117 kişi) görülmüştür.

Metamfetamin maddesi kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %76.4'ü metamfetamin maddesini kullandığı (107 kişi), %23.6'sı ise metamfetamin maddesini kullanmadığı (33 kişi) görülmüştür. Bursa ilinde son yıllarda özellikle artan metamfetamin kullanımı tehlikeli boyutlara ulaşmıştır. 2015 yılı metamfetaminde yaşanan vaka sayısı, bir önceki seneye oranla 4 kat daha fazla artış göstermiştir. Bu madde dünyada bağımlılık riski ve uyuşturucu kullanımı sonrası oluşan sağlık risk boyutu en yüksek maddelerden biridir. Özellikle hem Bursa hem ülkemiz açısından büyük bir sosyo-ekonomik sorun oluşturabileceği, bunu güvenlik riskinin süreklilik arz ederek izleyebileceği tahmin edilmektedir.

Alkol kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %47.1'i alkol kullandığı (66 kişi), %52.9'u ise alkol kullanmadığı (74 kişi) görülmüştür.

Yasal ilaçları (Diazem, Nervium, Tranxilene, Ativan, Rivotril, Suboxone vb.) kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %23.6'sı yasal ilaçları kullandığı (33 kişi), %76.4'ü ise yasal ilaçları kullanmadığı (107 kişi) görülmüştür. Piyasada bulunan bir takım maddeler ilaç görevi görmektedir olup doktorlar tarafından yazılarak reçete ile eczanelerden temin edilmektedir. Yazılan bu ilaçlar kesinlikle uzman doktor kontrolünde kullanılmalı ve kullanım süresine önem verilmelidir. Eğer doktorun tavsiye

etmediği ve yazmadığı bir ilaç kullanılırsa bağımlılık riski ile karşılaşılabilir. Bundan dolayı daha özenli davranmak ve çok uzun zaman diliminde kullanılmaması gerekir.

Çoklu yasadışı uyuşturucu madde kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %25.7'si çoklu yasadışı uyuşturucu madde kullandığı (36 kişi), %74.3'ü ise çoklu yasadışı uyuşturucu madde kullanmadığı (104 kişi) görülmüştür.

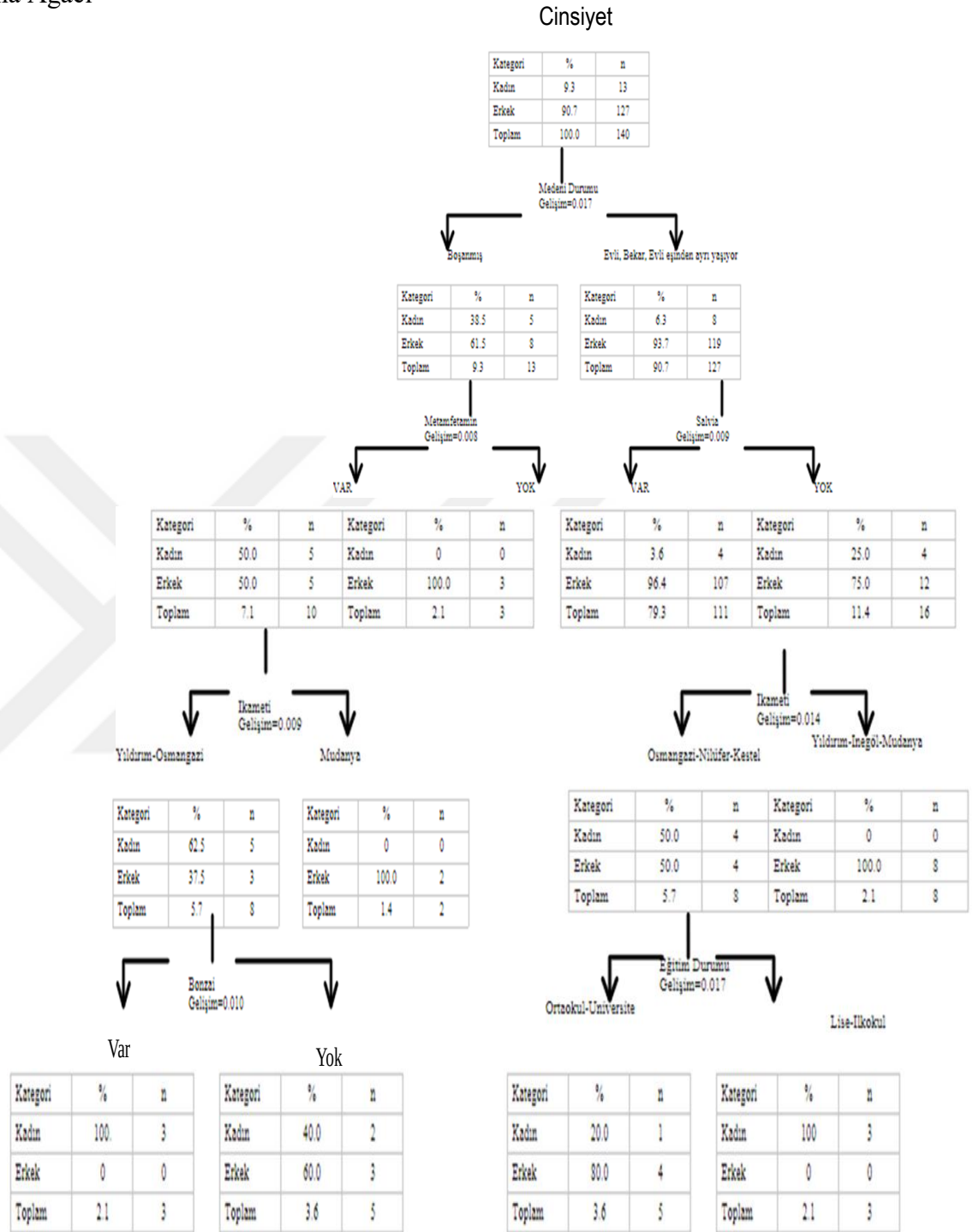
Ögel (1998,s.11) karışık kullanım hakkında şöyle ifade etmektedir.

“Alkol ya da madde kullanan bazı kişiler birden fazla madde kullanabilirler. Ancak genelde kullandıkları maddelerden biri “tercih maddesi”dir. Farklı maddeleri kullanım biçimleri şunlar olabilir:

- *Kişi bir maddeye bağımlıdır, diğer maddeler eğer hazırda varsa onları da kullanıyordur.*
- *Asıl kullandığı maddeyi bulamadığı zaman diğer maddeleri onun yerine kullanıyordur.*
- *Kişi tek bir maddeyi tercih etmektedir, ancak bu maddenin yan etkilerini gidermek için diğer maddeleri kullanmaktadır.*
- *Kullandığı asıl maddenin etkisini artırmak için ek olarak başka maddeler kullanmaktadır.*
- *Günün farklı saatlerinde farklı maddeleri tercih etmektedir.”*

Özetle büyükşehirler aslında Türkiye'nin fotoğrafını (İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa gibi) çok net bir şekilde çekmektedir. Hemen hemen ülke genelinde ne kadar yasa dışı uyuşturucu madde varsa gelişmiş ve büyük illerde de bulmak mümkün hale gelmiştir. Ülkemizin genelini tehdit eden sentetik uyuşturucular maalesef artış göstermektedir. Hedef il Bursa'ya bakıldığında piyasada bulunan çoğu uyuşturucu madde katılımcılar tarafından kullanıldığı söylenebilir. Burada şu da söylenebilir sentetik uyuşturucu madde (bkz. Grafik 13) kullanımında Bursa ilinde artış olduğu gözlemlenmiş bu durumda tehlikeli boyutlara ulaştığı sinyalleri alınmaktadır.

Çizelge 8: Cinsiyet Dağılımı İçin CART Algoritması Tarafından Oluşturulan Sınıflama Ağacı



ve ikamet ettikleri yerler detaylı olarak sınıflandırılmıştır. Elde edilen bu bilgileri daha kapsamlı ve ilişkileri daha belirgin şekilde okunabilir. Örneğin; erkeklerin (%90.7, 127 kişi) toplam boşanmalar içerisinde ki oranı (%61.5, 8 kişi), boşananların içerisinde metamfetamin maddesi kullanan erkeklerin oranı (%50, 5 kişi), erkekler içerisinde boşanmış, metamfetamin kullanıp ta Osmangazi ve Yıldırım ilçesinde ikamet edenlerin sayısı (%37,5, 3 kişi), erkekler içerisinde boşanmış, metamfetamin kullanan Osmangazi ve Yıldırım ilçesinde ikamet edipte bonzai kullananın olmadığı (%0) görülmektedir.

Çizelge 9: Katılımcıların Bağımlılığı Kabul Edip Etmedikleri Durumu

Bağımlılık Düşüncesi	S	%
Evet	95	67.9
Hayır	45	32.1
Toplam	140	100.0

Katılımcıların bağımlı olup olmadıkları (yani bağımlı olduklarını kabul edip etmedikleri) ile ilgili düşüncülerine göre değerlendirildiğinde katılımcıların %67.9'u bağımlı olduğunu kabul ettiği (95 kişi) %32.1'i ise bağımlı olmadığını ileri (45 kişi) sürdüğü görülmüştür. Madde kullanıcısı olan bireyin ben bağımlıyım demesi oldukça önemli bir durumdur. Çünkü tedavi sürecini büyük ölçüde bu düşünce durumu etkilemektedir. Hasta olduğunu kabul etmek ve iyileşesi/düzelmeye için arayışa girmesi olumlu düşünce sürecinden sonra gerçekleşmektedir. Gençlik ve Aile Destek Merkezi'ne danışan katılımcıların yarısında fazlası bu durumu kabul ettiği “ Evet, ben bağımlıyım ve tedavi olmak istiyorum” dediği söylenebilir. Bağımlılık düşüncesi hayır olanlar ise üç aşağıdaki üç aşamadan birinde olduğu bilinmelidir ve asla tedaviden çekinilmemelidir. Kişi ya farkındalık öncesindedir ya farkındadır ya da hazırlık durumundadır. Bireyi eylem aşamasına geçirmek “içmeyi bıraktım” demesini söyletmek için sabretmek ve destekleyici olmak gerekir.

Sosyal hizmet uzmanı ise bu süreçte empatik atmosferi ve işbirliğini, saygı duyan ve ilgilenen bir yaklaşımla göstermek zorundadır. *Sosyal hizmette empati, içeriğin ve hissin yansıtılmasıyla gelişen bir süreçtir* (Tuncay ve İl, 2009,s.39). Bağımlı bireyin

anlatmaya çalıştıklarının ne olduğunu anlamaya çalışmaktır empati. Bu süreç doğuştan gelen bir yetenek değil öğrenilebilecek bir yetenektir. Kişinin bağımlı olduğunu kabul etmesi ve yol alması süreci kolay değildir. Ele alınan sorunun nedenleri değerlendirildikten sonra bu nedenlere ve sorunun birey/grup ya da toplum üzerindeki etkilerine yönelik olarak farklı düzeylerde çalışmalar bir arada yürütülebilmektedir. Sosyal hizmet müdahalelerinde bu çok boyutluluk, sosyal hizmet mesleğini, diğer sağlık mesleklerinden de ayıran önemli bir özelliktir (Polat, 2014). Bunun yanında bağımlılık düşüncesi olumsuz olan ya da hala kendini hazır hissetmeyen birey güçler perspektifi temelinde desteklenmelidir. *“güçler perspektifi problem ve patolojilerden ziyade insanların güçleri ve kaynaklarının sosyal hizmette yardım sürecinin odağı olması gerektiğini savunmaktadır”* (Chapin, 1995; Cowger, 1994; Goldstein, 1990; Weick, vd.; 1989; akt: Şahin, 2002) (Duyan, 2011, s. 22) Sosyal hizmet uzmanı burada bağımlı bireyin olumlu yanlarını görüp desteklemeli ve çok kolay olmayacak değişim için bireyi cesaretlendirmesi gerektirmektedir.

Çizelge 10: Katılımcıların Uyuşturucu Maddeyi İlk Kullandıkları Yaş Durumu

İlk Kullanım	S	%
8,00 Yaş	1	0.7
9,00 Yaş	1	0.7
11,00 Yaş	3	2.1
12,00 Yaş	7	5.0
13,00 Yaş	17	12.1
14,00 Yaş	16	11.4
15,00 Yaş	21	15.0
16,00 Yaş	16	11.4
17,00 Yaş	13	9.3
18,00 Yaş	10	7.1
19,00 Yaş	6	4.3
20,00 Yaş	12	8.6
21,00 Yaş	2	1.4
24,00 Yaş	4	2.9
25,00 Yaş	5	3.6
26,00 Yaş	1	0.7
29,00 Yaş	2	1.4
32,00 Yaş	1	0.7
34,00 Yaş	1	0.7
37,00 Yaş	1	0.7
Toplam	140	100.0

Katılımcıların ilk defa kaç yaşında madde kullanmaya başladıkları durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %0.7’si (1 kişi) ilk defa 8 yaşında iken, %0.7’si (1

kişi) ilk defa 9 yaşında iken, %2.1'i (3 kişi) ilk defa 11 yaşında iken, %5'i (7 kişi) ilk defa 12 yaşında iken, %12.1'i (17 kişi) ilk defa 13 yaşında iken, %11.4'ü (16 kişi) ilk defa 14 yaşında iken, %15'i (21 kişi) ilk defa 15 yaşında iken, %11.4'ü (16 kişi) ilk defa 16 yaşında iken, %9.3'ü (13 kişi) ilk defa 17 yaşında iken, %7.1'i (10 kişi) ilk defa 18 yaşında iken, %4.3'ü (6 kişi) ilk defa 19 yaşında iken, %8.6'sı (12 kişi) ilk defa 20 yaşında iken, %1.4'ü (2 kişi) ilk defa 21 yaşında iken, %2.9'u (4 kişi) ilk defa 24 yaşında iken, %3.6'sı (5 kişi) ilk defa 25 yaşında iken, %0.7'si (1 kişi) ilk defa 26 yaşında iken, %1.4'ü (2 kişi) ilk defa 29 yaşında iken, %0.7'si (1 kişi) ilk defa 32 yaşında iken, %0.7'si (1 kişi) ilk defa 34 yaşında iken ve %0.7'si (1 kişi) ilk defa 37 yaşında iken madde kullanmaya başladığı görülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması ($\bar{X} = 16.6$) ise 16.6'dır.

Uyuşturucu madde kullanım yaşı oldukça düştüğü söylenebilir. Uyuşturucu madde kullanan bireylerin ilk başlama ya da deneme yaşları incelendiğinde en küçük başlama ya da deneme yaşının 8, en büyük deneme yaşının ise 37 olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında uyuşturucu maddeyi ilk deneme yaşının 13-20 yaşları arasında yoğunlaştığı ve kullanıcıların %79.2'sinin bu yaş grubu aralığında iken uyuşturucu maddeyi ilk kez denediği anlaşılmaktadır. Bu nedenle uyuşturucu madde bağımlılığı önleme alanındaki çalışmalar yürütürken bu yaş grubunun özellikle dikkate alınması gerektiği değerlendirilmektedir. Bunun yanında 20 yaşındaki kullanıcı profilinde de gözle görülür ani bir artışın olduğu görülmektedir. Askerlik dönemine gelen bu yaş grubunun askerde iken ilk kez maddeye başladığı düşünülmektedir. Eldeki işlenmiş verilere baktığımızda Türkiye'de yapılan araştırmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Özellikle 13-16 yaş aralığında olan ergenler orta ergenlik dönemindedirler. Bu yaş grubuna yönelik daha kapsayıcı koruyucu ve önleyici çalışmalar yapılabilir. Bunun yanında daha fazla özgürlük istenilen fırtınalı ve stresli bir dönemden geçen ergenler iyi yönetilmeli ve bu konuda hem okul hem aile dönemin farkında olursa başarılı bir dönem haline dönüşebilir.

Madde bağımlılığı istatistikleri aslında öyle zannedildiği gibi ülkeler arasında çok ciddi farklılıklar söz konusu değildir. Bu konuda benzerlikler çok daha fazla dikkat çektiği söylenebilir. Son otuz yirmi beş otuz yıldır ergenlerin madde kullanım oranlarında gözle

görülür artış olduğu görülmektedir (Bauman ve Phongsavan ,1999; akt: Çifçi ve Uluocak, 2011). Madde kullanımının hem ülkemizde hem AB ülkelerinde 25 yaş altı gruplarda bu kadar yoğun olmasının sebeplerinden birisi “sosyal dışlanma” olduğu ileri sürülmektedir. Sorunun daha da artmasıyla dışlanmanın içerğinde farklılıklar arzettiği belirtilmektedir. Sonuç olarak madde kullanıldığı için dışlanma olmadığı, dışlanıldığı için madde kullanıldığı iddiaları hala gündemdedir ve bence her ikiside doğrudur. Kısaca söylemek gerekirse sosyaş dışlanma (social exclusion) madde kullanmda hem bir neden hem de bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Çizelge 11: İlk Kullanılan (Başlanılan ya da Denenen) Madde Türleri

İlk Kullanılan Madde	S	%
Esrar	111	79.3
Uçucu Maddeler	10	7.1
Ecstasy	6	4.3
Metamfetamin	2	1.4
Salvia	5	3.6
Bonzai	4	2.9
Diğer	2	1.4
Toplam	140	100.0

Katılımcıların ilk kullanılan (başlanılan ya da denenen) madde kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde katılımcıların %79.3’ü (111 kişi) esrar, %7.1’i (10 kişi) uçucu maddeler, %4.3’ü (6 kişi) ecstasy, %1.4’ü (2 kişi) metamfetamin, %3.6’sı (5 kişi) salvia, %2.9’u (4 kişi) bonzai ve %1.4’ü (2 kişi) diğer maddeleri kullandığı görülmüştür. Yapılan başka bir araştırmada ise cinsiyete göre esrar kullanım sıklığına bakıldığında; erkeklerde arasında esrar kullanımının çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ögel, Uguz, Sır ve Tamar, 2003). Madde kullanıcılarının tütün ve alkol haricinde kullandıkları ilk maddenin %79.3 ile esrar maddesi olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanan bireylerin sigara kullandıktan (Bkz. Çizelge 7) sonra madde kullanmaya esrar ile devam ettiği saptanmıştır. Madde bağımlıları arasında yasal olan sigara ve alkol dışında kullandıkları ilk yasal olmayan maddenin esrar olduğu

anlaşılmaktadır (Tubim, 2014). Uyuşturucu madde kullanıcılarının sigara kullanımından sonra yasal olmayan madde kullanmaya esrar ile başladıkları yapılan araştırmalar sonucu tespit edilmiştir. Greydanus ve Patel ise (2005; akt: Çifçi ve Uluocak, 2011) ergenlik döneminde madde kullanımı genellikle maddeyi deneme aşaması ile başlamakta ve bu aşamada kullanılan maddeler genellikle “geçit” “geçiş” maddeleri olmaktadır (sigara, alkol, esrar gibi). 13-18 yaş aralığında ise geçit, geçiş maddeler yerini çoklu madde kullanımına bırakmaktadır.

Madde kullanımında bağımlılık potansiyeli daha düşük maddelerden, bağımlılık potansiyeli daha yüksek olan maddelere geçiş olduğu ileri sürülen bir tezdır. Esrarın bu anlamda bağımlılık potansiyeli yüksek maddelere geçişte bir kapı maddesi olduğu düşünülmektedir (Ögel, Tamar, Evren ve Çakmak, 2000). 2010 yılından sonra kullanılan madde türlerinde ve içeriğinde oldukça fazla farklılıklar söz konusu olmuştur. Hem sağlıkçılar hem hukukçular her gün farklılaşan ve içeriği değiştirilen bu maddelerle uzun süre baş etmek durumunda oldukları ve zorlu bir süreç geçirdiklerini söylemek gerektir. Yasal olarak çoğalan bu maddeler tek tek yasak olmakta çıkarılmaktansa genel bir ad altında “sentetik kannabinoid” olarak yasaklanmıştır. Ancak hala bazı illerimizde (örneğin Bursa) hala zirvedeki yerlerini korudukları söylenebilir.

Çizelge 12: Katılımcıların Madde Kullanım Sıklıkları

Kullanım Sıklığı	S	%
Günde 1 Kere	36	25.7
Günde 2 Kere	9	6.4
Günde 3 Kere Ve Üstü	28	20.0
2-3 Günde Bir	55	39.3
Haftada Bir Kere	8	5.7
Diğer	4	2.9
Toplam	140	100.0

Katılımcıların kullandıkları maddeleri hangi sıklıkta aldıkları durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %25.7’si günde 1 kere madde kullandığı (36 kişi), %6.4’ü günde 2 kere madde kullandığı (9 kişi), %20’si günde 3 kere ve üstü madde

kullandığı (28 kişi), %39.3'ü 2-3 günde bir madde kullandığı (55 kişi), %5.7'si haftada bir kere madde kullandığı (8 kişi) ve %2.9'u diğer sıklık ve aralıklarda madde kullandığı görülmüştür. Katılımcıların büyük çoğunluğu sık sık madde kullandığı söylenebilir.

Cinsiyet ile madde kullanım sıklığı arasında arasındaki bağlantının anlamlı olup olmadığını belirlemek için kıkare testi yapılmıştır. ($P=.027<.05$ ($\chi^2(1) = 12.604$, $p = .027$)) p -değeri $=.05$ 'ten küçük olduğu için madde kullanım sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. O zaman şöyle söylenebilir, madde kullanım sıklığını cinsiyet etkiliyor olabilir.

Çizelge 13: Katılımcıları Madde Kullanmaya İten İlk Sebepler

	Merak		Arkadaş Çevresi		Ailevi Sorunlar	
	S	%	S	%	S	%
Var	85	60.7	106	75.7	28	20.0
Yok	55	39.3	34	24.3	112	80.0
Toplam	140	100	140	100	140	100
	Yaşanılan Travma		Kişisel Sorunlar		Özenti	
	S	%	S	%	S	%
Var	6	4.3	15	10.7	8	5.7
Yok	134	95.7	125	89.3	132	94.3
Toplam	140	100	140	100	140	100

Çizelge 13'e bakıldığında katılımcıları madde kullanmaya iten ilk sebeplere göre değerlendirildiğinde katılımcıların; %60.7'si merak sebebiyle madde kullanmaya başladığı (85 kişi), %75.7'si arkadaş çevresi sebebiyle madde kullanmaya başladığı (106 kişi), %20'si ailevi sorunlar sebebiyle madde kullanmaya başladığı (28 kişi), %4.3'ü yaşanan travmalar sebebiyle madde kullanmaya başladığı (6 kişi), %10.7'si kişisel sorunlar sebebiyle madde kullanmaya başladığı (15 kişi), %5.7'si özenti sebebiyle madde kullanmaya başladığı (8 kişi), görülmüştür.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeye başlama nedenleri arasında merak (%60.7) ve arkadaş çevresi (%75.7) ilk iki sırada gelmektedir. Gerçekleştirilen tarama

araştırmalarında madde kullanımının temel sebebi merak olduğudur. Ancak ileriki aşamalarda ise bağımlılığın gelişmesini açıklayan bir etken olmaktan çıkar. Bunun yanında ailevi sorunlar ve kişisel sorunlarda maddeye başlamanın önemli iki nedeni olarak karşımıza çıktığı söylenebilir. Yukarıda belirtilen nedenlerin tümü tek başına risk faktörü olarak değerlendirilemez. Biyopsikososyal bir hastalık olarak adlandırdığımız bağımlılık çoklu risk faktörünü barındırır. Soruna aile ilişkileri üzerinden örneklendirecek olursak eğer, günümüzde yaşanan hızlı değişimler sonucu aileler bu değişimlere ayak uyduramayabilirler ve aile işlevselliğini kaybetme riskiyle karşılaşmaktadır. Bunun yanında buna bağlı olarak birçok sosyal sorun meydana gelmektedir. Bunlardan biride zayıflayan ve işlevini kaybetmeye yüz tutan ailenin üyelerinden birisinin yasa dışı uyuşturucu madde kullanması yani bağımlılıktır.

Çizelge 14: Madde Kullanmaya Sebep “Arkadaş Çevresi” ile Suç Durumu “Uyuşturucu Kullanımı” Arasındaki Çapraz Tablo

		Suç Durumu Uyuşturucu Kullanımı		Toplam
		var	yok	
Madde Kullanıma İten İlk Sebep Arkadaş Çevresi	Değer	30	76	106
	Beklenen Değer	32,6	73,4	106,0
	Var			
	% mk iten ilk sebep ark çevresi herhangi bir seviyesi içerisinde	28,3%	71,7%	100,0%
	Değer	13	21	34
	Beklenen Değer	10,4	23,6	34,0
	Yok			
	% mk iten ilk sebep ark çevresi herhangi bir seviyesi içerisinde	38,2%	61,8%	100,0%
Toplam	Değer	43	97	140
	Beklenen Değer	43,0	97,0	140,0
	% mk iten ilk sebep ark çevresi herhangi bir seviyesi içerisinde	30,7%	69,3%	100,0%

$p=.275>.05$ ($\chi^2(1) = 1.194$, $p = .275$)

Çizelge 14’te görüldüğü gibi, madde kullanmaya sebep olan arkadaş çevresi ile suç durumu uyuşturucu kullanımı arasındaki bağlantısı için Ki-kare testi yapılmıştır. Madde kullanmaya sebep olan arkadaş çevresi ile suç durumu uyuşturucu kullanımı ile bulaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı gözlenmemiştir. Madde

kullanmaya iten ilk sebep olarak arkadaş çevresi %28.32'sinde uyuşturucu kullanımı varken, %30.20'sinde uyuşturucu kullanımı olmadığı söylenebilir. Yani uyuşturucu kullanma suçuna arkadaş çevresinin etkisi olduğu söylenemez.

Çizelge 15: Madde Kullanıldığı Sürece Eğitim Durumunda Yaşanan Sorunlar

	Ders Başarısı Ani Değ.		Notlarda Düşüş		Devamsızlık	
	S	%	S	%	S	%
Var	62	44.3	63	45.0	73	52.1
Yok	78	55.7	77	55.0	67	47.9
Toplam	140	100	140	100	140	100

	Okul Değiştirme		Okul Terk		Eğitimden Sonra Başlama	
	S	%	S	%	S	%
Var	10	7.1	56	40.0	38	27.1
Yok	130	92.9	84	60	102	72.9
Toplam	140	100	140	100	140	100

Katılımcıların madde kullanmaya devam ettiğinde eğitim durumlarında ne tür değişiklikler ya da sorunlar olduğuna bakıldığında; %44.3'ü ders durumunda ani değişme olduğu (62 kişi), %45'i ders notlarında düşüş olduğu (63 kişi), %52.1'i devamsızlık yaptığı (73 kişi), %7.1'i okul değiştirttiği (10 kişi), %40'ı okulu terk ettiği (56 kişi), %27.1'i eğitimden sonra madde kullanmaya başladığı (38 kişi), görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanan bireyin eğitim durumunun oldukça fazla olumsuz etkilendiği söylenebilir. İlk etapta derslerdeki başarısızlık göze çarparken sonraki süreçte okul terklerine kadar varan sonuçları olabilmektedir. Katılımcıların %72.9'u ise eğitim ve öğretim sürecinde iken madde kullanmaya başladığı (102 kişi) görülmüştür. Bu dönem ergenlik çağlarıdır. Ergenlik süreci “gence bir şey anlatamadığımız için anlatma çabasının yoğun olarak sürdürüldüğü bir dönem” olarak tanılanmaktadır. Açıkçası bu dönemde ergenler riskli davranışları denemeye ve bunların olumsuz sonuçlarına maruz kalmaya çok daha fazla açık oldukları bir dönemdir. Görülen en belirgin değişim ise aile ile beraber geçirdiği zamanın azalması ve bu zamanın arkadaşlara adanmasıdır. Bu dönemde sadakat duygusu çok yükündür hatalı bile olsa

sonuna kadar savunduğu dönemlerdir. Bu dönemler arkadaş ortamına bağlı olarak okuldan kaçmaların yaşandığı riskli dönemlerdir. Bunun yanında eğer okul başarısı da düşük ise büyük risk altında olduğu da unutulmamalıdır. Bu dönemde okul terk oranlarının yükselmesinin önüne geçmek için okul sosyal hizmetinin aktif olarak çalışması ile olacaktır.

Özkan ve Selcik, (2016, s.1275) okul sosyal hizmeti ile ilgili önemli görüşlerine yer gerekir.

“Okul erken terki ise eğitimin ilgilendiği en önemli sorunlardan birisidir. Okul erken terkinin azaltılması, sorunla baş etme ve yeni çözüm önerileri sunma konularında birçok tartışma ve yaklaşım mevcuttur. Dahası, okul erken terki oranlarını azaltmak için hükümetler tarafından ulusal sorumluluklar da üstlenilmiştir. Ancak tüm bu çabalara rağmen, okula kayıt ve mezun olma oranları arasındaki uçurum hala varlığını sürdürmektedir. Literatürde okul erken terkiyle mücadelede sayısız çalışma mevcuttur fakat özellikle okul sosyal hizmet disiplini bağlamında az çalışma yapılmıştır. Türkiye temelli çalışmalar açısından incelendiğinde bu yaklaşımla neredeyse hiçbir çalışma yapılmadığı anlaşılmaktadır.”

Madde kullanıldığında eğitim durumunda yaşanan sorunları en aza indirmek için okul sosyal hizmetinin en acil şekilde hizmete girmesi gerekmektedir.

Çizelge 16: İstemediği Halde (Kayma) Madde Kullanma Durumu

	S	%
Hiçbir Zaman	10	7.1
Nadiren	8	5.7
Bazen	18	12.9
Çoğu Zaman	24	17.1
Neredeyse Her zaman	80	57.1
Toplam	140	100.0

Katılımcıların kendisi istemediği halde madde kullanma istek durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %7.1’i hiçbir zaman (10 kişi), %5.7’si nadiren (8

kişi), %12.9'u bazen (18 kişi), %17.1'i çoğu zaman (24 kişi) ve 57.1'i ise neredeyse her zaman (80 kişi) istemediği halde madde kullandıkları görüşmüştür.

Bağımlılık kronik bir beyin hastalığı olduğu için kullanıcılar maddeyi bırakma sürecinde oldukça dikkatli olmalıdır. Tedavi sürecinde iken bile çoğu madde kullanıcısı tekrar maddeye nasıl başladığını anlayamadığını ifade etmektedir. Yani istemediği halde her nasıl olduysa kendisini tekrar illetin içinde bulmaktadır. İstemediği halde madde kullanma durumu oranları da oldukça yüksek çıktığı görülmektedir. Tedavi öncesi ve sonrası düşünce tuzakları, arkadaş çevresi durumları göz önüne alınmalı dikkat edilmeli ve aile desteği olmalı ve yalnız kalınmaktan kaçınılmalıdır. İstemediği halde madde kullanım durumunda oranların bu kadar yüksek çıkması bir yandan da sosyal rehabilitasyonla beraber tıbbi tedavide zorunluluktur.

Çizelge 17: Madde Kullanıcılarının Klinik/Tıbbi Tedavi Görme Durumları

Klinik/Tıbbi Tedavi Görme Durumları	S	%
Evet	87	62.1
Hayır	53	37.9
Toplam	140	100.0

Katılımcıların herhangi bir sağlık kuruluşunda daha önce tıbbi/klinik tedavi görme durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde katılımcıların %62.1'i daha önce tıbbi/klinik tedavi gördüğünü (87 kişi), %37.9'u ise daha önce tıbbi/klinik tedavi görmediği (53 kişi) görülmüştür. Daha önce tedavi görenlerin durumunun bu kadar yüksek çıkmasının nedeni AMATEM ve ÇEMATEM tarafından GADEM'e yönlendirmeleri olduğu tahmin edilmektedir. Bunun yanında esrar kullanan bireylerin diğer madde kullanıcılarıyla kıyaslandığında tedavi olma arzularının çok düşük olduğu hemen hemen yarısının (%47.5) tedavi olmak istemediği bilinmektedir. Hastanede tedavi olduktan sonra tekrar maddeye başlama oranları yüksek olduğu söylenebilir.

Tubim (2014) yılı verilerine göre uyuşturucu madde kullanıcılarının %51.70'nin tedavi olmak istediği, %44.50'sinin tedavi olmak istemediği belirtilmektedir. Uyuşturucu

madde kullanıcılarının tedavi talepleri değerlendirildiğinde esrar kullanıcılarının diğer madde kullanıcılarına göre tedavi olma istekliliğinin daha düşük olduğu, %47.50'sinin tedavi olmak istemediği tespit edilmiştir. Ancak eroin kullanıcılarının esrar kullanıcılarına göre tedaviye daha istekli oldukları (%67.17) gözlemlenmiştir. Esrar kullanıcılarının tedaviye isteksiz olmaları ya da yanaşmamaları esrarın zararsız olduğuna olan yanlış inançları olduğu değerlendirilmektedir. Ülkemizde en çok kullanılan yasadışı uyuşturucu madde esrar olmasına rağmen tedaviye başvuranlar arasında eroin kullanıcıları ilk sırada yer almaktadır.

Madde bağımlılarının tedaviye yanaşmamalarının nedenleri arasında 1) kullanıcıların uyuşturucu maddeyi bırakabileceklerine inanmamaları, 2) uyuşturucu madde kullanmayı bırakmak istememeleri, 3) tedaviye başvurması sonrasında uyuşturucu maddeyi kullandığının bilinecek olması ilk üç sırada geldiği söylenebilir.

Çizelge 18: Katılımcıların Ayaktan ve Yatarak Tedavi Görme Durumları

	Ayaktan Tedavi		Yatarak Tedavi	
	S	%	S	%
Var	81	57.9	39	27.9
Yok	59	42.1	101	72.1
Toplam	140	100	140	100

Katılımcıların herhangi bir sağlık kuruluşunda daha önce ayaktan tıbbi/klinik tedavi görme durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde katılımcıların; %57.9'u daha önce ayaktan tıbbi/klinik tedavi gördüğünü (81 kişi), %27.9'u daha önce yatarak tıbbi/klinik tedavi gördüğünü (39 kişi), görülmüştür.

Katılımcıların büyük çoğunluğu daha önce ya ayaktan ya da yatarak tıbbi tedavi gördüğü söylenebilir. Yatarak tedavi görenlerin hepsi ayaktan tedavi gördüğünü de söyleyebiliriz. AMATEM ve ÇEMATEM sürecinde hastaların belirlenen süreyi tam olarak doldurmadıkları ve 18 yaş üstü bireylerin AMATEM'den erken ayrıldığını söyleyebiliriz. Tam olarak süreyi doldurmadan taburcu olan hastaların tekrar madde

kullanma riski daha çoktur ve genelde öyle de olmaktadır. Tıbbi tedavi süresi tam olarak kullanılmalı ve tedavi sonrası psikososyal destek süreci devam etmelidir.

Çizelge 19: Medeni Durum İle Tıbbi Tedavi Görme Durumu Arasındaki Bağlantı Çapraz Tablo

		Tıbbi Tedavi		Toplam	
		Görme Durumu			
		Evet	Hayır		
Medeni Durum	Evli	Değer	17	12	29
		% medeni durumun herhangi bir seviyesi içerisinde	58,60%	41,40%	100,00%
		% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	19,50%	22,60%	20,70%
	Bekar	Değer	61	36	97
		% medeni durumun herhangi bir seviyesi içerisinde	62,90%	37,10%	100,00%
		% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	70,10%	67,90%	69,30%
	Boşanmış	Değer	9	4	13
		% medeni durumun herhangi bir seviyesi içerisinde	69,20%	30,80%	100,00%
		% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	10,30%	7,50%	9,30%
	Evli Eşinden Ayrı Yaşıyor	Değer	0	1	1
		% medeni durumun herhangi bir seviyesi içerisinde	0,00%	100,00%	100,00%
		% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	0,00%	1,90%	0,70%
Toplam	Değer	87	53	140	
	% medeni durumun herhangi bir seviyesi içerisinde	62,10%	37,90%	100,00%	
	% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	100,00%	100,00%	100,00%	

$p=493 < .05$ ($\chi^2(1) = .493$, $p = 2.403$).

Medeni durum ile tedavi görme durum arasındaki bağlantı için Ki-kare testi yapılmıştır. Medeni durum ile tedavi görme durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmuştur. Cinsiyet dağılımı ile tedavi görme durumları arasında ($p=0.517 > .05$ ((

$\chi^2(1) = .419, p = .517$) ki kare testi yapılmıştır. p-değeri =0,517, 0,05'ten büyük olduğu için tıbbi tedavi görmekle cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 20: Katılımcıların Tıbbi Tedavi Görme Sıklıkları

Tedavi Görme Sıklıkları	S	%
1 kere	36	25.7
2 kere	23	16.4
3 kere	8	5.7
4 ve üzeri kere	26	18.6
Toplam	93	66.4
Yanıtsızlar	47	33.6
Toplam	140	100.0

Katılımcıların herhangi bir sağlık kuruluşunda kaç kere tedavi gördüğü durumuna baktığımızda katılımcıların %25.7'si 1 kere (36 kişi), %16.4'ü 2 kere (23 kişi), %5.7'si 3 kere (8 kişi) ve %18,6'sı 4 ve üzeri kere (26 kişi) bağımlılık tedavisi gördüğü görülmüştür. Araştırmaya katılan katılımcıların %33.6'sı ise (47 kişi) yanıtsız bırakmıştır. Tedavi olduktan sonra tekrar tedavi olmak için gelen kişi sayısı hemen hemen yeni gelen bağımlıların yarısı kadardır. Öyle ki son beş yıl içerisinde tedaviye başvuranların hemen hemen yarısı (%45.92) daha önce tedaviye başvurmuş kişilerden olduğu belirtilmektedir (Tubim, 2014). Açıkça anlaşılmaktadır ki tıbbi tedavi sonrası bireyler tekrar eski ortamlarına geri dönmektedir. Bu ortam onların tekrar madde dönüşünü kolaylaştırmaktadır. Tedavi esnasında tedavi sonrası içinde bir planın olması ve takip sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir. Tıbbi tedaviye tekrar katılan bireylerin ekonomik olarak sisteme zarar verdiğini söylemek pek yanlış olmayacaktır. Tedavi sıklıklarının en aza indirgenmesi esas alınıp tedavi sonrası psikososyal rehabilitasyon merkezi sayıları arttırılmalı ve yerel yönetimler aktif bir şekilde kullanılmalı sürece de dahil edilmelidir.

Çizelge 21: Cinsiyet Dağılımı ile Tıbbi Tedavi Görme Durumu Arasındaki Bağlantı Çapraz Tablo

Cinsiyet Dağılımı * Tıbbi Tedavi Görme Durumu Arasındaki Bağlantı Çapraz Tablo

		Tıbbi Tedavi Görme Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Cinsiyet Dağılımı	Değer	7	6	13
	% cinsiyet dağılımının herhangi bir seviyesi içerisinde	53,80%	46,20%	100,00%
	Kadın			
	% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	8,00%	11,30%	9,30%
	Erkek			
	% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	92,00%	88,70%	90,70%
Toplam	Değer	80	47	127
	% cinsiyet dağılımının herhangi bir seviyesi içerisinde	63,00%	37,00%	100,00%
	% tıbbi tedavi görme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	100,00%	100,00%	100,00%

$p=522>.05$ ($\chi^2(1) = .441$, $p = .522$)

Cinsiyet durumu ile tedavi görme durum arasındaki bağlantı için Ki kare testi yapılmıştır. Cinsiyet durumu ile tedavi görme durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmamıştır. Kadınların tıbbi görme durumları %53.8 iken bu durum erkeklere %63 olarak bulunmuştur. Cinsiyet durumunun tıbbi tedaviyi etkilemediği söylenebilir. Ancak yapılan araştırmalar göstermiştir ki kadınların bağımlılık tedavisi için müracaatların az olduğudur. Bu durumun madde kullanımının kadınlar arasında az oluşundan mı yoksa toplum kültürümüzde kadınların damgalanması söz konusu olacağı için tedaviye başvurmamaları mıdır halen belli değildir.

Çizelge 22: Maddeyi Bırakma Düşüncesi ve Bırakma Girişimi (Deneme) Durumu

	Bırakma Düşüncesi		Bırakma Girişimi (Deneme)	
	S	%	S	%
Var	132	94.3	124	88.6
Yok	8	5.7	16	11.4
Toplam	140	100	140	100

Katılımcıların madde bırakma düşünceleri olup olmadığı durumuna göre değerlendirildiğinde katılımcıların %94.3'ü maddeyi bırakmak istediği (132 kişi), %5.7'si ise maddeyi bırakmak gibi bir düşüncesi olmadığı (8 kişi) görülmüştür. Katılımcıların madde bırakma denemeleri olup olmadığı durumuna göre değerlendirildiğinde katılımcıların %88.6'sı maddeyi bırakmak için denemeleri olduğu (124 kişi), %11.4'ü ise maddeyi bırakmak gibi bir denemeleri olmadığı (16 kişi) görülmüştür.

Çoğu madde bağımlısı birey maddeyi bırakmayı düşündükleri ve bunların önemli kısmı bırakma girişimleri olduğu söylenebilir. Ancak maddeyi bırakmak isteyenlerin tümü bırakma girişiminde bulunmadığı sadece düşünce aşamasında olduğu görülmektedir. Bırakma düşüncesi ve bırakma girişimi iki farklı durumdur. Bırakma düşüncesi olmayan bağımlı girişimde bulunamaz. “madde kullanmayı bir süre sonra bırakacağım” demesi bir düşüncedir ve oldukça da olumludur. “madde kullanmayı bıraktım” demesi ise bir eylemdir ve girişimdir. Bağımlı bireylerde düşünce sürekli olabilir ama her ne olursa tekrar başlansa bile deneme yani girişim sürekli olmalıdır.

Çizelge 23: Katılımcıların Psikiyatrik ve Psikolojik Tedavi Görme Durumu

	S	%
Evet	45	32.1
Hayır	95	67.9
Toplam	140	100.0

Katılımcılar daha önce psikiyatrik ve psikolojik tedavi görme durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %32.1'i psikiyatrik ve psikolojik tedavi gördüğü (45 kişi), %67.9'u ise psikiyatrik ve psikolojik tedavi görmediği (95 kişi) görülmüştür. Madde bağımlılarının birçoğu tedavi sürecinden oldukça fazla çekinmektedir. En önemli sebepler ise sicillerinin bozulması ve durumun başkaları tarafından öğrenilmesinin istenilmemesidir. Bu yüzde AMATEM ve ÇEMATEM'den önce özel psikiyatr ve psikologlardan destek alındığı söylenebilir. Bunun yanında bağımlılık tedavisinde verilen ilaçların kırmızı ve yeşil reçete ile yazılması bazı bağımlıların işinden olur endişesiyle kullanması gereken ilaçları yazdırmadığı ve kullanmadığı bilinmektedir.

Çizelge 24: Katılımcıların Adli Vaka Durumları

Adli Vaka Durumu	S	%
Evet	61	43.6
Hayır	79	56.4
Toplam	140	100.0

Katılımcılar adli vakaları olup olmadığı durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %43.6'sı adli vakası olduğu (61 kişi), %56.4'ünün ise adli vakaları olmadığı (79 kişi) görülmüştür. Madde kullanıcılarının (katılımcıların) çoğunda sabıka kaydı olmadığı saptanmıştır. Saptanan sonuç daha önce suça bulaşmış bireylerde uyuşturucu madde kullanımının çok yaygın olduğu şeklindeki bir ön yargının, inanın doğru olmadığını göstermektedir. Araştırmanın sonuçları daha önce yapılan araştırmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Tubim 2014 yılı raporu incelendiğinde uyuşturucu madde kullanıcılarının %57.73 sabıkasının olmadığı, %42.27'sinin ise sabıkasının olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda madde kullanımı ile suç arasında bir ilişki görülmektedir. İşlenen suçun madde kullanımıyla ilişkili olup olmadığı araştırıldığı zaman, işlenen suçların önemli bir kısmının maddeyle ilişkisiz olduğu saptanmıştır. Ögel ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir araştırmada madde kullananların %0.6'sının en az bir kez ceza evine girdiği saptanmış ve bu oran uçucu kullanıcıları için %23.8, esrar kullanıcıları için %57, eroin

kullanıcıları için %61.4, hap kullanıcıları için %38.6 olduğu belirtilmiştir. . Cezaevine girmelerine neden olan suçların %31,4'ü madde kullanımıyla ilgili olarak bulunduğu da ifade edilmiştir. Kullanılan maddelere göre karşılaştırıldığında eroin kullanıcılarının diğer kullanıcılardan farklı olarak cezaevine girme nedenlerinin daha çok maddeyle ilişkisiz olduğu, diğer gruplar arasında ise anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir.

Çizelge 25: Katılımcıların Denetimli Serbestlik ve Cezaevi Durumları

	Denetimli Serbestlik		Cezaevi	
	S	%	S	%
Var	55	39.3	15	10.7
Yok	85	60.7	125	89.3
Toplam	140	100	140	100

Katılımcılar denetimli serbestlik durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %39.3'ü denetimli serbestlikten yararlandığını (55 kişi), %60.7'si ise denetimli serbestlik dosyasının olmadığı ya da sürecin tamamlandığı (85 kişi) görülmüştür. Katılımcılar cezaevi durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %10.7'si cezaevinde yattığını (15 kişi), %89.3'ü ise cezaevi süreci geçirmediği (125 kişi) görülmüştür.

Çizelge 26: Katılımcıların İşledikleri Suç Gruplarına Göre Dağılımı

	Uyuşturucu Kul.		Hırsızlık		Adam Yaralama-Öldürme		Uyuşturucu Satıcılığı	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	43	30.7	10	7.1	10	7.1	1	0.7
Yok	97	69.3	130	92.9	130	92.9	139	99.3
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100

Katılımcılar işledikleri suç gruplarına göre dağılımı değerlendirildiğinde katılımcıların; %30.7'si uyuşturucu kullanımından dolayı (43 kişi) dosyası olduğu, 7.1'i hırsızlıktan

dolayı (10 kişi) dosyası olduğu, %7.1'i adam yaralama ve öldürmeden dolayı (10 kişi) dosyası olduğu, %0.7'si uyuşturucu satıcılığından dolayı (1 kişi) dosyası olduğu, görülmüştür.

Katılımcılar en önemli kısmı uyuşturucu madde kullanımından dolayı suç işledikleri söylenebilir. Çizelge 26'da da belirtildiği gibi daha önce suça bulaşmış bireylerde uyuşturucu madde kullanımının çok yaygın olduğu şeklindeki bir ön yargının ya da inanın doğru olmadığını göstermektedir.

Çizelge 27: Uyuşturucu Kullanımı İle Suç “Adli Vaka” Arasındaki Bağlantı Çapraz Tablo

		Adli Vaka Durumu			
		Evet	Hayır	Toplam	
Suç Durumu Uyuşturucu Kullanımı	Var	Değer	43	0	43
		Beklenen Değer	18,7	24,3	43,0
		% suç durumu uyuşturucu kullanımının her hangi bir seviyesi içerisinde	100,0%	0,0%	100,0%
	Yok	Değer	18	79	97
		Beklenen Değer	42,3	54,7	97,0
		suç durumu uyuşturucu kullanımının her hangi bir seviyesi içerisinde	18,6%	81,4%	100,0%
	Toplam	Değer	61	79	140
		Beklenen Değer	61,0	79,0	140,0
		suç durumu uyuşturucu kullanımının her hangi bir seviyesi içerisinde	43,6%	56,4%	100,0%

$p=.000<.05$ ($\chi^2(1) = 80.375$, $p = .000$)

Uyuşturucu kullanımı ile adli vaka suç arasındaki bağlantı için Ki-kare testi yapılmıştır. Uyuşturucu kullanımı ile adli vaka suç arasındaki istatistiksel olarak çok yüksek derecede anlamlı bir bağlantı bulunmuştur. Adli vakası olan 43 kişinin tümü uyuşturucu madde kullandığı söylenebilir. Uyuşturucu kullanımı adli vaka sayısını arttırdığı değerlendirilmesi yapılabilir.

Çizelge 28: Katılımcıların Uyuşturucu Maddeyi Kullanım Yeri

	Terk Edilmiş Yerler		Kendi Evi		Arkadaş Evi		Eğlence Mekânları	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	47	33.6	99	70.7	48	34.3	13	9.3
Yok	93	66.4	41	29.3	92	65.7	127	90.7
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100
	Okul		Akraba Evi		İş Yeri		Parklar	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	10	7.1	9	6.4	24	17.1	100	7.1
Yok	130	92.9	131	93.6	116	82.9	40	28.6
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100

Katılımcıların uyuşturucu maddeyi kullandıkları mekânlar/yerler değerlendirildiğinde katılımcıların; %33.6'sı terk edilmiş mekanlarda madde kullandığı (47 kişi), %70.7'si kendi evinde madde kullandığı (99 kişi), %34.3'ü arkadaşlarının evinde madde kullandığı (48 kişi), %9.3'ü eğlence mekânlarında madde kullandığı (13 kişi), %7.1'i okulda madde kullandığı (10 kişi), %6.4'ü akrabalarının/yakınlarının evinde madde kullandığı (9 kişi), %17.1'i iş yerinde madde kullandığı (24 kişi), %71.4'ü parklarda madde kullandığı (100 kişi) görülmüştür.

Uyuşturucu madde kullanan bireylerin maddeyi kullandıkları mekanları incelendiğinde kendi evine yeri ilk sırada yerini aldığı %70.7'sinin bu yerde madde kullandığı anlaşılmaktadır. Tubim 2014 Türkiye uyuşturucu raporuna göre daha önce yapılan araştırmalarda terk edilmiş yerlerin ilk sırada geldiğidir. Ancak terk edilen mekanlarda uyuşturucu madde kullanımının önlenmesi amacıyla bu mekanlardaki denetimlerin artırılması ve bu yerdeki ıslah çalışmalarının belediyeler tarafından yapılması sonucu madde kullanılan yer sıralaması görüldüğü gibi değişmiş olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışma daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla bu yönüyle farklılık arz etmektedir. Daha önceki çalışmalarda tavsiye olarak öneri dikkate alındığı ve tedbirler

alınıp takip edilince sonuç alındığını söylenebilir. Uyuşturucu madde kullanan bireylerin maddeyi kullandıkları mekanlar içerisinde kendi evleri ikinci (%23.81) (Tubim, 2014) sırada iken yaptığımız araştırmada birinci sırada (%70.7) olduğu görülmüştür.

Yapılan başka bir araştırmada ise “ uyuşturucu madde kullanımının aile üstünde etkisi” incelendiğinde 100 bağımlı ve ailesiyle yapılan görüşmeler yapılmış ve madde bağımlıları kullandıkları uyuşturucu maddeyi en çok (%60.2) kendi evlerinde aldıklarını belirtmiştir. Uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanıcılarının arkadaşlarla beraber ve sokakta “ gang” ismiyle tabir edilen çeteler ile birlikte veya “galeri” ismiyle anılan ortak kullanım mekanlarında kullandığı göz önüne alındığında, ülkemizde evde kullanımın yaygın görülmesi, bağımlı yakının ve ailelerinin bu durumu kabullendikleri ve kullanmaları için izin verildiğini göstermektedir (Ögel, 2010).

Bursa’da 2016-2018 yıllarını kapsayan Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Programı doğrultusunda, bağımlılık oluşturan maddelerin sokak düzeyinde bulunabilirliğini ortadan kaldırmak, uyuşturucu maddelerin ilde satışını ve kullanımını engellemek maksadı ile yürütülen çalışmalar kapsamında, uyuşturucu madde satışına ve kullanımına zemin hazırlayan metruk binaların yıkımının gerçekleştirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Bursa merkez ilçelerindeki metruk bina verilerini incelediğimizde; Yıldırım ilçesinde 8 97, Osmangazi ilçesinde 54, Nilüfer ilçesinde ise 27 metruk binanın olduğu, özellikle uyuşturucu olaylarının diğer ilçelere göre daha yoğun yaşandığı Yıldırım ve Osmangazi ilçelerinde uyuşturucunun odağı haline gelen metruk binaların yıkım sürecinin hızlandırılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar neticesince metruk bina yıkımına başlanmış ve Yıldırım’da 10, Osmangazi’de 26 ve Nilüfer’de ise 6 metruk bina yıkılmış ve temizlenmiştir (Bursa Uyuşturucu Raporu 2016).

Çizelge 29: Katılımcıların Maddeyi Sorun Olarak Görme Durumları

	S	%
Evet	123	87.9
Hayır	17	12.1
Toplam	140	100.0

Katılımcıların madde kullandıklarından kendileri için bir sorun olup olmadığı durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %87.9'u madde kullanımının kendileri için sorun olduğunu (123 kişi), %12.1'i de madde kullanmak kendileri için sorun oluşturmadığı (17 kişi) görülmüştür.

Madde kullanmayı sorun olarak görmeyen bireyler “farkındalık öncesi” diye tabir edilen bir evrededir. Bu evrede birey madde kullanmanın getirdiği olumsuz etkilerin farkında değildir. Kullandığı maddelerin zararsız olduğu inancındadır ve içinde olduğu durumdan oldukça memnundur ve değişime oldukça kapalıdır. “ kullandığım şey bana zevk veriyor asla bırakmak istemiyorum” şeklinde söylemler geliştirebilir. Eğer birey kendisi için sorun olduğunu kabul ediyor ama bırakmak istemiyorsa durumu fark etmiş olduğunu söyleyebiliriz. Bağımlı bireyin kendini gördüğü evre, dönem oldukça önemlidir.

Değişim evrelerini (Ögel, Koç ve Aksoy, 2015, s.57) “1. Farkındalık öncesi 2. Farkındalık 3. Hazırlık 4. Eylem 5. Sürdürme 6. Yeniden Başlama” olarak sıralamışlardır. 1 ve 2. Maddeler madde kullanmayı kendisi için sorun olmadığını düşündüğü evrelerdir ve motivasyonu oldukça düşüktür ya da yoktur. Bu aşamada profesyonel meslek elemanlarının motivasyonel görüşme tekniklerini kullanarak 3. Adım olan hazırlık aşamasına getirmesi gerekmektedir.

Çizelge 30: Katılımcıların Madde Kullandıkları Süreçte Yaşadıkları Sorun Durumu

	Okul Terk		İş Kaybı		Boşanma		Yaralanma	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	43	30.7	69	49.3	13	9.3	13	9.3
Yok	97	69.3	71	50.7	127	90.7	127	90.7
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100

	Kaza		Sağlık Sorunu		İş Yeri		Aile İçi Şiddet	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	14	10.0	96	68.6	24	17.1	30	21.4
Yok	126	90.0	44	31.4	116	82.9	110	78.6
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100

Katılımcıların uyuşturucu madde kullandığı için kendileri için bir sorun olup olmadığı durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların; %30.7'si madde kullandığı için okulu terk ettiğini (43 kişi), %49.3'ü madde kullandığı için iş kaybı yaşadığı (69 kişi), %9.3'ü madde kullandığı için boşandığı (13 kişi), Medeni Duruma bakıldığında sadece 29 kişinin evli olduğu, 97 kişinin de bekâr olduğu görülmektedir. %9.3'ü madde kullandığı için yaralandığı (13 kişi), %10'u madde kullandığı için kazaya karıştığı (14 kişi), %68.6'sı madde kullandığı için sağlık sorunu yaşadığı (96 kişi), %21.4'ü madde kullandığı için aile içi şiddet yaptığı (30 kişi), görülmüştür.

Uyuşturucu madde kullanıcıları birçok sorunla karşılaşmaktadır. Katılımcıların yaşadığı en önemli sorun sağlık sorunu (%68.6) olduğu görülmekte olup birinci sıradadır. Bunun yanında madde kullanımdan dolayı ikinci önemli sorun ise iş kaybı (%49.3)'dir. Yukarıda belirtilen tüm sorunlar aslında birbirine bağlı olup birinde yaşanan bir aksaklık diğerini doğrudan/dolaylı etkilemektedir. Uyuşturucu madde kullanıcılarının en önemli sorunu bağımlı olmaları ve bunun farkında olmamaları olduğu söylenebilir.

Çizelge 31: Katılımcıların Kendisine Zarar Verme Durumları

	S	%
Hiç Bir Zaman	69	49.3
1-2 Kez	58	41.4
3 Kereden Fazla	13	9.3
Toplam	140	100.0

Katılımcıların kendisine zarar verme durumları değerlendirildiğinde %49.3'ü hiçbir zaman kendisine zarar vermediği (69 kişi), %41.4'ü 1-2 kez kendisine zarar verdiği (58 kişi) ve %9.3'ü ise 3 kereden fazla kendisine zarar verdiği (13 kişi) görülmüştür.

Yapılan bir araştırmada¹⁷ madde kullanan bireylerin çeyreğinde öz kıyım girişimi olduğu tespit edilmiştir. Bunların %66.6 sı ise kendisini yalnız ve mutsuz olduğunu düşünmekte, %50'si ise hayatı manasız ve can sıkıcı bulunduğunu, yalnızca bunların %50'si kendisini sevdiğini ifade etmiştir.

Öz kıyım riski madde kullanan bireylerde çok daha fazladır. Ülkemizde yapılan bir başka bir araştırmada madde kullanıcılarının öz kıyım girişimi oranı %75.5 olduğu tespit edilmiş, madde kullanmayanlar bireylerde ise bu oran %2 olarak tespit edilmiştir. Öz kıyım girişimi oranı aynı araştırmada 18-24 yaşları aralığında ve 31 yaş ve üstü grupta çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında madde kullanıcılarında kullanmayanlara göre daha yüksek oranda yalnızlık hissi olduğu görülmüştür (Ögel, Tamar, Evren ve Çakmak, 2000). Yapılan çalışmada katılımcılarının %50.7'si kendisine zarar verme (intihar girişimi, faça atmak vb.) eylemleri olduğu görülmüştür.

¹⁷ "Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye'de Çok Merkezli Bir Araştırma Prof.Dr. Kültegin ÖGEL tarafından yapılmıştır."

Çizelge 32: Çoklu Uyuşturucu Madde Kullanımı İle Kendisine Zarar Verme Arasındaki Çapraz Tablo

		Kendisine Zarar Verme Durumu				
		Hiç bir zaman	1-2 kez	3 kereden fazla	Toplam	
Çoklu Madde Kullanımı	var	Değer	14	18	4	36
		Beklenen Değer	17,7	14,9	3,3	36,0
		% çoklu madde kullanımının herhangi bir seviyesi içerisinde	38,9%	50,0%	11,1%	100,0%
		% kendisine zarar verme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	20,3%	31,0%	30,8%	25,7%
		Değer	55	40	9	104
	yok	Beklenen Değer	51,3	43,1	9,7	104,0
		% çoklu madde kullanımının herhangi bir seviyesi içerisinde	52,9%	38,5%	8,7%	100,0%
		% kendisine zarar verme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	79,7%	69,0%	69,2%	74,3%
		Değer	69	58	13	140
		Beklenen Değer	69,0	58,0	13,0	140,0
Toplam	% çoklu madde kullanımının herhangi bir seviyesi içerisinde	49,3%	41,4%	9,3%	100,0%	
	% kendisine zarar verme durumunun herhangi bir seviyesi içerisinde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$$p=.351<.05 (\chi^2(1) = 2.096, p = .351)$$

Çoklu madde kullanımı ile kendisine zarar verme arasındaki bağlantı için Ki-kare testi yapılmıştır. Çoklu madde kullanımı ile kendisine zarar verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmuştur. Çizelge 31'e bakıldığında kendisine zarar verenlerin oranı %50.7 olduğu görülmektedir. Madde kullanıcılarının kendi canına kıyması veya buna benzer girişimlerde bulunması beklenen bir durum olduğu

söylenebilir. Ancak bu durum madde kullanan bireyin diğer hastalık durumları da göz alınarak belli bir kanıya varılabilir ve araştırılmaya, tartışılmaya açıktır.

Çizelge 33: Katılımcının Kullandığı Madde Miktarındaki Artış Durumu

	S	%
Hiç Bir Zaman	6	4.3
Nadiren	4	2.9
Bazen	10	7.1
Çoğu Zaman	48	34.3
Neredeyse Her Zaman	72	51.4
Toplam	140	100.0

Katılımcıların kullandıkları uyuşturucu maddenin zamanla nasıl arttığı durumu göz önüne alınarak değerlendirildiğinde katılımcıların %4.3'ü hiçbir zaman madde kullanımında bir artış olmadığı (6 kişi), %2.9'unun nadiren artış gösterdiği (4 kişi), %7.1'nin bazen madde kullanımında artış olduğu (10 kişi), %34.3'nün çoğu zaman kullandığı miktarın arttığı (48 kişi) ve %51.4'ünün ise neredeyse her zaman kullandığı madde miktarında artış olduğu (72 kişi) görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlası kullandığı madde miktarının arttığı söylenebilir.

Bu bölümde [Çizelge 7'den Çizelge 34] kadar geniş bir alanda değerlendirme ve yorumlamalar yapıldı. Katılımcıların kullandığı madde türlerinin günümüzde değiştiğini organik sayılan uyuşturucu maddelerin yerini sentetik olarak adlandırılan kimyevi maddelerin aldığını ve asıl üzücü durumun ise gün geçtikçe kullanılan madde miktarının artmasına paralel olarak kullanıcı sayısının da artmış olmasıdır. Öte yanda madde kullanıcılarının yaşının oldukça düştüğü ve çocuklar arasında görüldüğü ve gençliği tehdit ettiğini söyleyebiliriz. Bağımlılığa birçok sorunun neden olduğu, bunu tek nedene indirgemek doğru olmayacağı ve hastalığın özüne aykırı olduğu gerçeğiyle hareket etmek gerekmektedir. Bunun yanında ortaokul mezunları arasında madde kullanımının yaygın olduğu ve bunda birçok gerekçesinin olduğu izah edilerek okul sosyal hizmetinin vakit kaybetmeksizin devreye girmesi gerektiği belirtilmiştir. Çok geniş

olarak ele alınan madde kullanıcılarının tedavi görme durumları değerlendirilmiş ve tedavi olmak istemeyenlerin neden bunu istemedikleri açıklanmaya çalışılmıştır. Bağımlılık ve suç durumları arasındaki ilişki olup olmadığı ve suç durumlarına göre dağılımlar yüzdelikler şeklinde ifade edilmiştir. Son olarak katılımcıların madde kullanım sürecinde yaşadıkları sorunlar detaylı izah edilmiş ve değerlendirilmiştir. Yaşam boyunca kendine zarar verme durumları ve uyuşturucu madde kullanımı ile zarar verme davranışı arasındaki ilişkiler test edilerek yorumlanmış ve kullanılan madde miktarındaki artışın nedenleri üzerine durulmuştur.

3.3. Katılımcıların Mesleki, Çalışma ve Ekonomik Durumu

Çizelge 34: Katılımcıların Çalışma Durumu

Çalışma Durumu	S	%
Evet	49	35.0
Hayır	91	65.0
Toplam	140	100.0

Katılımcılar çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %35'i herhangi bir işte çalıştığını (49 kişi), %65'nin ise herhangi bir işte çalışmadığı (91 kişi) görülmüştür. Tubim 2014 yılı verilerine göre bakıldığında ise tam tersi bir durum vardır. Uyuşturucu madde kullanıcılarının iş durumlarına bakıldığında %65.8'nin gelir getiren bir işte çalıştıkları belirtilmiştir.

Çizelge 35: Katılımcıların Son Bir Yılda Yaptığı İş Değişikliği Sıklıkları Durumu

İş Değişikliği Durumu	S	%
1 defa	25	17.9
2 defa	27	19.3
3 defa	16	11.4
3 ve üzeri defa	24	17.1
Hiç (düzenli iş)	37	26.4
Toplam	129	92.1
Yanıtsızlar	11	7.9
Toplam	140	100.0

Katılımcıların son 1 yıl içerisinde kaç defa iş değişikliği yaptıkları durumu değerlendirildiğinde %17.9'u 1 defa (25 kişi), %19.3'ü 2 defa (27 kişi), %11.4'ü 3 defa (16 kişi), %17.1'i 3 defa ve üzeri, %26.4'ü ise hiç iş değiştirmedini düzenli çalıştığını ifade ettiği görülmüştür. Katılımcıların %7.9'u da bu soruya yanıt (11 kişi) vermemiştir. Uyuşturucu madde kullanıcılarının yani katılımcıların %65.7'si son bir yılda en az bir iş değişikliği yaptığı söylenebilir. Elde edilen veriler içerisinde çocuk yetişkin ayrımı yapılmamıştır. Çünkü liseden okulu terk eden bağımlı birey hala çocuktur ve aynı zamanda çalışmaktadır.

Çizelge 36: Katılımcıların Madde Kullanınca Çalışma Durumları

	S	%
Evet	95	67.9
Hayır	45	32.1
Toplam	140	100.0

Katılımcıların madde kullanmak çalışmaya engel mi durumları değerlendirildiğinde %67.9'u evet engeldir (95 kişi), %32.1'i ise hayır (45 kişi) engeldir dediği görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanıcılarının madde kullandıkları zaman çalışmadıkları söylenebilir. Çizelge 36'a bakıldığından sürekli bir iş değişikliği durumu bu durumu kanıtlar niteliktedir. Yani uyuşturucu madde kullanıcıları sabit bir işte devamlı çalışmadıkları söylenebilir. Çizelgede çocuk yetişkin ayrımına gidilmemiştir.

Çizelge 37: Katılımcıların Sosyal Güvenlik Durumları

Sosyal Güvence Durumu	S	%
Var	49	35.0
Yok	91	65.0
Toplam	140	100.0

Katılımcıların sosyal güvenlik durumlarına göre değerlendirildiğinde %35'i sosyal güvenlik sisteminden yararlandığını (49 kişi), %65'i ise sosyal güvenlik sisteminde

olmadığı (91 kişi) görülmüştür. Bu durum çalışma durumları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Çizelge 36 bu durumu destekler niteliktedir. Madde bağımlısı birey toplum tarafından dışlandığından iş bulmakta oldukça zorlandıkları bilinen bir gerçektir. Toplum yapımızda gelen bir korunma davranışı ve refleksidir aslında. Bu durum daha küçükken bizlere aşılarmakta “esrarkeşten uzak dur, sakın onunla arkadaşlık etme” gibi söylemler hala gündemdedir. Sosyal dışlanmada öte sosyal içirme içerecek söylemler geliştirmek faydalı olacaktır. Dolayısıyla sosyal olarak dışlanan bireyler çalışamazlarsa sosyal güvenlik sistemine de dahil edilemezler.

Çizelge 38: Katılımcıların Aylık Gelir Durumları

Aylık Gelir Durumu	S	%
Asgari Ücret Altında	18	12.9
Asgari Ücret	10	7.1
1500-2000 TL Arasında	13	9.3
2001-3000 TL Arasında	12	8.6
3001-ve Üzeri TL	3	2.1
Gelir Yok	84	60.0
Toplam	140	100.0

Katılımcılar aylık gelir durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %12.9’u asgari ücret altında bir ücret aldığı (18 kişi) , %7.1’i asgari ücret aldığı (10 kişi), %9.3’ü asgari ücretin biraz üstünde ücret aldığı (13 kişi), %8.6’sı 2000 TL ila 3000 TL arasında ücret aldığı (12 kişi), %2.1’i 3000 tl ve üzeri gelir elde ettiği (3 kişi) ve %60’nın ise gelirim, kazancım yok dediği (84 kişi) görülmüştür. Katılımcıların çoğu düzenli bir işe sahip olmadığı/olamadığı ya da işveren tarafından iş verilmedikleri söylenebilir. Madde bağımlılarının çoğu geliri olmadığı görülmektedir. Çizelge 38’e bakıldığında sosyal güvenlik durumları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bunun yanında madde kullanan birey bir takım psikolojik sorunlarla da karşılaşmaktadır. Bir işte çok uzun süre çalışmadığından gelir olmadığı sonucuna da varılmıştır. Ailesinin yanında kalan ve hala eğitim gören öğrenciler gelir yok olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 39: Katılımcıların Madde Kullanma Sürecinde Ekonomik Durumları

	S	%
Hiç Zaman	8	5.7
Nadiren	10	7.1
Bazen	11	7.9
Çoğu Zaman	38	27.1
Neredeyse Her Zaman	73	52.1
Toplam	140	100.0

Katılımcılar madde kullandığında ekonomik olarak etkilenme durumları değerlendirildiğinde katılımcıların %52.1'i neredeyse her zaman etkilendiğini (73 kişi), %27.1'i çoğu zaman etkilendiğini (38 kişi), %7.9'u bazen etkilendiğini (11 kişi), %7.1'i nadiren etkilendiğini ve %5.7'si ise hiçbir zaman madde kullandığında ekonomik olarak etkilenmediği görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanıcıların yarısından fazlası ekonomik sıkıntı/problem çektikleri söylenebilir.

Çizelge 40: Katılımcıların Maddeye Harcadığı Para Durumu

	S	%
Kazancın Tümünü	74	52.9
Kazancın Yarısını	25	17.9
Kazancın Üçte Birini	9	6.4
Kazancın Dörtte Birini	17	12.1
Hiç Harcamıyorum	15	10.7
Toplam	140	100.0

Katılımcıların kullandıkları maddeye ne kadar para harcadıkları durumu değerlendirildiğinde %52.9'u kazancın tümünü madde bulmak için harcadığını (74 kişi), %17.9'u kazancın yarısını (25 kişi), %6.4'ü kazancının üçte birini (9 kişi), %12.1'i kazancının dörtte birini (17 kişi) maddeye harcadığı ancak %10.7'si ise kazancından hiç

harcamadığını (15 kişi) görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanıcılarının %90'ı kazandığı parayı madde temin etmek için harcadığı söylenebilir.

Madde kullanıcılarının mesleki, çalışma ve ekonomik durumları değerlendirildiğinde madde bağımlı bireylerin çoğunlukla çalışmadığı ya da çalışmadığı, sosyal güvenlik kayıtlarının olmadığı, aylık getirici bir işte çalışmadıkları çalışanların oranı ise az olduğu gözlemlenmiştir. Bunun yanında madde kullanan bireylerin birçoğunda ekonomik problemler olduğu ve madde çok fazla para harcadığı söylenebilir.

3.4.Katılımcının Ailesiyle ve Çevresiyle İlişki Durumu

Çizelge 41:Katılımcıların Kiminle Yaşadığı Durumu

Kiminle Yaşadığı Durumu	S	%
Anne Babayla Birlikte	81	57.9
Anneyle	15	10.7
Babayla	3	2.1
Eşiyle	16	11.4
Yalnız	16	11.4
Akrabalar İle	6	4.3
Arkadaşlar İle	1	0.7
Diğer	2	1.4
Toplam	140	100.0

Katılımcıların kiminle yaşadığı durumu değerlendirildiğinde %57.9'u anne ve babasıyla yani ailesiyle yaşadığı (81 kişi), %10.7'si annesi ile yaşadığı (15 kişi), %2.1'i babası ile yaşadığı (3 kişi), %11.4'ü eşi ile yaşadığı (yani ailesi) (16 kişi), %11.4'ü yalnız yaşadığı (16 kişi), %4.3'ü akrabaları ile yaşadığı (6 kişi), %0.7'si ise arkadaşları ile yaşadığı (1 kişi) ve %1.4'ü ise bunların dışında başka yerde yaşadığı (2 kişi) görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanıcılarının toplumumuzda halen ailelerinin desteğini aldıkları söylenebilir. Aile yapımız bağımlısını halen koruduğunu ve düzelebileceği olan inancının koruduğunu söyleyebiliriz.

Çizelge 42: Katılımcı Ailelerinin Madde Kullanımını Fark etme Süreleri

	S	%
1-3 Ay Önce	23	16.4
4-6 Ay Önce	18	12.9
7-9 Ay Önce	7	5.0
1-2 Yıl Sonra	27	19.3
3-4 Yıl Sonra	23	16.4
5-6 Yıl Sonra	10	7.1
7 Yıl Ve Üzeri Sonra	31	22.1
Toplam	139	99.3
Yanıtsızlar	1	0.7
Toplam	140	100.0

Katılımcılara ailelerinin madde kullandıklarını ne zaman fark ettikleri durumu değerlendirildiğinde %22.1'i madde kullanmaya başladıktan 7 yıl ve sonra fark ettiklerini (31 kişi), %7.1'i 5-6 yıl sonra fark ettiklerini (10 kişi), %16.4'ü 3-4 yıl sonra fark ettiklerini (23 kişi), %19.3'ü 1-2 yıl sonra fark ettiklerini (27 kişi), %5'i 7-9 ay sonra fark ettiklerini (7 kişi), %12.9'u 4-6 ay sonra fark ettiklerini (18 kişi) ve %16.4'ü 1-3 ay arasında fark ettikleri görülmüştür. Madde kullananlar madde kullandıklarını ailelerinden hep gizlerler. Bağımlılık gizlilikten beslendiği için aileler durumu fark edinceye kadar süreç bir hayli ilerlemiştir. Ortalama ailelerin çocuklarının madde kullandıklarını fark etmeleri 1-2 yılı bulabilmektedir.

Çizelge 43: Katılımcıların Madde Kullanım Sürecinde Aile İlişkileri Durumu

	S	%
Hiçbir zaman	2	1.4
Nadiren	3	2.1
Bazen	9	6.4
Çoğu Zaman	31	22.1
Neredeyse Her Zaman	95	67.9
Toplam	140	100.0

Katılımcılara madde kullanım durumunda aile ile olan ilişkilerine olan olumsuz etkisi değerlendirildiğinde katılımcıların %67.9'u neredeyse her zaman ailesinin olumsuz etkilendiği (95 kişi), %22.1'i çoğu zaman olumsuz etkilendiğini (31 kişi), %6.4'ü bazen olumsuz etkilendiğini (9 kişi), %2.1'i nadiren olumsuz etkilendiğini (3 kişi), %1.4'ü ise hiçbir zaman olumsuz etkilenmediğini görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanıcılarının madde kullandıklarında aile ilişkilerinin iyi olmadığı ve sorunlarla karşılaşıldığı söylenebilir.

Çizelge 44: Katılımcıların Ailelerinin Durumu Fark Ettiğinde Verdiği Tepkiler

	Hayal Kırıklığı		Suçluluk		İnkâr		Ümitsizlik	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	112	80.0	96	68.6	91	65.0	94	67.1
Yok	28	20.0	44	31.4	49	35.0	46	32.9
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100
	Şaşkınlık		Öfke		Utanç		Korku	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	122	87.1	99	70.7	98	70.0	101	72.1
Yok	18	12.9	41	29.3	42	30.0	39	27.9
Toplam	140	100	140	100	140	100	140	100

Katılımcıların madde kullandığını ailelerinin ilk öğrendiklerinde verdikleri tepkiler ve yaşadıkları duygular değerlendirildiğinde ailelerin; %80'i hayal kırıklığı (112 kişi) yaşadığı, %68.6'sı suçluluk duygusu (96 kişi) yaşadığı, %65'ı inkar (91 kişi) ettiği, %67'i ümitsizlik duygusu (94 kişi) yaşadığı, %87.1'i şaşkınlık (122 kişi) yaşadığı, %70.7'si öfke duygusu (99 kişi) yaşadığı, %70'i utanç duygusu (98 kişi) yaşadığı görülmüştür. %72.1'i korku duygusu (101 kişi) yaşadığı görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanıcılarının aileleri üzerinde oldukça fazla etkileri olduğu söylenebilir. Bağımlı yakınları bu süreçte oldukça fazla şeyler düşünür ve yaşar. Uyuşturucu madde kullanıcılarının aileleri düşünce ve yaşadıkları aşağıda belirtildiği gibidir (Ögel, 2005, s.61).

- “*Bunu bize nasıl yapar*” düşüncesi içindedir ve aslında hayal kırıklığı yaşamıştır. Çünkü yakının beklemediği davranışlar gösterdiği için hayal kırıklığı yaşadığı söylenebilir.
- “*Biz nerede hata yaptık da alkol/madde kullandı*” düşüncesi taşımaktadır ve suçluluk yaşamaktadır. Çünkü kendilerinin bir hata yaptığını düşünür ve bu nedenle kendilerini suçlarlar.
- “*O madde kullanacak biri değil, mutlaka bir yanlışlık olmalı – zaten çok az kullanıyor*” düşüncesi hakimdir ve durumu inkâr etmektedir. Çünkü yakınlarının madde kullanmadığına inanır ve onu çok fazla korurlar.
- “*Bunun bir tedavisi olacağını düşünmüyorum.*” Ve “*Daha önce de tedavi olmuştu, ben biliyorum o asla değişmez*” Düşüncesiyle açıkça ümitsizlik düşüncesi hakimdir. Çünkü yakınlarının değişmeyeceğini düşünür, bu nedenle ümitsizliğe kapılabilirler.
- “*Eyvah biz şimdi ne yapacağız*” düşüncesi en çok karşılaşılan bir durumdur. Aileler şaşkınlık ve ne yapacağını bilememektedir. Böyle bir durumla daha önce karşılaşmadıkları için şaşırabilirler.
- “*Ne hali varsa görsün, cezasını çeksin.*” Ailelerde öfke düşüncesi hakimdir ve yakınlarına karşı öfke duyabilirler
- “*Kimseye bu durumu anlatamam, zaten bu nasıl söylenir ki.*” Toplum yapımızın en hassas olduğu konuların birisidir utanç düşüncesi. Çünkü yakınlarının yaptıklarından dolayı utanç duyar ve çevrelerinden saklarlar.

Çizelge 45:Katılımcının İhtiyacı Olduğunda Yakınlarından Destek Alma Durumları

	Sayı (n)	Yüzde (n)
Var	67	47.9
Yok	73	52.1
Toplam	140	100.0

Katılımcılara sevinç ve kederini paylaşabileceği, ihtiyacı olduğunda destek alabileceği birileri var mı durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %47.9’u evet dediği (67 kişi),

%52.1'i ise hayır dediği (73 kişi) görülmüştür. Yasadışı uyuşturucu madde kullanmanın bireyi kendi iç dünyasına ittiği ve yalnızlaştırdığı söylenebilir.

Çizelge 46: Katılımcıların Madde Kullandığı Sürece Arkadaşlık İlişkileri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç Bir zaman kötüleşmedi	4	2.9
Nadiren Kötüleşti	5	3.6
Bazen Kötüleşti	11	7.9
Çoğu Zaman Kötüleşti	39	27.9
Neredeyse Her Zaman Kötüleşti	81	57.9
Toplam	140	100.0

Katılımcılara madde kullanınca arkadaş ve diğer insanlarla olan ilişki durum düzeyleri değerlendirildiğinde katılımcıların %57.9'u neredeyse her zaman ilişkilerin kötüleştiği (81 kişi), %27.9'u çoğu zaman ilişkilerinin kötüye gittiği (39 kişi), %7.9'u bazen ilişkilerinin etkilendiği (11 kişi), %3.6'sı nadiren etkilediği (5 kişi) ve %2.9'u ise hiçbir zaman ilişkilerinin etkilenmediği görülmüştür.

Bu bölümde madde kullanıcılarının aileleri madde kullanan yakınlarını korudukları ve onları sahiplendikleri söylenebilir. Katılımcıların kiminle yaşadığı değerlendirildiğinde yaklaşık %58 oranında anne ve babasıyla yaşadığı ortaya çıkmıştır. Madde kullanan birey madde kullandığı halde ailesiyle beraber yaşamaya devam etmektedir. Ancak tam ve detaylı araştırılması gereken bir konudur. Bunun ailelerin madde kullanım durumlarını farketmeleri oldukça uzun zaman almaktadır. Aslında madde kullanan bireylerin bu konuda değişik tedbirler alması (visine göz damlası kullanmaları gibi) ve durumu profesyonel bir şekilde saklamaları, gizlemeleri bu süreyi daha da uzatmaktadır. Ailelerden ailelere göre değişmekle beraber yaygın olarak en erken 1-2 içinde çocuklarının madde kullandıklarının farkına varmaktadırlar. Bu süre bazen çok daha uzun olabilmektedir. Aileler durumu fark ettiklerinde hayal kırıklığı, öfke, ne yapacağını bilememe, utanç, şaşkınlık, kendini suçlama ve daha birçok duygu içinde

olmaktadır. Madde kullanan birey hem ailesi hem de sosyal çevresiyle artık eskisi gibi ilişkilere girmekte zorlanmak ve uzaklaşmaktadır.

3.5.Katılımcıların Gadem’e Geliş Süreci ve Sonrası

Çizelge 47: Gençlik ve Aile Destek Merkezi’nden Nasıl Haberdar Oldukları Durumu

	S	%
Amatem	18	12.9
Çematem	6	4.3
Tubim Emniyet	8	5.7
Saha Çalışanları Desteği (Exuser)	16	11.4
Danışanların Yönlendirmesi	11	7.9
Basın ve Yayında Çıkan Haberler	37	26.4
Stk, Vakıf ve Dernek Yönlendirmesi	8	5.7
İlçe Koordinatör Yönlendirmesi	5	3.6
Aile ve Akraba Yönlendirmesi	31	22.1
Toplam	140	100.0

Katılımcıların Gadem’den nasıl haberdar oldukları ve bağlantı kurdukları durumları göz önüne alındığında ve değerlendirildiğinde %12.9’u Amatem (18 kişi), %4.3’ü Çematem (6 kişi), %5.7’si Tubim –Emniyet Müdürlüğü (8 kişi), %11.4’ü saha çalışanları desteği (exuser) (16 kişi), %7.9’u daha önce Gadem’de hizmet almış danışanların yönlendirmesi (11 kişi), %26.4’ü basın ve yayında çıkan haberlerden (37 kişi), %5.7’si STK, Vakıf ve dernek yönlendirmesi (8 kişi), %3.6’sı ilçe koordinatör yönlendirmesi (5 kişi) ve %22.1 ise aileler ve yakınları tarafından yönlendirildikleri (31 kişi) görülmüştür. Gadem’e çok farklı kurum ve kuruluşlardan ve farklı kanallardan uyuşturucu madde kullanıcısı destek almak ve maddeyi tamamen bırakmak için danıştığı söylenebilir. Bursa ilinde Gadem’e yapılan yönlendirmelere baktığımızda toplum ve tüm kurumlar nezdinde kabul edilebilir ve danışılabilir saygın bir birim olduğu söylenebilir. AMATEM ve ÇEMATEM gibi önemli sağlık kurumlarının bağımlıların daha iyi bir sürece girmesi için hasta yönlendirmesi ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaları Bursa için önemli bir fırsat olduğu söylenebilir. Öte

yandan basın ve yayınlarda çıkan haberler, duyurular oldukça önemli ve etkili olduğu görülmektedir.

Çizelge 48: Gadem'e Danıştıktan Sonra Klinik/Tıbbi Tedaviyi Kabul Etme Durumları

	S	%
Evet	117	83.6
Hayır	23	16.4
Toplam	140	100.0

Katılımcıların Gademe geldikten sonra tıbbi tedaviyi kabul etme durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde %83.6'sı danışmanlık hizmeti sonrası tıbbi tedaviyi kabul ettiği (117 kişi), %16.4'ü ise tıbbi tedaviyi kabul etmediği ve direnç gösterdiği (23 kişi) görülmüştür. Katılımcılar bir takım sebeplerden (sicil sorunu, aile baskısı, yanlış bilgiler vb) dolayı kesinlikle tıbbi tedaviye karşı çıktıkları olmuştur. Gadem'e danıştıktan sonra danışana tedavi sürecinin işleyişi ve bu süreç boyunca karşılaşması muhtemel sorunlar hakkında bilgilendirmede bulunularak tedavinin sürerliğini sağlamak adına gerekli motivasyon artırıcı telkinlerde bulunularak Gadem'e devam etmesi sağlanmış ve sonraki süreçte tıbbi tedaviye yönlendirilmesi yapılmıştır. Gadem'de yapılan bireysel görüşmelerle (Sosyal hizmet uzmanı, psikolog, sosyolog ve aile danışmanı) danışana motivasyon yüklenerek süreç hakkında endişeler giderilmeye çalışılmıştır.

Çizelge 49: Katılımcıların Yerel Yönetimlerden (Belediyeler) Beklentileri

	Ekonomik		Barınma		Meslek-İş	
	S	%	S	%	S	%
Var	16	11.4	24	17.1	83	59.3
Yok	124	88.6	116	82.9	57	40.7
Toplam	140	100	140	100	140	100
	Eğitim		Boş Zaman Etk.		Psikolojik	
	S	%	S	%	S	%
Var	66	47.1	110	78.6	108	77.1
Yok	74	52.9	30	21.4	32	22.9
Toplam	140	100	140	100	140	100

Katılımcılara yerel yönetimlerden (daha çok belediye) ne tür destek almak isterseniz durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %11.4'ü ekonomik destek istediği (16 kişi), %17.1'i barınma desteği istediği (24 kişi), %59.3'ü meslek veya iş istediği (83 kişi), %47.1'i eğitim desteği istediği (66 kişi), %78.6'sı boş zamanlarını geçirebileceği etkinlikler istediği (110 kişi), %77.1'i psikolojik destek, danışmanlık almak istediği (108 kişi), görülmüştür.

Katılımcıların büyük çoğunluğu ekonomik destek almak istemediği görülmektedir, nedeni ise danışanlar tarafından şöyle belirtilmiştir: ekonomik destek (nakdi vb.) alındığı zaman madde almak için harcanabileceği belirtilmiştir.

Çizelge 50: Katılımcıların Yerel Yönetimlerin-Belediyelerin Bağımlılıkla İlgili Çalışma Yapıp Yapmadıkları Düşünceleri

	S	%
Evet, Yapılmaktadır	64	45.7
Hayır, Yapılmamaktadır	7	5.0
Evet, Yapılmaktadır Ancak Yeterli Değildir.	69	49.3
Toplam	140	100.0

Katılımcıların yerel yönetimlerin (belediyelerin) madde bağımlılarına yönelik çalışma yapıp yapmadıkları durumu değerlendirildiğinde %45.7'si yeterli çalışma yapıldığını (64 kişi), %5'i çalışma yapılmadığını (5 kişi) ve %49.3'ü ise çalışmaların yapıldığını ancak yeterli olmadığı (69 kişi) görülmüştür. Katılımcıların %95.0'i yerel yönetimler (Bursa ili özelinde) tarafından bir takım çalışmalar yapıldığını bilmektedir ya da haberdardır. Ancak yapılan çalışmaların yeterli olduğunu belirtenlerin oranı %45.7'dir (64 kişi). Bunun yanında çalışmaların belediyeler tarafından yapıldığını ancak halen istenilen düzeye ulaşmadığı da çoğunluğu (%49.3) görüşüdür. Son zamanlarda bir çok belediye bu konuda çalışma yapmaktadır. Ancak yeni bir süreç olduğu için bilinirliği ve ulaşılabilirliği istenilen düzeyde değildir. Özellikle Gaziantep Büyükşehir Belediyesi ve Bursa Büyükşehir Belediyesinin çalışmaları diğer belediyelere örnek olabilecek niteliktedir.

Çizelge 51: Madde Bağımlılığında Yaşanan Sorunlar

	Tedavi Merkezlerinin Uzak Olması		İleri Tarihe Randevu Verilmesi		Motivasyon Kaybı	
	S	%	S	%	S	%
Var	23	16.4	29	20.7	124	88.6
Yok	117	83.6	111	79.3	16	11.4
Toplam	140	100	140	100	140	100

	Ailede Davranış Değişikliğine Karşı Direnç		Vakit Geçirecek Mekânların Yetersizliği		Utanç	
	S	%	S	%	S	%
Var	94	67.1	75	53.6	98	70.0
Yok	46	32.9	65	46.4	42	30.0
Toplam	140	100	140	100	140	100

Katılımcıların madde bağımlılığı tedavisinde yaşamış oldukları sorunlara göre değerlendirildiğinde; Tedavi merkezlerinin uzak olması katılımcıların %16.4'ü için sorun olduğu (23 kişi), ileri bir tarihe randevu verilmesi %20.7'si için sorun olduğu (29 kişi), var olan motivasyonlarının hızlı değişmesi ve kaybolması %88.6'sı için sorun olduğu (124 kişi), ailenin değişime karşı dirençli olması %67.1'i için sorun olduğu (94 kişi), vakit geçirecek mekanların yetersizliği ya da olmaması durumu %53.6'sı için sorun olduğu (75 kişi), görülmüştür.

Çizelge 52: Katılımcıların Gadem'e Geldikten Sonra Aile İlişkilerindeki Düzeltme Durumu

	S	%
Hiçbir Zaman Düzeltmedi	9	6.4
Nadiren Düzeldi	11	7.9
Bazen Düzeldi	39	27.9
Çoğu Zaman Düzeldi	58	41.4
Her Zaman Düzeldi	23	16.4
Toplam	140	100.0

Katılımcıların Gadem'e geldikten sonra aile ilişkilerindeki düzeltme durumlarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %6.4'ü hiçbir zaman düzeltme olmadığını (9 kişi), %7.9'u nadiren düzeltme olduğunu (11 kişi), %27.9'u bazen düzeltmelerin olduğunu (39 kişi), %41.4 çoğu zaman düzelttiğini ve %16.4'ü ise her zaman aile ilişkilerinin

düzelmesi (23 kişi) görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanan bir bireye yakın olmak aile için katlanılması zor bir süreç olmakla beraber bağımlılığın bütün olumsuz sonuçlarına da bir manada tahammül etmek demektir. Bağımlılıktan acı, ızdırap çeken aile ya da bağımlı yakını aynı zamanda bağımlısını büyütme ve yetiştirmeye başlar. Öte yandan aile üyelerinden birinin madde kullanmaya başlaması aile içinde ciddi sorunlar yaşanmasına yol açabilir. Bağımlı kişinin ailesinin yaşadığı haneye istenmeyen arkadaşları davet etmesi ve ya onlar ile arkadaşlık kurması aile ve içerisinde devamlı bir çatışma ortamının oluşmasına sebep olabilir. Bağımlının çeşitli nedenlerle aile üyelerine yalan söylemesi ve aile üyelerinin bu duruma inanmaması üzerine saldırgan davranışlar sergilemesi sonucu aile içinde gittikçe derinleşen yaralar açmaktadır. Gadem'e danışan madde bağımlısı bireylerin rehabilitasyonunda aileleri asla süreç dışında bırakılmaksızın en önce sürece dahil edilirler. Aileler sorumluluklarını bilir ve olduğu gibi yerine getirirlerse aile içinde çatışma azalacaktır. Ailelerin çocuk eğitimi ve yetiştirme davranışlarına ilişkin bir takım özelliklerin bireyin bağımlılık tutumunu kazanmasında mühim bir etken olduğuna yönelik yapılmış araştırmalar mevcuttur. Gadem'e danışan madde bağımlısı olan ailelere davranış değişikliği kazandırarak madde kullanan yakınları ile daha iletişim kurdukları söylenebilir.

Çizelge 53: Gadem'de Tıbbi Tedaviyi Kabul Etme ile Gadem'e Müracaat Ettikten Sonra Aile İlişkilerinde Düzelmeye Çapraz Tablo

		Gadem Geldikten Sonra Aile İlişki Durumu					Toplam
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	
Gadem Tıbbi Tedavi Kabul Durumu	Evet	Değer	8	9	33	45	117
		Beklenen Değer	7,5	9,2	32,6	48,5	117,0
		% (A)	6,8%	7,7%	28,2%	38,5%	100,0%
		% (B)	88,9%	81,8%	84,6%	77,6%	83,6%
	Hayır	Değer	1	2	6	13	23
		Beklenen Değer	1,5	1,8	6,4	9,5	23,0
		% (A)	4,3%	8,7%	26,1%	56,5%	100,0%
		% (B)	11,1%	18,2%	15,4%	22,4%	16,4%
Toplam		Değer	9	11	39	58	140
		Beklenen Değer	9,0	11,0	39,0	58,0	140,0
		% (A)	6,4%	7,9%	27,9%	41,4%	100,0%
		% (B)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(A): Gadem Tıbbi Tedavi Kabul Durumunun Herhangi Bir Seviyesi İçerisinde

(B): Gadem Geldikten Sonra Aile İlişki Durumunun Herhangi Bir Seviyesi İçerisinde

$p=.294>.05$ ($\chi^2(1) = 4.931$, $p = .294$)

Gadem’de tıbbi tedaviyi kabul etme durumu ile Gadem’e geldikten sonra aile ilişkilerindeki düzelme bağlantısı için Ki-kare testi yapılmıştır. Gadem’de tıbbi tedaviyi kabul etme durumu ile Gadem’e geldikten sonra aile ilişkilerinde düzelme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmamıştır. Bu durum merkeze danışanların vermiş oldukları cevaplara göredir. Katılımcıların kendi görüşlerini yansıtmaktadır ve zaten bu durum araştırmanın da sınırlılığını oluşturmaktadır.

Çizelge 54: Katılımcıların Gadem’deki Meslek Elemanlarının Yeterliliği Durumunun Değerlendirmesi

	S	%
Kısmen Yeterli	7	5.0
Evet Yeterli	133	95.0
Toplam	140	100.0

Katılımcıların Gadem’deki meslek elemanı yeterliliği hakkındaki sorulan soruya verilen cevapları değerlendirildiğinde katılımcıların %5’i kısmen yeterli (7 kişi), %95’i evet yeterli olduğu (133 kişi) görülmüştür. Gençlik ve Aile Destek Merkezi’nde çalışan mesleki elemanlar yeterli olduğu söylenebilir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde meslek elemanlarının kendileriyle oldukça ilgili oldukları, güler yüzlü, samimi ve güven verici özelliklerinden bahsedilmiştir.

Gençlik ve Aile Destek Merkezine danışanların sayısındaki artışla beraber meslek elemanı ihtiyacı olduğu söylenebilir. Merkeze hem bireysel görüşmelerin hem de aile eğitimlerinin daha sağlıklı devam edebilmesi için sosyal çalışmacı ve psikoloğa ihtiyaç vardır. Merkezde yapılan görüşmelerin yeterli olduğu ve kendilerini iyi ifade ettiklerini belirten katılımcılar dinlenilmeye ihtiyaçları olduklarını da belirttikleri görülmüştür. Aynı zamanda tıbbi tedavi sürecinde hastanelerin oldukça yoğun olduğunu ve bu yüzden hekimle rahat konuşamadıklarını ya da hekimlerin kendilerine karşı ilgisiz olduklarını ifade etmişlerdir. Madde bağımlıları tarafından ifade edilen bu durum araştırılmaya ve teyit edilmeye muhtaçtır.

Çizelge 55: Gadem Meslek Elemanı Yeterliliği ile Tıbbi Tedavi Kabul Etme Durumu Çapraz Tablo

		Gadem Tıbbi Tedavi Kabul Durumu			
			Evet	Hayır	Toplam
Gadem Meslek Elemanı Yeterliliği	Kısmen Yeterli	Değer	6	1	7
		Beklenen Değer	5,9	1,2	7,0
		% (A)	85,7%	14,3%	100,0%
		% (B)	5,1%	4,3%	5,0%
	Evet Yeterli	Değer	111	22	133
		Beklenen Değer	111,2	21,9	133,0
		% (A)	83,5%	16,5%	100,0%
		% (B)	94,9%	95,7%	95,0%
	Toplam	Değer	117	23	140
		Beklenen Değer	117,0	23,0	140,0
		% (A)	83,6%	16,4%	100,0%
		% (B)	100,0%	100,0%	100,0%

(A): Gadem Meslek Elemanı Yeterliliğinin Herhangi Bir Seviyesi İçerisinde

(B): Gadem Tıbbi Tedavi Kabul Durumunun Herhangi Bir Seviyesi İçerisinde

$p=.873>.05$ ($\chi^2(1) = .026$, $p = .873$)

Gadem'deki meslek elemanı yeterliliği ile Gadem'e müracaat ettikten sonra tıbbi tedavi kabul durumu bağlantısı için Ki-kare testi yapılmıştır. Gadem meslek elemanı yeterliliği Gadem'e geldikten sonra tıbbi tedavi kabul durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmamıştır.

Çizelge 56: Katılımcıların Gadem'de Gerçekleştirilen Sosyal Faaliyetler Hakkındaki Görüşleri

	S	%
Hayır, Yeterli Değil	2	1.4
Kısmen Yeterli	31	22.1
Evet Yeterli	90	64.3
Toplam	123	87.9
Yanıtsızlar	17	12.1
Toplam	140	100.0

Katılımcıların Gadem'deki sosyal faaliyetlere ilişkin durumları değerlendirildiğinde %1.4'ü sosyal faaliyetlerin yeterli olmadığını (2 kişi), %22.1'i kısmen yeterli (31 kişi), %64.3'ü yeterli olduğunu (90 kişi) ve %12.1'i ise sorulan soruyu yanıtsız bıraktığı (17 kişi) görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlası belediyenin sunmuş oldukları etkinlikleri ((spor (yüzme-futbol-satranç-boks-basketbol- voleybol vb), kültürel geziler ve eğitim destekleri)) yeterli olduğunu belirtmiştir.

Madde kullanan bireylerin Gadem'e geliş sürecinin ve sonrasında değerlendirildiği bu bölümde katılımcıların arkadaşlık ilişkileri, Gadem'den nasıl haberdar oldukları ve Gadem'e müracaat ettikten sonra tıbbi tedavi süreci kabul süreci, yerel yönetimlerden beklentiler ve yerel yönetimlerin sosyal rehabilitasyon çalışmalarına ilişkin değerlendirmeler, tedavi olma sürecinde yaşanan sorunlar ve Gadem'e müracaat sonrası aile ilişkilerindeki düzelme ve Gadem meslek elemanları konusunda değerlendirilmeler yapılmıştır. Bursa'da böyle bir sosyal rehabilitasyon merkezinin olması ve olumlu sonuçlar alınması Türkiye'nin diğer illerine de model olacağı düşünülmektedir. Ailelerin daha geniş çapta bilgi alabildikleri ve gün içerisinde profesyonel destek alabilecekleri ilk adım merkezlerinin olması olumlu sonuçları olduğu söylenebilir. Bu alan özelinde çalışan meslek eleman sayısının çoğalması ve yerel yönetimlerce desteklenmesi halk tarafından sahiplenilmesi ile beraber madde bağımlılarının sosyal entegrasyonu daha etkin olmaktadır.

4. BÖLÜM

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçları genel olarak özetlenecek, araştırmanın literatüre ve uygulamaya yaptığı katkı tartışılmaya çalışılacaktır. Sonrasında madde bağımlılığının sosyal rehabilitasyonu sorunuyla ilgili öneriler sunulacaktır.

4.1. Sonuç

Bu araştırma, madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetlerin yararlanıcıların gözünden incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın temel iddiası ise madde bağımlılarının tıbbi tedavi sonrasında ülke genelinde mevcut sosyal rehabilitasyon yapısının olmamasından dolayı madde bağımlılığı tedavisinde başarı oranının düşük olduğudur.

Madde bağımlılığı üzerine ulusal düzeyde yeterli olmasa da çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bununla birlikte literatürde bağımlılık tedavisinde sosyal rehabilitasyon sürecinin olması gerektiği sürekli ifade edilmişse de fiziki bir yapı hala ortaya çıkmış değildir. Yani şuana kadar yerel yönetimler düzeyinde madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonu ile ilgili çalışmalar yok denecek kadar az olduğu söylenebilir. Araştırmanın çıkış noktası, literatürdeki bu boşluktur.

Yapılan çalışma sonucunda yerel yönetimlerin-belediyelerin, bu alanda ayrı tutulamayacağı gerçeğidir. Merkezi yönetim ve idareden daha etkili ve fonksiyonel olarak kendisini göstermesi ve alanda hissettirmesi bunu açıkça göstermektedir.

Araştırma ile ortaya konan kesin bir sonuç daha vardır ki; o da tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonun çok gerekli ve vazgeçilmez olduğudur. Madde bağımlılarının topluma yeniden kazandırılmasında ve sosyalleştirilmesinde yerel yönetimlerin çok önemli rol aldığı da açıkça görülen bir diğer sonuçtur.

Araştırma ile ortaya konan diğer bir sonuç, bağımlılık tedavisinde başarıyı arttıran en önemli etkenler biride sosyal destek olduğudur. Özellikle bağımlı ailelerinin bağımlı

olan bireyi her şekilde kabul ettiği ve sahiplendiği görülmektedir. Aynı zamanda bununla beraber madde kullanan bireyle beraber bağımlılıktan kurtulmak için arayış içinde oldukları söylemek gerektir. Ailelerin madde bağımlısı olan yakınlarına sahip çıkması ve onları sahiplenmesi madde bağımlılığının tedavisinde ne kadar önemli bir faktör olduğu bu araştırma ile bir kez daha belirlenmiştir.

Madde kullanan bireyler için rol modeller de oldukça önemlidir. Gadem bünyesinde çalıştırılana exuserlar bunu bir kez daha göstermiştir. Çünkü madde kullanan bireyler tedavi sonrası süreci ve sürece ilişkin tutum ve becerileri bu rol modellerle yoluyla daha kolay öğrenmektedirler. Bu araştırma göstermiştir ki exuserlar aracılığıyla tedavi almak isteyen madde bağımlısı bireylerin sayısında artış olduğudur. Bilinmelidir ki bağımlılık tedavisinde tedavi sonrası bireyin izlenmesi ve takibi oldukça önemlidir, exuserlar izlemeyi ve takip sürecini takip eden önemli bir parça olduğu görülmüştür.

Son tahlilde araştırmada söylenebilecek en değerli şey, bağımlılık tedavisinde uygulanan arınma ve ilaçla tedavi yöntemlerinin yanında sosyal rehabilitasyon sürecinin en etkin şekilde yönetilmesi ve uygulanmasıdır. Bu da ancak *21. yüzyılın yerel yönetimlerin yüzyılı* olacağı varsayımıyla, yerel yönetimlerce gerçekleştirileceği bilinmelidir.

4.2. Öneriler

Tedavi sonrası sürecin planlanması ülkemizde madde bağımlılığı tedavisi, oldukça net sınırlarla çizilmiştir ve tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon hizmetlerinde önemli bir boşluk bulunmaktadır. Bu başlık altında Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığının tıbbi tedavi sonrasında ülke genelinde henüz bir sosyal rehabilitasyon yapısının olmamasının da getirmiş olduğu olumsuz etkilerin hafifletilmesine ve bütüncül kapsamlı bir uygulamanın olması gerektiğine yönelik bir takım öneriler sunulacaktır.

Daha önce de ifade edildiği gibi bu öneriler, sosyal hizmet mesleğinin bütüncül bakış açısını yansıtan mikro, mezzo, ve makro (toplum) boyutlarıyla ele alındıktan sonra toplumsal sağlığın korunması ve fonksiyonlarının sürdürülmesi adına mikro ve makro düzeyde bir takım öneriler sunulacaktır.

1.4.10.1. Mikro Boyutta Öneriler

Madde bağımlılığı birey ve ailesine yönelik tüm danışmanlık hizmetlerini mikro boyut altına almak mümkündür. Bununla birlikte mikro boyutta yapılabilecek çalışma, madde bağımlıları ile ve bağımlıların aileleriyle birebir mesleki müdahale sürecine girmektir. Bu müdahale sürecini yürütebilecek en önemli meslek elemanı sosyal hizmet uzmanıdır. Bununla birlikte rehberlik ve psikolojik danışmanlar ve psikologlar da bu görevi yürütebilirler. Madde bağımlılığı olan bireylerin ve ailelerin kaynaklarla buluşmasını sağlamak ve işlerini kolaylaştırmakta bu mikro boyut dâhil edilebilir. Örneğin, tedavi olanaklarının neler olduğu, rehabilitasyon hizmetleri ve süreçlerinin nasıl şekillendiğini, kendine yardım grupları, vb. olanaklarla buluşmaları sağlanmalıdır. Bağımlı bireylere ve ailelerine yönelik bağımlılığın nedenleri, dinamikleri ve etkileri ile ilgili eğitimler verilmelidir.

1.4.10.2. Mezzo Boyutta Öneriler

Bağımlılık tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin geliştirilmesi için hastane düzeyinde değişim sağlanmalıdır. Bağımlılık tedavisinde fiziki yapıların daha iyi şartlarda ve yeterli kapasitede çalışması sağlanmalıdır. Madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon alanında farklı kuruluşlar arasında işbirliğini kolaylaştırılmas ve etkin kılınması sağlanmalıdır. Özellikle sağlık çalışanları öğretmenler, aileler ve diğer gruplara yönelik eğitim programları geliştirmeli ve multidisipliner çalışmalar ciddiyetle takip edilmelidir.

1.4.10.3. Makro Boyutta Öneriler

Madde bağımlılığı alanında politikalara katkı sağlanmalıdır. Bağımlılık alanında karşılanmayan gereksinimleri hedefleyen projelerin geliştirilmesinde rol alınmalıdır. Madde bağımlılarına yönelik iş olanaklarını geliştirecek çalışmalar yürütülmeli Bağımlılık ve sosyal dışlanma sorununa ilişkin kamuoyunda farkındalık yaratacak programlar, kampanyalar düzenlenmeli, politika yapıcıların ve karar alıcıların dikkatleri konuya çekilmelidir.

Yukarıda sosyal hizmetin bütüncül bakış açısıyla değerlendirilerek sunulan önerilere yer verilmiştir. Bunun yanında aşağıda bir takım önerilere yer verilmiştir.

- Ulusal uyuşturucu ile m¼cadele eylem planları eksiksiz yapılarak bağımsız bir ¼st kurul tarafından denetlenmesi yapılmalı, gereğini yerine getirmeyen idareci ve kurumdan neden yapılmadığına ilişkin detaylı izah istenilmelidir. Oluşturulan eylem planları ilgili konu gündemden d¼řt¼kten sonra eylemlerin kendisi gündemden d¼řmeye başlamaktadır. Sistem s¼rekli canlı tutulmalı ve aktifliğı korunmalıdır.
- Madde bağımlılığını net bir şekilde ortaya koymak için T¼rkiye’de madde bağımlılığı profilini ¼ıkarmak, b¼lgesel analizlerinin yapılması ve b¼lgelere g¼re ¼öz¼m önerileri sunulmalıdır. Özellikle bağımlılık konusunda daha fazla akademik ¼alıřma yapılması için teşvikler verilmelidir.
- Kurumlar ve kuruluşlar arasında ¼ok ciddi iş birliğı ve koordinasyon olmalı ve her kurumun yapacağı işler netlik kazanmalı oluşturulan eylem planlarına sadık kalınmalıdır.
- Uyuşturucu maddelere kolay ulaşılabildiğı g¼n¼m¼zde bunun ön¼ne ge¼ilmesi için doğıal veya sentetik uyuşturucu maddeler ve bunların ¼retiminde kullanılan ara kimyasalların; ¼retimini, kullanımı, dağıtımını ve sokak d¼zeyinde satışı engellenmeli ve g¼venlik tedbirleri alınmalı ve gelen şikayetlerin daha seri cevaplanması sağılanmalıdır.
- Bağımlılık olmadan evvel yani kullanım öncesi önleme ¼alıřmalarını arttırmak ve toplumsal farkındalık oluşturmak önceliğimiz olmalıdır. Yani madde kullanımını önleyici faaliyetlerin, toplumun farklı kesimlerini kapsayacak şekilde kategorize edilerek hedef gruplara yönelik yaygınlaştırılması sağılanmalı ve STK larla işbirliğı bu konuda geliştirilmelidir.
- Toplumdaki dezavantajlı grupların(madde bağımlıları, sokak ¼ocukları, engelliler, yoksullar, işsizler ve yaşlılar) yerel sosyal politika kapsamına alınması gerekmektedir.
- Madde bağımlılığı ile m¼cadele eden tüm kurumların personel (hem meslek hem hizmet) ihtiyacı gözden ge¼irilerek eksik personel ihtiyacı giderilmelidir.
- Avrupa’da bir ¼ok ¼lkede kanunlara g¼re madde bağımlılığı bir hastalık olarak kabul edildiğı gibi ¼lkemizde de yasal zeminde hastalık olarak kabul edilmeli ve tedavi ve rehabilitasyon masrafları sigorta kapsamında konulmalıdır.

- Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi tıbbi tedavi ve sosyal rehabilitasyon konularında, yerel yönetimlere-belediyelere de mesuliyet ve salahiyyet verilmelidir. Var olan tedavi birimlerinin kapasitesinin, erişilebilirliği, ulaşılabilirliği ve yetişmiş kalifiyeli ekip sayısının arttırılmalı ve önündeki engeller kaldırılmalıdır.
- Eylem planlarında da belirtildiği gibi her il düzeyinde hiç olmazsa ayaktan tedavi merkezlerinin açılması sağlanmalıdır.
- Uyuşturucu bağımlılarının kısa ve uzun süreli tedavileri sonrasında yeniden uyuşturucuya başlamalarını önlemek için sosyal uyum sürecinin yapılandırılarak birbirleriyle entegre olarak çalışmasını sağlanmalı ve GADEM benzeri modellerin örnek alınarak yaygınlaştırılmalıdır.
- Bireyin sosyal hayata tekrar adaptasyonunda düzenli bir iş hayatına sahip olması son derece önemlidir. Benzer durum eğitim çağında bulunan gençler için de geçerlidir. Eğitime devam etmeyen gençlerde bağımlılık riski daha yüksektir. Bu yüzden bireyin sosyal hayata adapte olmak için niteliklerine göre hızlı bir şekilde işe yerleştirilmelidir. Eğitim çağında olan gençlerin sistem dışı bırakılmaması eğitime devam etmesi sağlanmalı ve desteklenmelidir. Bu çerçevede okul sosyal hizmetinin yaygınlaştırılması sağlanmalı ve okullarda rehber öğretmenler gibi sosyal çalışmacılar istihdam edilmelidir.
- Yerel yönetimler bağımlılık alanından çalışmaya teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. GADEM benzeri birimlerin açılması, tedavi olmak isteyen kişilerin kurulacak GADEM gibi ilk adım merkezlerinde izlenmesi sağlanmalıdır. Her il ve o ilin merkez ilçelerinde sayısı nüfusa orantılı olacak şekilde ilk adım merkezleri açılmalıdır.
- GADEM gibi ilk adım merkezlerinin sürekli olarak AMATEM ve ÇEMATEM'lerle işbirliği halinde olması, hasta yönlendirmelerinin daha sık ve düzenli yapılması sağlanmalıdır. Bağımlılık tedavisinde yalnızca tıbbi tedavi formatı değil; tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon kapsamında da göz önüne alınmalı ve GADEM modeli örnek olarak sunulmalıdır.
- Yerel Yönetimler bağımlılık alanında sosyal belediyeçilik adına daha çok rol alması sağlanmalı ve GADEM modeli benzer birimler oluşturarak çocuklara ve gençlere hizmet verilmelidir.

- GADEM örneğinde olduğu gibi sosyal bütünleşme ve adapte dönemindeki bağımlıların mesleki eğitim kurslarına katılması sağlanmalı, takibinin yapılması, yerel yönetimler ve kamu özel sektör bağlantılı açılan ve mesleki tecrübe kazandırılması amacı ile işbaşı eğitim programlarına katılımlarının olanaklı hale getirilmesi sağlanmalıdır.
- Yerel yönetimlerin hizmetlerin eksiksiz yürütülmesi için bütçe ayırması ve ayrılan bütçenin sadece sosyal rehabilitasyon merkezlerinde kullanılması sağlanmalıdır.
- Bağımlılık süreci incelendiğinde bireylerin madde kullanımına genç yaşlarda hatta çocuk yaşlarda başladığı görülmektedir. Bu bağlamda ülkemizde oluşturulacak olan acil eylem planlarının gençler ve çocuklar üzerinde kurgulanmalıdır.
- Türkiye’de madde kullananların önemli bir kısmı genç yaşlarda özellikle ergenlerde yoğunlaştığı için bu gruplara özel önem verilmeli ve çalışmalara bu yönde desteklenmelidir.
- Gençlik ve Spor Bakanlığı ile yerel yönetimler –belediyeler arasında doğrudan bağlantı kurulmalı ve gençlere boş zamanlarını geçirebilecek yeni faaliyet alanları açılmalıdır.
- Çağdaş sosyal hizmet yaklaşımı kapsamında sosyal hizmetlerde bu konuda “koruyucu ve önleyici” çalışmalara fırsat verilmeli, hatta ASP bu söylemi “koruyucu ve önleyici çalışmaları arttıracak şekilde” yenilemelidir.
- Yerel yönetimler güçlendirilerek bağımlıların kendine has yaşadıkları sosyal çevrede yerel hareketlerce hizmet almasına imkan tanınmalıdır.
- Madde bağımlılığıyla mücadelede gerçek ve tüzel kişiler arasında işbirliğini ve koordinasyonu güçlendirmeli, eğer ihtiyaç var ise ihtiyaca uygun protokol ve işbirliği sayısını arttırmalı ve yapılan işbirlikleri takip edilerek katma değer oluşturulmalıdır.
- Tıbbi tedavi sonrasında yeniden eski ortamına dönen birey tekrar madde kullanmaması için yerel yönetimlerce beraber tespit edilen riskli durumların ortadan kaldırılması ve yeniden kullanım ihtimalinin azaltılmasına yönelik çeşitli müdahalelere olan gereksinim en acil şekilde karşılanmalıdır.

- Toplum tarafından madde kullanan bireye destek verilmeli, dışlanmamalı yanlış tutum ve davranışlar sergilenmemelidir. Bu tür davranışların olmaması için önleyici eğitimler ve programlar düzenli olarak yapılmalıdır.
- Bağımlılıkla mücadelede bağımlıların maddeyi kötüye kullanım alışkanlığından davranış değişikliğiyle topluma yeniden kazandırılması sürecinde tedavi süreciyle ilişkili olarak istisnasız sosyal, kültürel ve ekonomik destek programlar da yürütülmelidir.
- Tedavi sürecinde ve sosyal plan ve programlar içerisinde madde kullanan bireylerin yeniden eski ortamlarına dönmelerine sebebiyet vereceğinden daha bütüncül ve sosyal içermeyi içerecek farklı yaptırımlar uygulanmalıdır.
- Bağımlılara yönelik eğitimlerde, eğitim malzemelerinin, metodlarının ve uygulama süreçlerinin holistik ve bütünlük bir anlayış çerçevesinde yürütülmelidir.
- Madde bağımlıları ile çalışmak bazı riskleri vardır. Risk durumları değerlendirildiğinde bu alanda çalışan meslek elemanlarına teşvik edici özlük haklarının iyileştirilmesi yapılmalıdır.
- Kendi öz bakımını yapamayan ve yalnız yaşamaya mahkum madde kullanan bağımlı bireyler için kurum bakımı sağlayacak koruma sistemleri oluşturulması yerel yönetimlerin sorumluluğunda olmalıdır.
- Sorunun sosyal boyutunu da dikkate alarak arka planda özellikle sosyal hizmet uzmanları-sosyal çalışmacılar, psikolog ve farklı meslek mensuplarının katılımıyla desteklenmelidir.
- Büyükşehirlerde özellikle her merkez ilçede ve riskli bölgelerde GADEM benzeri gençlik merkezlerinin yaygınlaştırılması öncelikli hedefler arasında yer almalıdır.
- Bağımlılıkla mücadelede özellikle yerel yönetimler- belediyeler, STK'lar ve diğer paydaşlar ile tam bir koordinasyon içerisinde yürütülmelidir.
- Uyuşturucu ile mücadelede metruk binalar yıkılmalı ve böylece soruna sebep olan fiziki yapılar düzenlenmelidir.
- Türkiye’de madde bağımlılığının sıklığı, sonuçları, risk etkenleri gibi konularda yapılmış olan çalışmalar yetersizdir. Bu alanda daha fazla araştırma yapılmalı, sorunun sonuçlarıyla beraber nedenleri de ele alınmalıdır.

- Madde kullanımı ve bağımlılığının tedavisinin yanında koruyucu önlemlerin alınmasına daha fazla önem verilmeli, bu bağlamda arzın ve talebin azaltılmasına yönelik girişimler arttırılmalıdır.
- Madde bağımlılığı konusunda verilecek eğitimin, her basamakta hedef kitlenin, fiziksel, ruhsal, bilişsel ve kültürel özellikleri göz önünde tutularak planlanması, eğitimi verecek kişilerin alan bilgisinin yeterli olması, alan bilgisi ve deneyimi olmayan kişi ve kuruluşların etkinlikleri denetlenmeli ve gerekirse önlenmelidir.
- Yerel yönetimler tarafından madde bağımlılığının önlenmesinde özellikle çocuk ve gençlere yönelik başka doyum sağlayıcı etkinliklere olanak sağlayıcı ortamlar hazırlanmalıdır.
- Madde kullanımı ve bağımlılığı olan çocuk ve ergenlerle çalışan uzmanların sayısı istenilen düzeyde gelmesi için sayı arttırılmalıdır. Bunun yanında bu uzmanların çok daha sıkı etkileşim içinde olmalıdır. Yasal ve sağlık ile ilgili konuların işlerliğinin alan uzmanlarıyla tartışılarak düzenlenmelidir.
- Madde bağımlılığı sadece tek bir kurumun üstesinden gelebileceği bir durum değildir. Öte yandan madde ile mücadelede sivil toplum kuruluşlarının ve medyanın rolü arttırılmalıdır.
- Türkiye'deki tüm il ve ilçe belediyelerinin "Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği" bünyesinde toplanmalı, daha etkin çalışması sağlanmalı ve yerel yönetimlerin sağlıkla ilgili çalışmaları "Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği" çatısı altına olmalıdır.

KAYNAKÇA

- 5216 Büyükşehir Belediyesi Kanunu. (2004). *T. C. Resmi Gazete*, 25331, 23 Temmuz 2004.
- 5393 Belediye Kanunu. (2005). *T. C. Resmi Gazete*, 25874, 3 Temmuz 2005.
- 6360 On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi Ve Yirmi Altı İlçe Kurulması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunu. (2012). *T. C. Resmi Gazete*, 28489, 6 Aralık 2012.
- Adıyaman, A. T., Demirel, S. (2011). Sosyal Belediyecilik Üzerine Bir İnceleme: Ankara Büyükşehir Örneği. *Dış Denetim Dergisi*. 115-129.
- Akdemir, A., Gümüş, M., Palabıyık, H., Şener, S. (Ed.), (2004). Dünden Bugüne Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma. *Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma Yerel Yönetimler Kongresi, 3-4 Aralık*. Biga-Çanakkale.
- Akdemir, N., Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 13(1), 82-91.
- Altuner, D., Engin, N., Gürer, C., Akyay, İ., Akgül, A. (2009). Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 87-94.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Ruhsal Bozuklukların ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)* (5. b.). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Apan, A. (2016). Bütünşehir Modeli ve Taşra Yönetimine Etkileri. *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*, 25(1), 1-24.
- Atasoy, S. (1997). Ülkemizde Uyuşturucu Kullanımının Yaygınlığı. *Türkiye'de Uyuşturucu Madde Sorunları* (s. 50-55). İstanbul: Humboldt Bursiyerleri Derneği.
- Ateş, B. (2012). Ortaöğretim Öğrencilerinin Sosyal Destek Algıları Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Akademik Bakış Açısı Dergisi*. 30, 1-16.

- Aziz, A. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. Ankara: Nobel yayınevi.
- Babor, T., Campbell, R., Room, R., Sounders, J. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Term*. Geneva: World Health Organization.
- Bakırköy Psikiyatrist Ali Gök. A. (2017). Erişim: 11. Mayıs 2017, <https://www.aligok.com.tr/kategori/bagimlilik/alkol-bagimliliği/>.
- Barker, R. L. (1995). *The Social Work Dictionary*. United States: National Association of Social Workers.
- BATEM Bağımlılık Tedavi Merkezi. (2017). Erişim: 11.Ağustos 2017, <http://www.batem34.com/alkol.asp>.
- Boztaş, M. H., Arısoy, Ö. (2010). Uçucu Madde Bağımlılığı ve Tıbbi Sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.
- Brady, K., Sinha, R. (2005). Co-Occurring Mental And Substance Use Disorders: The Effects Of Chronic Stress. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1483–93.
- Bursa Uyuşturucu Raporu. (2015). Bursa: Bursa Valiliği.
- Bursa Uyuşturucu Raporu. (2016) .Bursa: Bursa Valiliği.
- Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2016). *Bursa Uyuşturucu İle Mücadele İl Aksiyon Planı 2016-2018*. Bursa: Akmat Akınoğlu Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (20 Baskı.). Ankara: Pegem Akademi.
- Cenan, E. (2008). *Bağımlılık "Bağımlı Aileleri ve Onlarla Çalışan Uzmanlar İçin El Kitabı"* (1. Baskı). Köln.
- Cheryl E. Monroe Whitley. (2010). Social Work Clinical Supervision in the Addictions: Importance of Understanding Professional Cultures, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(4), 343-362, DOI: 10.1080/1533256X.2010.521071

- Cüceloğlu, D. (2008). *İnsan ve Davranışı "Psikolojinin Temel Kavramları"*. (17.Basım). İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Çakmak, D., Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. İstanbul: Özgül Matbaacılık.
- Çelik, M. (2015). *Uyuşturucu " Nedir? Nasıl Anlarız? Ne Yapabiliriz?"*. Ankara: Alter Yayıncılık.
- Çifçi, E. G., Uluocak, G. P. (2010). Almanya'da Madde Bağımlısı Çocuk ve Gençlere Yönelik Bir Rehabilitasyon Modeli: Parceval. *Kriz Dergisi*, 18(2), 11-18.
- Çifçi, E. G., Uluocak, G. P. (2011). Alkol ve Madde Bağımlısı Ergenler ve Aileleri: Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Sosyal Hizmet Müdahalesi . Y. Özkan (Ed.). *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 89-106). Ankara: Maya Akademi Yayınevi.
- Çorapçıoğlu, A., Ögel, K. (2004). Factors associated with Ecstasy use in Turkish students. *Society for the Study of Addiction*, 1, 67-76. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2004.00572.x/full>.
- Çoşkunol, H. (1999). *Alkol ve Madde Bağımlılığı*. İzmir: Aymar Yayıncılık.
- Danış, M. Z., Şahbikan, İ. (2014). Suça Sürüklenmiş Çocukların İnsan Hakları Ve Yeniden Toplumsallaşma Sürecinde ve İnsan Hakları Bağlamında Sosyal Hizmet Yaklaşımlarının Yeri ve Önemi *Türk Okulu Dergisi*,18(1), 627-651. doi number :<http://dx.doi.org/10.14225/Joh529>.
- Dennis C. Daley., Marvin D. Feit. (2013) The Many Roles of Social Workers in the Prevention and Treatment of Alcohol and Drug Addiction: A Major Health and Social Problem Affecting Individuals, Families, and Society, *Social Work in Public Health*, 28 (3-4), 159-164. DOI: 10.1080/19371918.2013.758960.
- Değerlisin Sağlıklı Kal Projesi. (t.y). Erişim: 11 Mayıs 2017, <http://www.degerlisinsagliklikali.org/index.php/site/>

- Demirel, Ö. F., Balcıoğlu, İ. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti. *Yeni Symposium Dergisi*, 53, 27-32. Doi: 10.5455/NYS.20150309011520.
- Demirel, S. (26 Ocak 2017). Sosyal Rehabilitasyon. Erişim: <http://suleymandemirel.com.tr/default.asp?hid=31>.
- Devlet Denetleme Kurulu. (2014). *Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi* (2014/2). Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu.
- Dilbaz, N. (2012). Madde Bağımlılığında Korunma ve Tedavi İlkeleri. Y.Akvardar ve diğerleri (Ed.). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* (s. 47-51). Ankara: Pozitif Yayıncılık.
- Dilbaz, N., Darçın, A. E., Nurmedov, S., Noyan, O., Başabak, Z., Mordağ, O. (2013). *Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yayını.
- Duyan, G. Ç. (2011). Parçalanmış Aileler ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. Y. Özkan (Ed.). *Sosyal Dışlanma ve Aile Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 13-27). Ankara: Maya Akademi.
- Erten Bucaktepe, G. (2016). Adolesan Bireye Yaklaşım. Y.K. Haspolat, F. Aktar (Ed.). *Adolesanlarda Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 13-29). Ankara: Cinius Yayınları.
- European Union Agency for Law Enforcement Cooperation (EUROPOL), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2016). *EU Drug Markets Report-In-depth Analysis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gander, M.J., Gardiner, H.W., (2004). Child and Adolescent Development (Çocuk ve Ergen Gelişim) (B. Onur, Çev.).Ankara: İmge Yayınevi (2007).
- Gençlik ve Aile Destek Merkezi (2017). Erişim: 6 Mayıs 2017, <http://gadem.bursa.bel.tr/bagimlilikla-mucadelede-yeni-strateji/>.

- Genç, N. (2013). Yöneticilik ve Sanat. *İdarecinin Sesi Dergisi*, 160, 86-87.
- Gökler, R., Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1, 89-104.
- Gökgöz Durmaz, F. (2016). Adolesanlarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı. Y.K. Haspolat, T.Yüksel ve İ.Yolbaş (Ed.). *Adolesanlarda Psikososyal Sorunlar* (s. 335-345). Ankara: Cinius Yayınları.
- Gürol, D. T. (2017). *Alkol Bağımlılık Tedavisi*. Erişim: 14 Haziran 2017, <http://www.alkoltedavisi.info.tr/>.
- Gürses, İ., Kılavuz, M.A. (2011). Erikson'un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi ve İletişiminin Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 20(2), 153-166.
- Holloway, M. (1991). Treatment for addiction. *Scientific American*, 95–103.
- Hökelekli, H., (2013). *Psikolojiye Giriş (4.Baskı)*: Bursa: Emin Yayınları
- International Narcotics Control Board (INCB). *Report of the International Narcotics Control Board for 2016* (E/INCB/2016/1). Vienna: United Nation Publication.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1973). *Gençlerin Tutumları, Kültürlerarası Bir Karşılaştırma*. Ankara.
- Karakılçık, Y. (2013). *Yeni Yerel Bölgesel Gelişmeler Işığında "Yerel Yönetimler" Yeni Yerinden Yönetim Uygulamaları- Tartışmalar-Yaklaşımlar ve Yeni Büyükşehir Yasası*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Karataşoğlu, S. (2009). *Yerel Sosyal Politikalar Çerçevesinde Madde Bağımlısı Gençlerin Sosyal Rehabilitasyonu (Karapürçek ilçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi)*. Yüksek Lisans tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z. A., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1), 51-64.
- Kaya, E. (2017). *Sosyalhizmetuzmanı.org*. Erişim: 23 Mayıs 2017, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyalbelediyecilik.htm>.

- Kıbrıslı, E., Arslan, N. (2016). Adolesanlarda Madde Kötüye Kullanımının Organik Hasarları. Y.K. Haspolat, T.Yüksel ve İ.Yolbaş (Ed.). *Adolesanlarda Psikososyal Sorunlar* (s. 85-94). Ankara: Cinius Yayınları.
- Koçak O., Kavi, E. (2014). Sosyal Politika Aktörü Olarak Sosyal Girişimci Belediyecilik. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 3(6) , s.37.
- Krysik, Ludy L., Finn, J. Erbay, (2015). *Etkili Uygulama İçin Sosyal Hizmet Araştırması*.E. Erbay (Ed.) (2015). Ankara: Nika Yayınevi
- Köknal, Ö. (1998). *Bağımlılık "Alkol ve Madde Bağımlılığı"*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kutlu, Y. (2011). Kadının Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing*,2(2), 90-93.
- Metintaş, S. (2006). Topluma Dayalı Rehabilitasyon. *Sürekli Eğitim Tıp Dergisi*, 15(2), 20-22.
- Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi. (2017). Erişim: 06. Haziran 2017, <http://mood.ist/tibbi-hizmetler/bagimlilik/>.
- Oren, Rahav, Teichman. (2002). Social Work and the Treatment of Substance Abuse in Israel, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(3-4), 85-96, DOI: 10.1300/J160v02n03_06
- Ögel, K. (2002). *Türkiye'de Madde Bağımlılığı*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 1(47), 61-64.
- Ögel, K. (2010). *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları : Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2016). *Uyuşturucu Bağımlılığı Tedavi Edilebilir Mi? .* (D. Harmancı, Röportaj (1 Haziran 2016)).

- Ögel, K. (1998). Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye’de Çok Merkezli Bir Çalışma (Birinci aşama). *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7 (ek sayı:1), 5-41.
- Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, Ş., Doğan, O., Liman, O. ve diğerleri. (2004). Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 112-118.
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D., Çakmak, D. (1998). *Alkol ve Madde El Kitabı "Hekimler için Alkol Madde Eğitim Programı"*. İstanbul.
- Ögel, K., Koç, C., Aksoy, A. (2015). *Alkol ve Madde Bağımlılığı Bireysel Tedavi Programı (SAMBA-1)*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Çakmak, D. (2000). Bir Geçiş Maddesi Olarak Esrar. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 30-35.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Çakmak, D. (2000). İstanbul'da Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(4), 242-245.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Çakmak, D. (2000). Uçucu Madde Kullanımının Yaygınlığı: Çok Merkezli Bir Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4), 220-224.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Sır, A. (1999). Madde Kullanımı ve Suç. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi Ek sayı*, (yayınlanmadı).
- Ögel, K., Taner, S., Torun, M., Gürol, D. T., Liman, O. (2005). Yatarak Tedavi Gören Ergen Uçucu Madde Kullanıcılarında Madde Kullanım Özellikleri: Cinsiyet ve Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırma. *Bağımlılık Dergisi*, 6(2), 76-83.
- Ögel, K., Uğuz, Ş., Sır, A., Tamar, M. (2003). Türkiye’de İlköğretim ve Ortaöğretim Gençliği Arasında Esrar Kullanım Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 4(2), 61-67.
- Ökmen, M., Parlak, B. (2015). *Yerel Yönetimlerde Yeni Vizyonlar*. Bursa: Ekin Yayınevi.

- Öz, C. S. (2017). *Sosyal Belediyecilik Kavram, Kapsam, İşlevler ve Tarihsel Gelişim*. Mahalli İdareler ve Sosyal Politika Yayınlanmamış Ders Notu .
- Özbesler, C., Duyan, V. (2009). Okul Ortamlarında Sosyal Hizmet. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 34(154), 17-25.
- Özden, S. Y. (1992). *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı "Teşhis, Tedavi, Tedbir"*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Özkan, Y., Selcik, O. (2016). Okul Sosyal Hizmeti'nin Okul Erken Terki Üzerine Potansiyel Etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(43), 1275-1281.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I-II (11 Baskı)*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Parlak, B., Ökmen, M. (2015). *Yerel Yönetimler " Kuram ve Uygulamada Küresel ve Ulusal Konular ve Sorunlar"*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Pektaş, E. K. (2010). Türkiye’de Sosyal Belediyecilik Uygulamaları ve Temel Sorunlar. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 5(1), 1-22.
- Polat, G. (2014). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2), 143-148.
- Rehabilitasyon (2015). Erişim: 11 Haziran 2017, <https://www.rehabilitasyon.gen.tr/tibbi-rehabilitasyon.html>
- Schuckit, M. A. (2000). Genetics of the risk for alcoholism. *American Journal on Addictions*, 9, 103–12.
- Searight, H., Burke, J., Rottnek, F. (2000). Adult ADHD: Evaluation and treatment in family medicine. *American Family Physician*, 62(9), 1983–84.
- Sevil, H. T. (1998). *Uyuşturucu Bağımlılığı "Tanımlar-Sonuçlar-Çözümler"*. Ankara: Sabev Yayınları.
- Sevin, Ç., Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşama Uyumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9(1), 36-40.

- Sezik, M. (2017). Büyükşehirlerin Sosyal Belediyecilik Yaklaşımlarına Bir Örnek Olarak. *BEU Akademik İzdüşüm/Academic Projection*, 2(1), 51-63.
- Straussner, S.L.A. (2008). The Role of Social Workers in the Treatment of Addictions, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 3-9, DOI: 10.1300/J160v01n01_02
- Somerdem, C. (1996). *Alkol ve Uyuşturucularla İşimiz Bitti*. Ankara: Doruk Yayıncılık.
- Songur, E. (2015). *Madde Bağımlılığı Tedavisinde Temel İlkeler ve Kullanılan İlaç Tedavileri*. Tokat.
- Şahin, G., Taşlıgil, N. (2013). Türkiye'de Tütün Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 18(30), 71-102.
- Şataf, C. (2017). Türkiye'de Sosyal Belediyecilik Anlayışına Yönelik Genel Bir Değerlendirme. F. Beşel ve F. Yardımcıoğlu (Ed.). *Yerel Yönetimler Üzerine Seçme Yazılar (s. 1-27)*. Sakarya: Pesa Yayınları (Politik, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Merkezi).
- Şener, M. M., Küçükşen, K. (2017). Madde Bağımlısı Bireylerin Rehabilitasyonunda Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü. *Journal of Human Sciences*, 14(1), 486-495.
- Tarı Cömert, I., Ögel, K. (2014). Madde Kullanan Ergenlerin Bağlanma Stilleri. *The Turkish Journal on Addictions (Addicta)* 1(1), 9-26.
- The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2016). *European Drug Report 2016*. Publications Office of the European Union.
- The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). (2012). *The 2011 ESPAD Report (Substance Use Among Students in 36 European Countries)*. Stockholm. Publications Office of the European Union.
- The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). (2016). *ESPAD Report 2015 (Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Tuncay, T. (2014). *Sosyal Bilimlerde Nicel Veri Analizi SPSS Uygulamalı*. Ankara: Yayınlanmamış Ders Notu.
- Tuncay, T., İl, S. (2009). Sosyal Hizmet Uygulamasında Empatiyi Yeniden Düşünmek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 20(2), 39-56.
- Tuncay, T., (2010). Kanserle Başetmede Sosyal Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(1), 59-71.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2009). *Madde Kullanımı Ve Bağımlılığı İle Kaçakçılığının Önlenmesi Alanlarında Tespit Edilen Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Meclis Araştırması Komisyonu Raporu Özeti*. Ankara: TBMM Meclis Araştırma Komisyonu.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2017). *Büyük Türkçe Sözlük*. Erişim: 11 Mart 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.58c3b750525be3.67438552.
- Türkiye Diyanet Vakfı İslam Araştırmaları Merkezi. (1988). *Afyon*. Erişim: 12 Nisan 2017, <http://www.islamansiklopedisi.info/ayrinti.php>.
- Türkiye Diyanet Vakfı İslam Araştırmaları Merkezi. (2012). *Uyuşturucu*. Erişim: 12 Nisan 2017, <http://www.islamansiklopedisi.info/ayrinti.php>.
- Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği (SKB). (2016). *Bağımlılıkla Mücadele Çalıştayı*. Bursa: Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Yayını.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2012). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012*. (Yayın no: 92). Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2013). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2013*. (Yayın no: 103). Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.

- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2014). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2014*. (Yayın no: 112). Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2016). *Sentetik Kannabinoidler*. Ankara: EGM Yay.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2017). Erişim: 12 Mayıs 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24646>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2017). Erişim: 12 Mayıs 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2017). Erişim: 27 Kasım 2017, Tük Web sayfası: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1070.
- Türkkahraman, M. (2009). Teorik ve Fonksiyonel Açıdan Toplumsal Kurumlar ve Kurumlar Arası İlişkiler. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 25-46.
- Uluğ, B., Gürel, Ş. C. (2012). Esrar (Cannabis) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. Y. Akvardar, Z. Arıkan, K. Berkman, N. Dilbaz, G. Oral, B. Uluğ, ve diğerleri. (Haz.Ed.) *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* (s. 141-145). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). (2008). *World Drug Report 2008*. United Nations Publication.
- United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). *World Drug Report 2015* (No. E.15.XI.6). Erişim: 13 Mart 2017, http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf.
- United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). (2016). *Afghanistan Opium Survey 2016-Executive Summary*. Kabul: United Nation Publication.

United Nations Office On Drugs And Crime. *World Drug Report 2016* (No. E.16.XI.7).
Erişim: 02 Nisan 2017,
http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.

Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi 2016-2018. (t.y.) Erişim: 13 Mayıs 2017,
http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/STRATEJ%C4%B0%20BELGES%C4%B0_2016-2018_TR.PDF.

Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK) (2015). *Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu*. Ankara: Başbakanlık.

Uzbay, İ. T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi* 21;22, 5-15.

Uzbay, İ. T. (2009). Madde Bağımlılığının Tedavisi. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi* 21;22, 64-72.

Van Wormer, K. (2007). Human Behavior and the Social Environment “*Micro Level Individuals and Families*”. New York: Oxford University Press.

Varol, M. (2011). *Alkol Raporu*. İstanbul: Türkiye Yeşilay Cemiyeti.

Yaman, Ö. M. (2014). Uyuşturucu Madde Bağımlısı Gençlerin Aile İçi İlişkilere Yönelik Görüşleri: Esenler-Bağcılar Örneği. *The Turkish Journal on Addictions (Addicta)* 1(1), 99-120.

Yargıç, İ. (2014). Alkol ve Madde Bağımlılığı. R.Tükel, S. Çakır (Ed.). *Psikiyatri* (83-91). İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Mezun ve Mensuplar Derneği.

Yeşilay. (2017). *Sigara ve Tütün Bağımlılığı*. Erişim: 05 Nisan 2017,
<http://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/sigara-ve-tutun-bagimliliği>

Yılmaz, T. (2017). *Alkol ve Madde Bağımlılığı Boşanma Nedeni Midir?*. Erişim: 11 Kasım 2017, <http://www.tugsanyilmaz.av.tr/aile-hukuku-ve-kisiler-hukuku/alkol-ve-madde-bagimliliği-bosanma-nedeni-midir>.

- Yüksel, T. (2016a). Adolesanlarda Psikososyal Gelişim. Y.K. Haspolat, T.Yüksel ve İ.Yolbaş (Ed.). *Adolesanlarda Psikososyal Sorunlar* (s. 11-13). Ankara: Cinius Yayınları.
- Yüksel, T. (2016b). Adolesanlarda Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. Y.K. Haspolat, T.Yüksel ve İ.Yolbaş (Ed.). *Adolesanlarda Psikososyal Sorunlar* (s. 95-99). Ankara: Cinius Yayınları.
- Zastrow, C., Ashman, K. (2014). *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre*. (A.Aydın ve diğerleri Çev.) D.B. Çiftçi (Ed.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Zimic, J. I., Jukic, Vlado. (2012). Familial Risk Factory Favoring Drug Addiction. *Journal of Psychocative Drugs* 44(2), 173-185.
- Ward, T., Maruna, S. (2007). *Rehabilitation Beyond The Risk Paragdigm*. USA: Taylor & Francis e-Library. Erişim: 03 Temmuz 2017, <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1462474508095369>
- Wilmot, R. (1976). What is Rehabilitation? [Elektronik Sürüm]. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology (IJO)* 20(3) 246.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü*. (Çeviren: N. Bilir, G. Telatar,) Ankara: World Health Organization.

EKLER

EK 1-A: Aydınlatılmış Onam Formu

MADDE BAĞIMLILARININ SOSYAL REHABİLİTASYONUNDA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ-BURSA İLİ ÖRNEĞİ ARAŞTIRMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Bursa ilinde madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimlerin rolü üzerine ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği”dir.

Uyuşturucu madde kullanımı, sadece kullananları etkileyen bir sorun değildir. Kullananların ailelerini, çevrelerini ve toplumun tamamını tehdit eden, sağlığa zararlarının yanında, ekonomik ve sosyal sorunlara da neden olan önemli bir halk sağlığı problemidir. Madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimlerin rolü üzerine yapılacak olan araştırmaya ortalama 175 kadar madde bağımlısını kapsayacak bu araştırmaya sizin de katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz.

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetlerin yararlanıcıların gözünden incelemektir.

Daha açık ve detaylı belirtecek olursak; Tıbbi tedavi uygulamalarında sınırlandırılmış bir tedavi sürecinin tek başına yetersiz olduğunu tespit etmenin ötesinde, madde bağımlılığının tedavi ve rehabilitasyonunda uluslararası kabul gören yeni bir açılım için önerilerde bulunmaktadır. Bu konuda mevcut olan herhangi bir çalışmanın olmayışını, tedavi sürecindeki yetersizliğin tespitini ve sosyal rehabilitasyon merkezlerinin önemini ortaya çıkartmak ve en önemlisi de farkındalık oluşturmaktır. Türkiye’de tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon merkezlerinin bulunmaması ve bağımlıların topluma yeniden kazandırılmaları sürecinde etkin bir şekilde takip edilememesi nedeniyle, tedavide istenilen başarı sağlanamamaktadır. Bunun sonucunda da pek çok birey, yeniden uyuşturucu madde kullanımına yönelmekte ve tedavi bir “kısır döngü” halini almaktadır. İşte tam da bu noktada hareketle yerel yönetimlerin (belediyelerin) sosyal rehabilitasyon sürecinde yer alması ile bağımlıların kısır döngüden çıkmalarını kolaylaştıracak

ve tedavide istenilen başarı sağlanması öngörülmektedir. Türkiye’de ilk defa Bursa Büyükşehir Belediyesi uyuşturucu ile mücadele hususunda merkez (GADEM) açarak, toplumsal bilincin artırılması, risk altında bulunan çocuk, genç ve yetişkinlerin uyuşturucu madde kullanımının önüne geçilmesi amacıyla, koruyucu ve önleyici çalışmalar, etkinlikler ve eğitim faaliyetleri hem talep doğrultusunda hem de planlı olarak hazırlanmasına destek olmaktadır.

Bu kapsamda, mevcut resmi sizin kendinize ve deneyimlerinize özgü tecrübelerinizle bağımlılık süreci ve beklentilerinizi anlamak, açtığımız bu merkezi ne kadar gerekli olduğu diğer belediyelere de göstermek istiyoruz. Bu çalışmaya vereceğiniz katkılar bu alanda çalışan ve daha sonra çalışacak olan uzmanlara yardımcı ve yol gösterici olacaktır.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Tarık Tuncay’ın sorumluluğunda, yüksek lisans öğrencisi Kamil ATEŞ tarafından yapılmakta olan bir tez çalışmasıdır. Araştırmanın uygulaması, ortalama 45 dakika sürecek ve anket uygulaması ile gerçekleştirilecektir. Bursa Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı Sağlık İşleri Şube Müdürlüğü Gençlik ve Aile Destek Merkezinde (GADEM) Sosyal hizmet uzmanı olarak çalışan Kamil ATEŞ tarafından gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Bize verdiğiniz bilgilerin gizliliği kesinlikle korunacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda vazgeçebilir ve bu durum size hiç bir sorumluluk getirmeyecektir. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Çalışma esnasında rahatsızlık hissedildiğinde çalışmadan çekilebileceğinizi ve rahatsızlığınızın giderilmesi için gereken yardım size sağlanacaktır. Çalışmaya onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmemeniz oldukça önemlidir. Ayrıca çalışma bittikten sonra da telefon ya da e-posta ile size ulaşarak soru sorulabileceğimi ve sizde sonuçlar hakkında bilgi isteme hakkına sahip olacaksınız.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Kamil ATEŞ tarafından Bursa Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı Sağlık İşleri Şube Müdürlüğü Gençlik Ve Aile Destek Merkezinde (GADEM) bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırmayla alakalı herhangi bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Kamil Ateş'i 0 (224) 233 02 60 (iş), 0 551 242 93 ** (cep) ve Akçağlayan Mah. Kirazlı Sk. 2/2 Yıldırım /BURSA adresinden arayabileceğimi biliyorum. Araştırmanın sorumlusu Doç. Dr. Tarık Tuncay'ı ise 0 (312) 297 63 63 (iş) ve 0 505 649 39 ** nolu telefon numaralarından arayabileceğimi ve Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Beytepe Ankara adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

[18 Yaş altı çocuk ve ergenlerin katılımcı olduğu çalışmalarda;]
Velisinin adı, soyadı:
imzası:
Katılımcı ile görüşen araştırmacı
Adı soyadı, unvanı: Kamil ATEŞ, Sosyal
Hizmet Uzmanı

Adres: Akçağlayan Mah. Kirazlı Sk. 2/2
Yıldırım /BURSA
Tel: 0 551 242 93 59
İmza

Sorumlu Araştırmacının
Adı soyadı, unvanı: Tarık TUNCAY,
Doç.Dr.
Adres: Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal
Hizmet Bölümü Beytepe Ankara
Tel: 0 505 649 39 24
İmza

EK 1-B: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmamanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, ad, soyad, okul numarası gibi kişiyi tanıttıcı bilgilerin yazılamaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konmuştur.

ÖRNEK-EK1

Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği

Sevgili Katılımcı

“Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma Bursa ilinde madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimlerin rolünün ne olduğunun belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla bu alanda çalışan ve daha sonra çalışacak olan uzmanlara yardımcı ve yol gösterici olacağından yapılacak çalışmalar daha iyi planlanabilmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

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

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 5 (beş) bölümden oluşmaktadır. 70 soruluk, 45 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

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

Sorumlu Öğretim üyesinin adı, soyadı (varsa birlikte çalıştığı asistanın adı, soyadı)

Doç.Dr.Tarık TUNCAY

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Telefon 0312 297 6363

Araştırma Ekibi

Kamil ATEŞ

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

☐

Kabul ediyorum.

EK 2: Anket Formu

**MADDE BAĞIMLILARININ SOSYAL REHABİLİTASYONUNDA YEREL
YÖNETİMLERİN ROLÜ-BURSA İLİ ÖRNEĞİ ARAŞTIRMASI
ANKET FORMU**

Görüşme Tarihi
...../...../2017

TANITICI BİLGİLER**1) Cinsiyetiniz.**

1) Kadın

2) Erkek

2) Yaşınız.

.....

3) Medeni Durumunuz.

1)Evli

2) Bekar

3) Boşanmış

4) Evli eşinden ayrı yaşıyor.

4) Eğitim Durumunuz.

1)Okur yazar değil

2)Okur yazar

3)İlkokul

4)Ortaokul

5)Lise

6)Yük. okul(ön lisans)

7)Üniversite (fakülte-Lisans)

8)Yüksek Lisans

5) Hangi ilçede ikamet ediyorsunuz (Bursa İlçeleri)?

.....

MADDE KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİLER**6) Sigara kullanıyor musunuz?**

1) Evet

2)Hayır

7) Kullandığınız maddeler nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1)Uçucu Maddeler (Bali, tiner,gazvb)

2)Bonzai

3)Salvia

4) Esrar

5)Ecstasy

6)Eroin

7) Kokain

8)Metanfetamin

9)Alkol

10) Yasal İlaçlar

11) Çoklu Kullanım

12)Diğer

8) Bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

1)Evet

2) Hayır

9) İlk defa kaç yaşında madde kullanmaya başladınız? (.....)**10) İlk hangi maddeyi kullandınız?**

1)Esrar

2)Eroin

3)Kokain

4)Uçucu maddeler

5)Ecstasy

6)Metanfetamin

7) Yasal İlaçlar

8)Salvia

9)Bonzai

10)Diğer.....(Belirtiniz)

11) Ne sıklıkla madde kullanıyorsunuz?

- 1) Günde 1 kere 2) Günde 2 kere 3) Günde 3 kere ve üstü 4) 2-3 günde bir 5) Haftada 1 kere 6) Diğer

12) Sizi madde kullanımına iten ilk sebep/ler nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Merak 2) Arkadaş çevresi 3) Ailevi nedenler 4) Yaşanan Travma sonucu
5) Kişisel sorunlar 6) Özentisi 7) Diğer.....(Belirtiniz)

13) Madde kullanmaya devam ettiğinizde eğitim durumunuz nasıl etkilendi? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Ders durumunda ani değişiklikler oldu
2) Notlarım düşmeye başladı
3) Devamsızlık etmeye başladım
4) Okul değiştirdim
5) Okulu bıraktım
6) Eğitimden sonra madde kullanmaya başladım
7) Hiç etkilenmedim

14) Madde kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip madde kullandığınız oldu mu?

- 1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğu zaman 5) Neredeyse her zaman

15) Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

16) Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

- 1) Günde 1 kere 2) Günde 2 kere 3) Günde 3 kere ve üstü 4) 2-3 günde bir
5) Haftada 1 kere 6) Düşün Dernek v.b. eğlence zamanlarında

17) Daha önce tıbbi tedavi gördünüz mü? (Bu Soruya cevabınız HAYIR ise 20. Soruya geçiniz)

- 1) Evet 2) Hayır

18) Tedavi şekliniz nedir?

- 1) Ayaktan 2) Yatarak

19) Kaç kere tedavi gördünüz?

- 1) 1 kere 2) 2 kere 3) 3 kere 4) 4 ve üzeri kere

20) Daha önce madde bırakmayı düşündünüz mü?

- 1) Evet 2) Hayır

21) Daha önce madde bırakmayı denediniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

22) Kronik bir hastalığınız var mı? (Bu soruya cevabınız HAYIR ise 24. Soruya geçiniz)

- 1) Evet 2) Hayır

23) Evet ise nedir?

- 1)Fiziksel 2)Ruhsal

24) Daha önce psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü? (Alkol ve madde kullanımı nedeniyle olan tedaviler hariç)

- 1)Evet 2)Hayır

25) Adli bir olaya karıştınız mı? (Bu soruya cevabınız HAYIR ise 28. Soruya geçiniz)

- 1)Evet 2)Hayır

26) Evet ise nedir?

- 1)Denetimli Serbestlik 2)Cezaevi

27) Suçunuzun niteliği nedir?

- 1)Uyuşturucu Kullanımı 2)Cinsel Suçlar 3)Hırsızlık
4)Adam Yaralama veya Adam Öldürme 5)Uyuşturucu Satıcılığı 6)Diğer

28) Uyuşturucu maddeyi nerede kullanıyorsunuz?

- 1)Terkedilmiş yerler (metruk binalar gibi) 2)Kendi evi 3)Arkadaşının Evi
4)Eğlence Yerleri (cafe, bar) 5)Okul 6)Akraba Evi 7)İş Yerinde
8) Parklar 9)Diğer.....(Belirtiniz)

29) Madde kullanmak sizin için sorun yaratıyor mu? (Bu soruya cevabınız HAYIR ise 31. Soruya geçiniz)

- 1)Evet 2) Hayır

30) Madde kullanımı sonucu aşağıdaki sorunlardan hangisi yaşadınız?

- 1) Okuldan ayrılma 2) İş kaybı 3) Boşanma 4) Yaralanma 5) Kaza
6) Sağlık sorunları 7) Aile içi şiddet 8) Diğer 9) Hiçbiri

31) Yaşamınız boyunca kendinize zarar verdiniz mi?(İntihar girişimi, faça atmak, kolların veya vücudun kesilmesi gibi)

- 1)Hiçbir zaman 2) 1-2 kez 3)Kereden fazla

32) Kullandığınız maddenin miktarı zaman içinde giderek arttı mı?

- 1)Hiçbir zaman 2)Nadiren 3) Bazen 4) Çoğu zaman 5) Neredeyse her zaman

MESLEKİ BİLGİLER

33) Çalışıyor musunuz?

- 1) Evet 2)Hayır

34) Son bir yılda kaç defa iş değiştirdiniz?

- 1)1 defa 2) 2 defa 3) 3 defa 4) 3 ve üzeri 5) Hiç (Düzenli iş)

35) Kullandığınız Madde çalışmanıza engel oluşturuyor mu?

- 1)Evet 2) Hayır

36) Madde etkisinde çalışabiliyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır

37) Mesleğiniz var mı?

- 1) Evet 2)Hayır

38) Varsa nedir?

.....

39) Sosyal güvenceniz var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

40) Aylık geliriniz ne kadardır?

- 1)Asgari Ücret altında 2) Asgari Ücret 3) 1500-2000TL
4) 2001-3000TL 5) 3001 ve Üzeri 6) Gelirim Yok

41) Madde kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

- 1)Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğu zaman 5) Neredeyse her zaman

42) Aylık kazancınızın ne kadarını maddeye/alkole harcıyorsunuz?

- 1)Hepsini 2) Kazancımın yarısını 3) Üçte birini 4) Dörtte birini 5) Hiç
Harcamıyorum

AİLE BİLGİLERİ

43) Kiminle yaşıyorsunuz?

- 1)Anne baba ile birlikte 2) Anne ile 3)Baba ile 4) Eşi ile 5) Yalnız
6) Akrabalarla 7) Yurtta 8) Arkadaşlarla 9) Diğer.....(Belirtiniz)

44) Anne ve babanızla olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- 1)Annem babam yok 2) Çok iyi 3) İyi 4) Orta 5) Kötü 6) Çok kötü

45) Kardeşiniz var mı?

- 1) Evet 2)Hayır

46) Aileniz madde kullandığınızı ilk ne zaman fark etti/öğrendi?

- 1)1 -3 ay önce 2) 4-6 ay önce 3) 7-9 ay önce 4) 1-2 yıl sonra
5) 3-4 yıl sonra 6) 5-6 yıl sonra 7) 7 yıl ve üzeri sonra

47) Madde kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

- 1)Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğu zaman 5) Neredeyse her zaman

48) Ailen madde kullandığını öğrendiğinde tepkisi ne oldu?

- 1)Hayal kırıklığı 2) Suçluluk 3) İnkâr 4) Ümitsizlik
5) Şaşkınlık ve ne yapacağını bilememe 6)Öfke 7) Utanç
8) Korku 9) Bunların hepsi 10) Diğer

49) Annenizin Eğitim Durumu nedir?

- 1)Okur yazar değil 2)Sadece Okur yazar 3)İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise
6)Yüksek Okul 7) Üniversite 8)Yüksek Lisans ve Üstü

50) Annenizin Mesleği nedir?

.....

51) Babanızın Eğitim Durumu nedir?

- 1)Okur yazar değil 2)Sadece Okur yazar 3)İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise
6)Yüksek Okul 7)Üniversite 8)Yüksek Lisans ve Üstü

52) Babanızın mesleği nedir?

.....

53) Ailenizde Fiziksel veya Ruhsal Hastalığı Olan Var mı? (Bu soruya cevabınız HAYIR ise 55. Soruya geçiniz)

- 1)Evet 2) Hayır

54) Evet ise kim?

- 1)Anne 2)Baba 3)Kardeşim
4)Diğer.....(Belirtiniz)

55) Ailenizde Madde veya Alkol Kullanan veya Kullanış mı Biri Var mı?(Bu soruya cevabınız HAYIR ise 57. Soruya geçiniz)

- 1)Evet 2)Hayır

56) Evet ise kim?

- 1)Anne 2)Baba 3)Kardeşim 4)Diğer

57) Ailenizde kimler çalışıyor?

- 1)Annem 2)Babam 3)Kardeşim 4 Diğer.....(Belirtiniz)

58) Konut durumunuz nedir?

- 1)Ev sahibi 2)Kiracı 3) Kira Ödemeden oturuyor

DiĞERBİLGİLER(İlişkiler, Beklentiler vb)

59) Ailen ve arkadaşların dışında olan ve ihtiyacın olduğunda yanında olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var mı?

- 1)Evet 2) Hayır

60) Ailen ve arkadaşların dışında olan ve sevinç ve kederini paylaşabileceğin bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var mı?

- 1)Evet 2) Hayır

61) Madde kullanmak arkadaş ve diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

- 1)Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğu zaman 5) Her zaman

62) Kurumumuzdan (GADEM) nasıl haberdar oldunuz?

.....

63) GADEM’de yapılan görüşme sonucunda Tıbbi tedaviyi kabul etti mi?

- 1)Evet 2)Hayır

64) Yerel yönetimler (Belediye) sizce madde bağımlılığı alanında çalışmalı mı?

- 1)Evet 2) Hayır

65) Yerel Yönetimler (belediye) tarafından ne tür destek almak istersiniz?

- 1)Ekonomik 2)Barınma 3)Meslek 4)Eğitim
5)Boş zaman 6)Diğer (psikolojik destek vb) 7)Bunların hepsi

66) Size göre yerel yönetimler, sizlere yönelik sosyal rehabilitasyonunuz, topluma yeniden kazandırılmanız adına yeterli düzenleme ve çalışmalar yapıp yapmadığı hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1)Evet, yapılmaktadır
2)Hayır, yapılmamaktadır.
3)Evet, yapılmakta ancak yeterli değildir.

67) Sizce madde bağımlılığı tedavisinde yaşanan en önemli sorun/lar nedir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1)Tedavi merkezlerinin yaşanılan merkeze uzak olması
2) Tedavi için ileri bir tarihe randevu verilmesi
3) Yeterli motivasyonun olmaması yada var olan motivasyonun çok çabuk kaybedilebilmesi
4) Ailenin davranış konusunda değişime dirençli olması
5) Vakit geçirecek mekanların olmaması ya da yetersiz olması

68) Gadem e müracaat ettikten sonra aile ilişkilerinizde olumlu değişiklikler oldu mu?

- 1)Hiçbir zaman
2)Nadiren
3)Bazen
4)Çoğu zaman
5)Her zaman

69) Gadem'deki meslek elemanlarını yeterli buluyor musunuz?

- 1)Hayır yeterli değil
2)Kısmen, yeterli
3)Evet, yeterli

70) Gadem'deki sosyal faaliyetleri yeterli ve yararlı olduğunu düşünüyor musun?

- 1)Yeterli
2)Kısmen Yeterli
3)Evet yeterli

Katılımcı ile Görüşen Araştırmacı

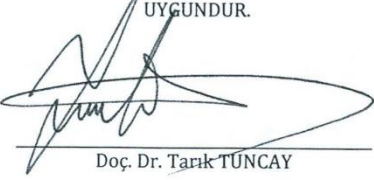
Adı soyadı, unvanı: Kamil ATEŞ, Sosyal Hizmet Uzmanı
Adres: Akçağlayan Mah. Kirazlı Sk. 2/2 Yıldırım /BURSA
Tel: 0 551 242 93 **

İmza

Sorumlu Araştırmacının

Adı soyadı, unvanı: Tarık TUNCAY, Doç.Dr.
Adres: Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Beytepe Ankara
Tel: 0 505 649 39 *

EK 3: Orijinallik Raporu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA	
Tarih: 11/12/2017	
Tez Başlığı / Konusu: Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği	
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 150 sayfalık kısmına ilişkin, 09/12/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 12'dir.	
Uygulanan filtrelemeler: 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, 2- Kaynakça hariç 3- Alıntılar hariç/dâhil 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
	
Adı Soyadı: Kamil ATEŞ	
Öğrenci No: N13224888	
Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET	
Programı: SOSYAL HİZMET-YÜKSEK LİSANS	
Statüsü: ☒ Y.Lisans ☐ Doktora ☐ Bütünleşik Dr.	
<u>DANIŞMAN ONAYI</u>	
UYGUNDUR.  Doç. Dr. Tarık TUNCA	



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
THESIS/DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
TO THE DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

Date: 11/12/2017

Thesis Title / Topic: The Role Of Local Managements In The Social Rehabilitation Of Substance Abusers-The Case Of Bursa

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options stated below on 09/12/2017 for the total of 150 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 12 %.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

11.12.2017

Name Surname: Kamil ATEŞ

Student No: N13224888

Department: SOCIAL WORK

Program: SOCIAL WORK-MASTER

Status: ☒ Masters ☐ Ph.D. ☐ Integrated Ph.D.

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

Ascc. Prof. Tarık TUNCAY

EK 4: Veli/Vasi Onay Formu

MADDE BAĞIMLILARININ SOSYAL REHABİLİTASYONUNDA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ-BURSA İLİ ÖRNEĞİ ARAŞTIRMASI

VELİ/VASİ ONAY FORMU

Sayın Veli veya Vasi,

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi Kamil ATEŞ tarafından yürütülmektedir.

Araştırmanın ana amacı, madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetlerin yararlanıcıların gözünden incelemektir. Araştırmada, yerel yönetimlerin özellikle de belediyelerin sosyal politikaların en güncel ve en önemli konularından birisi olan madde bağımlılarının tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonu konusuna dikkatini çekmek, farkındalık oluşturmak ve açılacak yeni merkezler ile Türkiye'yi saran bu sorunun çözümüne katkı sağlamaktır.

Bu amaç doğrultusunda, çocuğunuzdan beş (5) ana bölümden ve toplam 70 sorudan oluşan anket sorularını cevaplamasını isteyeceğiz ve cevaplarını yazılı biçimde toplayacağız. Sizden çocuğunuzun katılımcı olmasıyla ilgili izin istediğimiz gibi, çalışmaya başlamadan çocuğunuzdan da sözlü/yazılı olarak katılımıyla ilgili rızası mutlaka alınacak.

Çocuğunuzdan alacağımız cevaplar tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçla (yayın, konferans sunumu, vb.) kullanılacak, çocuğunuzun ya da sizin ismi ve kimlik bilgileriniz, hiçbir şekilde kimseyle paylaşılmayacaktır.

Katılım sırasında sorulan sorulardan ya da herhangi bir uygulama ile ilgili başka bir nedenden ötürü çocuğunuz kendisini rahatsız hissettiğini belirtirse, ya da kendi belirtmese de araştırmacı çocuğun rahatsız olduğunu öngörürse, çalışmaya sorular tamamlanmadan ve derhal son verilecektir. Şayet siz çocuğunuzun rahatsız olduğunu hissederseniz, böyle bir durumda çalışmadan sorumlu kişiye çocuğunuzun çalışmadan ayrılmasını istediğinizi söylemeniz yeterli olacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz: Çalışmaya katılımınızın sonrasında, bu çalışmayla ilgili sorularınız yazılı/sözlü biçimde cevaplandırılacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Sosyal Hizmet Bölümü öğretim elemanlarından Doç. Dr.

Tarık TUNCAY ile (e-posta: tariktuncay@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,

Doç. Dr. Tarık TUNCAY

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Sosyal Hizmet Bölümü

E-posta: tariktuncay@gmail.com

İmza:

Yardımcı Araştırmacı

Kamil ATEŞ, Sosyal Hizmet Uzmanı

Tel: 0 551 242 93 59

İmza

Lütfen bu araştırmaya katılmak konusundaki tercihinizi aşağıdaki seçeneklerden size en uygun gelenin altına imzanızı atarak belirtiniz.

A) Bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve çocuğum’nın da katılımcı olmasına **izin veriyorum**. Çalışmayı istediğim zaman yarıda kesip bırakabileceğimi biliyorum ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum.

Veli/Vasi Adı Soyadı:

İmza:

B) Bu çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum ve çocuğumun’nın da katılımcı olmasına **izin vermiyorum**.

Veli/Vasi Adı Soyadı:

İmza:

EK 5: Çocuk Rıza Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU

Sevgili Danışanım,

Benim adım Kamil ATEŞ, Bursa ilinde madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimlerin rolü üzerine ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırmayı yapmak istememizin amacı, madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonunda yerel yönetimler tarafından verilen hizmetlerin yararlanıcıların gözünden incelemektir. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben ve Doç. Dr. Tarık TUNCAY ile birlikte yapıyoruz. Bu kapsamda, mevcut resmi sizin kendinize ve deneyimlerinize özgü tecrübelerinizle bağımlılık süreci ve beklentilerinizi anlamak, açtığımız bu merkezi ne kadar gerekli olduğu diğer belediyelere de göstermek istiyoruz. Bu çalışmaya vereceğiniz katkılar bu alanda çalışan ve daha sonra çalışacak olan uzmanlara yardımcı ve yol gösterici olacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Çalışmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda vazgeçebilir ve bu durum size hiç bir sorumluluk getirmeyecektir. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Çalışma esnasında rahatsızlık hissedildiğinde çalışmadan çekilebileceğinizi ve rahatsızlığınızın giderilmesi için gereken yardım size sağlanacaktır. Çalışmaya onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmemeniz oldukça önemlidir.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailine bu formun bir kopyası verilecektir.

Tarih:

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

[18 Yaş altı çocuk ve ergenlerin katılımcı olduğu çalışmalarda;]

Velisinin adı, soyadı:

imzası:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Kamil ATEŞ, Sosyal Hizmet Uzmanı

Adres: Akçağlayan Mah. Kirazlı Sk. 2/2 Yıldırım /BURSA

Tel: 0 551 242 93 **

İmza

Sorumlu Araştırmacının

Adı soyadı, unvanı: Tarık TUNCAY, Doç.Dr.

Adres: Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Beytepe Ankara

Tel: 0 505 649 39 24**

İmza

EK 6-A: Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Bilimsel Çalışmaları Destekleme Yazısı



SAYI: 36699147-821.07-434

31/10/2016

KONU: Bilimsel Çalışmaların Desteklenmesi Hk.

Sn. Doç. Dr. Tarık TUNCAY
Hacettepe Üniversitesi

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Dünya Sağlık Örgütü'nün başlatmış olduğu “**Sağlıklı Şehirler Projesi**” nin Türkiye’de benimsenmesi ve bu hareketin yaygınlaştırılması amacıyla 2005 yılında Bursa Büyükşehir Belediyesi’nin önderliğinde, 10 belediyenin katılımı ile kurulmuş bir mahalli idareler birliğidir. Günümüzde 64 üyesi bulunan Birlik, belediyelere yönelik kent ve kent sağlığı ile ilgili konferanslar yapmakta, yayınlar hazırlamakta ve eğitimler vermektedir. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağına üye olan Birliğin Başkanlığı kuruluşundan bugüne Bursa Büyükşehir Belediyesi Başkanı tarafından yürütülmektedir.

5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Tüzüğü ile Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Bilimsel Çalışmaları Destekleme Yönetmeliği esas alınarak alınan 28.05.2016 tarihli ve 9 sayılı meclis kararı ile üye belediyelerimizin sınırları içerisinde bulunan Devlet Üniversitelerinde Yüksek Lisans, Tıpta Uzmanlık ve Doktora tezi hazırlayan öğrencilere destek verilmesi kararlaştırılmıştır.

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği internet sitesi aracılığıyla alınan başvurular, Danışma Kurulu ve Encümenimiz tarafından incelenmiş olup destek alması uygun görülen öğrenciler Birliğin internet sitesinde açıklanmıştır.

N13224888 numaralı Yüksek Lisans öğrenciniz Kamil ATEŞ’in başvurusunun Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği tarafından desteklenmesi uygun görülmüştür, bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla.

Murat AR
Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği
Müdür V.

EK 6-B: Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Bilimsel Çalışmaları Destekleme Yazısı



SAYI: 36699147-821.07-433
KONU: Bilimsel Çalışmaların Desteklenmesi Hk.

31/10/2016

Sn. Kamil ATEŞ
Hacettepe Üniversitesi

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Dünya Sağlık Örgütü'nün başlatmış olduğu "**Sağlıklı Şehirler Projesi**" nin Türkiye'de benimsenmesi ve bu hareketin yaygınlaştırılması amacıyla 2005 yılında Bursa Büyükşehir Belediyesi'nin önderliğinde, 10 belediyenin katılımı ile kurulmuş bir mahalli idareler birliğidir. Günümüzde 64 üyesi bulunan Birlik, belediyelere yönelik kent ve kent sağlığı ile ilgili konferanslar yapmakta, yayınlar hazırlamakta ve eğitimler vermektedir. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağına üye olan Birliğin Başkanlığı kuruluşundan bugüne Bursa Büyükşehir Belediyesi Başkanı tarafından yürütülmektedir.

5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Tüzüğü ile Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Bilimsel Çalışmaları Destekleme Yönetmeliği esas alınarak alınan 28.05.2016 tarihli ve 9 sayılı meclis kararı ile üye belediyelerimizin sınırları içerisinde bulunan Devlet Üniversitelerinde Yüksek Lisans, Tıpta Uzmanlık ve Doktora tezi hazırlayan öğrencilere destek verilmesi kararlaştırılmıştır.

Yapmış olduğunuz başvurunuz, Danışma Kurulu ve Encümenimiz tarafından incelenmiş ve tez desteği almanız uygun görülmüştür. **31 Ekim – 11 Kasım 2016** tarihleri arasında Danışmanınızın imzalı onayı ile birlikte sözleşme imzalamak üzere Bursa'da bulunan Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Hizmet binasına gelmenizi rica ederim.

Saygılarımla.

Murat AR
Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği
Müdür V.

EK 7: H.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -650

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 24 NİSAN 2017 PAZARTESİ
Toplantı No : 2017/11
Proje No : GO 17/283 (Değerlendirme Tarihi: 29.03.2017)
Karar No : GO 17/283- 26

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Tarık TUNCAY' ın sorumlu araştırmacı olduğu, Kamil ATEŞ' in yüksek lisans tez olan, GO 17/283 kayıt numaralı, "*Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü-Bursa İli Örneği*" başlıklı proje önerisi araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

1.Prof. Dr. Nurtan AKARSU (Başkan)	İZİNLİ	10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)
2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Üye)		11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye)		12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)
İZİNLİ		
4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye)		13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye)	İZİNLİ	14.Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)
İZİNLİ		
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)		15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)		16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)
8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)		17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGEL (Üye)
9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye)		18. Av. Meltem ONURLU (Üye)

EK 8: Gadem Araştırma İdari İzni



T.C.
BURSA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı
Sağlık İşleri Şube Müdürlüğü



Sayı : 73639436-311.12.99- E.91988
Konu : Araştırma idari izni

29.5.2017

Sayın KAMİL ATEŞ

İlgi: 25.05.2017 tarih ve 90696 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçenize istinaden, Gençlik ve Aile Destek Merkezi bünyesinde "Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonundan Yerel Yönetimlerin Rolü - Bursa İli Örneği" başlıklı teziniz için gerekli idari izinler Kurumumuzca uygun görülmüştür.

Neşet ÇAKMAKLI
Belediye Başkanı a.
Genel Sekreter Yardımcısı



Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre imzalanmıştır. Aslını görmek için <https://e-belediye.bursa.bel.tr/online/evrak/d.aspx/> adresine [dac489b7-cd97-4299-a7d0-6d0396d25dc7](https://e-belediye.bursa.bel.tr/online/evrak/d.aspx/) kodunu giriniz ya da varsa belge karekodunu okutunuz.

Zafer Mah. Ankara Yolu Cd. No: 1 16240 OSMANGAZİ / BURSA
Telefon : 444 16 00
Elektronik Ağ: www.bursa.bel.tr



Bilgi için: İlker KARAMAN
Teknisyen
Telefon: 444 16 00 (3232)
Ref.No: 11453204

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Kamil ATEŞ
Doğum Yeri ve Tarihi : Gürpınar-1990

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi :Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
Yüksek Lisans Öğrenimi :Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Stajlar :Ankara Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Çalıştığı Kurumlar :**1.Ankara Büyükşehir Belediyesi**

1.1. İtfaiye Dairesi Başkanlığı

1.2. Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

2. Bursa Büyükşehir Belediyesi

1.1. Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

1.2. Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı

3. Iğdır Üniversitesi

3.1. Tuzluca MYO Sosyal Hizmetler ve Danışmanlık Bölümü

İletişim

E-Posta Adresi :kmlats65@gmail.com

Tarih : 26.12.2017