T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

# PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞINI TEDAVİ ETMEDE SAĞLIK SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayten KAYA KILIÇ

Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet
Enstitü Bilim Dalı: Sosyal Hizmet

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Recep YILDIZ

HAZİRAN - 2012

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

# PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞINI TEDAVİ ETMEDE SAĞLIK SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ

## YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Ayten KAYA KILIÇ (421200904)**

**Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet**
**Enstitü Bilim Dalı: Sosyal Hizmet**

**Bu tez 29/06/2012 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir**

| Prof. Dr. Bedriye TUNÇSİPER | Doç. Dr. Mesut BAŞAK | Yard.Doç.Dr. Recep YILDIZ |
|---|---|---|
| **Jüri Başkanı** | **Jüri Üyesi** | **Jüri Üyesi** |
| ☒ Kabul | ☒ Kabul | ☒ Kabul |
| ☐ Red | ☐ Red | ☐ Red |
| ☐ Düzeltme | ☐ Düzeltme | ☐ Düzeltme |

## BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Ayten KAYA KILIÇ**
**01.06.2012**

# ÖNSÖZ

Madde bağımlılık tedavi merkezlerinde, bağımlı bireylerin tedavi hizmetlerinden en üst seviyede faydalanmalarını sağlamak sağlık sisteminin görevidir. Bu nedenle, etkin hizmet sunumunu engelleyici sorunların bütüncül bir anlayış ile ele alınması gerekmektedir. Bu doğrultuda yaptığımız bu çalışmada, bağımlılık tedavi hizmetlerinde ortaya çıkan sorunlar ile nedenleri tespit edilmeye çalışılmış, bu sorunların çözüm yollarının belirlenmesi yönünde tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının bilgi ve katkılarının alınması sağlanmıştır.

Akademik bir çalışmanın gerektirdiği tüm zorlu süreci öğrenmem konusunda engin bilgilerini benimle paylaşan sevgili hocam, Sayın Yrd.Doç.Dr. Recep Yıldız'a,

Veri toplama sürecinde, yardımlarını benden esirgemeyen sevgili Sevda ile Dr. Nilgün Uzun'a, teşekkürlerimi sunarım.

**Ayten KAYA KILIÇ**
**01 Haziran 2012**

# İÇİNDEKİLER

sayfa
**İÇİNDEKİLER**.....i
**KISALTMALAR LİSTESİ**.....v
**TABLOLAR LİSTESİ**.....vi
**ŞEKİLLER LİSTESİ**.....ix
**ÖZET**.....x
**SUMMARY**.....xi
**GİRİŞ**.....1

**BİRİNCİ BÖLÜM**

**PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞI VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

1.1.Psikoaktif Maddeler ve Bağımlılığı ..... 3
1.1.1.Dünyada Psikoaktif Maddeler ..... 4
1.1.1.1.Ortaya Çıkışı ..... 5
1.1.1.2.Kullanımları ..... 6
1.1.1.3.Yasal Düzenlemeler ..... 7
1.1.2.Türk Toplumunda Psikoaktif Maddeler ..... 8
1.1.2.1.Ortaya Çıkışı ..... 8
1.1.2.2.Kullanımları ..... 9
1.1.2.3.Yasal Düzenlemeler ..... 10
1.1.3.Psikoaktif Madde Bağımlılığının Tanımı, Temel Göstergeleri ..... 12
1.2.Bağımlılık Yapan Psikoaktif Maddelerin Sınıflandırılması ..... 14
1.3.Uyuşturucu Madde Kullanma Nedenleri ..... 16
1.4.Tedavi Yöntemleri ..... 17
1.4.1.Dönemlere Göre Tedavi Yöntemleri ..... 18
1.4.1.1.Arındırma Dönemi (Detoksifikasyon) ..... 19
1.4.1.2.Erken İyileşme Dönemi ..... 19
1.4.1.3.Gelişim Dönemi ..... 20
1.4.2.Tedavide Yer Alan Uygulamalar ..... 20

1.4.2.1.Bilinçlendirme/Bilgilendirme ..... 21
1.4.2.2. İletişim Becerileri ve Problem Çözme Eğitimi ..... 22
1.4.2.3.Öfke İle Baş Etme Beceri Eğitimi ..... 22
1.4.2.4.Madde Teklifini Reddetme Beceri Eğitimi ..... 23
1.4.2.5.Günlük Grup Oturumu ..... 24
1.4.2.6.Boş Zaman Becerileri ..... 24
1.4.2.7.Aile Tedavisi ..... 25
1.5.Türkiye'de Madde Kullanıcılarına İlişkin İstatistiksel Bilgiler ..... 25

## İKİNCİ BÖLÜM
## TÜRKİYE'DE PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞINDA TEDAVİ HİZMETİ VERİLEN SAĞLIK KURULUŞLARI

2.1.Psikoaktif Madde Bağımlılığında Tedavi Hizmeti Verilen Sağlık Kuruluşları ..... 28
2.1.1.AMATEM ..... 29
2.2.Madde Bağımlılığı Tedavi Ekibinde Çalışan Sağlık Personeli ..... 31
2.2.1.Psikiyatri Hekimi, Hemşire, Psikolog ve Psikiyatrik Sosyal Çalışmacı ..... 31
2.2.2.1.Psikiyatri hekimi ..... 32
2.2.2.2.Psikiyatri hemşiresi ..... 33
2.2.2.3.Psikolog ..... 34
2.2.2.4.Psikiyatrik sosyal çalışmacı ..... 34
2.2.2.Tedavi Merkezlerinde Görevlendirilen Sağlık Personel Sayısı ..... 35
2.2.3.Sağlık Personelinin Tedaviye İlişkin Aldıkları Eğitim ..... 36
2.2.4.Tedavi Hizmetlerinde Yer Almak İçin Personel Seçilme Kriterleri ..... 37
2.2.5.Sağlık Personelini Motiveye Dönük Politikalar ..... 37
2.3.Sağlık Kuruluşları ve Personelinin Tedavideki Yasal Dayanakları ..... 38
2.4.Tedavi Merkezlerine Ulaşılabilirlik Açısından Bölgesel Dağılım ..... 39

2.5.Taburculuk Sonrası Denetimle İlgili Düzenlemeler ..... 40

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
## PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİNDE SAĞLIK SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİNE DÖNÜK BULGU VE YORUMLAR

3.1. Araştırma Hakkında ..... 42
3.1.1.Araştırmanın Problemi ..... 42
3.1.2.Araştırmanın Amacı ..... 44
3.1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 45
3.1.4.Araştırmanın Sayıltıları ..... 45
3.1.5.Araştırmanın Genel Hipotezi ..... 45
3.1.5.1.Alt hipotezler ..... 45
3.1.6.Araştırmanın Yöntemi ..... 46
3.1.6.1.Araştırmanın Modeli ..... 46
3.1.6.2.Evren ve Örneklem ..... 47
3.1.6.3.Veri Toplama Araçları ..... 48
3.1.7. Araştırmada kullanılacak tanımlar ..... 48
3.2. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması ..... 49
3.2.1.Ankete Katılanlar Hakkında İstatistikî Bilgiler ..... 49
3.2.2.Merkezlerde Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Yeterliliği ..... 52
3.2.3.Personellerin Madde Bağımlılığı Alanında Aldıkları Eğitimler ..... 56
3.2.4. Personel Arasında Görüş Alışverişi, Dayanışma ..... 60
3.2.5.Tedavi Merkezinde Karşılaşılan Sorunlar ..... 67
3.2.6.Mesleğe Dönük Yasal Düzenlemelere Dair Düşünceler ..... 73
3.2.7. Merkezlerin Sayıca Yeterliliği ..... 74
3.2.8.Merkezlerde Çalışanların İş Memnuniyetleri ..... 78

3.2.9. Merkezde Etkin Hizmet Sunumu ve Motivasyon Sağlayıcı Etmenler ..... 81

**SONUÇ VE ÖNERİLER**.....90
**KAYNAKÇA** ..... 96
**EKLER**.....105
EK- A. Bilgi Toplama Aracı (Anket).....106
EK -B. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği.....109
**ÖZGEÇMİŞ**.....126

## KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| **s.** | : Sayfa |
| **akt.** | : Aktaran |
| **vd.** | : ve diğerleri |
| **T.C.** | : Türkiye Cumhuriyeti |
| **T.B.M.M.** | : Türkiye Büyük Millet Meclisi |
| **A.B.D.** | : Amerika Birleşik Devletleri |
| **AB** | : Avrupa Birliği |
| **AMATEM** | : Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi, Eğitim Merkezi |
| **UNODC** | : Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi |
| **UNDCP** | : Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Programı |
| **EMCDDA** | : Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi |
| **TUBİM** | : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi |
| **EMCDDA** | : Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi |
| **ESPAD** | : Alkol ve Diğer Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi |
| **EGM KOM D.Bşk.** | : Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı |
| **MB MASAK** | : Maliye Bakanlığı Mali Suçlar Araştırma Kurulu |

## TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 1:** 2009 Yılında Tedavi Merkezlerinin İllere Göre Sayıları, Yatak ve Personel Sayısı ile Yatarak ve Ayakta Tedavi Edilen Hasta Sayıları.....30

**Tablo 2:** Katılımcıların Cinsiyet Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....49

**Tablo 3:** Katılımcıların Yaş Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....50

**Tablo 4:** Katılımcıların Öğrenim Durum Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....50

**Tablo 5:** Katılımcıların Meslek Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....50

**Tablo 6:** Katılımcıların Kamu ve Özel Madde Bağımlılığı Tedavi merkezlerinde Görev Alma Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....51

**Tablo 7:** Katılımcıların Görevlendirilme Şekil Dağılımı Frekans Tablosu.....51

**Tablo 8:** Tedavi Merkezinde Çalışma Süresi Dağılım Frekans Tablosu.....51

**Tablo 9:** Katılımcıların Merkezde Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Yeterliliği İle İlgili Düşünce Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....52

**Tablo 10:** Katılımcıların Alternatif Tedavi Yöntemleri İle İlgili Düşünce Durumlarını Gösteren Frekans Tablosu.....52

**Tablo 11:** Alternatif Tedavi Yöntemlerini Gösteren Frekans Tablosu.....52

**Tablo 12:** Kurum İle Merkezde Uygulanan Tedavi Yöntemleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....53

**Tablo 13:** Merkezde Uygulanan Tedavi Yöntemleri ile Alternatif Tedavi Yöntemleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....54

**Tablo 14:** Taburcu Olan Hastaların Tekrar Maddeye Başlama Durumları Hakkındaki Katılımcıların Düşüncelerini Gösteren Frekans Tablosu.....55

**Tablo 15:** Hizmet içi Eğitime Katılma Sayısı Frekans Tablosu.....58

**Tablo 16:** Öğrenim Durumu İle Hizmet İçi Eğitime Katılma Sayısı Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....58

**Tablo 17:** Katılımcıların Yaşları İle Hizmet İçi Eğitime Katılma Sayısı Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....59

**Tablo 18:** Katılımcıların Görüşlerine Başvurulma Durum Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....60

**Tablo 19:** Katılımcıların Hizmet Verdikleri Kurumda, Görüşüne Sıklıkla Başvurduğu Meslek Elemanı Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....61

**Tablo 20**: Katılımcıların Çalıştıkları Kurumda, Kendi Görüşüne Başvuran Meslek Elemanlarının Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....61
**Tablo 21:** Görüşüne Başvurmak Açısından Merkezde Çalışma Süresinin Önemli Olma Durum Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....62
**Tablo 22:** Katılımcıların Meslekleri İle Görüşüne Başvurulma Açısından Çalışma Süresinin Önemi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....62
**Tablo 23**: Katılımcıların Çalışma Süresi İle Sağlık Çalışanlarının Görüşlerine Başvuru Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....63
**Tablo 24**: Kurum İle Sağlık Çalışanın Görüşüne Başvurduğu Meslek Elemanı Arasında İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....64
**Tablo 25:** Kurum İle Sağlık Çalışanının Kendi Görüşüne Başvuran Meslek Elemanları Arasında İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....65
**Tablo 26:** Katılımcıların Çalıştıkları Kurumda Karşılaştıkları En Önemli Sorunların Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....67
**Tablo 27**: Katılımcıların Kurumda Bağımlı Birey ve Ailesi İle İlgili Karşılaştıkları Sorunların Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....67
**Tablo 28:** Tedavi Merkezinde Sağlık Çalışanları Arasında Yaşanan En Önemli Sorun Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....67
**Tablo 29:** Katılımcıların Öğrenim Durumu İle Merkezde Karşılaşılan En Önemli Sorun Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....68
**Tablo 30**: Katılımcıların Öğrenim Durumu İle Bağımlı Birey ve Ailesi İle Yaşanan Sorun Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....69
**Tablo 31**: Katılımcıların Çalışma Süresi İle Bağımlı Birey ve Ailesi İle Yaşanan Sorun Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....69
**Tablo 32**: Kurum İle Merkezde Sağlık Çalışanları İle Yaşanan Sorunlar Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....71
**Tablo 33:** Katılımcıların Çalışma Süreleri İle Merkezde Sağlık Çalışanları İle Yaşanan Sorunlar Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....72
**Tablo 34**: Katılımcıların Yasal Düzenlemelerle İlgili Düşünce Dağılımı Frekans Tablosu.....73
**Tablo 35:** Kurum İle Uygulanan Yasal Düzenlemelere ilişkin Düşünceleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....74

**Tablo 36**: Katılımcıların, Türkiye Genelindeki Merkez Sayıları ve Ulaşılabilirliği İle İlgili Düşünce Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....74
**Tablo 37**: Türkiye Genelindeki Merkez Sayılarının Yetersiz Olma Nedenleri Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....75
**Tablo 38**: Katılımcıların Çalışma Süresi İle Ülke Genelinde Merkez Sayıları ve Ulaşılabilirliği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....75
**Tablo 39**: Sağlık Sistemindeki Sorunları En Fazla Etkileyen Unsurlar Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....77
**Tablo 40**: Katılımcıların İş Memnuniyet Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....78
**Tablo 41**: Katılımcıların Merkezden Ayrılmayı Düşünme Dağılımı Frekans Tablosu..79
**Tablo 42**: Kurum İle Katılımcıların İş Memnuniyetleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....79
**Tablo 43**: Katılımcıların Tedavi Merkezinden Ayrılmayı Düşünme İle İş Memnuniyeti Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....79
**Tablo 44**: Merkezde Etkin Hizmet Sunum Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....81
**Tablo 45**: Merkezde Etkin Hizmet Sunum Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....81
**Tablo 46**: Merkezde Etkin Hizmet Sunum Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....82
**Tablo 47**: Kurum İle Katılımcıların Görevlendirilme Şekilleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....82
**Tablo 48**: Kurum İle Tedavi Merkezinde Etkili Hizmet Sunumu Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....83
**Tablo 49**: Sağlık Çalışanları ile Yaşanan Sorunlar İle Tedavi Merkezinde Etkili Hizmet Sunumu Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....85
**Tablo 50**: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Artırmaya Yönelik İdari Yöntem ve Önlemlerin Dağılımını Gösteren Frekans Tablosu.....86
**Tablo 51**: Katılımcıların Meslekleri ile Motivasyon Artırmaya Yönelik İdari Önlem ve Yöntemler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....87
**Tablo 52**: Katılımcıların Tedavi Merkezinden Ayrılmayı Düşünceleri İle Merkezde Motivasyonu Artırmaya Yönelik İdari Önlem ve Yöntem Arasındaki İlişkiyi Gösteren Çapraz Tablo.....88

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Grafik 1:** Katılımcıların Tedavi Merkezinde Görevlendirilme Öncesi Madde Bağımlılığı ve Tedavi Eğitimini Alma Durumu.....56

**Grafik 2:** Katılımcıların Tedavi Merkezinde Görevlendirilme Sonrası Madde Bağımlılığı ve Tedavisi Eğitimini Alma Durumu.....56

**Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti**

**Tezin Başlığı:** Psikoaktif Madde Bağımlılığını Tedavi Etmede Sağlık Sisteminin Etkinliği

**Tezin Yazarı:** Ayten KAYA KILIÇ **Danışman:** Yrd.Doç.Dr. Recep YILDIZ

**Kabul Tarihi:** 29.06.2012 **Sayfa sayısı:** XI (ön kısım) +104 (tez) + 22 (ekler)

**Anabilim Dalı:** Sosyal Hizmet **Bilim Dalı:** Sosyal Hizmet

Psikoaktif madde kullanımı, günümüzde metropollerden küçük kent merkezlerine kadar her alanda görülmeye başlanan, sosyo-ekonomik ve kültürel statü farklılıkları tanımayan önemli bir sosyal sorundur. Psikoaktif madde kullanımı sonucunda gelişen bağımlılığın ortadan kaldırılması yönünde bağımlı bireylere ulaşılması, tedavi olmaların sağlanması, topluma tekrar sağlıklı bireyler olarak kazandırılması toplumsal ruh sağlığının korunması açısından gereklidir. Bu doğrultuda araştırmamız, psikoaktif madde bağımlılık tedavi merkezlerinde verilen hizmetlerin etkinliği hakkında bilgi almak, hizmetlerin verilmesinde ortaya çıkan sorunları belirlemek, bu sorunların ortadan kaldırılması ile ilgili bilgilere ulaşmada bu alanda çalışan profesyonel meslek elemanlarının görüşlerini almak ve bu hizmetlere ihtiyacı olan kişilere daha iyi hizmet sunacak birimlerin oluşmasını sağlamak amacı ile yapılmıştır.

Araştırmamızda tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmamızın örneklemini, İstanbul ilinde bulunan kamu ve özel madde bağımlılık tedavi ve araştırma merkezlerinde görevli sağlık çalışanları oluşturmaktadır. İstanbul ilindeki tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanların %75,5'ine anket uygulaması yapılmıştır. Çalışmanın hipotezlerini analiz etmek için peorsan ki-kare testi uygulanmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen bulgularda, sağlık personellerin görevlendirme usullerinde yetersizlikler olduğu, tedavi merkezlerinde sosyal hizmet meslek elemanının istihdamının yeterli düzeyde yapılmadığı, sağlık personellerin eğitim almadan göreve başlatıldıkları, sağlık personellerin hizmet içi eğitimlere katılım sayılarında eşitsizlikler olduğu, hizmet alan bireyler ve aileleri ile sağlık çalışanları arasında sorunların yaşandığı, çalışma ortamlarında görevli sağlık çalışanları arasında yetersiz iletişimin olduğu ve mesleğinde yetersiz sağlık çalışanların ekip çalışmasına zarar verdiği, kurumda motivasyon artırıcı çalışmaların yeterli düzeyde yapılmadığı, ülke genelinde merkez sayılarının az olduğu, tedavinin başarıya ulaşmasında ekip içinde uyumlu çalışmanın, madde bağımlılık tedavi ekibinde en az iki yıl deneyim kazanılması gerektiği, sağlık çalışanların süpervizör gözetiminde çalışılmasının gerektiği ve kurum idaresinin desteğinin gerekli olduğu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Psikoaktif Madde Bağımlılığı, Bağımlılık Tedavisi, Tedavi Merkezleri, Sağlık Personeli

**Yalova University of Insitute Social Sciences Master Thesis Summary**


**Thesis Title:** Effectiveness of the Health Care System in the Treatment of Psychoactive Substance Abuse

**Thesis Author:** Ayten KAYA KILIÇ **Advisor:** Assist. Prof. Dr. Recep YILDIZ

**Date of Acceptance:** 29.06.2012 **Total Number of Pages:** XI (pre text)+ 104 (main body) +22 (appendices)

**Department:** Social Service **Field of study:** Social Service

Psychoactive substance use is an important social problem, today began to be seen in every field from metropolises to smaller urban centers, that does not recognize differences between socio-economic and cultural status. As a result of the use of psychoactive substance-dependent individuals to achieve elimination of growing interdependence, ensuring they are treated, as healthy individuals to give back to society is necessary for the protection of public mental health. Research in this direction, psychoactive drug addiction treatment centers to get information about the effectiveness of the services, delivery of services, identify emerging issues, information about these problems in achieving the elimination of the views of professionals working in this field to get a professional and will offer better service to people who need these services units was carried out to ensure the formation.

For our research the scan model was used. The sample of our research, in the province of Istanbul substance addiction treatment and research centers, public and private health professionals were in charge. 75.5% of the employees in charge of health treatment centers in the province of Istanbul survey conducted. To analyze the hypotheses of the study, the Peorson Chi-Square Test was used.

The findings of our study, the inadequacies of health personnel recruitment procedures, treatment centers, social service professions element not done an adequate level of employment, health care personnel start working without formal training , inequalities in health is the number of personnel participation in service training, service problems between the individuals, their families and health professionals experienced, work environments, poor communication among health professionals that charge and occupation enough to harm the health of employees in teamwork, not done sufficient work to improve the institution of motivation, is less than the number of centers across the country, ensuring the success of treatment with the study team, drug addiction treatment team at least should the acquisition of two years experience, working with health care workers should be under the supervision of supervisor support and corporate administration, proved to be fundamental.



**Keywords:** Psychoactive Substance Abuse, Addiction Treatment, Therapy Clinics, Health Personnel.

## GİRİŞ

Çağımıza damgasını vuran hastalıklardan birisi psikoaktif madde bağımlılığıdır. Psikoaktif maddeler, günümüze kadar çoğu toplum tarafından az ya da çok, iyi ya da kötü nedenlerle kullanılmış olmasına rağmen, çağımızdaki kadar hiçbir toplumu bu denli etkilememiştir. Bu etkinin altında, daha farklı, daha etkili ve daha tedavisi zor yeni maddelerin keşfedilmesi, toplumun daha geniş kesiminde, özellikle toplumların dinamik yapısını oluşturan gençler tarafından kullanımının yaygınlaşması ve onların geleceklerini tehlikeye atması olarak sayabiliriz.

Psikoaktif madde kullanımı, kişinin sağlığı açısından ciddi riskleri içinde barındıran, eğitim almasından iş yaşamında çalışmasına, iyi birer ebeveyn olmasına ya da ailesine karşı sorumluluklarını yerine getirmesine engel teşkil edebilen, aile birliğine maddi ve manevi zararları olan önemli bir etkendir. Yüksek dozda kullanılan kokain; kaygı, depresyon, halsizliğe neden olurken, marihuana kişinin motor kontrolünü ortadan kaldırır ve trafik kazalarına neden olur. Aynı enjektörün kullanılması ve kullanıcılar arasında artan sexüel ilişkiler AIDS, hepatit gibi bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olur. Aile içi duygusal ve psikolojik problemlerin yaşanmasına, boşanmalara, çocukların ihmal ve istismar edilmesine yol açmaktadır.

Tüm bu olumsuzluklar sonucu, bağımlı birey, ailesi ve yaşadığı toplum çeşitli yönlerden etkilenmektedir. Geniş kitleler tarafından psikoaktif madde kullanımlarının artması, önleyici çalışmaların tek başına bir anlam ifade etmediğini göstermektedir. Bununla birlikte, madde kullanıcılara ulaşılması ve tedavi edilmelerinin sağlanması yönünde, tıbbi ve psikolojik hizmetlerin sunulması, tekrar topluma kazandırılmalarının sağlanması da bir o kadar önemlidir. Bu anlamda sağlık sisteminde çalışan tüm sağlık personellerine önemli görevler düşmektedir.

Sağlık sisteminde psikoaktif madde bağımlılığında ayaktan ya da yatarak yapılan tedavide, kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin etkin ve güvenilir olması için; madde kullanımının olası sonuçları hakkında ve uygulanacak tedavi ile ilgili gerekli

bilgilendirmenin yapılması, bağımlının tedaviye katılımının sağlanması, ilaca tekrar başlanmasının önlenmesi, bireyin fiziksel ve ruhsal tam iyilik halinin sağlanması, mesleki rehabilitasyonun sağlanarak topluma kazandırılması, aile içi ilişkileri yeniden yapılandırarak bireyin hayata adaptasyonun geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Bağımlılık tedavi hizmeti verilen merkezlerde, kaliteli hizmet sunumu sayesinde tedavide başarı oranı yükselmektedir. Bu başarı, merkezlerde görevlendirilen sağlık personellerinin bağımlılık ve bağımlılık tedavisi eğitimini almalarına, sağlık personeli sayısının yeterli düzeye getirilmesine, bağımlılık tedavi merkez sayılarının artırılmasına ve farklı bölgelerde kurulmasına, sağlık personellerinin daha istekli hizmet vermesi için motivasyon artırıcı çalışmaların yapılmasına ve uygulanmasına bağlıdır.

Tüm bu bilgiler ışığında şekillenen araştırmamızdaki amacımız; tedavi merkezlerinde hizmetlerin sunulmasında ortaya çıkan sorunları belirlemek, bu sorunların ortadan kaldırılması ile ilgili bilgilere ulaşmada tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının bilgi ve katkılarının alınmasını sağlamak, bu hizmetlere ihtiyacı olan kişilere daha iyi hizmet sunacak birimlerin oluşmasını sağlamaktır. Bu anlamda, çalışmamızdan elde edilecek bilgiler, bu alanda çalışan ya da çalışmayı düşünen sağlık personelleri ile kurum idarelerine yol gösterici unsur taşıması nedeni ile önem taşımaktadır.

Çalışmamızın bilimsel altyapısında, dünyada ve Türkiye'de psikoaktif maddelerin ortaya çıkışı, kullanım yaygınlığı ve nedenleri, tedavi yöntemleri ile tedavi hizmeti verilen sağlık kuruluşları, tedavi ekibinde çalışan sağlık personelleri, tedaviye ilişkin alınan eğitimler, personel seçilme kriterleri ve yasal dayanakları, tedavi merkezlerinin bölgesel dağılımları ile ilgili bilgiler verilmiştir.

Araştırmamız metodolojik açıdan nicel bir çalışmadır. Tarama modeli ile yapılan araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde hizmet veren madde bağımlılık tedavi merkezlerinde görevli sağlık personelleri oluşturmaktadır. Araştırmamızın başlangıcında, sağlık personelleri ile mülakat yapılması düşünülmüş ancak, sağlık personellerin yoğun çalışma şartlarında hizmet vermeleri nedeni ile anket uygulaması yapılmasının daha uygun olacağı kararına varılmıştır.

# BİRİNCİ BÖLÜM
# PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞI VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

## 1.1.Psikoaktif Maddeler ve Bağımlılığı

Esrar ve afyon gibi bağımlılık yapan maddelerin kaynağı olan kenevir gibi bitkiler, doğada kendiliğinden yetişmektedir. Bu bitkilerin, insan doğası üzerinde yarattığı etkileri fark eden tüm toplumlar tarafından da çeşitli amaçlarla kullanılmışlardır. İnsanoğlu karşısına çıkan zorluklar ve hastalıklar karşısında yatıştırıcı, ağrı giderici ve uyarıcı nitelikli maddeler kullanarak destek almaya çalışmışlardır. Psikoaktif maddeler, kimi toplumlarda tıbbi amaçlar ile ağrıların giderilmesinde ilaç olarak, kimi toplumlarda ise zevk ve keyif veren bir bitki olarak, kimi toplumlarda dinsel ayinlerde kendinden geçmek (vecd) için kullanılmıştır. 20. yüzyıl başlarında ise, dünyada psikoaktif madde kullanımı giderek yaygınlaşmış, bu doğrultuda dikkatleri üzerine çekmeye başlamış, daha sonraları ise mücadele edilmesi zorunlu hale gelmiş önemli bir toplumsal ruh sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmıştır.

Psikoaktif madde kullanımının olumsuz etkileri ilk olarak bireyde başlamaktadır. Maddeyi kullanmaya başladıktan sonra kişi, zararlarını görmesine rağmen madde kullanmayı sürdürür ve zamanının da büyük bölümünü maddeyi edinmek için geçirir. Zamanla, kullandığı maddeye karşı bağımlılığı gelişen bireyin fizyolojik sağlığı ve akabinde ruhsal sağlığı bozulur. Bunlara ek olarak sosyal işlevselliğinin de zedelenmesi ile birlikte birey, ailesinden, arkadaşlarından ve bulunduğu toplumdan kopuk bir hayatı devam ettirmeye başlar. "Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme, yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir." diyor Ivan Illich. (Illich, 2011: 182). Gençlerin kendilerine ve yaşadıkları topluma faydalı olabilme, sağlıklı yaşlanabilme hakları vardır. Fakat psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılığı gençlerin bu haklarını ellerinden almakta, aileleri ve toplumları bu sorun ile karşı karşıya bırakmaktadır.

### 1.1.1.Dünyada Psikoaktif Maddeler

Avrupa'da uyuşturucu maddeler ile ilk tanışan ülke İngiltere'dir. İngiliz donanması, Orta ve Uzak Asya'ya (Çin, Seylan, Hindistan, Pakistan) yaptığı sömürü yolculukları sonucunda, uyuşturucu maddeler ile tanışmış ve bunları kendi ülkesine taşımıştır. (Uluyazman, 1972: 102-106). Uzak Doğu'dan Avrupa'ya gelen uyuşturucu maddelerin türevlerinin artırılmasında; İngiltere ve Almanya başta gelmektedir. Eroinin İngiltere'de, Barbütüratlar ise bir Alman araştırmacısı tarafından icat edilmiş olması bunu kanıtlamaktadır.

Uyuşturucu maddelerin kullanımının ve tahribatın en yaygın olduğu ülke Amerika'dır. 1950'li yıllardan sonra Amerika toplumunun önemli bir kesimi olan, düşünürler, şairler ve şarkıcıların uyuşturucu maddeler ile ilgili olumlu düşüncelerini toplumla paylaşmaları sonucunda, özellikle gençler arasında özgür düşünme ve davranışta bulunma adına uyuşturucu madde kullanımı yaygınlaşmıştır. (Uluyazman, 1972: 85-87). Günümüzde, marihuana, Amerika'da en popüler yasadışı psikoaktif madde olarak 67 milyondan fazla Amerikalı tarafından kullanılmaktadır. Amerika'da üniversite son sınıf öğrencileri arasında yapılan araştırma sonuçları; her on öğrenciden dördünün marihuanayı denediğini ve yüzde 14'ünün ise düzenli olarak kullandığını ortaya koymaktadır. (Goode, 1993: 35-36).

UNDCP (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Programı) tarafından 1995 yılında hazırlanan raporda; dünyadaki opiumun en çok yetiştirildiği ülkenin Afganistan olduğu, psikoaktif maddelerin yetiştirildiği ülkelerde aynı zamanda kullanıcıların ve bağımlılarında fazla sayıda olması nedeni ile bu ülkelerdeki üretimin azaltılmasını çok zorlayan bir durum olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, Pakistan'da, 650.000 eroin kullanıcısı olduğunun tahmin edildiği ve Coka bitkisinin en fazla yetiştirildiği başlıca ülkelerde; Bolivya, Kolombiya ve Peru, genç nüfus arasında psikoaktif madde kullanım oranlarının çok yüksek olduğu belirtilmektedir. Yine aynı raporda; dünya genelinde psikoaktif madde kullanımının tüm yaş gruplarında görülmesine rağmen en çok görülme sıklığının genç erişkinlerde olduğu ve psikoaktif madde talebinin, yüksek

işsizlik gibi sosyo-ekonomik krizler tarafından etkilenen bölgelerde daha yüksek olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. (UNDCP, 09.10.2011).

Günümüzde, dünya ülkelerinin tamamı psikoaktif madde bağımlılığı ile mücadelede ciddi önlemler almakta ve ekonomilerinin önemli bir kısmını bu sorun ile mücadelede harcamaktadırlar

### 1.1.1.1.Ortaya Çıkışı

Psikoaktif maddelerin tarihsel açıdan başlangıcı 10.000 yıl önceye dayanmaktadır. Arkeologlar, Çin'de bir köyde yaptıklarda kazılarda, içinde esrar otundan tellere sarılmış 10,000 yıllık çömlek parçaları keşfetmişlerdir. (Goode, 1993: 35-36).

Esrar (marihuana) özellikle ılıman iklimde yetişen, Meksika, Afrika, Hindistan, Hint kenevir bitkisinin ürünleridir. Marihuana ilk olarak kement, ip yapımında kullanılmak üzere kenevir olarak yetiştirilmiştir. (Salinger, 1996: 142). Esrar ve afyon gibi bağımlılık yapan maddelerin kaynağı olan kenevir gibi bitkiler, doğada kendiliğinden yetişmektedir. Bu bitkileri ve insan doğası üzerinde yarattığı etkileri fark eden tüm toplumlar tarafından da çeşitli amaçlarla kullanılmışlardır. Eski Mısırlılar, Yunanlılar, Romalılar ve İranlılar haşhaştan afyon çıkararak bunu ağrı ve sızıların dindirilmesinde kullanmışlardır.

Kokain, 1859 yılında koka bitkisinin yapraklarından elde edilmiştir. Güney Amerika yerlileri tarafından koka bitkisinin yaprakları ağızda çiğnenerek rahatlatıcı etkileri nedeni ile kullanılmakta idi. İlk zamanlarda, kokain ve marihuana gibi uyuşturucular büyük oranda beyaz orta sınıf tarafından yasal olarak kullanılmıştır. Alkol ile karıştırılan uyuşturucular tedavi amaçlı şehirlerdeki eczanelerde satılmıştır. (Salinger, 1996: 142).

Barbitüratlar, 1864 yılında Almanya'da 29 yaşındaki araştırmacı Adolf Von Baeyer tarafından icat edilmiştir. Fenobarbital 1912 yılından itibaren ilaç olarak kullanılmaya başlanmış ve çeşitli sağlık problemlerinde kullanılmıştır. (Uzbay, 2006: 2). Bu tarihten sonraki elli yıl içinde 1500 çeşit barbitürat çoğaltılmıştır. Amerika Tıp Birliği

barbitüratların kullanımından doğan zararları açıklamış ve acil önlemlerin alınmasını önermiştir.

1927 yılında Kaliforniya'da eczacı olan George A.Alles tarafından Amphetaminler ortaya çıkarılmıştır. Bu ilaçlar iştah kapatması gibi etkileri nedeniyle kilo vermek isteyenlere tavsiye edilmiş, extra enerji vermesi nedeni ile ikinci dünya savaşında havacılar tarafından kullanılmış ve uyanık kalmaya yardımcı olması nedeni ile öğrenciler, gece bekçileri ve şoförler tarafından kullanılmıştır. (Topuş, 1990: 4-5).

Eroinin ilk olarak ortaya çıkışı, 1874 yılında İngiltere'de morfinden elde edilerek bulunmuş ve 1890'lı yıllara kadar ilgi görmemiştir. Morfinden 10 kat daha güçlü olduğu anlaşılınca Almanya'da üretimine başlanmıştır. Zamanla eroine karşı bağımlılığın daha çabuk geliştiği ve tedavisinin morfinden daha zor olduğu anlaşılmıştır. (Topuş, 1990: 3).

Tüm bu uyuşturucu maddeler, toplumdaki sosyal kabul edinirliğinin değişmesi sonucunda yasa dışı olmaya başlamışlardır.

### 1.1.1.2.Kullanımları

20. yüzyıl ortalarında psikoaktif maddeler yetişkin erkekler tarafından kullanılmaya başlanmış, daha sonra gençler arasında kullanımı yaygınlaşmıştır. Amerika'da her yıl 1,5 milyon psikoaktif madde reçete edilmekte ve dünya genelinde binlerce kişi tarafından kullanılmaktadır. Amerika Nüfus Araştırma Bürosu tarafından 2011 yılı dünya nüfusu 6.967.258.439 olarak belirlenmiştir. (U.S.Census Bureau, 09.10.2011). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından hazırlanan 2011 yılı raporunda; 15-64 yaş arası 149-272 milyon kişi tarafından psikoaktif maddelerin kullanıldığının tahmin edildiği belirtilmektedir. (World Drug Report, 2011: 22).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Programı (UNDCP) tarafından madde bağımlılığının sosyal etkileri üzerine yapılan çalışmada; 1990'lardan itibaren uyuşturucu kullanımının artış gösterdiği, kadınlara göre erkeklerde psikoaktif madde kullanımının daha yaygın olduğu, madde kullanımının tüm yaş gruplarında görülmesine

rağmen gençler arasında daha fazla görüldüğü ve Doğu Avrupa ile Amerika'nın birçok ülkesinde, psikoaktif maddelere yoğun talebin olduğu aktarılmaktadır. (UNDCP, 09.10.2011)

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından, sosyo ekonomik düzeyi yüksek olan ülkelerde yaşayan varlıklı insanların bağımlılık tedavisine ulaşabilirken, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ülkelerdeki yoksul insanların tedavi olanağına sahip olamadıkları belirtilmektedir. (Türkiye Psikiyatri Derneği, 09.10.2011).

### 1.1.1.3.Yasal Düzenlemeler

Psikoaktif maddelerin uluslararası denetimi, 19. yüzyılda başlamıştır. 1833 yılında A.B.D. ile Siyam (Tayland) arasında haşhaş alışverişi için anlaşma yapılmıştır. 1909 Uluslararası Afyon Kongresinden sonra 1911'de A.B.D, Almanya, Avusturya-Macaristan, Çin, Fransa, Hollanda, İngiltere, İran, Japonya, Portekiz ve Siyam'ın katıldığı birinci Lahey konferansı toplanmıştır. (Arsan, 15.10.2011). 1925 yılında Cenevre Afyon Anlaşması imzalanmış ve uyuşturucu maddelerin uluslararası ticaretini kontrol altında bulunduracak etkili bir sisteminin kurulması sağlanmıştır.

Psikoaktif maddelerin üretim ve kaçakçılığının önlenmesi amacıyla uluslararası düzeyde imzalanan en önemli sözleşmelerden biri, 1961 tarihli Uyuşturucu Maddelere Dair Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesidir. Bu sözleşme, dünyadaki uyuşturucu madde işlerinin tek elden yürütülmesi hükmünü getirmekte ve Birleşmiş Milletler Teşkilatının uyuşturucu maddelerin kontrolü hususundaki yetkisini kabul etmektedir. (Haşhaş raporu 2004:6).

Diğer önemli sözleşmeler ise, 1971 tarihli Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Hakkındaki Sözleşme ve 1988 tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesidir. Bu sözleşme, taraf olan ülkelere, uyuşturucu maddelerin üretimi, imal edilmesi ticaretine, ithalat ve ihracatına, suçun işlendiği ülkedeki gerekli tedbirlere, uyuşturucu ticaretinde kullanılan uyuşturucu madde, malzeme ve teçhizatların izlenmesi ve el konulması, suçluların iade edilmesini

taahhüt etme, tarafların birbirlerine adli yardım etme ve cezai davaların nakil edilmesi, uyuşturucu maddelerin yasal ihracatının belgelendirilmesi, deniz yolu ile yapılan kaçakçılığı önlemede işbirliği yapma, hukuk sistemlerin temel hükümlerine uygun olarak yasa yapmak ve idari önlemler dahil gereken önlemlerin alınmasını zorunlu hale getirmektedir. (MB MASAK, 29.04.2012).

### 1.1.2.Türk Toplumunda Psikoaktif Maddeler

Uluyazman'ın (1972: 114-115) 40 yıl önce kaleme aldığı "Toksikomani" kitabında; Türk toplumunda uyuşturucu sorunu nedeniyle sosyal çözülmelerin meydana geleceği, özellikle varlıklı kesimin çocukları tarafından psikoaktif maddelerin kullanımının artacağı, bununla birlikte işçi kesiminin bu olaydan en az etkilenen grup olacağı belirtilmektedir. Türkiye'de ki psikoaktif madde kullanım oranlarının, Amerika ve Avrupa'daki kullanım oranlarına göre daha düşük düzeyde olmasına rağmen, özellikle genç nüfustaki kullanımının hızla artması kaygı vericidir. Diğer taraftan, Uluyazman'ın belirttiğinin aksine günümüz Türk toplumunda psikoaktif madde kullanımı, sadece zengin aile çocuklarını değil aynı zamanda yoksul ailelerdeki gençleri de etkisi altına almaya başlamıştır. Uçucu maddeler ve bazı sakinleştirici maddelerdeki düşük fiyatlar nedeni ile alt sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocukları bu maddeleri kolay edinmekte, böylece psikoaktif maddelerin kullanımı çok hızlı bir şekilde yaygınlaşmaktadır.

#### 1.1.2.1.Ortaya Çıkışı

Orta Asya'dan göç eden Türkler haşhaştan afyon çıkarılmasını Çinliler ile olan savaşlar sonucunda öğrenmişler ve bunu tıpta kullanmışlardır. (Solgun, 2002: 19). Arkeolojik kazılardan edinilen bilgiler, Etiler zamanında Anadolu'da haşhaş tarımının yapıldığı fikrini kuvvetlendirmektedir. (Özden, 1992: 12-13). Uluyazman (1972: 116), Türk toplumunun kendi tarihi yapısına dayanan, 8- 10 asırlık bir uyuşturucu madde kültürü olduğunu belirtmekte ve Anadolu'daki uyuşturucu madde kültürünün, Türk köylüsünün geleneklerine olan bağlılığından doğduğuna işaret etmektedir.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, Anadolu'da afyon kullanımının artması sonucunda ilk defa Genç Osman döneminde, esrar gibi sarhoşluk veren maddelerin 1612 yılında tüketimi ve 1621 yılında üretimi yasaklanmıştır. IV. Murat döneminde de esrarhaneler kapatılmıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde ise esrar ve afyon kullanımı yaygınlaşmış, İstanbul'da esrar kahveleri (Esrar Tekkesi), özellikle Süleymaniye'deki Tiryakiler Çarşısı esrar ve afyon satışının yapıldığı en meşhur yerlerden biri haline gelmiştir. (Solgun, 2002: 19-20).

1926 yılında bir Japon firması Türk afyonundan Mecidiye kışlasında eroin yapmaya başlamış ve böylece İstanbul'da uyuşturucu kullananlar eroin ile tanışmışlar, daha sonra Fransızlar ile yapılan ortaklık ile Çengelköy de eroin fabrikası kurulmuş ve iki yıl boyunca resmi üretim yapılmıştır. Daha sonra bu fabrikalarda çalışan işçilerin bağımlı hale gelmesi ve tüm dünyada tepki görmesi sonucu eroin üreten üç fabrika kapatılmıştır. (Bengü, 2000: 71).

Türkiye'de, uyuşturucu kullanımının artması sonucu, uyuşturucu maddeler ile mücadelede ulusal ve uluslararası bir takım kanun, yönetmelik ve sözleşmeler imzalanmıştır. 1971 Tek sözleşmesi gereğince uyuşturucu maddelerin kontrolü Birleşmiş Milletler Teşkilatının yetkisinde (700 bin dekar limit haşhaş ekimi ve çizilmemiş kapsül üretimi) olması kabul edilmiş ve Haşhaş ekimi, kontrole tabi tutularak, ekim alanları Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmektedir. (2004 yılı haşhaş raporu).

### 1.1.2.2.Kullanımları

Türkiye'de, 1990'lı yıllardan sonra, toplumdaki psikoaktif madde kullanım oranlarının belirlenmesine yönelik yapılan araştırmalar artış göstermiştir.

1998 yılında Öğel ve arkadaşları tarafından, 15 ilde 15-17 yaş aralığındaki 20 bin öğrenci arasında yapılan araştırma sonucuna göre; Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı yüzde 3,5, uçucu madde kullanımı yüzde 8,6, eroin kullanımı yüzde 1,6, sedatif hipnotik kullanımı yüzde 3,2 olarak saptanmıştır. (Öğel, 30.04.2012).

2003 yılında UNODC tarafından altı ilde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, İzmir, Samsun) 15-16 yaş grubu 6149 lise ikinci sınıf öğrencilerine yönelik yapılan araştırma sonucuna (ESPAD 2003) göre; son 12 aylık dönemde kullanıldığı bildirilen maddeler içinde, öğrencilerin yüzde 3'ünden fazlası esrar, yüzde 2'den fazlası da uçucu madde kullandığını ifade etmiştir. (ESPAD, 30.04.2012)

2006 yılında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından Türkiye genelinde 60 il'de 26 bin okullu genç üzerinde yapılan araştırmaya göre, gençlerin yüzde 2,9'u son üç ay içinde uyuşturucu/uyarıcı madde kullandıklarını belirtmişlerdir. (TMMM Komisyon Raporu)

2010 yılında İstanbul ilinde 31 bin lise öğrencisi arasında yapılan araştırma sonuçlarına göre; uyuşturucu kullanma yaşının 14 olarak belirlendiği ortaya çıkmıştır. Yaşam boyunca esrar kullanımı yüzde 3,3, kokain yüzde 1, amfetamin yüzde 1,4 ve ecstasy yüzde 1,6 olarak hesaplanmıştır. (EGM KOM D.Bşk. 29.04.2012)

Tüm bu araştırmalar, Türkiye'de psikoaktif madde kullanımının gençler arasında hızlı bir şekilde arttığını ve ilk kullanma yaşının giderek düştüğünü ortaya çıkarmaktadır. Kullanım oranlarındaki bu artışta; çekirdek aile yapısı içerisindeki bireylerin yalnızlaşması, aile ortamında ilgi ve sevgi bulamayan ergenlerin akranları ile birlikte daha fazla vakit geçirmeleri, grup ortamında tüm davranış kalıpların öğrenilmesi ve uygulanması (uygulamayanların dışlanması), gençler arasında madde kullanımının normal bir davranış olarak kabul görmeye başlanması, geleceğe yönelik herhangi bir beklentilerinin olmaması olarak sayılabilir.

### 1.1.2.3.Yasal Düzenlemeler

Milattan binlerce yıl önce Mezopotamya'da yetişen, o günden bu yana çeşitli nedenlerle kullanılan haşhaş bitkisinin devamlı olarak kullanıldığında, sağlığa zararlı olduğunu ilk söyleyen, Manisalı ünlü hekim Dioskurides'tir. (Uluyazman, 1972: 6). Psikoaktif madde kullanımı, bireyi biyopsikososyal yönden olumsuz etkilemekte ve böylece bireyin tüm çevresi zarar görmeye başlamaktadır. Hem kendisine hem de çevresindekilere verdiği bu zararın engellenmesi ancak yasalar ile sağlanabilmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de psikoaktif maddelerin kullanılması, imal edilmesi, satılması ve sağlanması suç olarak kabul edilmektedir. Bununla ilgili Türkiye'de yasal düzenlemeler oluşturulmuş ve uygulanmaktadır. T.C.Anayasası 58.Madde "Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır." şeklinde belirtilerek, devletin gençlerin korunması ile ilgili başlıca sorumluluğunu ortaya koymaktadır. (TBMM, 15.04.2011).

5237 sayılı Türk ceza kanunun 188.-189.-190. maddelerinde, uyuşturucu madde imal eden, satan, başkalarına veren, nakleden ya da depolayan, kullanan, kullanımına yönelik özendiren, yayın yapan kişi ve tüzel kişilere yönelik uygulanacak cezai müeyyidelere yer verilmiştir. Madde 191'de, denetimli serbestlik hükmedilen kişiye ve tedavi merkezlerinde çalışanlara yönelik de bir takım yaptırımlar belirtilmektedir. "Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hâkime verir. Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle devam olunur. Denetimli serbestlik tedbirinin uygulanma süresinin uzatılmasına karar verilebilir. Ancak, bu durumda süre üç yıldan fazla olamaz.". ( T.C. Resmi Gazete, 09.10.2011).

5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanununda, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına dair tedbirler belirtilmektedir. ( T.C. Resmi Gazete, 09.10.2011).

4230 sayılı Ailenin korunmasına dair kanunda ise; kusurlu eşin uyuşturucu herhangi bir madde kullanmış olarak ortak konuta gelmesi ya da ortak konutta bu maddeleri

kullanması halinde bir takım tedbirlerin konulacağına hükmedilmektedir. ( T.C. Resmi Gazete, 09.10.2011).

4721 Medeni Kanun Madde 406'da "Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır." olarak belirtilmektedir. (TBMM, 15.10.2011).

### 1.1.3.Psikoaktif Madde Bağımlılığının Tanımı, Temel Göstergeleri

Psikoaktif madde kullanımı, bireyin kendi özgür iradesi ile başlamakta, zamanla bireyin özerkliğini elinden alarak onu tekrar kullanımı yönünde adım atmaya zorlamakta, bireyin bilişsel ve duygusal yapısında değişikler meydana getirmekte ve tüm bunların sonucunda bireyi ailesinden, yaşadığı toplumdaki diğer insanlardan uzaklaştırmakta ve sosyal işlevselliğini bozmaktadır.

Goode (1993: 38), Psikoaktiviteyi, " Zihinsel işlevler üzerinde direk ve önemli tesirleri olmakla birlikte, duyu, düşünce, algılama, hissetme ve ruh hali üzerinde etkileri olan maddeler" olarak tanımlamıştır. Ekşi (1998: 14), bu tanıma benzer bir açıklama yapmış ve uyuşturucu maddelerini: "Kimyasal yapıları nedeni ile alışkanlık veya bağımlılık yapan; bedensel, ruhsal, toplumsal ve adli alanda sorunlara yol açan, öncelikle merkezi sinir sistemini etkileyerek, kullanan kişinin algı, bellek, dikkat, düşünce gibi zihinsel işlevlerini, duygu ve davranışlarını değiştirir." olarak ifade etmiştir. Bu tanımlarda da ifade edildiği üzere; vücuda hangi dozda alınırsa alınsın bütün psikoaktif maddelerin merkezi sinir sistemi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Madde kullanımı kişide fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerin altında yatan en önemli faktör bireyin vücudunda gelişen bağımlılık ile açıklanabilmektedir.

Özden (1992: 6-9), psikoaktif madde kullanımı sonucunda gelişen bağımlılığın oluşma biçimini; "Alınan maddenin sık ve daha fazla miktarlarda kullanılması, kullanılan maddenin gün boyunca etkisinde kalma, bu madde alımını durdurma ya da azaltma davranışına karşı başarısız olma (tolerans gelişmesi durumu), bu durumun en az bir ay

süre ile devam etmesi, maddeyi bulma yönünde zamanının büyük bir kısmını ayırma, sosyal ve mesleki faaliyetlerini aksatmasına neden olabilmesi, maddenin alımının durdurulması ya da azaltılması sonucunda yoksunluk sendromunun olması ve bu sendromdan kurtulmak için tekrar madde almaya başlama" gibi durumların varlığı olarak ifade etmektedir. Psikoaktif madde bağımlılığı, kullanan bireyin tüm yaşamını etkisi altına alan, davranış değişikliği yapan, bağımsız hareket etme yetisini elinden alarak özgürlüğünü yok eden bir durumdur.

Madde kullanan kişi için madde kullanma sürecindeki en kötü deneyim yoksunluktur. Vücut alıştığı maddeyi tekrar almak için kişiyi zorlar. Bu durum kendini titreme nöbetleri ile gösterir. Vücut tarafından bu başkaldırışı kişi baskılamakta zorlanır. Tüm enerjisi ve arzusu ile maddeyi kullanır ya da bulamayınca sonsuz bir çaba harcar. Ekşi, madde kullanımında ortaya çıkan yoksunluğu şu şekilde ifade ediyor;

> "Kişi maddeyi kullanmaya başladıktan bir süre sonra vücudunda ve zihninde yarattığı etkileri tekrar yaşamak için güçlü istek duyar. Tekrarlanan kullanımların ardından vücut bu maddenin dozuna karşı direnç geliştirir. Sürekli maddenin dozunun artırılması sonucunda merkezi sinir sistemindeki hücreler etkilenir. Alınan maddenin kesilmesi ya da azaltılması sonucunda insan vücudu bedensel ve ruhsal tepkiler göstermeye başlar. Bu durum yoksunluk belirtileri olarak ifade edilir." (Ekşi,1998:15-16).

Kokain bağımlılığının oluşumu hakkında bilgi edinmek üzere laboratuar ortamında hayvanlar (fareler ve maymunlar) üzerinde yapılan araştırmalar oldukça dikkat çekicidir. Damar içine kokainin verilmesinin ardından, hayvanlara yiyecek ve kokain seçenekleri sunulmakta, daha sonra bunlardan sadece birini almalarına izin verilmektedir. Hayvanların her seferinde yiyecek yerine kokaini aldıkları gözlemlenmiştir. Kokainden vazgeçmeyen ve yiyecek almayan hayvanlar en sonunda açlıktan ölmektedirler. (Goode, 1993: 30). Psikoaktif maddeler bünyelerinde içerdikleri kimyasallar bakımından, canlıların organizmasını olumsuz yönde etkilemektedirler. Bu olumsuz etkileme kişinin temel ihtiyaçlarını dahi önemsiz kılmakta ve kendine mahkûm etmektedir. Madde kullanan kişilerin aşırı kilo vermeleri ve sosyal hayattan soyutlanmaları, varlık sebeplerinin sadece maddeye ulaşma ve onu kullanma ile adamaları gibi davranışları bu durumla açıklanabilmektedir.

## 1.2.Bağımlılık Yapan Psikoaktif Maddelerin Sınıflandırılması

Dünya genelinde 4000 civarında psikoaktif madde içeren bitki olduğu tahmin edilmektedir. Fakat bunlardan 60 civarının kullanıldığı bilinmektedir. (Gregory, 30.01.11).

Bağımlılık yapan maddeler yasal olan ve olmayan şeklinde iki kategoriye ayrılmakta; kafein, sigara, alkol, uçucu maddeler yasal olan ve bağımlılık yapan maddelerdir. Bağımlılık yapan ve yasal olmayan maddeler ise; merkezi sinir sisteminin de yaptıkları etkiler açısından sınıflandırılmaktadırlar. Psikoaktif maddeler, merkezi sinir sistemini direk olarak uyarır ya da deprese eder. Örneğin; kokain, vücudun birçok organı ve fonksiyonları üzerindeki uyarıcı etkisi nedeni ile uyarıcı olarak sınıflandırılmaktadır. Psikoaktif maddelerin sınıflandırılması, onları belli bir kategoride görmemiz ve değerlendirmemiz açısından gerekli ve yararlıdır.

*SEDATİFLER-HİPNOTİKLER/GENEL DEPRESANLAR
Kısa Etkili Barbitüratlar
Uzun Etkili Barbitüratlar
Barbitürat Olmayan Sedatifler
Anksiyete çözücü ilaçlar(minör trankilizanlar)
Çeşitli Sedatif Hipnotikler
*ANALJEZİKLER(Ağrı Kesmeye Spesifik İlaçlar)
Narkotikler-Opiatlar(opium ve deriveleri):Opium, Morfin, Eroin, Kodein
Narkotikler-Opioid (sentetik ve yarı sentetik narkotikler):
Narkotik olmayan analjezikler
*UYARICILAR
Amfetamin
Antidepresanlar
Ritalin
Kokain
Kafein
Nikotin
*ANTİPSİKOTİK AJANLAR( Eskiden majör trankilizan olarak ifade edilenler)

Phenothiazine

Reserpine

Haldol

Lityum

*HALUSİNOJENLER (Halisinasyon Gördürenler)

LSD, ecstasy

*MARİUANA

*İNHALANLAR (Solunum yolu ile kullanılanlar) (Goode, 1993: 25).

Psikoaktif maddeler, insan vücudunu çeşitli şekillerde etkilemektedirler. Morfin kullanıldığında, fiziksel bağımlılık çabuk başlamakta ve kullanma süresi artıkça tolerans gelişmektedir. Eroin en yüksek bağımlılık yapan maddedir. Barbitüratlardan kısa ve orta etki süreli olanlar, bağımlılık yapma potansiyeli en yüksek olanlardır. Damar içine enjeksiyon şeklinde veya solunum yoluyla alınan kokainin bağımlılık yapma potansiyeli diğer yollara göre daha yüksektir. Burun yolu ile çekilerek alınan kokain geç ortaya çıkan ve yaklaşık 1 saat civarında en yüksek düzeye ulaşan şiddetli bir keyif artışına neden olmaktadır. Amfetaminlerin ağızdan veya enjeksiyonla normal dozda alınması, anksiyeteyi azaltmakta, enerjiyi, dikkati, kendine güveni, seksüaliteyi ve kişiler arası etkileşimin yarattığı heyecanları artırmaktadır. Uzun süreli amfetamin kullanılması, zamanla libidoyu ve seksüel performansı tam olarak durdurur, uykusuzluk yapar ve iştahı azaltır. Esrarın, en önemli etkileri uyuşukluk, sedasyon, ruhsal gevşeme ve bazen önüne geçilemeyen bir gülme krizine neden olması, zaman ve mekân algısını ve kısa süreli belleği bozması, dikkat gerektiren işlerin (otomobil kullanmak gibi) yapılmasını bozması, zihinsel konsantrasyonu zorlaştırması, rüya hali oluşturmasıdır. (Uzbay, 2009: 18-23).

Kişi bağımlı olduğu maddeyi veya onun yerini alabilen bir diğer maddeyi bulabildiği sürece, günlük yaşantısını, işini ve çevresi ile olan ilişkilerini sürdürebilmektedir. Ancak kişi kullandığı maddeyi elde edemediğinde kişisel ve sosyal sorunlar yaşamaya başlamakta ve onu elde edinceye kadar tüm enerjisini bu yönde kullanmaktadır.

### 1.3.Uyuşturucu Madde Kullanma Nedenleri

Bireyi madde kullanmaya iten nedenler arasında kişilik yapısı, olumsuz aile koşulları, arkadaşların etkisi, maddeyi kullanmayı merak etme, yaşadığı kaygı ve korkuyu gidermek için bir yöntem olarak kullanmaya başlama sayılabilir. 2009 yılında Türkiye genelinde madde kullanıcılarına yönelik yapılan bir araştırma sonucunda; Madde kullanıcılarının maddeyi neden kullandıkları sorusuna yüzde 40,5 ile merak olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmada ikinci sırada yüzde 23,6 ile arkadaş etkisinin olduğu, üçüncü sırada yüzde 15,2 ile aile sorunları ve dördüncü olarak da yüzde 12,1 ile kişisel sorunlar olduğu görülmektedir. (EGM KOM, 29.04.2012)

Sosyal, ekonomik ve teknolojik değişmeler, aile yapısını değiştirerek, aile içi ilişkileri zayıflatmıştır. Çekirdek aileye dönüş sürecinde ailelerin çocukların yetiştirilmesinde yaşadıkları en önemli sorun, çocuğun hızla değişen sosyal çevresinde zararlı alışkanlıkları öğrenip bunları benimsemesidir. Sosyal öğrenme modeline göre; arkadaş ve akranları tarafından psikoaktif madde kullanımının olması kişinin maddeyi kullanmaya başlamasında etkilidir. (Coşkun, 2006: 7-9). Kendi bireysel kimliğini, toplumsal rolünü ve yerini belirlemek amacı ile genç içinde bulunduğu kültür dışında başka bir alt kültürde kendini ispat etmeye çalışmakta ve bu alt kültürdeki davranışları özümsemeye başlamaktadır. (Köknel, 2001: 71-76) Kimliğini belirleme yönünde atılan her adımda genç, bulunduğu ve beraber olmak istediği gruptaki diğer kişilerin davranış kalıplarına uygun hareket etmek zorunda kalmaktadır. Özellikle madde kullanan kişiler, yeni kaynaklar bulma, geliri ve elde edilen maddeyi paylaşma yönünde, yeni gelen bireyleri kendilerine benzetmeye çalışmakta ve aynı davranışlarda bulunmaya zorlamaktadırlar.

Hızlı kentleşme sonucu, kırsal alandan kente göç çocuğun ihmal ve istismar edilmesine yol açabilmektedir Annenin çalışma hayatında olması ve uzun çalışma şartları sonucu, çocuk anne babanın denetiminden uzaklaşmaktadır. Ailenin kontrolünden uzak kalan çocuklarda, alkol ve madde kullanımı, okuldan kaçma ve saldırganlık gibi birtakım davranış bozuklukları, aşırı derecede itaatsizlik, anne-babaya ve otoriteye düşmanlık, yalancılık, hırsızlık, sahtekârlık, kavga, işkence, tahrik etme, cinsel davranış

bozuklukları görülebilmektedir. (Turan ve Beşirli, 2008: 240-242). Suç işlemeye meyilli olan gençlerde psikoaktif madde kullanımı daha yaygın olarak görülmekte ve aynı zamanda madde kullanan gencinde maddeyi elde etme sürecinde suç işlemeye itmektedir. Bu ilişkiyi gösteren en önemli gösterge, AMATEM'e yatan 2180 hastadan 1878'inin suç işlemiş olduğunun belirlenmesidir. (Alpay vd, 1995: 17).

Yüncü ve Savaş (2007: 149-150), madde kullanım bozukluklarında genetik etki üzerine yaptıkları ikiz ve evlat edinme çalışmalarında; genetik geçişin ve sosyal çevrenin madde kullanımında ve bağımlılığında önemli etkilerinin olduğu, opiyat kullanım bozukluğu olanların birinci derece yakınlarında normal kontrollere oranla 14 kat daha sık madde kullanım öyküsü olduğu, kadınlar arasında kokain kullanımın genetik etmenlere bağlı olduğu belirlenmiştir.

Bengü, psikoaktif madde kullanımına neden olan faktörleri, belirttiğimiz tüm nedenler çerçevesinde, şu şekilde belirtmektedir.

> "Eroin kullanan herkes eroin bağımlısı değildir, Ancak her maddenin fizyolojik bağımlılığa götürme hızı birbirinden farklıdır. Yine şunu belirtmek gerekir ki, fizyolojik bağımlılık her maddede psikolojik bağımlılıkla paralellik göstermez. Psikolojik bağımlılığı belirleyen ise insanın baştan beri gelen çevresi, eğitimi, duygusal toleransı, toplumsallaşma düzeyi, kısacası kişiliğidir." (Bengü, 2000: 30).

### 1.4.Tedavi Yöntemleri

Psikoaktif maddeye karşı gelişen bağımlılık sürecinde, birey ile madde arasında, tek taraflı, kullanımı zorunlu hale getiren, gücün sadece maddeden yana olduğu bir ilişki yapısı vardır. Bengü (2000: 18), psikoaktif maddeyi bu etkileri nedeni ile "kıskanç ve ihtiraslı bir sevgiliye" benzetiyor. Madde kullanımının insan vücudunda meydana getirdiği bu yoğun istek durumunu ortadan kaldırmak hiç de kolay olmayan bir süreçtir. Tüm zorluklarına rağmen, profesyonel meslek elemanlarının denetiminde, ailenin ve sosyal çevrenin de yardımıyla psikoaktif maddeye karşı gelişen bağımlılık tedavi edilebilen bir hastalıktır.

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'ne(2004) göre; Madde Bağımlılığı Tedavisi ve Rehabilitasyon Usûlleri ayakta veya yatarak uygulanan detoksifikasyon,

idame ve rehabilitasyon için ilaçla veya ilaçsız olarak veyahut her iki usûl ile yapılan tedavi uygulama sınıfları şu şekilde belirtilmiştir:

A Tipi Uygulama: Yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyan ilaç ve diğer maddeler ile yapılan detoksifikasyon usûlüdür. Bu uygulama, sadece kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı hastanelerde kurulan merkezlerde yapılabilir.
B Tipi Uygulama: Yüksek bağımlılık potansiyeli taşımayan ilaç ve maddeler kullanılmaksızın yapılan detoksifikasyon usûlüdür.
C Tipi Uygulama: Yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyan ve ilaç ve sair maddelerle yapılan ve detoksifikasyon tedavisi uygulanmayan idame usûlüdür. Bu uygulama, sadece kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı hastanelerde kurulan merkezlerde yapılabilir.
D Tipi Uygulama: Yüksek bağımlılık potansiyeli taşımayan ilaç ve maddeler ile yapılan ve detoksifikasyon tedavisi uygulanmayan idame usûlüdür. (Sağlık Bakanlığı, 22.03.2012).

### 1.4.1.Dönemlere Göre Tedavi Yöntemleri

Günümüzde, bağımlılık tedavisinde, psikoaktif madde kullanımının durdurulmasının tek başına yeterli olamayacağı anlaşılmıştır. Madde kulanım bozukluğu olan bireyin ailesinin desteğinin alınması ve birlikte hareket edilmesi, maddenin alınmadığı süre zarfında ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin ve bozuklukların belirlenerek, bilişsel, destekleyici tekniklerin uygulanması, eski çevresinden soyutlanmış bir yaşam tarzının oluşturulması tedavide yer alan önemli yöntemler olarak kabul edilmeye başlanmıştır. (Dilbaz, 1998; 36).

Özden, psikoaktif madde bağımlılığının tedavisini 4 gruba ayırmıştır:
*Uyuşturucu kullanımının neden olduğu sakatlık ya da ölüm olaylarını engelleyici acil tedavi.
*Detoksifikasyon, uyuşturucu maddenin vücuttan atılmasını sağlayıcı bir tedavi.
*Uyuşturucunun vücuttan uzaklaştırılması işleminden sonra kişide bu maddelerden uzaklaştırıcı davranış ve psikolojik girişimlerin sağlanması
*Uyuşturucu madde bağımlılarının rehabilitasyonu ve topluma tekrar kazandırılması. (Özden, 1992: 235).

### 1.4.1.1.Arındırma Dönemi (Detoksifikasyon)

Yatarak ya da ayaktan ilaçla tedavinin düzenlendiği ve yaklaşık 15 gün süren bir tedavi dönemidir. Bu dönemde amaç, doktor gözetimi altında, vücudun kullanılan maddeden arınmasını sağlamaya yöneliktir.

Batı Avrupa'da HİV salgınının, uyuşturucu kullanıcıları arasında daha da artan oranda yaygınlaşması sonucunda uyuşturucu bağımlılığı tedavisinde ilaçla tedavi yöntemi hızla gelişmiş ve 2001 yılına kadar 24 AB ülkesinde kullanılmaya başlanmıştır. 2003 yılında AB ülkesinnde yarım milyondan fazla uyuşturucu kullanıcısının ikame tedavisi gördüğü tahmin edilmektedir. ( 2006 yıllık rapor: 30-31) Metadon, opioid bağımlılığında ilaçla tedavide kullanılmaktadır. Bunun yanında naltrexone ilacıda eroin ve diğer ilaçlara karşı bağımlılığın yeniden gelişmesine engel olmak için kullanılmaktadır. (Kalyoncu, 1999: 128). Metadon, Bupronorfin, Naloxone gibi ilaçların uyuşturucu bağımlılığı tedavisinde kullanılabilmesi ancak 2004 yılında hazırlanan Tedavi Merkezleri Yönetmeliği ile mümkün olabilmiştir.(EMCDDA 2007 yıllık rapor: 45-46)

Türkiye'de 2003-2009 yılları arasında toplam 13589 kişi tedavi merkezlerinden bağımlılık tedavisi hizmeti almıştır. 2009 yılı için toplam 20 tedavi merkezinden yatarak tedavi olan hastalara ilişkin verilere göre 2594 kişi bağımlılık tedavisi görmüştür. Geçmiş yıllarla karşılaştırıldığında 2009 yılı için yatarak tedavi olan hasta sayısında yüksek bir artış görülmektedir. (EGM KOM Daire Bşk. 29.04.2012)

### 1.4.1.2.Erken İyileşme Dönemi

Bu dönemde kişinin tekrar maddeye başlamasına engel olacak aile görüşmelerinin yapılarak planların geliştirildiği ilaç tedavisinin yanında bireysel ve grup görüşmelerinin yapıldığı dönemdir.

Aileler ya da resmi kurumlar tarafından tedavi edilmesi yönünde merkezlere getirilen bağımlılara uygulanacak farmakolojik tedavinin yanında, davranış tedavisi, bilinçlendirme eğitimi, psiko-sosyal beceri kazandırma eğitimi, aktivite programları,

aile terapisi, sosyal çevrenin düzenlenmesi ve rehabilitasyon önem taşımaktadır. (Coşkun, 2006: 4).

### 1.4.1.3.Gelişim Dönemi

Psiko-sosyal becerilerin sağlandığı dönemdir. Amaç bireyin madde kullanmaya başlamasını engelleyecek bilincin geliştirilmesinin sağlanması dönemidir. Gürpınar ve Tokuçoğlu madde bağımlılığının tedavisini şu şekilde ifade etmektedir;

> "Madde bağımlılığı yoksunluk dönemi atlatıldıktan, detoksifikasyon tamamlandıktan sonra tamamen geçen bir hastalık değildir, diabetes mellitus, hipertansiyon gibi sürekli tedavi edilmesi, kontrol altında tutulması gereken kronik bir hastalıktır. Detoksifikasyon döneminden sonra bağımlının maddeye karşı duyduğu yoğun arzu hala geçmemiştir, hastalık devam etmektedir. Bağımlılık yapan ilaçlar beyin hücrelerinde uzun süreli ya da kalıcı değişimlere yol açmakta, hasta maddeyi bırakmış olsa bile etkileri sürmektedir. Bağımlılık yapan maddelerin kişinin beyninde yarattığı bu değişimler, diğer psikolojik ve sosyal sorunlar maddenin tekrar alınması açısından risk faktörüdürler. Bu nedenlerle madde bağımlılığı tedavisi hayat boyu devam edecek bir süreç olarak düşünülmelidir. (Gürpınar ve Tokuçoğlu, 2006: 39).

### 1.4.2.Tedavide Yer Alan Uygulamalar

Bağımlılık tedavisinde amaç, bireyin tekrar psikoaktif madde kullanmasına neden olan faktörlerin en aza indirilmesi, hastanın fiziksel ve psiko-sosyal açılardan tam iyilik haline erişmesinin sağlanmasıdır. (Coşkun ve Çakmak, 2005: 104). Tedavinin başlaması ile birlikte birey, maddeyi kullanmayı bırakır. Maddeden uzak kalınan süreçte bireyde oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında; yoğun kaygı, depresyon, utanç ve suçluluk duygusu, yalnızlık duygusu, benlik saygısının düşmesi gibi psikolojik belirtiler sıklıkla görülmeye başlar. Tüm bu olumsuzlukları ortadan kaldırmaya yönelik mesleki çalışmalar yapmak tedavinin etkin kılınmasında önemli ve gereklidir. Psikoterapi ve bağımlılık danışmanlığı, bağımlılık tedavisinde kullanılan psiko-sosyal müdahalelerdir. (Kalyoncu ve Mırsal, 2000: 96). Uygulanan terapilerde amaç, kişinin geleceğe ilişkin korku ve endişelerin azaltılmasını sağlamak, tedavi sonrası sosyal çevreye uyumunu sağlamaktır.

Durmaz'ın (1995: 75) "uyuşturucu madde kullanan adolesanlarda benlik saygısı" çalışmasında, uyuşturucu madde kullanan ergenlerde benlik saygısı, kullanmayanlara göre daha düşük olarak belirlenmiştir. Tedavide, bağımlı birey üzerinde değişim yaratmak ve bu değişimi hayatının bir parçası olarak devam ettirmesi gerektiği bireye benimsetilmelidir. Tedavi sürecinde, düşük benlik saygısı olan bireyin, güvenini artırıcı bir değişim planlanmalı ve harekete geçirici bir etki oluşturulmalıdır. Bu değişim, profesyonel meslek elemanları tarafından etkin tedavi metotları uygulamakla mümkün olmaktadır.

### 1.4.2.1.Bilinçlendirme/Bilgilendirme

Bilgilendirme, bağımlılık tedavisinin en önemli aşamasıdır. Tedavi hizmeti almak için merkeze gelen bireye ve ailesine verilen eğitim tedavide başarı şansını artırmaktadır.

Ailedeki üyelerden herhangi birisinin madde kullandığının fark edildiği ilk dönemde aile bu olayı inkâr etmeye yönelmektedir. Zamanla yinelenen madde kullanma durumları ve bunun olası sonuçları ile karşı karşıya kalan ailede büyük travma yaşanmaktadır. Bu şekilde merkeze başvuran aileye psiko-sosyal destek verilmesi, meraklarının giderilmesi ve yanlış inançlarının düzeltilmesi sağlanmalıdır. Madde bağımlılığı ve tedavi süreci hakkında aile üyelerine verilen eğitimler sayesinde ailenin sağlık ekibi ile işbirliği yapması sağlanmaktadır. (Ergenç ve Yıldırım, 2007: 82). Bağımlılık süreci ve tedavisi ile ilgili bilgi sahibi olan aile bireye daha bilinçli yaklaşmakta, sosyal desteğe ihtiyaç duyan bireyin istekleri doğrultusunda harekete geçmekte ve bu doğrultuda bireyin tedaviyi kabulünde ve devam ettirmesinde önemli rol oynamaktadır.

Tedavi aşamaları ve olası etkileri konusunda bilgi sahibi olan birey, tedavide kendisini bekleyen olumlu ve olumsuz durumların varlığını bilir ve bu doğrultuda sağlık personelleri ile etkili iletişim kurar. (Koch ve Turgut, 2004: 65). Psikoaktif madde bağımlılığı tedavisinde, kullanıcıyı baskı altına almaktan çok ona sorumluluk vermek gereklidir. Tedavi süreci ile ilgili doğru bilgilendirme yapılması, kararlarına saygı gösterilmesi ve tedavi sürecine katılımını engelleyecek tüm sorunların çözümünde ortak fikirlerin oluşturulması sağlanmalıdır. (Türkcan ve Türkcan, 1998: 53).

### 1.4.2.2. İletişim Becerileri ve Problem Çözme Eğitimi

Bağımlılık, bireyin sosyal işlevselliğini bozan, ailesi, arkadaşları ve tüm çevresindekilerle ilişkilerini olumsuz etkileyen bir durumdur. Psikoaktif madde kullanan birey ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmakta ve iletişim kuramaz hale gelmektedir. Tedavi sürecinde, bireyin ailesi ile arasındaki bağların tekrar kurulması açısından iletişimin yeniden yapılandırılması, sosyal çevresi ile olan doğru iletişim becerilerinin öğretilmesi sağlanmalıdır.

Bağımlı birey herhangi bir problemle karşılaştığında, kendisi için doğru kararı verebilecek bilişsel yeterliliğe sahip değildir. (Çolakkadıoğlu, 2010: 26). Birey tarafından problemin ne olduğunun doğru olarak tanımlaması önemlidir. Problemin doğru tanımlanmasından sonra, problemi ortadan kaldıracağı düşünülen çeşitli davranış tarzları formüle edilmeli ve en iyi çözüme götüreceği düşünülen seçenekten başlanması gerekmektedir. Olumlu düşünme gücü, kendine güven ve bilişsel etkinlik, karşılaşılan sorunları çözmede önemli kişisel özelliklerdir. (Pehlivan ve Konukman, 2004: 56). Bu doğrultuda bağımlı bireyin olumlu düşünme ile sorununu çözmesi için güçlü yönleri ele alınmalı ve kendine güveninin tam kazanması sağlanmalıdır.

### 1.4.2.3.Öfke İle Baş Etme Beceri Eğitimi

Öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen duygusal tepkidir. Tedavide maddeyi almaya yönelik güçlü isteğe rağmen, almayı durdurma ve bu isteğe karşı koyma durumu kişide öfkeye neden olabilmektedir. Tedavi sürecinde, öfke duygusunu ortaya çıkaran düşüncelerin, bağımlı tarafından ifade edilmesi sağlanmalı, olumsuz düşüncelerin iyileşmesine neden olacak daha olumlu ve daha doğru bir düşünce yapısı geliştirilmesi sağlanmalıdır.(Öğel vd, 2003: 215). Öfke, hem bireye, hem de tedaviye zarar verebilmektedir. Bu nedenle kişiye içsel ve dışsal tepkilerini kontrol etmeyi öğretmek ve onları yapıcı bir şekilde yönetebilmeyi öğretmek önemlidir.

Nefes egzersizi, Kas gevşeme egzersizi, Spor/egzersiz yapmak, Olumlu düşünme, Zamanı etkili kullanma, Etkili iletişim kurma, Öfke ile başa çıkmada etkili olabilecek yollar olarak sayılabilir.

### 1.4.2.4.Madde Teklifini Reddetme Beceri Eğitimi

Bireyin tedavi merkezinden hizmet aldığı sürede kullandığı maddeyi bırakması yeterli değil, aynı zamanda tedavi sonrası dönemde de maddeye tekrar başlamasının engellenmesi sağlanmalıdır.

Kişinin maddeyi bırakması için kararlılık çok önemlidir. Bağımlı kişilerin çoğu, maddeyi kullanırken bırakmak için çaba sarf ederler. Ancak vücudun maddeye karşı geliştirdiği bağımlılık durumu, kişinin bu çabalarını etkisiz kılabilmektedir. İstekli olmanın ötesinde maddeyi bırakma konusunda kişinin kararlı olması gerekmektedir. Bireyin kararlı olması yönünde destek mekanizmaları harekete geçirilmelidir. Çataloluk, kararlılıkta en önemli etkenin kişinin kendisi olduğunu şu sözleri ile ifade ediyor "İlk ve temel destek mekanizması kişinin kendisidir. Yapabilirliği güçlü olan, olaylara karşı direncini aktif olarak harekete geçirebilen, yardım gerektiğinde isteyebilen, yaşama dair olan her şeyin olasılık içinde olduğunu bilen, gerçeği doğru değerlendiren, yoğun suçluluk duyguları geliştirmeyen, kendini önemli bulan bireylerin her türlü sorunla baş etmeleri daha kolaydır." (Çataloluk, 08.11.2011). Kişiye mutlaka uygun şekilde, değişimin madde alımından uzaklaşarak olacağı anlatılmalıdır. Daha iyi bir yaşam için kendisini değiştirmeye istekli hale getirilmelidir.

Kararlılık kadar önemli diğer bir konuda, kişinin kendisini madde kullanmaya iten nedenlerden ya da maddeyi kolaylılıkla edinebildiği eski çevresinden uzaklaşmasının sağlanmasıdır. Ailenin desteğini almak ve taburculuk sonrası dönemde kişinin denetim altında olmasını sağlamak gereklidir.

### 1.4.2.5.Günlük Grup Oturumu

İnsanın sosyal bir varlık olması nedeni ile ortak sorunları paylaşan ve birbirlerini bu konuda anlayan, yaşadıkları zorluklara saygı duyan bireylerden meydana gelen grup görüşmeleri madde bağımlılığı tedavisinde kullanılan en etkili yöntemlerden biridir.

Grup, aynı sorunu yaşayan kişileri bir araya getirir, aralarında etkileşimi artırır ve karşılıklı destek, kabul görme, duygusal boşalım, evrenselleştirme, umudun aşılanması, bilgi ve beceriler kazanmaya yol açarak bireyin tedavi edilmesinde rol oynar. (Duyan, 1997: 25-27). Bağımlı bireylerden oluşan grup sürecinde birey yalnız olmadığını ve kendisi ile aynı duyguları ve zorlukları yaşayan diğerleri de olduğunu öğrenir. Bireyi grup içinde tanıma ve hastalığa bağlı ortaya çıkan stres, izolasyon, yalnızlık, damgalanmışlık, umutsuzluk gibi duygusal problemlerle baş etme grup içinde sağlanmaya çalışılır.

### 1.4.2.6.Boş Zaman Becerileri

Uzun süre madde kullanan kişi, tedavi süresinde daha önce sahip olduğu birçok becerisini, yeteneğini kaybetmiş olabilir ya da genç yaşta madde kullanmaya başlayan kişi herhangi bir iş becerisine sahip olmayabilir. Tedaviden sonra madde kullanmayı bırakan ve hayata daha umutla bakarak evine geri dönen kişi için herhangi bir meşguliyetin olmaması ileriki dönemlerde, boş geçen zamanı içinde sıkılmaya, kendisini işe yaramaz olarak görmeye başlamasına neden olacaktır. Madde bağımlılığı tedavisinde yapılması gereken en önemli unsur, madde bağımlısı bireyin ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçların giderilmesinde alternatif yolları sağlayıcı yetenek geliştirici rol üstlenmektir. Ayrıca, tedavide ailenin rol alması sağlanır, aile içi ilişkileri yeniden yapılandırılır ve bireyin ailesinin desteğiyle toplumsal yaşamda tüketen birey konumundan üreten bir değer olarak hayata adapte olması sağlanır. (Kılıçarslan, 2007: 45). Beceri ve yeteneklerini kazanarak, toplumda üretken bir birey olarak hayata devam edebilen kişi maddeye tekrar başlamamak konusunda daha sebatkâr yol izleyecektir.

### 1.4.2.7.Aile Tedavisi

Aile sistemindeki her bir parçanın birbiri ile uyumlu olması sistemin devamı için gereklidir. Sistemdeki bir parçadaki kırılma tüm sistemin gelişimini tehlikeye sokar. Ailedeki herhangi bir kişinin, ebeveynlerden ya da çocuklardan biri ya da bir kaçının madde kullanımı ailenin gelişimini engeller. Gelişen bağımlılık sonucu çalışamaz durumda olan ve herhangi bir geliri olmayan birey maddeyi edinmek için sürekli ailesini ekonomik açıdan sömürmeye başlar. Sosyal ve ekonomik yetersizlikler aile içindeki barışı, düzeni, işleyişi, üyeler arası güveni bozar. Bu nedenle, aile içi sorunları çözmek, psiko-sosyal ve ekonomik destek mekanizmalarını devreye sokmak ve ailenin tedavi sürecine olumlu yönde katkı vermesini sağlamak önemlidir.

Aile tedavisi, aile üyelerinin birbirleriyle ilişkilerini ve iletişimini temel alır. Aile yapısını organize etmek, kötü işlev gören ilişki kalıplarını değiştirilmesi sağlamak, ebeveynleri güçlendirmek, esnek sınırlar oluşturmak ve daha uyumlu ilişki kalıplarını geliştirmek için aile terapisi yapılmaktadır. (Dokur ve Profeta, 2006: 60). Madde bağımlılığı tedavisinde ailenin tedavi sürecinin bir parçası olarak ele alınması ve aile içi iletişimin ve etkileşimin fonksiyonel olması yönünde ailenin tüm üyeleri ile birlikte çalışılması gereklidir.

Kılıçarslan, tedavide ailenin önemini şu şekilde ifade ediyor."Aileyi tedavi sürecine katmadan ona rol ve sorumluluk vermeden başarı sağlamamız mümkün değil. Aile tedavi sürecine katılarak sorumluluk almalı, çocuğunun bağımlılığına neden olan davranış ve tutumlarını da yeniden gözden geçirerek gerekli değişikliği yapmalıdır. Eğer aile tutumlarında ve davranışlarında gerekli değişikliği yapmıyorsa, madde bağımlısı gençle iletişim sorunlarını devam ettiriyorsa o tedaviden yarar sağlamak mümkün değildir." (Kılıçarslan, 05.01.2011)

## 1.5.Türkiye'de Madde Kullanıcılarına İlişkin İstatistiksel Bilgiler

Türkiye'de psikoaktif madde kullanıcılarının sosyo-demografik durumları hakkında bilgilere ulaşmada; üniversite ve liselerde okuyan öğrencilere, emniyet birimlerine

uyuşturucu kullanımı ile getirilenlere ve tedavi merkezlerinden hizmet alanlara yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından 1996 yılından itibaren uyuşturucu suçlarından yakalanan şahıslara uygulanan "Bağımlılık Anketi" sonuçlarında; "16 ile 30 yaş arasında uyuşturucu madde kullanımının daha sık görüldüğü, erkek kullanıcıların kadınlara oranla daha fazla sayıda olduğu, kullanıcıların genellikle evli olduğu, ailelerinin olduğu ve beraber yaşadığı, yarısından çoğunun ortaöğretim mezunu olduğu, kullanıcılar tarafından en çok esrarın tercih edildiği, maddeye başlama nedeni olarak arkadaş grubunun ilk sırada yer aldığı, düzenli bir işlerinin olmadığı, gelir durumlarının düşük olduğu, yarısından çoğunun tedaviyi istemediği" belirlenmiştir. (Yılmaz, 2010).

UNODC tarafından yapılan ESPAD 2003 sonuçlarında; öğrencilerin yüzde 5'inden fazlasının yasadışı madde deneyimlerinin olduğu, en çok kullanılan maddelerin, marihuana/esrar, uçucular, anabolik steroidler, sakinleştiriciler veya sedatifler ve ecstasy olduğu, ilk madde kullanma nedenlerinin "merak", "problemlerini unutmak" ve "kafa bulmayı istemek" şeklinde olduğu belirlenmiştir. (ESPAD, 30.04.2012).

TUBİM 2010 Raporu'na göre; 2009 yılı için toplam 20 tedavi merkezinden, 2594 kişi yatarak bağımlılık tedavisi görmüştür. Yatarak tedavi olan hastalar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde 2598 kişiden 2404 kişinin erkek, 159 kişinin kadın olduğu saptanmıştır. En küçük yaş 11, en büyük yaş 65'tir. Yaş gruplarına göre sınıflandırma yapıldığında; 25-29 yaş aralığında 594 kişi, 20-24 yaş aralığındaki 491 kişi, 30-34 yaş aralığındaki 461 kişi. 15-19 yaş aralığında 434 kişi yer almaktadır. Tedavi gören kişilerin yüzde 65,2'sinin ilk ve ortaokul mezunu oldukları görülmektedir. Tedavi olan kişilerin iş durumlarına göre profilleri incelendiğinde, ilk sırayı 1720 kişi ile işsizler almaktadır. Yaşam biçimine göre değerlendirildiğinde 2230 kişinin ebeveyn/ailesi ile, 208 kişinin yalnız ve 29 kişinin ise arkadaşı ile yaşadığı görülmektedir. (TUBİM; 25.01.2012).

Çalışmamızın I. bölümünde psikoaktif maddelerin dünyada ve Türkiye'de ortaya çıkışı, kullanım oranları ve yasal düzenlemeleri ile ilgili bilgi verilmiştir. Doğada kendiliğinden yetişen, ağrı kesici, yatıştırıcı gibi etkileri nedeni ile çeşitli amaçlarla kullanılmış olan psikoaktif maddeler, 19. yy. sonları ile 20. yy. başlarında daha hızlı bağımlılık yapan, daha tedavisi zor maddelerin keşfi ve toplumun daha geniş kesimlerinde giderek artan oranda kullanılmaya başlanması sonucu toplumsal bir sorun halini almıştır. Dünya genelinde psikoaktif madde kullanımlarını önleyici ve satışını engelleyici yasal düzenlemeler uygulanmaktadır. Tüm yasal düzenlemelere rağmen psikoaktif madde kullanımı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artış göstermektedir. Madde kullanımında önleyici çalışmaların tek başına yeterli olmadığı, kullanıcılara ulaşılarak tedavi edilmelerin sağlanmasının da bir o kadar önemli olduğu anlaşılmaya başlanmıştır. Türkiye'de madde bağımlılık tedavi hizmetleri ayaktan ve yatarak verilmektedir. Bilinçlendirme, bilgilendirme, iletişim becerileri ve problem çözme eğitimi, öfke ile baş etme beceri eğitimi, madde teklifini ret etme beceri eğitimi, grup oturumları ve aile tedavisi madde bağımlılık tedavi merkezlerinde uygulanan tedavi yöntemleridir.

# İKİNCİ BÖLÜM
# TÜRKİYE'DE PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞINDA TEDAVİ HİZMETİ VERİLEN SAĞLIK KURULUŞLARI

## 2.1.Psikoaktif Madde Bağımlılığında Tedavi Hizmeti Verilen Sağlık Kuruluşları

Sağlık hizmetleri; toplumu oluşturan bireylerin hastalık ve kazalardan korunmaları yönünde koruyucu ve önleyici politikaların hazırlanması ile hastalık oluştuğunda iyileştirmek ve geliştirmek için en uygun teknoloji ile verilmesi gereken tüm faaliyet ve hizmetlerdir. (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 3).

Bu anlamda sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç alanda sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık oluşmadan insanları korumak amacı ile verilen hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler, hastalanan bireylerin tekrar sağlıklarına kavuşmaları için sunulan hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri ise herhangi bir sebeple (hastalık ya da kaza sonucu) oluşan işgücü kayıplarında verilen sosyal ve tıbbi rehabilitasyon hizmetleridir. Psikoaktif madde kullanımının zararlarına yönelik tüm toplumun bilgilendirilmesini sağlayıcı önleyici politikalar hazırlamak, kullanan kişilere ulaşılarak tedavi edilmelerini sağlamak ve topluma tekrar sağlıklı bireyler olarak kazanmalarını sağlayıcı yönde rehabilite etmek, sağlık hizmetlerinin birincil görev alanı içindedir. Tüm bu süreçlerde etkin ve kaliteli sağlık hizmetinin verilebilmesi yönünde plan ve politikalar oluşturmak ve bu politikaların sağlık personelleri tarafından uygulanmasını sağlamak sağlık sisteminin en önemli görevidir.

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nde (2004) psikoaktif madde bağımlılarının tedavilerinin yapıldığı merkezler: "Madde bağımlılarına yönelik olmak üzere, ayakta veya yatarak detoksifikasyon ile idame ve rehabilitasyon amacıyla, ilaçla veya ilaçsız olarak veyahut her iki usûl ile de yapılan ve madde bağımlılarına yönelik her türlü tedavi usûllerinin uygulandığı, kamu kurum ve kuruluşlarına ait olan genel hastanelerin psikiyatri klinikleri veya özel dal hastanesi niteliğindeki akıl ve ruh hastalıkları hastaneleri bünyesinde kurulan madde bağımlılığı tedavi merkezleri ile gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olan özel hastaneler bünyesindeki madde bağımlılığı tedavi merkezlerini veya sadece bu maksatla açılmış olan müstakil

madde bağımlılığı tedavi merkezleri" olarak tanımlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 22.03.2012).

Toplumsal bir problem olarak psikoaktif madde bağımlılığında etkin tedavi sunumu sağlık sisteminin önemli bir alanıdır. Psikoaktif madde bağımlılığı tedavisi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin AMATEM ve psikiyatri kliniklerinde, tıp fakültesi hastanelerinin tedavi birimlerinde, kamu-üniversite ortaklığında ve ayrıca özel sektörde yapılmaktadır.

### 2.1.1.AMATEM

AMATEM, (Alkol - Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi ) Alkol ve madde bağımlılarına yönelik tedavi hizmeti verilen, bağımlı bireylerin tekrar topluma kazandırılması, başkalarının madde kullanmaya sevk etmelerinin önlenmesi yönünde çalışmalar yapılan ve bu konuda araştırmalar yapan sağlık kuruluşlarıdır. (Sağlık Bakanlığı, 22.03.2012). Türkiye'de alkol - madde bağımlılığı tedavi ve eğitim hizmeti verilen merkezler şunlardır:

**Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler**

1. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)
2. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ÇEMATEM)
3. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (AMATEM)
4. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (AMATEM)
5. Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (AMATEM)
6. Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (AMATEM)
7. Denizli Devlet Hastanesi (AMATEM)
8. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)
9. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)
10. Diyarbakır Devlet Hastanesi (ÇEMATEM)
11. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)
12. Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi ( ÇEMATEM)
13. Bursa Devlet Hastanesi (AMATEM)

**Üniversite Hastaneleri**

14. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)
15. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)
16. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)
17. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)
18. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (AMATEM)
19. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)

**Kamu-Üniversite-STK Ortaklığındaki Merkezler**

20. EGEBAM
21. AKDENİZBAM

**Bünyesinde Uzmanlaşmış Tedavi Merkezi Bulunan Özel Hastane**

22. Özel Balıklı Rum Hastanesi (AMATEM)

AMATEM'e başvuruları, gönüllü ve denetimli serbestlik sonucu mahkeme kararı ile gönderilen madde bağımlısı erişkin ve ergenler oluşturmaktadır. AMATEM'de tedaviler, yatarak ve ayaktan olmak üzere iki şekilde verilmektedir. Bağımlı bireyin yatarak ya da sadece ayaktan tedavi alması gerektiği psikiyatri uzmanı tarafından karar verilmektedir. Bu karar, bağımlının ayaktan tedavi programlarına rağmen ayıklığın sağlanamaması, madde kullanımı ile eşlik eden psikiyatrik bozukluğun varlığı, yoksunluk belirtilerin şiddetli olması gibi nedenlere bağlıdır. (Dilbaz, 1998; 71-72).

Bulundukları illere göre yatak sayıları, personel sayısı ve alkol ve madde kullanım şikâyeti ile AMATEM'e başvurup tedavi edilen hasta sayısı aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 1:** 2009 Yılında Tedavi Merkezlerinin İllere Göre Sayıları, Yatak ve Personel Sayısı ile Yatarak ve Ayakta Tedavi Edilen Hasta Sayıları

| | **Merkez Sayısı** | **Yatak sayısı** | **Personel Sayısı** | **Yatarak Tedavi olan sayısı** | **Ayakta Tedavi edilen sayısı** | **Ayakta tedavi Edilme yüzdesi** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| İstanbul | 5 | 181 | 90 | 943 | 66825 | % 62,35 |
| İzmir | 4 | 56 | 41 | 71 | 17710 | %16,52 |
| Ankara | 3 | 96 | 36 | 339 | 6642 | % 6,20 |
| Adana | 1 | 46 | 13 | 498 | 7611 | % 7,10 |
| Manisa | 1 | 33 | 11 | 256 | 4129 | % 3,85 |
| Kayseri | 1 | 25 | 18 | 172 | 10 | % 0,01 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Antalya | 1 | 20 | 15 | - | 748 | % 0,70 |
| Samsun | 1 | 17 | 9 | 21 | 1812 | % 1,70 |
| Denizli | 1 | 15 | 10 | 21 | 669 | % 0,62 |
| Elazığ | 1 | 10 | 9 | 271 | 710 | % 0,66 |
| Diyarbakır | 1 | 10 | 7 | 2 | 312 | % 0,29 |
| | **20** | **509** | **259** | **2594** | **107178** | **% 100** |

(www.tubim.gov.tr)

Tablo 1'in devamıdır.

Yukarıdaki tabloda; Türkiye'de madde bağımlılığı tedavi hizmeti verilen 20 merkezde, 2009 yılında toplam 109772 hastanın yatarak ve ayaktan bağımlılık tedavisi hizmeti aldığı ve bu hastalara toplam 259 sağlık personelinin hizmet verdiği anlaşılmaktadır. Bağımlılık tedavi alanında yeterli sayıda ve kalitede personel istihdamının sağlanması tedavinin başarıya ulaşmasını sağlayan en önemli etmenlerden biridir. Bu doğrultuda; Türkiye'deki tedavi merkezlerinde görev alacak personel sayılarının hasta/personel oranı göz önünde tutularak yeterli sayıya getirilmesi gerekmektedir.

## 2.2.Madde Bağımlılığı Tedavi Ekibinde Çalışan Sağlık Personeli

Bağımlılık, fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan bireyi ve ailesini etkilemektedir. Bu doğrultuda, bağımlılık tedavisi, multidisipliner bir tedavi ekibinin işbirliğine ve katkısına ihtiyaç duymaktadır. Bağımlılık tedavi ve izleme merkezlerinde görev alan sağlık personellerinin, hastaların ve toplumun ihtiyaçlarına cevap verecek, ekip anlayışı içerisinde çalışacak, mesleki bilgi ve becerilere sahip nitelikte kişilerden olmaları gerekmektedir.

### 2.2.1.Psikiyatri Hekimi, Hemşire, Psikolog ve Psikiyatrik Sosyal Çalışmacı

> "Toksikomani servisinde bir kısım hastalarıma faideli olurken elimde olmayan sebeplerden dolayı ekseriyeti teşkil eden hastalarıma yardımcı olamamanın üzüntüsünü ve ıstırabını çekmekteyim."

1957 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bağımlılık kliniğinde çalışmış olan, Dr. Aydın ULUYAZMAN'ın "Toksikomani" (1972) kitabının önsözünde yer alan bu ifadeler bağımlılık tedavisinin birden fazla faktöre bağlı olabileceğini bize göstermektedir. Bağımlık tedavisinde, tedavinin başarısı etkileyen birçok etmen vardır. Bunları; bireyin yaşı, cinsiyeti, kullanılan maddenin kullanım

süresi ve kullanım miktarı, maddeyi bırakma isteği ve kararlılığı, ailenin desteği, eski çevreden uzaklaşma, sağlık personelinin olumlu yaklaşımı gibi etmenler olarak sayılabiliriz.

### 2.2.2.1.Psikiyatri hekimi

İnsanın zihinsel, duygusal yapısı ile davranışlarında, çevreye uyumunda ortaya çıkan sorunların incelenmesi, tanımlanması, tedavisi ve önlenmesi psikiyatri hekimlerin temel çalışma alanlarıdır. Ivan ILLICH "Tıp'ı" şu şekilde ifade ediyor:

> "Tıp, ahlaki bir iştir ve bu nedenle, kaçınılmaz olarak iyinin ve kötünün içeriğini belirler. Tıp her toplumda, yasalar ve din gibi, neyin normal, uygun ya da arzu edilir olduğunu belirler. Tıp, büyük kitleleri bürokratik geleneklerle kontrol eden profesyonel uzmanlarca uygulanır. Günümüzde, neyin hastalık kavramı içine gireceğini, kimin hasta olduğunu, hastaya ve özel risk altındaki kişilere ne yapılacağını yalnızca doktorlar bilir." (İllich, 2011: 38-39).

Psikoaktif madde kullanımı, kullanan bireyleri ve ailelerini, fizyolojik, ruhsal ve sosyal açılardan etkileyen ruh sağlığı sorunudur. Bu anlamda psikiyatri hekimlerinin mesleki uygulamalarında birincil alan olarak yer almaktadır.

Bağımlı birey, kendi isteği ile ya da mahkeme kararı ile merkeze ilk başvurusunda, psikiyatri hekimi ile karşılaşmaktadır. İlk görüşmede ya da muayenede kurulan doğru, samimi ve güvenilir iletişim, tedaviye olan isteği ve umudu artırmaktadır. Bağımlılık tedavisinde, hekimlerin tedavi hakkında hastalara bilgilendirilmiş onam vermeleri gerekmekte, uygulanacak tedavilerle ilgili hastanın self determinasyon (kendi kendini belirleme) hakkına saygı göstermelidirler. Hastanın ve hasta ailesinin, uygulanacak tedaviler hakkında bilgilendirilmesi, hekimin hastayı tedavi edeceğine inandırması, hastanın tedaviye istekli hale gelmesine zemin hazırlamaktadır. (Türkcan ve Türkcan, 1998: 52-53).

AVCI, 11.03.2010 tarihindeki gazetedeki yazısında, madde bağımlılığı tedavisinde en önemli sorunlardan birisini şu şekilde ifade ediyor " Uyuşturucu bağımlılığından

kurtarmak için açılan tedavi merkezlerinde, yoğunluktan dolayı çoğu kez sadece kan ve idrar tahlili yapılabiliyor. Kişiyi tedavi olmaya ikna etmeye yönelik psikiyatrik destek ve tedavi imkânı yeterince sağlanamıyor. İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde bulunan denetimli serbestlik polikliniğine günde ortalama 150-200 hastanın gelmesi yoğunluğu gözler önüne sererken, merkezde sadece birkaç psikiyatri uzmanının çalışması da alandaki eleman eksikliğini ortaya koyuyor. Türkiye'de toplam bin 600 psikiyatri uzmanının sadece 600'ü devlette çalışıyor. Bunların çoğu da bağımlılıktan ziyade psikiyatrik rahatsızlıklarla ilgileniyor." Bağımlılık tedavi merkezleri ile ilgili en önemli sorun, bu merkezlerde çalışabilecek yeterli personelin (hekim, psikolog ve hemşire gibi) sağlanamamasıdır. Psikiyatri hekimleri, bağımlılık tedavisini sorunlu alan olarak görmektedirler ve bu alanı tercih etmemektedirler. Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının, bağımlılık tedavi merkezlerini tercih etmelerini sağlayıcı çalışmaların yapılması, özendirici politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

### 2.2.2.2.Psikiyatri hemşiresi

Madde bağımlılığı tedavisinde, sonucun başarıya ulaşması, ekip üyelerinin uyum içinde çalışmalarına, doğru ve etkili iletişimin kurmalarına, etik ilkeler çerçevesinde saygıya, samimiyete ve güvene dayanan ilişkilerin kurulmasına, meslek elemanlarının görevlerini doğru ve eksiksiz yerine getirmelerine bağlıdır. Bu ekibin oluşmasına katkı veren mesleklerden biri olan psikiyatri hemşirelik süreci, madde bağımlılığın tedavisinde, hastalara kaliteli bakım hizmeti verilmesi açısından önemlidir. (Sağkal ve Gürkan, 2008; 148-153).

Psikoaktif madde bağımlılık tedavi hizmeti alan bir kişinin, hekimlerin ve hemşirelerin yaklaşımı ile ilgili ifadeleri sağlık sistemindeki yetersizliği belirtmektedir. "Onlar da bu işin üstünde durmuyor. Hemen herkesin yaklaşımı şu: Nasılsa yine başlayacak! Bir kısır döngünün içinde... Burada on gün yatacak, çıkınca yine içecek. O yüzden üzerinizde durmazlar ve "Neden kusuyorsun" diye bağırırlar." (Cannabist Life, 27/07/2011) Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar, yattıkları süre boyunca en fazla hemşireler ile karşılaşmaktadırlar. 24 saat yatılı olan merkezlerde, hasta açısından bakıldığında, hemşirenin hastaya ve tedavi sürecine yaklaşımı önemli yer tutmaktadır. Psikiyatri

hemşiresi, tedavi sürecinde, bağımlı bireyin bakımının yapılmasının yanında, tedavi sonrası olumlu benlik kavramı geliştirip, toplumda üretici konuma geçebilmesini sağlamada etkin olarak sorumluluk almaktadır. Hastaya ve tedavi sürecine inancı olmayan hemşirenin bu tavrı hastanın da tedaviye olan umuduna ket vurabilmektedir.

### 2.2.2.3.Psikolog

Hastalık kişide sadece fiziksel değişikliklerin olması değil aynı zamanda psikolojik olumsuz durumlarında varlığıdır. Madde bağımlılığı alanında çalışan psikologlar, tutumların ve algıların değiştirilmesi sürecinde bağımlı bireye yardımcı olurlar. Klinik ortamlarda psikiyatri hekimi ile birlikte ruhsal hastalıklara tanı konulmasında ve tedavi hizmetleri sırasında tıbbi ekibin bir parçası olarak çalışmaktadırlar.

Bağımlı bireylerde, depresyon ve anksiyete sıklıkla karşılaşılan psikolojik rahatsızlıklardır. Aynı zamanda, şiddete meyil, kontrol kaybı, iyi iş olanaklarını kaybetme, çevrelerindeki ile ilişkileri zayıflaması gibi durumlarda bağımlılarda sıklıkla rastlanmaktadır. Bağımlı bireyin, gelecek kaygısının giderilmesi, ailesi ve arkadaşları ile olumlu iletişim kalıpların geliştirilmesi, kendisi ve toplum için üretken bir birey olarak çalışabilmesi konusunda özgüveninin tekrar kazandırılması gibi konularda psikolog bireyle ve aileyle çalışır. Psikolog ile bağımlı arasında kurulan bağların sağlam temellere oturtulması, bireyin gelecek yaşamında topluma etkin bir üye olarak kazandırılmasında önemli rol oynamaktadır.

### 2.2.2.4.Psikiyatrik sosyal çalışmacı

Sosyal çalışma, kişilerin, grupların ve küçük toplumların ihtiyaçlarının karşılanmasında kaynaklara ulaşılmasının sağlandığı, insanların kendi kendilerine yardım etmeleri için sosyal destek mekanizmaların harekete geçirildiği ve tüm bu süreçlerin bilimsel yöntemler ile gerçekleştirildiği uygulama alanıdır. (Kongar, 1972: 6).

Madde kullanımı sonrasında bireyde gelişen bağımlılık ile birlikte, birey birincil ve ikincil ilişkilerinde sorunlar yaşamaya başlar ve giderek sosyal çevresinden soyutlanır. Sosyal hizmet mesleği, bağımlılık tedavisindeki rolünü tam bu odak noktasında belirleyerek harekete geçmektedir. Sosyal hizmet mesleği, bireyin kendisi ve sosyal

çevresi üzerinde odaklaşırken temel fonksiyonu birey ve çevresi arasındaki ilişkileri her ikisinin de yararına olacak şekilde düzenler. Madde bağımlılığı sorun alanlarını tanımlama, kendi kendine yardım sürecini kolaylaştırma, toplum kaynaklarına başvurma için bireyi yönlendirme (bağlantı kuruculuk görevi), bağımlının tedaviyi kabul etmesini ve ailesi ile birlikte bireyin yaşadığı stresin azaltılmasını sağlama, bağımlının içinde bulunduğu durumdan ötürü ortaya çıkan sorunların çözümüne yardımcı olma, sosyal hizmet mesleğinin bağımlılık tedavisindeki mesleki rolleridir. (Kalyoncu vd, 1997: 2-309).

Tedavi ekibinin üyesi olan sosyal çalışmacı, tedavi sürecinin başarıya ulaşmasında çeşitli katkılar sağlamaktadır. Tedavi merkezine ilk başvuruda sosyal hikâyeyi ayrıntılı olarak alan sosyal çalışmacı, bağımlı bireyi ve yakınlarını tedavi olanakları hakkında bilgilendirir ve kaygıların giderilmesini sağlar. Tedavi süresince bireyle çalışma tekniğini kullanarak bireyin güçlü yönlerini ortaya çıkarır, sosyal çevre ile ilişkilerinin yeniden düzenler. Tedavi sonrası bireyi sosyal çevresi içinde izler, uyum sorunlarının gidermeye çalışılmasında ve zamanını geçirebilmesi için olumlu uğraşların kazanılmasında etkin rol oynar. (Atauz, 1972: 78).

### 2.2.2.Tedavi Merkezlerinde Görevlendirilen Sağlık Personel Sayısı

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nde (2004), merkezlerde çalışması gereken personelin asgarî sayısı ve nitelikleri: "Merkezin yönetiminden sorumlu bir uzman, her on yatak için bir uzman, ilk on yatak için 24 saat boyunca hizmeti sürdürecek şekilde asgarî beş tabip olmak üzere; ilave her on yatak için, altı ay süre ile madde bağımlılığı eğitimi görerek, bu konuda sertifika almış olan aile hekimliği uzmanı veya pratisyen tabip, altı ay süre ile madde bağımlılığı eğitimi görerek bu konuda sertifika almış ve klinik tecrübesi olan bir psikolog, ilk on yatak için 24 saat boyunca hizmeti sürdürecek şekilde asgarî altı hemşire olmak üzere, ilave her on yatak için dört hemşire" olarak belirtilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 22.03.2012).

2009 yılında, tedavi merkezlerinde, 106093 kişi ayaktan ve 2594 kişide yatarak toplam 108687 kişi madde kullanım bozuklukları tedavi hizmeti almıştır. Bu tedavi merkezlerinde görevlendirilen sağlık personel sayısı toplam 259'dur. (TUBİM, 2010

yıllık rapor ) 2008 yılında Uyuşturucu ve Kaçakçılığını Araştırma Komisyonu tarafından hazırlanan Meclis Araştırma Komisyon Raporunda tedavi merkezlerindeki personel yetersizliği şu şekilde belirtilmektedir; "Uyuşturucuyla mücadelede insan kaynakları eksikliği göze çarpıyor. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitimi Merkezleri'nin (AMATEM) nicelik ve nitelik olarak yetersizliği bu anlamda en büyük engel." (TUBİM, 25.01.2012).

Tedavi merkezlerinde görevlendirilen sağlık personel sayısındaki yetersizlik bir taraftan hizmet verenler ve öbür taraftan hizmet alanlar açısından olumsuzlukları beraberinde getirmektedir. Bu durum, sağlık personellerinin yoğun çalışma şartları içinde performansları üstünde hizmet vermelerine yol açmaktadır. Sağlık personel sayısındaki yetersizlik, tedavideki başarıyı engelleyen en önemli unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda; Türkiye'de tedavi merkezlerinde görev alacak personel sayılarının hasta/personel oranı göz önünde tutularak yeterli sayıya getirilmesi gerekmektedir.

### 2.2.3.Sağlık Personelinin Tedaviye İlişkin Aldıkları Eğitim

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (2004); Merkezde görevlendirilecek Tabibin, tıp fakültesi mezunu olması, ilgili mevzuata göre Türkiye'de tababet icrasına engel bir halinin bulunmaması ve madde bağımlılığı eğitimi sertifikasına sahip olmasını; Psikolog meslek elemanının, madde bağımlılığı eğitimi sertifikası almasını, eğitim merkezinde altı ay süreyle madde bağımlılığı eğitimi görmüş ve bu merkezde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olmasını; merkezlerde görevli hemşirelerden en az ikisinin madde bağımlılığı eğitimi sertifika sahibi olmasını zorunlu koşmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 22.03.2012).

Günümüzde sağlıkta dönüşüm çerçevesinde sağlık politikaları da değişmeye başlamıştır. Sağlık, medikal modelin yanında, hastalıkların sosyal yönünün de olduğunu, bu boyutun da ele alınması gerektiğini vurgulayan bir yaklaşıma doğru değişmektedir. Genellikle sağlık bilimlerinin tüm dallarında bilgi düzeyi artmakta, sağlık ve bakım hizmetlerini sunma yöntemleri hızla değişmektedir. Bu dinamizmi yakalamak için sağlık çalışanlarının da kendilerini sürekli yenilemeleri zorunlu

olmaktadır Hastanelerde hizmet içi eğitimin gerekliliği bu doğrultuda ivme kazanmaya başlamıştır. Hizmet içi eğitim, "kişiye işi ile kesin hukuki ilişkilerin kurulduğu tarihten, işten ayrıldığı tarihe kadar geçen süre içinde, işin gerektirdiği performans düzeyine ulaşması için gereken bilgi, beceri ve davranışların sistemli bir şekilde öğretilmesidir." (Can vd, 1995).

Kullanılan madde, bireyi ve ailesini farklı yönlerden etkilemektedir. Ayrıca kullanılan maddenin vücutta meydana getirdiği etkiler farklı olabilmektedir. Tüm bu etkileri ve olası sonuçlarını bilen, bulundukları toplumu iyi tanıyan sağlık personelleri uyguladıkları mesleklerde daha başarılı olmakta ve verdikleri hizmetlerde hizmet alanlara yönelik daha tatminkâr başarılar elde etmektedirler.

### 2.2.4.Tedavi Hizmetlerinde Yer Almak İçin Personel Seçilme Kriterleri

AMATEM'de hizmetler, psikiyatri hekimi, psikoterapist, sosyal hizmet meslek elemanı, rehabilitasyon uzmanı ve rehabilitasyon hemşiresi tarafından yürütülmektedir. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (2004), sağlık personellerini bağımlılık alanında çalışması koşulunu, sertifika sahibi olma zorunluluğuna bağlamaktadır. Bu zorunluluğa rağmen, merkezlerde eğitim almamış kişiler görevlendirilebilmektedir. Bağımlılık ve bağımlılık tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan sağlık çalışanlarının merkezlerde istihdam edilmelerini sağlamak, ekip çalışmasını zarar vermekte ve verilen hizmetin kalitesini düşürmektedir. Bağımlılık tedavisi ekip işbirliğine ve uyumuna bağlıdır. Ekipte yer alan bir çalışanın görevinde yetersiz kalması diğer ekip üyelerinin yaptığı tüm çalışmaları zedeleyebilmektedir.

### 2.2.5.Sağlık Personelini Motiveye Dönük Politikalar

Sağlık personelleri, çalışma koşulları, ortamları ve ilişkilerinden kaynaklanan çok çeşitli sorunlar ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Kimi zaman kurum idaresinin çalışanlar üzerindeki baskısı, kimi zaman yoğun çalışma şartları ve kimi zamanda hizmet verdikleri birey ve ailesi tarafından yapılan uygunsuz tavır ve davranışlar, sağlık çalışanlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Madde kullanım bozuklukları tedavi hizmetinde görevlendirilmenin, diğer tıbbi alanların aksine, kendine has zorlukları

vardır. Tıbbın diğer alanlarındaki hastalar hastalıklarının bilincinde oldukları için tedavi olmak için hastanelere başvurmaktadırlar. Hâlbuki bağımlı birey ve aileleri madde kullanım bozukluğunu inkâr etme ve tedaviyi ret etme eğiliminde olabilmektedirler. Diğer önemli bir nokta ise, madde kullanım bozukluğu olan bireyler, tedaviye çok erken cevap vermemekte, tedavi sonrası dönemde madde kullanmaya tekrar başlamakta, aynı merkezlere tedavi için defalarca başvurmaktadırlar. Bu durum sağlık personellerinin bu hastalara karşı olumsuz duygular beslemelerine neden olabilmektedir. (Dilbaz, 1998; 63).

Sağlık bakanlığı, AMATEM'de çalışan personellerin motivasyonu artırmak ve hizmet verimliliği sağlamak yönünde, döner sermaye uygulamasıyla gelirlerini arttırmayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda, 06.07.2011 tarih ve 27986 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte, AMATEM özellikli birimler arasına eklenmiştir. (Sağlık Bakanlığı; 30.04.2012) Tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının ek ödemelerinde yapılan bu artışlar tüm sağlık çalışanlarını aynı ölçüde etkilememektedir. Yoğun çalışma şartlarındaki yardımcı sağlık personeli hekimler kadar performansa dayalı ek ödemeden yeterli payı alamamaktadırlar.

Bu sorunların ortadan kaldırılması, personellerin özlük haklarının iyileştirilmesi, bu alanda çalışan sağlık personellerinin motivasyonlarını artırıcı ve aynı zamanda bu alanda çalışmayı da özendirici yönetimsel faaliyetlerin yapılması gereklidir.

### 2.3.Sağlık Kuruluşları ve Personelinin Tedavideki Yasal Dayanakları

Yasal mevzuat, kuruluşun açılış ve kapatılma şartları ile personel istihdamından sunulacak hizmetlerde standartların belirlenmesinde kurum idaresine, çalışanlara ve hizmet alanlara yönelik yol gösterici nitelik taşıyan düzenlemelerdir.

Madde bağımlılığı alanında görev yapan sağlık çalışanları, Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (2004) kapsamında hizmet vermektedirler. Yönetmeliğin 32. maddesinde merkezde görevli tabip: Hastalara tedavi uygulamak, hastaları tıbbî yönden

izlemek, tedavi seansları ile ilgili hastanın dosyasına gözlem notunu kaydetmek, ilk müdahaleyi yapmak ve hizmetin 24 saat boyunca devamlılığını sağlamak olmak üzere görev sorumluluğu belirlenmiştir. Yönetmeliğin 33. maddesinde psikolog: Hastaların psikolojik sorunlarının çözümlenmesine yardım etmek, hastaların uğraşı tedavi programlarını yapmak, hastaların tabiple iletişim ve işbirliği kurmasında yardımcı olmak, hastanın günlük yaşayış ve davranışlarını izlemekle yükümlü olan meslek elemanı olarak belirlenmiştir. Yönetmeliğin 34. maddesinde hemşire: Hastanın her türlü tıbbî bakımını sorumlu uzmanın ve tabibin direktiflerine göre yapmak, hastalara eğitim vermek, rutin hasta takiplerini yapmak ve tedavilere ilişkin kayıtları tutmakla ilgili görevleri yerine getirmekle yükümlü olan meslek elemanı olarak belirtilmiştir.(Sağlık Bakanlığı, 22.03.2012).

Yasal düzenlemeler, idareye ve çalışanlara verilen hizmetlerde belli sınırlar çizer. Kamuda ve özelde hizmet sunumunda tek standardın sağlanması açısından önemlidir. Yasal mevzuatla belirlenmiş iş tanımı ve bu doğrultuda sağlık personellerinin görevlendirilmesi ve görev alanlarının belirlenmesi önemlidir.

Öbür taraftan, Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nde merkezde görevlendirilecek personeller arasında sosyal hizmet meslek elemanı belirtilmemektedir. Bu durum, bilhassa özel merkezlerde sosyal hizmet meslek elemanının istihdam edilmemesine yol açmaktadır. Psikoaktif madde kullanımına, toplumsal ve sosyal nedenler yol açmaktadır. Sorun kaynağını teşkil eden, bireysel ve ailevi psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlenmesine asıl katkı sunacak meslek elemanı sosyal hizmet meslek elemanıdır. Madde bağımlılık tedavi ekibinin bir üyesi olarak, sosyal hizmet meslek elemanının yasal mevzuatta belirtilmemesi ciddi bir çelişki olarak karşımıza çıkmaktadır.

### 2.4.Tedavi Merkezlerine Ulaşılabilirlik Açısından Bölgesel Dağılım

Türkiye'de madde bağımlılığı alanında hizmet veren merkezler genelde nüfusun yoğun olduğu ve madde kullanım oranlarının yüksek olduğu şehirlerde (İstanbul, İzmir, Ankara, Adana, Manisa, Kayseri, Antalya, Samsun, Denizli, Elazığ, Diyarbakır) kurulmuştur. 2004-2009 yılları arasında AMATEM'lere il dışından gelerek başvuran

hasta sayısı yüzde 28'dir. 2009 yılında ise tedavi olmak için il dışından başvuran hastaların sayısı yüzde 56 olarak belirlenmiştir. 2004- 2009 yılları arasında yatarak tedavi olan hastaların yüzde 51'i Ankara'da, yüzde 49'u ise diğer illerde ikamet etmektedir. Ankara'dan sonra Gaziantep, Hatay ve Van illerinden olan başvurular gelmektedir. ( Alkol ve Madde Bağımlılığı Yardım Merkezi, 16.10.2011).

AMATEM'lerin ülke genelinde birçok şehirde açılmamış olması nedeni ile merkezlere başvurular il dışından gelen hastaları da kapsamaktadır. Bu durum, ilk ve erken başvuruları, tedaviye olan isteği, ailenin tedavi sürecinde bağımlı bireyin yanında refakat etmesini engellemektedir. Tedavi sürecinde verilen sosyal ve psikolojik desteklerin (eğitim, aile görüşmesi, işe yerleştirme, danışmanlık vs.) ailenin desteğinin alınması nedeni ile ikamet edilen şehirde verilmesi gerekmektedir.

Tedavide ailenin, birey ve sağlık çalışanı ile birlikte etkin olarak rol almasını sağlamak tedaviye yardımcı olmaktadır. Arıkan (2008: 41), bağımlılık tedavisinde birey ve ailenin birlikte ele alınması gerektiğinin üzerinde durmakta ve madde bağımlılığı tedavisinde, bağımlı bireyin tedavi merkezine kolay ulaşılabilmesi, tedavi maliyetinin asgari düzeyde olması ve bağımlının madde kullanım durumunun denetlemesinin gerektirdiğini vurgulamaktadır. Ailelerin sosyal ve ekonomik yetersizlikleri nedeni ile bağımlılar merkezlere tek başlarına başvurmakta ve bu durumda tedavi sürecinde bireyin aile desteğinden mahrum kalmasına yol açabilmektedir.

### 2.5.Taburculuk Sonrası Denetimle İlgili Düzenlemeler

Tedavi hizmeti verilen birey, psikiyatri hekimi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve sorumlu hemşirelerin oluşturduğu AMATEM Konseyi tarafından klinik tedavinin yeterli olduğuna karar verildiğinde, taburcu edilmektedir. Tedavi sadece merkezde yürütülen hizmetler ile sınırlı değildir. Taburculuk sonrası, hastanın sosyal çevresine adaptasyonu, olumsuz koşulların değiştirilme zorunluluğu, ailenin bireyin yanında destek mekanizmalarını harekete geçirici olarak aktif rol alması, bireyin iş temini ve işini sürdürmesinin sağlanması taburculuk sonrası verilmesi gereken hizmetlerdir. Bunların aktif hale getirilmediği bir tedaviden bahsetmek mümkün değildir.

Nesrin DİLBAZ bağımlılık tedavisinin taburculuk sonrası devam ettiğini ve verilen tıbbi tedavinin yanında sosyal destek programlarının, eğitim, iş edindirme, barınma ve danışmanlık hizmetleri, gerekli olduğunu ve bunun ancak kurumlar arası işbirliği ve sivil toplum kuruluşları ile birlikte verilmesi gerektiğini belirtmektedir.(Dilbaz; 01.05.2012).

Tüm bu hizmetlerin verilme süreci, aynı şehirde ikamet eden birey için daha kolaylıkla sürdürülürken il dışından gelenler açısından mümkün olamamaktadır.

Çalışmamızın II. bölümünde madde bağımlılığı tedavi merkezleri ile bu merkezlerde görevli sağlık personellerine ilişkin bilgiler, tedavi merkezlerin bölgesel dağılımları konularında bilgi verilmiştir. Türkiye'de psikoaktif madde bağımlılığı tedavisi, Sağlık Bakanlığı bağlı devlet hastanelerinin AMATEM ve psikiyatri kliniklerinde, tıp fakültesi hastanelerinin tedavi birimlerinde, kamu-üniversite ortaklığında ve ayrıca özel sektörde yapılmaktadır. Psikiyatri hekimi, asistan hekim, pratisyen hekim, aile hekim uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire tedavi merkezlerinde ki ekibi oluşturan meslek elemanlarıdır. Madde bağımlılık tedavi merkezlerin kuruluşu, açılışı ve bu merkezlerde görevli tüm sağlık personelleri madde bağımlılık tedavi merkezleri yönetmeliği çerçevesinde hizmet sunmaktadırlar.

# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
# PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİNDE SAĞLIK SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİNE DÖNÜK BULGU VE YORUMLAR

## 3.1. Araştırma Hakkında

### 3.1.1.Araştırmanın Problemi

2010 yılında İstanbul ilinde 31 bin lise öğrencisi arasında yapılan araştırma, psikoaktif maddelerin gençler arasında ne denli artan oranda kullanıldığını gözler önüne sermektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre; uyuşturucu kullanan gençlerin sayısının hızlı bir şekilde arttığı ve uyuşturucu kullanma yaşının 14 olarak belirlendiği ortaya çıkmıştır. (EGM KOM D.Bşk. 29.04.2012). Psikoaktif madde kullanımı gençlerin sağlıklı gelişimlerini olumsuz etkilemekte, geleceklerini tehlikeye atmakta, suç işlemeye ve şiddete teşvik etmekte ve böylece tüm toplumu etkileyerek sosyal bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal ruh sağlığının korunması açısından madde bağımlılığı tedavi alanında hizmet veren sağlık çalışanlarına zorlu ve önemli görevler düşmektedir.

Türkiye'de, psikoaktif madde bağımlılık tedavi hizmetleri; kamu, üniversite ve özele bağlı tedavi merkezlerinde verilmektedir. Psikoaktif madde kullanımında, bağımlılık oluşmadan erken teşhisin yapılması ve tedaviye başlanması önemlidir. Bağımlık tedavisinde, bireyin yaşı, cinsiyeti, kullanılan maddenin kullanım süresi ve kullanım miktarı, maddeyi bırakma isteği ve kararlılığı, ailenin desteği, eski çevreden uzaklaşma, sağlık personelinin bağımlı bireylere ve ailelerine yönelik olumlu tutum ve davranışlarda bulunmaları, doğru iletişim kurmaları gibi etmenler önemli yer tutmaktadır.

Madde bağımlılık tedavisinde amaç, bağımlı bireyin maddeyi kullanmayı bırakmasının sağlanmasıdır. Bireyin tedavi merkezinden hizmet aldığı sürede kullandığı maddeyi bırakması yeterli değil, aynı zamanda tedavi sonrası dönemde de maddeye tekrar başlamasının engellenmesi sağlanmalıdır. Tedavi merkezlerinde verilen hizmetlerin ve taburculuk sonrası kişiye denetim sağlanmasında sağlık sisteminin etkin çalışması, bağımlı bireylerin topluma tekrar kazandırılmaları açısından önemlidir.

İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. Bu nedenle bağımlılık tedavisi, multidisipliner bir tedavi ekibinin işbirliğine ve katkısına ihtiyaç duymaktadır. Tedavi merkezleri ile ilgili en önemli sorunlardan biri, bu merkezlerde çalışabilecek yeterli personelin (hekim, psikolog, sosyal çalışmacı ve hemşire gibi) sağlanamamasıdır. Bu merkezlere olan yoğun talep karşısında personel sayısının yetersiz olması tedaviyi olumsuz etkilemektedir.

Tedavi merkezlerinde sağlık personellerin görevlendirilmelerinde çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye genelinde hizmet veren tedavi merkezlerinin genelinde sosyal hizmet meslek elemanlarının görevlendirilmeleri yapılmamaktadır. Madde bağımlılık tedavi merkezlerinde sosyal hizmet meslek elemanının olmaması tedavi alan birey ve ailesi ile tedavide ekip bütünlüğünün sağlanamaması açısından olumsuz bir durumdur.

Tedavi hizmetlerinde sağlık personellerinin kendi istekleri doğrultusunda çalışmalarını sağlamak, uzun yıllar aynı alanda çalışmaları yönünde düzenlemeler yapmak, alanında ihtisaslaşmış ve deneyim kazanmış personelin tedaviye vereceği katkılar açısından önem kazanmaktadır. Alana özgü riskler nedeni ile madde bağımlılığı tedavi hizmeti çalışanlar tarafından tercih edilmemektedir. Türkiye'de bu doğrultuda sağlık personellerinin tedavi merkezlerinde çalışmaya istekli hale getirecek ve olumsuz şartlarda görev yapan sağlık personellerini motive edecek çalışmalar yapılmamaktadır.

Merkezlerde yaşanan sorunlardan bir diğeri, tedavi hizmetinden faydalanan bağımlı bireyler tarafından belirtilmektedir. Bağımlı bireyler, kendilerini, maddeyi bırakma ve tekrar başlama arasında bir kısır döngünün içinde gördüklerini, tedavi olmak için merkeze girdikten sonra zaten yetersiz sayıda çalışan sağlık personellerinin ilgisizliğinden şikâyetçi olduklarını, sağlık personellerinin onların bağımlılıktan kurtulacaklarına dair inançları olmadığını ve bu nedenle de tedavi olmaya yönelik isteksiz davrandıklarını ifade etmektedirler. Bu doğrultuda, tedavi merkezlerinde görevlendirilen sağlık çalışanlarının, bağımlı bireylerin ve ailelerin yaşadıkları zorlukları bilen ve kararlarına saygı gösterebilen, empati kurabilen, hoşgörülü, samimi ve etkili iletişim kurabilen çalışan olmaları yönünde eğitime tabi tutulmaları gerekmektedir. Madde bağımlılık tedavi merkezleri yönetmeliği, merkezlerde görevli sağlık çalışanlarının sertifika almaları yönünde zorunluluk getirmektedir. Bu yasal

değişikliklere rağmen, tedavi merkezlerinde görevlendirilen sağlık personelleri alana dair herhangi bir eğitime tabi tutulmadan merkezlere görevlendirilmeleri yapılmaktadır.

Madde bağımlılığı tedavisindeki başarı, tedavi sürecine katılımını engelleyecek tüm sorunların çözümünde ortak fikirlerin oluşturulduğu, mesleki becerilere sahip sağlık çalışanlarının uyumlu ve koordineli bir ekip içinde çalışmaları sayesinde yürütülecek tüm çalışmalara dayanmaktadır. Sağlık personelleri arasında doğru ve etkili iletişim kurulamaması, ekip çalışmasını engelleyen en önemli sorundur. Sağlık personellerinin iletişim sorunlarının çözülmesine yönelik merkezlerde herhangi bir düzenleme yapılmamaktadır.

Madde bağımlılığı tedavi merkezlerine ulaşılabilirlik bu alandaki sorunlardan bir diğeridir. Bu durum tedaviye başvuruyu, devamı ve tedavinin bir parçası olan psikolojik desteği olumsuz etkilemektedir. Madde bağımlılığı tedavisinde tıbbi yaklaşımın yanında mutlaka sosyal destek programlarının da yürütülmesi tedavinin başarısı açısından çok önemlidir. Fakat, Türkiye'de hizmet veren tedavi merkez sayıları ile bölgesel dağılımları yetersizdir.

### 3.1.2.Araştırmanın Amacı

Türkiye'de, psikoaktif madde kullanıcıların ve bağımlılarının sosyo demografik özellikleri, maddeyi kullanmaya iten faktörlerin belirlenmesi gibi belli istatistikî verilere ulaşılması yönünde hem gençlere hem de ailelerine yönelik çeşitli araştırmalar yapılmış ve yapılmaya da devam etmektedir. Çalışmamızın genel amacı, bu tür verilere ulaşmaktan ziyade, tedavi amacı ile sağlık merkezlerine başvuran ya da gönderilen psikoaktif madde bağımlısı bireylere verilen hizmetlerin etkinliği hakkında bilgi almak, hizmetlerin sunulmasında ortaya çıkan sorunları belirlemek, bu sorunların ortadan kaldırılması ile ilgili bilgilere ulaşmada bu alanda çalışan profesyonel meslek elemanlarının görüşlerini almak ve Türkiye'de yaşayan ve bu hizmetlere ihtiyacı olan kişilere daha iyi hizmet sunacak birimlerin oluşmasını sağlamaktır. Bu doğrultuda, etkin ve güvenilir hizmet verilmesini sağlamada sağlık sisteminde çalışan tüm meslek elemanlarına kılavuzluk edebilecek bilgilerin toplanması amaçlanmaktadır.

### 3.1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul ilinde hizmet veren Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezlerinde 2011 yılı içinde görevli sağlık personelleri ile sınırlıdır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanların görüşleri ile sınırlıdır.

Araştırma, ankette kullanılan 29 soru ile sınırlıdır.

Kullanılan veri toplama aracı ile elde edilen bulgularla sınırlıdır.

### 3.1.4.Araştırmanın Sayıltıları

Görüşme yapılan sağlık çalışanları istekli kişilerden oluşturulmuştur.

Örneklem, evreni temsil edecek niteliktedir. İstanbul ilinde bulunan Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkez'lerine yapılan başvurular ve tedavi olan kişi sayıları Türkiye ortalamasının üstündedir.

### 3.1.5.Araştırmanın Genel Hipotezi

Psikoaktif madde bağımlılığından kurtulmak isteyen bireyleri tedavi etmede sağlık sistemi tarafından verilen hizmetlerde yeterlilik sorunları yaşanmaktadır.

#### 3.1.5.1.Alt hipotezler

*Tedavi merkezlerinde sağlık personellerinin görevlendirilmelerinde yetersizlikler vardır. Tedavi merkezlerinde sosyal hizmet meslek elemanlarının istihdamı yeterli sayıda yapılmamaktadır.
*Sağlık personellerinin, madde bağımlılığı ve bağımlılık tedavisi eğitimi verilmeden merkezlere görevlendirilmeleri yapılmaktadır.
*Merkezde hizmet içi eğitimlere katılım sayılarında sağlık çalışanları arasında farklılıklar vardır.
*Özel merkezlerde sağlık personellerinin kendi istekleri doğrultusunda görevlendirilmeleri kamuya ait merkezlere oranla daha yüksektir.

*Özel merkezlerde çalışanların ekip içinde çalışma bütünlüğü, kamuya ait merkezlere göre fazladır.

*Tedavi merkezlerinde verilen tedaviler ile ilgili sağlık personellerinin görüşlerine başvurulmamaktadır.

*Sağlık personelleri, görev alanlarında bağımlı birey ve ailesi ile sorun yaşamaktadırlar.

*Merkezlerde görevli sağlık çalışanları arasında iletişim sorunu yaşanmaktadır.

*Sağlık çalışanları hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan sorunlara çözüm odaklı yaklaşmamaktadırlar.

*Merkezlerde sağlık personellerinin istekli çalışmaları ve üretken olmaları yönünde motivasyon artırıcı çalışmalar yapılmamaktadır.

*Tedavi merkezlerine ulaşılabilirlik açısından bölgesel dağılım yetersizdir.

### 3.1.6.Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın yönteminde, araştırma modeli, evren ve örneklem, veri toplama aracına yönelik bilgilere yer verilmiştir

#### 3.1.6.1.Araştırmanın Modeli

Bilimsel araştırma, yaşadığımız dünyada merakımız doğrultusunda, olayların nedenleri ve sonuçları arasında bağ kurmaya doğru bizi sürükleyen, değerlendirme, yorumlama ve çözüm yolları aramaya dayanan planlı bilimsel bilgi üretme sürecidir. Bu doğrultuda yapılan sağlık araştırmaları, hizmet sunmakla yükümlü olan kurumların işleyişleri üzerine odaklanmakta, işleyişi bozan unsurları belirlemeye yönelik somut kanıtları elde etmekte ve çözüm üretilmesine katkı vererek, sağlık personellerine yol gösterici nitelikte unsurlar taşımaktadır. (Kaptanoğlu, 2011; 494-495). Hizmet sunumunda ortaya çıkan sorunların erken tanımlanabilmesi, hizmetlerin değerlendirilebilmesi ve geliştirilebilmesi için yapılan araştırmalar, hizmetten faydalananlar, kurum idareleri ve çalışanlar açısından önemlidir.

Araştırmamızda tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modeli, çok sayıda elemandan oluşan evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile evrenin tamamı ya da ondan alınacak bir örneklem üzerinde yapılan düzenlemelerdir. (Karasar, 1999: 79).

### 3.1.6.2.Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni, Türkiye'de madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarıdır. Örneklemi ise; İstanbul il sınırları içinde madde bağımlılığı tedavi ve araştırma merkezlerinde görevli sağlık personelleri oluşturmaktadır.

Türkiye Uyuşturucu 2010 Raporu'nda; 2009 yılında Türkiye genelinde hizmet veren tedavi merkezlerinde 2 bin 594 kişi yatarak; 107 bin 178 kişide ayaktan toplam 109 bin 772 kişi madde bağımlılık tedavi hizmeti aldığı belirlenmiştir. En fazla tedavi hizmeti verilen merkezler İstanbul ve İzmir ilerinde olduğu belirlenmiştir. (TUBİM; 25.01.2012). İstanbul ili içinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet veren, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM), İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi AMATEM, Özel Balıklı Rum Vakfı Anatolia Kliniği ve Maltepe Üniversitesi madde bağımlılık tedavi merkezleridir. Bu dört AMATEM'e ilişkin veriler başta İstanbul olmak üzere tüm Türkiye'ye ilişkin fikir verebilir niteliktedir.

Çalışmamızın amacı doğrultusunda, sağlık çalışanlarına anket uygulamasının gerçekleştirilmesi için İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nden onayın alınması yönünde gerekli yazışmalar yapılmıştır. İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi klinik şefi tarafından merkezde çalışma onayı verilmemiştir. Bu doğrultuda, 08-11 Aralık 2011 Tarihleri arasında Antalya ilinde gerçekleşen 7. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresine katılan, İstanbul ilindeki merkezlerde görevli sağlık çalışanlarına anket uygulaması yapılmıştır. İstanbul ilindeki tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanından %75,5'ine ulaşılmış ve anket uygulaması yapılmıştır.

### 3.1.6.3.Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler literatür taraması ve çalışma evrenindeki sağlık çalışanlarına anket uygulaması yolu ile elde edilmiştir. Araştırılan verilerin toplanması amacı ile araştırmacı tarafından 29 sorudan oluşan bilgi toplama aracı (anket) oluşturulmuştur. Antalya ilinde gerçekleşen kongre dışındaki tüm anketler araştırmacı tarafından yapılmıştır. Verilerin analizinde pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

### 3.1.7. Araştırmada kullanılacak tanımlar

**Psikoaktif Madde:** Kimyasal yapıları nedeni ile alışkanlık veya bağımlılık yapan; bedensel, ruhsal, toplumsal ve adli alanda sorunlara yol açan, öncelikle merkezi sinir sistemini etkileyerek, kullanan kişinin algı, bellek, dikkat, düşünce gibi zihinsel işlevlerini, duygu ve davranışlarını değiştiren maddelerdir. (Ekşi, 1998: 14).

**Madde bağımlılığı:** Bedensel, ruhsal ve sosyal problemlere sebebiyet veren, hayatın idamesi için zorunlu olmayan maddelerin kullanımlarının devam ettirilmesi ve bu maddelerin kullanım arzusunun durdurulamaması halidir. (Sağlık Bakanlığı; 22.03.2012).

**Sağlık Hizmetleri:** Toplumu oluşturan bireyleri hastalık ve kazalardan korunması yönünde koruyucu ve önleyici politikalar hazırlamak, hastalık oluştuğunda iyileştirmek ve geliştirmek için en uygun teknoloji ile verilmesi gereken tüm faaliyet ve hizmetlerdir. (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005:3).

**Detoksifikasyon:** Vücudun, bağımlılık yapan maddeden arındırılması ve tedavi sırasında vücudun bu maddelere olan ihtiyacı sonucunda ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin giderilmesi için uygulanan müdahale ve tedavi usulleridir. (Sağlık Bakanlığı; 22.03.2012).

**İdame ve Rehabilitasyon:** Vücudun maddeye olan ihtiyacını kontrol etmek, ayık kalabilme süresini uzatmak ve böylece hayat standardını artırmak amacıyla

detoksifikasyon tedavisini takip eden ilaçlı veya ilaçsız olarak yapılan psiko-sosyal tedavileri içeren tedavi sürecidir. (Sağlık Bakanlığı; 22.03.2012).

**Sağlık personeli:** Tüm sağlık kuruluşlarında görevli ve sağlık sistemi içinde her türlü hizmeti verebilme becerisine sahip, sorumluluğunun bilincinde olan ve tüm olumsuz koşullara rağmen verilen görevi özveriyle yerine getirme gayreti sarf eden, bulunduğu sağlık kuruluşunda sistemli ve uyumlu çalışmayı ve aynı zamanda verimli olmayı hedeflemiş, insan hayatının önemini kavramış ve hasta hakkına saygılı personeldir.

### 3.2. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Bu bölümde, kamu ve özel madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde görev yapan sağlık personellerine uygulanan anket çalışması sonuçlarından elde edilen bulgular yer almaktadır. Tabloların daha iyi anlaşılması için veriler sonucunda elde edilen bulgular, tabloların altında açıklanmıştır.

### 3.2.1.Ankete Katılanlar Hakkında İstatistikî Bilgiler

Araştırma kapsamında, dört farklı tedavi merkezinde çalışan 68 sağlık personellerine anket uygulanmıştır.

**Katılımcıların Kişisel Bilgilerine ve Bazı Bağımsız Sorulara İlişkin Bulgular**

**Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı**

| Cinsiyet | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Kadın | 50 | 73.5 |
| Erkek | 18 | 26.5 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Araştırmaya katılan sağlık çalışanların %73,5'i kadınlardan, %26,5'i erkeklerden oluşmaktadır. Kadın oranının yüksek olmasının nedeni, merkezlerde çalışan sağlık personellerinin çoğunluğunun hemşirelerden oluşmasıdır.

**Tablo 3:Katılımcıların Yaş Dağılımı**

| Yaş | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| 22-27 yaş arası | 12 | 17.6 |
| 28-33 yaş arası | 19 | 27.9 |
| 34-39 yaş arası | 15 | 22.1 |
| 40-45 yaş arası | 14 | 20.6 |
| 46 yaş ve üstü | 8 | 11.8 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Tablo 3'de katılımcıların %17,6'sı 22-27 yaş arasında, %27,9'u 28-33 yaş arasında, %22,1'i 34-39 yaş arasında ve %32,4'ü 40 yaş üstüdür.

**Tablo 4: Katılımcıların Öğrenim Durum Dağılımı**

| Öğrenim Durumu | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Lise | 9 | 13.2 |
| Önlisans | 11 | 16.2 |
| Lisans | 18 | 26.5 |
| lisans üstü | 16 | 23.5 |
| Doktora | 14 | 20.6 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Tablo 4'e bakıldığında, araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %70'inin lisans ve lisansüstü eğitime sahip olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık kurumlarında görevli sağlık çalışanlarının, sosyal haklarında yapılacak iyileşme beklentilerinden dolayı kendilerini geliştirme ve yetiştirmeye yönelik eğitim almaya istekli oldukları gözlemlenmiştir.

**Tablo 5: Katılımcıların Meslek Dağılımı**

| Meslek | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Psikiyatri hekimi | 7 | 10.3 |
| Asistan hekim ve pratisyen hekim | 7 | 10.3 |
| Psikolog | 13 | 19.1 |
| Sosyal hizmet uzmanı | 3 | 4.4 |
| Hemşire ve sağlık memuru | 33 | 48.5 |
| Diğer | 5 | 7.4 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Tedavi merkezlerinde gece ve gündüz 24 saat hizmet vermekle yükümlü meslek elemanlarının hemşireler olması nedeni ile merkezlerde daha fazla sayıda hemşire

görevlendirilmektedir. Bu nedenle çalışmamızın %48,5 gibi büyük bir oranını hemşireler oluşturmaktadır. Diğer seçeneğini belirten meslekler içinde, Aile Hekim Uzmanı, Psikolojik Danışman ve Tıbbi Teknolog yer almaktadır.

**Tablo 6: Katılımcıların Görevli Oldukları Kurum Dağılımı**

| Tedavi merkezi | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Kamu | 44 | 64.7 |
| Özel | 24 | 35.3 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Araştırmamızda, ikisi kamu ve ikisi özel sektöre bağlı hizmet veren tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarına anket uygulanmıştır. Devlet hastanesi bünyesinde hizmet veren tedavi merkezinin yatak sayısı her iki özel merkezden fazladır. Yatak sayısına paralel olarak bu merkezde daha fazla sayıda sağlık personeli istihdam edilmiştir. Bu durum, çalışmamızda daha yüksek oranda devlet memurlarına anket uygulanmasının yapılmasına neden olmuştur.

**Tablo 7: Katılımcıların Tedavi Merkezinde Görevlendirilme Durumları**

| Görevlendirilme | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Kendi isteğimle | 44 | 64.7 |
| İdare tarafından | 22 | 32.4 |
| Diğer | 2 | 2.9 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %64,7'si kendi talepleri doğrultusunda madde bağımlığı tedavisi alanında görevlendirildiklerini, %32,4'ü ise kurum idaresi tarafından görevlendirildiklerini belirtmektedirler.

**Tablo 8: Katılımcıların Tedavi Merkezinde Çalışma Süresi Dağılımı**

| Çalışma Süresi | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Bir yıldan az | 9 | 13.2 |
| 1-5 yıl arası | 26 | 38.2 |
| 6-10 yıl arası | 14 | 20.6 |
| 11-15 yıl arası | 5 | 7.4 |
| 16 yıl ve üstü | 14 | 20.6 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Çalışmamız, %38,2'si 1-5 yıl arası, %20,6'sı 6-10 yıl arası, %20,6'sı 16 yıl üstü, %13,2'si bir yıldan az ve %7,4'ü 11-15 yıl arası tedavi merkezlerinde görev yapmış sağlık personellerinden oluşmaktadır.

### 3.2.2.Merkezlerde Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Yeterliliği

**Tablo 9: Merkezde Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Yeterliliği**

| Tedavi yöntemleri | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Yeterli | 22 | 32.4 |
| Yetersiz | 9 | 13.2 |
| Geliştirilebilir | 37 | 54.4 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Katılımcıların %32,4'ü merkezde uygulanan tedavi yöntemlerini yeterli, %13,2'si yetersiz ve %54,4'ü ise tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 10: Katılımcıların Alternatif Tedavi Yöntemleri İle İlgili Düşünce Dağılımı**

| Alternatif tedavi yöntemleri | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Evet | 18 | 26.5 |
| Hayır | 50 | 73.5 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %73,5'i tedavi merkezinde uygulanan tedaviler dışında alternatif olabilecek başka bir tedavi ile ilgili düşüncelerinin olmadığını ve %26,5'i ise alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili görüşleri olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 11: Katılımcılar Tarafından Önerilen Alternatif Tedavi Yöntemleri**

| Alternatif tedavi yöntemleri | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Akapunktur | 2 | 2.9 |
| Yatış randevusu gelene kadar 3 ay ek tedavi uygulama | 1 | 1.5 |
| (NA) Adsız Narkotik grup tedavi süreci uygulanmalı | 1 | 1.5 |
| Hipnoz, meditasyon yöntemleri | 2 | 2.9 |
| Sivil toplum kuruluşları ile destekli tedavi programı | 1 | 1.5 |
| Rehabilitasyon eğitimi artırılmalı | 1 | 1.5 |
| Terapi programının uzun olması | 1 | 1.5 |
| Tedavi zorunluluğu, iş bulma ve meslek kazandırma | 1 | 1.5 |
| Yarı yol evleri | 2 | 2.9 |

| | | |
|---|---|---|
| Bilişsel davranışçı terapisi uygulanması | 1 | 1.5 |
| **Toplam** | **13** | **19.1** |
| **Yanıtsız** | **55** | **80.9** |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Tablo 11'in devamıdır.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %26,5'i merkezde uygulanan tedavilere ek olarak sunulabilecek alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Alternatif olabilecek tedaviler; Akapunktur, Hipnoz ve Meditasyon yöntemlerinin uygulanması, Yarı Yol Evleri, Bilişsel Davranışçı Tedavi, Adsız Narkotik (AN) gruplarının oluşturulması, sivil toplum destekli tedavi programları, rehabilitasyon eğitimlerinin artırılması, terapi programlarının süresinin uzatılması, iş terapisinin verilmesi ve meslek kazandırma ile iş bulunmasına destek olunması, tedavi zorunluluğu, yatış randevusu verilen hastaya beklediği sürede ek tedavi uygulanması., Merkezlerde uygulanmakta olan tedavi yöntemlerine alternatif olabilecek tedavi yöntemleri ile ilgili olarak, çalışmamıza katılan sağlık çalışanları tarafından verilen bilgilerin, kurum idareleri için yol gösterici unsur taşıması nedeni ile önemli olduğu düşünülmektedir.

**Tablo 12: Kurum İle Merkezde Uygulanan Tedavi Yöntemleri Arasındaki İlişki**

| Tedavi yöntemleri | | Kurum | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Kamu | Özel | |
| **Yeterli** | **Sayı** | 11 | 11 | **22** |
| | **Satır %** | 50.0% | 50.0% | **100.0%** |
| | **Satır %** | 25.0% | 45.8% | **32.4%** |
| | **Toplam %** | 16.2% | 16.2% | **32.4%** |
| **Yetersiz** | **Sayı** | 8 | 1 | **9** |
| | **Satır %** | 88.9% | 11.1% | **100.0%** |
| | **Satır %** | 18.2% | 4.2% | **13.2%** |
| | **Toplam %** | 11.8% | 1.5% | **13.2%** |
| **Geliştirilebilir** | **Sayı** | 25 | 12 | **37** |
| | **Satır %** | 67.6% | 32.4% | **100.0%** |
| | **Satır %** | 56.8% | 50.0% | **54.4%** |
| | **Toplam %** | 36.8% | 17.6% | **54.4%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **44** | **24** | **68** |
| | **Satır %** | **64.7%** | **35.3%** | **100.0%** |
| | **Satır %** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **64.7%** | **35.3%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 4.521(a) | 2 | **.10** |

**Tablo 13: Tedavi Yöntemleri İle Alternatif Tedavi Yöntemleri Arasındaki İlişki**

| Tedavi yöntemleri | | Alternatif tedavi yöntemleri | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Evet | Hayır | |
| Yeterli | Sayı | 1 | 21 | 22 |
| | Satır % | 4.5% | 95.5% | 100.0% |
| | Toplam % | 5.6% | 42.0% | 32.4% |
| Yetersiz | Sayı | 5 | 4 | 9 |
| | Satır % | 55.6% | 44.4% | 100.0% |
| | Toplam % | 27.8% | 8.0% | 13.2% |
| Geliştirilebilir | Sayı | 12 | 25 | 37 |
| | Satır % | 32.4% | 67.6% | 100.0% |
| | Toplam % | 66.7% | 50.0% | 54.4% |
| Toplam | Sayı | 18 | 50 | 68 |
| | Satır % | 26.5% | 73.5% | 100.0% |
| | Toplam % | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 10.021(a) | 2 | .00 |

Tablo 12'de katılımcıların çalıştıkları kurum ile merkezde uygulanan tedavi yöntemleri hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Merkezde uygulanan tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğini belirtenler her iki kurumda da eşit dağılım göstermektedir. Kamuya ait merkezde çalışanların %18'ine karşılık özel merkezde çalışanların sadece %1,5'i tedavi yöntemlerini yetersiz olarak değerlendirmektedir. Özel merkezde çalışanların yarısına yakını tedavi yöntemlerini yeterli bulurken, bu oran kamuya ait merkezde çalışanların %25'ini oluşturmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, kamuya bağlı olan merkezde çalışanlardan merkezlerde uygulanan tedavi yöntemlerini yetersiz bulanların oranı özel merkezde çalışanlardan daha fazladır. Bu sonuçtan hareketle, kamuya ait olan merkezlerde uygulanan tedavi yöntemlerinin ele alınması, alanda deneyimli sağlık çalışanları ile birlikte tekrar gözden geçirilmesi, gerekli düzenlemelerin yapılması, daha etkili ve yararlı tedavi yöntemlerinin oluşturulması ve uygulanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Tablo 13'de merkezde uygulanan tedavi yöntemleri ile sağlık personellerinin alternatif tedavi yöntemleri hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Merkezde uygulanan tedavi yöntemlerini yetersiz bulan katılımcıların %56,6'sı alternatif tedavi yöntemi hakkında görüş bildirirken, %44,4'ü herhangi bir görüş bildirmemiştir. Tedavi

yöntemlerini, geliştirilebilir olarak gören sağlık çalışanların %50'si alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili düşüncelerinin olmadığını, %32,7'si ise alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili düşüncelerinin olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen bu bulgu ile, merkezde uygulanan tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğini düşünen sağlık çalışanlarının alternatif çözüm üretme noktasından kendilerini uzak gördükleri anlaşılmıştır. Bunun altında yatan sebebin, sağlık çalışanlarının içinde bulundukları sağlık sisteminde hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan sorunlara tamamen sorun odaklı yaklaştıkları çözüm üretme noktasında başkalarını gördükleri söylenebilir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, çalıştıkları kurum ile tedavi yöntemleri arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. (P=0.10). Katılımcıların, tedavi yöntemleri ile alternatif tedavi yöntemleri hakkındaki düşünceleri arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.00).

**Tablo 14: Katılımcıların Taburcu Olan Hastaların Tekrar Maddeye Başlama Durumları Hakkındaki Düşünce Dağılımı**

| **Taburcu olan hastaların tekrar maddeye başlama durumları** | **Sayı** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| Tekrar madde kullanmaya başlamayacak | 15 | 22.1 |
| Nasıl olsa tekrar maddeye başlayacak | 2 | 2.9 |
| Eski çevresinden uzaklaşmadıkça düzelmeyecek | 43 | 63.2 |
| Tedavi çoğu zaman hastanın iyileşmesi için yetersiz | 7 | 10.3 |
| Toplam | 67 | 98.5 |
| Cevapsız | 1 | 1.5 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

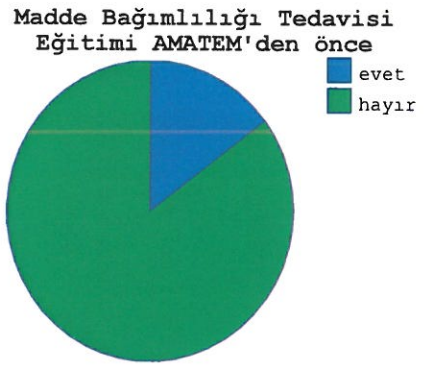
Tedavi merkezlerinden tedavi hizmeti verilerek taburculuğu yapılan bireylerin, taburculuk sonrası tekrar madde kullanmaya başlama durumlarına ilişkin sağlık çalışanların düşünceleri öğrenilmek istenmiş, katılımcıların %63,2'si bağımlı bireyin eski çevresinden uzaklaşmadığı taktirde madde kullanmaya tekrar başlayacağını, %10,3'ü uygulanan tedavinin bireyi bağımlılıktan kurtarmada yetersiz kalacağını, % 22,1'i tedavi olan bireyin tekrar madde kullanmaya başlamayacağına inandıklarını belirmişlerdir.

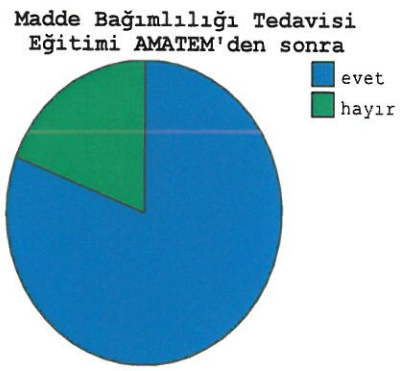
Madde bağımlılık tedavisinde çalışan sağlık personelleri her gün onlarca bağımlı ve aileleri ile karşılaşmaktadırlar. Tedavi süreci ile taburculuk sonrası dönemde bağımlıların aynı kuruma tekrar başvurmaları hakkındaki bilgileri ve tecrübeleri, sağlık personellerine yeterli bir öngörü kazandırmada yardımcı olmaktadır. Özel merkezde görevli bir hemşirenin verdiği ifade devlet ile özel merkezden hizmet alanlara yönelik ayrımı gözler önüne seriyor. "Bize başvuran bağımlı ve ailesinin sosyo-ekonomik koşulları, tedavi sonrası bireyin tüm çevresinden onu uzaklaştırmasına ve yeni bir hayat kurmasına olanak sağlıyor. Hâlbuki ekonomik yetersizliği olan aileler bunu bireye sağlayamazlar. Bu açıdan devlete bağlı kurumlara göre daha avantajlı durumdayız." Ailelerin sosyo-ekonomik koşullarına yönelik bilgi edinebilecek ve bu doğrultuda gerekli kaynaklara ulaşmalarını sağlayacak, taburculuk sonrası dönemde bireyi yaşadığı sosyal çevresinde gözlemleyebilecek sağlık çalışanı sosyal hizmet meslek elemanıdır. Çalışma yaptığımız dört merkezden üçünde sosyal hizmet meslek elemanı görevlendirmemiştir. Merkezde sosyal hizmet meslek elemanının istihdamının yapılmaması, tedavi hizmetinden faydalanan birey ve ailesi ile tedavinin ekip bütünlüğünün sağlanamaması açısından olumsuz bir durumdur. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de görevli Kılıçaslan, tedavi sürecinin başarıya ulaşmasındaki sosyal hizmet mesleğinin önemini şu ifadelerle ortaya koymaktadır. "Sosyal Hizmet Mesleğinde uygulanan bir teknik olan psikososyal İnceleme hastanın ailesi ve sosyal çevresinde yapılır. Doğru tanının konulması ve uygun sağaltım planının yapılmasına somut katkılar yapar. Madde bağımlılığı tedavisi bir ekip işidir. Psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve aile birlikte çalışır. Sağlıklı bir tedavi aile ve toplum desteği ile sağlanır." (Kılıçarslan; 05.01.2011).

### 3.2.3. Personellerin Madde Bağımlılığı Alanında Aldıkları Eğitimler

**Grafik 1: Katılımcıların Tedavi Merkezinde Görevlendirilme Öncesi Madde Bağımlılığı ve Tedavisi Eğitimini Alma Durumu**

**Grafik 2: Katılımcıların Tedavi Merkezinde Görevlendirilme Sonrası Madde Bağımlılığı ve Tedavisi Eğitimini Alma Durumu**




Araştırmaya katılan sağlık çalışanların %85,3'ü tedavi merkezinde çalışmaya başlamadan önce madde bağımlılığı konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını, %80,9'u ise tedavi merkezinde görevlendirildikten sonra eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Günümüzde oluşan hızlı değişimler, teknolojilerdeki hızlı ilerlemeler nedeni ile bilgi ile donatılmış insan gücü önem kazanmaktadır. Eğitimin amacı, bireyin yeteneklerini en yüksek olgunluk derecesine çıkarmaktır. (Tezcan, 1985; 6). Eğitim alan kişiler, değişen koşullara uyum sağlayabilmekte, analitik düşünme sonucu sorgulama yeteneği kazanmakta, yeteneklerini istedikleri doğrultuda kullanabilmektedirler. Bağımlılık tedavisi, belli bir düzeyde bilgi birikimi ve uzmanlık isteyen özel bir alandır. Bağımlı bireylere ve ailelerine hizmet veren sağlık çalışanlarının bu alana özgü bilgi ve beceriyi kazanmaları gerekmektedir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü, madde bağımlılığı ve bağımlılık tedavisi ile ilgili bir herhangi bir eğitime tabi tutulmadan göreve başladıklarını ifade etmişlerdir. Merkezde göreve başladıktan sonra alınan eğitimlerin sayısı fazla olsa dahi, sağlık çalışanlarının daha önce herhangi bir eğitime tabi tutulmadan göreve başlatılması, daha uzun yıllar bu alanda çalışmış olan diğer personeller ile hizmet alanlar açısından zorlu bir çalışma sürecinin geçirileceğini göstermektedir. Bu nedenle tedavi merkezlerinde görevlendirilecek personellerin görevlendirilme öncesi eğitimden geçirilmelerinin tedavinin başarıya ulaşmasında önemli olacağı düşünülmektedir.

**Tablo 15: Katılımcıların Hizmet içi Eğitime Katılma Sayısı Dağılımı**

| Hizmet içi Eğitime Katılma sayısı | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Katılmadım | 12 | 17.6 |
| Bir kez katıldım | 12 | 17.6 |
| İki kez katıldım | 1 | 1.5 |
| Üç kez katıldım | 3 | 4.4 |
| Dört ve daha fazla | 40 | 58.8 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Tablo 15'de görüldüğü gibi araştırmamıza katılan sağlık personellerinin bu alanda çalışmaya başladıkları günden itibaren hizmet içi eğitime katılma sayıları artmıştır. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %58,8'i dört ve daha fazla sayıda hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Kurumda hizmet üreten her bir meslek elemanı, değişen koşullara uyum sağlayacak, bilgi ve becerilerini geliştirecek ve mesleki yetkinliğini artıracak eğitimlere ihtiyaç duymaktadır. Hizmet içi eğitim, sadece bireysel değil, aynı zamanda kurumsal açılarından da yarar sağlamaktadır. Hizmet içi eğitimlerde kurum içi tüm birimlerdeki çalışanlar bir araya gelmekte, birimler arası sorunlar paylaşılmakta ve çözüm yolları için fikir birliği yapılmaktadır. Böylece hizmetlerin bir bütün içinde yürütülmesi sağlanmaktadır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanların yarısının dört ve daha fazla sayıda hizmet içi eğitimlere katıldıklarının belirlenmesi ile birlikte, hizmet içi eğitim sayıların ekipte yer alan meslek elemanlarının bütününe uygulanması sonucunda, daha koordineli hizmet üreten sağlık ekiplerinin oluşturulabilmesinin mümkün olabileceği düşünülmektedir.

**Tablo 16: Öğrenim Durumu İle Hizmet İçi Eğitime Katılma Sayısı Arasındaki İlişki**

| Öğrenim Durumu | | Hizmet İçi Eğitime Katılma Sayısı | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Katılma-dım | Bir kez | İki kez | Üç kez | Dört ve daha fazla | |
| Lise | Sayı | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| | Satır % | 22.2% | 44.4% | 11.1% | 11.1% | 11.1% | 100.0% |
| | Toplam % | 16.7% | 33.3% | 100.0% | 33.3% | 2.5% | 13.2% |
| Ön lisans | Sayı | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 11 |
| | Satır % | .0% | .0% | .0% | .0% | 100.0% | 100.0% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Toplam % | .0% | .0% | .0% | .0% | 27.5% | 16.2% |
| Lisans | Sayı | 2 | 6 | 0 | 1 | 9 | 18 |
| | Satır % | 11.1% | 33.3% | .0% | 5.6% | 50.0% | 100.0% |
| | Toplam % | 16.7% | 50.0% | .0% | 33.3% | 22.5% | 26.5% |
| Lisans üstü | Sayı | 4 | 2 | 0 | 0 | 10 | 16 |
| | Satır % | 25.0% | 12.5% | .0% | .0% | 62.5% | 100.0% |
| | Toplam % | 33.3% | 16.7% | .0% | .0% | 25.0% | 23.5% |
| Doktora | Sayı | 4 | 0 | 0 | 1 | 9 | 14 |
| | Satır % | 28.6% | .0% | .0% | 7.1% | 64.3% | 100.0% |
| | Toplam % | 33.3% | .0% | .0% | 33.3% | 22.5% | 20.6% |
| **Toplam** | **Sayı** | **12** | **12** | **1** | **3** | **40** | **68** |
| | **Satır %** | **17.6%** | **17.6%** | **1.5%** | **4.4%** | **58.8%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Tablo 16'nın devamıdır.**

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 30.697(a) | 16 | **.01** |

## Tablo 17: Yaş İle Hizmet İçi Eğitime Katılma Sayısı Arasındaki İlişki

| **Yaş** | | **Hizmet içi eğitime katılma sayısı** | | | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Katılmadım** | **Bir kez** | **İki kez** | **Üç kez** | **Dört ve daha fazla** | |
| **22-27 yaş arası** | Sayı | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| | Satır % | 33.3% | 41.7% | 8.3% | 8.3% | 8.3% | 100.0% |
| | Toplam % | 33.3% | 41.7% | 100.0% | 33.3% | 2.5% | 17.6% |
| **28-33 yaş arası** | Sayı | 4 | 4 | 0 | 0 | 11 | 19 |
| | Satır % | 21.1% | 21.1% | .0% | .0% | 57.9% | 100.0% |
| | Toplam % | 33.3% | 33.3% | .0% | .0% | 27.5% | 27.9% |
| **34-39 yaş arası** | Sayı | 2 | 3 | 0 | 0 | 10 | 15 |
| | Satır % | 13.3% | 20.0% | .0% | .0% | 66.7% | 100.0% |
| | Toplam % | 16.7% | 25.0% | .0% | .0% | 25.0% | 22.1% |
| **40-45 yaş arası** | Sayı | 1 | 0 | 0 | 1 | 12 | 14 |
| | Satır % | 7.1% | .0% | .0% | 7.1% | 85.7% | 100.0% |
| | Toplam % | 8.3% | .0% | .0% | 33.3% | 30.0% | 20.6% |
| **46 yaş ve üstü** | Sayı | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | 8 |
| | Satır % | 12.5% | .0% | .0% | 12.5% | 75.0% | 100.0% |
| | Toplam % | 8.3% | .0% | .0% | 33.3% | 15.0% | 11.8% |
| | **Sayı** | **12** | **12** | **1** | **3** | **40** | **68** |
| | **Satır %** | **17.6%** | **17.6%** | **1.5%** | **4.4%** | **58.8%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 26.374(a) | 16 | **.04** |

Tablo 16 ve tablo 17'de katılımcıların öğrenim durumları ve yaşları ile hizmet içi eğitime katılma sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Öğrenim düzeyi açısından

değerlendirildiğinde, dört ve daha fazla hizmet içi eğitimlere en fazla katılım, ön lisans, doktora ve lisansüstü mezunlarda görülmektedir. En düşük olan grup ise lise mezunlarına aittir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanların, hizmet içi eğitimlere katılımları, dört ve daha fazla katılım 27 yaş altı ve 45 yaş üstü olanlarda en düşük, orta yaşlardaki katılımcılarda daha yüksektir. Öyleyse hizmet içi eğitime katılım için emekliliği hak edenler ve işe yeni başlayanlar değil orta çalışma süresinde olanlar tarafından gerçekleşmektedir. Bu anlamda, işe yeni başlayanların belki de eğitim almalarının yanında tecrübe kazanmaları noktasında zamana ihtiyaçları olacaktır. Zira eğitimin üniversitede dahi olsa mesleği devam ettirmede yeterli olması beklenemez. Bu da alınan eğitimin uygulama alanında yeterli olmayışını, teoride yetkinliği olsa da alanda yetmediği düşüncesini doğurmaktadır. 22-27 yaş arası ve bu alana yeni başlayanlarda hizmet içi eğitim sayısı bariz bir şekilde düşmektedir. Madde bağımlılık alanı ekip çalışmasına ve bu ekibi oluşturan tüm meslek elemanlarının uyum içinde çalışmalarına dayanmaktadır. Merkezdeki meslek elemanları arasında, çalışma süreleri, yaşları ve öğrenim durumları açılarından ayrım yapılmaksızın, eşit şekilde hizmet içi eğitimlerine katılmalarının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, katılımcıların öğrenim durumu ile hizmet içi eğitime katılma sayısı arasında ve yaşları ile hizmet içi eğitime katılma sayısı arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.01) (P=0.04)

### 3.2.4. Personel Arasında Görüş Alışverişi, Dayanışma

**Tablo 18: Katılımcıların Görüşlerine Başvurulma Durum Dağılımı**

| Sağlık çalışanının görüşlerine başvurulma | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Evet görüşlerimize başvurulur | 60 | 88.2 |
| Hayır, asla başvurulmaz | 7 | 10.3 |
| Toplam | 67 | 98.5 |
| Cevapsız | 1 | 1.5 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %88,2 gibi büyük bir bölümü, çalıştıkları tedavi merkezinde kendi görüşlerine başvurulduğunu belirtmektedirler. Kalan %10,3'ü ise görüşlerine asla başvurulmadığını belirtmektedirler.

**Tablo 19: Katılımcıların Görüşüne Sıklıkla Başvurduğu Meslek Eleman Dağılımı**

| Görüşüne sıklıkla başvurduğu diğer meslek elemanı | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Psikiyatri hekimi | 39 | 57.4 |
| Asistan hekimi | 5 | 7.4 |
| Psikolog | 5 | 7.4 |
| Sosyal hizmet uzmanı | 1 | 1.5 |
| Hemşire | 1 | 1.5 |
| Hepsi | 16 | 23.5 |
| Toplam | 67 | 98.5 |
| Kayıp | 1 | 1.5 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Katılımcıların çalıştıkları tedavi merkezinde görüşüne ihtiyaç duyduğunda birinci sırada danıştığı meslek elemanı psikiyatri hekimi olarak belirtilmiştir. İkinci sırada tüm meslek elemanlarının görüşlerini almak için birbirlerine başvurdukları belirtilmiştir.

**Tablo 20: Katılımcıların, Kendi Görüşüne Başvuran Meslek Elemanlarının Dağılımı**

| Sağlık çalışanının kendi görüşüne başvuran diğer meslek elemanları | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Psikiyatri hekimi | 13 | 19.1 |
| Asistan hekimi | 7 | 10.3 |
| Psikolog | 9 | 13.2 |
| Sosyal hizmet uzmanı | 1 | 1.5 |
| Hemşire | 24 | 35.3 |
| Hepsi | 13 | 19.1 |
| Toplam | 67 | 98.5 |
| Kayıp | 1 | 1.5 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Katılımcıların, bilgi ve görüş alma noktasında danıştıkları meslek elemanı dışında kendi görüşüne ihtiyaç duyulup duyulmadığına dair bilgi alınmak istenmiştir. Bu doğrultuda, birinci sırada hemşirelerin çoğunlukla kendilerine başvurduğunu, ikinci sırada psikiyatri

hekiminin görüş alma noktasında kendilerine başvurduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %19,1'i tedavi ekibini oluşturan tüm meslek elemanlarının birbirleri ile görüş alışveriş yaptığını belirtmişlerdir.

**Tablo 21: Görüşüne Başvurmak Açısından Merkezde Çalışma Süresinin Önemli Olma Durum Dağılımı**

| Görüşüne başvurma açısından çalışma süresinin önemi | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Evet | 59 | 86.8 |
| Hayır | 9 | 13.2 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Kamu ve özel tedavi merkezlerinde çalışan katılımcıların %86,8'i, görüşüne başvurduğu sağlık çalışanının madde bağımlılığı alanında çalışma süresinin önemli olduğu yönünde görüş belirtmektedirler.

**Tablo 22: Meslek İle Görüşüne Başvurulma Açısından Çalışma Süresinin Önemi Arasındaki İlişki**

| Meslek | | Görüşüne başvurulma açısından çalışma süresinin önemi | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Evet | Hayır | |
| **Psikiyatri hekimi** | Sayı | 7 | 0 | 7 |
| | Satır% | 100.0% | .0% | **100.0%** |
| | Toplam | 11.9% | .0% | **10.3%** |
| **Asistan hekim ve pratisyen hekim** | Sayı | 7 | 0 | 7 |
| | Satır% | 100.0% | .0% | **100.0%** |
| | Toplam | 11.9% | .0% | **10.3%** |
| **Psikolog** | Sayı | 6 | 7 | **13** |
| | Satır% | 46.2% | 53.8% | **100.0%** |
| | Toplam | 10.2% | 77.8% | **19.1%** |
| **Sosyal hizmet uzmanı** | Sayı | 3 | 0 | **3** |
| | Satır% | 100.0% | .0% | **100.0%** |
| | Toplam | 5.1% | .0% | **4.4%** |
| **Hemşire ve sağlık memuru** | Sayı | 32 | 1 | **33** |
| | Satır% | 97.0% | 3.0% | **100.0%** |
| | Toplam | 54.2% | 11.1% | **48.5%** |
| **Diğer** | Sayı | 4 | 1 | **5** |
| | Satır% | 80.0% | 20.0% | **100.0%** |
| | Toplam | 6.8% | 11.1% | **7.4%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **59** | **9** | **68** |
| | **Satır%** | **86.8%** | **13.2%** | **100.0%** |
| | **Toplam** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 24.455(a) | 5 | **.00** |

Tablo 22'de katılımcıların meslekleri ile görüşüne başvurulma açısından çalışma süresinin önemi arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu, görüşüne başvurdukları kişilerin tecrübeli ve mesleğinde yetkin olmalarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Tüm meslek mensuplarının aksine psikologların yarısı, görüşüne başvurulan kişide tecrübe aramadıklarını belirtmişlerdir.

Meslek, bireylerin okulda teoride öğrendiklerini, daha sonraki iş hayatlarında uygulamaya aktarmalarıdır. Bireylerin mesleğe ilk girdiklerinde olaylara verdikleri tepkiler yıllar sonra yapılanlarla değişiklikler göstermektedir. Göreve başlanılan ilk dönemde, kurumu, verilen hizmetleri ve hizmetten faydalanan bireyleri ve onların sosyal çevrelerini, işyerinde çalışan diğer mesleki elemanları tanımak ve anlamlandırmak kolay olmayan bir süreçtir. Tüm bu süre sonunda edinilen her bir bilgi ve deneyim o birey ve çevresindekiler için çok değerlidir. Bu noktada, çalışmamıza katılan sağlık personellerinin görüşüne başvurma açısından danıştıkları sağlık çalışanının o alana özgü bilgi birikimine ve deneyimine sahip olmasını tercih etmeleri kaçınılmaz bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır.

Ki-kare testi sonuçlarında, katılımcıların meslekleri ile görüşüne başvurulma açısından çalışma süresinin önemi arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır.(P=0.00)

**Tablo 23: Çalışma Süresi İle Sağlık Çalışanlarının Görüşlerine Başvurulma Arasındaki İlişki**

| Çalışma Süresi | | Sağlık çalışanların Görüşlerine başvurulma | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Evet, görüşlerimize başvurulur | Hayır, asla başvurulmaz | |
| **Bir yıldan az** | **Sayı** | 6 | 3 | **9** |
| | **Satır %** | 66.7% | 33.3% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 10.0% | 42.9% | **13.4%** |
| **1-5 yıl** | **Sayı** | 25 | 1 | **26** |
| | **Satır %** | 96.2% | 3.8% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 41.7% | 14.3% | **38.8%** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6-10 yıl | Sayı | 11 | 3 | 14 |
| | Satır % | 78.6% | 21.4% | 100.0% |
| | Toplam % | 18.3% | 42.9% | 20.9% |
| 11-15 yıl | Sayı | 4 | 0 | 4 |
| | Satır % | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 6.7% | .0% | 6.0% |
| 16 yıl ve üstü | Sayı | 14 | 0 | 14 |
| | Satır % | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 23.3% | .0% | 20.9% |
| Toplam | Sayı | 60 | 7 | 67 |
| | Satır % | 89.6% | 10.4% | 100.0% |
| | Toplam % | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Tablo 23'ün devamıdır.

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| Pearson Ki-Kare | 10.153(a) | 4 | .03 |

Tablo 23'de katılımcıların çalışma süreleri ile tedavi merkezinde sağlık çalışanların görüşlerine başvurulma arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık çalışanların çoğunluğu, merkezde görüşlerine başvurulduğunu belirtmektedirler. Bir yıldan az süre tedavi merkezinde çalışmaya başlayanların bir bölümü ise görüşlerine başvurulmadığını belirtmişlerdir. Bu durum, mesleki deneyimleri yüksek olan çalışanların diğer çalışanlarda güven duygusu uyandırdığını göstermektedir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, sağlık çalışanların çalışma süreleri ile sağlık çalışanların görüşlerine başvurulma arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır.(P=0.03)

**Tablo 24: Kurum İle Sağlık Çalışanın Merkezde Görüşüne Başvurduğu Diğer Meslek Elemanı Arasında İlişki**

| Sağlık Çalışanın Merkezde Görüşüne Başvurduğu diğer Meslek Elemanı | | Kurum | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Kamu | Özel | |
| Psikiyatri hekimi | Sayı | 28 | 11 | 39 |
| | Satır% | 71.8% | 28.2% | 100.0% |
| | Toplam | 65.1% | 45.8% | 58.2% |
| Asistan hekim ve pratisyen hekim | Sayı | 0 | 5 | 5 |
| | Satır% | .0% | 100.0% | 100.0% |
| | Toplam | .0% | 20.8% | 7.5% |
| Psikolog | Sayı | 5 | 0 | 5 |
| | Satır% | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam | 11.6% | .0% | 7.5% |
| Sosyal hizmet uzmanı | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | Satır% | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam | 2.3% | .0% | 1.5% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Hemşire ve sağlık memuru** | Sayı | 1 | 0 | **1** |
| | Satır% | 100.0% | .0% | **100.0%** |
| | Toplam | 2.3% | .0% | **1.5%** |
| **Hepsi** | Sayı | 8 | 8 | **16** |
| | Satır% | 50.0% | 50.0% | **100.0%** |
| | Toplam | 18.6% | 33.3% | **23.9%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **43** | **24** | **67** |
| | **Satır%** | **64.2%** | **35.8%** | **100.0%** |
| | **Toplam** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Tablo 24'ün devamıdır.**

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 15.248(a) | 5 | **.00** |

## Tablo 25: Kurum İle Sağlık Çalışanının Kendi Görüşüne Başvuran Meslek Elemanları Arasında İlişki

| **Sağlık çalışanının kendi görüşüne başvuran meslek elemanı** | | **Kurum** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Kamu** | **Özel** | |
| **Psikiyatri hekimi** | Sayı | 10 | 3 | **13** |
| | Satır% | 76.9% | 23.1% | **100.0%** |
| | Toplam | 23.3% | 12.5% | **19.4%** |
| **Asistan hekim ve pratisyen hekim** | Sayı | 7 | 0 | **7** |
| | Satır% | 100.0% | .0% | **100.0%** |
| | Toplam | 16.3% | .0% | **10.4%** |
| **Psikolog** | Sayı | 7 | 2 | **9** |
| | Satır% | 77.8% | 22.2% | **100.0%** |
| | Toplam | 16.3% | 8.3% | **13.4%** |
| **Sosyal hizmet uzmanı** | Sayı | 0 | 1 | **1** |
| | Satır% | .0% | 100.0% | **100.0%** |
| | Toplam | .0% | 4.2% | **1.5%** |
| **Hemşire ve sağlık memuru** | Sayı | 15 | 9 | **24** |
| | Satır% | 62.5% | 37.5% | **100.0%** |
| | Toplam | 34.9% | 37.5% | **35.8%** |
| **Hepsi** | Sayı | 4 | 9 | **13** |
| | Satır% | 30.8% | 69.2% | **100.0%** |
| | Toplam | 9.3% | 37.5% | **19.4%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **43** | **24** | **67** |
| | **Satır%** | **64.2%** | **35.8%** | **100.0%** |
| | **Toplam** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 13.682(a) | 5 | **.01** |

Tablo 24 ve tablo 25'de, katılımcıların görev yaptıkları tedavi merkezi ile sağlık çalışanın merkezde görüşüne başvurduğu diğer meslek elemanı ve kendi görüşüne başvuran diğer meslek elemanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Kamu ve özel

merkezlerde görevli sağlık personelleri, görüş almak konusunda çoğunlukla psikiyatri hekimlerine danışmaktadırlar. Ayrıca, kendi görüşlerine başvurulma açısından devlet hastanesinde çalışanlar çoğunlukla hemşirelerin kendilerine danıştığını belirtmişlerdir. Özel merkezde çalışanların çoğunluğu hemşirelerin ve ekipte bulunan tüm meslek elemanların birbirine danıştığını belirtmektedirler.

Toplum hizmetlerinin çeşitlenmesi, mesleki uzmanlaşmaların artması, hizmetlerin bütünlük içinde sunulması gerekliliği ile özellikle sağlık alanında ekip çalışması önem kazanmaya başlamıştır. (Duyan, 1996; 112). Bağımlılık tedavisinde, ekip çalışması önemli yer tutmaktadır. Tedavi merkezinde görevli psikiyatri hekimi, asistan ve pratisyen hekim, psikolog, sosyal çalışmacı ve hemşirelerin ekip ruhu içerisinde çalışması, hasta ve tedavi süreci ile ilgili bilgi alışverişinde bulunması tedavideki başarı oranını artırmaktadır. Çalışma yaptığımız özel merkezlerde çalışanlar kamuda çalışanlara oranla daha fazla hepsi seçeneğini belirtmişlerdir. Bu durum, özel merkezdeki hizmetlerin sunulmasında ekip çalışma bütünlüğünün kamuya oranla daha fazla olduğunu sonucunu göstermektedir. Durkheim, toplumdaki düzen ve kaynaşmanın temelinin insanlar arasındaki iş bölümüne dayandığını belirtmiştir. Organik dayanışmalı toplumlarda insanlar arası farklılıklar olduğunu ve insanların farklı görev ve sorumlulukları olduğunu belirtmektedir. (Tatlıcan, 04.06.2012) Günümüz modern kurumlarında tüm farklılıkları ile bir araya gelen ve bilgi ile donatılan insan gücü önemli unsur haline gelmiştir. Ayrıca, tek bir kişi otoritesinde kullanılan bilgininde tek başına bir anlam ifade etmediği, kurumlarda verimliliği ve etkinliği artırmak için ekip çalışmasının gerekli olduğu fikri öne çıkmıştır. Sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık çalışanları kendi meslekleri doğrultusunda ekibe katkı sunmaktadır. Tedavinin başarılı olması için ekip çalışması anlayışının ve inancının geliştirilmesi gerekmekte ve bu anlayış ve bilincin gelişmesi yönünde, kamuya ait olan merkezlerde görevli sağlık çalışanlarına ekip kaynak yönetimi eğitimlerin verilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Ki-kare testi sonuçlarında, kurum ile sağlık çalışanın merkezde görüşüne başvurduğu meslek elemanı ve kendi görüşüne başvuran diğer meslek elemanları arasındaki P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.00) .(P=0.01)

### 3.2.5.Tedavi Merkezinde Karşılaşılan Sorunlar

**Tablo 26: Katılımcıların Kurumda Karşılaştıkları En Önemli Sorun Dağılımı**

| Kurumda karşılaşılan en önemli sorun | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Bağımlı ve aile ile ilgili sorun | 40 | 58.8 |
| Görev yerindeki diğer sağlık çalışanları ile ilgili sorun | 10 | 14.7 |
| İdare ile ilgili sorun | 12 | 17.6 |
| Yasal mevzuat ile ilgili sorun | 5 | 7.4 |
| Diğer | 1 | 1.5 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanların %58,8'i çalıştıkları kurumda hizmet verdikleri bağımlı birey ve ailesi ile sorun yaşadıklarını, %17,6'sı çalıştıkları kurumun idaresi ile sorun yaşadıklarını ve %14,7'si ise çalıştıkları kurumda görev yapan diğer sağlık çalışanları ile sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 27: Kurumda Bağımlı Birey ve Ailesi İle Yaşanan Sorunların Dağılımı**

| Bağımlı birey ve ailesi ile ilgili sorun | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Bağımlı bireyin tedaviye uyum göstermemesi | 33 | 48.5 |
| Ailenin tedavi sürecinde bireye ve ekibe destek olmaması | 22 | 32.4 |
| Bağımlının sağlık çalışanlarına yönelik sert davranış göstermesi | 11 | 16.2 |
| Diğer | 2 | 2.9 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanların %58,8'i hizmet verdikleri merkezlerde çoğunlukla bağımlı birey ve ailesi ile sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bağımlı birey ve ailesi ile yaşanan en önemli sorun olarak, katılımcıların %48,5'i bağımlı bireyin tedaviye uyum göstermediğini, %32,4'ü ailenin tedavi sürecinde bireye ve ekibe destek olmadığını, %16,2'si tedavi hizmeti alan bireyin sağlık çalışanlarına sert davranışlar gösterdiğini belirtmektedirler.

**Tablo 28: Sağlık Çalışanları Arasında Yaşanan En Önemli Sorun Dağılımı**

| Sağlık çalışanları arasında yaşanan en önemli sorun | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Diğer sağlık çalışanlarının iş etiğine uygun olmayan davranışları | 5 | 7.4 |
| Sağlık çalışanların birbirlerine karşı saygısız davranışları | 2 | 2.9 |

| | | |
|---|---|---|
| Sağlık çalışanların hastalara karşı duyarsız davranışları | 4 | 5.9 |
| Sağlık çalışanları arasındaki yetersiz iletişim | 35 | 51.5 |
| Mesleğinde yeterli olmayan kişilerin ekip çalışmasını engellemesi | 13 | 19.1 |
| **Diğer** | **9** | **13.2** |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

**Tablo 28'in devamıdır.**

Katılımcıların %51,5'i merkezde görevli sağlık çalışanları arasında yetersiz iletişim olduğunu, %19,1'i mesleki yeterliliğe sahip olmayan kişilerin ekip çalışmasını bozduğunu, %7,4'ü ise sağlık çalışanların iş etiğine uymayan davranışlarından şikâyetçi olduklarını belirtmişlerdir.

## Tablo 29: Öğrenim Durumu İle Merkezde Karşılaşılan En Önemli Sorun Arasındaki İlişki

| Öğrenim Durumu | | Merkezde Karşılaşılan En Önemli Sorun | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Bağımlı ve aile ile ilgili sorun | Görev yerindeki diğer sağlık çalışanları ile ilgili sorun | Kurum idaresi ile ilgili sorun | Yasal mevzuat ile ilgili sorun | Diğer | |
| Lise | Sayı | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | Satır % | 100.0% | .0% | .0% | .0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 22.5% | .0% | .0% | .0% | .0% | 13.2% |
| Ön lisans | Sayı | 8 | 0 | 1 | 2 | 0 | 11 |
| | Satır % | 72.7% | .0% | 9.1% | 18.2% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 20.0% | .0% | 8.3% | 40.0% | .0% | 16.2% |
| Lisans | Sayı | 7 | 7 | 3 | 0 | 1 | 18 |
| | Satır % | 38.9% | 38.9% | 16.7% | .0% | 5.6% | 100.0% |
| | Toplam % | 17.5% | 70.0% | 25.0% | .0% | 100.0% | 26.5% |
| Lisans üstü | Sayı | 9 | 3 | 3 | 1 | 0 | 16 |
| | Satır % | 56.3% | 18.8% | 18.8% | 6.3% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 22.5% | 30.0% | 25.0% | 20.0% | .0% | 23.5% |
| Doktora | Sayı | 7 | 0 | 5 | 2 | 0 | 14 |
| | Satır % | 50.0% | .0% | 35.7% | 14.3% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 17.5% | .0% | 41.7% | 40.0% | .0% | 20.6% |
| Toplam | Sayı | 40 | 10 | 12 | 5 | 1 | 68 |
| | Satır % | 58.8% | 14.7% | 17.6% | 7.4% | 1.5% | 100.0% |
| | Toplam % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0 % | 100.0% |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 28.825(a) | 16 | **.02** |

## Tablo 30: Öğrenim Durumu İle Bağımlı Birey ve Ailesi İle Yaşanan Sorun Arasındaki İlişki

| Öğrenim Durumu | | Bağımlı Birey ve Ailesi İle Yaşanan Sorun | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Bağımlı bireyin tedaviye uyum göstermemesi | Ailenin tedavi sürecinde bireye ve ekibe destek olmaması | Bağımlının sağlık çalışanlarına yönelik sert davranış göstermesi | Diğer | |
| Lise | Sayı | 2 | 1 | 6 | 0 | 9 |
| | Satır % | 22.2% | 11.1% | 66.7% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 6.1% | 4.5% | 54.5% | .0% | 13.2% |
| Önlisans | Sayı | 9 | 2 | 0 | 0 | 11 |
| | Satır % | 81.8% | 18.2% | .0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 27.3% | 9.1% | .0% | .0% | 16.2% |
| Lisans | Sayı | 8 | 8 | 2 | 0 | 18 |
| | Satır % | 44.4% | 44.4% | 11.1% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 24.2% | 36.4% | 18.2% | .0% | 26.5% |
| Lisans üstü | Sayı | 6 | 8 | 1 | 1 | 16 |
| | Satır % | 37.5% | 50.0% | 6.3% | 6.3% | 100.0% |
| | Toplam % | 18.2% | 36.4% | 9.1% | 50.0% | 23.5% |
| Doktora | Sayı | 8 | 3 | 2 | 1 | 14 |
| | Satır % | 57.1% | 21.4% | 14.3% | 7.1% | 100.0% |
| | Toplam % | 24.2% | 13.6% | 18.2% | 50.0% | 20.6% |
| Toplam | Sayı | 33 | 22 | 11 | 2 | 68 |
| | Satır % | 48.5% | 32.4% | 16.2% | 2.9% | 100.0% |
| | Toplam % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| Pearson Ki-Kare | 29.087(a) | 12 | .00 |

## Tablo 31: Çalışma Süresi İle Bağımlı Birey ve Ailesi İle Yaşanan Sorun Arasındaki İlişki

| Çalışma Süresi | | Bağımlı birey ve ailesi ile yaşanan sorun | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Bağımlı bireyin tedaviye uyum göstermemesi | Ailenin tedavi sürecinde bireye ve ekibe destek olmaması | Bağımlının sağlık çalışanlarına yönelik sert davranış göstermesi | Diğer | |
| Bir yıldan az | Sayı | 3 | 1 | 5 | 0 | 9 |
| | Satır % | 33.3% | 11.1% | 55.6% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 9.1% | 4.5% | 45.5% | .0% | 13.2% |
| 1-5 yıl | Sayı | 14 | 7 | 5 | 0 | 26 |
| | Satır % | 53.8% | 26.9% | 19.2% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 42.4% | 31.8% | 45.5% | .0% | 38.2% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6-10 yıl | Sayı | 4 | 9 | 1 | 0 | 14 |
| | Satır % | 28.6% | 64.3% | 7.1% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 12.1% | 40.9% | 9.1% | .0% | 20.6% |
| 11-15 yıl | Sayı | 3 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| | Satır % | 60.0% | 20.0% | .0% | 20.0% | 100.0% |
| | Toplam % | 9.1% | 4.5% | .0% | 50.0% | 7.4% |
| 16 yıl ve üstü | Sayı | 9 | 4 | 0 | 1 | 14 |
| | Satır % | 64.3% | 28.6% | .0% | 7.1% | 100.0% |
| | Toplam % | 27.3% | 18.2% | .0% | 50.0% | 20.6% |
| **Toplam** | **Sayı** | **33** | **22** | **11** | **2** | **68** |
| | **Satır %** | **48.5%** | **32.4%** | **16.2%** | **2.9%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Tablo 31'in devamıdır.**

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 28.569(a) | 12 | **.00** |

Tablo 29'da katılımcıların öğrenim durumları ile sağlık çalışanın merkezde karşılaştığı en önemli sorun arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo 29 incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olanlarda (lise ve ön lisans mezunları) çoğunlukla, hizmet verilen bağımlı ve ailesi ile sorun yaşandığını, eğitim düzeyi yükseldikçe kurumun idaresi ve diğer sağlık çalışanları ile yaşanan sorunun arttığı ortaya çıkmaktadır.

Tablo 30 ve tablo 31'de katılımcıların öğrenim durumları ve çalışma süreleri ile merkezde bağımlı birey ve ailesi ile yaşanan sorunlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Lise mezunları ile bir yıldan az çalışmış olanlar, bağımlı bireyin sert davranışlar göstermelerini; 6-10 yıl arası çalışanlardan çoğunluğu, ailenin bireye ve tedavi ekibine destek vermemesini; 1-5 yıl ile 16 yıl üstü çalışanlar ise bireyin tedavi sürecinde uyumlu olmaması nedeni ile sorun yaşadıklarını belirtmektedirler.

Tedavi olmak için merkezlere gönüllü başvuran ya da zorunlu olarak gönderilen hastalara yatış verildiğinde, hastalar 21 gün süresince merkeze giriş ve çıkışların yasaklanması ile sosyal hayattan izole edilmektedirler. Üç hafta süren yatılı tedavide birey, zamanının büyük kısmında sağlık çalışanları ile karşılaşmakta ve onlarla iletişim kurabilmektedirler. Gönüllü olsun ya da olmasın bağımlı birey için maddeden uzaklaştığı tedavi dönemi sancılı bir süreçtir. Tedavi sırasında sürekli karşılaştığı, en yakınında olan sağlık çalışanlarına nefretini kusabilir ve tüm öfkesini onlara çevirebilir. Bu alanda çalışmanın en zor tarafı da budur zaten. Tedavi hizmeti verilen tüm birimlerde; hizmet alanların ve ekip içinde çalışanların duygu, gereksinimlerini ve

problemlerini ciddiye alarak iletişim kurabilen, uzlaşma ve ikna etme gibi yetenekleri olabilen işgücünün sağlanması gereklidir (Selimoğlu ve Yılmaz, 2009). Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %65,7'si kendi istekleri doğrultusunda bağımlılık tedavi hizmetlerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Özellikle kendi talepleri ile merkezde hizmet veren sağlık personelleri, alandaki zorluklar hakkında da bilgi sahibidirler. Hizmet verdikleri bireylerin bu zayıf noktalarına özellikle hassas davranmaları gerektiğinin bilincinde olmaları gerektiği söylenebilir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, sağlık çalışanların öğrenim durumları ve merkezde karşılaşılan en önemli sorunlar arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.02). Sağlık çalışanların öğrenim durumları ve çalışma süreleri ile bağımlı birey ve ailesi ile yaşanan sorunlar arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.00)-(P=0.00).

**Tablo 32: Kurum İle Merkezde Sağlık Çalışanları İle Yaşanan Sorunlar Arasındaki İlişki**

| Sağlık çalışanları ile Yaşanan Sorunlar | | Kurum | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Kamu | Özel | |
| **Diğer sağlık çalışanlarının iş etiğine uygun olmayan davranışları** | **Sayı** | 1 | 4 | **5** |
| | **Satır %** | 20.0% | 80.0% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 1.5% | 5.9% | **7.4%** |
| **Sağlık çalışanların birbirlerine karşı saygısız davranışları** | **Sayı** | 1 | 1 | **2** |
| | **Satır %** | 50.0% | 50.0% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 1.5% | 1.5% | **2.9%** |
| **Sağlık çalışanların hastalara karşı duyarsız davranışları** | **Sayı** | 4 | 0 | **4** |
| | **Satır %** | 100.0% | .0% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 5.9% | .0% | **5.9%** |
| **Sağlık çalışanları arasındaki yetersiz iletişim** | **Sayı** | 27 | 8 | **35** |
| | **Satır %** | 77.1% | 22.9% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 39.7% | 11.8% | **51.5%** |
| **Mesleğinde yeterli olmayan kişilerin ekip çalışmasını engellemesi** | **Sayı** | 5 | 8 | **13** |
| | **Satır %** | 38.5% | 61.5% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 7.4% | 11.8% | **19.1%** |
| **Diğer** | **Sayı** | 6 | 3 | **9** |
| | **Satır %** | 66.7% | 33.3% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 8.8% | 4.4% | **13.2%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **44** | **24** | **68** |
| | **Satır %** | **64.7%** | **35.3%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **64.7%** | **35.3%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 13.053(a) | 5 | **.02** |

**Tablo 33: Çalışma Süreleri İle Sağlık Çalışanları İle Yaşanan Sorunlar Arasındaki İlişki**

| Sağlık Çalışanları ile Yaşanan Sorunlar | | Çalışma süresi | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Bir yıldan az | 1-5 yıl | 6-10 yıl | 11-15 yıl | 16 yıl ve üstü | |
| Diğer sağlık çalışanlarının iş etiğine uygun olmayan davranışları | Sayı | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | Satır % | 20.0% | 60.0% | .0% | .0% | 20.0% | 100.0% |
| | Toplam % | 1.5% | 4.4% | .0% | .0% | 1.5% | 7.4% |
| Sağlık çalışanların birbirlerine karşı saygısız davranışları | Sayı | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Satır % | 50.0% | 50.0% | .0% | .0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 1.5% | 1.5% | .0% | .0% | .0% | 2.9% |
| Sağlık çalışanların hastalara karşı duyarsız davranışları | Sayı | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| | Satır % | 25.0% | 50.0% | 25.0% | .0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 1.5% | 2.9% | 1.5% | .0% | .0% | 5.9% |
| Sağlık çalışanları arasındaki yetersiz iletişim | Sayı | 3 | 10 | 8 | 4 | 10 | 35 |
| | Satır % | 8.6% | 28.6% | 22.9% | 11.4% | 28.6% | 100.0% |
| | Toplam % | 4.4% | 14.7% | 11.8% | 5.9% | 14.7% | 51.5% |
| Mesleğinde yeterli olmayan kişilerin ekip çalışmasını engellemesi | Sayı | 1 | 4 | 5 | 0 | 3 | 13 |
| | Satır % | 7.7% | 30.8% | 38.5% | .0% | 23.1% | 100.0% |
| | Toplam % | 1.5% | 5.9% | 7.4% | .0% | 4.4% | 19.1% |
| Diğer | Sayı | 2 | 6 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| | Satır % | 22.2% | 66.7% | .0% | 11.1% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 2.9% | 8.8% | .0% | 1.5% | .0% | 13.2% |
| Toplam | Sayı | 9 | 26 | 14 | 5 | 14 | 68 |
| | Satır % | 13.2% | 38.2% | 20.6% | 7.4% | 20.6% | 100.0% |
| | Toplam % | 13.2% | 38.2% | 20.6% | 7.4% | 20.6% | 100.0% |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 20.220(a) | 20 | .44 |

Tablo 32 ve tablo 33'de katılımcıların çalıştıkları kurum ve çalışma süreleri ile merkezde görevli diğer sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Kamuya ait merkezde görevli katılımcıların çoğunluğu, merkezde sağlık çalışanları ile yaşadıkları en önemli sorunu yetersiz iletişim olarak belirtirken, özel merkezdeki katılımcıların %30'u yetersiz iletişim, %30'u da mesleğinde yeterli olmayan kişilerin ekip çalışmasını engellemesi olarak belirtmektedirler. Merkezde çalışma süresi olarak bakıldığında ise, bir yıldan az sürede çalışanla 16 yıl üstü çalışanlar arasında belirgin bir fark görülmemektedir. Tüm çalışma gruplarında çoğunluk, sağlık çalışanları arasındaki iletişim yetersizliğini en önemli sorun olarak belirtmektedirler.

Sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorununu kaldırmaya yönelik çalışmaların yapılması, hizmetin verimliliği açısından önemlidir. Ekip çalışmasına dayalı olan birimlerde, çalışan kişiler başka çalışanlar ile birlikte ortak kararlar alarak çalışmaları yürütürler. Çalışma ortamlarında hizmetlerin sağlıklı yürütülebilmesi, çalışanların ortak amaçlara ulaşmada birlikte hareket etmelerine, doğru iletişim kurmalarına ve etkin kararlar almalarına bağlıdır. Çalışanlar arasında oluşan yetersiz iletişimin neden olduğu sosyal çıkmazları çözmenin bir yolu olarak Kağıtçıbaşı (313-315), çalışanlara eğitim verilmesi gerektiğini, kurumda verilen bu eğitimler sayesinde, çalışanların yaptıkları davranışların sonuçları hakkında bilgilendirildiğini ve böylece kişilerin sorumsuz davranışların azaldığını ve ekip içi işbirliği arttığını belirtiyor.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, kurum ile sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır.(P=0.02). Çalışma süreleri ile sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.(P=0.44)

### 3.2.6.Mesleğe Dönük Yasal Düzenlemelere Dair Düşünceler

**Tablo 34: Katılımcıların Yasal Düzenlemelerle İlgili Düşünce Dağılımı**

| Yasal düzenlemeler | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| İlgili yasal mevzuat yetersiz | 30 | 44.1 |
| Mevzuat işim konusunda beni sınırlıyor | 16 | 23.5 |
| Mevzuat yeterli ve görevlerimi açıklığa kavuşturmuş durumda | 22 | 32.4 |
| **Total** | 68 | 100.0 |

Tedavi merkezinde çalışanların görev alanlarını ve verilecek hizmetleri belirleyen yasal mevzuat konusunda, katılımcıların %44,1'i yasal düzenlemeleri yetersiz bulurken %32,4'ü yasal düzenlemeleri yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. %23,5 katılımcı ise yasal düzenlemelerin görevlerini yerine getirmede kendilerini sınırladıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 35: Kurum İle Katılımcıların Yasal Düzenlemeler İle İlgili Düşünceleri Arasındaki İlişki**

| Kurum | | Yasal düzenlemeler | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | İlgili yasal mevzuat yetersiz | Mevzuat işim konusunda beni sınırlıyor | Mevzuat yeterli ve görevlerimi açıklığa kavuşturmuş durumda | |
| Kamu | Sayı | 20 | 12 | 12 | 44 |
| | Satır % | 45.5% | 27.3% | 27.3% | 100.0% |
| | Satır % | 66.7% | 75.0% | 54.5% | 64.7% |
| | Toplam % | 29.4% | 17.6% | 17.6% | 64.7% |
| Özel | Sayı | 10 | 4 | 10 | 24 |
| | Satır % | 41.7% | 16.7% | 41.7% | 100.0% |
| | Satır % | 33.3% | 25.0% | 45.5% | 35.3% |
| | Toplam % | 14.7% | 5.9% | 14.7% | 35.3% |
| Toplam | Sayı | 30 | 16 | 22 | 68 |
| | Satır % | 44.1% | 23.5% | 32.4% | 100.0% |
| | Satır % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | Toplam % | 44.1% | 23.5% | 32.4% | 100.0% |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 1.787(a) | 2 | .40 |

Tablo 35 katılımcıların çalıştıkları kurum ile merkezde uygulanan yasal düzenlemelere dair düşünceler arasındaki ilişki incelenmiştir. Kamuya ve özele ait merkezlerde görevli katılımcıların yarısına yakını ilgili yasal mevzuatı yeterli bulmadıklarını belirtmektedirler.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, sağlık çalışanların çalıştıkları kurum ile merkezde uygulanan yasal düzenlemelere dair düşünceler arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.(P=0.40)

### 3.2.7. Merkezlerin Sayıca Yeterliliği

**Tablo 36: Türkiye Genelindeki Merkez Sayıları ve Ulaşılabilirliği**

| Merkez sayıları ve ulaşılabilirliği | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Yeterli | 3 | 4.4 |
| Yetersiz | 65 | 95.6 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Katılımcıların %95,6'sı gibi tamamına yakın bir oranda ülke genelindeki merkez sayılarını ve ulaşılabilirliğini yetersiz bulmaktadırlar.

## Tablo 37 : Merkez Sayılarının Yetersiz Olma Nedenleri

| Ülke genelinde tedavi merkez sayısının yetersiz olma sebebi | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Yetersiz sağlık politikaları | 31 | 45.6 |
| Madde bağımlılığının yeterince önemsenmemesi | 31 | 45.6 |
| Başvuru sayısının azlığı | 1 | 1.5 |
| Diğer | 3 | 4.4 |
| Toplam | 66 | 97.1 |
| Cevapsız | 2 | 2.9 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Ülke genelindeki merkez sayılarını ve ulaşılabilirliğinin yetersiz olmasının nedenlerini, katılımcıların %45,6'sı yetersiz sağlık politikaları, %45,6'sı madde bağımlılığının yeterince önemsenmemesi olarak belirtmektedirler.

## Tablo 38: Çalışma Süresi İle Ülke Genelinde Merkez Sayıları ve Ulaşılabilirliği Arasındaki İlişki

| Çalışma Süresi | | Ülke genelinde merkez sayıları ve ulaşılabilirliği | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Yeterli | Yetersiz | |
| **Bir yıldan az** | Sayı | 2 | 7 | **9** |
| | Satır % | 22.2% | 77.8% | **100.0%** |
| | Toplam % | 66.7% | 10.8% | **13.2%** |
| **1-5 yıl** | Sayı | 0 | 26 | **26** |
| | Satır % | .0% | 100.0% | **100.0%** |
| | Toplam % | .0% | 40.0% | **38.2%** |
| **6-10 yıl** | Sayı | 0 | 14 | **14** |
| | Satır % | .0% | 100.0% | **100.0%** |
| | Toplam % | .0% | 21.5% | **20.6%** |
| **11-15 yıl** | Sayı | 1 | 4 | **5** |
| | Satır % | 20.0% | 80.0% | **100.0%** |
| | Toplam % | 33.3% | 6.2% | **7.4%** |
| **16 yıl ve üstü** | Sayı | 0 | 14 | **14** |
| | Satır % | .0% | 100.0% | **100.0%** |
| | Toplam % | .0% | 21.5% | **20.6%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **3** | **65** | **68** |
| | **Satır %** | **4.4%** | **95.6%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 12.143(a) | 4 | **.01** |

Tablo 38'de katılımcıların çalışma süreleri ile ülke genelinde merkez sayıları ve ulaşılabilirliği arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanların tamamına yakını ülke genelindeki tedavi merkez sayısını yetersiz bulduklarını belirtmektedirler.

Verimli (1998; 84), madde bağımlılığı tedavi merkezlerindeki hasta/personel oranının hizmetin aksamayacağı bir düzeyde tutulması gerektiğini, iş yoğunluğunun kişisel performansları düşürebileceğini ve tedavi ekibinin başarısını engelleyen faktörlerden en önemlisi olduğunu belirtiyor. Merkez sayılarının az olması ve birçok şehre uzak olması sonucunda hizmet veren merkezlere başvurular artmakta ve bu durum hastaların yatışlarında aylarca süren randevu verilmesine neden olmaktadır. Ülke genelindeki merkez sayılarının artırılması ve bu merkezlerde görev alan personel sayısının ve niteliğinin yeterli hale getirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Ki-kare testi sonuçlarına göre, çalışma süreleri ile ülke genelinde merkez sayıları ve ulaşılabilirliği arasındaki P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.01)

## Tablo 39: Sağlık Sistemindeki Sorunları En Fazla Etkileyen Unsurlar Arasındaki İlişki

| Sağlık sistemindeki sorunları en fazla etkileyen unsur | | Sağlık sistemindeki sorunları en fazla etkileyen unsur | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Tedavi merkezlerinin az olması | Tedavi merkezlerinin bir çok şehre uzak olması | Tedavi merkezlerinde çalışan personel sayısı yetersizliği | Sağlık çalışanlarının yeterli eğitimden geçmeden göreve başlatılması | Tedavi merkezleri ile ilgili basın yayın organlarında topluma bilgi verilmemesi | |
| Tedavi merkezlerinin az olması | Sayı | 0 | 9 | 15 | 4 | 2 | 30 |
| | Satır % | .0% | 30.0% | 50.0% | 13.3% | 6.7% | 100.0% |
| | Toplam % | .0% | 75.0% | 60.0% | 36.4% | 40.0% | 44.8% |
| Tedavi merkezlerinin bir çok şehre uzak olması | Sayı | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| | Satır % | 33.3% | .0% | 33.3% | .0% | 33.3% | 100.0% |
| | Toplam % | 7.1% | .0% | 4.0% | .0% | 20.0% | 4.5% |
| Tedavi merkezlerinde çalışan personel sayısı yetersizliği | Sayı | 5 | 1 | 0 | 6 | 0 | 12 |
| | Satır % | 41.7% | 8.3% | .0% | 50.0% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 35.7% | 8.3% | .0% | 54.5% | .0% | 17.9% |
| Sağlık çalışanlarının yeterli eğitimden geçmeden göreve başlatılması | Sayı | 8 | 1 | 8 | 0 | 2 | 19 |
| | Satır % | 42.1% | 5.3% | 42.1% | .0% | 10.5% | 100.0% |
| | Toplam % | 57.1% | 8.3% | 32.0% | .0% | 40.0% | 28.4% |
| Tedavi merkezleri ile ilgili basın yayın organlarında topluma bilgi verilmemesi | Sayı | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| | Satır % | .0% | 33.3% | 33.3% | 33.3% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | .0% | 8.3% | 4.0% | 9.1% | .0% | 4.5% |
| **Toplam** | **Sayı** | **14** | **12** | **25** | **11** | **5** | **67** |
| | **Satır %** | **20.9%** | **17.9%** | **37.3%** | **16.4%** | **7.5%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 41.921(a) | 16 | **.00** |

Tablo 39'da sağlık sistemindeki sorunları en fazla etkileyen unsurlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Madde bağımlılığı tedavisi alanında, sağlık sistemindeki sorunları belirleyen katılımcılar, tedavi merkez sayısını yetersiz bulanların %50'si aynı zamanda merkezde çalışan personel sayısını da yetersiz bulmakta ve %30'u da merkezlerin birçok şehre uzak olduğunu belirtmektedirler. Merkezde çalışan personel sayısını yetersiz bulanların %50'si sağlık çalışanlarının yeterli eğitimden geçmeden göreve başlatılması konusunu da belirtmektedirler.

Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde verilen hizmetlerde ortaya çıkan sorunları etkileyen üç önemli unsur, sağlık çalışanların tarafından ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sağlık çalışanları tarafından öngörülenler şunlardır; Tedavi merkez sayıların az olması, tedavi merkezlerinde çalışan personel yetersizliği, sağlık çalışanların yeterli eğitimden geçirilmeden göreve başlatılması. Bu doğrultuda, ülke genelinde merkez sayılarının artırılmasının sağlanması, bu merkezlerde görev alacak sağlık çalışanlarının hasta/personel oranları göz önüne alınarak yeterli sayıda görevlendirilmelerinin yapılması ve görevlendirilecek olan sağlık çalışanların alana özgü eğitim alarak göreve başlatılmaları gerektiği düşünülmektedir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, sağlık sistemindeki sorunları en fazla etkileyen unsurlar arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.01)

### 3.2.8.Merkezlerde Çalışanların İş Memnuniyetleri

**Tablo 40: Katılımcıların İş Memnuniyetleri Dağılımı**

| İş memnuniyeti | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Evet | 64 | 94.1 |
| Hayır | 4 | 5.9 |
| **Total** | **68** | **100.0** |

Çalışmamıza katılan sağlık personellerinin %94,1'i madde bağımlılığı tedavi merkezinde çalışmaktan memnun olduklarını belirtmektedirler. Bu sonuç, madde bağımlılığı alanında çalışmayı özendirici bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 41: Katılımcıların Tedavi Merkezinden Ayrılmayı Düşünme Dağılımı**

| Tedavi merkezinden ayrılmayı düşünme | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Her gün | 3 | 4.4 |
| Her hafta | 1 | 1.5 |
| 6 ayda bir | 7 | 10.3 |
| Yılda bir | 12 | 17.6 |
| Düşünmüyorum | 45 | 66.2 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Katılımcıların %66,2'si tedavi merkezinden ayrılmayı düşünmediklerini, %17,6'sı yılda bir, %10,3'ü altı ayda bir, %4,4 her gün ve %1,5'i ise her hafta ayrılmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılanların %66,2'sinin tedavi merkezinden ayrılma fikrinin olmaması, meslek elemanları tarafından tercih edilmeyen madde bağımlılığı tedavisi alanının ileride sağlık personelleri tarafından tercih edilebilir olacağı fikrini kuvvetlendirmektedir.

**Tablo 42: Kurum İle İş Memnuniyetleri Arasındaki İlişki**

| İş memnuniyeti | | Kurum | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Kamu | Özel | |
| **Evet** | Sayı | 42 | 22 | **64** |
| | Satır % | 65.6% | 34.4% | **100.0%** |
| | Toplam % | 61.8% | 32.4% | **94.1%** |
| **Hayır** | Sayı | 2 | 2 | **4** |
| | Satır % | 50.0% | 50.0% | **100.0%** |
| | Toplam % | 2.9% | 2.9% | **5.9%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **44** | **24** | **68** |
| | **Satır %** | **64.7%** | **35.3%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **64.7%** | **35.3%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | .402(b) | 1 | **.52** |

**Tablo 43:Katılımcıların Ayrılmayı Düşünme İle İş Memnuniyeti Arasındaki İlişki**

| Tedavi Merkezinden ayrılma düşüncesi | | İş memnuniyeti | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Evet | Hayır | |
| **Her gün** | **Sayı** | 2 | 1 | 3 |
| | **Satır %** | 66.7% | 33.3% | 100.0% |
| | **Toplam %** | 3.1% | 25.0% | 4.4% |
| **Her hafta** | **Sayı** | 0 | 1 | 1 |
| | **Satır %** | .0% | 100.0% | 100.0% |
| | **Toplam %** | .0% | 25.0% | 1.5% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **6 ayda bir** | **Sayı** | 6 | 1 | 7 |
| | **Satır %** | 85.7% | 14.3% | 100.0% |
| | **Toplam %** | 9.4% | 25.0% | 10.3% |
| **Yılda bir** | **Sayı** | 11 | 1 | 12 |
| | **Satır %** | 91.7% | 8.3% | 100.0% |
| | **Toplam %** | 17.2% | 25.0% | 17.6% |
| **Düşünmüyorum** | **Sayı** | 45 | 0 | 45 |
| | **Satır %** | 100.0% | .0% | 100.0% |
| | **Toplam %** | 70.3% | .0% | 66.2% |
| **Toplam** | **Sayı** | **64** | **4** | **68** |
| | **Satır %** | **94.1%** | **5.9%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **100.0%** | **100.0%** | **100.0%** |

**Tablo 43'ün devamıdır.**

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 23.919(a) | 4 | **.00** |

Tablo 42 ve tablo 43'de katılımcıların çalıştıkları kurum, tedavi merkezinden ayrılmayı düşünme ile iş memnuniyet durumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcıların %94,2 gibi büyük bir çoğunluğu tedavi merkezinde çalışmaktan memnun olduklarını belirtmektedirler. Öbür taraftan memnun olan bu grubun %3,1'i her gün, %9,4'ü altı ayda bir ve %17,2'si ise yılda bir ayrılmayı düşünmektedir.

Kurumlardaki yönetim anlayışı giderek değişikliliğe uğramaktadır. Bu yeni yönetim anlayışında; kurumlarda çalışanların iş doyumlarının artırılması, tüm çalışanlar ile ortak karar alınmasının sağlanması, çalışanlarda ait olma duygusunun oluşturulması, çalışanlar arasında iki yönlü iletişimin sağlanması, güvene dayalı çalışma ortamının yaratılması, şeffaf ve adilane idari kararların alınması yapılan en önemli çalışmalardır. Kurumlarda etkin hizmet sunumları iş doyumu yüksek olan bireylerin meydana getirdiği ekipler ile mümkün olabilmektedir. Tedavi merkezindeki ekibi oluşturan her bir meslek elemanı, ekibi başarıya taşıyan bir basamaktır. Bu basamakların işlevsel ve yapıcı olması, sadece tedavinin başarılı olmasına değil aynı zamanda, çalışanların yaptıkları işten aldıkları doyumun fazla olmasına neden olmaktadır. İsteyerek işine gelen bireyler, daha uzun yıllar aynı alanda çalışacaklar ve bu durumda belli alanlarda uzmanlaşmayı sağlayacaktır. Meslekteki uzmanlaşma hizmet alanlar açısından en önemli beklentidir. Mesleğinde daha tecrübeli, daha yetkin ve kararlı bir sağlık çalışanı ile bağımlı birey tedaviye ve geleceğe umutla bakabilmektedir. Tüm bu düşüncelerden hareketle, çalışmamıza katılan sağlık çalışanların büyük bir çoğunluğunun yaptıkları işten memnun oldukları, memnun olan bu grubun bir bölümünün de belli zamanlarda

tedavi merkezinden ayrılmayı düşündükleri belirlenmiştir. Bu doğrultuda, mesleğinde ve çalışma alanlarında uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının, kurumda uzun yıllar çalışmalarını özendirici düzenlemelerin kurum idareleri tarafından yapılması gerektiği etkin hizmet sunumu için zorunluluk halini aldığı düşünülmektedir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, çalışılan kurum ile katılımcıların iş memnuniyet durumları arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. (P=0.52) Tedavi merkezinden ayrılmayı düşünme ile iş memnuniyet durumları arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.00)

### 3.2.9. Merkezde Etkin Hizmet Sunumu ve Motivasyon Sağlayıcı Etmenler

**Tablo 44:Tedavi Merkezinde Etkin Hizmet Sunum Dağılımı (1.sırada)**

| **Merkezde etkili hizmet sunumu 1.Sırada** | **Sayı** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| AMATEM'de en az 2 yıl deneyim kazanmak gereklidir | 19 | 27.9 |
| Ekip içinde uyumlu çalışmak önemlidir | 23 | 33.8 |
| Süpervizör gözetiminde çalışmak önemlidir | 8 | 11.8 |
| İdari destek ve motivasyon artırıcı çalışmalar önemlidir | 3 | 4.4 |
| Tedavi alan birey ve ailesinin desteği önemlidir | 15 | 22.1 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

**Tablo 45:Tedavi Merkezinde Etkin Hizmet Sunum Dağılımı (2.sırada)**

| **Merkezde etkili hizmet sunumu 2.Sırada** | **Sayı** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| AMATEM'de en az 2 yıl deneyim kazanmak gereklidir | 4 | 5.9 |
| Ekip içinde uyumlu çalışmak önemlidir | 25 | 36.8 |
| Süpervizör gözetiminde çalışmak önemlidir | 11 | 16.2 |
| İdari destek ve motivasyon artırıcı çalışmalar önemlidir | 9 | 13.2 |
| Tedavi alan birey ve ailesinin desteği önemlidir | 18 | 26.5 |
| **Toplam** | **67** | **98.5** |
| **Kayıp** | **1** | **1.5** |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

**Tablo 46:Tedavi Merkezinde Etkin Hizmet Sunum Dağılımı (3.sırada)**

| Merkezde etkili hizmet sunumu 3.Sırada | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| AMATEM'de en az 2 yıl deneyim kazanmak gereklidir | 9 | 13.2 |
| Ekip içinde uyumlu çalışmak önemlidir | 10 | 14.7 |
| Süpervizör gözetiminde çalışmak önemlidir | 12 | 17.6 |
| İdari destek ve motivasyon artırıcı çalışmalar önemlidir | 18 | 26.5 |
| Tedavi alan birey ve ailesinin desteği önemlidir | 18 | 26.5 |
| **Toplam** | **67** | **98.5** |
| **Kayıp** | **1** | **1.5** |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Katılımcılar, merkezde verilen hizmetlerin etkin olması için gerekli koşulları belirlemeye yönelik bir puanlama yapmışlardır. Her üç frekans tablosu incelendiğinde, ilk sırayı ekip içinde uyumlu çalışma, madde bağımlılığı alanında iki yıl deneyim kazanmanın gerekliliği ve tedavi olan birey ve ailenin desteğinin önemli olduğu belirtilmektedir. İkinci sırada, birinci sırada belirlenenlere ek olarak süpervizör gözetiminde çalışmanın gerekli olduğu belirtilmiştir. Üçüncü sırada ise bunlara ilaveten idari desteğin ve motivasyon artırıcı çalışmaların önemli olduğu belirtilmiştir.

**Tablo 47: Kurum İle Tedavi Merkezinde Görevlendirilme Arasındaki İlişki**

| Kurum | | Görevlendirilme | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kendi isteğimle | İdare tarafından | Diğer | |
| **Kamu** | **Sayı** | 25 | 18 | 1 | **44** |
| | **Satır %** | 56.8% | 40.9% | 2.3% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 36.8% | 26.5% | 1.5% | **64.7%** |
| **Özel** | **Sayı** | 19 | 4 | 1 | **24** |
| | **Satır %** | 79.2% | 16.7% | 4.2% | **100.0%** |
| | **Toplam %** | 27.9% | 5.9% | 1.5% | **35.3%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **44** | **22** | **2** | **68** |
| | **Satır %** | **64.7%** | **32.4%** | **2.9%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **64.7%** | **32.4%** | **2.9%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 4.209(a) | 2 | **.12** |

Tablo 47'de katılımcıların çalıştıkları kurum ile görevlendirme şekilleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Kamuya ait tedavi merkezinde hizmet veren sağlık çalışanların

%56,8'inin kendi istekleri doğrultusunda, %40,9'unun kurum idaresi tarafından görevlendirildikleri, buna karşılık özel merkezde %79,2 gibi daha fazla oranda sağlık personelinin kendi istekleri doğrultusunda tedavi merkezinde görevlendirildikleri ortaya çıkmaktadır.

Kişilerin yaptıkları işten doyum almaları üç etkene bağlıdır. Birincisi kişisel ilgi; ikincisi, bireyin işinde yeteneklerini kullanabilmesi ve fikirlerini geliştirebilmesi; üçüncüsü ise elde edilen gelirdir.(Onur, 1997; 146). Sağlık personellerinin ihtiyaç, istek ve beklentileri doğrultusunda istihdam edilmelerini sağlamak, bireysel çalışmalarında başarılı, mutlu ve üretken olmalarını sağlamakta ve bu durumda hizmetlerin etkinliğini artırmaktadır. Çalışma yaptığımız kamuya ait kurumlarda görevli meslek elemanları özel merkezlere oranla daha az sayıda kendi istekleri doğrultusunda görevlendirilmeleri yapılmıştır. Bu sonuçtan hareketle, kamuya ait kurumlarda, personellerin kendi istekleri doğrultusunda görevlendirilmelerinin yapılması ya da tedavi merkezlerinde çalışmayı özendirici düzenlemelerin sağlanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, kurum ile sağlık personellerin görevlendirme durumları arasında P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.(P=0.12)

**Tablo 48: Kurum İle Tedavi Merkezinde Etkili Hizmet Sunumu Arasındaki İlişki**

| Tedavi Merkezinde etkili hizmet sunumu | | Kurum | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Kamu | Özel | |
| AMATEM'de en az 2 yıl deneyim kazanmak gereklidir | Sayı | 13 | 6 | 19 |
| | Satır % | 68.4% | 31.6% | 100.0% |
| | Toplam % | 29.5% | 25.0% | 27.9% |
| Ekip içinde uyumlu çalışmak önemlidir | Sayı | 11 | 12 | 23 |
| | Satır % | 47.8% | 52.2% | 100.0% |
| | Toplam % | 25.0% | 50.0% | 33.8% |
| Süpervizör gözetiminde çalışmak önemlidir | Sayı | 7 | 1 | 8 |
| | Satır % | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| | Toplam % | 15.9% | 4.2% | 11.8% |
| İdari destek ve motivasyon artırıcı çalışmalar önemlidir | Sayı | 0 | 3 | 3 |
| | Satır % | .0% | 100.0% | 100.0% |
| | Toplam % | .0% | 12.5% | 4.4% |
| Tedavi alan birey ve ailesinin desteği önemlidir | Sayı | 13 | 2 | 15 |
| | Satır % | 86.7% | 13.3% | 100.0% |
| | Toplam % | 29.5% | 8.3% | 22.1% |
| Toplam | Sayı | 44 | 24 | 68 |
| | Satır % | 64.7% | 35.3% | 100.0% |
| | Toplam % | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 13.472(a) | 4 | **.00** |

Tablo 48'de katılımcıların görevli olduğu kurum ile tedavi merkezinde etkin hizmet sunumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Kamuda çalışanlar, verilen hizmetlerde; tedavi alan bireyin ve ailesinin desteğini, bağımlılık tedavisi alanında en az iki yıl deneyim kazanmak gerektiğini ve ekip içinde uyumlu çalışmanın önemli olduğunu ilk üç sıra halinde belirtmektedirler. Özel merkezlerde çalışanlar tarafından ise, ekip içinde uyumlu çalışma, bağımlılık tedavisi alanında en az iki yıl deneyim kazanmak gerekliliği ve idari destek ve motivasyonun önemli olduğu belirtilmektedir. Çalışmamıza dâhil olan özel bir tedavi merkezinde çalışan sağlık ekibi, sunulan hizmetlerde idarenin etkisinin çok fazla olduğunu ve ancak idari destek sonucunda çalışma koşullarının olumlu olarak şekillenebileceğini ifade etmişlerdir. Özel kurumların kar amacı ile işletilmeleri nedeni ile madde bağımlılık tedavisi hizmetlerinden faydalanan bireylerin kuruma kazandırdığı gelir ile orantılı olarak imkân ve olanakların sağlandığı söylenebilir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, çalışılan kurum ile tedavi merkezlerinde etkili hizmet sunumu arasındaki P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. (P=0.00)

## Tablo 49: Sağlık Çalışanları ile Yaşanan Sorunlar İle Tedavi Merkezinde Etkili Hizmet Sunumu Arasındaki İlişki

| Sağlık çalışanları ile Yaşanan Sorunlar | | Tedavi merkezinde etkin hizmet sunumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | AMATEM'de en az 2 yıl deneyim kazanmak gereklidir | Ekip içinde uyumlu çalışmak önemlidir | Süpervizör gözetiminde çalışmak önemlidir | İdari destek ve motivasyonu artırıcı çalışmalar önemlidir | Tedavi alan birey ve ailesinin desteği önemlidir | |
| Diğer sağlık çalışanlarının iş etiğine uygun olmayan davranışları | Sayı | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| | Satır % | 20.0% | .0% | 20.0% | 20.0% | 40.0% | 100.0% |
| | Toplam % | 1.5% | .0% | 1.5% | 1.5% | 3.0% | 7.5% |
| Sağlık çalışanların birbirlerine karşı saygısız davranışları | Sayı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | Satır % | .0% | .0% | .0% | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| | Toplam % | .0% | .0% | .0% | 1.5% | 1.5% | 3.0% |
| Sağlık çalışanların hastalara karşı duyarsız davranışları | Sayı | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| | Satır % | .0% | .0% | .0% | 75.0% | 25.0% | 100.0% |
| | Toplam % | .0% | .0% | .0% | 4.5% | 1.5% | 6.0% |
| Sağlık çalışanları arasındaki yetersiz iletişim | Sayı | 5 | 4 | 8 | 10 | 8 | 35 |
| | Satır % | 14.3% | 11.4% | 22.9% | 28.6% | 22.9% | 100.0% |
| | Toplam % | 7.5% | 6.0% | 11.9% | 14.9% | 11.9% | 52.2% |
| Mesleğinde yeterli olmayan kişilerin ekip çalışmasını engellemesi | Sayı | 2 | 5 | 1 | 1 | 3 | 12 |
| | Satır % | 16.7% | 41.7% | 8.3% | 8.3% | 25.0% | 100.0% |
| | Toplam % | 3.0% | 7.5% | 1.5% | 1.5% | 4.5% | 17.9% |
| Diğer | Sayı | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 9 |
| | Satır % | 11.1% | 11.1% | 22.2% | 22.2% | 33.3% | 100.0% |
| | Toplam % | 1.5% | 1.5% | 3.0% | 3.0% | 4.5% | 13.4% |
| Toplam | Sayı | 9 | 10 | 12 | 18 | 18 | 67 |
| | Satır % | 13.4% | 14.9% | 17.9% | 26.9% | 26.9% | 100.0% |
| | Toplam % | 13.4% | 14.9% | 17.9% | 26.9% | 26.9% | 100.0% |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| Pearson Ki-Kare | 17.823(a) | 20 | .59 |

Tablo 49 değerlendirildiğinde, sağlık çalışanları arasındaki yetersiz iletişim sorununu en önemli sorun olarak belirleyen katılımcıların %28,6'sı idari desteğin önemli olduğunu, %22,9'u sağlık personellerinin süpervizör gözetiminde çalışılmalarının gerekliliğini, mesleğinde yeterli olmayan sağlık personellerinin ekip çalışmasını engellediğini belirten sağlık çalışanlarının %41,7'si hizmet sunumunda ekip çalışmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorununu kaldırmaya yönelik çalışmaların yapılması, hizmetin verimliliği açısından önemlidir. Çalışma ortamlarında hizmetlerin sağlıklı yürütülebilmesi, çalışanların ortak amaçlara ulaşmada birlikte hareket etmelerine, doğru iletişim kurmalarına bağlıdır. Kendi aralarında iletişim kuramayan ve doğru feedback (geribildirim) alamayan sağlık çalışanları kendilerinden hizmet alan birey ve ailelerine yardımcı olamazlar. Bu doğrultuda, kurum idareleri tarafından, çalışanlar arasında yetersiz iletişim sorunlarının ortadan kaldırılması yönünde çalışmaların yapılması, mesleğinde yetersiz sağlık personellerinin profesyonel meslek elemanların gözetiminde çalışmalarının sağlanması ve tüm bu süreçlerde idari desteğin verilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Ki-kare testine göre, sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar ile tedavi merkezinde etkin hizmet sunumu arasındaki P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.(P=0.59)

**Tablo 50: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Artırmaya Yönelik İdari Yöntem ve Önlemler Dağılımı**

| Motivasyon artırıcı idari yöntem ve önlem | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|
| Tedavinin başarıya ulaşması | 36 | 52.9 |
| İdare tarafından verilen manevi ödül | 6 | 8.8 |
| İdare tarafından verilen döner sermaye ek puan sağlanması | 20 | 29.4 |
| Diğer | 5 | 7.4 |
| Toplam | 67 | 98.5 |
| Cevapsız | 1 | 1.5 |
| **Toplam** | **68** | **100.0** |

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %52,9'u, hizmet verdikleri bireylerin maddeyi bırakmalarının gerçekleşme durumunu,%29,4'ü i gelirlerinde yapılacak maddi ödülün, %8,8'i kurum idaresi tarafından verilecek manevi ödülün çalışmalarında motivasyon artırıcı etki yapacağını belirtmişlerdir.

## Tablo 51: Meslek ile Tedavi Merkezinde Motivasyon Artırmaya Yönelik İdari Önlem ve Yöntemler Arasındaki İlişki

| Tedavi Merkezinde motivasyon artırmaya yönelik idari önlem ve yöntemler | | Meslek | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Psikiyatri hekimi | Asistan hekim ve pratisyen hekim | Psikolog | Sosyal hizmet uzmanı | Hemşire ve sağlık memuru | Diğer | |
| **Tedavinin başarıya ulaşması** | Sayı | 4 | 4 | 10 | 2 | 14 | 2 | **36** |
| | Satır % | 11.1% | 11.1% | 27.8% | 5.6% | 38.9% | 5.6% | **100.0%** |
| | Toplam % | 6.0% | 6.0% | 14.9% | 3.0% | 20.9% | 3.0% | **53.7%** |
| **İdare tarafından verilen manevi ödül** | Sayı | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | **6** |
| | Satır % | .0% | .0% | 16.7% | 16.7% | 33.3% | 33.3% | **100.0%** |
| | Toplam % | .0% | .0% | 1.5% | 1.5% | 3.0% | 3.0% | **9.0%** |
| **İdare tarafından verilen döner sermaye ek puan sağlanması** | Sayı | 2 | 3 | 2 | 0 | 12 | 1 | **20** |
| | Satır % | 10.0% | 15.0% | 10.0% | .0% | 60.0% | 5.0% | **100.0%** |
| | Toplam % | 3.0% | 4.5% | 3.0% | .0% | 17.9% | 1.5% | **29.9%** |
| **Diğer** | Sayı | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | **5** |
| | Satır % | 20.0% | .0% | .0% | .0% | 80.0% | .0% | **100.0%** |
| | Toplam % | 1.5% | .0% | .0% | .0% | 6.0% | .0% | **7.5%** |
| **Toplam** | **Sayı** | **7** | **7** | **13** | **3** | **32** | **5** | **67** |
| | **Satır %** | **10.4%** | **10.4%** | **19.4%** | **4.5%** | **47.8%** | **7.5%** | **100.0%** |
| | **Toplam %** | **10.4%** | **10.4%** | **19.4%** | **4.5%** | **47.8%** | **7.5%** | **100.0%** |

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 17.716(a) | 15 | **.27** |

Tablo 51'de katılımcıların meslekleri ile tedavi merkezinde motivasyon artırıcı idari önlem ve yöntemler arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmamıza katılan hemşire ve sağlık memurlarının %37'si idare tarafından yapılacak ek ödemelerdeki artışın çalışmalarında motivasyon artırıcı etkisinin olduğunu belirtmektedirler. Sağlık alanında son yıllarda oluşturulan bir takım yasal değişiklikler, performansa dayalı ek ödeme sistemi sayesinde sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin ek ödemelerinde ciddi artışlar meydana gelmiştir. Gelirlerindeki artışa paralel bir sağlık hizmeti sunumunun olması istenen bir durumdur. Niceliksel olarak performansların ölçülmesi ve buna dayalı ek ödemelerdeki artış, hekime düşen hasta sayısında da artmalara neden olmaktadır. Hekimlerin daha fazla sayıda hastaya bakması, ekipte bulunan diğer sağlık çalışanlarının da yoğun çalışmasına neden olmaktadır. Ancak, bu yoğun çalışma şartlarındaki yardımcı sağlık personeli hekimler kadar performansa dayalı ek ödemeden yeterli pay alamamaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında, performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık çalışanları ve hizmet alanlar açısından avantajlı olduğu kadar dezavantajlı tarafları da bulunmaktadır. Sağlık sisteminde görev alan tüm personeller arasında gelir eşitsizliğinin ortadan kaldırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir .

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, katılımcıların meslekleri ile tedavi merkezinde motivasyonu artırıcı idari önlem ve yöntemler arasındaki P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.(P=0.27)

**Tablo 52: Tedavi Merkezinden Ayrılmayı Düşüncesi İle Motivasyonu Artırmaya Yönelik İdari Önlem ve Yöntemler Arasındaki İlişki**

| Tedavi Merkezinden ayrılmayı düşünme sıklığı | | Tedavi Merkezinde motivasyonu artırıcı idari önlem ve yöntem | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Tedavinin başarıya ulaşması | İdare tarafından verilen manevi ödül | İdare tarafından verilen döner sermaye ek puan sağlanması | Diğer | |
| Her gün | Sayı | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| | Satır % | 33.3% | 33.3% | 33.3% | .0% | 100.0% |
| | Toplam % | 1.5% | 1.5% | 1.5% | .0% | 4.5% |
| Her hafta | Sayı | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Satır % | .0% | .0% | .0% | 100.0% | 100.0% |
| | Toplam % | .0% | .0% | .0% | 1.5% | 1.5% |
| 6 ayda bir | Sayı | 4 | 2 | 1 | 0 | 7 |
| | Satır % | 57.1% | 28.6% | 14.3% | .0% | 100.0% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Toplam %** | 6.0% | 3.0% | 1.5% | .0% | 10.4% |
| **Yılda bir** | **Sayı** | 4 | 1 | 4 | 2 | 11 |
| | **Satır %** | 36.4% | 9.1% | 36.4% | 18.2% | 100.0% |
| | **Toplam %** | 6.0% | 1.5% | 6.0% | 3.0% | 16.4% |
| **Düşünmüyorum** | **Sayı** | 27 | 2 | 14 | 2 | 45 |
| | **Satır %** | 60.0% | 4.4% | 31.1% | 4.4% | 100.0% |
| | **Toplam %** | 40.3% | 3.0% | 20.9% | 3.0% | 67.2% |
| **Toplam** | **Sayı** | 36 | 6 | 20 | 5 | 67 |
| | **Satır %** | 53.7% | 9.0% | 29.9% | 7.5% | 100.0% |
| | **Toplam %** | 53.7% | 9.0% | 29.9% | 7.5% | 100.0% |

**Tablo 52'nin devamıdır.**

**Ki-Kare Test**

| | Değer | Sd | Önem derecesi |
|---|---|---|---|
| **Pearson Ki-Kare** | 23.365(a) | 12 | **.02** |

Tablo 52'de katılımcıların merkezden ayrılma düşünceleri ile tedavi merkezinde motivasyon artırıcı idari önlem ve yöntemler arasındaki ilişki incelenmiştir. Her gün, altı ayda bir ve yılda bir ayrılmayı düşünen sağlık çalışanları, tedavinin başarıya ulaşmasını ve idare tarafından verilen maddi ve manevi ödülün sağlanmasının motivasyon artırıcı bir yöntem olarak belirtmişlerdir. Tedavi merkezinde görevlendirilen her bir meslek elemanı, çalıştıkları süre zarfında alana özgü deneyim kazanmaktadırlar. Kuruma her yeni gelen meslek elemanı belli bir süre alanı ve verilen hizmetleri tanımak için zaman harcar. Bu arada ekibi oluşturan meslek elemanları hem bu yeni geleni tanımak hem de verilen hizmetleri tanıtmak için ayrı çabalar harcamaktadırlar. Bu doğrultuda meslek elemanlarını istekleri doğrultusunda çalışmaya özendirmek, performans artırımı sağlayacak bir takım çalışmalar yapmak ve merkezde uzun yıllar çalışmalarını sağlamak, günümüzde kurumlar için zorunluluk haline gelmiştir.

Ki-kare testi sonuçlarına baktığımızda, katılımcıların merkezden ayrılma düşünceleri ile tedavi merkezinde motivasyonu artırıcı idari önlem ve yöntemler arasındaki P=0,05 düzeyinde anlamlı ilişkiye rastlanmıştır.(P=0.02)

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Ağrı kesici, yatıştırıcı, zevk ve keyif verici gibi çeşitli etkileri nedeni ile bağımlılık yapan bitkiler, günümüze kadar tüm toplumlar tarafından çeşitli amaçlarla kullanılmışlardır. 20. yüzyıl sonlarında bu bitkilerden daha güçlü ve tedavisi zor kimyasal maddelerin üretilmesi ve toplumda hızla tüketiminin artması sonucunda, psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılığı, tüm dünya toplumlarının dikkatini üzerine çeken sosyal bir sorun halini almıştır. Psikoaktif madde kullanımı, bireylerin özgür iradelerini ellerinden almakta, kendilerine, ailelerine ve çevrelerine fayda sağlayamayan insan konumuna getirmekte, eğitim almasından iş yaşamında çalışmasına, iyi birer ebeveyn olmalarını engellemekte ve böylece bulundukları tüm toplumu olumsuz etkilemektedir.

Toplumsal ruh sağlığının korunması açısından, psikoaktif madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaları ve topluma tekrar sağlıklı ve üreten bireyler olarak geri gönderilmelerini sağlamak önemlidir. Bağımlı bireylere tedavi hizmeti verilen merkezlerde kaliteli ve etkin çalışmaların yapılması sağlık sisteminin amacı ve aynı zamanda da görevidir. Bu doğrultuda araştırmamız, tedavi merkezlerinde hizmetlerin sunulmasında ortaya çıkan sorunları belirlemek, bu sorunların ortadan kaldırılması ile ilgili bilgilere ulaşmada bu alanda çalışan profesyonel meslek elemanlarının görüşlerini almak ve bu hizmetlere ihtiyacı olan kişilere daha iyi hizmet sunacak birimlerin oluşmasını sağlamak amacı ile yapılmıştır.

Tarama modelinde yapılan araştırmamızın örnekleminde, İstanbul ilinde bulunan ikisi kamu ve ikisi özele ait dört ayrı madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarına anket çalışması yapılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinden sonra elde edilen sonuçlar şu şekildedir.

Tedavi merkezlerinde sağlık personellerinin görevlendirilmelerinde yetersizlikler olduğu belirlenmiştir. Çalışma yaptığımız dört merkezden üçünde sosyal hizmet meslek elemanının istihdamının yapılmamış olması araştırmamızda elde ettiğimiz önemli sonuçlardan biridir. Bu durumun, ilgili yasal mevzuatta merkezde bulunması gereken personeller arasında sosyal hizmet meslek elemanının belirtilmemiş olmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Madde kullanımına neden olan faktörlerin ortadan

kaldırılmasında aile ve bireyle çalışma yapmak, hastalığın neden olduğu psiko-sosyal ve ekonomik etkilerini en aza indirme yönünde sosyal hizmet müdahalesi gerekmektedir. Ekip çalışmasına dayalı olan madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde sosyal hizmet meslek elemanının olmaması nedeni ile ekip bütünlüğü sağlanamamaktadır. Bu sonuç, çalışmamızın alt hipotezini doğrulamaktadır.

Sağlık çalışanlarının, madde bağımlılık tedavisine yönelik herhangi bir eğitime tabi tutulmadan tedavi merkezlerine görevlendirilmelerinin yapıldığı belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan sağlık personelleri tarafından sağlık sistemindeki sorunları en fazla etkileyen unsurlardan biri olarak, sağlık çalışanlarının yeterli eğitimden geçmeden göreve başlatılması olarak belirtilmiştir. Bu sonuç, alt hipotezimizi doğrulamaktadır.

Sağlık çalışanlarının yaşları ile merkezde görevlendirilme sonrası hizmet içi eğitime katılım sayıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Merkezde verilen hizmet içi eğitimlere dört ve daha fazla katılım 27 yaş altı ve 45 yaş üstü olanlarda en düşük, orta yaşlardaki katılımcılarda daha yüksek sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç alt hipotezimizi doğrulamaktadır.

Sağlık personellerinin kamu ile özel merkezde görevlendirilme usullerinde anlamlı farklılıklar vardır. Özel merkezlerde sağlık çalışanlarının kendi istekleri doğrultusunda merkeze görevlendirilmelerinin yapılması kamuya ait merkezlere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, alt hipotezimizi doğrulamaktadır.

Kamu ve özel tedavi merkezlerinde görevli sağlık çalışanlarının çalışma alanlarında görüşlerine çoğunlukla başvurulduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, "merkezlerde sağlık personellerinin görüşlerine başvurulmadığı" alt hipotezimizle ters düşmektedir.

Kamuya ve özele ait merkezlerde görevli sağlık personelleri arasında bilgi ve görüş alışverişi konusunda karşılaştırma yapıldığında her iki kurum arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özel merkezlerde çalışanların ekip içinde çalışma bütünlüğü, kamuya ait merkezlere oranla daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, alt hipotezimizi doğrulamaktadır.

Tedavi merkezlerinde sağlık çalışanlarının çeşitli sorunlar ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu sorunlardan en önemlisini hizmet verdikleri bağımlı birey ve ailesi oluşturmaktadır. Bağımlı bireyin tedaviye uyum göstermemesi, ailenin tedavi sürecinde bireye ve ekibe destek olmaması, tedavi olan bireyin sağlık çalışanlarına yönelik sert davranışlar göstermesi belli başlı sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda, merkezlerde sağlık çalışanları arasında da çeşitli sorunların yaşandığı belirlenmiştir. Bu sorunlar; sağlık çalışanları arasında yetersiz iletişim, mesleğinde yeterli olmayan kişilerin ekip çalışmasını engellemesi, iş etiğine uygun olmayan davranışlar, sağlık çalışanların hastalara karşı duyarsız davranışlarda bulunmaları olarak tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının, merkezlerdeki mevcut sorunlara çözüm odaklı yaklaşmadıkları belirlenmiştir. Tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğini belirten sağlık çalışanlarının bunu tespit etmelerine karşılık alternatif çözüm yolları üretemedikleri belirlenmiştir. Bu sonuç, alt hipotezimizi doğrulamaktadır.

Araştırmamıza katılan sağlık personelleri tarafından, merkezde uygulanan tedavilere ek olarak sunulabilecek alternatif tedaviler olarak belirtilenler şunlardır; Akapunktur, Hipnoz ve Meditasyon yöntemlerinin uygulanması, Yarı Yol Evleri, Bilişsel Davranışçı Tedavi, Adsız Narkotik (AN) gruplarının oluşturulması, sivil toplum destekli tedavi programları, rehabilitasyon eğitimlerinin artırılması, terapi programlarının süresinin uzatılması, iş terapisinin verilmesi ve meslek kazandırma ile iş bulunmasına destek olunması, tedavi zorunluluğu, yatış randevusu verilen hastaya beklediği sürede ek tedavi uygulanması.

Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde etkili hizmet sunumunda; ekip içinde uyumlu çalışma, süpervizör gözetiminde çalışma yapılması, idari destek ve motivasyonu artırıcı çalışmaların önemi ve madde bağımlılığı tedavi alanında en az 2 yıl deneyim kazanmanın gerekli olduğunu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Araştırmamızda, merkezden ayrılma düşüncesine sahip olan sağlık çalışanlarının olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçtan hareketle, merkezlerde, sağlık personellerinin uzun yıllar aynı alanda istekli çalışmaları ve üretken olmaları yönünde motivasyon artırıcı çalışmaların yapılmadığı belirlenmiştir.

Ülke genelindeki merkez sayılarının yetersiz olduğu belirlenen diğer önemli bir sonuçtur. Merkez sayılarının yetersizliğinde, yetersiz sağlık politikaları ve madde bağımlılığının yeterince önemsenmemesi nedenleri olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, alt hipotezimizi doğrulamaktadır.

Araştırmamızın alt hipotezleri değerlendirildiğinde, tedavi merkezlerinde hizmetlerin sunumunda çeşitli sorunların yaşandığı belirlenmiştir. Bu sorunlar; sosyal hizmet meslek elemanının istihdamının olmaması nedeni ile ekip bütünlüğünün sağlanamaması, sağlık personellerin görevlendirme usullerindeki yetersizlikler, sağlık personellerin eğitim almadan göreve başlatılmaları, hizmet içi eğitimlere katılım sayılarındaki eşitsizlikler, hizmet alan bireyler ve aileleri ile sağlık çalışanları arasında yaşanan sorunların çözümlenmemesi, kurumda motivasyon artırıcı çalışmaların eksikliği, ülke genelinde merkez sayılarının azlığıdır. Tüm bu sonuçlardan hareketle, araştırmamızın genel hipotezi doğrulanmaktadır.

## ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgu ve sonuçlara dayalı öneriler geliştirilmiştir.

1- Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde uygulanan tedavilerin başarıya ulaşılmasında; bağımlı kişi ve ailelerine etkin ve verimli hizmetin sunulması ile görev yapılan kurum ve ekipte yer alan meslek elemanlarına karşı sorumlulukların yerine getirilmesinde sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu doğrultuda; Bağımlılık, bağımlılığın oluşumu ve tedavisi, bağımlı birey ve ailesine yaklaşım ve iletişim, sağlık çalışanları arasında etiğe uygun davranışlar ve etkin iletişim konularında, sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlere tabi tutulmaları ve bu eğitimlerin sürekli olarak verilmesi sağlanmalıdır.

2- Ülke genelindeki madde bağımlılık tedavi merkez sayılarının artırılması ve bölgesel olarak uygun dağılımın yapılması sağlanmalıdır. Madde kullanımının daha küçük yaşlarda başlaması ve giderek daha fazla kesimler tarafından kullanılması nedeni ile bu alan önemsenmeli ve bu doğrultuda sağlık politikaları hazırlanarak uygulanması sağlanmalıdır.

3- Tedavi merkezlerinde görev alacak sağlık personellerinin sayısının merkezlere olan başvuru sayısı ile doğru orantılı olarak artırılması sağlanmalıdır.

4- Ekip çalışmasına dayalı tedavi merkezlerinde, ekip bütünlüğünün sağlanması ve tedavi alan birey ve ailesinin psiko-sosyal tam iyilik haline ulaşması açısından sosyal hizmet mesleği önemsenmeli ve merkezlerde sosyal çalışmacı istihdamının artırılması sağlanmalıdır.

5- Mesleğinde tecrübeli, yetkin ve kararlı bir sağlık çalışanı sayesinde, bağımlı birey tedaviye ve geleceğe umutla bakabilmektedir. Bu anlamda, bağımlılık tedavisinde görev alan sağlık personellerinin bilgi birikimlerinden ve tecrübelerinden en üst seviyede yararlanmak amacı ile uzun yıllar aynı alanda çalışmalarını özendirici çalışmalar yapmak gereklidir.

6- Sağlık personellerinin kendi istekleri doğrultusunda bu alanda istihdam edilmelerini sağlamak hem hizmet alanlara yönelik hizmetlerin etkin olarak sunulmasında hem de merkezdeki ekip çalışmasında yer alan tüm sağlık personellerinin uyum içerisinde çalışmalarına olanak sağlayacaktır.

7- Tedavi hizmeti verilen tüm birimlerde; hizmet alanların ve ekip içinde çalışanların duygu, gereksinimlerini ve problemlerini ciddiye alarak iletişim kurabilen, uzlaşma ve ikna etme gibi yetenekleri olabilen işgücü sağlanmalıdır.

8- Çalışma ortamlarında hizmetlerin sağlıklı yürütülebilmesi, çalışanların ortak amaçlara ulaşmada birlikte hareket etmelerine, doğru iletişim kurmalarına ve etkin kararlar almalarına bağlıdır. Merkezlerde sağlık çalışanları arasında oluşan yetersiz iletişimin neden olduğu sosyal çıkmazları çözmek ve sağlık personellerinin yaşadıkları sorunları azaltmak ve bu konuda çözümler üretmek doğrultusunda kurum idaresi üstüne düşen görevleri yerine getirebilmelidir. Sağlık çalışanları tarafından yapılan başarılı çalışmalar kurum idaresince maddi ve manevi ödüllerin verilerek ödüllendirilmeleri sağlanmalıdır.

9- Tedavinin başarıya ulaşmasında kilit rolündeki tedavi alan birey ve ailenin desteğini almak ve sağlık personeline ve tedaviye olan güvenini artırmak gereklidir. Bu doğrultuda, sağlık çalışanların tedavi hizmeti sunulan birey ve ailelerine daha olumlu, güvene dayalı, önyargılardan uzak ve samimi davranmalarını sağlamak yönünde destekleyici çalışmalar yapılmasını sağlamak gereklidir.

10- Tedavi alan bireye ve ailesine, yaşamda ikinci bir şans vermeye yönelik bireyin onu olumsuz etkileyen sosyal çevresinden uzaklaşmasına yardımcı olacak psiko-sosyal ve ekonomik destek verilmeli, tedavi süreci tamamlanması sağlanmalıdır. Bu konuda Devlet-STK işbirliği ve koordinasyonu sağlanmalıdır.

11- Kamuya ve özele bağlı merkezlerde görevli sağlık personellerinin görev sınırları daraltılmamalı, onların tedavi sürecine ilişkin görüşleri alınmalı, olumlu katkıları sağlanmalıdır.

12- Tüm merkezlerdeki hizmetlerin sunulmasında ekip çalışma bütünlüğünün sağlanması açısından, ekip kaynak yönetimi eğitimi verilmelidir. Ekipler kendi kaynaklarını yönetme, stresle başa çıkma, hataları minimuma indirme, daha çözümcü çalışmalar yapma ve daha iyi sonuçlar alma yönünde ekip kaynakları yönetimi eğitimini almalıdırlar.

# KAYNAKÇA


Alkol ve Madde Bağımlılığı Yardım Merkezi; AMATEM Bağımlılık İstatistikleri, (http://www.amatem.org/amatem-bagimlilik-istatistikleri) 16.10.2011

ALPAY, Nihat, N. Karamustafaoğlu ve R. Kükürt;(1995), **"Madde Bağımlılığında Suç"** Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, cilt:8, sayı:2, s.16-17.

ARI, Özlem; (2007), Madde Kullanan Kişilerin Depresyon, Problem Çözme Becerileri ve Diğer Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması. Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ARIKAN, Zehra; (2008), **"Bağımlılık Ünitesi Gündüz Tedavi Programı"** Gazi Üniversitesi, Ankara Anadolu Psikiyatri Dergisi, cilt:9, sayı:Ek 1, s.41-42. (www.psikiyatridizini.org)

ARSAN, H.Üren; Kamu Maliyesi Alanında Yeni Bir İnceleme Konusu: Uluslar arası Kamusal Mallar, (http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/454/5174.pdf) 15.10.2011

ATAUZ, Sevil; (1983), **Psikiyatrik Sosyal Çalışmacının Tedavi Ekibi İçindeki Yeri.** XVIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bozak matbaası, İstanbul.

AVCI, Çağlar; (2010), Denetimli Serbestlik, Bağımlıları Uyuşturucu Batağından Kurtaramıyor, ( www.zaman.com.tr/haber.do?haberno=960328) 09.08.11

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, (2006); Avrupa'daki Uyuşturucu Sorununun Durumu, 2006 Yıllık Raporu, Lüksemburg.

BENGÜ, Sarp; (2000), **Taklamakan, Uyuşturucu Madde Kullanma Klavuzu,** 1. Baskı, Gendaş yayınları, İstanbul.

CAN, H., Akgün, A. ve Kavuncubaşı, Ş. (1995). **Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi,** Siyasal Kitapevi, Ankara.

Cannabist Life, AMATEM Doktorlarına Eleştiri, (http://www.cannabist.net/amatem-doktorlarina-elestiri) 27.07.2011

COŞKUN, Beyhan ve Çakmak, Duran;(2005), **Alkol Ve Madde Bağımlılarının Grup Psikoterapisinde Psikodramanın Kullanılması**, Bağımlılık Dergisi, cilt:6 sayı:3 s:103-110. (www.bagimlilik.dergisi.com)

COŞKUN, Sibel; (2006), Uçucu Madde Kullanan Ergenlerde Bilinçlendirme Eğitiminin Etkinliği, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ÇAKMAK, Duran(2001); **AMATEM: Bir Bağımlılık Tedavi Merkezi.** Bağımlılık Dergisi, cilt:2, sayı:1, s:38-39.

ÇATALOLUK, Cafer; Engelli Bireye Sahip Ailelerde Baş Etme Mekanizmaları, (http://www. sosyalhizmetuzmani.org/engellibireyaile.htm), 08.11.2011

ÇOLAKKADIOĞLU, Oğuzhan; (2010), Çatışma Kuramına Dayalı Olarak Geliştirilen Karar Verme Beceri Eğitimi Grup Uygulamalarının Ergenlerin Karar Verme Stillerine Etkisi. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

DİLBAZ, Nesrin; (1998), **Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı, Ankara Numune Hastanesi Temel Kursu-1**. Mutludoğan yayıncılık, Ankara.

DİLBAZ, Nesrin; Ankara AMATEM penceresinden Türkiye'nin bağımlılık fotoğrafı Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu (http://www.sdplatform.com /Dergi/450/ Ankara-AMATEM-penceresinden-Turkiyenin-bagimlilik-fotografi.aspx) 01.05.2012

DOKUR, Murat ve Profeta, Yael; (2006), **Aile ve çift Terapisi**, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.

DURMAZ, Gönül; (1995), Uyuşturucu Madde Kullanan Adolesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık tezi, T.C.Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

DUYAN, Veli; (1996), **Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet),** Aydınlar Matbaacılık, Ankara.

DUYAN, Veli;(1997), **Sosyal Grup Çalışması Uygulamasının Ortopedi Hastalarının Kişisel Ve Sosyal Uyum Düzeylerine Etkisi**, Aydınlar Matbaacılık, Ankara.

EKŞİ, Aysel; (1998), **Gençlerde Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı,** İstanbul.

ERGENÇ, Güner ve Yıldırım, Emine; (2007), **Madde Kullanımı Önleme Kılavuzu**, İstanbul.

ESPAD, The ESPAD Report Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, (http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_ 2003 _ ESPAD_report.pdf) 30.04.2012

EGM KOM Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu Raporu 2010, Ankara. (http://www.kom.gov.tr/Tr/Dosyalar/rap_2010%281%29.pdf) 29.04.2012

EGM KOM Daire Başkanlığı, EMCDDA 2007 Yıllık Rapor, Ankara.

GOODE, Erich; (1993),**Drugs in American Society**, 4. Edition, Printed United State Amerika.

GREGORY A. Austin. Perspectives on the History of Psychoactive Substance Use, ( http: //www.ibogaine.desk.nl/drugmain.html) 30.01.2011

GÜRPINAR, Dilek ve Tokuçoğlu, Levent; (2006), **Bağımlılık Yapan Maddeleri Kullanmak İçin Duyulan Arzu ve Bu Maddelerle İlgili Rüyalar,** Bağımlılık Dergisi, Cilt:7 Sayı:1 s:38-43. (http://www.bagimlilikdergisi.com)

ILLİCH, Ivan; (2011), **Sağlığın Gaspı**. Ayrıntı yayınları. 2. Basım, İstanbul.

KALYONCU, Ayhan; (1999), Uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde agonist ve antagonist tedaviler. Ulusal Psikiyatri Kongresi.

KALYONCU, Ayhan ve Mırsal, Hasan; (2000), **Madde Bağımlılığında Bireysel Psikoterapi**, Bağımlılık Dergisi, cilt:1, sayı:2, s:95-100. (http://www.bagimlilikdergisi.com)

KAĞITÇIBAŞI, Çiğdem; ( ? ) **Yeni İnsan ve İnsanlar**, Evrim yayınları, İstanbul

KAPTANOĞLU, Y, Ayşegül; (2011), **Sağlık Yönetimi**. Beşir kitapevi. İstanbul

KARAGAN, Erhan; (2008), Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması, yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

KARASAR, Niyazi; (1999), **Bilimsel araştırma yöntemleri**, Nobel yayın dağıtım, İstanbul.

KILIÇARSLAN, Fatih; (2007), **Madde Bağımlısı Ergenlerde Aile Terapileri ve Bir Olgu Sunumu.** Bağımlılık Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 1, s:42-45. (www.bagimlilik.net)

KILIÇARSLAN, Fatih; Bağımlılığa Götüren Süreçler, (http://psikiyatriksosyalhizmet.com /sosyal-hizmet-uzmani-fatih-kilicarslan-ile-roportaj-bagimliliga-goturen-surecler) 05.01.2011

KILIÇARSLAN, Fatih; Toplumun Kanayan Yarası "Çocuklarda Madde Bağımlılığı" (www.sosyalhizmetuzmani.org/toplumunyarayankanasi.doc) 04.08.2011

KOCH, Eckhardt ve Turgut, Tolga; (2004), **Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış.** Türk Psikiyatri Dergisi cilt:15 sayı:1 s:64-69 (http://www.turkpsikiyatri.com/ftr.aspx?id=459)

KONGAR, Emre; (1972), **Sosyal Çalışmaya Giriş,** Sosyal Bilimler Derneği yayınevi, Ankara.

KÖKNEL, Özcan; (2001), **Alkol ve Madde Bağımlılığı Altkültürü,** Bağımlılık Dergisi, cilt:2, sayı:2 s:71-76 (http://www.bagimlilikdergisi.com)

ONUR, Bekir; (1997), **Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm**, İmge Kitabevi Yayınları, İstanbul.

ÖĞEL, Kültekin; (2001), **Türkiye'de Madde Bağımlılığı**, Kültür sanat yayıncılık, İstanbul.

ÖĞEL, Kültekin, S.Taner ve C.Yılmazçetin; (2003), **Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu.** Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul.

ÖĞEL, Kültekin; Madde Kullanım Bozukluklarının Yaygınlığı (Epidemiyoloji) (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/epidemiyoloji.pdf) 30.04.2012

ÖZDEN, Salih Yaşar; (1992), **Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, Teşhis- Tedavi-Tedbir.**1. Baskı, Nobel tıp yayınevi, İstanbul.

PEHLİVAN, Zekai ve Konukman Ferhan; (2004), **Beden Eğitimi Öğretmenleri İle Diğer Branş Öğretmenlerinin Problem Çözme Becerisi Açısından Karşılaştırılması.** Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, cilt 2, sayı 2, s:55-60. (http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/17/349/3613.pdf)

SAĞKAL, Tülay ve Ayça, Gürkan; (2008), **Psikiyatri Hemşireliği Sürecinin Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinde Etkinliği.** Bağımlılık Dergisi; cilt:9 sayı:3 s.148-153. (http://www.psikiyatri.org.tr/psikiyatridizini/)

SALİNGER, M.Lawrence; **Deviant Behavior 96/97**. First Edition, Arkansas State University.

SELİMOĞLU, Emel ve Hatice B.Yılmaz; (2009), **Hizmet içi Eğitimin Kurum ve Çalışanlar Üzerine Etkileri.** PARADOKS Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi, (e-dergi), , yıl:5, sayı:1. (http://www.paradoks.org,)

SOLGUN, Sertaç; (2002), Uyuşturucu Madde Kaçakçılığı ve Alternatif Çözüm Önerileri. Yüksek lisans tezi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

TATLICAN, Ümit. Emile Durkheim, (http://www.umittatlican.com/files/Emile %20Durkheim%20(Ritzer,%201992).pdf ) 04.06.2012

TBMM 1982 Anayasası ( http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm) 15.10.2011

TBMM 2001 Tarihli ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu, ( http://www.tbmm .gov .tr/kanunlar/k4721.html) 15.10.2011

TMMM Komisyon Raporu, Türkiye'de Uyuşturucu Kullanımı (http://www.tubim. gov.tr/Dosyalar/istatistik/genc_nufus.pdf) 29.04.2012

TBMM Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu Kasım 2008 (http://www.tubim. gov.tr /Dosyalar/Raporlar/meclis_uyu%C5%9Fturucu_komisyon_raporu.pdf) 25.01.2012

T.C.Maliye Bakanlığı Mali Suçlar Araştırma Kurulu, Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (Viyana Konvansiyonu) (http://www.masak.gov.tr/media/portals/masak2/files/bmviyana.htm) 29.04.2012

T.C.Resmi Gazete; 1998 Tarihli ve 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, (http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23233.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23233.pdf) 09.10.2011

T.C.Resmi Gazete; 2005 Tarihli ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu, (http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/200507151.htm/20050715.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-1.htm) 09.10.2011

T.C.Resmi Gazete; 2004 Tarihli 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm/20041012.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm) 09.10.2011

T.C.Sağlık Bakanlığı; 16/03/2004 tarih ve 25375 sayılı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği, (http://www.sb.gov.tr/ TR/dosya/115946/h/ madde bagimliligi tedavimerkezleriyonetmeligi.pdf) 22.03.2012

T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; http://www.tedavi.saglik.gov.tr/mevzuat.aspx

TEZCAN, Mahmut; (1985), **Eğitim Sosyolojisi**. Ankara Ünversitesi Eğitim Bilimleri Yayınları. Ankara.

Toprak Mahsulleri Ofisi, 2004 yılı Haşhaş raporu.

TOPUŞ, H.Lütfi; (1990), **Uyuşturucu Uyarıcı ve Hayal Yaratıcı Maddeler.** Omaş Ofset, Ankara.

TURAN, M. Tayfun ve Beşirli Aslı; (2008), **Kentleşme sürecinin ruh sağlığı üzerine etkileri.** Anadolu Psikiyatri Dergisi, cilt:9, sayı:4, s:238-243. (http://openmed.nic.in/ 3215/ 01/238.pdf)

TÜRKCAN, Ahmet ve Solmaz, Türkcan; (1998), **Madde Bağımlılığının Tedavisinde Etik Sorunlar**, Düşünen Adam Dergisi, cilt:11 sayı:3 s:52-55.

Türkiye Psikiyatri Derneği; Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, (http://www. psikiyatri.org. tr/pagepublic.aspx?menu=45) 09.10.2011

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Ulusal ve Uluslar arası yayınlar, ( http://www.tubim.gov.tr/Tr/KonuDetay.asp?id=2&BKey=290) 25.01.2012

UĞURLUOĞLU, Özgür ve Çelik Yusuf; (2005), **Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı,** Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1 s:3.

ULUYAZMAN, Aydın; (1972), **Toksikomani,** Altın kitaplar yayınevi, İstanbul.

UNDCP (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Programı);(1995),The Socıal Impact Of Drug Abuse. Copenhagen, (http://www.unodc.org/pdf/technical_series_1995-03-01_1.pdf) 09.10.2011

UNODC. World Drug Report 2011 (Dünya Uyuşturucu Raporu, 2011) (http://www. unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html) 09.10.2011

U.S. Census Bureau; The 2010 Census, (http://www.census.gov/ population/ international/data /idb/worldpopinfo.php ) 09.10.2011

UZBAY,Tayfun; Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler, (http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/aralik09/5.pdf) 26.01.2011

UZBAY,Tayfun; Bağımlılık Yapan Maddeler ve Özellikleri, (http://www.e kutuphane. teb.org. tr/pdf/mised/aralik09/6.pdf) 26.01.2011

VERİMLİ, Arif; (1998), "Kurumsal Politika Açısından Bağımlılık Tedavi Birimleri", Editör: DİLBAZ, N. **Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı, Ankara Numune Hastanesi Temel Kursu-1**. Mutludoğan yayıncılık, Ankara

World Drug Report 2011 UNITED NATIONS New York, 2011

YILMAZ, Mesut; (2010), **Türkiye'de Madde Kullanımı ve Bağımlılığı,** Çağın polisi dergisi, sayı:28. (www.caginpolisi.com.tr/v1/tÜrkİye&-8217-de-madde-kullanımı-ve-baĞimliliĞi-2015-1.html) 02.05.2011

YILMAZ, S., Kalyoncu A., Pektaş Ö., Mırsal H., Beyazyürek M;(1997), **Bağımlılık Tedavi Kliniklerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları**. VI. Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel Çalışmalar Kitabı, s:309-313. (http://www.ozkanpektas.com/pubfiles/D-5. pdf)

YÜNCÜ, Zeki ve Savaş, A. Haluk;(2007), **Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik:Bir Gözden Geçirme,** Bağımlılık Dergisi, Cilt:8, Sayı:3, s:146-152.

# EKLER

**EK – A:** Anket Formu (3 Sayfa)

**EK – B:** Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (16 Sayfa)

Ek -A

**Değerli Meslektaşım,**

Size sunulan bu anket, psikoaktif madde bağımlılığının tedavisinde sağlık sisteminin etkinliğini sizlerin görüşleri doğrultusunda saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Ankete vereceğiniz yanıtlar, yalnızca tez çerçevesinde bilimsel araştırma için kullanılacaktır. Kimliğiniz ile ilgili bilgileriniz sorulmamaktadır. Araştırmanın sonuçlandırılabilmesi ve güvenirliliği açısından lütfen inandığınız şekilde cevaplayarak hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Ayıracağınız zaman ve sağlayacağınız katkılar için teşekkür eder, saygılar sunarım.

**Ayten KAYA KILIÇ**
**Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**1-Cinsiyetiniz?**
( ) Kadın ( ) Erkek

**2-Yasınız?**
( ) 22-27 arası ( ) 28-33 arası( ) 34-39 arası( ) 40-45 arası( ) 46 ve üstü

**3-Öğrenim durumunuz**
( ) Lise ( )Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( ) Doktora

**4- Mesleğiniz:**
( ) Psikiyatri hekimi (uzman) ( ) Asistan hekim ( ) Psikolog
( ) Sosyal Hizmet Uzmanı ( ) Hemşire ( ) Diğer, belirtiniz .....

**5- AMATEM'de görevlendirilme nedeniniz?**
( ) Kendi isteğimle ( ) İdare tarafından ( ) Diğer, belirtiniz .....

**6-AMATEM'de çalışma süreniz?**
( ) Bir yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11-15 yıl ( ) 16 yıl ve üstü

**7-Çalıştığınız kurum hangisidir?**
( )Kamu ( )Özel

**8-Uyuşturucu madde bağımlılığı ve tedavisi konusunda eğitimi AMATEM'e başlamadan önce mi aldınız?**
( ) Evet ( ) Hayır

**9- Uyuşturucu madde bağımlılığı ve tedavisi konusunda eğitimi AMATEM'de görevlendirildikten sonra mı aldınız?**
( ) Evet ( ) Hayır

**10-Hizmet içi eğitimlere kaç kez katıldınız?**
( ) Katılmadım ( ) Bir kez ( ) İki kez ( ) Üç kez ( ) Dört ve daha fazla

**11-Merkezde uygulanan tedavi yöntemlerinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?**
( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Geliştirilebilir

**12- Alternatif tedavi yöntemleri hakkında hiç düşündünüz mü, düşündünüz ise bunlar nelerdir?**
( ) Evet ( ) Hayır

**13. Yanıtınız evet ise lütfen belirtiniz .....**
**14- Verilen tedavilerin yetersiz olduğu durumlarda sağlık personellerin görüşlerine başvurulmakta mıdır?**
( ) Evet, görüşlerimize başvurulur ( ) Hayır, asla başvurulmaz.

**15-Çalışma ortamınızda sizin, görüşüne sıklıkla başvurduğunuz meslek elemanı hangisidir?**
( ) Psikiyatri hekimi (uzman) ( ) Asistan hekim ( ) Psikolog
( ) Sosyal Hizmet Uzmanı ( ) Hemşire ( ) Hepsi

**16- Çalışma ortamınızda sizin görüşünüze en çok başvuran meslek elemanı hangisidir?**
( ) Psikiyatri hekimi (uzman) ( ) Asistan hekim ( ) Psikolog
( ) Sosyal Hizmet Uzmanı ( ) Hemşire ( ) Hepsi

**17-Görüşlerine başvurulma açısından AMATEM'de çalışma süresinin önemli olduğunu düşünüyor musunuz?**
( ) Evet ( ) Hayır

**18- İş yerinizde karşılaştığınız en önemli sorun nedir?**
( ) Bağımlı ve ailesi ile ilgili sorun ( ) İdare ile ilgili sorun
( ) Görev yerindeki diğer sağlık çalışanları ile ilgili sorun
( ) Yasal mevzuatla ilgili sorun ( ) Diğer.Belirtiniz.....

**19-Tedavi sürecinde, bağımlı birey ve ailesi ile ilgili yaşadığınız en önemli sorun nedir?**
( ) Bağımlı bireyin tedaviye uyum göstermemesi
( ) Ailenin tedavi sürecinde bireye ve ekibe destek olmaması
( ) Bağımlının sağlık çalışanına yönelik sert davranışlar göstermesi
( ) Diğer. Belirtiniz.....

**20-Çalışma ortamında sağlık çalışanları ile yaşadığınız en önemli sorun nedir?**
( ) Diğer sağlık çalışanlarının iş etiğine uygun olmayan davranışları
( ) Sağlık çalışanların birbirlerine karşı saygısız davranışları
( ) Sağlık çalışanların hastalara karşı duyarsız davranışları
( ) Sağlik çalışanları arasındaki yetersiz iletişim
( ) Mesleğinde yeterli olmayan kişilerin ekip çalışmasını engellemesi
( ) Diğer, belirtiniz.....

**21-İşyerinizde mesleğinizi uygulamada oluşturulan yasal düzenlemelerle ilgili düşünceleriniz nedir?**
( ) İlgili yasal mevzuat yetersiz
( ) Mevzuat işim konusunda beni sınırlıyor
( ) Mevzuat yeterli ve görevlerimi açıklığa kavuşturmuş durumda.

**22- Sizce bu alanda sağlık sistemindeki sorunları en fazla etkileyen unsur aşağıdakilerden hangisi/hangileridir (en fazla 3 şıkkı içlerinde önem sırasına göre en önemlisine 1 olacak şekilde , 2 ve 3 puan vererek işaretleyiniz)**

( ) Tedavi merkezlerinin az olması
( ) Tedavi merkezlerinin bir çok şehre uzak olması
( ) Tedavi merkezlerinde çalışan personel sayısı yetersizliği
( ) Sağlık çalışanlarının yeterli eğitimden geçirilmeden göreve başlatılması
( ) Tedavi merkezleri ile ilgili basın-yayın organlarında topluma yeterli bilgiyi verilmemesi
( ) Diğer. Belirtiniz.....

**23- Ülke genelinde merkezlerin sayılarını ve ulaşılabilirliğini yeterli buluyor musunuz?**

( ) yeterli ( ) yetersiz

**24- Eğer yanıtınız yetersiz ise, bunun nedeni nedir?**

( )Yetersiz sağlık politikaları
( ) Madde bağımlılığının yeterince önemsenmemesi
( ) Başvuru sayısının azlığı
( ) Diğer, belirtiniz.....

**25-AMATEM'de çalışmaktan memnun musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**26- AMATEM'deki görevinizden ayrılmayı ne sıklıkla düşünüyorsunuz?**

( ) Her gün ( ) Her hafta ( ) 6 Ayda bir ( ) Yılda bir ( ) Düşünmüyorum

**27- AMATEM'de çalışmayı özendirici ve motivasyonu arttıracak idari önlem ve yöntemler sizce nelerdir?**

( ) Tedavinin başarıya ulaşması
( ) İdare tarafından verilen manevi ödül ( plaket, yazılı teşekkür, vs...)
( ) İdare tarafından verilen döner sermaye gelirinde ek puan sağlanması.
( ) Diğer. Belirtiniz.....

**28-Taburcu olan hastaların tekrar maddeye başlama durumları ile ilgili düşünceleriniz?**

( ) Tekrar madde kullanmaya başlamayacak,
( ) Nasıl olsa tekrar maddeye başlayacak
( ) Eski çevresinden uzaklaşmadıkça düzelmeyecek
( ) Tedavi çoğu zaman hastanın iyileşmesi için yetersiz

**29-AMATEM'de etkili bir hizmet sunumunda; (en fazla 3 şıkkı içlerinde önem sırasına göre en önemlisine 1 olacak şekilde , 2 ve 3 puan vererek işaretleyiniz)**

( )AMATEM'de en az 2 yıl deneyim kazanmak gereklidir
( )Ekip içerisinde uyumlu çalışmak önemlidir
( )Süpervizyon gözetiminde çalışmak önemlidir.
( )İdari destek ve motivasyonu artırıcı çalışmalar önemlidir.
( )Tedavi alan birey ve ailesinin desteği önemlidir.

Ek- B

## Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği

*(16/03/2004 tarih ve 25375 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.)*

## BİRİNCİ BÖLÜM

### Amaç, Kapsam, Hukukî Dayanak ve Tanımlar

**Amaç**

**Madde 1-** Bu Yönetmeliğin amacı; madde bağımlılarının tedavilerinin ve rehabilitasyonlarının yapıldığı kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde veya müstakil olarak kurulan madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin tesis, hizmet ve personel kıstaslarının tespit edilmesine ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, denetlenmelerine ve kapanmalarına ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir.

**Kapsam**

**Madde 2-** Bu Yönetmelik; madde bağımlılarına tedavi ve rehabilitasyon usûllerini uygulayan kamu kurum ve kuruluşlarını, gerçek kişileri ve özel hukuk tüzel kişilerini ve bunların madde bağımlılığı tedavisine ilişkin bütün faaliyetlerini kapsar.

**Hukukî Dayanak**

**Madde 3-** Bu Yönetmelik; 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesi ile 9 uncu maddesinin (c) bendine ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

**Tanımlar**

**Madde 4-** Bu Yönetmelikte geçen;

**a) Bakanlık:** Sağlık Bakanlığını,

**b) Genel Müdürlük:** Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

**c) Komisyon:** Madde Bağımlılığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonunu,

**d) Müdürlük:** İl sağlık müdürlüklerini,

**e) Madde bağımlılığı:** EK-2'de sayılan ve kullanımı, bedensel, ruhsal ve sosyal problemlere sebebiyet veren, hayatın idamesi için zorunlu olmayan maddelerin kullanımlarının devam ettirilmesi ve bu maddelerin kullanım arzusunun durdurulamaması halini,

**f) Detoksifikasyon:** Vücudun, bağımlılık yapan maddeden arındırılması ve tedavi sırasında vücudun bu maddelere olan ihtiyacı sonucunda ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin giderilmesi için uygulanan müdahale ve tedavi usûllerini,

**g) İdame ve rehabilitasyon:** Vücudun maddeye olan ihtiyacını kontrol etmek, ayık kalabilme süresini uzatmak ve böylece hayat standardını artırmak amacıyla detoksifikasyon tedavisini takip eden ilaçlı veya ilaçsız olarak yapılan psiko-sosyal tedavileri,

**h) Entoksikasyon:** Bağımlılık yapan bir maddenin kullanımı neticesinde, kan seviyelerinin standardın üzerinde bir yoğunluğa ulaşmasına bağlı olarak gelişen ve vücudun bütün sistemini etkileyen akut veya kronik beyin sendromunu,

**ı) Merkez:** Genel olarak; madde bağımlılarına yönelik olmak üzere, ayakta veya yatarak detoksifikasyon ile idame ve rehabilitasyon amacıyla, ilaçla veya ilaçsız olarak veyahut her iki usûl ile de yapılan ve madde bağımlılarına yönelik her türlü tedavi usûllerinin uygulandığı, kamu kurum ve kuruluşlarına ait olan genel hastanelerin psikiyatri klinikleri veya özel dal hastanesi niteliğindeki akıl ve ruh hastalıkları hastaneleri bünyesinde kurulan madde bağımlılığı tedavi merkezleri ile gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olan özel hastaneler bünyesindeki madde bağımlılığı tedavi merkezlerini veya sadece bu maksatla açılmış olan müstakil madde bağımlılığı tedavi merkezlerini,

**i) Özel merkez:** Madde bağımlılarına yönelik her türlü tedavi usûllerinin uygulandığı, gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olan özel hastaneler bünyesindeki madde bağımlılığı tedavi merkezlerini veya sadece bu maksatla açılmış olan müstakil madde bağımlılığı tedavi merkezlerini,ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### Madde Bağımlığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonu

**Komisyonun Teşkili**

**Madde 5-** Bu Yönetmelik kapsamındaki madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin tamamının ruhsat veya açılma izni başvurularının ve ruhsatlarındaki veya izinlerindeki değişiklik taleplerinin incelenmesi ile bunların açılmaları, denetlenmeleri, faaliyetleri ve kapatılmaları ile ilgili tavsiye kararları almak üzere Bakanlıkça, Madde Bağımlılığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonu teşkil edilir.

Komisyon, Bakanlık Müsteşarı veya görevlendireceği bir Müsteşar Yardımcısının başkanlığında;

**a)** Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü veya görevlendirecekleri birer Genel Müdür Yardımcısı,

**b)** Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinin ruh sağlığı ve hastalıkları klinik şeflerinden, en az biri merkez sorumlusu olmak üzere üç kişi,

**c)** Tıp fakültelerinin ruh sağlığı ve hastalıkları ana bilim dalı öğretim üyelerinden, en az ikisi merkez sorumlusu olmak üzere üç kişi,

**d)** Tıp fakültelerinin farmakoloji ana bilim dalından veya Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinden iki farmakolog,

**e)** Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığına ait eğitim ve araştırma hastanelerinden, merkez kurulmuş ise, merkez sorumlusu olan bir kişi; merkez kurulmamış ise, mesleğinde on yıllık tecrübesi olan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı,

**f)** Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tarafından belirlenecek olan ve mesleğinde on yıllık tecrübesi bulunan bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı,

**g)** Adlî Tıp Kurumu'nun bünyesindeki, ilgili ihtisas kurulu başkanı veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı unvanını haiz bir Daire Başkanı, olmak üzere toplam onbeş kişiden oluşur.

Komisyonun (b), (c) ve (d) bentlerindeki üyeler ve yedek üyeler Bakanlıkça, diğer üyeler ise kurumlarınca seçilir ve ayrıca ilgili kurumlarca birer yedek üye belirlenir.

Komisyonun seçilmiş üyeleri iki yıl süre ile görev yaparlar. Üyeliğe tekrar seçilmek mümkündür. Seçilmiş üyelerden kabul edilebilir bir mazereti olmaksızın iki defa üst üste toplantılara katılmayan üyenin üyeliği düşer. Yerine, (b), (c) ve (d) bentlerindeki üyeler için Bakanlıkça, (e), (f) ve (g) bentlerindeki üyeler için kendi kurumlarınca aynı nitelikleri taşıyan yeni bir üye seçilir.

**Komisyonun Çalışma Usûl ve Esasları**

**Madde 6-** Komisyon; yılda en az iki defa olmak kaydıyla, ihtiyaca ve Bakanlığın daveti üzerine, Başkan tarafından önceden belirlenmiş toplantı gündemine göre toplanır. Toplantı daveti; toplantı tarihi, yeri ve gündemi ile birlikte en az onbeş gün önce üyelere yazılı olarak bildirilir.

Komisyon, en az onbir üyenin katılımı ile toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde, Başkanın taraf olduğu görüş kararlaştırılmış sayılır.

Komisyon kararları, karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelerce imzalanır. Karara muhalif olanlar, şerh koymak suretiyle kararları imza ederler. Muhalif görüş gerekçesinin karar altında veya ekinde belirtilmesi zorunludur.

Komisyon, gerektiğinde ulusal veya uluslararası alanda madde bağımlılığı tedavisinde uzman olan kişileri veya uzmanlık kuruluşlarının temsilcilerini, bilimsel

görüşlerini almak üzere Komisyona davet edebilir veya bunlardan yazılı görüş isteyebilir.

Komisyonun sekretarya hizmetlerini Genel Müdürlük yürütür.

Komisyon, gerektiğinde yerinde inceleme ve değerlendirme yapmak üzere, asıl veya yedek üyelerden alt komisyonlar oluşturabilir.

**Komisyonun Görevleri**

**Madde 7-** Komisyon, aşağıda belirtilen görevleri yerine getirir:

**a)** Ülke genelinde madde bağımlılığı tedavisinin gelişimini izleyerek, alınacak tedbirler ve belirlenecek ulusal stratejiler konusunda Bakanlığa görüş bildirmek,

**b)** Merkezlerin yıllık faaliyetlerini değerlendirmek, gerektiğinde faaliyetleri konusunda alınacak tedbirleri belirlemek, bunların açılmasına, kapatılmasına ve ruhsat veya izin değişiklik taleplerine esas olmak üzere Bakanlığa görüş bildirmek,

**c)** Merkezlere eğitim yetkisi verilmesine ve bu yetkilerinin kaldırılmasına esas olmak üzere Bakanlığa görüş vermek ve bunların faaliyetlerini denetlemek,

**d)** Gerektiğinde, Bakanlığın talebi üzerine merkezleri yerinde incelemek ve değerlendirmek,

**e)** Madde bağımlılığı tedavi usûlleri ile ilgili tanı ve tedavi protokollerini belirlemek ve gerektiğinde güncelleştirmek,

**f)** Merkezlerde tutulan istatistik verilerini değerlendirmek,

**g)** Bu Yönetmelik kapsamında Bakanlıkça belirlenecek konularda görüş bildirmek.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### Madde Bağımlılığı Tedavisi ve Rehabilitasyon Usûlleri

**Madde Bağımlılığı Tedavisi ve Rehabilitasyon Usûlleri**

**Madde 8-** Madde bağımlılarına yönelik olarak, ayakta veya yatarak uygulanan detoksifikasyon, idame ve rehabilitasyon için ilaçla veya ilaçsız olarak veyahut her iki usûl ile yapılan tedavi uygulama sınıfları şunlardır:

**a) A Tipi Uygulama:** Yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyan ve EK-1'de belirtilen ilaç ve diğer maddeler ile yapılan detoksifikasyon usûlüdür. Bu uygulama, sadece kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı hastanelerde kurulan merkezlerde yapılabilir.

**b) B Tipi Uygulama:** Yüksek bağımlılık potansiyeli taşımayan ve EK-1'de belirtilen ilaç ve maddeler kullanılmaksızın yapılan detoksifikasyon usûlüdür.

**c) C Tipi Uygulama:** Yüksek bağımlılık potansiyeli taşıyan ve EK-1'de belirtilen ilaç ve sair maddelerle yapılan ve fakat, detoksifikasyon tedavisi uygulanmayan idame usûlüdür. Bu uygulama, sadece kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı hastanelerde kurulan merkezlerde yapılabilir.

**d) D Tipi Uygulama:** Yüksek bağımlılık potansiyeli taşımayan ilaç ve maddeler ile yapılan ve detoksifikasyon tedavisi uygulanmayan idame usûlüdür.

Madde bağımlılarına, ayakta ve yatarak uygulanan ilaçlı ve ilaçsız detoksifikasyon, idame ve rehabilitasyon tedavilerinde kullanılacak olan ve birinci fıkrada sınıfları belirtilen tedavi uygulamalarıyla ilgili protokoller, Komisyonun kararı üzerine belirlenir ve Bakanlıkça yayımlanır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

## Kurulma, Bina Durumu, Başvuru ve Ruhsata ve İzne Esas Belgeler, Başvurunun Müdürlükçe İncelenmesi, Ruhsatname ve Açılma Belgesi

### Kurulma

**Madde 9-** Merkezler; kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzelkişilere ait hastaneler bünyesinde veya sadece madde bağımlılığı tedavi usûlleri uygulamak amacıyla müstakil bir merkez olarak kurulabilir.

Kamu kurum ve kuruluşlarına ait her türlü merkez için açılma izni belgesinin ve özel hastane bünyesinde veya müstakil olarak kurulacak özel merkezlerin açılabilmesi için gerekli ruhsatnamenin Bakanlıktan alınması zorunludur.

Müstakil olarak kurulan özel merkezler, özel dal hastanesi hükmündedir ve bu merkezler hakkında bu Yönetmelikte hüküm bulunmayan hallerde, özel hastaneler ile ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Müstakil merkez sahipleri birden fazla ilde merkez açabilir. Ancak bu durumda, merkezde görev alacak personelin farklı olması ve her bir merkez için ayrı ruhsatname alınması şarttır.

### Ön İzin, Başvuru ile Ruhsata ve İzne Esas Belgeler

**Madde 10-** Gerçek ve özel hukuk tüzelkişileri tarafından müstakil olarak açılacak merkezler bakımından, Bakanlıktan ön izin alınması gerekir. Ön izin için; merkez binasının yerleşim projesini hazırlayan mimar; merkez, belediye ve mücavir alan sınırları içinde ise ilgili belediye, şayet, mücavir alan dışında ise Valilik tarafından onaylanmış 1/500 veya 1/200 ölçekli vaziyet planı ile 1/100 veya 1/50 ölçekli iki takım

mimari proje ve mühendislik hizmetlerini gösterir projeler, müdürlük kanalıyla Bakanlığa gönderilir.

İmar ile ilgili mevzuata uygun olarak, birinci fıkrada belirtilen yetkili mercilerce projeler onaylandıktan sonra, merkez yapılacak yerin gerekli şartları taşıdığının tespit edilmesi halinde, Bakanlıkça ön izin verilir.

Bakanlık tarafından ön izin verilmiş projelerin uygulanması sırasında avan projelerde bir değişikliğin meydana gelmesi, ruhsat yenileme, yeniden ruhsat, tadilat ve ilave ruhsat taleplerinde ve ruhsatlı merkeze ilave bina inşa edilmesi halinde de birinci ve ikinci fıkra hükmü uygulanır. Başka amaçla inşa edilmiş olan binaların, merkez binasına dönüştürülmesi halinde, dönüştürme ve tadilat işleminden önce Bakanlıktan ön izin alınması zorunludur.

Ön izin verilmesi için yapılan başvurular, başvuru belgelerinde usûlsüzlük veya noksanlık bulunmaması kaydıyla, Bakanlığa intikal ettiği tarihten itibaren en geç otuz gün içerisinde sonuçlandırılır.

Ruhsat veya izin alınması amacıyla merkez açmak isteyenler tarafından bir dilekçe ile müdürlüğe başvurulması gerekir. Dilekçeye ekli başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır:

**a)** Merkezin her katı için ayrı düzenlenmiş, yerleşim ve kullanım alanlarını gösteren, imar ile ilgili mevzuata göre belediye veya valilik tarafından onaylanmış olan yüzde bir ölçekli plan,

**b)** Özel merkezlerde, imar ile ilgili mevzuata göre alınmış olan yapı kullanma izni belgesi,

**c)** Merkezlerde, yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına ilişkin olarak ilgili mevzuata göre yetkili mercilerden alınmış olan belge,

**d)** Merkezde kullanılacak olan tıbbî araç ve gereçlerin, resmi kurumlarda kurum amirince; özel merkezlerde ise, sorumlu uzman tarafından onaylanmış envanteri,

**e)** Özel merkezlerde, kurucu gerçek kişi ise, nüfus hüviyet cüzdanının; vakıf ise, vakıf senedinin; şirket ise, şirket sermayesini ve ortaklarını gösteren ticaret sicil gazetesinin noter tasdikli örneği,

**f)** Merkezde görev yapacak personelin bu Yönetmelik uyarınca istenilen meslekî sertifikaları ile diplomalarının ve uzmanlık belgelerinin noter tasdikli örnekleri; kamu kurum ve kuruluşlarından yapılan başvurularda ise kurum amirince onaylı örnekleri,

**g)** Özel merkezlerde görev yapacak bütün personelin sözleşmelerinin noter tasdikli örnekleri.

Kamu kurum ve kuruluşları tarafından açılacak merkezler için bu maddenin beşinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen planın kurum amirince onaylanması yeterli

olup; (d) ve (f) bendlerinde sözü edilen belgeler haricinde diğer bendlerdeki belgeler de istenilmez.

**Başvurunun Müdürlükçe İncelenmesi**

**Madde 11-** Yönetmeliğin 10 uncu maddesine göre yapılan başvuruyu değerlendirmek üzere müdürlük nezdinde bir değerlendirme komisyonu oluşturulur. İl değerlendirme komisyonu; il sağlık müdürü veya görevlendireceği bir müdür yardımcısının başkanlığında, yataklı tedavi kurumları ile ilgili şube müdürü, bu Yönetmelikte belirtilen sorumlu uzman niteliklerini haiz bir uzman tabip ve il bayındırlık ve iskan müdürlüğünden bir teknik eleman olmak üzere toplam dört kişiden oluşur.

Başvuru, değerlendirme komisyonu tarafından öncelikle dosya üzerinde incelenir ve noksanlıklar var ise, müdürlükçe merkez açma talebinde bulunanlara bildirilir. Başvuru dosyasında noksanlık yok ise, il değerlendirme komisyonu tarafından personel, bina, tıbbî donanım ve araç-gereçler ile bu Yönetmeliğin öngördüğü diğer hususlara uygunluk yönünden yerinde incelenerek, sonuçları bir rapor halinde düzenlenir.

Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin ikinci fıkrasında sayılan belgeleri noksansız olan ve yerinde yapılan incelemede uygun görülen başvuru dosyaları, ilgili valiliğin yazısı ekinde Bakanlığa gönderilir. Başvuru belgeleri noksan olan veya durumu mevzuata uygun bulunmayan merkeze ilişkin başvuru dosyası, red gerekçeleriyle birlikte başvuru sahibine resmî bir yazı ile iade edilir.

Müdürlüğe yapılan başvuru işlemleri, başvuru tarihinden itibaren en geç on işgünü içerisinde sonuçlandırılır.

**Ruhsatname ve Açılma İzni Belgesi**

**Madde 12-** Bakanlığa intikal ettirilen başvuru, öncelikle Genel Müdürlükçe dosya üzerinde incelenir ve eksiklik bulunmuyor ise Komisyona havale edilir. Komisyon tarafından, 10 uncu ve 11 inci maddelere göre incelenen ve değerlendirilen başvuru dosyasının uygun bulunması halinde Bakanlık tarafından, özel merkezlere madde bağımlılığı tedavi merkezi ruhsatnamesi; kamu kurum ve kuruluşlarına ait merkezlere ise, açılma izni belgesi düzenlenir. Ruhsatlandırılması veya izin verilmesi uygun görülmeyen dosyalar, eksiklikleri giderilmek üzere müdürlüğe iade edilir.

Ruhsat sahibinin ve sorumlu uzmanın değişmesi ile adres değişikliği hallerinde, Bakanlıktan tekrar ruhsatname alınması zorunludur. Ruhsatname alındıktan sonra binada yapılan esasa yönelik değişikliklerin Bakanlıkça uygun görülmesi gerekir.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

## Bulundurulması Gereken Bölümler, Araç ve Gereçler, Personel Durumu

**Hasta Odaları ve Klinikler**

**Madde 13-** Hasta odalarının, doğrudan ve yeterli gün ışığı ile aydınlanabilecek konumda, taban ve duvarlarının düzgün ve kolay temizlenebilecek nitelikte ve dezenfeksiyona elverişli olmaları şarttır.

Hasta odalarının kapı genişliği, en az bir metre on santimetre olarak; hasta odalarındaki tuvalet ve banyo kapıları dışa açılacak şekilde düzenlenir. Hasta odası dış kapısı, tuvalet ve banyo kapıları dışarıdan açılabilecek nitelikte olmalıdır ve kilit bulunmamalıdır. Dış pencerelerde tel örgü bulunmalıdır.

Birden fazla hasta yatağı bulunan odaların, hasta yatağı başına düşen asgarî alan ölçülerine uygun olmak kaydıyla, gerektiğinde kullanılmak üzere raylı sistemle bölünebilir olmaları gerekir.

Doğrudan gün ışığı almayan, ziyaretçilerin ve hastane personelinin yoğun kullandığı, hastanın sıhhat ve istirahatını olumsuz tarzda etkileyecek mekanlarda hasta odası olamaz.

Özürlüler için ilgili mevzuata uygun nitelikte, her hastanede asgarî bir olmak kaydıyla ilave her otuz yatak için bir adet olmak üzere ayrı hasta odaları tesis edilir.

Kliniklerde EK-3 ve EK-4'deki araç ve gereçlerin bulundurulması zorunludur.

Kliniklerde hasta tespiti için gerekli malzemeler de bulundurulur.

**Hasta Başına Ayrılacak Alanlar**

**Madde 14-** Merkezlerde yatacak hastalar için hasta odalarında hasta yatağı başına ayrılması gereken asgarî alan ölçüleri aşağıda gösterilmiştir:

**a)** Tek yataklı hasta odaları en az dokuz metrekare,

**b)** Birden çok yataklı odalar, hasta yatağı başına en az yedi metrekare,

**c)** Detoksifikasyon üniteleri, yatak başına en az oniki metrekare.

**Hemşire İstasyonu**

**Madde 15-** Hastalara anında ulaşabilmek ve hasta bakımını sağlamak üzere; kliniklerde, koridor ve hasta odalarına hâkim bir konumda ve koridorun genişliğini etkilemeyecek şekilde, en az bir hemşire istasyonu kurulması şarttır.

**Detoksifikasyon Ünitesi**

**Madde 16-** Merkezlerde; vücudun, bağımlılık yapan maddeden arındırılması ve tedavi sırasında vücudun bu maddelere olan ihtiyacı neticesinde ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ile entoksikasyonun tanı, tedavi ve takiplerine uygun ve en az iki yataklı olan detoksifikasyon ünitesi bulunması şarttır.

Detoksifikasyon ünitesinde, görevli sağlık personelince hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun nitelikte bir mekan oluşturulur.

Detoksifikasyon ünitesinde EK-5'te belirtilen araç ve gereçlerin bulunması zorunludur. Bu ünitede ayrıca, hasta tespiti için gerekli olan malzeme bulundurulmalı ve pencerelerde tel örgü olmalıdır.

Bu ünitenin, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin kullandığı hastane alanları ile doğrudan bağlantısı olamaz.

Hasta başı monitörizasyon ve tıbbî gaz sistemi bulunması ve zemin ve duvar kaplamalarının antibakteriyel özellikte olması şarttır.

Detoksifikasyon ünitesinin bulunduğu katta, sürgü ve idrar kabı temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzeme kullanılıyor ise, kullanım öncesi muhafaza ve imha alanı ayrılır.

**Poliklinik Muayene Odası**

**Madde 17-** Poliklinik muayene odaları iki bölümden oluşmalıdır. Bu bölümlerden birinde EK-3'de poliklinikler için belirlenen araç ve gereçler bulunmalıdır. Diğer bölüm ise, hasta ile görüşme odası olarak düzenlenmelidir.

**Acil Müdahale Odası**

**Madde 18-** Acil müdahale odasının; kolay ulaşılabilir, ambulans ulaşımı ile araç giriş ve çıkışına elverişli ve uygun eğimli sedye rampası bulunan bir girişinin olması gerekir.

Acil müdahale odası; personel ve tıbbî cihaz donanımı, lüzumlu ilaç, serum, sarf malzemesi ve ambulans hizmetleri yönünden hiç bir aksaklığa meydan verilmeyecek ve hizmetin yirmi dört saat kesintisiz sunulması sağlanacak şekilde düzenlenir.

Acil müdahale odasında, en az bir adet ilk muayene, bir adet müdahale ile bir adet müşahade kısmı; güvenlik hizmetinin verilebileceği bir mekan ve bekleme yeriyle bağlantılı erkek ve kadınlar için birer tuvalet ve lavabo bulunur.

Acil psikiyatrik değerlendirme yapılan odanın iki çıkış kapısı, güvenlik odası ile bağlantılı olan çağrı tertibatı olmalıdır. Acil ünitesinde bulunan pencerelerin tamamında tel örgü bulunması zorunludur.

**Eczane**

**Madde 19-** Yatak sayısı elli ve altında olan merkezler ile özel dal hastanesi niteliğindeki merkezler haricindeki merkezlerde, 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile 13/10/1992 tarihli ve 21374 sayılı Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelik uyarınca, bir eczacı sorumluluğunda ruhsatlandırılmış eczane bulunması zorunludur. Ancak, artan her elli yatak için on metrekare ilave alana sahip bulunması gerekir.

Yatak sayısı elliye kadar olan hastanelerce eczane açılmak istenmesi halinde bu eczanenin, depo alanları hariç olmak üzere en az yirmi metrekare olması şarttır.

Merkezin eczanesi, bodrum katı dışında bulunur ve uygun şartlarda havalandırılmaları ve aydınlatılmaları sağlanır.

**Laboratuvarlar**

**Madde 20-** Merkezlerde, ilgili mevzuata göre ruhsatlandırılmış olan en az 100 mA gücünde röntgen cihazının bulunduğu bir radyoloji laboratuarının ve ayrıca, elektroansefalografi, hematoloji, biyokimya laboratuarlarının bulunması zorunludur.

**Numune Alma Odası**

**Madde 21-** Merkezlerde tabip tarafından istenilen tetkik ve tahliller için hastadan kan, gaita veya idrar alınmasına uygun, poliklinik ve laboratuvarlara yakın, hijyen şartlarına sahip lavabo ve tuvaleti olan en az bir numune alma odası bulunur.

**Merkezî Sterilizasyon Ünitesi**

**Madde 22-** Merkezlerde yeniden kullanım özelliğine sahip olan malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin yapılmasına mahsus bir merkezî sterilizasyon ünitesi bulunması şarttır.

Merkezî sterilizasyon ünitesi, kirli malzeme girişi ve kirli alan ile sterilizasyon işlemi tamamlandıktan sonra steril malzeme çıkışı olan temiz alan olmak üzere iki bölümden oluşur.

## ALTINCI BÖLÜM

## Merkezlerin Diğer Birim ve Alanları

**Merdiven, Koridor ve Asansörler**

**Madde 23-** Katlar arasındaki merdivenlerin, sedye ile hasta çıkarabilecek nitelikte en az bir metre elli santimetre genişlikte olması şarttır. Merdiven rıhtları, özürlülerin çıkışını zorlaştırmayacak şekilde düz bir satıhla bitirilir ve binanın girişine özürlüler için uygun eğimli rampa yapılır.

Merkezlerin bütün katlarında koridor genişlikleri en az iki metre olur ve koridorlarda, banyolarda ve lavabolarda, hastaların kolay hareketine imkan verecek şekilde tutunma yerleri bulunur.

Çok katlı binalarda faaliyette olan merkezlerde, zemin ve birinci kattan fazla katı olan binalarda otomatik olarak devreye giren ve elektrik projesinde hesaplanan kurulu gücün en az yüzde yetmişi oranında uygun güç ve nitelikte olan bir jeneratör ile Türk Standartları Enstitüsünün standartlarına göre imâl edilmiş en az iki asansör bulunması ve asansörlerden birinin tekerlekli sandalye ve sedye ile hasta taşımaya elverişli olması şarttır.

Hasta asansörü kuyu boşluğu ölçüsünün, Türk Standartları Enstitüsünün belirlediği standartlara uygun olması gerekir.

Birden fazla katı olan merkezlerde ilgili mevzuata uygun olarak yangın merdiveni yapılması da zorunludur.

**Isıtma, Havalandırma ve Aydınlatma**

**Madde 24-** Merkezlerin merkezi ısıtma sistemi ile ısıtılması zorunludur. Zeminden ısıtma yapılması uygun değildir.

Merkezlerde bölge ve mevsim şartlarına göre merkezi soğutma veya klima sistemi kurulur. Hastaların ve personelin kullandığı bütün alanlar uygun bir şekilde havalandırılır ve yeterli güneş ışığı ile diğer enerji kaynaklarından yararlanılarak aydınlatılmaları sağlanır.

**Tıbbî Atıklar ve Çöpler**

**Madde 25-** Merkezlerde tıbbî atıklar ve çöpler için 20/5/1993 tarihli ve 21586 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirler alınır ve tıbbî ve evsel atıklar için ayrı ayrı çöp odaları tesis edilir.

Yatak sayısı elli ve üzerinde olan merkezlerin tıbbî atık odalarının soğutma sisteminin olması ve yemekhaneden kaynaklanan sıvı atıkların, kanalizasyona verilmeden önce filtrasyona tâbi tutulmaları şarttır.

**Lavabo, Tuvalet ve Banyolar**

**Madde 26-** Merkezlerde hem hastalar ve hem de personel için erkeklere ve kadınlara ayrı ayrı olmak üzere yeterli sayıda lavabo, tuvalet ve banyo bulundurulur. Tuvalet ve banyo kapılarının dışa doğru açılması zorunludur.

Özürlüler için ilgili mevzuata uygun nitelikte, her merkezde asgarî bir olmak kaydıyla ilave her otuz yatak için bir adet olmak üzere ayrı bir lavabo, tuvalet ve banyo bölümü bulunur. Poliklinik katında en az bir adet özürlü tuvaletinin bulunması da şarttır.

**Morg**

**Madde 27-** Müstakil merkezlerde, ölü koymaya, yıkamaya ve gerektiğinde otopsi yapmaya uygun bir morg bulunması zorunludur. Yatak sayısı elliye kadar olan merkezlerde soğuk hava düzeni bulunan ve en az iki kapasiteli çelik paket tipi ölü muhafaza dolabı olması gerekir; artan her elli yatak için bir ölü muhafaza dolabı ilave edilir. Morg alanının, ölü muhafaza dolabı dahil olmak üzere, asgarî yirmi metrekare genişlikte olması şarttır.

Morg; hastaların olmadığı, genel kullanım alanlarından uzak yerde yapılır ve morg çıkışı, merkezin ana ve acil girişi ile bağlantılı olmayacak şekilde ayrı olarak düzenlenir.

**Mutfak ve Çamaşırhane**

**Madde 28-** Mutfak ve çamaşırhanenin taban ve duvarlarının, hijyenik şartlarda yıkamaya ve dezenfeksiyona elverişli olması gerekir.

Mutfakta, yiyecek ve içeceklerin ayıklanma, yıkanma ve hazırlanma yerlerinin ayrı olması ve yeterli miktarda çelik evye bulundurulması şarttır.

Çamaşırhanenin; kirli çamaşır depolama, kirli çamaşır tasnifi, çamaşır basma-yıkama, santrifüj-kurutma, ütüleme, temiz çamaşır depolama ve çamaşırhanede çalışacak personel için duş yerleri bulunacak genişlikte olması gerekir.

Mutfak ve çamaşırhane hizmetlerinin dışarıdan satın alınması halinde, depolama, hazırlama ve dağıtım için yeterli alan ayrılır ve diyet mutfağı da ayrıca hizmet verir.

**Diğer Alanlar**

**Madde 29-** Merkezlerde çalışan bütün personel için binanın durumuna ve personel sayısına göre yeteri miktarda çalışma, soyunma ve giyinme yerleri ile duş, tuvalet ve lavabo bulunması şarttır. Nöbet tutan tabipler için dinlenme yerleri ayırılır. Bu yerler, birden çok binadan oluşan merkezlerde, mümkün olduğunca merkezî bir yerde tesis edilir.

Merkezde merkezin ihtiyacını karşılayacak nitelikte bir telefon santralinin bulundurulması zorunludur.

## YEDİNCİ BÖLÜM

## Merkezlerde Bulunması Gereken Personel

**Personel Durumu**

**Madde 30-** Merkezlerde çalışması gereken personelin asgarî sayısı ve nitelikleri aşağıda gösterilmiştir:

**a) Sorumlu Uzman:** Merkezin yönetiminden sorumlu olacak bir uzman,

**b) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı:** Her on yatak için bir uzman,

**c) Tabip:** İlk on yatak için 24 saat boyunca hizmeti sürdürecek şekilde asgarî beş tabip olmak üzere; ilave her on yatak için, altı ay süre ile madde bağımlılığı eğitimi görerek, bu konuda sertifika almış olan aile hekimliği uzmanı veya pratisyen tabip,

**d) Psikolog:** Altı ay süre ile madde bağımlılığı eğitimi görerek bu konuda sertifika almış ve klinik tecrübesi olan bir psikolog,

**e) Hemşire:** İlk on yatak için 24 saat boyunca hizmeti sürdürecek şekilde asgarî altı hemşire olmak üzere, ilave her on yatak için dört hemşire.

**Sorumlu Uzman**

**Madde 31-** Hastaların tıbbî açıdan izlenmesinden, tedavilerinin yönlendirilmesinden ve hastalara tıbbî yönden faydalı olacak idarî ve tıbbî tedbirlerin belirlenmesinden sorumlu olmak üzere, ilgili mevzuata göre Türkiye'de tababet icrasına engel hali olmayan bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tabipdir.

**Tabip**

**Madde 32-** Her merkezde, sorumlu uzmanın belirlemiş olduğu tedavi protokolüne göre hastalara tedavi uygulamak, hastaları tıbbî yönden izlemek, tedavi seansları ile ilgili hastanın dosyasına gözlem notunu kaydetmek, Yönetmeliğe uygun idarî ve tıbbî tedbir ve şartları gözetmek, akut komplikasyonlarda ve entoksikasyonda ilk müdahaleyi yapmak ve hizmetin 24 saat boyunca devamlılığını sağlamak ile görevli olmak üzere, 30 uncu maddenin (c) bendinde belirlenen sayıda tabip bulundurulması zorunludur.

Tabibin tıp fakültesi mezunu olması, ilgili mevzuata göre Türkiye'de tababet icrasına engel bir halinin bulunmaması ve madde bağımlılığı eğitimi sertifikasına sahip olması gerekir.

**Psikolog**

**Madde 33-** Merkezlerde, sertifika sahibi ve klinik tecrübesi olan en az bir psikolog bulunması zorunludur. Madde bağımlılığı eğitimi sertifikası, eğitim merkezinde altı ay süreyle madde bağımlılığı eğitimi görmüş ve bu merkezde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olan psikologlara Bakanlıkça verilir.

Psikolog, meslekî yöntem ve teknikleri uygulayarak hastaların psikolojik sorunlarının çözümlenmesine yardım eder; merkezlerde hastaların uğraşı tedavi programlarını yapar; hastalığın teşhis ve tedavisi bakımından, hastaların tabiple iletişim ve işbirliği kurmasında yardımcı olur; hastanın günlük yaşayış ve davranışlarını izler, bulguları müdavi tabibe bildirir.

**Hemşire**

**Madde 34-** Merkezlerde görevli hemşirelerden en az ikisinin sertifika sahibi olması zorunludur. Madde bağımlılığı eğitimi sertifikası, eğitim merkezinde üç ay süreyle madde bağımlılığı eğitimi görmüş ve bu merkezde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olan hemşirelere Bakanlıkça verilir.

Hemşire; hastanın her türlü tıbbî bakımını sorumlu uzmanın ve tabibin direktiflerine göre yapmak, hastalara eğitim vermek, rutin hasta takiplerini yapmak ve tedavilere ilişkin kayıtları tutmak ve ilgili mevzuat ile kendilerine verilen diğer görevleri yerine getirmek ile yükümlüdür.

## SEKİZİNCİ BÖLÜM

## Madde Bağımlılığı Eğitimi ve Sertifikalandırma,

## Kayıt ve Bildirim Sistemi

**Eğitim ve Sertifikalandırma**

**Madde 35-** Kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan ve tabip, psikolog ve hemşire ünvânını haiz sağlık personeli, görev yaptıkları özel veya resmî kurumlar aracılığı ile madde bağımlılığı eğitimi sertifika programına müracaat edebilirler. Herhangi bir kurumda görev yapmayanlar ise, şahsen müracaat edebilirler.

Başvuru dilekçeleri ve ilgili kurumun uygunluk yazıları, Bakanlıkça değerlendirilir ve talebin uygun bulunması halinde aday, Bakanlıkça belirlenen eğitim merkezlerinde madde bağımlılığı eğitimi sertifika programına başlatılır.

Madde bağımlılığı eğitimi sertifika programına katılan kursiyerin başarılı sayılarak sertifikalandırılması için eğitim merkezinde yapılacak teorik sınavda yüz üzerinden en az yetmiş puan; pratik sınavda ise, en az altmış puan alması gerekir.

Madde bağımlılığı eğitimi gören her kursiyer için ayrı bir dosya düzenlenir. Teorik ve pratik sınavlar sonucunda başarılı olan kursiyerlerin eğitim uygulamaları ve müfredat programı ile bilgi ve beceri değerlendirme formu Bakanlığa gönderilir. Eğitim merkezince düzenlenen bu dosya değerlendirilir ve yeterli görülen kursiyerlere Bakanlık tarafından sertifika düzenlenir.

Madde bağımlılığı eğitimi sertifika programları konusunda; eğitim merkezleri, müfredat programı, sınavların usûl ve esasları, başvurular ile eğitime ilişkin diğer esaslar, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden itibaren altı ay içerisinde Komisyonun görüşü alınarak Bakanlıkça yayımlanacak Tebliğ ile belirlenir.

**Kayıt ve Bildirim Sistemi**

**Madde 36-** Merkezlere, muayene, teşhis ve tedavi amacıyla başvuran hastalar ile ilgili olarak yapılan tıbbî ve idarî işlemlere ilişkin kayıtların ilgili mevzuata uygun olarak düzenli bir şekilde tutulması zorunludur.

Merkezlerde, her türlü kayıt işlemi ihtiyaca göre bilgisayar ortamında tutulabilir. Bu amaçla bilgisayar çıktılarının önceden boş olarak bir sistem dahilinde ilk numaradan başlayarak numaralandırılması ve kurumun amiri tarafından onaylanması zorunludur. Bilgisayar ortamında kayıt tutulması, yazılı kayıt sisteminin gereklerini ortadan kaldırmaz.

Merkezlerde hastalara ilişkin olarak tutulan bütün kayıtların gizliliği esastır. Bu bilgiler, adlî ve üst mercilerce aksi öngörülmedikçe açıklanamaz. Ancak, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3 üncü maddesi uyarınca Bakanlık tarafından kurulacak kayıt ve bildirim sistemine ve Bakanlıkça yapılacak diğer iş ve işlemlere esas olmak üzere, merkezlerden istenilen bilgi ve belgelerin, gizlilik prensibi gözetilmek suretiyle Bakanlığa gönderilmesi zorunludur. Bildirim zorunluluğuna ilişkin ilgili diğer mevzuat hükümleri saklıdır.

Merkezlerin kayıt ve bildirim işlemlerine ilişkin olarak kullanılacak olan formlar ile denetim formları, Komisyonun kararı ile belirlenir ve Bakanlıkça ilan olunur.

## DOKUZUNCU BÖLÜM

### Merkezlerin Denetlenmesi, Yaptırımlar ve Yasaklar

**Merkezlerinin Denetlenmesi**

**Madde 37-** Merkezler, il sağlık müdürlüğü ekipleri tarafından, şikayet ve soruşturma ile Bakanlığın Komisyona yaptırdığı veya Bakanlık müfettişliğince yapılan olağandışı denetimler hariç olmak üzere, en az yılda iki defa yerinde denetlenir.

Denetleme ekibi; merkezinin bulunduğu ilin sağlık müdürü veya görevlendireceği bir sağlık müdür yardımcısı, yataklı tedavi kurumları şube müdürü, Bakanlığa bağlı hastanelerden il sağlık müdürlüğünce belirlenecek bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir psikolog ile bir inşaat mühendisi olmak üzere toplam beş kişiden oluşur. Denetleme ekibince denetim sonucunda düzenlenen denetim raporu Bakanlığa gönderilir.

Merkezlerin teknik, idarî ve tıbbî verileri ile periyodik denetleme formlarındaki hususlar, gerektiğinde Komisyonun görüşü de alınarak, Bakanlıkça değerlendirilir.

Yasaklar

**Madde 38-** Bu Yönetmelik kapsamındaki kişiler bakımından yasak olan davranışlar aşağıda belirtilmiştir:

**a)** Bu Yönetmelik ile öngörülen şartları taşımaksızın veya Bakanlıktan açılma izni veya ruhsatname almaksızın, tabipler veya diğer kişiler tarafından madde bağımlılığı tedavisi yapmak amacıyla özel yerler açılamaz ve kamu kurum ve kuruluşlarında madde bağımlılığı tedavisi için yer tahsis edilemez.

**b)** Kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri, Bakanlıktan izin almadan madde bağımlılığı sertifikası vermek amacıyla eğitim faaliyetinde bulunamazlar. Bu suretle alınan sertifikalar geçerli değildir.

Bu yasaklara uymadıkları tespit edilenlerin faaliyetleri Bakanlıkça durdurulur.

**İdarî Müeyyideler**

**Madde 39-** Denetim sonucunda ortaya çıkan ve denetim formuna kaydedilen ve ayrıca bir rapor ile Bakanlığa bildirilen; bu Yönetmelik ile öngörülen şartlarda saptanan eksiklik ve usûlsüzlüklerin bir ay zarfında giderilmesi hususu, müdürlük tarafından merkez sorumlusuna yazılı olarak ihtar olunur ve bu durum Bakanlığa bildirilir. Bu süre zarfında eksikliklerini veya tespit olunan usûlsüzlüğü gidermeyen merkez, ikisi Genel Müdürlükten ve üçü Komisyonun üyeleri arasından belirlenecek beş kişilik bir heyet marifetiyle yerinde denetlenir. Yapılan denetimde, eksikliğin veya usûlsüzlüğün devam ettiğine karar verilen merkezin ruhsatı veya izni Bakanlıkça iptal edilir.

Kapatılan ve ruhsatı veya izni iptal edilen madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde tedavi gören hastalar, müdürlük tarafından, sağlık güvencelerine göre

veya hastaların talebi doğrultusunda diğer merkezlere nakledilirler. Başka tedavi kurumlarına nakil, hastaların tedavileri aksatılmaksızın gerçekleştirilir.

**Cezaî Müeyyideler**

**Madde 40-** Bu Yönetmeliğe aykırı davranan veya bu Yönetmelik kapsamındaki faaliyetler sırasında suç işleyenler hakkında, fiilin niteliğine göre ilgili mevzuatta öngörülen cezaî müeyyideler uygulanır.

## ONUNCU BÖLÜM

**Son Hükümler**

**Geçici Madde 1-** Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesini müteakip bir ay içinde Komisyon teşkil olunur. Komisyon, teşkilinden itibaren en geç altı ay içinde madde bağımlılığı tedavisine yönelik Tedavi Uygulama Protokollerini ve merkezlerde kullanılacak kayıt ve bildirim formlarını hazırlar.

**Geçici Madde 2-** Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce madde bağımlılığı tedavisi yapmakta olan merkezler, bu Yönetmeliğin fizik ve bina standartlarına ilişkin hükümleri hariç olmak üzere, Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden itibaren en geç bir yıl içerisinde, Yönetmelikte öngörülen şartlara uygunluklarını sağlarlar.

Durumlarını bir yıl içerisinde bu Yönetmeliğe uygun hale getirmeyen merkezlerin ruhsatları Bakanlıkça iptal edilir.

**Yürürlük**

**Madde 41-** Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

**Yürütme**

**Madde 42-** Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

**EK-1**

Madde bağımlılığı tedavisinde kullanılacak ilaç ve maddeler şunlardır:

**a)** Methadon,

**b)** Bupronorfin,

**c)** Naloksan,

**d)** Naltrekson,

**e)** LAAM,

**f)** Benzeri diğer opiat agonist, antagonist, parsiyel agonist ve parsiyel antagonistler.

**EK-2**

Bu Yönetmelik kapsamındaki "Maddeler" aşağıda belirtilmiştir:

**a)** Amfetamin,

**b)** Kafein,

**c)** Kokain

**d)** Hallusinojenler,

**e)** Alkol,

**f)** Kanabiol,

**g)** İnhalanlar,

**h)** Nikotin,

**ı)** Opioidler (opium, morfin, kodein, eroin, hidromorfon, oksikodon, methadon gibi),

**i)** Fensiklidin,

**j)** Sedatif hipnotik veya anksiyolitik etkili ilaçlar,

**k)** Diğer maddeler (Anabolik steroidler, nitröz oksit gibi),

**l)** Günün koşullarına ve modern tıbbın gereklerine göre, Komisyonun görüşü üzerine belirlenecek ve Bakanlıkça ilan olunacak diğer maddeler.

# ÖZGEÇMİŞ

Ayten KAYA KILIÇ Isparta'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu'ndan 2003 yılında mezun olduktan sonra Sağlık Bakanlığı'na bağlı çeşitli hastanelerde Kreş Müdürlüğü yaptı ve Hasta Hakları Birimi ile Sosyal Hizmet Birimlerinde çalıştı. Halen, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde sosyal hizmet uzmanı olarak çalışmaktadır. Katıldığı bilimsel faaliyetler; Sağlıkta Haklar Sempozyumu ve Çalıştayı 2010, İFTİ Psychotherapy: Aile ve çift terapisi 100 saat temel eğitim aşaması, Çocuk İstismarını Önleme Sempozyumu 2011'dir.

**İletişim:** E-posta adresi: ayteney@hotmail.com