

## MADDE BAĞIMLILIĞININ NEDENLERİNE, SOSYAL TEDAVİ VE REHABİLİTASYONUNA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN ODAK GRUP YÖNTEMİYLE BELİRLENMESİ

Zeki KARATAŞ\*

### ÖZ

Bu araştırmanın amacı; madde bağımlılığına etki eden risk faktörlerin neler olduğunun ve bağımlılığın önlenmesinin, sosyal tedavi ve rehabilitasyonunun nasıl gerçekleştirileceğinin uzmanların görüş ve deneyimleri doğrultusunda değerlendirilmesidir. Araştırmada nitel araştırma yöntemi ve fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Katılımcı grubunu oluşturan 26 kişi amaçlı örneklem yöntemi ve maksimum çeşitlilik tekniğiyle belirlenmiştir. Veriler bir moderatör yönetiminde gerçekleştirilen ve temaları önceden belirlenmiş üç odak grup oturumundan elde edilmiştir. Katılımcıların görüşleri içerik analizi tekniğiyle NVivo 12 programından yararlanılarak çözümlenmiştir. Araştırma sonucunda; madde bağımlılığının daha çok birey ve aileden kaynaklanan nedenlerle ortaya çıktığı, yerel düzeyde bütüncül olarak koruyucu ve önleyici hizmetlere ağırlık verilmesi gerektiği ve bağımlılığın tedavisi, rehabilitasyonu gibi hizmetlerde multidisipliner ekip çalışmasıyla uzun bir sosyal tedavi programı uygulanmasının daha etkili olacağı görüşleri ortaya çıkmıştır. Bu araştırmanın bulgularının madde bağımlılığıyla mücadelede koruyucu-önleyici hizmetlerin, sosyal tedavi ve rehabilitasyon programlarının modellenmesi çalışmalarına katkı sunması beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Madde bağımlılığı, risk faktörleri, koruyucu önleyici hizmetler, sosyal tedavi, rehabilitasyon

## DETERMINATION OF OPINIONS ABOUT THE CAUSES OF SUBSTANCE ABUSE, SOCIAL TREATMENT AND REHABILITATION BY FOCUS GROUP METHOD

### ABSTRACT

The purpose of this research is to evaluate the risk factors affecting substance abuse and discuss how to prevent addiction, and how to perform social treatment and rehabilitation in line with the opinions and experiences of experts. Qualitative research method and phenomenological approach were used in the study. 26 people who shaped the participant group were determined with the sampling method and maximum diversity technique. The data were obtained from three focus group sessions, whose themes were predetermined in a moderator management. The participants' opinions were analyzed using the NVivo 12 program with content analysis technique. As a result of the research; it is believed that substance abuse is more likely to be caused by individuals and family causes, and that it is necessary to focus on protective and preventive services at the local level, and to implement a long social treatment program with a multidisciplinary team working in the services of treatment and rehabilitation of addiction. The findings of this study are expected to contribute to the studies of modelling protective-preventive services and social therapy and rehabilitation programs fighting substance abuse.

**Keywords:** Substance abuse, risk factors, protective and preventive services, social treatment, rehabilitation

---

\* Dr. Öğr. Üyesi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Rize. zeki.karatas@erdogan.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5822-2904>.

## GİRİŞ

Küresel ölçekte yaygınlaşarak artan madde kullanımı biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal boyutları olan bir halk sağlığı sorunudur. Zararlı bir maddeye yönelik dürtüsel ve kompulsif bağlanmayla ortaya çıkan bağımlılık, tüm önlemlere rağmen Dünya’da giderek yaygınlaşmaktadır. Birleşmiş Milletler’in 2018 yılı Dünya Uyuşturucu Raporu’na göre; Dünya genelinde 31 milyon uyuşturucu bağımlısı bulunmakta, son bir yılda 275 milyon kişi (%5,6) yasadışı uyuşturucu bir madde kullandığını belirtmekte ve uyuşturucu nedeniyle yılda yaklaşık 200 bin kişi hayatını kaybetmektedir (UNODC, 2018). Türkiye’de madde bağımlılığının epidemiyolojisine yönelik sınırlı sayıda çalışma olmasına rağmen, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 25 ilde gerçekleştirilen araştırmaya göre; yaşam boyu madde kullanım sıklığı 15-64 yaş grubunda %2,7 ve 15-16 yaş grubunda ise %1,5 olarak belirlenmiştir. Erkeklerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %3,5 iken, kadınlarda %2,6’dır. Eğitimsizlerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %2,6 iken, ilkokul mezunlarında %2,4, ortaokul mezunlarında %3,2, lise mezunlarında %2,6, üniversite mezunlarında %3,1’dir (EMG, 2014).

Genel anlamda bağımlılık terimi farmakolojik bileşenleri içeren kendine zarar verme davranışı olarak tanımlanmaktadır. Ancak günümüzde haz verici, tekrarlayıcı ve durdurulması zor davranışsal bağımlılığı da kapsayacak şekilde anlamı genişletilmiştir (DiClemente, 2016). Madde bağımlılığıyla ilgili birbirinden farklı tanımlar yapılırsa da tanımlarda ortak olarak; bağımlılık, tolerans, yoksunluk, nüks etme gibi kavramlara vurgu yapılmaktadır. Uzbay (2018) madde bağımlılığını, “ilaç niteliğine sahip bir maddenin beyni etkilemesinden kaynaklanan, maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanan huzursuzluktan sakınmak için, devamlı veya periyodik olarak madde alma arzusu ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize edilen bir beyin hastalığı” olarak tanımlamaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı gibi bağımlılığa yol açan maddeler kimyasal bir niteliğe sahip olup, doğrudan beyni etkilemekte ve davranış bozukluklarına neden olmaktadır (Thombs, 2006).

DSM-V’de madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı kategorileri birleştirilerek her iki bozukluğa ilişkin tanı ölçütleri “madde kullanım bozuklukları” tanısı altında sıralanmıştır (Güleç ve diğ., 2015). Madde kullanım bozukluğu; alkol, amfetamin, kanabis, kokain, halüsinojenler, inhalanlar, morfin türevleri, yatıştırıcı, hipnotik, anksiyolitik ve tütün mamulleri gibi belirli maddeleri içermektedir. Bu maddeler doğal ya da sentetik yolla elde edildikten sonra herhangi bir şekilde vücuda alınmasıyla birlikte uyuşturucu veya uyarıcı etki yapmaktadır. Bu ölçütlerin yanında herhangi bir maddenin uyuşturucu madde olarak değerlendirilebilmesi için; (a) Uluslararası anlaşmalara bağlı olan listelerde böyle bir maddenin tayin ve ilan edilmiş olması, (b) Söz konusu maddenin zehirleyici etkisinin bulunması, (c) Gittikçe artan miktarlarda kullanılması için eğilim duyulması, (d) Kullanılması halinde fiziki, psikolojik ya da her iki şekilde bağımlılık yapması, kesilmesi halinde ise bazı yoksunluk belirtilerini ortaya çıkarması gerekmektedir (Gökler ve Koçak, 2008).

DSM-V’te yer alan tanı kriterlerine göre bir beyin sendromu olarak bağımlılıktan söz edebilmek için bireyin bir yıllık süreç içerisinde aşağıda sayılan durumlardan en az ikisini sergilemiş olması gerekmektedir (Pak, 2018):

- İstendiğinde daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım,
- Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar,
- Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma,
- Madde kullanımı için çok büyük istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme,
- Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirmeme,
- Olumsuz etkilere rağmen kullanıma devam etme,
- Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması,
- Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme,
- Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme,
- Maddeye tolerans gelişmiş olması,
- İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi,

- Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu,
- Yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.

Bireyin kendini daha iyi hissetmek, performansı ya da hazzı arttırmak amacıyla doğrudan beyni etkileyen uyuşturucu ya da uyarıcı maddeleri kullanması bağımlılık sürecini başlatmaktadır (Kring ve diğ., 2015). Milyarlarca nörondan oluşan ve bir iletişim merkezi olan beyin normal seviyede haz duygusuna neden olan dopamin kimyasalını üretir. Madde kullanıldığında ise beyinde dopamin üretimi büyük ölçüde artar ve alıcıların (reseptör) tümü devreye girer (Mutlu, 2018). Kişinin maddeyi aldığı anda kendisini rahatlamış ve zinde hissetmesinin nedeni budur. Ancak maddenin etkisi geçtiğinde dopamin alıcıları devre dışı kaldığı için ruhsal durumu maddeyi almadan öncekine göre daha da kötüleşir ve aynı etkiyi yakalamak için sürekli maddenin dozunun artırılması (tolerans gelişimi) gerekir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

#### Madde Bağımlılığının Nedenleri

Bağımlılığın oluşumu; birey, aile, sosyal çevre ve uyuşturucu/uyarıcı madde bileşeninde gerçekleşmektedir. Bu bileşenler arasında oluşan olumsuz etkileşim bireyin madde kullanma riskini arttırmaktadır. Ancak tek başına risklerin bireyi madde kullanımına yönlendirdiğini ifade etmek eksik olacaktır. Asıl duruma sebebiyet veren risklerin varlığıyla birlikte koruyucu faktörlerin olmaması ya da yetersiz olmasıdır. Literatürdeki pek çok araştırma; ruhsal açıdan sağlıklı olma (Bilici ve diğ., 2012), güçlü ve pozitif aile bağları (Polat, 2015), normal akademik başarıya ve eğitime devam etme motivasyonu (Uzun ve Kelleci, 2018), uyuşturucu kullanımıyla ilgili farkındalığın yüksek olması (Köse ve diğ., 2017), serbest zamanlarda yapılandırılmış etkinliklere katılma (Ertüzün ve diğ., 2016) gibi koruyucu faktörlerin madde bağımlılığı riskini azalttığına dair bulgular içermektedir. Bu koruyucu faktörlerin olmadığı durumlarda, bir başka ifadeyle sağlıklı işlevleri olmayan ailede aidiyet ve bağlılık duygusundan uzak büyüme, destekleyici okul ve akran ilişkisinin olmayışı, uyuşturucuyu normalleştiren bir sosyal çevrede yaşama, zorlayıcı kişilik özelliklerine sahip olma gibi pek çok etken madde kullanım riskini arttırmaktadır (Ögel, 2002).

Bağımlılıkla ilgili pek çok farklı model ve teori bulunmaktadır (DiClemente, 2016). Ancak günümüzde madde bağımlılığının nedenleri daha çok tümlşik biyopsikososyal modele dayalı olarak ortaya konulmaktadır. Sosyal hizmet müdahalesi açısından bakıldığında da bağımlılıkla ilgili risk faktörleri ekolojik sistem yaklaşımı esas alınarak değerlendirilmektedir (Griffiths, 2005). Biyopsikososyal model bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bileşimi çerçevesinde açıklamaktadır. Biyolojik ve psikolojik açıdan yüksek kaygı, depresyon, duygusal değişkenlik, dürtüsellik, düşük benlik imajı, hayal kırıklığı ve strese karşı düşük tolerans gibi kişilik özellikleri, kalıtım ve ruhsal hastalıklar etkili olmaktadır. Sosyal açıdan ise bireyin ve ailesinin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, içinde yer aldığı çevrenin madde kullanımına onay vermesi ve maddeye ulaşmanın kolay olması, riskli bir akran grubunun oluşturduğu alt kültüre dâhil olma gibi etkenler madde kötüye kullanımı için risk oluşturmaktadır. Amerikan Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü, genetik faktörlerin bağımlılığa %30 etki ettiğini, %70 diğer çevresel faktörlerin etkili olduğunu vurgulamaktadır (Borsos, 2009). Dolayısıyla madde kötüye kullanımı ve bağımlılık, biyokimyasal, genetik, ailevi, çevresel ve kültürel faktörlerin yanı sıra kişilik dinamikleri gibi faktörlerin kombinasyonundan kaynaklanmaktadır (Straussner, 2004).

Ekolojik sistem yaklaşımı açısından değerlendirildiğinde; mikro düzeyde birey ve aileden, mezzo düzeyde akran grubu, okul, mahalle gibi yakın sosyal çevreden ve makro düzeyde işsizlik, yoksulluk, politika ve programlardaki yetersizliklerden kaynaklanan risk faktörlerinin etkili olduğu görülmektedir (Polat, 2014). Sağlıklı bir aile ortamının olmaması bireyi önemli bir koruyucu faktörden yoksun bırakır. Sokakta yaşayan ve % 24,9'u uyuşturucu madde kullanan çocuklar üzerine yapılan bir araştırmada; ailede yaşanan işsizlik, ebeveynlerin öğrenim düzeylerinin düşüklüğü, bakabileceklerinden daha fazla sayıda çocuk sahibi olmaları, iç göç ve buna bağlı uyum sorunları yaşamaları, gelir dağılımındaki adaletsizlik, yoksulluk, aile içi şiddet, çocuğun ailesi tarafından ihmal ve istismarı, aile parçalanması, sosyal güvenlik ağının tüm bireyleri kapsamaması gibi etmenlerin çocukları madde kullanımı, suça sürüklenme gibi risklerle karşı karşıya bıraktığı belirlenmiştir

(Günşen-İçli, 2009). Sosyal öğrenme teorileri de madde kullanımı gibi riskli davranışların diğer bireylerle etkileşim yoluyla öğrenildiğini vurgulamaktadır. Sutherland, akran grubu ya da olumsuz çevre koşullarının etkisiyle riskli davranışların ilk çocukluk dönemlerinde geliştiğini ve yaşam boyu devam ettiğini belirtmiştir (Shoemaker, 2009). Ayrıca göçle birlikte yaşanan ekonomik zorluklar, işsizlik ve yoksulluk kent yaşamında bireyleri sosyal risklere karşı korumasız kılmaktadır (Erkan ve Erdoğan, 2006).

### **Sosyal Tedavi ve Rehabilitasyon**

Madde bağımlılığının tedavisi tıbbi acil yardımla başlamakta, ilaç tedavisi, psikososyal müdahale ve rehabilitasyonla devam etmektedir. Türkiye’de 2017 yılı itibariyle ayaktan ya da yatarak uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi gerçekleştiren 100 merkez bulunmaktadır. 45 merkezde hem ayaktan hem yatarak, 55 merkezde ise sadece ayaktan tedavi yürütülmektedir. Tedavi merkezlerinin toplam yatak kapasitesi 1.026’dır. Türkiye’de sadece 57 ilde bağımlılık tedavi merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde tıbbi tedaviyle birlikte Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda (2011-2023) madde bağımlılığı tedavisinin uzun süreli ve daimî olması gerektiğine vurgu yapılmış ve hastane merkezli tedavi modelinde tedavi sonrasında bağımlının sosyal çevresine dönmesiyle birlikte tedavinin başarısızlığa uğradığı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bağımlılık tedavisinde en büyük risk; bireyin sağlıklı ve işlevsel yaşam rollerine dönememesi, sosyal öğrenme ve koşullanmayla ilgili süreçleri yeniden yaşaması gibi nedenlerle tekrarlanan nüks (yeniden başlama) davranışdır (Hyman, 2005). Nüksün önlenmesi için bu süreçte yerel yönetimlerin, sivil toplum kuruluşlarının ve sosyal hizmetlerin iş birliği ile devreye girerek sosyal tedavi programlarına ağırlık vermesi gerekmektedir.

Avrupa Birliği ülkelerine bakıldığında Avrupa genelinde bağımlılığın tedavisi için hizmet veren 1.200’den fazla terapötik topluluk (therapeutic community) programı olduğu belirtilmektedir. Sisteme veri girişi sağlanmadığı için Avrupa ülkeleri arasında sadece Türkiye’de terapötik topluluk programının uygulanmadığı vurgulanmıştır. Bir tedavi yöntemi olarak terapötik topluluklar, bağımlılar, çocuklar, gençler, suçlular, kişilik bozukluğu ve öğrenme güçlüğü yaşayan bireyler gibi çeşitli nüfus gruplarında ve çevrelerinde kullanılmaktadır. “Terapötik topluluk” terimi, bir dizi tedavi geleneği ve yaklaşımı ile ilişkilendirilmektedir (Vanderplasschen ve diğ., 2014). Programın 6-12 ay yatılı olarak sürmesinin maliyeti arttırması, sosyal güvenlik sisteminin desteklememesi gibi nedenlerle terapötik topluluk programlarının Türkiye’de uygulanmadığı tahmin edilmektedir. Ancak son yıllarda Yeşilay Danışmanlık Merkezleri (YEDAM) tarafından alkol ve madde bağımlısı olan bireylere ücretsiz olarak ayaktan psikososyal destek hizmeti verilmektedir (Şimşek ve diğ., 2019).

Madde bağımlılığının klinik tedavisinde öncelikle madde zehirlenmesine bağlı olarak gelişen fiziksel ve ruhsal bozuklukların giderilmesi ve yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınması amacıyla kısa ya da uzun süreli ilaç tedavisi başlatılmaktadır. Psikolojik müdahalede ise tedavi motivasyonunu sağlama, madde bağımlısı bireyin madde kullanma arzusuyla başa çıkma becerilerini geliştirme, bağımlılığı tetikleyen davranış kalıplarını değiştirme gibi çalışmalar yapılmaktadır (Erükçü-Akbaş ve Mutlu, 2016). Kısa sürede ve klinik ortamda yapılan bu çalışmaların sürdürülebilirliğinin sağlanması uzun süreli sosyal tedavi planlarının yapılmasıyla mümkündür. Sosyal tedavinin temel amacı, bağımlı kişinin kaybettiği toplumsal rollerini ve sosyal işlevselliğini yeniden kazanmasına yardım ederek, maddeden arınmış sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamaktır (Savaşan, 2010). Madde bağımlılarının tedavi sonrası en çok ihtiyaç duydukları destek topluluğu bütünlüştür. Toplumla yeniden bütünleşme; bireyin eğitim, iş, barınma ve sosyal ilişkiler aracılığıyla toplumun tam bir üyesi olmasına yardımcı olacak müdahaleleri içermektedir. Sosyal entegrasyon bireyin var olan sosyal ağlarını güçlendirme, meslek edinme ve iş bulmasına rehberlik etme, destekleyici çalışma ortamları oluşturma, yaşamdaki zorluklarla başa çıkma becerilerini geliştirme gibi bir dizi sosyal hizmet müdahale etkinlikleriyle mümkün olmaktadır (Polat, 2014). Çünkü bireyin sosyal yaşama katılmasında eğitim düzeyi ve istihdama katılma durumu oldukça önemli bir etken olmaktadır. Bir klinikte bağımlılık tedavisi gören hastaların %47’sinin alkol/madde bağımlılığı nedeniyle işlerini kaybettiği ve eğitim düzeylerinin çok düşük olduğu tespit edilmiştir (Asan ve diğ., 2015). Tedavi sonrası bireyin aidiyet

hissedeceği, sosyal kabul ve onay gördüğü nüksü (relaps) önleyecek yeni bir sosyal çevreye ihtiyacı vardır. Birçok araştırma; maddeyi bırakmanın oluşturduğu boşluk olumlu etkinliklerle doldurulmadığında, kişinin yeniden başa dönme riskinin çok yüksek olduğunu göstermektedir (Savaşan ve diğ., 2013).

Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 191. maddesinde uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanan bireylerin iki yıldan beş yıla kadar cezalandırılacağı ön görülmüş ancak beş yıl kamu davası açılmasının ertelenmesi ve asgari bir yıl denetimli serbestlik tedbiri ile tedaviye devam etmesi hükmüne yer verilerek yargılama süreci askıya alınmıştır. Ayrıca TCK'nun 192. maddesi gereği kişi kendisi gönüllü olarak resmi makamlara başvurup tedavi olmak isterse, hakkında herhangi bir cezai işlem yapılmamaktadır. Bu yasal düzenlemelerle birlikte madde bağımlısı bireyin cezalandırılması yerine tedavi ve rehabilite edilmesine öncelik verildiği görülmektedir. Madde bağımlısı bireyin takip edildiği denetimli serbestlik sürecinde tedavi merkezlerine yönlendirmenin yanında bireysel görüşmeler, grup çalışmaları ve seminerler gerçekleştirilerek, maddeden uzaklaşma ve tekrar kullanım sürecinin uzatılması hedeflenmektedir (Tezcan ve Altın, 2017). 2019 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik'te psikososyal tedavi, rehabilitasyon ve sosyal uyum merkezi tanımlamalarına yer verilerek bundan sonraki süreçte bağımlılığın tedavisinde sosyal tedavi ve rehabilitasyon programlarına ağırlık verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Resmi Gazete, 2019).

Bu çalışmada; madde bağımlılığına etki eden risk faktörlerin neler olduğunun ve bağımlılığın önlenmesinin, sosyal tedavi ve rehabilitasyonunun nasıl gerçekleştirileceğinin uzmanların görüş ve deneyimleri doğrultusunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda araştırma kapsamında şu sorulara cevap aranmıştır:

1. Madde bağımlılığına yol açan risk faktörleri nelerdir?
2. Bağımlılara yönelik önleme, sosyal tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri nasıl olmalıdır?

## YÖNTEM

Nitel yöntem ve fenomenolojik yaklaşımla tasarlanan bu çalışmada, madde bağımlısı bireylerin sorunları sosyokültürel bağlamda ele alınmış ve bu alanın uzmanlarının bakış açıları ile analiz edilmiştir (Kümbetoğlu, 2005; Neuman, 2012). Ana fenomeni madde bağımlılığı olan çalışmada, bu alanda teorik ve pratik çalışmaları olan heterojen bir katılımcı grubuyla yaşanmış deneyimler üzerinden anlayıcı ve yorumlayıcı bir yaklaşım esas alınmıştır. Fenomenolojik yaklaşımın öncülerinden Schutz, sosyal eylemin, sosyal bilimci tarafından, öznenin eylemine ilişkin kendi yorumlamaları ve motivasyonel temeli aracılığıyla açıklanması gerektiğini ifade etmektedir (Kuş, 2012; Creswell, 2013). Nitel yöntemin odak grup çalışması tekniği kullanılarak yapılan çalışmanın yayınlanabilmesi için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 21.02.2020 tarih ve 2020/3 sayılı Etik Onay alınmıştır.

## Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu odak grup çalışmasının yapılacağı çalışmayı organize eden bilim kurulu tarafından amaçlı örneklem yöntemi ve maksimum çeşitlilik tekniği kullanılarak belirlenmiştir. Ayık Yaşamda Buluşalım Derneği (AYBÜDER) tarafından Avrupa Birliği Projesi olarak hazırlanan ve madde bağımlılığı konusunda yurt içi ve yurt dışında çalışmalar yürüten akademisyen, uygulayıcı ve gönüllü katılımcıların davet edildiği "Uluslararası Madde Bağımlılığı ile Mücadele ve Sosyal Hizmet Modelleri Çalıştayı" düzenlenmiştir. Çalıştayı düzenleyen STK tarafından resmi davet mektubu ve program gönderilerek 6-8 Nisan 2019 tarihinde Antalya İli'nde aşağıda bilgileri verilen 26 katılımcının buluşması sağlanmıştır. Katılımcılar arasında eski kullanıcıların (ex-user) da olması çalışmaya artı değer katmıştır. Katılımcılar 2 gün boyunca üç oturumda odak grup çalışması yöntemiyle interaktif görüş paylaşımı ve tartışma gerçekleştirmiştir. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgilere Tablo 1'de yer verilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler

Değişken	Kategori	f
Katılımcıların Mesleği/Görevi	STK Üyesi (Ex-user'lar dahil)	9
	Öğretim Elemanı	8
	Sosyal Çalışmacı	5
	Bağımlılık Danışmanı	1
	Sosyal Pedagog	1
	Din Görevlisi	1
	Ergoterapist	1
Katılımcıların Görev Yaptığı Kurum/Kuruluş	Sivil Toplum Kuruluşu (STK)	9
	Üniversite	8
	Bağımlılık/Aile Danışma Merkezi	4
	Hastane	3
	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	1
	İl Müftülüğü	1
Katılımcıların Ülkeleri	Türkiye	19
	Almanya	4
	Hollanda	3
Toplam		26

Tablo 1'deki veriler incelendiğinde katılımcıların ağırlıklı olarak STK üyesi (f=9), öğretim elemanı (f=8) ve sosyal çalışmacılardan (f=5) oluştuğu görülmektedir. Katılımcılar sivil toplum kuruluşu (f=9), üniversite (f=8), bağımlılık ve aile danışma merkezi (f=4), hastane (f=3), sosyal hizmetler müdürlüğü (f=1) ve il müftülüğü (f=1) gibi çeşitli kuruluşlarda görev yapmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu Türkiye'den (f=19) olmakla birlikte, bazı katılımcılar (f=7) çalışmaya yurt dışından iştirak etmiştir.

### Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın verileri üç ana konu etrafında tartışmaların yapıldığı odak grup çalışması tekniğiyle elde edilmiştir. Belirli bir konu hakkında toplu görüşleri ortaya çıkarmak için moderatörün bir dizi soru sorduğu özel bir grup mülakatı türü olan odak grup çalışmasında, katılımcıların birbiriyle aktif etkileşimi teşvik edilmektedir (Silverman, 2018). Araştırmacı çalışmayı düzenleyen sivil toplum kuruluşunun bilim kurulunda yer alarak çalıştayın yöntemini belirleme ve raporlama görevini üstlenmiştir. Çalıştay kapsamında bir açılış, bir kapanış oturumu olmak üzere toplam beş oturum gerçekleştirilmiştir. Araştırmada analizi yapılan veriler doğrudan odak grup çalışması tekniğinin kullanıldığı ve önceden belirlenmiş ana konular etrafında katılımcıların karşılıklı görüş ve deneyimlerini aktardığı üç oturumdan elde edilmiştir. Doğrudan odak grup çalışmasının yapıldığı birinci oturumda bir moderatör yönetiminde madde bağımlılığına yol açan risk faktörleri ele alınmış, ikinci oturumda bağımlılığın oluşturduğu psikososyal sorunlar ve önleyici müdahale, üçüncü oturumda bağımlılara yönelik sosyal tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri değerlendirilmiştir.

Katılımcılara önceden bilgi verilerek oturumlarda ifade edilen görüşler, sesli ve görüntülü olarak kayıt altına alınmış ve ayrıca raportör tarafından bilgisayar aracılığıyla yazılı metin olarak da not edilmiştir. Odak grup çalışmasında oturumu yöneten moderatör tarafından konu hakkında katılımcılara bilgilendirme yapılmış ve söz alarak görüşlerini dile getirmeleri sağlanmıştır. Katılımcılar görüşlerini ifade etmeden önce kendisini tanıtmış ve ifade edilen her görüş katılımcının ismi belirtilerek kayıt altına alınmıştır. Etik açıdan katılımcıların ismini gizlemek adına meslek, yaş ve cinsiyet bilgileri verilerek görüşlerinin aktarılması uygun bulunmuştur.

Verilerin analizinde, NVivo 12 adlı nitel veri analizi programı kullanılmış ve katılımcıların görüşlerindeki ortak temaları ve küçük anlam kümelerini tespit etmek amacıyla içerik analizi tekniğinden yararlanılmıştır (Berg ve Lune, 2015). Öncelikle katılımcıların görüşlerinden elde edilen metinler tekrar tekrar okunarak açık kodlama yöntemiyle belli kavramlar altında toplanmıştır. Tümevarımcı bir yaklaşımla kavramlardan alt temalara ulaşılmış ve bu alt temalar odak grup oturumlarının ana temaları çerçevesine yerleştirilmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen veriler analiz edilirken araştırmacıdan bağımsız olarak 2 öğretim elemanından tematik kodlama yapması için destek istenmiştir. Veriler üzerinde birbirinden bağımsız gerçekleştirilen 3 farklı kavramsal kodlamada güvenilirlik açısından yaklaşık %78 oranında benzerlik olduğu görülmüştür (Yıldırım ve Şimşek,

2008). Benzer olarak kodlanmayan metinler yeniden incelenmiş ve ortak kararlarla tekrar kod ataması yapılmıştır.

## BULGULAR

Bu bölümde, içerik analizi tekniğiyle ele alınan bulgular odak grup oturumlarının ve araştırmanın ana soruları doğrultusunda yorumlanarak sunulmuştur. Madde bağımlılığının nedenlerine, önlenmesine, sosyal tedavi ve rehabilitasyonuna ilişkin görüşlerini aktaran katılımcıların ifadeleri ortak kavramlar etrafında kodlanarak, 6 alt tema ve 2 ana tema kapsamında sınıflandırılmıştır. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen kavramsal kodların sıklık dağılım değerleri Tablo 2 ve 3’de verilmiş ve odak grup oturumlarında dile getirilen görüşlerden bazıları doğrudan alıntılarla aktarılmıştır.

### Madde Bağımlılığının Nedenleri

Odak grup çalışmasında katılımcılara bireylerin madde kullanmasına ve bağımlı olmasına neden olan risk faktörlerinin neler olduğu sorulmuştur. Karşılıklı etkileşim yoluyla katılımcıların verdikleri cevaplar ekolojik sistem yaklaşımı esas alınarak mikro, mezo ve makro düzey riskler şeklinde sınıflandırılarak Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2.** Madde bağımlılığına neden olan risk faktörlerine ilişkin kodlar ve temalar

Temalar	Kodlar	Görüş (f)	Toplam (f)
Mikro düzey: Birey ve aileyle ilgili risk faktörleri	Olumsuz ebeveyn tutumları	6	29
	Parçalanmış aile yapısı	3	
	Patolojik aile örüntüsü	3	
	Psikolojik sorunlar	3	
	Babanın olumsuz rol model olması	3	
	Ergenlik dönemi sorunları	2	
	Olumsuz kişilik yapısı	2	
	Çocukluk travmaları	2	
	İşlevsiz evlilik ilişkisi	2	
	Genetik yapı	2	
Başa çıkma becerilerinin yetersizliği	1		
Mezzo düzey: Akran grubu, okul ve sosyal çevreyle ilgili risk faktörleri	Arkadaş grubu	5	18
	Olumsuz okul ortamı	5	
	Sanal âlem	4	
	Riskli sosyal çevre	2	
	Madde kullanma suç ilişkisi	2	
Makro düzey: Sosyokültürel ve politik sistemle ilgili risk faktörleri	Ön yargı ve damgalama	6	20
	Aile değerlerinin değişmesi	3	
	Göç ve yoksulluk	3	
	Risklerin çok faktörlü yapısı	3	
	Madde satışının yaygınlığı	3	
	İşsizlik ve gelecek kaygısı	2	

Tablo 2’de görüldüğü gibi madde bağımlılığına daha çok birey ve aileden kaynaklanan risk faktörlerinin etkili olduğuna dair görüş (f=29) beyan eden katılımcılar, sosyokültürel sistemin (f=20) ve bireyi kuşatan yakın çevrenin (f=18) oluşturduğu risk faktörlerine de dikkat çekmişlerdir.

### *Mikro Düzey: Birey ve Aileyle İlgili Risk Faktörleri*

Bireyin kendi bünyesinden ya da ruh sağlığından kaynaklanan risk faktörleri diğer çevresel faktörlerle birleşerek uyuşturucu maddeye yönelmede etkili olabilmektedir. Bazen de risk altında olmasına rağmen yılmazlık ve psikolojik sağlamlık özelliği sayesinde birey, riskli davranışlar sergilemekten uzak durabilmektedir. Katılımcılardan bir kısmı madde kullanan bireylerin genetik yatkınlık, olumsuz kişilik özelliği, erken çocukluk döneminde travmaya maruz kalma, ergenlik dönemi sorunları gibi

nedenlerden dolayı maddeye yöneldiğini belirtmiştir. Bu doğrultuda dile getirilen görüşlerin bir kısmı şunlardır:

*“Bağımlılık birçok faktörün etkili olduğu bir durum. Genetik etki de bulunmaktadır. Psikolojik gelişim süreci etkili. Zorluklarla başa çıkma yeteneği önemlidir.” (Ergoterapist, E-52)*

*“Gencin kişilik yapısı belirleyicidir. Psikolojik sorunları olmak bir risktir. Psikolojik sağlamlık önemlidir. Bağımlılarda bu yetersizdir.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)*

*“Oğlum şu anda cezaevinde. Bazen hayatta başa çıkmayacağı şeyler oluyor. 12 yaşında tacize uğraması gibi. Onunla baş edemediği için madde içmeyi tercih etti.” (STK Temsilcisi-4, K-52)*

*“Erken çocukluk deneyimlerinin örseleyici etkileri, genetik etki, yaşam olaylarıyla baş edememe, işlev sorunları, travmalar etkindir. Travma çok sarsıcı yaşam deneyimi olarak karşımıza çıkar.” (Akademişyen-3, E-42)*

*“Ergenlik dönemine ergenin iyi hazırlanması gerekir. Bu yaşta özeni çok önemlidir.” (Bağımlılık Danışmanı, E-55)*

Riskler karşısında en temel koruyucu faktör aile kabul edilmektedir. Erken dönemde aile desteğini almak bireyin yaşamın zorluklarıyla başa çıkmasında önemli bir etkiye sahiptir. Sağlıklı ve işlevsel bir aile yapısının olması, bireyin kişilik gelişimine olumlu katkı sağlamakta ve aile üyelerini risklerden korumaktadır. Kendileri de eski madde bağımlısı olan STK temsilcileri çocukluk yıllarındaki aile yaşantılarından örnekler vererek madde bağımlısı olmalarında ebeveyn tutum ve davranışlarının etkili olduğuna dikkat çekmişlerdir:

*“Ailelerin çocuk yetiştirmesinde sorun bulunmaktadır. Gençlerin özerklikleri yeterince desteklenmemektedir. Birey olma sorumluluğu elinden alınmaktadır.” (STK Temsilcisi-1, Ex-user, E-63)*

*“27 yaşında bir eroin bağımlısıyım. Sadece kendimce bir başkaldırıydı, isyandı benim yapmaya çalıştığım. Aileden görmediğim ilgiyi, belki adam yerine konulmama bir şekilde kendini ifade etme çabasıydı.” (STK Temsilcisi-6, Ex-user, E-27)*

*“Yaşım 32. Yaklaşık 13-14 yaşında baliyle başladım, eroinle devam ettim. Başlangıç olarak aile. Hep bir yetersizlik duygusuyla büyüdük bu zamana kadar. En ufak bir hatamda direkt dayak olayları vardı. Gün geçti aileden bir şey bulamadığım için, kimyasal maddeleri kullanan, uyuşturucu kullanan insanları kendime daha yakın görmeye başladım.” (STK Temsilcisi-8, Ex-user, E-32)*

Çocuğun ilk eğitimi ailede başlamaktadır ve fizyolojik, psikolojik, sosyal ihtiyaçları da aile tarafından karşılanmaktadır. Aile, üyeleriyle ve sosyal çevreyle etkileşim halinde olan açık bir sistemdir. Bu etkileşimin sürekli olması aile içinde ortak iletişim ve davranış kalıplarının oluşmasını sağlar. Ailenin sağlıklı ve dengeli olması, anne-babanın kararlı ve tutarlı bir şekilde gelişim dönemine göre çocuklarına sınır koymasına, destek olmasına, sevgi göstermesine ve sosyal onay ihtiyacını karşılamasına bağlıdır. Çocuğun bir yere ait olduğunu hissetmesi, yaşamında doyum sağlaması ve anlam bulması doğru ebeveyn rehberliğiyle yakından ilgilidir. Ebeveyn-çocuk ilişkisindeki yetersizliklere dikkat çeken bazı katılımcılar madde bağımlılığıyla işlevsiz aile yapısı arasındaki bağlantıyı vurgulamışlardır:

*“Annenin sevgisinden önce başat kişilik yapısını konuşmamız gerekmektedir. Dominant bir kişilik yapısı sevgiyi aşırı gaddarlaştırmaya götürür. Sevginin her iki sınırını iyi çizmemiz gerekmektedir.” (Akademişyen-2, E-71)*



“Çocuklara emek vermeden ödül vermekteyiz. Doyumsuz gençler yetişmektedir. Çocuğun en çok aileye ihtiyacı olduğu dönem, madde kullandığı dönemdir. Çocuk ebeveynin desteğini hissetmelidir. Çocuk madde kullandığını aileye söyleyememektedir.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)

“Bağımlılık tek başına bir hastalık değil, pek çok sorunla birlikte oluyor. İşin derinine indiğimizde ailenin de psikolojik sorunları olduğunu gördük. Kendi sıkıntılarını çocuğa aktarıyorlar.” (Ergoterapist, E-52)

“Anne sütünden ayırınca yalancı meme veriyoruz. Odasını ayırınca yanına ayıcık veriyoruz. Bağımlılığı pekiştiriyoruz. Okula giderken bütün yükü biz alıyoruz. Çocuğa hiçbir şekilde sorumluluk vermiyoruz. Çocuğun yerine düşünmeye başlıyoruz.” (STK Temsilcisi-3, K-37)

“Almanya’da Türk aileler sevgi, saygı ve namus kavramlarını önemsemekteler. Eğer çocuk saygısızlık, namussuzluk yapmıyorsa aile bağımlı çocuğu taşımaktadır. Bağımlı bu üç kavramda yanlışlık yapıyorsa aile müdahale için çözüm arıyor. Bağımlılık ailede gizlenmeye neden oluyor. Gizlenme tedaviyi geciktirmektedir.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)

“Şizofreni, anoroksiya, madde bağımlılığında bu vakaların aile örüntüleri ya ilgisiz ya da aşırı müdahaleci ve kontrolcü ailelerdir. Ailenin çocuğu bağımlı hale getirmesi risklidir. Bireysel patolojik sorunları aile içinde kavramak çok önemlidir.” (Akademisyen-3, E-42)

“Parçalanmış aileden gelmek bir risk. Ayrılık süreci sağlıklı yönetilemezse çocuk etkilenmektedir.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)

“Dışarıda benim gibi bir sürü anne modeli var. Ben çocuğumu çok seviyorum ama bizim gibi ailelerde denge yok. Ben sevgiyi verdim ama tek başıma yetemiyorum. Babada ilgi, alaka ve sevgi yok ve despot bir yapıyla büyüdüğü için sorunları çözmek için sözel şiddete başvuruyordu. Aşağılama, eleştirme ve yeterince ilgi ayıramadığı için çocuğun sosyal onay arayışı karşılıksız kalıyor.” (STK Temsilcisi-4, Bağımlı annesi, K-52)

“Çocuğun bakımı, eğitimi, ihtiyaçlarının karşılanmasında anne büyük sorumluluklar almakta ama babaları sürece katamamaktayız. Babaları rehabilitasyon sürecine dahil edemiyoruz. En çok sorun yaşayan erkek olduğu için önünde etkili bir baba figürü bulunmamaktadır.” (Sosyal Çalışmacı-4, E-32)

“Aile burada büyük bir sorun. Karı-koca arasındaki sorun çocuğu etkiliyor. Çocuk aileyi birleştirici bir işleve sahip oluyor sorun oluşturarak. Aileye bir kutsallık atfediyoruz, bazı ailelerdeki sorunları görememekteyiz. Ailedeki sorunun davranışsal soruna dönüşeceğini kabul etmemiz gerekmektedir.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)

“En büyük hatam; işlevsiz evliliği sürdürerek çocuğuma zarar verdim.” (STK Temsilcisi-4, K-52)

### **Mezzo Düzey: Akran Grubu, Okul ve Sosyal Çevreyle İlgili Risk Faktörleri**

Çocukluktan ergenliğe geçişte özerklik ihtiyacı gereği genç, aileden uzaklaşarak daha çok akran grubuyla zaman geçirmektedir. Özellikle bir gruba ait olma, sosyal onay gibi ihtiyaçlarını arkadaş grubunda arayan genç grup dinamiğinin etkisiyle riskli davranışlarda bulunabilmektedir. Katılımcıların bazıları bu duruma dikkat çekerek akran grubunun olumsuz etkisinden bahsetmişlerdir:

“Ergen; ‘spora giderken polis çevirdi, bagajın içinde uyuşturucu çıktı, arkadaşlarımda olduğu halde cezayı ben çekiyorum’ diyor. Arkadaş çevresi çok önemlidir.” (Bağımlılık Danışmanı, E-55)

“TUBİM’in araştırmasında madde bağımlılığında merak ve akran etkisi ilk sıralarda çıkmaktadır.” (Sosyal Çalışmacı-4, E-32)

“Almanya’da nasıl bulaştın çalışması yaptık. Çoğu yılbaşı eğlencelerinde, okulların mezuniyet törenlerinde akran grubunun etkisiyle başlamaktadır.” (Bağımlılık Danışmanı, E-55)

“Problem aslında çocuğumda değildi. Çocuğum gitti kendi gibi arkadaşlarıyla bir sürecin içine girdi. ...Bu süreçte hastaneye defalarca yattı çıktı. Son yatışta içeriye madde sokuldu. O da arkadaşlarının teklifine hayır diyemediği için tekrar içti ve yakalanıp hastaneden atıldı.” (STK Temsilcisi-4, K-52)

Eski bir madde bağımlısı olan katılımcı madde kullanmaya arkadaşlarının etkisiyle başladığını ve daha sonra maddeye erişebilmek için suça yöneldiğini ifade etmiştir:

“32 yaşındayım uyuşturucuyla tanışmam 14-15 yaşındayken oldu. Onun ne olduğunu bile bilmiyordum. Arkadaş ortamında kendimi ait hissettiğim için başladım.” (STK Temsilcisi-9, Ex-user, E-32)

Okul, çocuklar ve ergenler için önemli bir sosyalleşme ortamıdır. Ancak okul ortamına uyum sağlayamayan, aidiyeti ve akademik başarısı düşük öğrenciler madde kötüye kullanımı, suça sürüklenme gibi riskli davranışlara yönelebilmektedirler. Risk grubu öğrencilere yönelik etkin sosyal hizmet, danışmanlık ve rehberlik hizmeti sunulması gerektiğini belirten katılımcılar görüşlerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Okullarda yeterli rehber öğretmen yok. Madde bağımlılığıyla ilgili yeterli donanımı yok. Sosyal hizmet bu alanda daha donanımlı.” (STK Temsilcisi-5, K-57)

“Okul ve öğretmen ayağı çok önemlidir. Sorunlu gruplarla okullarda grup çalışmaları yapılmalıdır.” (STK Temsilcisi-3, K-37)

“Birçok sistem bağımlılık konusunu etkilemektedir. Okul, aile, akrabalık bağları, fiziksel çevre etkiliyor. Aile çok önemli ve okulla etkili bir ilişki sistemi işlemediğinde birey bağımlılık döngüsüne giriyor.” (Akademisyen-1, E-53)

“Yalnızlaşma var, aile sorunu var, okul sorunu var.” (Sosyal Çalışmacı-2, E-48)

Çocuğın yaşadığı yakın sosyal çevre olan mahalle ortamının önemine dikkat çeken bir katılımcı, suç-mekân ilişkisini vurgulamıştır:

“Madde kullanımına başlamada çocuğın riskli bir mahallede yaşıyor olması çok önemli. Yapılan araştırmalar suç-mekân ilişkisini ortaya koymaktadır. Çocuğın yaşadığı sosyal çevrede madde kullanımı normalleştirilmişse çocuk da maddeye özenecek ve merak duygusuyla kullanmaya başlayacaktır.” (Akademisyen-7, E-47)

Bilişim teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte gençlerin sanal sosyal ortamda kontrolsüz bir şekilde yer aldığını belirten bazı katılımcılar, ailelerin bu konuda çaresiz kaldığını vurgulamıştır:

“Sanal dünya aileleri çaresizleştirmektedir.” (Akademisyen-1, E-53)

“Sanal âlem iletişimi bozmaktadır. Gençlerin çoğu teknoloji bağımlılığında yalnızlaşıyor, mutsuzluk başlıyor ve uyuşturucuya başlıyorlar.” (Bağımlılık Danışmanı, E-55)

### **Makro Düzey: Sosyokültürel Yapı ve Politik Sistemle İlgili Risk Faktörleri**

Eşitsiz bir toplumda dünyaya gelen bireylere yeterli kaynak ve fırsat sunulmadığında biyopsikososyal gelişimleri ve sosyal işlevsellikleri sekteye uğramakta, iyi olma halleri olumsuz etkilenmektedir. Dolayısıyla madde kötüye kullanımının arka planında bireyin yaşam standartlarını ve çevre şartlarını belirleyen makro faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Madde bağımlılığının nedenleri üzerine görüşlerini

ifade eden katılımcılar toplumsal ön yargıya, değerler sisteminin çöküşüne, işsizlik, yoksulluk, göç gibi sosyal sorunların etkisine dikkat çekmişlerdir:

“Bağımlılığa bakış açısında ön yargı var. Almanya’da diğer hastalıklara sunulan hizmetler bağımlılara sunulmaz. Uyuşturucuyla mücadele, hastayla mücadeleye dönüşüyor. Bazıları gizliyor, kabul etmiyor. Ön yargı nedeniyle gizliyor.” (Ergoterapist, E-52)

“Şu önyargıyı parçalamamız lazım. Bağımlı parçalanmış ailenin ürünü, varoşlarda yetişmiş falan ya da serseri ruhlu psikopat, asi bir model gibi. Bakın buradaki pek çok kişi eğitilmiş, işleri güçleri olan ve aileleriyle birlikte yaşayan insanlar topluluğu aslında.” (STK Temsilcisi-1, Ex-user, E-63)

“Bağımlılık konusunda ne düşündüğü topluma sorulsa; kişiliği bozuk, güvenilmez, yalancı, suçlu diye tanımlanır.” (Ergoterapist, E-52)

“Risk faktörleri toplumsal bağlamda ele alınmalıdır. Toplumun sosyal normlarının dışına çıkan bireyler acımasız bir şekilde yabancı ve ürkütücü görülmekte ve tepkiyle karşılanmaktadır. Madde kullanan bireyler tehdit olarak algılanmaktadır.” (Akademisyen-3, E-42)

“Değerler sistemimiz çöktü. Dijital sistem bireyi yalnızlaştırıyor. Eğitimsiz aileler çocuğu sokağa salıyor kontrolsüz.” (STK Temsilcisi-5, K-57)

“Göç bir risktir. Almanya’da Köln’de bağımluların üçte bir göçmen kökenli. Yoksulluk, gelecek kaygısı bir risktir. Üniversite mezunları bile işsiz. Bu bir risk oluşturmaktadır.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)

Yasal yollardan yapılan mücadeleye rağmen madde satışının önlenemediğine dikkat çeken bir katılımcı, devletlerin bu konuda çaresiz kaldığını ifade etmiştir:

“Narkotik var. Ancak madde satışı çok yaygın. Devletler bu konuda çaresiz.” (STK Temsilcisi-5, K-57)

Bir taraftan uyuşturucuyla mücadele edilirken diğer taraftan medya vasıtasıyla özendirici bazı yayınların olduğuna dikkat çeken bir katılımcı görüşlerini kısaca şöyle aktarmıştır:

“Uyuşturucuyla mücadeleimiz var. Ama ben bakıyorum medyaya, gençlik dizilerine uyuşturucu kullananlar özenti uyandıracak şekilde sunuluyor. Medya, bağımlılığı ve şiddeti teşvik ediyor.” (Sosyal Çalışmacı-3, E-45)

### **Madde Bağımlılığını Önleme, Tedavi ve Rehabilitasyon Çalışmaları**

Odak grup oturumlarında katılımcıların pek çoğu madde bağımlılığının tedavisi ve rehabilitasyonu konusunda doğrudan deneyim sahibi olmaları nedeniyle bu konuda ayrıntılı bilgi paylaşımında bulunmuşlar ve uygulama örneklerini aktarmışlardır. Katılımcıların görüşlerinden oluşturulan kodlar, Tablo 3’de aktarıldığı gibi 3 farklı tema altında gruplandırılmıştır.

**Tablo 3.** Madde bağımlılığında önleme, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarına ilişkin kodlar ve temalar

Temalar	Kodlar	Görüş (f)	Toplam (f)
Koruyucu, önleyici hizmetler	Risk analizleri	2	
	Aile sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet müdahalesi	2	
	Ailelerle sosyal hizmet uygulaması	15	34
	Manevi değerlerin öğretilmesi	3	
	Okul sosyal hizmeti	4	
	Okullarda önleyici çalışmalar	1	

	Psikolojik sağlık çalışmaları	3	
	Yerel düzeyde sosyal hizmet kuruluşları	4	
	Tedavi öncesi motivasyonel görüşme	2	
	Tedavi öncesi hazırlık	3	
	Tedavide teşvik sistemi	1	
	Tedavi merkezlerinin başarısızlığı	5	
	Kişiyeye özgü tedavi yöntemi	4	
	Tedavi sonrası takip sistemi	4	
Tıbbi tedavi ve arınma (detoks)	Ruh sağlığı yasaasının çıkarılması	2	32
	Ruh sağlığı bozuk bireylerin madde bağımlısı olması	1	
	Kısa vadeli programların yetersizliği	1	
	İlişki tedavisi	1	
	Tedaviye erken dönemde başlama	2	
	Bağımlı merkezi ihtiyacı	5	
	Tedavide temel ihtiyaçların karşılanması	1	
	Aile terapisi	3	
	Biyopsikososyal model	2	
	Cezaevinde rehabilitasyon çalışmaları	1	
	Çoklu terapi ve tedavi yöntemleri	4	
	Ekip çalışması	4	
	Ergoterapi desteği	1	
	Eski kullanıcıların desteği	2	
	Güçlendirme yaklaşımı	4	
	İş uğraşı terapisi	1	
	Kendi kendine iyileşme grupları	5	
Sosyal tedavi ve rehabilitasyon	Korumalı işyerleri	2	57
	Meslek edinme ve istihdam	3	
	Ödül mekanizması	1	
	Etkili rehabilitasyon süreci	2	
	Sosyal aktiviteler	5	
	Sosyal çevrenin yeniden düzenlenmesi	2	
	Sosyal hastalıkların tanımlanması	1	
	Sosyal tedavi programına SGK desteği	1	
	STK'lara devlet desteği	5	
	STK'ların etkin olması	4	
	Toplum temelli rehabilitasyon	3	
	Vaka yönetim sistemi	1	

Tablo 3’de görüldüğü gibi katılımcılar; koruyucu önleyici hizmetler (f=34) kapsamında ailelerle sosyal hizmet çalışmalarına ağırlık verilmesinin, yerel düzeyde ve okul düzeyinde sosyal hizmet müdahalesi uygulanmasının, risk analizleri yapılmasının önemini vurgulamışlardır. Tıbbi tedavi ve arınma (f=32) konusunda katılımcılar; biyomedikal yaklaşımın ön plana çıktığı tedavinin başarısız olduğuna, tedavi öncesi madde bağımlılarının yeterince motive edilemediğine, kişiyeye özgü tedavinin yapıldığı ve sonrasında takip sisteminin olduğu tedavi merkezlerine ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekmişlerdir. Sosyal tedavi ve rehabilitasyona (f=57) ilişkin görüşlerini ifade eden katılımcılar; güçlendirme yaklaşımı ve biyopsikososyal modele dayalı, STK-devlet işbirliğiyle, ekip çalışmasını esas alan, istihdamın ve sosyal etkinliklerin olduğu toplum temelli rehabilitasyon programlarının yaygınlaşması gerektiğini belirtmişlerdir.

### ***Koruyucu Önleyici Hizmetler***

Madde bağımlılığıyla mücadelede, müdahale ve tedavinin yanında erken uyarı alanına ait koruyucu önleyici faaliyetler önemli bir yer tutmaktadır. Bu alanda birey ve aileden başlanarak toplumun genelini kapsayacak sosyal hizmet programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Odak grup çalışmasının bir

oturumunda madde bağımlısı birey ve ailesine yönelik ne tür koruyucu önleyici çalışmalar yapılması gerektiği tartışılmış ve katılımcıların görüşlerinden bazıları aşağıda aktarılmıştır. Birçok katılımcı madde kullanan bireyin aile desteğine ihtiyacı olduğuna dikkat çekmiştir:

*“Çocuğun en çok aileye ihtiyacı olduğu dönem, kullandığı dönemdir. Çocuk ebeveynin desteğini hissetmelidir. Çocuk madde kullandığını aileye söyleyememektedir.” (Bağımlılık Danışmanı, E-55)*

*“Ergenlerde aile kısmını atlayarak etkin müdahale olmaz. Ergen anlayamadığını ifade etmektedir. Aile ergenden yetişkin davranışları beklemektedir. Ergeni başka ergenlerle karşılaştırarak değerlendirmektedir. Hastalık konusunda aileyi ve çevresini bilgilendirmek gerekmektedir. Buna bilgilendirici sosyal etki oluşturmak diyebiliriz.” (Sosyal Çalışmacı-2, E-48)*

*“En temeli sevgidir. Çocuk çok sevildiğini biliyorsa dışarıda mendil de satsa arkasında anne-baba varlığını biliyorsa çok kayma olmaz. Ebeveynin kendisini sevmediği duygusunu yaşarsa kayma olur. Sevgi insana güven kazandırmaktadır.” (Akademiye-2, E-71)*

Ailelere yönelik sosyal hizmet müdahalesi uygulanması gerektiğine dikkat çeken bir katılımcı, madde bağımlılığıyla mücadele çalışmasının odağında ailenin olması gerektiğini vurgulamıştır:

*“Ailelerle sosyal hizmet önemli. Anne-baba tutum ve davranışları çocukları madde kullanımı gibi sapmalara yöneltebilir. Aile bu çalışmaların odağında olmalıdır. Ailenin problem çözme ve başatma kapasitesi artırılmalıdır.” (Akademiye-1, E-53)*

Birçok katılımcı da ailelere yönelik güçlendirici psikoeğitim çalışmaları yapılması gerektiğini ifade etmiştir:

*“Aile düzeyinde eğitim vermek gerekmektedir. Evlilik öncesi eğitim verilmesi gerekmektedir.” (Sosyal Çalışmacı-3, E-45)*

*“Aileyi güçlendirici çalışmalar yapılmalıdır. Çocuğuna kurallar ve sınırlar koyunca çocuk da değişmeye başlar. Değişim temelde ailenin tutum ve bakış açısını değiştirmekle mümkündür.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)*

*“Çözüm olarak özellikle iş yaşamı içinde babalara yönelik farkındalık eğitimleri verilmelidir. Evlilik öncesi bir kere eğitim vermek yetersiz, süreçte babalara yönelik eğitimler verilmelidir.” (Sosyal Çalışmacı-4, E-32)*

*“Gençlerin teknolojiyi nasıl kullandığını aile bilmiyor. Ebeveynler çalıştığı için çocuğa zaman ayıramamaktadır. Ailenin bilinçlendirilmesi ve yaş grubuna göre çocukların hayata hazırlanması konusunda ders verilmelidir.” (Bağımlılık Danışmanı, E-55)*

Anlam ve amaç eksikliğinin manevi boşluk oluşturduğuna dikkat çeken bazı katılımcılar, manevi boyutun ihmal edilmemesi gerektiğini vurgulamıştır:

*“İç boşluğu ne ile doldurabiliriz? Bu boşluğu doldurmalıyız. Rol model eksikliği bulunmaktadır. İç boşluğu manevi değerlerle doldurabiliriz. Gençlerin hedef ve anlamları bulunmamaktadır. Gençlikte manevi eksiklikler bulunmaktadır. Manevi boyutu ihmal etmemeliyiz.” (Akademiye-4, E-51)*

*“Çocuğun hayatının merkezinde bir inanç varsa hayata tutunabilmektedir.” (STK Temsilcisi-3, K-37)*

Koruyucu önleyici hizmetler kapsamında okul sosyal hizmetinin önemli bir yeri olduğunu belirten birçok katılımcı, bu uygulamanın bir an önce başlatılması gerektiğini ifade etmiştir:

“Okul sosyal hizmeti çok önemlidir. Çocuk büyüdükçe ergen akran gruplarıyla birlikte olmaya başlıyor. Vaka yönetimi kapsamında aile ve çocukla doğrudan çalışılması gerekmektedir. Ülkemizde okul sosyal hizmetinin başlamadığını görmekteyiz.” (Akademisyen-1, E-53)

“Özellikle okul sosyal hizmeti bir an önce devreye girmelidir. Öğrencileri aile boyutuyla takip etmesi önemlidir.” (Sosyal Çalışmacı-4, E-32)

Bazı katılımcılar okul öncesi dönemden başlayarak çocukların güçlendirilmesi, psikolojik sağlamlıklarının ve sorun çözme kapasitelerinin artırılması gerektiğine dikkat çekmiştir:

“Biz çocuklara 0-6 yaşta yaşam becerileri kazandırmalıyız. Sorun çözme kapasitesini arttırmalıyız. Psikolojik sağlamlık ve yılmazlık özelliklerini güçlendirmek gerekmektedir.” (STK Temsilcisi-5, K-57)

“Çocukları zenginleştirmek, güçlendirmek önemlidir. Kendini gerçekleştiren genç maddeye gitmez.” (Ergoterapist, E-52)

Risklerin belirlenmesi ve önlenmesi için yerel düzeyde alan taraması, toplum örgütlenmesi, birey ve ailelerle sosyal hizmet gibi çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiğini belirten bazı katılımcılar, mahalle düzeyinde sosyal hizmet kuruluşlarına ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir:

“Bağımlılıkla ilgili risk grupları haritaları çıkarılmalıdır. Yerel dinamiklerin alan taraması yapılması gerekmektedir. Risk analizi yapılmalı ve ona göre çalışma planlanmalıdır. Bütün sosyal sorunlar araştırılmalıdır.” (Akademisyen-4, E-51)

“Yerel düzeyde sosyal hizmet kurumlarını yaygınlaştırmalıyız. Çocuk ve gençlik merkezleri, etüd merkezleri yaygınlaştırılmalıdır.” (STK Temsilcisi-3, K-37)

“Her mahalleye sosyal hizmet disiplini ile ilgili aile sosyal hizmet merkezleri kurulup her ailenin bir sosyal hizmet uzmanı olması sağlanmalıdır. Böylece risk faktörlerini erkenden tanılama fırsatı olacaktır.” (Sosyal Çalışmacı-2, E-48)

“Yerel yönetimlerin bağımlularla alakalı profesyonel gündüzlü rehabilitasyon merkezi kurulmalıdır. Meşguliyet ve iş terapisi, spor etkinlikleri, sanat etkinlikleri planlanmalıdır.” (Sosyal Pedagog, E-48)

“Yerel yönetimleri güçlendirmek ve harekete geçirmek gerekmektedir. Lobcilik faaliyetleriyle karar mekanizmaları etkilenmelidir.” (Akademisyen-1, E-53)

### **Tıbbi Tedavi ve Arınma**

Madde bağımlılığına müdahale aşamasının ilk basamağını tıbbi tedavi ve arındırma oluşturmaktadır. İlk yardım ve erken dönemde entoksikasyon ya da akut yoksunluk belirtileri ile tıbbi sorunlar tedavi edilmektedir. Ancak bu aşamada bağımlı bireyin gönüllü olması ve tedaviyi kabullenmesi için motivasyonel çalışmalar da yapılmasına ihtiyaç vardır. Bireyin değişimi istemesinin ve hazır olmasının yanında tedavinin bireye özgü olması, ihtiyaç ve sorunlarının bütününe kapsamı ve sürdürülebilir olması önemlidir. Katılımcılar kendi deneyimlerinden yola çıkarak tedavide başarılı olunabilmesi için neler yapılması gerektiği konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Sosyal çalışmacı olan bir katılımcı mevcut bir tedavi ve rehabilitasyon modelinden örnek vererek temel ilkeleri özetlemiştir:

“Erken dönemde madde kullananlara ulaşıldığında başarılı olunmaktadır. İçerisinde yüzme havuzu, spor ve oyun alanları, tarımla uğraştıkları alanlar olan bir tedavi merkezi var. Okula devam edemeyenler takip ediliyor. 18 yaş sonrası aile üzerinden izleme yapılmakta ve 18 yaş

*sonrası işe yerleştirmek için destek yapılmaktadır. Takip süreci yaşam içinde devam etmektedir. Tedavi noktasında AMATEM’le ilişki içindeler.” (Sosyal Çalışmacı-4, E-32)*

Hollanda’da yaptıkları çalışmalardan örnek veren bir katılımcı tedaviye hazırlık yapmanın ve kişiye özgü yöntem kullanmanın önemine dikkat çekmiştir:

*“Biz Hollanda’da kişinin ve aile çevresinin davranış değişikliği ve iletişim becerilerini geliştirmeye çalışıyoruz. Aileyle kişi arasında öfke yaşanmış olabilir bunları iyileştirmeye çalışıyoruz. Bazı ailelerle tedaviden sonra konuştuğumuzda bu iletişim çalışmaları için teşekkür etmektedirler. İlişki tedavisi de bunun bir parçasıdır.” (Akademisyen-5, K-45)*

*“Bağımlı tedavi olmak için geldiğinde ilk isteği direkt detoks olmuyor. O aşamaya hazırlık yapılması lazım. Bir liste yapıyoruz bu kişinin hayatta zevk aldığı şeyleri kendisiyle beraber araştırmaya çalışıyoruz. Değişik metodlar var uyguladığımız, kişiye özgü metodlar. Bu metodların etkili olması için sadece hastayla konuşarak değil hayatına girerek rehberlik yapmaya çalışıyoruz.” (Akademisyen-5, K-45)*

Bağımlılıkla birlikte ailenin fonksiyonlarının işlevsizleştiğini belirten bir katılımcı, ailenin tedavi sürecine katılması gerektiğini ifade etmiştir:

*“Ailenin tedavi sürecine katılması teşvik edilmelidir. Bağımlılıkta ailenin tüm fonksiyonları işlevsiz hale gelmektedir. Uzmanlar çocuğu nasıl kurtarabilir üzerine odaklanmakta. Ancak ailede yeni iletişim tarzı oluşturmak zorundayız.” (Akademisyen-1, E-53)*

Bağımlıların pek çoğunda ruhsal rahatsızlık olduğuna dikkat çeken bir sosyal çalışmacı tedavi ile rehabilitasyonun birleştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır:

*“Şu an Türkiye’de bağımlılık psikiyatrik bozukluğa doğru evrilmektedir. Birçoğunda psikiyatrik bozukluk tanıları ortaya çıkmaktadır. Ruh sağlığı hastaneleri çoğu yatağını bağımlılarla doldurmuş. Dolayısıyla psikiyatrik sorunların tedavisiyle rehabilitasyonu birlikte düzenlemek durumundayız.” (Sosyal Çalışmacı-1, E-49)*

Eski kullanıcı (ex-user) olan katılımcıların birçoğu mevcut bağımlılık merkezlerinin tedavi konusunda yetersiz olduğunu ifade etmiş ve bu konuda yaşadıkları deneyimleri aktararak sorunları dile getirmişlerdir:

*“Şu anda ben bağımlıyım diyerek telefon açıp yardım isteyeyim destek olan çıkmıyor. Bağımlılarla benim işim üç gündür diyen doktorlarla karşılaştık. Ya da on beş günde iyileştiririz diyenler var. Bunlar çok da gerçekçi yaklaşımlar değil. Sahayla onların uygulamaları farklı. Bu kadar ilaçla, hatta torbacıların sattığı ilaçlarla beni iyileştireceğini düşünen maalesef bir sistemimiz var. Bunun sorgulanması lazım.” (STK Temsilcisi-1, Ex-user, E-63)*

*“...Daha sonrasında bir şeylerin farkına varmaya başlayınca AMATEM’le tanıştım. Ne yazık ki AMATEM’de şu anki tedavi sistemi tamamen yanlış. Çünkü ilaçla tedavi sistemi var. Biz dernek bünyesinde ilaç ve kimyasal kullanmadan detoksifikasyon yaparak, zaten iki-üç gün sürüyor bunun ağrısı sızısı.” (STK Temsilcisi-8, Ex-user, E-32)*

*“İlk başta benim kafamdaki yargı şuydu: İlaçsız bir şekilde nasıl bırakacağım? Çünkü dışarıda gördüğüm örnekler hastaneye yatıyorlar, defalarca çip taktırmışlar, farklı farklı ilaçlar kullanmışlar. Yine de bırakamıyorlar. Ben ilaçsız nasıl bırakacağım diye düşünmüştüm ama benim başka çarem yoktu, alternatifim kalmamıştı.” (STK Temsilcisi-6, Ex-user, E-27)*

Bağımlılığın tedavisinde motivasyonel görüşmenin önemine dikkat çeken bir katılımcı, direncin çözülmesi gerektiğine vurgu yapmıştır:

“Psikososyal görüşmeden önce motivasyonel görüşme planlanmalıdır. Çünkü psikososyal görüşmede direnç çözülmeye çalışılır. Bağımlılık gibi bir direnç hemen çözülemez motivasyonel görüşmede direnç zamana yayılarak ele alınır.” (Sosyal Çalışmacı-2, E-48)

Yurtdışında sivil toplum kuruluşlarına ait bağımlılık tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde görev yapan katılımcılar tedaviden daha çok tedavi öncesi ve sonrası yapılacak faaliyetlere dikkat çekmişlerdir:

“Almanya’da devlet yaş durumlarına göre tedavi ayrımı yapmaktadır. Türkiye’de klinik tedavi sonrası günlük takip merkezi bulunmamaktadır.” (Bağımlılık Danışmanı, E-55)

“Kronik olmayan hastalar dışarıdan gelip danışmanlık hizmet almaktadır. Haftanın 3 günü açık kafeteryamız var oradan yararlanabiliyorlar. Yaklaşık 40 ulustan farklı dinlerden hastalarımız var. Hastalar boşlukta kalmıyor. Tamamlayıcı psikiyatri dediğimiz destek hizmetleri sunmaktayız. Frankfurt’ta 4 tane merkez var.” (Sosyal Pedagog, E-48)

“Bağımlı hasta psikiyatride bir ay kalırsa büyük bir maliyeti olmaktadır. Asıl sorun klinik sonrası başlamaktadır. Birçok temel yeteneği kaybolmuştur.” (Ergoterapist, E-52)

Tedavide temel ihtiyaçların karşılanması ve güven duygusunun önemini vurgulayan bir katılımcı aile, devlet ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliğine dikkat çekmiştir:

“Bağımlıların tedavisinde temel ihtiyaçlarını karşılamak çok önemli, güven hissi vermek çok önemli. Güven duygusunu vermemiz için sivil toplum kuruluşlarına, ailesine, devlet kurumlarına ihtiyacımız var.” (Akademisyen-5, K-45)

Sosyal çalışmacı olan katılımcı bağımlıların tedavisiyle ilgili yasal değişimlerin sağladığı kolaylıkları ifade etmiştir.

“Bağımlılar eskiden tedavi merkezlerine gidemiyordu bildirim yükümlülüğü olduğu için. TCK 191’le bu kalktı. Tedavi merkezine gittiğinde SGK kaydı olması lazımdı. Şimdi başvuruda bulunduğunda sosyal güvence şartı bulunmamaktadır.” (Sosyal Çalışmacı-4, E-32)

### **Sosyal Tedavi ve Rehabilitasyon**

Madde bağımlılığı farklı risk faktörlerinin karmaşık etkileşimi sonucu oluşan bir davranış sorunu olduğu için sadece tıbbi müdahaleyle beklenen değişimi sağlamak mümkün değildir. Kişinin madde kullanmayı bırakarak yeniden işlevsel bir birey haline gelebilmesi için tedavi sırasında ve sonrasında içinde bulunduğu sosyal koşulların da ele alınması gerekmektedir. Özellikle maddeyi bırakmanın oluşturduğu boşluğu dolduracak iş, uğraşı ve faaliyetleri organize etmek, yeni beceriler kazandırmak, işlevsel sosyal ortamlar oluşturmak için sosyal tedavi programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal bağlam dikkate alınmadan yapılan tedavi ve arındırma çalışmalarının başarıya ulaşma şansının düşük olduğu odak grup oturumlarında da sıklıkla vurgulanmıştır. Akademisyen bir katılımcı sosyal tedavinin önemini şu şekilde vurgulamıştır:

“Rehabilitasyon sosyal faaliyet alanıdır. İlk birincil görevi sosyal tedavidir. Medikal tedavinin bittiği anda psikolojik tedaviyle paralel başlar. %10 tıbbi tedavi, %10-15 psikolojik tedavidir. Sonrası %80-90 sosyal tedavidir. Ötekileştirme sosyal hastalıktır, yalnızlaşma, dışlanma sosyal hastalıktır. Sosyal hastalıklar DSM’ye girmelidir. Tıbbi tedavi sonrası ne olacağı tanımlanmamış. Bu alan bomboş.” (Akademisyen-2, E-71)

Sosyal tedavi ve rehabilitasyon için kendisinin başkanlığını yaptığı sivil toplum kuruluşu bünyesinde bir program uyguladıklarını dile getiren katılımcı, kendi kendine yardım anlayışıyla çalıştıklarını belirtmiştir:



“Bağımlıların 10-15 kişilik gruplar halinde -daha kalabalık değil- başlarında benim gibi eski bir kullanıcı, aynı şeyleri yaşamış ve bunun eğitimini de almış (ben aynı zamanda sosyal hizmet eğitimi de aldım) bir yardımcıyla bu grubun birlikte bir aile gibi yeni yaşam biçimine alışması, uygulayarak alışması gerekir. Biz bu uygulamayı yirmi dört saat birlikte yaşayarak yapıyoruz.” (STK Temsilcisi-1, Ex-user, E-63)

“...Orada bir yetmiş metrekaare yerde on beş-on yedi kişi yerlerde şişme yataklarda yatarak iyileşmeyi başardık. Ama bizim en önemli özelliğimiz birlikte olmamızdı. Ve bunu ekonomik şartlar zorlamasına rağmen yapmaya çalıştık.” (STK Temsilcisi-1, Ex-user, E-63)

Bir bağımlı annesi olan katılımcı bağımlının anlaşıldığını hissedebilmesi için kendisi gibi bireylerden oluşan bir gruba katılma ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir:

“Dışarıda bizi anlamıyorlar. Dışlanıyoruz. İlaçsız bir şekilde bunun yapıldığını gösteren STK modeli var. Kendi kendine iyileşme grupları var. Eski bağımlıların olduğu grup toplantılarında daha iyi anlaşılıyor. İyileşme gruplarına ailelerin de dâhil edilmesi önemlidir.” (STK Temsilcisi-4, K-52)

Eski madde bağımlısı katılımcı kendi kendine iyileşme grubu içinde yer aldıktan sonra madde kullanmasına neden olan gerekçelerin nasıl anlamsızlaştığını şu şekilde belirtmiştir:

“Derneğe gelene kadar ben hep aileyi ve dış dünyayı suçluyordum. Babamın dediği bir şey var. Bağımlının bahanesi çoktur. Biz kırmızı kar niye yağmadı diye oturur içerdik. Her şeyi bahane ederiz. Derneğe geldikten sonra bunların hepsinin bir şımarıklık olduğuna kanaat getirdim.” (STK Temsilcisi-7, Ex-user, K-32)

Almanya’da tıbbi tedavi sonrası uygulanan programı anlatan katılımcı, uzun bir sosyal tedavi süreci olduğunu ifade etmiştir:

“Ön detokstan sonra 6 aylık sosyal tedavi başlatılmaktadır. Asıl tedavi olan bu uygulama yerel kurumlarda yapılmaktadır. Yaşam becerileri eksik olan bireyi sıfırdan alıp meslek becerisi kazanması için terapistler vardır. Terapi uygulayanların %70’i sosyal hizmet uzmanıdır. Kliniklerden sonra adaptasyon dediğimiz uyum kurumları bulunmaktadır.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)

Bağımlılığın tedavisinde medikal model yerine biyopsikososyal modelin geliştirilmesi gerektiğine dikkat çeken katılımcılar, bu modelde yer alması gereken diğer yaklaşımları da açıklamıştır:

“Medikal model arındırma için ilaç kullanılmaktadır. Uygulanan enstrüman hastanın taburcu olmasına kadar gider. Biyopsikososyal modeli geliştirmek gerekmektedir.” (Akademisyen-3, E-42)

“Kuramsal açıdan ekolojik perspektif ve güçlendirme yaklaşımı da olmalıdır. Ekolojik bir ele alış ve müdahalede güçler perspektifine dayalı olmalı, kişinin biricikliğine dayalı bir rehabilitasyon argümanı olmalıdır.” (Akademisyen-3, E-42)

“Motivasyonel görüşme adı verilen taransteorik yaklaşımın esas alınması gerekir. Ayrıca kanıt dayalı bilişsel davranışçı uygulamaları esas alan hümanist ve manevi yaklaşım da önemlidir.” (Akademisyen-3, E-42)

“Hollanda’da bilişsel terapiyle birlikte ilaç tedavisi kullanıyoruz. Doktorlarla birlikte çalışıyoruz. Diğer psikolojik sorunları varsa ona yönelik travma terapisi gibi ayrı yöntemler uygulamaktayız.” (Akademisyen-5, K-45)

Katılımcıların birçoğu sosyal tedavi ve rehabilitasyonun bir parçası olarak bağımlıların mesleki eğitim almasının ve istihdam edilmesinin önemini vurgulamıştır. Almanya’da sosyal tedavi ve rehabilitasyon

merkezlerinde iş ve meslek edindirme çalışmaları yaptıklarını vurgulayan bir katılımcı uygulamadan örnekler vermiştir:

*“Almanya’da biz onlara büyük mutfak veriyoruz. Kendi alışverişlerini ve yemeklerini yapmaktadırlar. Oraya gündüz 60-70 hasta geliyor, dışarıdan gelenlerle ve personelle 100 kişiyi geçmektedir. Hastalar dışarıya okul ve bürolara yemek yapmaktadırlar. Alışveriş, servis her şeyini kendileri yapmaktadır.” (Sosyal Pedagog, E-48)*

Ergoterapist olan katılımcı Almanya’da korumalı işyerleri vasıtasıyla bağımlıları çalışma yaşamına adapte ettiklerini belirtmiştir:

*“Meslek öğrenmeleri, işe girmeleri çok önemli, bu şekilde kontrol altında tutabiliriz. İçmediği her gün başarıdır. Koyduğumuz hedef erişilebilir olmalıdır. Almanya’da korumalı işyeri projesinde 7 kişi istihdam ettik. 1-2 saat ancak çalışabiliyorlar. Uzun vadede normal işyerine adapte etmeye çalışıyoruz.” (Ergoterapist, E-52)*

Bağımlılar için istihdamın önemine dikkat çeken bir katılımcı, Türkiye için de korumalı işyerlerine ihtiyaç olduğunu dile getirmiştir:

*“Eski hükümlüler ve bağımlılar için istihdam sağlanamıyor. Kamu denetiminde bir istihdam sağlanması çok önemli. Üretime katılan bağımlılar korumalı işyerleriyle yaşama bağlanmalı.” (Akademisyen-1, E-53)*

Hollandalı katılımcı da benzer şekilde yeni bir iş ve çevre oluşturma öneminden bahsetmiştir:

*“Kişiyi topluma kazandırmak yeni bir iş, yeni bir çevre oluşturmak gerekiyor. Biz Hollanda’da kişinin mevcut çevresinden yararlanmaya çalışıyoruz. Yalnızca kişiye yeni çevre oluşturmaya çalışıyoruz.” (Akademisyen-5, K-45)*

Bireyin daha önceden madde kullanmış olması iş bulmasını zorlaştıran bir faktör olarak karşısına çıkmaktadır. Geçmişte madde kullanması nedeniyle iş yaşamında çok zorluklar yaşamış bir katılımcı sosyal tedavinin çalışma yaşamını kapsamaması gerektiğini vurgulamıştır:

*“Madde bağımlısı olduğumuzu söylediğimiz zaman insanlar bizden kaçıyorlar, ‘bizim size sağlayacağımız iş imkânı yok’ diyorlar. Sosyal tedavinin içinde çalışma da olmalı. İş imkânı olmalı, meslek kazandırma olmalı. Hiç çalışmayan, meslek sahibi olmayan arkadaşlarımız var. Hayatlarını maddeyle doldurdukları için başka şeyler yapmaya imkân bulamamışlar. Bağımlının bir de mesleği yok elinde.” (STK temsilcisi-7, Ex-user, K-32)*

Sosyal tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının ekip çalışması anlayışıyla yürütülmesi gerektiğine dikkat çeken katılımcılar, sosyal çalışmacının vaka yöneticisi olması gerektiğini ifade etmiştir:

*“Multidisipliner, interdisipliner ve transdisipliner kavramlarını doğru kullanmaktayız. Madde bağımlılığında interdisipliner ekip çalışması önemlidir. Birlikte çalışma motivasyonu disiplinler arasıyla mümkündür. Sosyal çalışmacının vaka yönetim rolü vardır.” (Akademisyen-3, E-42)*

*“Almanya’da kadrolu bir sosyal çalışmacı 10-12 kişiyle ilgilenmektedir, vaka yöneticisi olarak. Mobil hizmet anlayışıyla hizmet götürmektedir. Her vakayla ilgili planlama yapılmaktadır.” (Sosyal Pedagog, E-48)*

*“Sosyal hizmet uzmanı; psikososyal destek ekibinin bir parçası olarak bireye ve aileye yönelik sosyal hizmet uygulamalarını yürütmekle, her bir hastanın sosyal inceleme raporunu hazırlamakla ve hastaları bilgilendirmekle sorumludur.” (Akademisyen-1, E-53)*

“Bağımlılıkta takım çalışması zorunludur. Ayda bir bağımlı aileleriyle toplantı yapılmaktadır. Hastalar haftada bir kez bir araya gelmektedir. Kendileri bilgilendirme broşürleri hazırlamaktadırlar.” (Ergoterapist, E-52)

Sosyal tedavide en önemli hususlardan birinin sağlıklı bağlanma ilişkisi olduğuna dikkat çeken Hollandalı katılımcı, maddeyi bırakmanın oluşturduğu boşluğu doldurmak için alternatif seçeneklerin planlanması gerektiğini belirtmiştir:

“Sağlıklı bağlanma ilişkisi önemlidir. Boşluğu doldurmak için alternatif seçim sunma arayışına girmemiz gerekmektedir. Maddeyi kullandığında hissettiği hazın alternatifini bulmak da zordur. Çevrenin negatif etkileri de var ancak çevrenin boşluğu dolduracak pozitif bağlılık özelliği de var. Bağımlının çevresini nasıl çekici hale getirebiliriz.” (Akademisyen-5, K-45)

Birçok katılımcı madde bağımlısı bireyin sosyal yaşamın içinde topluluk temelli rehabilitasyon anlayışıyla tedavi edilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir:

“Aile desteği, mesleki rehabilitasyon, iş uğraşı terapisi ile üreten bir bireye dönüştürülmesi çok önemli. Birey ürettikçe sosyalleşmekte, güven ilişkisi geliştirmektedir. Dolayısıyla bireyi toplumun aktif üyesi yapabilmeliyiz.” (Sosyal Çalışmacı-1, E-49)

“Toplum sosyal içermeyi sağlayacak şekilde hareket etmelidir. Hastalık olarak kabul edip sosyal dışlanmaya maruz bırakmamalıdır. Topluluk temelli bir rehabilitasyon anlayışı olması lazım.” (Sosyal Çalışmacı-5, E-54)

“Ben ilk toplantıma gittiğimde –ben AA kökenliyim, adsız alkolikler yani- hep sosyal hayatın içinde olmamız teşvik edildi. Sinemadayız, müzik etkinliğindeyiz, kutlamalara katılıyoruz.” (STK Temsilcisi-1, Ex-user, E-63)

Sosyal tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarına sivil toplum kuruluşlarının öncülük etmesi gerektiğini vurgulayan katılımcılar, madde bağımlılığıyla mücadelede STK-Devlet işbirliğinin önemini ifade etmişlerdir:

“Devletin yaptığı projeler bağımlılıkla mücadelede farkındalık çalışmalarıdır. Bu -miş gibi olmak anlamına geliyor. Sahaya baktığımızda bağımlıya dokunulduğunu görememekteyiz.” (STK Temsilcisi-3, K-37)

“Madde bağımlılığı alanındaki politika üretmek gerekmektedir. Bireysel çabaların dernekleşip STK'ya dönüşmesi önemlidir. Lobcilik faaliyeti yapılması gerekiyor kanun yapımcılar ve politikacılarla.” (Akademisyen-1, E-53)

“Almanya'daki merkezimizde yaklaşık 30 çalışanımız var. Ağırlıklı olarak yabancılara yönelik çalışıyoruz. Günlük 100'ün üzerinde hasta var. Biz aileleri de eğitiyoruz. Devletin katkısı olması lazım, STK'nın gücü bir yere kadar.” (Sosyal Pedagog, E-48)

“Türkiye'de devlet bu işi becerememektedir. STK ihmal edildiğinde sorun başlamaktadır. Hollanda'da devlet STK'ye finans desteği sağlamaktadır.” (Sosyal Çalışmacı-3, E-45)

## TARTIŞMA

Madde bağımlılığına neden olan risk faktörlerinin belirlenmesinin yanında madde bağımlılığının önlenmesi, tedavi ve rehabilitasyonu ile ilgili sorunların anlaşılmasına çalışıldığı bu çalışmada, özellikle sosyal tedaviyle ilgili çözümlerin betimlenmesi hedeflenmiştir. Araştırmada bireyin madde kullanmaya başlamasında genetik yatkınlık, psikolojik sorunlar, kişilik bozuklukları gibi bireysel özelliklerinin yanında işlevsel olmayan aile yapısı, özendirici akran grubu, destekleyici olmayan akademik ortam, kontrolsüz sosyal çevre gibi faktörlerin de etkili olduğu tespit edilmiştir. Özellikle ergenlerde madde kullanmanın ilerlemesini önlemek için erken müdahale programlarının uygulanması

etkili olmaktadır (Abedi ve diğ., 2019). Bu nedenle madde bağımlılığıyla mücadelede mikro, mezzo ve makro düzeyde koruyucu önleyici çalışmaların planlanmasında, aynı zamanda sosyal tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında yoğunlaşılması gereken alanların tespitinde bireyi madde kullanmaya sevk eden risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir. Literatüre bakıldığında; araştırma bulgularıyla benzer şekilde antisosyal kişilik bozukluğu olan, düşük öz kontrol sahibi bireylerin madde kullanma risklerinin daha yüksek olduğu (Gurbuz ve diğ., 2019; Evren ve diğ., 2006), madde kullanımının daha çok çevresel faktörlerden kaynaklandığı, özellikle akran grubunun maddeye yönelmede belirleyici olduğu (Altuner ve diğ., 2009; Uzun ve Kelleci, 2018; Karataş, 2020) ve uyuşturucu kullanmaya başlamada dezavantajlı sosyal çevrede (mahallede) yaşamanın etkili olduğu belirtilmektedir (Crum ve diğ., 1996). Başka bir çalışmada erkek olmanın, akademik başarısızlığın, anne babanın boşanmış veya ayrı yaşıyor olmasının madde kullanımı açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Yalçın ve diğ., 2009). Madde bağımlılarının işsizlik, aile desteği kaybı, evsizlik ve suçluluğu içeren bir sosyal dışlanma süreci yaşadıkları, bu durumun tedaviye katılmayı ve sürdürmeyi engellediği vurgulanmaktadır (March ve diğ., 2006; Karataş, 2019). Bu tespitler doğrultusunda konuya bakıldığında hem maddeye başlamada, hem de tedavi ve rehabilitasyon sürecine katılımında ailenin ve sosyal çevrenin kilit rol oynadığı görülmektedir. Araştırmalar yeterli sosyal destek gören bireylerin, toplumsal normlara uygun olmayan davranışlarını düzelterek yeniden uyum sağlamada daha başarılı olduğuna işaret etmektedir (Brunovskis ve Surtees, 2008; Aslan ve diğ., 2019).

Bu çalışmada öne çıkan konulardan birisi; madde bağımlısı bireylerin toplumsal yaşamda damgalanmaya ve etiketlenmeye maruz kalmasının tedaviye uyumu güçleştirdiği ve bağımlılık döngüsünden kurtulmayı zorlaştırdığıdır. Benzer şekilde birçok çalışma, damgalanmanın (stigma) sağlık hizmetlerine ve madde kullanımına yönelik tedavi hizmetlerine erişimde önemli bir engel olduğunu vurgulamaktadır (Livingston ve diğ., 2011; Bostancı, 2005). Toplumsal yaşamda madde kullanan bireylere yönelik korku, öfke, acıma, iğrenme gibi damgalama davranışları ve ayrımcılık yapma, uzak durma, görmezden gelme gibi tepkiler oluşmaktadır (Niewegłowski ve diğ., 2017). Madde bağımlısı bireyler genellikle sosyal çevre ve/veya aile desteği eksikliği ve istikrarlı istihdam gibi önemli psikososyal ve kültürel dezavantajlarla ve damgalamalarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu negatif faktörler tedaviye uyumu engelleyerek nüksü tetikleyebilmektedir (Tai ve Volkow, 2013).

Bu çalışmada madde kötüye kullanımının yanında diğer psikososyal sorunların da ele alınması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Madde kullanımı diğer riskli davranışlara, yaralanma, ölüm, tutuklanma, istenmeyen hamilelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, akademik performans sorunları, engellenmiş beyin gelişimi, aile ve ilişki sorunlarına yol açabilmektedir (Paquette ve diğ., 2019). Madde kullanan bireyler arasında psikiyatrik tedavi görenlerin oranı kullanmayanlara göre daha yüksektir (Aslan ve diğ., 2019; Yalçın ve diğ., 2009) ve madde kullanan bireylerde suç işleme ihtimali kullanmayanlara göre 3-4 kat daha fazladır (Bennett ve diğ., 2008). Kişinin özerkliğini zaafa uğratması nedeniyle madde kullanan bireyin kontrolsüz ve yasa dışı davranışlar sergileme ihtimali yüksek olmaktadır. Ayrıca madde kullanımı yanında bireyin psikiyatrik sorunlarının olması tedaviyi zorlaştırmaktadır. Hattenschwiler ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında; duygudurum bozukluğu eşlik eden madde bağımlılarının tedavisi en zor olan ve taburculuk sonrası relapsların en sık görüldüğü bireyler olduğunu tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın önemli bulgularından birisi de hastane temelli tıbbi tedavinin yanında uzun süreli, etkili bir sosyal tedavi ve rehabilitasyon programı başlatılamazsa, madde kullanımında nüksü önlemenin zor olduğu gerçeğidir. Madde bağımlılığının sosyal tedavi ve rehabilitasyonunda da toplum temelli, iş ve meslek edindirmeye dayalı, kendi kendine yardım grupları şeklinde iyileştirme uygulamalarına ağırlık verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. French'in (1995) araştırmasına göre; alkol ve madde bağımlılığının hastane temelli tedavisi diğer alternatif tedavilere göre daha maliyetlidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde madde bağımlılığı tedavileri, yüksek nüks oranlarından dolayı genellikle yetersiz veya etkisiz olarak görülmektedir (McLellan ve diğ., 2000). Bunun yanında arındırma işlemi tamamlanmış 186 alkol bağımlısıyla yapılan bir çalışmada, tedavi sonrası bir sosyal ağa (en az bir temiz ve ayık bireyin olduğu) katılmış bağımlıların, 2 yıl boyunca alkolden uzak durma sürelerinde % 27'lik bir artış olduğu bildirilmiştir (Litt ve diğ., 2009). Dolayısıyla alkol ya da madde kullanan birey

arındırma sonrası sosyal tedavi programına dâhil olmadığında geriye dönme ihtimali daha yüksek olmaktadır. ABD Boston Tıp Merkezi'nde hastaneye gelen genel tıbbi hastaların %17'sinde madde kullanım bozukluğu olduğu ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların 30 gün içinde tekrar hastaneye başvurma durumlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Walley ve diğ., 2012). Sosyal etkileşimin yoğun olduğu 6 aylık terapötik grup çalışmalarına katılan bağımlılar, kullanıcı kimliğinden iyileşme/kurtulma kimliğine geçiş yapmakta ve yaşam memnuniyetleri artmaktadır (Dingle ve diğ., 2015). Araştırmalar sosyal bağlantıyı ve sosyal grup üyeliğinin kalitesini iyileştirmenin sağlığı ve refahı arttırdığını göstermektedir (Sani, 2012; Berkman ve diğ., 2000). Tüm bu araştırma sonuçları sağlığın sosyal boyutunun ihmal edilmemesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada; profesyonel meslek elemanlarının ve eski kullanıcıların da yer aldığı sivil toplum kuruluşları tarafından bağımlılık sosyal tedavi merkezleri açılması gerektiği vurgulanmıştır. Avrupa ülkelerinde yaygın olarak terapötik topluluk anlayışı çerçevesinde sivil toplum kuruluşları tarafından klinik sonrası aşamalı sosyal tedavi programları uygulamaktadır (Gökçearslan-Çifci ve Polat-Uluocak, 2010). Maddenin birey için anlamı ve sosyal işlevi anlaşılmadan tedavide başarı sağlamak mümkün değildir. Kaya-Kılıç'ın (2015) araştırmasına göre; devlete bağlı bağımlılık tedavi merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının %58,8'i çalıştıkları kurumda hizmet verdikleri bağımlı birey ve ailesi ile sorun yaşadıklarını; bu sorunların bağımlı bireyin tedaviye uyum göstermemesinden (%48,5), ailenin tedavi sürecinde bireye ve ekibe destek olmamasından (%32,4) ve tedavi hizmeti alan bireyin sağlık çalışanlarına yönelik sert davranışlarından (%16,2) kaynaklandığını belirtmişlerdir. Tedavinin başarısız olmasının en sık nedenleri ise tedaviyi yarıda bırakma, tedaviye katılımda ve kalma süresinde yetersizlik, nükste artma, tedaviye hazır olmama ya da motivasyon eksikliği olarak tespit edilmiştir (DiClemente ve diğ., 1999; Evren ve diğ., 2006). Tedavi motivasyonunun sağlanması ve sürdürülmesinde tedavi ortamının psikososyal iklimi son derece etkili olmaktadır. Resmi olarak yapılandırılmış tedavi merkezlerine erişimin zor olması, resmi prosedürlerinin karmaşıklığı ve esnek olmayan yapısı gibi etkenler birçok bağımlının tedaviye başlamasını geciktirmekte ya da yarıda bırakmasına neden olmaktadır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada madde bağımlılığının nedenleri, tedavi ve rehabilitasyonuna ilişkin uzmanların görüşleri nitel yaklaşımla ele alındığı için genellenebilir sonuçlar yerine konu hakkında derinlemesine anlayış sağlayacak fikirlere ulaşılmıştır. Katılımcıların görüşleri doğrultusunda oluşturulan temalarda; madde bağımlılığına neden olan risk faktörlerinin birey, aile, sosyal çevre, bu alanda sunulan imkân ve fırsatların yetersizliğinden kaynaklanan, bireye özgü karmaşık bir yapısı olduğu anlaşılmıştır. İşlevsel olmayan aile yapısı ve olumsuz rol model olan akran grubunun etkisi, sosyal tedavi çalışmalarının daha çok bu alanlara yoğunlaştırılması gerektiğini göstermiştir. Göç, çarpık kentleşme, işsizlik gibi sorunların ortaya çıkardığı sosyal anomi toplumsal kontrol mekanizmalarını zayıflatmış, aile yapısında bozulmalara neden olmuş ve bireyleri yalnızlaştırmıştır. Kent yaşamında sosyal dayanaklardan yoksun kalan birey ve aile profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadır. Sosyal hizmet müdahale yaklaşımı açısından bakıldığında bağımlılığın hem önlenmesi, hem de tedavisinde birey ve ailelerle sosyal hizmet uygulamalarına ağırlık verilmesinin zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada madde bağımlılığının tıbbi tedavisinin sadece arındırma (detoksifikasyon) aşamasında etkili olduğu, tedavi öncesi ve sonrasında psikososyal hizmetlerin, sosyal tedavi ve rehabilitasyon programlarının devreye girmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır. Tıbbi tedavide madde zehirlenmesi ya da maddeyi bırakma sonrası ortaya çıkan yoksunluk belirtileri kontrol altına alınmaya çalışılmakta, maddenin bırakılması sonrası oluşan boşluğun nasıl doldurulacağıyla ilgili yeterli planlama yapılmamaktadır. Madde bağımlılığı bireysel sorunlar yanında sosyal sorunlara da yol açtığı için bütüncül tedavi, tüm sosyal aktörlerin işbirliği yapmasını gerekli kılmaktadır. Bu alanda devletle işbirliği içinde çalışmalar yapacak sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimlerin güçlendirilmesi, yerele özgü politika ve programların geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada madde bağımlısı bireylerin motivasyonel görüşmelerle desteklendiği, yeni sosyal ağlar inşa etmesine olanak sağlandığı, iş ve meslek sahibi olma fırsatının sunulduğu, yerel yönetimlerin ve sivil toplum kuruluşlarının aktif rol aldığı yeni sosyal tedavi merkezlerine ihtiyaç duyulduğu ortaya çıkmıştır. Bağımlılık davranışından uzak durmaya çalışan bireyler, irade ve motivasyonu etkileyecek özsaygı ve özyeterlik düzeyinin düşük olması gibi psikolojik engellerle karşılaşmaktadırlar (Frings ve Albery, 2015). Arınma sonrası bireyin maddeden uzak durmasını sağlamak, maddenin oluşturduğu boşluğu dolduracak sosyal ağların sayısı ve sıklığını arttırmakla mümkündür. Çünkü yüksek düzeyde sosyal sermaye, madde kullanım bozukluğu ve depresyonun tedavisini kolaylaştırmaktadır (Winstanleya ve diğ., 2008). Bireyin var olan sosyal ağlarının güçlendirildiği, kendi kendine yardım grupları gibi yeni sosyal destek mekanizmalarının oluşturulduğu, davranışsal beceriler kazandıracak grup çalışmalarının yapıldığı, mesleki eğitim alma olanağının sağlandığı biyopsikososyal modele dayalı yeni sosyal tedavi ve rehabilitasyon merkezleri oluşturulmalıdır. Sağlığın sosyal boyutu ihmal edildiğinde bağımlılığın kısır döngü içinde çözümsüzlüğe doğru sürüklendiği birçok araştırma tarafından ortaya konulmaktadır. Bu nedenle; bağımlılara ya da diğer psikiyatri hastalıklarına uygulanan sosyal tedavi ve rehabilitasyon programları tedavi hizmetleri kapsamına alınmalı ve sosyal güvenlik kurumu tarafından finanse edilmesi sağlanmalıdır.

Sosyal tedavi kapsamında madde bağımlılarının alışkanlıklarında değişim oluşturacak ve yeni başa çıkma becerileri kazanmalarını sağlayacak psikoeğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda yapılmış birçok deneysel çalışma bulunmaktadır. Örneğin; bilinçli farkındalık ve meditasyon programlarına katılan madde bağımlılarının alkol ve madde kullanımlarında düşüşler yaşandığı, madde kullanımına bağlı psikiyatrik belirtilerde azalma olduğu bulunmuştur (Bowen ve diğ., 2006). Bu kapsamda toplumun kültürel yapısına uygun, katılımcıların bireysel özelliklerini dikkate alan yapılandırılmış psikoeğitsel grup çalışmaları planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Bu çalışmada okullarda madde bağımlılığıyla mücadele konusunda daha etkin çalışmalar yapılması gerektiği sonucuna da ulaşılmıştır. Okullar her yaşta bireyin dâhil olduğu, öğrenmenin yanında sosyalleşmenin de sağlandığı temel eğitim kurumlarıdır. Bireyin yaşam döngüsünde kritik bir gelişim evresi olarak kabul edilen ergenlik dönemi yetişkin yaşamına uyum sağlamanın yanında riskli deneyimlere açık olma özelliği de taşımaktadır. Madde kötüye kullanımı gibi riskli davranışlardan çocukları ve gençleri korumak ya da müdahale etmek için aile ve sosyal çevre boyutuyla çalışmalar yapılmasına olanak sağlayacak okul sosyal hizmeti uygulamasının başlatılmasında yarar görülmektedir.

Madde bağımlılığıyla mücadele stratejileri erken uyarı ve müdahale alanı olmak üzere iki temel alan üzerinden planlanmaktadır. Türkiye’de diğer sosyal sorunlarda olduğu gibi madde bağımlılığıyla ilgili de erken uyarı alanında yapılandırılmış herhangi bir sistem bulunmamaktadır. Bu konuda sorunu bütüncül bir şekilde kavrama adına yerel düzeyde üniversitelerle işbirliği içinde bilimsel saha araştırmaları yapılmalı, araştırma verilerine dayalı olarak eylem planları hazırlanmalı ve kurumlar arası koordinasyon sağlanarak korucu-önleyici ve müdahaleye yönelik hizmetler sunulmalıdır.

### **Araştırmaya İlişkin Etik Bilgiler**

Bu çalışma kapsamında gerçekleştirilen araştırma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’nun 21.02.2020 tarih ve 2020/3 sayılı Etik Kurul Değerlendirme Raporu ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

### **KAYNAKLAR**

- Abedi, B., Reardon, S., Winters, K. C., & Lee, S. (2019). Long-term outcome of a brief intervention to address adolescent drug abuse in a school setting. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 28(2), 132-141.
- Altuner, D., Engin, N., Gürer, C., Akyay, İ., & Akgül, A. (2009). Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 87-94.

- Asan, O., Tıkır, B., Okay, I. T., & Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Aslan, A., Arıca, O. T., & Karadaşlı, B. (2019). Madde kullanan hükümlü bireylerin algıladıkları sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 20(1), 1-11.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107-118.
- Berg, B. L., & Lune, H. (2015). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Konya: Eğitim Yayınevi.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Bilici, R., Karakaş-Uğurlu, G., Tufan, E., Güven, T., & Uğurlu, M. (2012). Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4), 223-227.
- Borsos, D. (2009). Addiction, models of. G. L. Fisher, & N. A. Roget içinde, *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment and recovery* (s. 10-14). California: Sage Publications.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2005;18:32-38, 18(1), 32-38.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343-347.
- Brunovskis, A., & Surtees, R. (2008). Agency or illness-the conceptualization of trafficking: Victims' choices and behaviors in the assistance system. *Gender, Technology and Development*, 12(1), 53-76.
- Creswell, J. W. (2013). *Nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Crum, R. M., Lillie-Blanton, M., & Anthony, J. C. (1996). Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 43(3), 155-161.
- DiClemente, C. C. (2016). *Bağımlılık ve değişim*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- DiClemente, C. C., Bellino, L., & Neavins, T. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research&Health*, 23, 86-92.
- Dingle, G. A., Stark, C., Cruwys, T., & Best, D. (2015). Breaking good: Breaking ties with social groups may be good for recovery from substance misuse. *British Journal of Social Psychology*, 54, 236-254.
- EMG. (2014). *EMCDDA 2014 ulusal raporu: Türkiye yeni gelişmeler, trendler, seçilmiş konular*. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü.
- Erkan, R., & Erdoğan, M. Y. (2006). Göç ve çocuk suçluluğu. *Aile ve Toplum*, 3(9), 79-90.
- Ertüzün, E., Koçak-Uyaroğlu, A., Demirel, B., & Koçak, E. (2016). Boş zaman aktivitelerinin madde bağımlılığı sürecindeki rolüne ilişkin nitel bir çalışma. *Spor Bilimleri Dergisi*, 27(2), 49-58.
- Erükçü-Akbaş, G., & Mutlu, E. (2016). Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 1-33.
- Evren, C., Kural, S., & Erkiran, M. (2006). Antisocial personality disorder in Turkish substance dependent patients and its relationship with anxiety, depression and a history of childhood abuse. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(1), 40-46.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B., Çakmak, D., & Ryan, R. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 117-122.
- French, M. T. (1995). Economic evaluation of drug abuse treatment programs: Methodology and findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(1), 111-135.
- Frings, D., & Albery, I. P. (2015). The social identity model of cessation maintenance: Formulation and initial evidence. *Addictive Behaviors*, 44, 35-42.
- Gökçearslan-Çifci, E., & Polat-Uluocak, G. (2010). Almanya'da madde bağımlısı çocuk ve gençlere yönelik bir rehabilitasyon modeli: PARCEVAL. *Kriz Dergisi*, 18(2), 11-18.
- Gökler, R., & Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 89-104.

- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191-197.
- Gurbuz, S., Yildiz, M., Lo, C., & Solakoglu, O. (2019). Drug-using behaviors of turkish armed forces service members: a social control perspective. *Military Behavioral Health, 7*, 1-10.
- Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(4), 448-460.
- Günşen-İçli, T. (2009). *Çocuk suç ve sokak*. Ankara: ASAGEM.
- Hattenschwiler, J., Ruesch, P., & Modestin, J. (2001). Comparison of four groups of substance-abusing in-patients with different psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*(1), 59-65.
- Hyman, S. E. (2005). Addiction: A disease of learning and memory. *Am J Psychiatry, 162*(8), 1414-1422.
- Karataş, Z. (2019). Denetimli serbestlik yükümlüsü olarak madde kullanım bozukluğu olan bireyler. M. Kırhoğlu & H. H. Tekin içinde *Güncel Sosyal Hizmet Çalışmaları* (s. 99-115). Konya: Çizgi Kitabevi.
- Karataş, Z. (2020). Madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerin sorunlarının açıklanmasında aile işlevleri ve çeşitli demografik değişkenlerin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 31*(1), 70-105.
- Kaya-Kılıç, A. (2015). Madde bağımlılık tedavi merkezinde görevli sağlık personelinin çalışma koşullarının belirlenmesi: İstanbul Örneği. *Sağlık ve Toplum, 25*(2), 34-45.
- Köse, E. Ö., Gül, Ş., & Keskin, B. (2017). Ortaöğretim öğrencilerinin madde bağımlılığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi, 18*(1), 8-15.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G., & Neale, J. (2015). *Anormal psikoloji*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kuş, E. (2012). *Nitel nitel araştırma teknikleri*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kümbetoğlu, B. (2005). *Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing network support for drinking: Network support project two-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 229-242.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigmarelated to substance use disorders: A systematic review. *Addiction, 107*(1), 39-50.
- March, J. C., Oviedo-Joekes, E., & Romero, M. (2006). Drugs and social exclusion in ten european cities. *European Addiction Research, 12*(1), 33-41.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., & O'Brien, C. P. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689-1695.
- Mutlu, E. (2018). Madde bağımlılığı ve insan evrimi. *Bağımlılık Dergisi, 19*(1), 17-22.
- Neuman, W. L. (2012). *Toplumsal araştırma yöntemleri: nicel ve nitel yaklaşımlar I-II. Cilt (5. Basım)*. İstanbul: Yayın Odası.
- Nieweglowski, K., Corrigan, P. W., Tyas, T., Tooley, A., Dubke, R., & Lara, J. (2017). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction Research & Theory, 26*(4), 323-329.
- Ögel, K. (2002). *Türkiye'de madde bağımlılığı*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Pak, M. D. (2018). Bağımlılık ve psikiyatrik sosyal hizmet. A. İ. Çoban, & S. A. Özden içinde, *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. (s. 227-245). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Paquette, K. L., Winn, L. A., Wilkey, C. M., Ferreira, K. N., & Donegan, L. R. (2019). A Framework for integrating young peers in recovery into adolescent substance use prevention and early intervention. *Addictive Behaviors, 99*, 1-6.
- Polat, G. (2014). Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi, 30*(2), 143-148.
- Polat, G. (2015). Madde bağımlısı ergenlerin, tedavi sonrası toplumla yeniden bütünleşme deneyimleri: nitel bir araştırma. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 9*(4), 158-169.
- Resmi Gazete. (2019). Bağımlılık danışma arındırma ve rehabilitasyon merkezleri hakkında yönetmelik, 10.03.2019 tarih ve 30710 sayılı Resmi Gazete.



- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2013)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sani, F. (2012 ). Group identification, social relationships, and health. J. Jetten, C. Haslam, & A. Haslam içinde, *Social Cure: Identity, Health and Well-being* (s. 21-37). London: Taylor and Francis.
- Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, 119-126.
- Savaşan, A., Engin, E., & Ayakdaş, D. (2013). Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 75-79.
- Shoemaker, D. J. (2009). *Juvenile delinquency*. New York: Rowman & Littlefield Publishers.
- Silverman, D. (2018). *Nitel Verileri Yorumlama*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Straussner, S. (2004). Assessment and treatment of clients with alcohol and other drug abuse problems: An overview. S. L. Straussner içinde, *Clinical Work with Substance-Abusing Clients* (s. 3-36). New York: The Guildford Press.
- Şimşek, M., Aktürk, İ., Dinç, M., Işık, S. ve Ögel, K. (2019). Bir bağımlılık danışma merkezinde uygulanan tedavi programına yönelik etkililik değerlendirmesi: YEDAM Örneği. *The Turkish Journal On Addictions*, 6(3), 797-819.
- Tai, B., & Volkow, N. D. (2013). Treatment for substance use disorder: Opportunities and challenges under the affordable care act. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 165-174.
- Tarhan, N., & Nurmedov, S. (2011). *Bağımlılık: Sanal ve gerçek*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tezcan, E., & Altın, D. (2017). Madde bağımlılarında psikolojik müdahaleler. E. Şenol-Durak, & M. Durak içinde, *Adli Psikolojide Psikolojik Tedavi ve Reabilitasyon* (s. 133-152). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Thombs, D. L. (2006). *Introduction to addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- UNODC. (2018). *Global overview of drug demand and supply: latest trends, cross-cutting issues*. Vienna: United Nations Publication.
- Uzbay, T. (2018). *Hazdan bağımlılığa: İnsan neden bağımlı olur?* İstanbul: Destek Yayınları.
- Uzun, S., & Kelleci, M. (2018). Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı: madde bağımlılığından korunma konusundaki öz yeterlikleri ve ilişkili faktörler. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(4), 356-363.
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Walley, A. Y., Paasche-Orlow, M., Lee, E. C., Forsythe, S., Chetty, V. K., Mitchell, S., & Jack, B. W. (2012). Acute care hospital utilization among medical inpatients discharged with a substance use disorder diagnosis. *American Society of Addiction Medicine*, 6(1), 50-56.
- Winstanley, E. L., Steinwachs, D. M., Ensminger, M. E., Latkinc, C. A., Stitzer, M. L., & Olsen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and acc. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 173-182.
- Yalçın, M., Eşsizoglu, A., Akkoç, H., Yaşan, A., & Gürgen, F. (2009). Dicle Üniversitesi öğrencilerinde madde kullanımını belirleyen risk faktörleri. *Klinik Psikiyatri*, 12, 125-133.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (6. Baskı)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

## Extended Abstract

Generally, the term dependence is defined as self-injurious behavior involving pharmacological components. Today, however, its meaning has been expanded to include pleasurable and repetitive behavioral addiction difficult to stop (DiClemente, 2016). Substance dependence is defined as a brain disease characterized by some behavioral disorders and a desire to take drugs on a regular or periodic basis in order to have the pleasurable effects of the substance affecting the brain or to avoid the disturbance caused by its absence". As can be understood from the definition, substances that cause addiction have a chemical quality and directly affect the brain and cause behavioral disorders (Uzbay, 2018). Drug addiction and substance abuse categories in DSM-V have been combined and diagnostic criteria for both disorders have been listed under the diagnosis of "substance use disorders" (Güleç et

al., 2015). Substance use disorder includes certain substances such as alcohol, amphetamine, cannabis, cocaine, hallucinogens, inhalants, morphine derivatives, sedatives, and hypnotic, anxiolytic and tobacco products. After being obtained by natural or synthetic way, these substances have a narcotic or stimulatory effect upon ingestion. Addiction occurs within the components of individual, family, social environment and drug / stimulant. The negative interaction between these components increases the risk of substance use. However, it will be lacking to state that the risks alone direct the individual to substance use. The main reason is the lack of or insufficient protective factors, together with the presence of risks. Various factors such as growing up in the absence of protective factors, in other words, in a family without healthy functions and far away from a sense of belonging and loyalty, not having supportive school and peer relationships, living in a social environment that normalizes the drug and having compelling personality characteristics increase the risk of substance use (Ögel, 2002). The biopsychosocial model explains addiction within the framework of biological, psychological and social factors. It is affected by personality traits such as biologically and psychologically high anxiety, depression, emotional variability, impulsivity, low self-image, frustration and low tolerance to stress as well as heredity and mental disorders. In the social aspect, the factors such as low socioeconomic level of the individual and his / her family, the consent given by the environment in which he / she is involved to substance use and the easy access to substance, and being involved in the subculture formed by a risky peer group constitute a risk for substance abuse. Therefore, substance abuse and addiction result from a combination of personality dynamics and biochemical, genetic, familial, environmental and cultural factors (Straussner, 2004). Treatment of drug addiction starts with medical emergency assistance and continues with drug treatment, psychosocial intervention and rehabilitation. The greatest risk in the treatment of addiction is the recurrent relapse (restart) behavior due to the fact that the individual cannot return to his/her healthy and functional life roles and get back the processes related to social learning and conditioning (Hyman, 2005). In order to prevent recurrence, local administrations, non-governmental organizations and social services should collaborate on social treatment programs. The main purpose of social treatment is to help drug addicts to regain their lost social roles and social functionality and to provide them with a healthy life free of substance (Savaşan, 2010). The most needed support for drug addicts after treatment is integration into society. Community reintegration includes interventions to help an individual become a full member of society through education, work, housing and social relations. Social integration is made possible through a series of social service intervention activities, such as strengthening individuals' existing social networks, guiding them to get a job, creating supportive working environments, and developing their skills to cope with the difficulties in life (Polat, 2014). In this study, it is aimed to evaluate the risk factors affecting substance addiction, how to prevent addiction and how to provide social treatment and rehabilitation in accordance with the opinions and experiences of experts. Qualitative research method was preferred in order to allow participants with theoretical background and practical experience to use their subjective perspectives freely. Through the qualitative method, the aim was to understand how substance addiction is interpreted by those who have experience and what kind of suggestions are presented to the problems arising from this phenomenon. The study group of the study was determined using purposeful sampling method and maximum diversity technique. A focus group study of 3 sessions was conducted with 26 participants consisting of academicians, practitioners and volunteers conducting studies on substance abuse in Turkey and abroad. The qualitative data analysis program NVivo 12 was employed in the analysis of the data obtained from the participants and content analysis technique was used to identify common themes and small meaning sets in the participants' views (Berg & Lune, 2015). The statements of the participants who shared their views on the causes, prevention, and social treatment and rehabilitation of substance addiction were coded around common concepts and classified under 6 sub-themes and 2 main themes. According to the themes created in

line with the opinions of the participants, it is understood that the risk factors causing substance addiction have a complex structure specific to the individual stemming from the individual, family, social environment and the insufficiency of the opportunities offered in these mentioned areas. The effect of non-functional family structure and the peer group that is a negative role model shows that social treatment studies should focus more on these areas. The findings of this study are expected to contribute to the studies on modeling protective and preventive services, social treatment and rehabilitation programs in the fight against drug addiction.