



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**BELEDİYE MADDE BAĞIMLILIĞI MERKEZLERİNİN
ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

M. Ozan YILDIZ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. ARZU İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Ankara, 2018



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih 31/05/ 2018

Öğrencinin Adı, Soyadı: Mustafa Ozan Yıldız

Öğrencinin Numarası: 21410061

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Programı: Sosyal Hizmet

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Arzu İçağasioğlu Çoban


Tez Başlığı: Belediye Madde Bağımlılığı Merkezlerinin Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 137. sayfalık kısmına ilişkin, 31/05/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 11'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

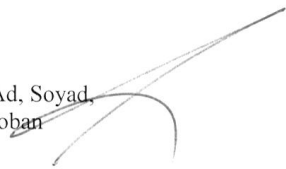
1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası: 

Onay

19/07/ 2018

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,
Prof. Dr. Arzu İçağasioğlu Çoban 

KABUL VE ONAY SAYFASI

Mustafa Ozan Yıldız tarafından hazırlanan “**Belediye Madde Bağımlılığı Merkezlerinin Çalışmalarının Değerlendirilmesi**” adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul (sınav) Tarihi:16/07/2018

(Jüri Üyesinin Unvanı, Adı-Soyadı ve Kurumu):

Jüri Üyesi :Prof.Dr. Arzu İçağasıoğlu Çoban (Danışman)

Jüri Üyesi :Doç.Dr. Gonca Polat

Jüri Üyesi : Öğr.Gör.Dr. Bülent İlik

Başkent Üniversitesi

Ankara Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

İmza



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

...../...../20....

Prof. Dr. İpek Kalemci Tüzün

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

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

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Başkent Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

M. Ozan Yıldız

TEŞEKKÜR

Jüri üyesi olarak yaptıkları katkılar için değerli hocalarım, Doç. Dr. Gonca POLAT' a ve yine jüri üyesi olarak yaptığı katkının yanında, tez sürecimin fitilini ateşleyen 2009-2014 yılları arası Başkent Üniversitesi'nde, daha sonrasında alanda bıkmadan usanmadan gayri resmi süpervizörlük yapan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer Hocam Dr. Bülent İLİK' e

Araştırmanın başlangıcından bugüne kadar geçen süre içerisinde desteğini esirgemeyen, mesleki ilgi alanıma girecek bir konuda çalışma yapmam konusunda beni cesaretlendiren, sevgili Hocam, meslektaşım ve tez danışmanım Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN' a,

Mesleki ve sosyal hayatımda her zaman yolumu aydınlatan, çok değerli meslek büyüğüm, üstadım, saygıdeğer Hocam Doç. Dr. Ertan KAHRAMANOĞLU' na

Alana olan ilgim başladığı günden bu yana akademik yayınlarını takip ederek ilham aldığım, 2016 yılında tanışma fırsatı bulduğum ve kendisinden eğitim alma şansına eriştiğim, iki yıllık süreçte yürüttüğüm çalışmalarımın kritik noktalarında değerlendirmelerini, eleştirilerini ve yönlendirmelerini esirgemeyen çok değerli Hocam Prof. Dr. Kültegin ÖGEL' e

Ankara Numune Hastanesi AMATEM Kliniğinde yaptığım stajım boyunca ve sonrasında, alana ilişkin bilgi, birikim ve tecrübesini hiçbir zaman esirgemeyen, eski staj danışmanım, meslek büyüğüm Sosyal Hizmet Uzmanı Ercan MUTLU' ya

Sancılı geçen çalışmaya başlama sürecimde beni motive eden desteğini ve enerjisini esirgemeyen yükümü hafifletmek için çabalayan, şefim, iş arkadaşım, sevgili ablam İlknur GÜNDÜZ' e ve tez sürecimin her anında desteğini bir an olsun esirgemeyen, tüm enerjisini beni motive etmeye harcayan, yardımcı araştırmacı, sevgili okul ve iş arkadaşım Elif Berfin YILDIZ' a

Araştırma sürecimde beni uzun süre ağırlayan, destek olan sevgili teyzem Devrim DOĞANCI' ya,

Araştırma sürecimi minimum zorlukla atlatmamı sağlayan meslek büyüklerim ve idarecilerim Dr. Nilay OĞULTÜRK ve Nuran DUMAN' a

Araştırma verilerinin toplanması sürecinde, araştırmama katılarak benimle görüşlerini, beklentilerini ve önerilerini paylaşan tüm katılımcılara tek tek teşekkür ederim.

ve son olarak;

Hayatımda sahip olduğum maddi manevi her şeyi borçlu olduğumu düşündüğüm, beni alana yönlendiren idolüm, meslek büyüğüm, Sevgili Babam Sosyal Hizmet Uzmanı Turgut YILDIZ' a

Hayatını bizim için yaşayan, kendini ailesine adayan, en güzel manevi duygularımın kaynağı, öğretmenliğini hiçbir zaman bitirmeyen ilk öğretmenim sevgili annem Duduhan YILDIZ' a

Her açıdan geleceğe umutla bakmamı sağlayan, bu çalışma basıldığı zaman meslektaşım olacak, bu ve bunun gibi çalışmaların üzerine koyarak devam edeceğine inandığım, kendisiyle her zaman gurur duyduğum kardeşim Sosyal Hizmet Uzmanı Öykü YILDIZ' a
Tez sürecimin başından sonuna kadar her saniyesini benimle birlikte yaşayan, yardımını istediğimde bir kere bile düşünmeden koşan, tez çalışmamı, kendi hayatının bile önüne koyan ve asla yalnız yürümeyeceğimi bana gösteren, yol arkadaşım Aslı GÜRBÜZ' e

Kısacası tüm aileme...

Gönülden teşekkürlerimi sunuyorum, iyi ki varsınız.

Şimdi ve gelecekteki aileme...

ÖZET

YILDIZ, Mustafa Ozan

Belediye Madde Bağımlılığı Merkezlerinin Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Madde bağımlılığı ve sonuçları, insan sağlığını olumsuz etkileyen birçok durumun aksine, sadece madde bağımlısı kişiyi etkilemez. Madde bağımlılığı, bir halk sağlığı sorunu ve sonuçları toplumun her tabakasına etki eden, toplumsal bir olgudur. Bu sebeple madde kullanan kişilerin yalnızca bireysel tedavi görmesi sorunun çözümü için yeterli değildir. Madde kullanımını azaltacak hizmetler kadar koruyucu önleyici çalışmalar da en az tedavi kadar önem arz etmektedir.

Son yıllarda Ülkemizde ve dünya genelinde madde kullanım oranlarında gözle görülür artış olduğu yapılan araştırmalarda açıkça görülmektedir. Bu artış ile doğru orantılı olarak, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde de artış olması gereklilik haline gelmiştir. Ülkemizde madde bağımlılığının tedavisinin yalnızca kamu hastaneleri tarafından yapılması birçok farklı nedene bağlı olarak, olanaklı değildir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışan hastanelerin AMATEM kliniklerinin yatak kapasiteleri, tedavi ihtiyacını karşılayamamaktadır. Alanda çalışacak nitelikli profesyonel elemanların sayıları yetersizdir. Özel madde bağımlılığı klinikleri ise maliyetli tedaviler uygulamaları sebebiyle, toplumun her kesimi tarafından tercih edilememektedir.

Belediyeler, yerel düzeyde hizmet veren kurumlar olması sebebiyle, vatandaşların en kolay ulaştığı kamu kurumu durumundadır. Belediyelerin görevleri yalnızca imar, alt yapı, ulaşım gibi fiziksel düzenlemeler ve lojistik işlerle sınırlı değildir. Özellikle son dönemde öne çıkan sosyal belediyecilik kavramı belediyelerin sosyal sorun alanlarında koruyucu önleyici, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri de yürütmekle yükümlü olduklarını ifade etmektedir. Belediyelerin, madde bağımlılığı sorunda da tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin desteklenmesi açısından özellikle gelecek yıllarda kilit rol oynaması muhtemeldir. Yatılı ve tıbbi tedavi uygulayan bir klinik kurmak, maliyeti olması sebebiyle, özellikle küçük ölçekli belediyeler açısından mümkün değildir. Fakat madde bağımlılığı tedavisi süreci, tıbbi tedavinin yanında önleyici çalışmaları ve psikososyal destek programlarını da içermektedir.

Bu çalışmanın amacı, ülkemizde son yıllarda gelişen, belediyeler düzeyinde yürütülmekte olan madde bağımlılığı rehabilitasyon hizmetlerinin, merkez çalışanları gözünden değerlendirilmesidir. Çalışmanın amacına uygun olarak araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü sırada, Türkiye’de belediyelere bağlı olarak gündüzlü hizmet veren toplam 11 merkez araştırmanın çalışma evrenini oluşturmuştur. Bu merkezlerden ikisi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma, 9 merkezde ve bu 9 merkezde çalışan toplam 16 personelle yürütülmüştür. Araştırmanın verileri 20 Aralık 2016-15 Ocak 2017 tarihleri arasında, yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Görüşmelerden önce her katılımcıdan sözlü onam alınmıştır. Katılımcıların tamamı ses kaydı alınmasına onay vermiştir. Ses kayıtları bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra biri sosyal hizmet uzmanı olmak üzere üç farklı kişi tarafından döne döne okuma yöntemi ile okunmuş ve veriler içerik çözümlemesine tabi tutularak temalar oluşturulmuştur.

Araştırmanın bulguları iki temel başlık altında verilmiştir. İlk bölümde belediyelerin madde bağımlılığı alanındaki hizmetlerinin neler olduğuna ilişkin veriler bulunmaktadır. İkinci bölümde ise merkez çalışanlarının merkezde verilen hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri yer almıştır. Temaların da işaret ettiği üzere, görüşülen çalışanların, alana ilişkin kişisel algıları, verilen hizmete ilişkin değerlendirmeleri ve yerel yönetim düzeyinde yürütülen çalışmalara ilişkin değerlendirmeleri tema olarak karşımıza çıkmıştır. Madde bağımlılığı gibi tedavi ve rehabilitasyonun zor olduğu bir alanda yerel yönetimlere bağlı olarak açılan merkezlerin, belli bir fiziksel ve hizmet standardının olmadığı, merkezlerin yerel yönetimlere bağlı olması nedeniyle çalışanların hizmet sunumu sırasında kimi zaman siyasi baskı ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Ancak katılımcılar, ülkemizdeki madde bağımlılığı hizmetlerinin, sınırlı sayıda olması nedeniyle yerel yönetimlerde bu hizmetlerin verilmesinin, hizmetlerin ulaşılabilirliğini arttırması sebebiyle önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu açıdan, yerel yönetim hizmetlerinin avantajlarının, dezavantajlarından fazla olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Madde bağımlılığının tedavisi sürecinin uzun ve kapsamlı olduğunu bu nedenle, tıbbi tedavi ve sosyal rehabilitasyonun mutlaka birlikte yürütülmesinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar yüksek iş doyumu yaşadıklarını da belirtmelerine karşın, yerel yönetimlerin alana ilişkin uyguladığı düşük ücret politikalarından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Merkezlerin hiçbirinde sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmediği görölmüştür. Oysa gerek nedenleri gerekse sonuçları açısından madde bağımlılığı alanı sosyal hizmetin işlevlerinin önemli olduğu bir alandır.

Bu araştırmanın, yerel yönetimler düzeyinde oluşturulacak, madde bağımlılığı rehabilitasyon hizmet modeli geliştirme çalışmalarına ışık tutması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Madde bağımlılığı, yerel yönetim, sosyal hizmet

ABSTRACT

YILDIZ, Mustafa Ozan. Assessment of Substance Abuse

Assessment of the Work of Municipal Substance Abuse Centers

Postgraduate Thesis, Ankara, 2017.

Substance-addiction and its consequences, unlike many diseases that negatively affect human health, do not only affect the substance addict.

Substance dependence is a public health issue and a social fact that affects every layer of the society. For this reason, only individual treatment of substance users is not sufficient to solve the problem. State policies to reduce the use of drugs and preventive measures are at least as important as treatment.

Researches clearly show that there has been a marked increase in substance use rates in our country and in the world in recent years. In line with this increase, there has also been a need to increase treatment and rehabilitation services. However, it is not possible for a single public hospital to respond to this need, depending on many different reasons. The bed capacities of the AMATEM clinics of the hospitals affiliated to the Ministry of Health can not meet the need for treatment. The number of qualified professionals to work on the field is insufficient. Private substance addiction clinics are not preferred by all segments of society because of costly treatments.

The municipalities are public institutions that citizens can access most easily because they are institutions that serve at the local level. The functions of the municipalities are not limited to physical arrangements such as reconstruction, infrastructure, transportation, and logistics. Especially the recent concept of social municipality expresses that municipalities are obliged to carry out preventive, rehabilitative services in social problem areas. The municipalities are also likely to play a key role in support of treatment and rehabilitation services, especially in the coming years, in the matter of drug addiction. It is not possible to establish a clinic that does hospitalization and medical treatment because of its cost, especially for small-scale municipalities. However, the substance abuse treatment process includes psychosocial support programs as well as medical treatment.

The aim of this study is to evaluate the treatment and rehabilitation services of substance dependence which is being carried out at the level of local governments developing in our country in recent years. Qualitative research method has been used in this research to suit the purpose of the study. A total of 11 centers providing daytime services during the time that the research is conducted constituted the universe of the research. Since two of these centers did not agree to participate in the survey, the study group consisted of 9 centers and a total of 16 personnel working in these 9 centers. The data of the study were collected from December 20, 2016 to January 15, 2017 through semi-structured, in-depth interviews. Verbal consent was obtained from each participant before the interviews. All of the participants approved the voice recording. After the voice recordings were transferred to the computer environment, they were read by three different people –one of whom is a social worker- using the return reading method and the themes were created by subjecting the data to content analysis.

The findings of the research are presented in two main themes. The first part contains data on what the municipal services are in the field of substance abuse. In the second part, employees' evaluations of services provided at the center are included. As the themes pointed out, the opinions of the interviewed professionals regarding their personal perceptions about the field, the evaluations of the services provided and the evaluations carried out at the level of local government were emerged as the theme. Substance dependence is a field where treatment and rehabilitation are difficult. Yet, in this field, it seems that the centers opened by local governments do not have a certain physical and service standard. Because centers are affiliated to local governments, it has been determined that occupational employees sometimes face political pressure while giving service. However, participants stated that the provision of these services in local governments is important because of the limited availability of drug addiction services in the country. In this respect, it has been suggested that the advantages of local government services are more than disadvantages. It has been also suggested that as the process of treatment of substance abuse is long and comprehensive, it is necessary to carry out medical treatment and social rehabilitation together. Participants also stated that they are experiencing high job satisfaction, but they are not satisfied with the low wage policies that local governments apply.

It is seen that social workers are not employed at any of these centers. However, in terms of its reasons and results, substance dependence is a field where the functions of social service are important. This research is expected to shed light on studies to develop drug addiction treatment and rehabilitation service model to be formed at the level of local administrations.

Key words: Substance dependence, local government, social work

İçindekiler

ORJİNALLİK RAPORU	ii
KABUL ONAY	iii
BİLDİRİM.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İTHAF SAYFASI.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xvii
BÖLÜM I.....	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Bağımlılığın Tanımı.....	1
1.1.1. Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri.....	2
1.1.2. Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	3
1.2. Türkiye’de Madde Bağımlılığı Politikası ve Alanında Yürütülen Çalışmalar	4
1.2.1. Önleme Çalışmaları	6
1.2.1.1. Talebin Azaltılmasına Yönelik Çalışmalar.....	6
1.2.1.2. Arzın Azaltılmasına Yönelik Çalışmalar.....	15
1.2.2. Müdahale Çalışmaları	16
1.2.2.1. Müdahale Çalışmaları Avrupa Örnekleri	17
1.2.2.2. AMATEMLER.....	21
1.2.2.2.1. Tıbbi Tedavi	23
1.2.2.2.2. Psikososyal Tedavi ve Sosyal Rehabilitasyon	23
1.2.2.3. Özel Bağımlılık Klinikleri.....	24
1.2.2.4. Yerel Yönetim Müdahale Çalışmaları.....	27
1.2.2.4.1. Belediye Merkezleri.....	29
1.2.2.4.2. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM).....	30
1.2.2.5. Kendine Yardım Grupları.....	30
1.2.2.5.1. Narkotik Anonimler (NA).....	33
1.3. Tedavide Kilit Unsurlar	34
1.3.1. Motivasyon.....	34
1.3.2. Stigmatizasyon	36
1.4. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Bütüncül Yaklaşımın Önemi	37
1.4.1. Türkiye’de Yerel Yönetim Hizmetlerinin Bütüncül Yaklaşım Çerçevesinde Değerlendirilmesi.....	38

1.4.2.	Bütüncül Yaklaşım Modelinde Sosyal Hizmet Müdahalesinin Yeri ve Önemi	40
1.5.	Araştırmanın Problemi.....	44
1.6.	Araştırmanın Amacı.....	45
1.7.	Araştırmanın Önemi	45
1.8.	Araştırmanın Sayıtlıları.....	46
1.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	46
1.10.	Tanımlar	46
BÖLÜM II.....		47
2.	YÖNTEM	47
2.1.	Araştırmanın Modeli.....	47
2.2.	Araştırmanın Katılımcıları	48
2.3.	Veri Toplama ve Verilerin Çözümlemesi Süreci.....	48
BÖLÜM III		50
3.	BULGULAR VE YORUM	50
3.1.	Belediye Merkezlerinin Madde Bağımlılığı Hizmetlerine İlişkin Bulgular	50
3.2.	Belediye Merkezleri Çalışanlarına İlişkin Bulgular	53
3.2.1.	Merkez Çalışanlarının Müracaatçılara İlişkin Düşünceleri	57
3.2.2.	Bağımlılıkta Bütüncül Yaklaşım: Tıbbi Tedavi Ve Sosyal Rehabilitasyon	58
3.2.3.	Kolay Ulaşılabilir Gösterişsiz Hizmet	61
3.2.4.	Bozulan Sistemi Onarmak Yerine, Bozulmasını Önlemek: Birincil Önleme Çalışmaları 63	
3.2.5.	Merkezlerde “Ex-User” Varlığı.....	67
3.2.6.	Önleme Çalışmaları: Arzın Azaltılması	72
3.2.7.	Personelin Verimini Artıracak Unsurlar: Eğitim Ve Süpervizyon	74
3.2.8.	Personelin Alana Yönelik Algıları: İş Doyumu.....	76
3.2.9.	Yerel Hizmetin Avantajları Ve Dezavantajları.....	78
BÖLÜM IV		85
4.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
4.1.	Sonuçlar	85
4.2.	Öneriler	87
4.2.1.	Merkezlerin İşleyişlerine ve Personel Özelliklerine İlişkin Öneriler	87
4.2.2.	Merkezlerde Verilen Hizmetlere İlişkin Öneriler	87
4.2.3.	Madde Bağımlılığının Önlenmesine İlişkin Makro Düzeyde Öneriler	88
KAYNAKÇA		90
EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu		99

Ek-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	100
Ek-3. Görüşme Örneği	102

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye’de Madde Bağımlılığının Yaygınlığı Konusunda Yapılan Çalışmalar	4
Tablo 2 Türkiye’de Yürütülen Madde Bağımlılığı Önleme Çalışmaları	8
Tablo 3: 2016 yılında Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattında Bilgilendirme Yapılan Konular ve Sayıları	14
Tablo 4: Ayaktan ve Yatılı Tedavi Merkezi Sayıları ve Yatak Kapasiteleri	22
Tablo 5 Erişkin ve Çocuk Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri	25
Tablo 6: Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Eylem Planı 2016-2018’de Yer Alan Yerel Yönetimlere İlişkin Kararlar.....	28
Tablo 7: Merkezlerin Temel Özelliklerine İlişkin Bulgular	50
Tablo 8: Katılımcılara İlişkin Sosyo-Demografik Bilgiler.....	53
Tablo 9: Exuser Tanıtıcı Bilgiler	68

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Bağımlılığın Tanımı

Bağımlı kavramı, başka bir şeyin istemine, gücüne veya yardımına bağlı olan, özgürlüğü, özerkliği olmayan, tabi veya bir kimseye veya şeye maddi veya manevi yönden aşırı bağlı olan anlamı taşımaktadır.

Madde bağımlılığı kavramı ise bağımlılık durumunun, psikoaktif maddeler üzerine geliştirilmesi olarak adlandırılabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığı kavramını; kişinin vücudunun işlevlerini ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyen maddeler kullanması ve görmüş olduğu zararı gözetmeksizin kullanımın önüne geçememesi, ilerleyen süreçlerde kullanım miktarını artırması ve kullanıma ara verilmesi ile birlikte yoksunluk belirtileri yaşaması olarak tanımlamıştır.¹

Tıbbi literatürde madde bağımlılığı kavramına bakış ve açıklama biçimleri değişiklik göstermiştir. İlk 1952 yılında yayınlanan DSM' de madde kullanımı ile ilgili, geniş ve açıklayıcı bir bilgi bulunmamaktadır. Sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında incelenmiştir. DSM-2 1968 yılında yayınlanmış fakat ilk yayına nazaran bazı konularda değişiklik içeren ikinci yayım, aradan 16 yıl geçmesine rağmen “madde bağımlılığı” kavramına, ilk yayımın ötesinde bir açıklama getirememiştir. 1980 yılında ise DSM-3'ünyayınlanması ile birçok tıbbi kavram ve tanı değişiklik göstermiştir. “Madde bağımlılığı” kavramı ve “madde kötüye kullanımı” arasında ki fark ilk kez DSM-3' ta vurgulanmıştır. Bir kişiye madde bağımlısı diyebilmek için kişide fizyolojik belirtilerin olması gerektiği koşulu ortaya konulmuştur. DSM-3 ile birlikte tıbbi literatüre giren madde bağımlılığı kavramı, devam eden süreçte daha da derinlemesine incelenmiş ve birçok farklı araştırmanın konusu olmuştur. DSM-4 1994 yılında yayınlanmıştır. Madde kötüye kullanımı, madde bağımlılığına giden süreçte bir geçiş ve bir başlangıç noktası olarak ifade edilmiştir. Bir başka deyişle, iki kavram arasında hiyerarşik bir yapı olduğu açıklanmıştır. Yoksunluk ve tolerans kavramları ise, madde bağımlılığı tanısı konulmasında şart olmaktan çıkarılmıştır. Ayrıca madde kullanım bozukluğu ve madde kullanmanın yol açtığı bozukluklar iki ayrı başlık halinde incelenmiş ve kategorize edilmiştir(Güleç 2015).

¹ World Health Organization Web Page, Aralık 2018,<http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/>

1.1.1. Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

DSM-5 ile birlikte, madde bağımlılığı kavramı yerini “madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları” kavramına bırakmıştır. Bağımlılık bozuklukları kavramı ile birlikte, konunun kapsamı da genişlemiş ve literatürde eylemsel bağımlılıklar arasında gösterilen “kumar bağımlılığı” gibi kavramlara da değinilmiştir. Madde ile ilişkili bozukluklar bölümü ise temelde on ayrı maddeyi kapsar. Kenevir (kannabis), alkol, kafein, hallüsinojenler (varsandırınlar) (fensiklidin [ya da etkili arilsikloheksilaminler], uçucular (inhalanlar), opiyatlar, dinginleştirici, uyku verici ve kaygı gidericiler (sedatif hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar, (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar) tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeler. Bu on farklı maddeyi ve hatta kumar bağımlılığını birbirinden ayırmak çok mümkün değildir. Aşırı ölçülerde alınan her madde, beyinin ödül mekanizmasını bozar, yinelendikçe pekişir ve anılar yolu ile ödül dizgesi oluşur. Ödül mekanizmasının bozulmasının en belirgin ve olumsuz sonucu ise günlük hayata ilişkin etkinliklerin geri plana atılmasıdır. Kumar bağımlılığı da bu maddelerden farklı değildir, direk olarak beynin ödül mekanizmasına etki eder.

DSM-5 her maddenin kendine özgü özelliklerini vurgulamak, daha sağlıklı tanı koymak ve dolayısıyla daha spesifik bir tedavi programı oluşturmak amacı ile her madde için birbiriyle temelde benzeyen fakat özgül özellikleri göz önünde bulundurarak tanı ölçütleri geliştirmiştir. Bütün maddeleri kapsayacak şekilde, DSM-4 ile kıyasla en çok göze çarpan değişiklik, “craving” (aşerme; maddeyi kullanmak için kuvvetli istek hali) kavramının tanı ölçütlerine konması olarak karşımıza çıkmaktadır. DSM-5’te yer alan Madde ve Alkolle İlişkili Bozukluklara ilişkin tanımlar aşağıda belirtilmiştir (APA 2014);

On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden **en az ikisi** ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir alkol/madde kullanımını örüntüsü olarak belirlenmiştir;

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol/madde alınır.
2. Alkol/madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol/madde elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol/madde kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini buna zorlanmış hissetme.

5. İşte okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol/madde kullanımı.
6. Alkol/maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunları olmasına karşın alkol/madde kullanımını sürdürme.
7. Alkol/madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinlerin ya da eğlenme – dinleme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda alkol/madde kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici, bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde gereksinimi
 - b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması (APA 2014)

Yukarıda yer alan kriterlerde “alkol/madde” ifadesi; alkol, kafein, kenevir, varsandıranlar, (hallüsinojenler)(fensiklidin [ya da etkili arilsikloheksilaminler], uçucular (inhalanlar), opiyatlar, dindinleştirici, uyku verici ve kaygı gidericiler (sedatif hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar, (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar) tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddeleri ifade etmektedir. DSM-5 maddelerin tümünü kendine has özellikleri ile değerlendirmek ve daha spesifik tanı koymak amacı ile her maddenin kendi tanı kriterlerini ayrı olarak belirlenmiştir.

1.1.2. Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Türkiye'de madde kullanımı suç teşkil etmesinin yanında toplumun belirli kesimlerince ahlaki bir yoksunluk şeklinde algılanması sebebiyle, madde kullanıcıları kendilerini gizleme eğilimindedir. Bu durum madde kullanım yaygınlığını tespit etmek üzere yapılan çalışmaların yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bunun yanında, genel örnekleme ulaşmak son derece zordur. Madde kullanıcılarının genellikle belirli bölgelerde kümelenmiş bir biçimde olmaları da örneklem üzerinden yapılan çalışmaların genellemesini zorlaştırmaktadır. Yapılan çalışmaların genelde anket çalışması olması, kullanıcıları saptamakta fakat bağımlılığın derinlemesine algılanmasını güçleştirmektedir (Ögel 2005).

Türkiye’de madde bağımlılığı yaygınlığını ölçmek üzere yapılan bazı çalışmalar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1:Türkiye’de Madde Bağımlılığının Yaygınlığı Konusunda Yapılan Çalışmalar

Araştırma	Örneklem	Tütün	Alkol	Herhangi bir madde	Esrar	Uçucu Madde	Ekstazi	Sedatif Madde	Eroin
Yazman, 1995	Lise Öğrencileri	%68	%61	BY	%4	%4	%1	%7	%1
Ögel ve ark, 1996	10.sınıf Öğrencileri	%30	%34	BY	%4.2	%4	%0.9	%5	%0.7
Ögel ve ark, 1998	15-17 Yaş	%64	%17	BY	%3.5	8.6	BY	%3.2	%1.6
UNODC*, 2003	10.Sınıf Öğrencileri	%48	%48	%6	%5.1	%5.2	%3.2	%5.4	%2.8
Ögel ve ark, 2004	10.Sınıf Öğrencileri	%37	%51	%14.3	%5.8	%5.9	%3.1	%2.7	%1.6
Pumarieaga ve ark., 2010	Lise Öğrencileri	%45	%32	Esrar dışı%9,2	%3.3	BY	BY	BY	BY
Evren ve ark.,2012	10.Sınıf Öğrencileri	%50	%34	%10	%2.9	%4.9	%2.1	%3.8	%0.4

*: Son bir ay içinde kullanım
UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
BY:Bilgi yok

Kaynak: (Bozbey 2015)

1.2. Türkiye’de Madde Bağımlılığı Politikası ve Alanında Yürütülen Çalışmalar

Madde bağımlılığı yaşam boyu devam eden ve kişiyi ve çevresini doğrudan etkileyen ciddi bir sağlık ve sosyal sorundur. Madde bağımlılığı tüm dünyada yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde bağımlılığının nedenlerine ilişkin yapılan çalışmalar madde başlama ve kullanımı sürdürme konusunda iç içe geçmiş, farklı pek çok neden olduğunu iletmektedir.² Bu

²Ögel, Kültegin, Kişisel Web Sitesi, Ocak 2018 <(http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf)>.

nedenle tüm dünyada bağımlılıkla mücadele çalışmaları devletlerin gündeminde yer almaktadır.

Ülkelerin ve toplumların madde bağımlılığı olgusuna bakış açısı da politikaların oluşmasında oldukça etkilidir. Genel olarak belli başlı tutum ve tepki örüntülerini ve buna bağlı yaklaşımları şöyle özetlemek mümkündür;

Moral Model: Madde bağımlısı birey, bağımlılığın hem oluşumundan hem tedavisinden sorumlu tutulduğu modeldir. Sıkı bir temini azaltma ve denetim yaklaşımıyla maddeleri bireyden uzak tutmaya çalışır. Tüm araç ve uygulamaları caydırıcılık odaklıdır (Doğan 2001).

Halk Sağlığı Modeli / Medikal Model: Temini azaltmak bu modelde de önemlidir fakat bağımlılık olgusunu değerlendirirken medikal bağlam içinde kalmaya özen gösterir. Önlemeden daha çok tedavi önceliklidir. Hastalığın bulaşmasını önlemenin yolunun toplumdaki soyutlamak olduğuna inanılır. Madde bağımlıları bu modelde damgalanmakta ve topluma dönebilmekte güçlük çekmektedir (Doğan 2001).

Biyopsikososyal Model: Ağırlıklı olarak maddeye değil bireye ve güçlerine odaklanmış, onu merkeze almış bir modeldir. Bireyin aktif ve dinamik hale getirilmesiyle tedavi sürecinin en önemli parçası olacağına inanılır. Madde kullanımının birey için ifade ettiği anlam ve işlevi araştırmayı ilke edinmiştir. Bireyin tutum ve davranışları çevresel koşullar içinde değerlendirilir. Bu model hastalığı sadece tıbbi odağa indirgememektedir; hastalığa sebep olan unsurların temelinde sosyal ve psikolojik değişkenlerin olabileceği düşünülmektedir. Kişinin psikolojik ve sosyal unsurlarını göz önüne alan bu bakış açısı; psikososyal özelliklerin madde kullanmayla ilişkili olabileceğini göz önüne alır bu perspektiften bakıldığında kişiyi “suçlayan” ve sorunlarının kaynağının bireyin tek başına kendisi olduğunu öne süren medikal bakış açısı reddedilir. Bu yönleri ile irdelendiğinde günümüzde en geçerli ve sosyal hizmet müdahalesine en yakın model biyopsikososyal modeldir (Sevin2008).

Bu modeller temelinde madde bağımlılığı ile mücadele genel olarak iki eksen üzerinde yürütülmektedir. Birincisi, koruma ve önleme çalışmalarıdır. İkinci eksen ise müdahale çalışmaları oluşturmaktadır. Bu çalışmaların içinde farklı tekniklerle uygulanan tedavi çalışmaları bulunmaktadır. Ülkeler ekonomik durumları, sosyokültürel özellikleri ve madde kullanım yaygınlığına bağlı olarak her iki alanda da çalışmalar yürütmektedir.

Ülkemizde de gerek koruma ve önleme gerekse tedavi düzeyinde yürütülmektedir.

1.2.1. Önleme Çalışmaları

Madde bağımlılığı, kronik bir durumdur. Bağımlılığın doğası, madde bağımlısı kişiyi nüks ve relapslar ile ilerleyen bir sürece sürükler. Bir tedavi programına tabii olmasına karşın kişi kaymalar yaşayabilir. Madde bağımlısı bireylerin çoğunluğu, tekrarlı tedavilere başvurmaktadır. Bu döngü, kişinin madde kullanım sebebiyle, adli sorunlar yaşaması, iş ve eğitim hayatından sorunlar ile karşı karşıya kalmasına yol açarak, kişinin sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Madde bağımlısı bireylerin sosyal hayatta temas ettiği kişiler ve başta aile olmak üzere, sosyal ağlar da dolayısıyla olumsuz yönde etkilenmektedir. Madde bağımlılığı tanısı almış bir kişinin, tedavi olma süreci, yoğun emek ve özveri gerektirmekte ve maddi bir yükü beraberinde getirmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalar, tedavi yolu ile temiz kalma oranlarının son derece düşük olduğunu göstermektedir(Ögel 2010). Tedavide kesin başarı yakalayan bir metot bulunmamaktadır. Bu sebeplerden ötürü uyuşturucu maddelere olan talebin azaltılmasına yönelik çalışmalar, çok daha küçük yatırımlarla gerçekleştirilebilmesi ve madde bağımlılığı “sorununu” ortaya çıkmadan çözmeyi hedeflemesi sebebiyle önem arz etmektedir.

1.2.1.1. Talebin Azaltılmasına Yönelik Çalışmalar

Uyuşturucu maddelere olan talebi azaltmaya yönelik çalışmalar, literatürde “önleme” çalışmaları olarak adlandırılmaktadır. İngilizce “prevention” kelimesinin karşılığı olarak “önleme” terimi kullanılmasına karşın, tıp alanında bu çalışmaların tümü “koruyucu önleyici” çalışmalar olarak adlandırılmaktadır. Toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı ve üretken bireyler olmalarını sağlamaya yönelik strateji ve etkinliklerin tümü önleme çalışmalarını oluşturur. Önleme çalışmalarının amaçları aşağıdaki gibidir:

- Toplumda bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmasını engellemek.
- Uyuşturucu maddelere karşı bağımlılığın gelişimini önlemek.
- Bu maddelerin yarattığı bireysel ve toplumsal sorunları engellemek.
- Toplumda sağlıklı davranışların gelişmesini sağlamak(Ögel 2010).

Önleme çalışmalarının en önemli işlevi madde kullanımının yaygınlığını azaltmasıdır. Sadece uyuşturucu maddelerin değil, alkol sigara gibi maddelere bağlı hastalıkları ve ölümleri engellemek için bu programların yürütülmesi son derece önemlidir. Önleme çalışmaları aynı zamanda uyuşturucu maddelere başlama yaşını geciktirmesi ve diğer maddelere ulaşımı güçleştirilmesi açısından da önemlidir(Botvin 2004).

Önleme çalışmaları üç aşamadan oluşmaktadır;

Birincil önleme (primary prevention): Hayatında hiç madde kullanmamış kişilerin madde kullanmasını engellemek amaçlı yapılan önleme çalışmasıdır. Temel önleme çalışmaları olarak da adlandırılır. Kullanımın oranlarında artış veya kullanım yaşında düşüş görülen ülkelerde temel önleme çalışmaları yürütmek büyük önem taşımaktadır.

İkincil önleme (secondary prevention): Alkol veya madde kullanım tecrübeleri henüz pekişmemiş ve bağımlık emareleri görülmeyen kişilerin erken tanı ve teşhis alması, tedavi ve önerilerde bulunmak suretiyle bağımlı olmasını engellemek veya maksimum düzeyde ertelemek amaçlı önleme çalışmasıdır.

Üçüncül önleme (tertiary prevention): Bu aşamaya krize müdahale aşaması da denebilir. Amaç, fazla tekrarlar tecrübe ederek pekişen madde kullanım davranışını kişinin kesmesini ve bu davranışı sürdürmesini sağlamaktır. Bu aşamanın bir diğer parçası ise madde kullanımı sonucu kişide ve çevresinde ortaya çıkan zararların azaltılması ve önlenmesidir. Madde kullanımı kişiyi bir alt kültürde yaşamaya itmektedir. Bulaşıcı enfeksiyonlardan kaynaklı sağlık sorunları, kişinin madde elde etmek amaçlı suça karışması alt kültürün bir parçasıdır. Üçüncül önlemenin bir işlevi de kişiyi bu ve diğer fiziksel zararlardan korumak veya zararı en aza indirmektir. Avrupa ülkelerinde yaygın görülen ücretsiz enjektör dağıtımı, uyuşturucu madde kullananlara yönelik eğitim programları, metadon ikame tedavisi de üçüncül önleme dönemi içinde yer almaktadır(Ögel 2010).

Türkiye’de madde bağımlılığı ile ilgili önleme çalışmalarını Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) koordine etmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti de koordinasyonun bir parçasıdır. Ülkemizde önleme çalışmaları, eğitim temelli, planlı oturumlardan oluşan çalışmalar olarak yürütülmektedir. Genellikle tek oturumdan oluşan konferans ve bilgilendirme seminerleri çeşitli kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunun yanında yerel yönetimlerin ağırlıklı olarak hayata geçirdiği, çocuk ve gençlerin verimli zaman geçirmesine katkıda bulunacak, rekreasyon alanları, park ve bahçeler, kültürel, sportif ve sosyal etkinlik tesisleri de dolaylı bir önleme çalışması olarak değerlendirilebilir. Yine benzer şekilde yerel yönetimler tarafından yürütülen aile eğitimleri, evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri, aile danışmanlığı uygulamaları da doğrudan önleme çalışmaları olarak belirtilebilir.

Madde bağımlılığı hastalığı ve zararlarına ilişkin toplumsal bilinç oluşturmak ve madde bağımlılığı başlamadan önüne geçmeyi hedefleyen bu faaliyetler, genel olarak bağımlılığının kazanıldığı riskli yaş grubundan bireyleri hedeflemektedir. Madde ile mücadele kapsamında

topluma yönelik verilecek olan eğitimler, “Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM)” kapsamında Türkiye Yeşilay Cemiyeti ve Milli Eğitim Bakanlığı protokolü ile verilmektedir. Aşağıda TUBİM 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporunda yer alan, önleme çalışmalarına ilişkin nicel veriler yer almaktadır.

Tablo 2 Türkiye’de Yürütülen Madde Bağımlılığı Önleme Çalışmaları

Eğitimi Veren Kamu Kuruluşu	Eğitim Verilen Gruplar ve Sayıları	Eğitim Konusu ve İçeriği
Mili Eğitim Bakanlığı (M.E.B.)	9.205.302, öğrenci, 2.070.427 veli, 612.654 öğretmen	Madde Bağımlılığı Önleme Eğitimi
M.E.B. ve Yeşilay Cemiyeti	665 Rehber Öğretmen	Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı TBM Formatörü Eğitimi
Sağlık Bakanlığı (SB)	742 Psikiyatrist	Uyuşturucu kullanan bireylerin tedavi sistemine kolay erişimini sağlamak için, psikiyatri kliniklerinin kapasitesinin güçlendirilerek uyuşturucu bağımlılığı tedavisinde daha etkin rol almalarının sağlanması amacıyla erişkin ve çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerine yönelik hizmet içi eğitim
SB	4.860 hekim ve 155 hekim dışı sağlık personeli olmak üzere toplam 5.015 çalışana eğitim verilmiştir	Bağımlı hastalara yönelik acil durumlarda müdahalede bulunan hastane acil çalışanları ve 112’lerde görevli personele yönelik hizmet içi eğitim
SB	19.187 aile hekimi 193 eğitici eğitimi	Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı çerçevesinde birinci basamakta sunulan hizmetlerin etkinliğinin artırılması, aile hekimlerinin uyuşturucu kullanımı ya da bağımlılığı olan bireyler ve yakınlarına gerekli müdahaleleri yapabilecek donanıma sahip olmalarını sağlamak amacıyla “Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı” hazırlanmıştır. Bu eğitim programı çerçevesinde 2015 ve 2016 yıllarında 81 ilin eğitimleri tamamlanmış ve 193 kişi aile hekimlerine yönelik eğitim vermek üzere eğitici eğitimine alınmıştır. Bu eğitimi

		alan eğitimciler tarafından, bu güne kadar ne eğitim verilmiştir. Aile hekimlerine bağımlılık eğitimi verilerek sorumlu olduğu nüfusa erken tanı ve danışmanlık hizmeti sunması, uygun hastaların (yüksek bağımlı olmayan) ayakta tedavilerinin yapılması sağlanmıştır.
SB ve Adalet Bakanlığı (AB)	Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde çalışan personeller	Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde çalışan personele, hizmet içi eğitimler kapsamında SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı) eğitimi verilmektedir.
SB	353 Tedavi merkezlerinde görev yapan personel (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, sağlık memurlarından)	“Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifikalı Eğitim Programı” kapsamında eğitimler verilmiştir.
AB	493.164 bireysel görüşme, 291.947 kişiye yönelik grup çalışması ve 299.225 kişiye yönelik ise seminer faaliyetleri	Denetimli serbestlik çalışmaları kapsamında 2014-2016 yılları arasında uyuşturucu madde kullanım geçmişi olan ve hakkında tedavi ve denetimli serbestlik kararı verilmiş yükümlüler hakkında uygulanan kişilere yönelik düzenlenmiştir.
AB	2016 yılı içinde 611 çocuk bu programdan yararlanmıştır.	Ceza infaz kurumlarında görev yapan Psikososyal Yardım Servisi uzmanları (sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar) tarafından uygulanmak üzere “Psikososyal Destek ve Müdahale Programları” geliştirilmiştir. Bu program kapsamında bağımlılık müdahale programı da yer almaktadır ve grup çalışmaları şeklinde uygulanmaktadır. Bağımlılık müdahale programından bağımlılık öyküsü olan çocuklar faydalanmaktadır ve tespiti için risk analiz formu

		kullanılmaktadır. Söz konusu müdahale programının eğitimleri ise düzenli olarak 2013 yılından bu yana eğitim merkezlerinde çocuklarla çalışan psikolog ve sosyal hizmet uzmanı verilmektedir.
AB	2016 yılında toplam 72 psikososyal yardım servis uzmanı ve 140 psikososyal servis memuru ve kurum kabul memuruna uygulayıcı eğitimleri verilmiştir.	Ceza infaz kurumundaki ruh sağlığı sorunları yaşayan hükümlü ve tutuklular için "Ceza İnfaz Kurumlarında Ruh Sağlığı ve Bağımlılık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Projesi" geliştirilmiştir. İlgili personel tarafından erken dönemde tanınması ve psikososyal yardım ve sağlık servisi personelinin eğitimi amacıyla yürütülmekte olup, bu proje kapsamında Tarama Değerlendirme (TA-DE) ve Yapılandırılmış Ruhsal Değerlendirme ve Müdahale Programı (YARDM)" oluşturulmuştur.
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB)	2014-2016 yılları arasında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen 541 Halk Eğitiminde (Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma Modülü) 49.201 kişiye ulaşılmıştır.	Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Aile Eğitim Programı (AEP) çerçevesinde ebeveynlere ve ergenlere yönelik yeni bir modül çalışması başlatılmış olup bu kapsamda konuya ilişkin uzmanlar ve akademisyenlerce, "Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma" kitabı hazırlanarak basılmıştır.
ASPB	Anka Çocuk Destek Programı kapsamında 2014–2016 yılları arasında toplam 873 personele uygulayıcı eğitimi verilmiştir.	Anka Çocuk Destek Programı çerçevesinde merkezlere kabulü yapılan çocukların her birine meslek elemanı danışman atanmaktadır ve her çocuğa bireysel ihtiyaç ve risk değerlendirme (BİRDEF) formu doldurulmaktadır. Formda çocuğun merkeze geliş şekli, geliş nedeni, çocuğun eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu, yaşadığı yer, arkadaş ilişkileri, fiziksel durumu, ruhsal

		durumu, madde kullanım durumu, istismar ve suça sürüklenme durumu, kişisel özellikleri, davranış sorunları ve ailevi özellikleri sorulmaktadır. Formun değerlendirilmesinden sonra ihtiyaçlar ve riskler belirlenerek, çocuğa ve ailesine yönelik grup çalışmaları ve bireysel danışmanlık hizmeti verilmektedir.
ASPB	Anka Temel Personel Eğitim Programı 2015 yılında geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Anka Temel Personel Eğitimleri kapsamında 2015 yılında 56 eğitici eğitimi almış meslek elemanı ile 811 personel, 2016 yılında 1.089 personel olmak üzere toplam 1.900 personele eğitim verilmiştir.	Temel Personel Eğitim Programı; Çocuk Destek Merkezlerinde koruma ve bakım altında bulunan çocuklara hizmet veren tüm personelin hizmet kapasitesini artırarak çocuklara yönelik rehabilitasyon programına katkı vermesini sağlamak esastır.
Gümrük ve Ticaret Bakanlığı (GTB)	Gümrük ve Ticaret Bakanlığında 121 personele eğitim verilmiştir.	Gümrük ve Ticaret personeline yerinde ve uygulamalı olarak verilen “İleri Düzey Uyuşturucu ile Mücadele Eğitimleri” kapsamında; 2014–2016 yılları içerisinde İstanbul, Edirne, Hatay ve Mersin İllerinde 121 personele eğitim verilmiş ve ilgili personelin katılımı ile gümrüklü sahalarda uygulamalar yapılmıştır. Bununla birlikte Aday Gümrük Muhafaza ve Muayene Memurları personelinin temel eğitim programlarının tümünde uyuşturucu ile mücadele alanında dersler verilmektedir.
Jandarma Genel Komutanlığı	Uyuşturucu ile mücadele konularında 915 personele merkezde, 1.660 personele ise mobil eğitim araçları ile yerinde eğitim verilmiştir.	Jandarma Genel Komutanlığınca 2014 yılında 124.225, 2015 yılında 76.029, 2016 yılında ise 96.672 personele yönelik Madde Kullanımı ile Mücadele Temel Eğitim programı düzenlenmiştir. 2014– 2016 yılları arasında uyuşturucu madde kaçakçılığıyla mücadele kapsamında, hizmet içi kurslar

		verilmiş ve önemli miktarda artış sağlanmıştır.
Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığı	Kolluk birimleri	Uyuşturucu arzının azaltılması ana amacının gerçekleştirilmesi doğrultusunda uyuşturucudan elde edilen gelirlerin tespiti, takibi ve müsaderesine imkân veren ideal bir mali soruşturmanın nasıl yapılacağına yönelik eğitimler verilmiştir.
Kredi ve Yurtlar Kurumu	Kredi ve Yurtlar Kurumu'nda kalan öğrenciler	Madde bağımlılığına ilişkin farkındalığı artırmak amacıyla eğitimler düzenlenmiştir.
Gençlik ve Spor Bakanlığı Türkiye Yeşilay Cemiyeti	Belirlenen 9 bölgede, 444 antrenör	“Bağımlılık Mücadele Eğitimi” konulu seminerler düzenlenmiştir.

Kaynak: Türkiye 2017 Uyuşturucu Raporu

Bilgilendirme yolu ile yapılan önleme çalışmalarına ek olarak, iletişim araçları kullanılarak da önleme çalışmaları yapılmaktadır. Bilgilendirme yöntemi ile yapılan önleme çalışmaları ile kıyaslanacak olduğunda farklı avantaj ve dezavantajlardan söz edilebilir. Bilgilendirme ve eğitim temalı önleme çalışmaları kurgulanırken, konuya ilişkin eğitim almış bir eğitici, uygun fiziki ve teknolojik şartları olan bir eğitim salonu ve en önemlisi, gönüllü katılım sağlayacak bir kitleyi bir araya getirmek gerekmektedir. Bu şartlar altında, kamu kurumlarının ve özel kuruluşların her biri bu çalışmaları yürütecek gerekli imkânlarla sahip değildir. Fakat basılı materyaller, görsel ve işitsel iletişim araçları (televizyon, bilgisayar, akıllı telefonlar) yoluyla yapılan önleme çalışmaları düşük maliyetlerle, daha büyük kitlelere ulaşabilmektedir. Bilgilendirme ve eğitim yolu ile yapılan önleme çalışmalarının etkililiği, katılımcı sayısı, eğitici niteliği, eğitimin yapılış şekli gibi birçok değişkenden etkilenmektedir. Fakat alanda çalışan kalifiye personelin az olması sebebiyle bu tip eğitim toplantıları riskleri de bünyesinde barındırmaktadır. Katılımcıların konuya ilişkin eğitime yönelteceği sorular karşısında eğiticinin vermesi muhtemel yanlış bir bilgi, aile içerisinde meydana gelecek bir dizi olumsuz tecrübeyi beraberinde getirebilir. Bu yönleri ile değerlendirildiğinde iletişim araçları yolu ile gerçekleştirilen önleme çalışmaları, Türkiye gibi madde bağımlılığı alanının gelişmekte olduğu ülkelerde önemli bir yere sahiptir.

Birçok kurum ve kuruluş bu alanda önleme çalışmaları yürütmektedir. İletişim araçları yolu ile yapılan önleme çalışmalarına ilişkin veriler aşağıda ki gibidir.

- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından, 2015–2016 eğitim öğretim döneminde okullarda 1 milyon 84 bin 618 adet broşür, 21 bin 68 adet afiş dağıtım yapılmıştır.
- Basın, Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti arasında yapılan protokol kapsamında “Bağımlılıklara Karşı Yerel Medya Kapasite Geliştirme Projesi” hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda Yerel Medya Bağımlılık Farkındalığı Eğitimleri 7 ilde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel olarak yapılan eğitimler İzmir, Erzurum, Samsun, Antalya, Gaziantep, İstanbul ve Ankara illerinde düzenlenmiştir. Eğitimlerde basın mensuplarının bağımlılık önleme ve bağımlılıkla mücadele çalışmalarına destek sağlamaları konusunda kapasite artışı amaçlanmıştır. Ayrıca, ilgili kamu kurumlarının basın ve halkla ilişkiler birimlerinde çalışan personel de eğitimlere dâhil edilerek 39 ilden 1.300 katılımcıya ulaşılmıştır. Uyuşturucu ile etkin mücadelede yer alan tüm paydaşların medya ayağını oluştururken konuyu hassasiyetle ele almasını sağlamak amacıyla “İletişim Stratejisi Rehberi” oluşturulmuştur. Bu rehber ile medya içerikleri oluşturulurken hangi ifadeleri kullanmaları ve nelere dikkat edilmesi gerektiği noktasında bilgiler yer almaktadır. Ayrıca kamuoyu çalışmalarının en önemli faaliyetini oluşturan haber analizleri yapılmaktadır. Profesyonel bir ekip tarafından yapılan analizler sonucunda acil müdahale gerektiren konular ilgili kamu kurumlarına iletilmektedir. Bu kapsamda 2015 ve 2016 yıllarını kapsayan taramada toplam haber sayısında %3'lük artış olduğu görülmüştür. En fazla artış ise %54 oranı ile “kolluk güçlerinin yaptığı operasyonlar” olmuştur. Bu durum operasyonların hala en çok dikkat çeken konu başlığı olduğunu göstermektedir. İncelenen haberlerin aynı zamanda içerik analizi de yapılmaktadır. Bu kapsamda özellikle damgalamanın önüne geçilmesi için bu analizlerin yapılması oldukça önemlidir. Aynı şekilde uyuşturucu kullanıcısı olan kişilerin ailelerine yönelik yapılan “şiddet mağduru/kurbanı, çaresiz/mağdur, utanç içinde” gibi dramatikleştirmek için kullanılan ifadelerden uzak kalınması yine damgalamanın önlenmesi için önemlidir. Analizin en çarpıcı verilerinden biri uyuşturucu konusunda medyada yer alan başlıca eleştirilerin 2016 yılında 2015 yılına göre ortalama %55 oranında azalmış olmasıdır.
- TRT Genel Müdürlüğü Ülkedeki tüm televizyon ve radyolarda yayınlanmak üzere hazırlanan 8 kamu spotuyla madde bağımlılığıyla mücadeleye ve madde kullanımını önlemeye yönelik videolarla toplumun farkındalığını artırmak hedeflenmiştir. TRT personeline önleyici faaliyetler kapsamında kurum çalışanlarının, madde bağımlılığı

ile mücadele konusunda farkındalığını artırmak içerikli seminer düzenlenmiştir. (TUBİM 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporu)

- Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı (ALO 191) 7 gün 24 saat hizmet sunan ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı, 8 Temmuz 2015 yılında faaliyete başlamıştır. ALO 191 hattında şuan 106 personel bulunmaktadır. Başvuru sahipleri kendileri veya yakınları için aramakta olup kişisel bilgilerini paylaşmak zorunda değildir. Ayrıca kişinin talep etmesi halinde; 1. Hafta, 15. gün, 1. Ay, 3. Ay, 6. Ay ve 12. Ayın sonu olmak üzere geri dönüş aramaları da yapılmaktadır.

Tablo 3: 2016 yılında Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattında Bilgilendirme Yapılan Konular ve Sayıları

Konu	Yapılan Arama Sayısı
18 yaş altı bireylere yönelik danışmanlık ve destek talebi	1080
AMATEM/ÇEMATEM	1453
Denetimli Serbestlik	174
Destek İsteyen Aile / Madde Kullanıcısı	7499
Eğitim Talebi	48
İhbar (madde kaçakçılığı satışı veya kullanımı)	386
Madde bağımlılığı tedavisi sonrası talep (iş vs)	203
Maddeler hakkında bilgi alma	615
Sağlık ile İlgili Acil Durum Varlığı	880
Sosyal güvence/SGK/maddi durum yetersizliği	1004
Şikayet	361
Tedavi Talebi	22507
Teşekkür	195
Zorunlu Tedavi	1940
Diğer	120

Kaynak: Türkiye 2017 Uyuşturucu Raporu

Görüldüğü gibi ülkemizdeki önleme çalışmaları yoğunlukla çocuk ve ergenler ağırlıklı olmak üzere eğitimler, seminerler ve konferanslar, ebeveyn eğitimleri, kamu spotları hazırlanmak suretiyle farkındalık yaratma çalışmaları, broşür dağıtımı, kolluk birimleri tarafından yürütülen çalışmalar odağında yapılmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde her ne kadar eğitim, seminer ve konferansların yararlı olacağı düşünülse de etkisinin ne olduğuna ilişkin kapsamlı değerlendirmeler ve izleme çalışmaları bulunmamaktadır.

Oysa madde bağımlılığının nedenleri göz önüne alındığında koruyucu önlemlerin çok boyutlu ve kapsamlı olmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Örneğin, “Avrupa Uyuşturucu Raporu Trendler ve Gelişmeler 2017”de de belirtildiği gibi koruma ve önlemede sistem yaklaşımının kullanılması önerilmiştir. Bu yaklaşım temelinde bireysel özellikler, çevresel etmenler ve riskler, hassas gruplar, toplum temelli müdahaleler ve erken uyarı sistemlerinin varlığı önlemede önem taşımaktadır (2017:63-64).

Ülkemize bakıldığında ise, neredeyse her alanda olduğu gibi bu alanda da koruyucu önleyici politikaların ve hizmetlerin olmadığı görülmektedir. Özellikle çocuk ve gençlik alanına ilişkin politika ve hizmetler son derece sınırlı ve sorun ortaya çıktıktan sonra müdahale etmeye yöneliktir. Çocuk ve gençlerin korunmasından temel olarak sorumlu olan ASPB’nin risk altındaki çocuklara yönelik hizmetleri incelendiğinde tüm yaş gruplarını kapsayacak hizmetlerin olmadığı söylenebilir. Örneğin ASPB toplumdaki sorunlara ilişkin koruyucu önleyici çalışmalar yapmakla yükümlü olan toplum merkezlerini, aile danışma merkezlerini, çocuk danışma merkezlerini ve sokakta yaşayan ve çalışan çocuklara ilişkin merkezleri kapatmıştır. Tüm bu kurumların yerine açılan sosyal hizmet merkezleri ise koruyucu önleyici hizmetler vermekle yükümlü olmalarına karşın çoğunlukla sorun tespiti ve yönlendirme yapmakla sınırlı kalmaktadır. Benzer biçimde MEB, SB, İç İşleri Bakanlığı gibi bakanlıkların yakın bir iş birliği içinde çalışmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Ancak literatür taramasında böyle bir çalışmaya ilişkin verilere rastlanmamıştır.

1.2.1.2. Arzın Azaltılmasına Yönelik Çalışmalar

Önlemenin bir diğer yolu ise, uyuşturucu maddelerin arzının azaltılması yolu ile kullanım oranlarını ve uyuşturucu maddelerin yaygınlığını azaltmaktır. Son yıllarda Türk Ceza Kanunu’nda yapılan birtakım değişiklikler ile uyuşturucu maddeler ile bağlantılı suçlara ilişkin düzenlemeler, geçmişle kıyasla daha caydırıcı hale gelmiştir. Özellikle uyuşturucu madde ticareti yapan kişilere verilecek cezaların caydırıcılığı göze çarpmaktadır. Uyuşturucu madde kullanan kişilere ilişkin yasal düzenlemeler ise tedavi, rehabilitasyon ve topluma yeniden kazandırma ilkeleri göz önünde bulundurularak yapılmıştır. Uyuşturucu madde

bağımlısı bireylerin toplumda maruz kaldığı etiketleme ve sosyal dışlanma, bireylerin maddeleri bırakma süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Bu süreçte maddi ve manevi açıdan örselenen bu bireyler ve ailelerini caydırıcı cezalar yolu ile dolaylı olarak istihdam alanlarının dışına itilmektense, “denetimli serbestlik” uygulaması ile tedavi sürecine kazandırmak hedeflenmiştir. Tekrarlar suçlarda ise kişiler hapis cezaları ile karşı karşıya kalmaktadır.

Türkiye’de uyuşturucu maddeler ile mücadele alanındaki yasal düzenlemeler farklı kanunlarda yer almaktadır. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun ve 3298 sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun bu alanda hazırlanmış üç temel kanundur.

Türkiye’de uyuşturucu ile mücadele alanında gerçekleştirilen kamu harcamaları, kurumların genel bütçelerinden karşılanmaktadır. Bu sebeple net bir veriye ulaşılması güç olmakla beraber, son yıllarda madde bağımlılığı alanında yapılan kamu harcamalarının artış gösterdiği görülmektedir. 2014 yılında, 592.858 Türk Lirası tahmini harcama yapılmıştır. 2015 yılında bu rakam 646.193 Türk Lirası olarak tespit edilmiştir. 2016 yılı kamu harcamaları bir önceki yıla göre yaklaşık %11,7’lik artış ile 721.885 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye bulunduğu coğrafi konum itibariyle, tüketim ve üretim bölgeleri arasında olması sebebiyle uyuşturucu sevkiyatları için en önemli transit yol olarak adlandırılan “Balkan Rotası” üzerinde bulunmaktadır. Transit geçişin yanı sıra, genç nüfusu sebebiyle Türkiye uyuşturucu maddelerin potansiyel pazarı konumundadır (TUBİM 2017 Raporu).

Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM), Jandarma Genel Komutanlığı (JGK), Sahil Güvenlik Komutanlığı ve Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü (GMGM) uyuşturucu madde arzını önlemeye yönelik çalışan kurumların başında gelmektedir. Bu kurumlar ile birlikte Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü (TMO), Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Mali Suçlar Araştırma Kurulu Başkanlığı (MASAK) ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanlığı (TİTCK) gibi kurumlar Türkiye’de uyuşturucu madde imal ve ticareti ile mücadelede etkin olarak çalışan kurumlar olarak sıralanabilir. Kurumların görev ve sorumluluk alanları, yasalar ve kurumlar arası yapılan protokollerle belirlenmiştir (TUBİM 2017 Raporu).

Talebi önlemeye yönelik önleme çalışmalarından farklı olarak, bu alanda yapılan çalışmalar genel olarak kolluk kuvvetleri tarafından yürütülmektedir.

1.2.2. Müdahale Çalışmaları

Madde bağımlılığı alanında yapılan çalışmaların ikinci bölümünü müdahale çalışmaları oluşturmaktadır. Müdahale çalışmaları, madde kullanan kişilerin başvurduğu tedavi,

danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin tümünü kapsar. Hayatında bir defa madde kullanmış bir insana uygulanabileceği gibi kronik madde kullanım öyküsü olan, madde bağımlılarına da uygulanabilmektedir.

Madde bağımlılığı alanında yürütülen çalışmalar kısa bir geçmişe sahiptir. Uyuşturucu madde kullanımının kültürel bir tabu olması sebebiyle tedaviye başvurmeyen hatırı sayılır bir kitle mevcuttur. Fakat son yıllarda artarak devam eden farkındalık artırma hedefli çalışmalar, toplumun alana ilişkin, geçmişe nazaran daha sağlıklı bilgi edinmesini sağlamıştır. Madde bağımlılığının, tek başına bir ahlaki yoksunluktan, kişilik zafiyetlerinden kaynaklanmadığının, aksine kronik bir beyin “hastalığı” olduğunun bilinmesi ve tabi ki son yıllarda artan tedavi imkânları, madde bağımlılığına tedavilerine olan talebi artırmıştır.

Madde bağımlılığı gibi, sonuçları bütün toplumu ilgilendiren bir sorun alanına ilişkin politikalar üretirken, dikkat edilmesi gereken en önemli husus; politikanın, mutlak surette ilgili ülkenin sosyokültürel yapı ve koşullarını uyumlu olmasıdır. Başka bir ülkede başarılı olmuş bir politikayı birebir kendi ülkemize uyarlamak, sorunu çözmekten çok derinleştirecektir. ABD'nin Colorado eyaletinde, 2014 yılından buyana 21 yaşını doldurmuş kişilere yasalarla belirlenen miktarlarda, esrar satışı serbest haline gelmiştir. Ardından yapılan araştırmalarda suç oranının %10 oranında düştüğü belirlenmiştir.³Bu ve buna benzer esrarın yasallaştırılması ile suç oranı arasında bağlantılar kuran araştırmalar bulunmaktadır. Sonuç odaklı bir yaklaşım gözetilerek, kanıta dayalı uygulamadan yoksun bir anlayışla, esrarın yasallaştırılması yolu ile suç oranlarının düşeceğini öngören politikalar, bölgenin iç dinamikleri değerlendirilmezse yeni bir sorun alanı yaratmak öteye gidemeyecektir. Ülkemizde de bunun örnekleri geçmişte görülmektedir. Yüksek Sağlık şurasının 1995 Ekim ayında aldığı karar ile Türkiye'ye Metadon ithal ederek "uyuşturucu bağımlılığının önleneceği" yanılması bunun en tipik örneğidir. Opiyat bağımlılığında adeta mucize gibi sunulan bu uygulamanın koruma ve önleme stratejileri henüz yerleşmemiş Türkiye'ye getireceği yük, hatta yeni bir madde pazarı yaratacak olması riski uzmanlarca ön görülmüş ve düzenlemeler revize edilmiştir (Doğan 2001).

1.2.2.1. Müdahale Çalışmaları Avrupa Örnekleri

Avrupa ülkelerine göz atılacak olursa, önleme çalışmalarına verilen ağırlığın yanı sıra, müdahale çalışmalarına da ciddi yatırımlar yapıldığı açıkça görülmektedir. Genel olarak

³Mitchell, K., Crime in Colorado 2007-2016 Aralık 2017. <<https://www.denverpost.com/2017/07/11/colorado-sees-big-increase-crime-10-percent-higher-murder-rate.>>

yapılan çalışmaların, kamu, yerel yönetim ve sivil toplum iş birliği ile gerçekleştirildiği görülmektedir.

Avrupa ülkelerinde yürütülen müdahale çalışmalarına kısaca göz atacak olursak;

Hollanda: Hollanda ulusal uyuşturucu tedavi stratejisi, müracaatçının güçlendirilmesine, topluma yeniden entegrasyonlarına odaklanmaktadır. Hollanda'da bağımlılık tedavisinin organizasyonu, uygulanması ve koordinasyonu sorumluluğu bölgesel ve yerel otoritelere devredilmiştir. Uyuşturucu tedavisi, yedi adet Ruh Sağlığı Enstitüsü ve bir Sosyal Destek Enstitüsü'nü bünyesinde barındıran 14 Bağımlılık Bakım ve Tedavi kurumu tarafından sağlanmaktadır. Bunlara ek olarak, Belediye halk sağlığı hizmetleri, genel psikiyatri hastaneleri, çeşitli dini kuruluşlar ve bazı özel klinikler de madde bağımlısı kişilerin başvurabileceği seçenekler arasındadır.⁴

Fransa: Fransa'da, madde bağımlılığı tedavisi, bölgesel ve yerel yetkililerin sorumluluğundadır. 2003 yılında yasalaştığından beri bireylerin madde bağımlılığı tedavisi sosyal güvenlik sistemi tarafından finanse edilmektedir.

100 alt bölge idaresinin neredeyse tamamı en az bir yerel madde bağımlılığı tedavi hizmeti veren yatılı kuruluşa(CSAPA) sahiptir. Bu merkezler, kâr amacı gütmeyen sivil toplum örgütleri tarafından yönetilmektedir. Hem ayaktan hem yatılı tedavileri bu kurumlar yönetmektedir. Aynı zamanda cezaevi tutuklularına bakım sağlamaktadır. Hem farmakolojik destek hem de psikososyal tedaviler merkezler tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca, CSAPA' lardan ayrı olarak çalışan sekiz “ilaçsız” terapötik tedavi uygulayan topluluk da bulunmaktadır.⁵

Almanya: Alman Uyuşturucu Madde ve Bağımlılık Politikası Ulusal Stratejisi, önleme ve erken müdahalenin yanı sıra tedavi ve danışmanlık konularına odaklanmaktadır. Almanya'da uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi federal eyaletler ve belediyelerin sorumluluğundadır. Müdahale çalışmaları, yönlendirme ve danışmanlık hizmetlerinden, yoğun yatılı tedavi ve bakım hizmetlerine kadar uzanmaktadır. Opiyat İkame Tedavisi(OST), geniş bir zaman

⁴Netherlands Country Drug Report 2017. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Resmi Web Sitesi, Aralık 2017, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/netherlands/treatment_en>

⁵France Country Drug Report 2017. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Resmi Web Sitesi, Aralık 2017, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/france/treatment_en>

aralığını kapsayan, sosyal rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon odaklı programlar tedavi seçenekleri arasındadır.

Opiyat bağımlılığı ve esrar, kokain, amfetamin, ecstasy (MDMA) ve halüsinojenlerin kullanımını sonucu ortaya çıkan psikolojik ve davranışsal sorunların tedavisi için özel kılavuzlar mevcuttur. Son yıllarda, yaşlılar arasında yaygınlaştığı görülen, metamfetamin bağımlılığın tedavisi için kılavuzlar, metamfetamin kullanımı ile ilişkili bozukluklara ve psikosomatik fiziksel etkilerle nasıl başa çıkılacağı konusunda öneriler geliştirilmiştir. Tedavi finansmanı eyalet, emeklilik ve sağlık sigortası kuruluşları, belediyeler, topluluklar, hayır kurumları, özel kuruluşlar ve şirketler gibi birçok kurum tarafından sağlanmaktadır. Ancak son yıllarda, bazı belediyeler fon kısıtlamalarından dolayı ayakta tedavi hizmetlerinin sunumunu kesmiştir.

Aile hekimleri, uyuşturucu madde kullanıcıları ve risk altındaki bireyler için genellikle ilk adım istasyonu konumunda bulunmaktadır. Bir bakıma bağımlı kişinin tedavi sistemi ile ilk temas noktası oldukları için özel bir rol oynamaktadır. Bağımlılık destek sisteminin temelinde, aile hekimlerine ek olarak, bağımlılık danışmanlığı ve tedavi merkezleri, psikiyatri poliklinikleri, sosyal entegrasyon desteği ve ayakta tedavi ve yatarak tedavi tesisleri bulunmaktadır. İlaç tedavisi sisteminde, psikiyatri klinikleri önemli yer tutmaktadır. Ayaktan tedavi tesislerinin çoğu hayır kurumları tarafından ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Devlet ve ticari kuruluşlar ağırlıklı olarak yatarak tedavi sağlanmasından sorumludur.

Poliklinik danışma merkezleri psikososyal bakım ve psikoterapi hizmeti vermektedir. Genellikle müşteriler için bir giriş noktasıdır. Bu merkezler ya kendi kaynaklarını kullanarak ya da özellikle bağımlılık alanında nitelikli klinisyenlerle iş birliği yaparak tedavi sağlar.

Bağımlılık tedavisi üzerine çalışan psikiyatri servisi, Almanya'daki ilaç tedavisinin ikinci ana sütununu temsil etmektedir. Kısa müdahaleler, nitelikli detoksifikasyon tedavisi, kriz müdahaleleri, madde bağımlılığıyla komorbidit giden psikotik bozuklukların tedavileri ve yeniden entegrasyon planlaması dahil olmak üzere, bu tesislerde yatan hastalara, ayakta tedavi ve günlük bakım ortamlarında çok çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Birçok ülkenin aksine, detoksifikasyon kendine yardım gruplarında da uygulanabilmektedir. Bakım sonrası dönemde, madde bağımlılarının istihdam, konut ve topluma yeniden entegrasyon ile ilgili çeşitli hizmetler verilmektedir.⁶

⁶Germany Country Drug Report 2017. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Resmi Web Sitesi, Aralık 2017, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/germany/treatment_en>

İngiltere:

Birleşik Krallık uyuşturucu ile mücadele stratejileri, uyuşturucu kullanımına karşı geliştirilen programları ele almada etkili olduğunu ve kalitesini ve etkinliğini artırmayı amaçlamaktadır. Birçok farklı alanı kapsayan kurum arasında koordinasyon sağlanması suretiyle topluma entegrasyon, madde bağımlılarının topluma entegre edilmesi hedeflenmektedir.

Madde bağımlılığı tedavi hizmetleri İngiltere ve İskoçya'daki yerel yetkililerin sağlık kuruluşları, Galler'deki polis, yerel meclis, itfaiye, sağlık hizmeti, sosyal hizmet uzmanı, denetimli serbestlik ve diğer birçok temsilciden oluşan bir konsorsiyum (CSP) ve Kuzey İrlanda'daki uyuşturucu ve alkol koordinasyon ekipleri tarafından görevlendirilmektedir. Bu görevlendirme organlarının her biri, Kuzey İrlanda Halk Sağlığı Kurumu, gönüllü kuruluşlar ve polis dâhil olmak üzere diğer kuruluşlardan tavsiye ve veri girdisi almaktadır.

Birleşik Krallık' ta ki madde bağımlılığı tedavisi, yatılı bakım ve tıbbi destek, bireysel görüşmeler grup terapileri, psikososyal destek müdahalelerini ve yarı zamanlı gündüz programlarını kapsayan hizmetleri kapsamaktadır. Evsiz ve sokakta yaşayan bağımlılar için tam zamanlı konut ve rehabilitasyon desteği de verilmektedir. Birleşik Krallık' ta ki yerel yönetimler merkezi idarenin yürüttüğü hizmetlere ek olarak, bilgi ve tavsiye, tarama, bakım planlaması, psikososyal müdahaleler, tıbbi tedavi, yataklı ilaç tedavisi ve konut rehabilitasyonu gibi geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. İlâveten, uyuşturucu kullanıcılarına bakım ve nüks önleme programları, HBV aşısı, HBV, HCV ve HIV testi ve hepatit ve HIV tedavisine erişim sunulmalıdır.

Toplum temelli madde bağımlılığı merkezleri, İngiltere'de ki madde bağımlılığı hizmetlerinin kötüye kullanım hizmetlerinin en yaygın örgütlenmeleridir. Ülke de tedavi edilen hemen hemen tüm hastalar, bir birime yönlendirilmeden önce ya da sonra toplum temelli poliklinik ortamında tedavi görürler.

Opioid ikame tedavisi, (OST) diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi İngiltere'de afyon kullanıcıları için en yaygın tedavi olmaya devam etmektedir.⁷

Avrupa'da, madde bağımlılığı ile mücadelede diğer bütün toplum kaynaklarına olduğu gibi, yerel yönetimlere de geniş yetkiler verildiği açıkça görülmektedir. Yerel yönetimlere verilen yetki ve destek sayesinde, merkezi yönetim hizmetlerinin yükü azaltılmakla birlikte, hizmetlerin ulaşılabilirliği artırılmıştır.

⁷United Kingdom Country Drug Report 2017. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, Resmi Web Sitesi, Aralık 2017, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/united-kingdom/treatment_en>

Görüldüğü gibi Avrupa’da madde bağımlılığı ile mücadele etkinliği kamu, yerel yönetim, sivil toplum kuruluşları, destek grupları gibi farklı pek çok kurumun/grubun ve doktor, polis, sosyal hizmet uzmanı gibi pek çok farklı meslek elemanının iş birliğinde sürdürülmektedir. Göze çarpan bir başka unsur ise bağımlılıkla mücadelenin yalnızca tıbbi açıdan değil psikososyal açıdan da titizlikle ele alındığı bir başka deyişle çalışmaların bütüncül bir yaklaşımla yürütüldüğüdür.

Ülkemizdeki durum değerlendirildiğinde ise hizmetlerin ağırlıklı olarak kamu eliyle yürütüldüğü, sivil toplum kuruluşlarının sınırlı oluşu, özel kuruluşların ise hem sınırlı hem de yüksek ücretli olduğu söylenebilir. Yerel yönetimlerin bu konudaki payı ise son dönemlerde daha görünür olmakla birlikte yeterli ve etkili olup olmadığı tartışmalıdır.

Sonraki bölümde ülkemizde madde bağımlılığı ile mücadelede hizmet veren kurumlar ve bu kurumların verdiği hizmetler üzerinde kısaca durulacaktır.

1.2.2.2. AMATEMLER

Türkiye’de madde bağımlılığı tedavisinin merkezini, Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezleri yani AMATEM’ler oluşturmaktadır. Kamu hastanelerinin genellikle psikiyatri servislerine bağlı olarak çalışan bu klinikler, alkol ve uyuşturucu madde tedavilerini yürütmektedir. Birçok uyuşturucu maddenin, detoksifikasyon sürecinde, yoksunluk belirtilerini azaltmak amacıyla verilen ilaçlar Türkiye’de AMATEM ruhsatına sahip klinikler tarafından yazılabilmektedir.

Kişinin tedaviye başvurusu ile müdahale süreci başlar.28866 sayılı Madde Bağımlılığı Tedavi merkezleri Yönetmeliği’nde belirtildiği üzere müracaatçı ile ilk görüşmeyi, sosyal hizmet uzmanı yapmaktadır. Müracaatçının, madde öyküsünün sağlıklı bir biçimde alınması, sorun ve ihtiyaçlarının saptanması, güçlü yönlerinin belirlenmesi, tedavinin ilerleyen süreçleri için önem arz etmektedir. Yapılan ilk görüşmenin ardından, kişi yatılı tedavi programına katılacak ise, detoksifikasyon süreci başlar. Bu süreç en basit tabiri ile kanın zehirli maddeden ayrılması sürecidir. Kişinin madde kullanmayı bırakması ile birlikte, görülmeye başlanan fiziksel ve psikolojik değişimlere yoksunluk belirtileri denmektedir. Müracaatçıya bu dönemde gerekli farmakolojik destek sağlanarak, yoksunluk belirtileri minimuma indirgenir. Özellikle opiyat türü uyuşturucu maddelerin, yoksunluk dönemleri sancılı geçmektedir. Bu süreçte kişinin tedaviyi bırakmaması için gerekli ilaç desteğinin sağlanması son derece önemlidir. Detoksifikasyon süreci hastanelerde ortalama yedi gün sürmektedir. Kişinin madde öyküsü bu nokta da belirleyici olmaktadır. Bağımlılığın şiddetine göre detoksifikasyon süreci

uzayabilmektedir. Yedi günlük detoksifikasyon sürecinin ardından, kişi psikososyal destek programlarına alınmaktadır. Tedavi ekibinde yer alan, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar tarafından, bireysel görüşmeler ve grup terapileri düzenlenmektedir. Rehabilitasyon döneminde hastaya taburculuk sonrası için disiplinler arası destek sağlanır. Kişinin tedavi sonrası istihdam, barınma vb. ihtiyaçları için çalışmalar sürdürülür. Taburculuk sonrası müracaatçının destek sistemleri, kişiyi güçlendirmek suretiyle harekete geçirilir. Bu süreç tedavi ekibinin inisiyatifinde olmak üzere uzayabilmek ile beraber ortalama 21 gün sonunda hastaların çoğu taburcu edilmektedir. Özellikle psikososyal müdahale süreci kişinin taburculuk sonrası, korunaksız ortamda madde kullanmama davranışını sürdürmesini sağlamak adına çok önemlidir. AMATEM'den taburcu olan kişilerin, ilaç desteği yine kurum tarafından sürdürülmek suretiyle kişinin takibi yapılmaktadır. Kişinin taburculuğun ardından, ayaktan tedavisine devam etmesi, temiz kalma süresine katkıda bulunmaktadır.

Türkiye'de her yıl, artmakla birlikte binlerce kişi madde kullanımı ve ilişkili bozukluklarının tedavisi için çeşitli merkezlere başvurmaktadır. Bunun yanı sıra mahkemeler yoluyla çok sayıda kişi gönderilmektedir ve bu sayı her geçen gün artmaktadır (Karataşoğlu2009).

Tablo 4: Ayaktan ve Yatılı Tedavi Merkezi Sayıları ve Yatak Kapasiteleri

Yıl	Ayaktan Tedavi Merkezleri		Yatılı Tedavi Merkezi Sayısı ve Yatak Kapasitesi			
	AMATEM	ÇEMATEM	AMATEM	Yatak Kapasitesi	ÇEMATEM	Yatak Kapasitesi
2014	2	1	24	664	3	48
2015	9	5	28	719	4	64
2016	33	10	35	877	5	80
2017	40	10	37	914	7	105

Kaynak: (http://www.thsk.gov.tr/dosya/dokumanlar/tutun/20142017_UYUSTURUCU_ILE_MUCADELE_FAALİYET_RAPORU.pdf)

Günümüzde ise AMATEM'e yapılan başvuruların çok olması sebebiyle Birçok kamu hastanesine bağlı AMATEM Kliniğinde sıra uygulamasına geçilmiştir. AMATEM'lerin açıldığı tarihten bu yana madde bağımlılığı tedavisine başvuran kişi sayısında gözle görülür bir artış mevcuttur. Madde bağımlılığı, günümüzde zamanla ciddiyeti ve boyutu artan bir sosyal sorun olarak görülmektedir. Bu nedenle AMATEM kliniklerinde çalışan sosyal hizmet

uzmanlarının gerçekleştirdikleri mesleki uygulamaların daha etkili olması bir gereklilik durumundadır(Erükçü 2016).

AMATEM’lerde tıbbi tedavi ve psikososyal destek olmak üzere iki temel odakta hizmet sunulmaktadır.

1.2.2.2.1. Tıbbi Tedavi

Madde bağımlılığında tıbbi tedavi süreci, detoksifikasyon ile başlar. Terim olarak, maddeyi (toksin) vücuttan uzaklaştırma girişimine detoksifikasyon adı verilmektedir. Detoksifikasyon işlemi madde bağımlılığı tedavisine başvuran herkese uygulanmak durumunda değildir. Tedaviye başlamadan günler veya haftalar önce madde kullanımını kesen kişiler direk olarak tıbbi (ilaç destekli) tedaviye alınabilmektedir. Bu süreçte sağlanan ilaç desteği ile kişinin yoksunluk krizlerinin önüne geçilmeye çalışılır. Fakat tıbbi tedavi detoksifikasyondan ibaret değildir.

Kişinin rehabilitasyon sürecinde ve taburculuk sonrası süreçte de tedavi ekibinin uygun gördüğü takdirde tıbbi tedavi devam etmektedir.

İlaç destekli tedavi, tıbbi tedavinin bir parçasıdır. Özellikle ayaktan tedavilerde olumlu sonuçlar alınan tedavi yöntemidir.

İlaçla tedavi yönteminde üç temel yaklaşım bulunmaktadır;

Antagonizm: Bu yöntemde, kötüye kullanılan maddenin etkilerini bloke etmek üzere, maddenin “antagonisti” verilir. Maddenin beyinde bağlandığı reseptöre maddeden önce bağlanarak bu işlemi gerçekleştirir.

Yerine Koyma (Substitution): Madde ile benzer etki gösteren bir ilacın, uzman denetiminde kullanılmasıdır. Nikotin yerine koyma tedavisi (nikotin bantları, sakızı vb.) Ancak, bu tedavi yönteminde hedef alınan esas grup genellikle opiyat bağımlılarıdır. Opiyat yerine koyma tedavisinde en çok tercih edilen ilaçlar, “metadon” ve “buprenorfin” dir. Son yıllarda, metadonun olumsuz etkileri nedeniyle, buprenorfin üzerinde daha çok durulmaktadır.

Antabuse tedavisi: İlacın etki mekanizması, bireyin alkol aldığı anda rahatsızlanmasına neden olarak, alkol almamaya zorlamaktadır. Ağırlıklı olarak alkol bağımlılarının tedavisinde kullanılmaktadır (Ray ve Ksir, 1996).

1.2.2.2.2. Psikososyal Tedavi ve Sosyal Rehabilitasyon

Detoksifikasyon tedavisinin tamamlanması ile birlikte özellikle fiziksel yoksunluk belirtileri büyük ölçüde azalır. Kişi, madde kullanım öyküsü ve içinde buldukları koşullar

değerlendirilerek bireysel ya da grup tedavi programlarına katılmaktadır. Psikososyal destek programlarının asıl amacı bireyin madde kullanım zamanlarından kalan tutum ve davranışlarının değiştirmesini sağlamaktır. Kişinin kendisini tanınması, asıl amaçtır. Bireyin kendini tanınması, güçlerini ve zayıf yönlerini keşfetmesi yolu ile madde kullanmaya başlama nedenlerinin kökenlerini fark edebilmektedir. Bu faktörler, klinikte ve sosyal hayatta devam eden süreçte ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bireyin yeniden madde kullanmaya başlamasını engellemek amacıyla gerekli bilinçlendirme ve taburculuk sonrası için hazırlıkta bu programlarda gerçekleştirilmektedir. Özetle, bu programlar ayaktan ya da yatarak madde bağımlılığı tedavisi almış bireylerin ayık kalabilmesi için kendini ve yaşam biçimini değiştirmesini ve hastalığın relaps risklerinin üstesinde gelebilmeleri için stratejiler geliştirmesini sağlamaktadır(Ertoğlu 2013).

AMATEM kliniklerine gelen yoğun yatılı tedavi talebi nedeniyle, hastaların taburculuk süreleri olabildiğince kısa tutulmaktadır. Detoksifikasyon süreci kamu hastanelerinde ortalama yedi gün sürmektedir. Kronik madde kullanımı olan bireylerde bu süreç uzayabilmektedir. Detoksifikasyon sürecinin ardından kişi 10 ila 15 gün arasında değişen bir programa dâhil olmaktadır. Bu süre terapi süreci açısından değerlendirildiğinde çok yetersizdir. Bu sebeple psikoterapi süreçlerinde kullanılan teknikler yerine kısa sürede davranış değişikliğini sağlayabilecek teknikler alana daha elverişli görülmektedir(Ögel 2010).

Sosyal rehabilitasyon, özellikle kişinin korunaklı ortamdan taburcu olduktan sonrasını ele alır. Kişiye iş ve meslek kazandırılması, kendisinin madde kullanmadan uzak tutacak çevre alışkanlıklar edinmesi sağlanır. Yatarak tedavide tedavinin ilk günleri klinikte geçmektedir. Fakat tedavinin hasta açısından zor kısmı dışarıda başlar. Bu sebeple hastayı bu süreçte hazırlamak, sosyal çevresi ve etkenler içinde değerlendirmek gerektirmez. Bu yönü ile değerlendirildiğinde özellikle sosyal rehabilitasyon süreci, sosyal hizmet disiplini ile paralellik göstermektedir.

1.2.2.3. Özel Bağımlılık Klinikleri

Yakın tarihe kadar Türkiye’de madde bağımlılığı tedavisi kamu hastanelerinde yürütülmekteydi. Fakat kamu hastanelerinin AMATEM kliniklerine olan talep her sene artmaktadır. Mahkeme kararı ile tedaviye yönlendirilen kişilerde eklendiğinde kamu hastaneleri kliniklerin kapasiteleri, tedavi talebini karşılayamamaktadır.

Madde bağımlılığı kavramı toplumumuzda genel olarak olumsuz bir algı yaratmaktadır. Bu sebeple “etiketlenme” korkusuyla kamu hizmetlerine başvurmayan bir kitle mevcuttur. Ayrıca

çalışmanın diğer bölümlerinde de bahsedildiği üzere yoğun talep sebebiyle taburculuk süreleri hasta lehine esnetilememektedir. Ortalama 21 gün süren yatılı tedavi süreci çoğu hasta için yeterli olmamakta ve madde bağımlısı kişiler relaps yaşayabilmektedir.

Giderek büyüyen bu kitle toplumumuzda 20 yıl önce bir sorun alanı olarak görülmeyen madde bağımlılığı hastalığı, yarattığı sonuçlar sonucu bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmıştır.

Artan ihtiyaç sebebiyle, gerekli şartları sağlayan özel kuruluşlara da Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilmiştir. NPİSTANBUL Beyin Hastanesi, tedavi, hizmet ve güvenlik kriterlerini sağlaması sebebiyle AMATEM ruhsatı alan ilk özel hastane olmuştur. Türkiye'nin nöropsikiyatri alanında ilk yataklı özel hastanesi olan Üsküdar Üniversitesi NPİSTANBUL Beyin Hastanesi, Sağlık Bakanlığı'ndan AMATEM ruhsatı almasıyla birlikte, madde bağımlısı hastalara sadece devlet hastanelerinde çalışan doktorların yazabildiği özel ilaçları da yazma yetki ve ruhsatını da almıştır.⁸

Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış AMATEM klinikleri aşağıda sıralanmıştır. Sağlık Bakanlığının web sitesinde yer alan veriler 21.04.2017 tarihinde güncellenmiştir. Listede üç özel kuruluşun ismi yer almaktadır fakat bu tarihten sonra açılan ve ruhsat alan özel hastanelerde bulunmaktadır.

Tablo 5 Erişkin ve Çocuk Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri

Sıra	Kurum Adı
1	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2	Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
3	Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
4	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
5	Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
6	Denizli Devlet Hastanesi
7	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
8	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

⁸NPİSTANBUL Beyin Hastanesi, Resmi Web Sitesi, Mart 2018, < <https://npistanbul.com/turkiyenin-amatem-ruhsatli-ilk-ozel-hastanesi-npistanbul>>

9	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
10	Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi
11	Bursa Devlet Hastanesi
12	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
13	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
14	Mersin Devlet Hastanesi
15	Eskişehir Devlet Hastanesi
16	Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi
17	Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
18	S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
19	Çorlu Devlet Hastanesi
20	Yozgat Devlet Hastanesi
21	Sivas Numune Hastanesi
22	S.B. Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
23	Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
24	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
25	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
26	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
27	Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
28	Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkez
29	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
30	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

31	Özel NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi
32	Özel Lara Anadolu Hastanesi
33	Özel Boylam Psikiyatri Hastanesi
Çocuk Ergen Yataklı Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri	
1	Özel Boylam Psikiyatri Hastanesi
2	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3	Diyarbakır Selahaddin Eyyübi Devlet Hastanesi
4	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5	Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

Kaynak: <http://www.hasta.saglik.gov.tr/TR,5121/amatem-merkezleri.html> 15.04.2018 14.41

Madde kullanan herkes, madde bağımlısı olabilir. Bu sebeple madde bağımlılığı ile ilgili genel yargılar oluşturmak oldukça güçtür. Toplumun farklı sosyoekonomik kesimlerinden bireyler, hastalığa yakalanmakta ve tedavilere başvurmaktadır. Özel kuruluşlarda madde bağımlılığı tedavileri yüksek ücretler karşılığında sunulmaktadır. Bu sebeple sosyoekonomik yoksunluk yaşayan bireylerin özel kuruluşlarda tedavi olmaları olanaksızdır.

1.2.2.4. Yerel Yönetim Müdahale Çalışmaları

Madde kullanımı önlenemez bir halk sağlığı sorunudur. Sorunun önüne geçmek için var olan kaynakları harekete geçirmek son derece önemlidir. Ülkemizde var olan popülasyonun çeşitliliğine hitap etmek için çoklu yöntemler tercih edilmelidir. Özel kuruluşların tedavi ücretlerinin yüksekliği, kamu hastanelerinin kapasitelerinin talebi karşılamaması sorunu yerel yönetimlerin alana müdahil olmasını bir ihtiyaç haline getirmiştir. Yerel yönetimlerin hizmet alanlarının merkezi yönetimlere kıyasla dar olması, bölgesel farklılıklar gözetilerek hizmet sunma imkânına sahip olması avantajlarından bir kaçıdır. Fakat Türkiye’de yeni bir alan olması sebebiyle, alanın genelinde kalifiye personel sayısı son derece sınırlıdır. Yerel yönetimlerin alana dâhil olmaları diğer kurumlardan daha geç olması sebebiyle, yerel yönetimler bünyesinde çalışan kalifiye personel sayısı yok denecek kadar azdır.

2016-2018 yıllarını kapsayan Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesinde de yerel yönetimlerin çalışmalarına finansal ve gerekirse personel desteği verileceği ilan edilmiştir. Yerel yönetimler ile yürütülen çalışmaların artırılması ve yapılan çalışmaların sürekliliğinin

sağlanması noktasında koordinasyon sağlayacak yapı belirlenmesine karar verilmiştir. Akabinde geliştirilecek yeni modellerle çalışmaların desteklenmesi suretiyle hizmet ağı genişletilecektir (Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Strateji Belgesi 2016-2018).

Tablo 6: Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Eylem Planı 2016-2018’de Yer Alan Yerel Yönetimlere İlişkin Kararlar

Stratejiler	Aktiviteler	Sorumlu Kurum Kuruluşlar	İşbirliği Yapılacak Kurum / Kuruluşlar
1.Yerel yönetimlerin ve STK’ların uyuşturucu ile mücadele alanında faaliyet gösteren kamu kurum ve kuruluşların faaliyetlerine katılımının sağlanması	1.1. İl ve ilçe kurullarına aktif katılımın sağlanması	1.1.Sağlık Bakanlığı (THSK)	1. Uyuşturucu ile Mücadele İl/İlçe Kurulu Üyesi Kurumlar
	1.2. Uyuşturucu ile mücadele il koordinasyon kurulları ile entegre toplantıların düzenlenmesi	1.2.İçişleri Bakanlığı (MİGM)	2. İçişleri Bakanlığı (DDB)
	1.3. Yerelde şehrin önde gelen kişilerinin kurullara davet edilmesi	1.3. Sağlık Bakanlığı(THSK)	3. Diyanet İşleri Başkanlığı
	1.4. Madde bağımlılığı ile mücadeleyi konu alan sosyal içerikli projelere destek verilmesi	1.4.Türkiye Yeşilay Cemiyeti	
	1.5. STK’lara yönelik proje temelli bağımlılıkla mücadele destek programlarının uygulanması	1.5. Türkiye Yeşilay Cemiyeti	

Kaynak: Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Eylem Planı 2016-2018

Bu çalışmada da Türkiye’de yaygınlaşmaya başlayan yerel yönetim hizmetleri incelenmiştir.

1.2.2.4.1. Belediye Merkezleri

Madde bağımlılığının yıldan yıla artış göstermesi, yerel düzeyde halktan gelen talepler doğrultusunda, il ve ilçe belediyelerine bağlı, madde bağımlılığı psikososyal destek merkezleri açılmaya başlanmıştır. Türkiye’de yerel yönetim düzeyinde, yatılı tedavi merkezi bulunmaktadır fakat yatılı tedavi, tıbbi tedaviyi kapsamamaktadır. Genel olarak yerel yönetim birimleri kendilerine başvuran madde bağımlısı bireylerin, detoksifikasyon sürecini, yönlendirme yaparak AMATEM’de geçirmelerini sağladıktan sonra, psikososyal destek vermektedir.

Madde bağımlılığı tedavisinde kullanılan ilaçları yazma yetkisi, sadece AMATEM ruhsatlı hastanelerde bulunmaktadır.5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi kanunu 7.madde (v) bendinde belirtildiği üzere Büyükşehir Belediyeleri, “Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinleri, yaşlılar engelliler kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksekokullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak.” hususunda kanuni yetkiye sahiptir. İlçe ve ilk kademe belediyeleri ise belirtilen alanlarda bina yapımı, bakımı ve onarımı konusunda yetkilidir. Fakat mevcut durum değerlendirildiğinde, belediye kaynakları ile AMATEM ruhsatlı bir hastane kurmanın zor olduğu aşikârdır. Bu sebeple belediyelerin madde bağımlılığı alanında çalışan birimleri, daha çok psikososyal destek kısmında rol almaktadır. Bu örnekten farklı olarak, Gaziantep Büyükşehir Belediyesi Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi bulunmaktadır. Merkez 14-19 yaş arası erkek çocuklara hizmet veren, tıbbi tedavi ve sosyal rehabilitasyonun birlikte yürütüldüğü bir merkezdir. Maliyeti kıyasla çok daha düşük olmasına rağmen, hala birçok belediyenin, madde bağımlılığı psikososyal destek birimi kurmakta güçlük çektiği gerçeği göze önüne alındığında, belediye bünyesinde hastane kurmanın zorluğu daha net görülebilir.

Merkezler genel olarak tıbbi tedavisini kamu hastanelerinde tamamlayan ve psikososyal destek almak üzere kurumlara başvuran kitlelere hizmet vermektedir. Bunun yanında merkezlerin, belediyelerin bünyelerinde bulunan ve madde bağımlılarının faydalanabileceği kaynakları, müracaatçılara yönlendirildiği de görülmektedir.

Çalışmanın bulgular kısmında belediyelere bağlı psikososyal destek birimleri ayrıntılı bir biçimde incelenecektir.

1.2.2.4.2. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)

Yeşilay bağımlılıkla ilgili önleyici ve koruyucu hizmetleri yürütmektedir. Değişen koşullar ve toplumdan gelen talepler neticesinde Yeşilay 2013 yılında tüzüğünde yaptığı değişiklikle bağımlılık alanında yürütmekte olduğu önleyici ve koruyucu çalışmalara tedavi ve rehabilitasyon faaliyetlerini eklemiştir. YEDAM' lar kuruluş protokolleri gereği Belediyelerle ortak olarak açılmaktadırlar. Yeşilay'ın danışmanlık merkezi açmak için belirlediği, fiziki koşulları sağlayan belediyelere Yeşilay gerekli personeli ve hizmeti temin etmektedir. Kuruluşları itibariyle ilk etapta sadece İstanbul'da kurulan Yeşilay Danışmanlık Merkezlerinin İstanbul dışında Antalya ve Düzce'de şubesi bulunmaktadır. Cerrahpaşa Merkez, Üsküdar, Eyyübiye, Başakşehir, YEDAM Atölye İstanbul'da bulunan ilk YEDAM şubeleridir.

YEDAM, alkol/madde bağımlısı olan bireylerin hayata tekrar kazandırılmasını, günlük hayatlarını devam ettirirken hayat kalitelerinin yükseltilmesini sosyal hayata uyum sağlama sürecinde gerekli sosyal desteğin verilmesini ve kişinin temiz kalmaya teşvik edilmesini amaçlamaktadır. Bu kapsamda da YEDAM kadrosundaki uzman klinik psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarının iş birliğinde bağımlılık sorunu olan bireylere ücretsiz psikososyal destek vermeyi hedeflemektedir.⁹

1.2.2.5. Kendine Yardım Grupları

Madde bağımlılığı hastalığının tedavisi ülkemizde genel olarak klinik ortamında yürütülmektedir. Fakat genellikle tedavilerini klinikte tamamlayan hastalar taburculuk sonrası sürdürülebilir bir düzelmeye gösterememektedir. Taburculuk sonrası, korunaksız ortamda hastalar, kaymalar yaşayabilmektedir.

Madde bağımlılığı müdahale süreçlerinde hizmet veren kurumların, taburculuk sonrası süreç için, kâğıt üzerinde "hasta takip" mekanizmaları vardır. Fakat çeşitli sebeplerden ötürü bu mekanizmalar işler değildir. Klinik ortamından çıktıktan sonra madde bağımlısı birey, psikososyal dayanıklılığını artırmadı ise kayma yaşaması çok olası bir durumdur. Bu noktada taburcu olan kişilerin, daha önce bu süreçleri yaşamış ve sürdürülebilir bir temizlik yaşamış kişilerle, deneyimlerini paylaşmaları, bu süreci yaşayan başka kişilerin de var olduğunu bilmeleri ve bir destek görmeleri açısından son derece önemlidir. Kendine yardım grupları bu noktada, hastalara ve ailelerine son derece yardımcı olmaktadır.

⁹Yeşilay Danışmanlık Merkezi, Nisan 2018. <<https://www.yesilay.org.tr/tr/projeler/detay/yesilay-danismanlik-merkezi-yedam>>

Cole (1983), kendine yardım sürecini, temelde değişim için ısrar etmeyen, dikteden uzak, paylaşımcı, gözdağı vermemeye özen gösteren, mahremiyete saygılı, güvenli, rahat bir ortamda yeni bir yönelimin sağlanması olarak tanımlamıştır. Özellikle madde bağımlısı kişilerin kendine yardım gruplarını, stigmatize olmamaları ve “adsız” lığın korunması sebebiyle tercih ettikleri düşünölmektedir.

Geleneksel toplum yapısında, aile ve arkadaşlar sosyal destek sistemi olarak düşünölebilir. Fakat modern sanayi toplumunda, aile ve toplum bağları genellikle hareketlilik ve diğer toplumsal değişimler nedeniyle bozulmaktadır. Bu sebepten, insanlar genellikle karşılıklı çıkarları ve sorunları paylaşan insanlar ile bir araya gelmeyi tercih etmektedir. ABD'nin önde gelen araştırma şirketlerinden birinin araştırmasına göre, 1992'de, üç Amerikalıdan neredeyse biri bir destek grubuna dâhil olmaktadır. Bu grupların yarısından fazlası İncil çalışma gruplarıydı. Dâhil olmayanların ise %10'u geçmişte katıldığını belirtmiştir (Gallup Poll 1992). Katz'a göre (1993) Birleşik Devletler' de 10 milyon ila 15 milyon katılımcı ile en az 500.000 ila 750.000 grup bulunmaktaydı.

Kendine yardım grupları ayrı olarak veya daha büyük kuruluşların bir parçası olarak bulunabilir. Resmi olmayan şekilde veya bir format veya programa göre çalışabilirler. Kendine yardım gruplarında, belirli sosyal destek türleri ortaya çıkar. Kendini açıklama yoluyla, üyeler hikâyelerini, hislerini, sorunlarını ve değişim süreçlerini paylaşırlar. Yalnız olmadıklarını öğrenirler.

Bazı kendine yardım gruplarında profesyonel bir uzman liderliğinde toplanılabilmektedir (Powell ve Perron2010). Fakat günümüzde bilinen kendine yardım grupları, akran katılımcı bir modeli benimsemektedir. Bu modelde, üyeler ortak kararla davet etmedikçe veya konuşmacı olarak davet edilmedikçe profesyonellerin toplantılara katılmasına izin vermemektedir (Stewart, 1990).

Akran katılımcı modelinin bir görünür etkisi de güçlendirmediir. Kendine yardım grubu üyelerinin kendilerine ve birbirlerine olan bağlılığı, birlikte sorunu yaşamlarında kontrol etme arzuları kişilerin güçlerini ortaya çıkarmaktadır.

Akran desteğinin temelinde usta çırak ilişkisi benzeri bir yapı vardır. Emektar üye grubun yeni üyesine “çaylağına” yardım ve rehberlik eder (Mullan 1992). Akran etkisi ile yeni üyenin bakış açısı değiştirilmeye çalışılır (Silverman 1992).

Grup üyeleri genellikle, ortak bir sorun çatısında damgalanma yaşamaktadır. Yargılanmadıkları bir topluluk önünde “adsız bir kimlik” ile duygu ve düşüncelerini dile

getirebilme arzusu ile bir araya gelebilmektedirler (Borman 1992). Birbirlerine duygusal, sosyal ve pratik destek verebilirler. Damgalamayı birlikte anlamaya ve bunlarla mücadele etmeyi öğrenmeye ve öğretmeye, kendi öz saygılarını ve öz-yeterliliklerini geliştirmeye çalışabilirler(Powell 2010).

Silverman (1992) üyelerin stres, kayıp ve kişisel değişim ile başa çıkmayı öğrendikleri bu süreci “bilişsel yeniden yapılanma” şeklinde tanımlamaktadır.

Kendine yardım grupları madde bağımlılığı hastalığı süreçlerini daha önce tecrübe etmiş bireylerden oluşmaktadır. Fakat madde bağımlısı bireylerin ailelerin oluşturdukları aile yardım grupları da bulunmaktadır. Madde bağımlısı bireyler en az 18 ay kayma yaşamadan temizliklerini sürdürebilirlerse, gruba yeni katılan kişilere rehberlik edebilmektedir.

Taburculuk sonrası kendine yardım gruplarına devam eden hastaların temiz kalma süreçlerinde gözle görülür artışlar meydana gelmektedir.

Bu gruplarda sadece deneyim paylaşımı yapılmamaktadır. Madde bağımlısı bireylerin profilleri, çok geniş bir skalaya yayılmıştır. Hastaların bazıları klinik sürecini son derece verimli geçirmektedir. Psiko eğitim süreçlerinden ve psikososyal destek programlarından maksimum düzeyde kazanım elde etmektedir. Fakat bazı bireyler kliniğe uyum konusunda zorluklar çekmesi sebebiyle, klinikte uygulanan psiko eğitim süreçlerinden görece daha az faydalanmaktadır. Kendine yardım gruplarında, bağımlılığın doğası, hastalığın bilinmeyenleri ve temiz kalma stratejileri gibi konularda eğitimlerde düzenlenmektedir. Bağımlı kişiler genel olarak klinikte yaşadıkları olumsuz tecrübeleri bu gruplarda yaşamamakta ve görece daha ait hissettikleri bir ortamda, ilgili konularda bilgi sahibi olmaktadır.

Madde bağımlılığı hastalığı kişiyi son derece dar bir sosyal çevreye hapsetmektedir. Bu dar sosyal çevre, kullanım sürekli haline geldikçe daha da daralmaktadır. Madde bağımlısı birey, bir süre sonra sadece madde bağımlıları ile iletişim kurar hale gelmektedir. Madde kullanımının kesilmesinin hemen ardından kişinin, sosyal çevresini tamamen değiştirmesi çok kolay değildir. Madde kullanım süreçlerinde temas halinde olduğu çevreyle ilişkisini kesebilse dahi, madde kullanmayan yeni arkadaşlar edinmek uzun zaman alabilmektedir. İşte tam da bu geçiş sürecinde, geçmişinde madde öyküsü bulunan, o süreçleri deneyimlemiş fakat şuan temiz kalmaya uğraşan “Ex-user” kişiler ile irtibat kurmak, madde bağımlısı bireylere cazip gelebilmektedir. Ex-user kişiler, aynı zamanda madde bağımlısı bireylerin, meslek profesyonellerinden alamayacakları desteği kişilere verebilmektedir. Saat sınırlaması olmaksızın yapılan telefon görüşmeleri bunlardan sadece biridir. Özellikle bireylerin aşerme

(craving) anında irtibat kurduğu “ex-user”lar temiz kalma sürecinin daha da uzatabilmek adına madde bağımlılarına rol model olabilmektedir.

Literatürde madde bağımlılığı tedavisi kapsamında oluşturulan kendine yardım gruplarında ex-user’lar dan yararlanmanın olumlu yönleri kadar riskleri de olduğu ifade edilmektedir. Kendine yardım gruplarında (ya da akran desteğinin kullanıldığı uygulamalarda) ex-user’ların bağımlılık yaşamanın nasıl bir şey olduğunu bilmeleri nedeniyle insanlarla bağlantı kurma, rehabilitasyon sonrası grup terapisi ile devam etmeleri için onları cesaretlendirme, kişinin ayık kalmaktaki kararlılığı zayıfladığında destek olma, kişinin hedeflerine ve taahhütlerine ulaşmada destek olma gibi işlevlerinin olumlu ve kabul edilebilir olmasına karşın ex-user desteğinin tamamen profesyonel tedavi yerini alamayacağı, tedavi sürecinin tümüyle ex-userlar üzerinden yürüyemeyeceği, akran desteğinin ve ex-userların her ne kadar resmi ve gayri resmi tedavide sıkça var olan boşluğu doldursalar da bu uygulamanın yararlarına ilişkin daha çok kanıta dayalı bilgiye ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Reif ve diğ. 2014);(akt Allcock 2018).

1.2.2.5.1. Narkotik Anonimler (NA)

Adsız Alkoliklerin ardından 12 basamak modelinden modellenen çok sayıda kendine yardım grubu bulunmaktadır. Al-Anon, Nar-Anon, alkol bağımlısı ve uyuşturucu madde bağımlısı bireylerin ailelerinin kurduğu gruplardır. Yurtdışı örneklerde, borçlular, boşananlar, kumarbazlar veya işkolikler için de anonim gruplar bulunmaktadır. Bu “anonim” gruplar, üyelerinin gizliliklerini korurken, çeşitli bağımlılık davranışlarından kurtulmalarına yardımcı olur. Adsız Narkotikler, Adsız Alkoliklerin ardından en aktif çalışan kendine yardım grubu olarak değerlendirilebilir. Son yıllarda madde kullanım oranlarının giderek artması grubun daha bilinir olmasına sebep olmuştur. Kendine yardım gruplarının önemli ilkelerinden olan gizlilik ve adsızlık üyelerin dış toplantılarla karşılaştıklarında üye olarak tanınmamasını sağlar. Grubun anonim olması, özellikle madde bağımlıları için son derece önemlidir. Alkol bağımlılığı ile kıyaslandığında, uyuşturucu madde kullanımının ve satışının suç teşkil etmesi sebebiyle, uyuşturucu bağımlılarında yardım isteme davranışı alkol bağımlılarına nazaran daha az görülmektedir.

Adsız Narkotik (NA) kendini, iyileşmekte olan bağımlılar için çalışan, toplum tabanlı, kar amacı gütmeyen, uluslararası bir organizasyon olarak tanımlamaktadır. 116’nın üzerinde ülkede çalışan, Adsız Narkotik (NA) üyeleri birbirlerinden, uyuşturucu maddeler olmadan nasıl yaşayacaklarını ve bağımlılığın yaşamlarındaki etkilerinden nasıl sıyrılacaklarını öğrenirler. Uyuşturucu madde kullanmayı bırakmak isteyen herhangi biri Adsız Narkotik

üyeleri olabilir. Üyelik belirli bir uyuşturucuyu kullanan bağımlılar ile sınırlı değildir. Alkol dâhil, yasal olsun olmasın, uyuşturucu sorunu olabileceğini hisseden herkes NA' ya içtenlikle kabul edilir. NA' da iyileşme, belirli bir uyuşturucuya değil, bağımlılık sorununa odaklanır.¹⁰

Alkol ve madde bağımlılığı alanında çalışan kendine yardım gruplarının birçoğu 12 Basamak Tedavi metodunu benimsemiştir fakat bağımlılıklardan kurtulma yönünde çalışan ancak on iki aşamalı programların belirli ilkelerini reddeden gruplar da bulunmaktadır. Örneğin, Rational Recovery Systems ve Secular Organization for Sobriety, gibi gruplar bağımlılık alanında çalışmasına rağmen 12 Basamak Metodunun maneviyata olan vurgusunu reddeder (Kasl 1992).

1971 yılında "Jolly K." ve Leonard Lieber tarafından kurulan Anonymous (PA), anonimliği güvence altına alan ancak on iki basamak metodunu benimsemeyen bir gruptur (Borman 1979).

1.3. Tedavide Kilit Unsurlar

Madde bağımlılığı tedavisi, yoğun çaba ve emek isteyen bir süreçtir. Tedavi ve rehabilitasyon sürecinde bu çaba ve emeği gösteren kişilerde düzelme görülebilir fakat bağımlılık doğası gereği kroniktir. Tam iyilik halini sağlamak güçtür. Tedavi sırasında ve sonrasında, kişinin hayatında meydana gelebilecek olumsuzluklar süreçten uzaklaşabilmesine sebep olabilir bu sebeple, değişime olan inanç ve motivasyon son derece önemlidir.

Tedavi ve rehabilitasyon sürecini sağlıklı bir biçimde sürdüren ve temiz kalmayı başaran madde bağımlılarının karşılaştıkları en önemli sorun ise damgalanmalarıdır. Maruz kaldıkları stigmatizasyon kişide, kendisi değişse dahi toplumun kendisine olan bakışının değişmeyeceği algısı, tedaviye karşı olan motivasyonu da olumsuz etkileyebilmektedir. Tedavinin başarıya ulaşma olasılığını arttıran, bir takım kavramlar bulunmaktadır. Aşağıda bu kavramlara kısaca yer verilmiştir.

1.3.1. Motivasyon

Motivasyonun kelime anlamı, isteklendirme ve güdülendirmedir. Kişiyi madde kullanmadığı yeni bir hayata karşı isteklendirmek tedavinin kilit noktalarındandır. Madde kullanmayı bırakma motivasyonu çeşitli sebeplerle süreçte azalabilir. Motivasyonun azalması kişinin kaymasına hatta tedaviyi yarıda bırakmasına yol açabilir. Kişinin değişime ilişkin, yeterli

¹⁰Adsız Narkotik: Toplumunuzda Bir Kaynak. Resmi Site, Ocak 2018 <<http://na-turkiye.org/hakkimizda/>>

motivasyonu kendinde bulamaması durumunda bağımlılık nüks etmektedir. Motivasyon davranışta değişiklik yaratmak için harekete geçme yolunda atılabilecek önemli adımlarda birisidir (Evren 2006).

İnsanlar üzerinde davranış değişikliği yapmak her zaman sanıldığı kadar kolay değildir. Değişime karşı gösterilen direnç bağımlılık hastalığının doğasında vardır. Kişiyi kendi adına yaptığı bu özgür seçimden döndürmenin yolu kişinin değişime olan inancının desteklenmesinden geçmektedir (Ögel 2009).

Motivasyonel yaklaşımların başında ve en çok kullanılan yöntemler FRAMES olarak kısaltılan teknikler bütünüdür. Kısa müdahale yaklaşımı olarak da bilinen, FRAMES kısaltması içinde yer alan tekniklerin görüşme sırasında uygulanması, tedavi motivasyonunu olumlu yönde etkilediği bilinmektedir.

Kısa müdahale yaklaşımı kişide davranış değişikliği sağlamaya ve tedaviye uyumu artırmaya odaklanmaktadır. Süresi sınırlı, hasta merkezli danışmanlık yöntemidir(Fleming 1999).

“FRAMES” sözcüğünün baş harfleri kısa müdahalenin temel esaslarını ifade eder;

Geribildirim (Feedback): Kişiyi riskler, madde bağımlılığı hastalığı ve kendi durumu ile ilgili geribildirim verilir. Kişinin içinde bulunduğu durumu klinik dışına çıktığında karşılaşılabileceği riskleri bilmesi tedavi süreci açısından son derece önemlidir.

Sorumluluk (Responsibility): Kişisel kendi hayatında değişimi sağlaması için sorumluluk verilir.

Tavsiye (Advice): Madde bağımlılığı kişiyi, kuralsız ve kısır bir yaşam döngüsü içine hapseder. Bu sebeple dikteye uygun bir popülasyon değildir. Değişimi sağlaması için kişiye tavsiye ve öneriler verilir.

Menü(Menu): Madde bağımlılığı hastalığı tedavisinde, farklı ve alternatif tedavi stratejileri kişiye sunulur. Kişinin kendini, keşfederek kendine uygun tedavi seçeneğini belirlemesi istenir.

Empati (Empathic): Otoriter bir tavrın aksine empatik bir yaklaşım göstermeye özen gösterilir.

Yeterlilik (Self-efficacy): Tedavide kişinin motivasyonu son derece önemlidir. Kişinin tedaviye olan inancını güçlendirerek sosyal hayatta ayıklık sürecini artırmak hedeflenir (Akvardar 2010).

Kliniğe tedavi olmak üzere gelen kişinin motivasyonunu ve değişime olan inancını güçlendirmek son derece önemlidir. Hatta bu süreç tedavinin deyim yerindeyse başlangıcıdır. Tedavinin gerekliliklerini yerine getirerek, temiz kalmayı başaran bireyler, orta ve uzun vadede yaşadıkları olumsuz tecrübeler sonucu, kayma yaşayabilmekte ve tekrar nüks döngüsüne hapsolabilmektedir. Bu sebeple klinikten taburcu olma sürecinin ardından, risklerin bulunduğu sosyal çevrelere dönüş, bu kişilerin motivasyonunu olumsuz etkileyecek tecrübeler yaşamalarına sebep olabilmektedir. Bu sebeple, sürdürülebilir ayıklığın sağlanması için madde bağımlısı bireylere farklı motivasyon kaynakları gerekmektedir. Kendine yardım gruplarının, kişilerin birbirini desteklemesine dayanan yapısı ve motivasyon desteği, taburculuk sonrası dönemde madde bağımlısı kişilerin en kolay entegre olabildiği ortam olarak görülmektedir.

1.3.2. Stigmatizasyon

Damgalanma (stigmatizasyon) kavramı ilk olarak Antik Yunan'da karşımıza çıkmaktadır. O yıllarda köleler ve suçluların belirlenmesi amacıyla vücutları bıçakla kesilmekte veya sıcak metalle dağlanmaktaydı, oluşturulan derin ve hiçbir zaman çıkmayan bu izlere ise damga (stigma) adı verilmekteydi. Erving Goffman (1963) damgalanma kavramını 'bireye daha az değer verme davranışı' şeklinde tanımlamıştır.

Damgalanma (stigmatizasyon) tıpkı madde bağımlılığının diğer nedenleri gibi madde bağımlılığına yol açan tek etken olarak gösterilemez. Fakat ilk madde kullanımının hemen ardından kişi maddeye bağımlı hale gelmekte ve madde kişinin hayatının merkezine yerleşmektedir. Bu durum bir süre sonra kişinin yalnızlaşmasına, gittikçe sosyal çevresinin daralmasına yol açmaktadır. Çevresiyle ilişkisi sistematik olarak azalmakta ve bir süre sonra tümüyle bitmektedir. Bu süreçlerde maddeyi bırakma kararı veren kişiler ise genel olarak damgalanma sebebiyle, toplumla bütünleşememektedir. Bu sebeple maddeyi bırakma motivasyonunun önündeki en önemli engellerden biride damgalanmadır.

Etiketleme teorisine göre birçok kişi, nadir madde kullanmasına rağmen, yaşadıkları toplumda "alkolik, keş vb." damgalanmalara maruz kaldıkları için toplumda uzaklaşmaktadır. Bu etiketlemelerin artması sonucunda ise kişi kendisini bağımlı olarak görmektedir. Etiketleme teorisi insanları etiketlemekten vazgeçildiği takdirde madde bağımlılığının azaltılabileceğini savunur(Zastrow, 2014).

Damgalanma alkol ve madde bağımlılarında sosyal içe çekilme, düşük benlik saygısı, depresyon gibi sonuçlar doğurmakta ve tedavinin seyrini olumsuz etkilemektedir. Alkol ve

madde bağımlılığında tedavi başarısı davranışsal değişikliklerle ve ruhsal yapının güçlülüğü ile doğru orantılıdır. Bu sebeple damgalanmanı en aza indirgenmesi tedavi sürecinin ilerleyişi açısından önemlidir(Yıldırım ve ark 2012). Motivasyon tedavi sürecinde kullanılabilir olumlu bir güçtür ve motivasyonun gelişmesi için etiketlenmenin ortadan kalkması gerekir (Young ve Blake, 1999).Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylere yönelik toplumda bir ötekileştirme refleksi söz konusu olabilmektedir. Madde bağımlıları çoğu zaman yargılanmamak veya damgalanmamak için toplumdaki kendilerini soyutlamakta ve alkol ve madde kullanan bireylerle birlikte olmayı tercih etmektedirler. Toplumun alkol ve madde kullanımını nedeniyle üyelerini damgalaması ve ötekileştirmesi, bireylerin sosyal işlevselliğine zarar vermekte ve onlara bir takım olumsuz psikososyal etkiler yaşatmaktadır. Bireyin tecrübe ettiği güven eksikliği, depresyon, yetersizlik duygusu ve çaresizlik hissi kişinin süreç içinde toplumdaki kendini soyutlamasına yol açmaktadır. Yaşanılan bu sosyal dışlanma kişinin çareyi yeniden alkol ve maddede aramasına neden olabilmektedir (Erbay, 2008).

Madde bağımlısı bireylerde damgalanma korkusu had safhadadır. Madde kullanımını ile ilgili adli süreçler geçiren kişilerin, damgalanmaları sebebiyle, istihdam alanlarına katılımı zorlaşmaktadır. Sosyal hayatlarında maruz kaldıkları olumsuz tavırlar ve tecrübeler ve damgalanmışlık hissi, bu kişilerin zihninde, iyileşemeyeceklerine ilişkin olumsuz bilişsel şemalar oluşmasına sebep olmaktadır. Bu noktada kişilerin, tedaviye ve değişime olan inançları sarsılmakta ve motivasyonlarını düşürmektedir. Kendine yardım gruplarının “adsız” olma ilkesi, bu açıdan madde bağımlısı bireyleri katılım konusunda isteklendirmektedir.

1.4. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Bütüncül Yaklaşımın Önemi

Madde bağımlılığı kavramını özellikle yakın geçmişte birçok farklı görüş ile ele alınmaktaydı. Hastalığın kökenlerinin incelendiği araştırmalarında etkisi ile madde bağımlılığı hastalığının yalnızca medikal yollarla veya sadece psikososyal destek programları ile tedavi edilemeyeceği anlaşılmıştır. Bağımlılık tedavisinde önde gelen ülkeler göz önüne alındığında ağırlıklı olarak biyopsikososyal model perspektifinde incelendiği görülmektedir.

Biyopsikososyal model kişiyi çevresel olgular çerçevesinde değerlendirerek çözüm önerileri sunar. Bu noktada tedavi ekiplerinin disiplinler arası bir bakış açısı ile kurulması son derece faydalıdır. Hastalığın tıbbi, psikolojik, ruhsal toplumsal ve sosyal boyutu, her alanın profesyonellerince değerlendirilmelidir. Disiplinler arası çalışmanın özellikle madde bağımlılığı tedavisinde arz ettiği önem, başarılı model ve örnekler incelendiğinde açıkça görülebilir.Madde bağımlılığı tedavisinde tedavi ekibinin, bütüncül bakım anlayışıyla bireyle

birlikte ayrıca bireyin ailesine ve çevresine de hizmet sunma misyonu bulunmaktadır (Şimşek 2010).

Madde bağımlılığı hastalığı, bireylerin sosyal işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla ve toplumsal yansımaları olan bir halk sağlığı sorunudur. Hastalığın, tıbbi boyutu kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Fakat konunun sosyal boyutu ve ekonomik boyutları, konunun çözümü yönünde atılacak adımlar açısından büyük bir önem arz etmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı sorununa çözüm yolları üretirken bütüncül bir bakış sergilenmediği takdirde, kısa süreli çözümler bulunmaktan öteye gidilmesi güçtür (Erbaa 2016).

1.4.1. Türkiye’de Yerel Yönetim Hizmetlerinin Bütüncül Yaklaşım Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Yerel yönetimler; yerel halkın ortak ihtiyaçlarını karşılamak için kurulmuş özerk ve demokratik yönetim birimleridir. Yerel yönetimleri niteleyen özerklik anlayışı, yerel yönetimlerin kendilerine tanınan görev, yetki ve sorumlulukları hükümetten ve merkezi yönetimden izin almadan ve onların müdahalesi olmadan yerine getirmeleri demektir.

Yönetim halk tarafından seçilen yöneticileri tarafından üstlenilir. Yöneticilerin seçilmesine merkezin müdahalesi yoktur. Yönetim kendi programını yapar, önceliklerini saptar ve bunları yerine getirmek üzere kendi bütçesini yapar. Türkiye nüfusunun %82 si belediye sınırlarında yaşamaktadır.

Anayasamıza göre üç düzey yerel yönetim birimi vardır;

- Köyler
- Belediyeler
- İl Özel İdareleri(Toksöz 2014),

Bu çalışmada kullanılan “yerel yönetim” ibaresi belediyeleri işaret etmektedir. Türkiye’de belediyeçilik kavramı yakın geçmişe kadar, fen işleri vb. görünür ve beldenin fiziki ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik çalışmalar şeklinde algılanmaktaydı. Fakat değişen koşullar karşısında belediyelerin sosyal sorun alanlarına da müdahil olmaya başlaması bir gereklilik haline gelmiştir. Özellikle 1980’li yıllarda görünür olmaya başlayan sosyal devlet anlayışının da getirisi olarak “sosyal belediyeçilik” kavramı ortaya çıkmaya başlamıştır. Sosyal belediyeçilik kavramı, öncelik alanı olarak dezavantajlı grupları odağına almaktadır. Bu doğrultuda, yaşlılar, engelliler, madde bağımlıları, şiddet gören kadınlar, çalıştırılan çocuklar vb. alanlarda çalışmalar yürüten belediyelerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır.

Sosyal belediyeçilik anlayışıyla Türkiye’de, engelli rehabilitasyon merkezleri, kadın sığınma evleri, bağımlılık danışma birimleri, yerel yönetimler düzeyinde hizmet vermektedir.

Başka bir deyişle, sosyal belediyeçilik, sosyal devletin, vatandaşlarına merkezi idare vasıtasıyla sunmakla yükümlü olduğu sosyal politika ve faaliyetlerin belediyeler tarafından yerel düzeyde sunulmasıdır (Adıyaman 2011).

Sosyal belediyeçilik uygulamaları, Türkiye’de, 1980’lerden sonra liberal politikaların uygulanmaya başlanması ile artmıştır. Küreselleşmenin etkisi ve küçülen devletin birtakım görevlerini yerele devretmesi veya yük paylaşımı yapması kaçınılmaz duruma gelmiştir. 5393 sayılı Belediye Kanunu ile 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununun pek çok maddesinde, sosyal belediyeçiliğe kanuni altyapı oluşturabilecek hükümler bulunmaktadır. Her iki kanun, belediyelere sosyal hizmet ve sosyal yardım konusunda çeşitli yetkiler vermiştir (Sezik 2017).

Merkezi yönetimin yanında, yerel yönetimlerinde sosyal politikaların uygulanmasında rol alması, birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede görülmekte olan bir durumdur. Vatandaşın en kolay ulaştığı birimler olarak belediyeler, “sosyal devlet” anlayışının yerelde sunulmasına destek olur. Bunun bir getirisi olarak, belediyelerin sosyal politika sistemi içerisindeki ağırlığı birçok unsura bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Sosyal politika uygulamalarının yerel yönetimler tarafından uygulanması sosyal belediyeçilik kapsamına girmektedir. Belediyeler, bir nevi sosyal devletin yereldeki temsilcileri konumundadır. Türkiye’de son yıllarda belediyelerin sosyal politika uygulamalarıyla önemli bir aktör durumuna geldiği görülmektedir (Berkün 2017).

Sosyal belediyeçiliğin eğildiği sorun alanlarının dışında, belediyeler, belde sakinlerine sosyal ve kültürel imkânlarla sunmaktadır. Sosyal tesisler, spor salonları, havuzlar kültür merkezleri de belediyelerin sunduğu hizmetlerdir. En önemlisi belediyelerin bu hizmetleri ücretsiz sunmasıdır. Madde bağımlılığı tedavi sürecinde kilit noktalardan birisi, boş zamanın yapılandırılmasıdır. Bu sebeple taburculuk sonrası süreçte, belediyelere bağlı sosyal tesislerin, havuzların vs. varlığı ve ulaşılabilir olması, tedaviye olumlu katkı yapacak unsurlar olarak değerlendirilebilir.

Madde bağımlılığı tedavisi özelinde incelendiğinde, sadece yerel yönetim imkânlarını kullanarak bütüncül bir yaklaşım ile tedavi yürütmek mümkün değildir. Fakat farklı kurum kuruluş ve toplulukların farklı sorumluluklar üstlendiği, bütüncül bakış açısı ile hazırlanmış tedavi sistemi oluşturmak mümkündür. Yerel yönetimlerin kendi öz kaynakları ile bu sistemi

kurması çok mümkün olmasa da sistemin önemli bir parçası olabilir. Günümüzde yürütülen madde bağımlılığı müdahale çalışmalarının hepsi tıbbi desteği farklı kurumlardan almaktadır.

Yerel yönetimlerin en önemli avantajı ise yerel hizmet veren kurumlar olması sebebiyle, hizmet alanı dar olmasıdır. Sınırları çizilmiş bu hizmet alanı aynı zamanda yerel yönetimlere ihtiyaca yönelik ve esnek hizmet modelleri geliştirme fırsatı vermektedir.

1.4.2. Bütüncül Yaklaşım Modelinde Sosyal Hizmet Müdahalesinin Yeri ve Önemi

Madde bağımlılığı kavramının kökenleri insanlık tarihin başlangıcına kadar dayanmaktadır. Uyuşturucu maddeler, tarihine göz atacak olursak, başlarda tıbbi amaçlarla kullanılan bu maddelerin daha sonra, keyif verici etkisinin insanlar tarafından keşfi sonucu istismar edilmeye başladığını görebiliriz(Yıldırım 2008).Madde kullanımı ve bağımlılığını tek bir nedene bağlı olarak açıklamak mümkün değildir. Psikolojik, kalıtsal, biyolojik ve sosyokültürel etkenler madde bağımlılığına yol açabilir. Bağımlılık ve sosyal çevre ilişkisi, bu etkenler arasında sosyal hizmet disiplini en çok ilgilendiren olgu olarak değerlendirilebilir.

Madde kullanımında sosyal bağlam ve çevrenin etkisi büyüktür. Erken yaşta madde kullanımına başlanmasını önlemenin yollarından biri ebeveynlerin ve gençlerden sorumlu kişilerin gençleri sık sık, denetlemesi ve yol göstermesidir. Yapılan araştırmalar, madde ve kullanımına başlama yaşını geciktirmenin veya önlemenin yolunun, ebeveyn denetiminden geçtiğini göstermektedir. Ayrıca ebeveynlerin ilgi ve gözlem eksikliğinin özellikle 12-16 yaş arası gençlerde madde kullanımına başlama ve sürdürme davranışına neden olduğu bilinmektedir (Ögel, 2010). Sosyal çevre, madde bağımlılığının başlama evresinde önemli rol oynamaktadır. Özellikle gençlerde arkadaş çevresi ve akran etkisi madde kullanımına yol açan başlıca etkenlerden biridir. Madde kullanımına başlamanın en yaygın olarak görüldüğü dönem ergenlik dönemidir. Özellikle18 yaşında başlayan ve kimlik duygusunun oluşması ile sona eren geç ergenlik döneminde, sosyal bağlar kişilerin kendini daha iyi tanımlamasına ve kendini bir topluluğa ait hissetmesine yol açabilir. Kendini bir gruba ait hissetme isteği, ergenlerde madde kullanımı şeklinde karşımıza çıkabilir (Derman, 2008).

Aileyi bir sistem olarak ele alacak olursak, her bir aile bireyi bu sistemin bir alt sistemi konumundadır. Alt sistemlerde meydana gelen sorunların diğer alt sistemleri ve doğal olarak sistemin bütününe etkilememesi olanaksızdır. Ailede madde kullanan bireyin varlığı bu nedenle aileyi olumsuz etkilemekte ve karmaşık sorunların oluşmasına yol açmaktadır (Mutlu

2013). Madde bağımlısı kişi aile içinde, eş, çocuk, anne veya baba konumunda olabilir. Bu rollerin her biri aile içi farklı sorunlara yol açabilir.

Madde kullanan kişi, arkadaşları tarafından dışlanabilir, işten çıkarılabilir fakat aile genelde üyesiyle birlikte olmak durumunda kalmakta ve bağımlılığın tüm olumsuz sonuçlarına katlanmaktadır. Çaresizlik hissine kapılan aile üyeleri çoğunlukla ne yapacaklarını bilememekte ve toplumun konuya bakış açısının olumsuzluğu sebebiyle yardım arayamamaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak aile üyeleri bağımlı kişiye uyum sağlamaya çalışmaktadır ki bağımlılığa sağlıklı bir şekilde uyum sağlamak mümkün değildir. Bağımlılığın yarattığı olumsuzluklarla yüzleşen aile bir süre sonra istem dışı olarak bağımlılığı yetiştirmekte ve büyütmektedir. Bu sebeple bağımlılık bir “aile hastalığı” olarak değerlendirilmektedir. Aile ve bağımlılık konusunda üzerinde durulması gereken bir diğer önemli kavram ise eş-bağımlılıktır. Madde bağımlıları, hayatlarının merkezine madde kullanımını koymaktadırlar. Bu sebeple kişilerde sorumluluklarını bir başka kişiye devretme isteği oluşur. Kişi madde kullanımını, diğer aile üyelerinin olumsuz tutum, davranış veya özelliklerine bağlar. Ailenin diğer üyeleri ise, bağımlılığın doğasını görmezden gelerek bu mazeretleri kabul etmekte ve akla uygun hale getirmektedir. “Ben iyi bir baba olsaydım çocuğum madde kullanmazdı!” vb. düşünceler aile üyelerinin kendilerini bağımlı kişiye karşı sorumlu hissetmesine sebep olmaktadır. Bu suçluluk duygusu ile başvuru hatalı yollar ve olumsuz davranışlar bağımlılığın pekişmesine sebep olmaktadır(Tamar, Ögel ve Çakmak, 1996). Ailenin çocuk yetiştirme tutumuna ait özelliklerinin bağımlılık davranışının gelişmesinde önemli rol oynadığına dair yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Tepkilerin sözel olarak verilmemesi, ödüllendirme davranışlarının eksikliği, ebeveyn tepkileri arasındaki tutarsızlık, aile içi gergin ve çatışmalı ortam gibi sebepler madde bağımlılığının sebebi olabilmektedir (Doğan1996);(Akt:Tamar, Ögel ve Çakmak 1996). Bunun yanı sıra ailenin maddeye karşı tutumu da oldukça önemlidir. Ebeveynlerin alkol veya madde kullandıkları ailede, çocukların bu durumu bir başa çıkma mekanizması olarak benimsemesi ve örnek alması olasıdır.(akt Growing up Drug Free: A Parent’s Guide to Prevention. U.S. Department of Education, 1995);(Tamar, Ögel ve Çakmak 1996);

Literatürde madde bağımlılığı ve aile ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Akfert ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında; alkol deneyen gençlerin aile ortamında ‘otoriter baskıcı tutum’, ‘anne-baba ilişkilerinde uyumsuzluk’ ve aile üyeleri arasında ‘ilişkilerde sınırsızlık ve istismar’ gibi olguların yüksek oranda yaşandığı bulgusuna ulaşılmıştır Tamar

ve arkadaşlarının (1996) çalışmasına katılan kişilerin %58,2'si madde kullanmalarında, aile içi ilişkilerin zayıflığının önemini belirtmiştir.

Polat (2012)'in çalışmasına katılan madde bağımlısı ergenlerin neredeyse hepsi madde kullanımı sonucu ailesinin kendisine karşı olan güvenini kaybettiğini belirtmiştir. Bu güven kaybı aile içi ilişkileri olumsuz etkilediği ve tedavi sonrası yeni bir başlangıç yapmalarını zorlaştırdığı katılımcılarca dile getirilmiştir.

Yapılan araştırmalar madde kullanımının yaygın olarak ergenlik çağında başladığını göstermektedir. Bu durumu tek bir sebebe bağlı kalarak açıklamak olanaksızdır. Ergenlik döneminde insan vücudunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimlere sosyal ilişki ağlarında ki değişimler eşlik etmektedir. Çocukluk döneminde bireyin hayatının merkezinde aile bulunurken, ergenlik döneminde genellikle aile yerini arkadaşlara bırakmaktadır. Ergenlerde, kendini kanıtama isteği, bir gruba ait olma dürtüsü, merak, sosyal onay açlığı, risk alma davranışlarında ki artış ve daha birçok sebep madde kullanımına yol açabilmektedir. Ergenlerde aileden gelen yetiştirilme tarzlarındaki farklılıkta madde kullanımına yol açabilmektedir.

Ergenlik dönemi kimlik duygusunun oluşmaya başladığı dönemdir. Sosyal kimlik kavramını bireyin, diğer kişilerle bütünleşmesi olarak ele alınabilir. Bu bütünleşme kişinin kendisi ile diğerleri arasında ki benzerlikleri fark etmesi sonucu olabileceği gibi, kendi seçimleriyle yaratılan bir benzerlik sonucu da olabilir. Diğer taraftan kişiler kendi ile özdeşleştirdiği grubun haricinde kalan insanlardan ayırt edilmek isteği ile farklı davranışlar yapmaya eğilim gösterebilir. "Bireyin kendini sosyal çevreye göre tanımlaması ve konumlamasını ifade eden sosyal kimlik, çeşitli gruplara aidiyetler yoluyla gerçekleşmektedir."(Meşe 1999). Özellikle ergenlerde görülen kimlik arayışı, merak ve akran baskısı gibi olgularla birleştiğinde madde kullanımı görülme riski artmaktadır.

Yapılan araştırmalar madde kullanımı ve arkadaş ilişkileri arasında kuvvetli bağlar olduğunu göstermektedir. Erdem ve arkadaşları (2006) araştırmasında lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı ilişkisini araştırmıştır. Madde kullanan erkeklerin %49.4'ü ve kızların %50.6'sı madde kullanan arkadaşları olduğunu belirtmiştir. Tamar ve arkadaşlarının (1996, s.48) çalışmasına katılan madde bağımlısı kişiye sahip ailelerin %96'sı aile üyesinin madde kullanmasında, arkadaş etkisinin önemini belirtmiştir.

Pincus ve Minahan'a göre, sosyal hizmet disiplininin dört temel amacı vardır;

- a)İnsanların problem çözüme ve baş etme mekanizmalarını geliştirmek.
- b)İnsanların toplumsal kaynaklarla bağlantısını kurmak ve hizmetlere ulaşımını sağlamak.
- c)Bu sistemlerin etkili çalışmasını sağlamak ve insan ihtiyaçlarına göre şekillendirmek.
- d)Sosyal politikanın geliştirilmesine ve ilerlemesine katkı vermek.

Yukarıda belirtilen dört sebep madde bağımlılığı kavramı ve tedavi süreci ile birebir ilgilidir. Literatür madde kullanımına yol açan sebepler arasında kişilerin problem çözüme mekanizmaları geliştirememesini ve problem çözüme becerilerinin düşüklüğünü göstermektedir. Ayrıca bağımlı kişilerin, hastalığın doğası gereği toplum kaynaklarından uzaklaştığı ve sosyal izolasyon sebebiyle yardım aramaktan kaçındığı da bilinen bir gerçektir. Bu sebeple sosyal hizmet müdahalesi tedavi sürecinde önemlidir. Bağımlılık tedavisine ilişkin yapılacak çalışmalarla sosyal politikanın geliştirilmesini sağlamak sosyal hizmet uzmanının başlıca görevlerindedir(akt;Duyan, Sayar ve Özbulut 2008).

Madde kullanan bireyler genellikle, maddenin yarattığı algı bozukluğu, olumsuz çevresel koşullar ve sosyal dışlanma gibi daha birçok sebeple ilişkili olarak zor müracaatçı gruplarıdır. Değişime karşı direnç gösterirler ve profesyonellerin yardım girişimine olumuna bakmazlar. Madde bağımlılığı tedavisinin ilk şartı kişinin tedaviye olan isteğinin gelişmesidir. Sosyal hizmet uzmanının ana rolü kişiyi planlı değişim sürecine hazırlamak ve motivasyonunu artırmaktır.

Madde bağımlılığı bireyin birincil ve ikincil ilişkilerinde sorunlar oluşturur ve çevreden soyutlar. Sosyal hizmet disiplini, tedavide bu noktaya odaklanmalıdır. Bireyin kendisi ve sosyal çevresi arasındaki ilişkiyi her ikisinin yararına olacak şekilde düzenlemelidir. Sorun alanlarını tanımlamalı ve kişi ile toplum kaynakları arasında bağlantı kuruculuk görevi üstlenmelidir. Birey ve ailesinin yaşadığı stresi azaltma ve bireyin tedaviyi kabul etmesini sağlama sosyal hizmet mesleğinin tedavideki başlıca rolüdür. (Kalyoncu, 1999);(akt;Kılıç, 2012).

Sosyal hizmet uzmanı tedavi ekibinin önemli bir üyesidir. Tedavi merkezine başvuran madde bağımlısı kişinin, sosyal hikâyesini ayrıntılı olarak alır. Tedavi hakkında birey ve ailesini derinlemesine bilgilendirir ve kaygıları azalmasını sağlar. Bireyle çalışma tekniklerinin yardımı ile kişinin güçlü yönlerini ortaya çıkarır ve tedavide bir güç olarak kullanılmasını sağlar. Sosyal çevre ile ilişkilerin düzenlenmesi hususunda müracaatçıyla çalışır. Tedavi sonrasında da sosyal hizmet uzmanına belirli görevler düşmektedir. Aralıklı görüşmeler ile

bireyi sosyal çevresi içinde izler, aileyi yönlendirir. Müracaatçının uyum sorunlarını gidermek üzerine çalışır ve zamanını geçirmesi için olumlu uğraşlar kazanmasında rol oynar;(Sevil, 1983);(akt; Kılıç, 2012).

İnsanla çalışan diğer meslekler gibi, sosyal hizmet mesleği de insanı, karmaşık yapısı içerisinde dış etkenleri de gözeterek anlamaya çalışmakta ve çok değişkenli sosyal süreçlere yönelik müdahale planları ortaya koymaktadır. Madde bağımlılığının tedavisinde sosyal hizmet uzmanının farklı alanlarda sağlayacağı katkının yanında özgün katkısı, “çevresi içinde birey” bakış açısı ve bireyi, ailesini, içinde yaşanılan sosyal ve fiziki çevreyi ve geniş anlamda toplumsal kaynak ve politikaları hedefleyen müdahaleleri olması muhtemeldir. Bu çalışmaların psikiyatrik tedavi ekibinin bir parçası olarak yürütülmesi durumunda, tedavinin etkililiğinin artması ve bağımlının toplumla yeniden bütünleşme hedefinin gerçekleştirilmesi söz konusu olabilir. Toplum ile yeniden bütünleşme, sosyal hizmet uzmanının mikro mezo ve makro düzeylerde etkin çalışması ile mümkün olabilir. Bağımlılık tedavisi görmüş bireyleri güçlendirme, sosyal çevredeki riskleri ortadan kaldıracı müdahalelerde bulunma, toplumdaki kaynakları harekete geçirme, toplumda var olan dışlayıcı yasal/politik düzenlemeleri değiştirme, sosyal içermeyi sağlayacak adımları geliştirme yapılması gereken çalışmalar arasında sayılabilir(Polat 2014).

Özetle madde bağımlılığının önlenmesinde, tedavi ve rehabilitasyonun da sosyal hizmetin önemli bir yeri vardır. Sosyal hizmet uzmanları özellikle ciddi risk altında olan ergenlerle ve bir bütün olarak ailelerle mikro, mezo ve makro düzeyde müdahale edebilecek bilgiye ve beceriye sahiptirler. Bu bilgi ve becerilerini de farklı kurum ve kuruluşlarda kullanmaktadırlar.

1.5. Araştırmanın Problemi

Madde bağımlılığı hastalığının tedavisi ilk etapta tıbbi tedavi ile başlamaktadır. Tıbbi tedavi hastalananın detoksifikasyon süreci ile başlar, kişinin madde kullanmayı bırakması ve davranışı sürdürmesi sürecinde, psikiyatristin uygun görmesi halinde devam eder. Tedaviye başvuran kişilerin ağırlıkta Opiyat türevi uyuşturucular kullanması ve bu maddelerin yoksunluk belirtilerinin diğer maddelere nazaran daha kuvvetli olması sebebiyle; kişinin madde kullanımını kesmesi sonucu ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin en aza indirgenmesi için tıbbi destek şarttır. Kanın zehirli maddeden arındırılması (detoksifikasyon) sürecinin ardından, madde bağımlısı kişi psikososyal destek programlarına tabii tutulmaktadır. AMATEM’ler bu hizmeti ücretsiz vermektedir. Fakat sayıca artık yetersiz kaldığı

görülmektedir. Özel klinikler de alınacak tedavilerin ise yüksek ücretleri özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin tedaviye ulaşamamasına yol açmaktadır. Devlet tarafından yürütülen madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sadece Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış olması ve giderek artan tedavi talebi, bir devlet politikası olarak yerel yönetimlere destek verilmesini kaçınılmaz hale getirmiştir. Bu yolla bir yük paylaşımı hedeflenmektedir.

Süreç içerisinde yerel yönetim düzeyinde yürütülen hizmetler yaygınlaşmaya başlamıştır. Yerel yönetim düzeyinde yürütülen çalışmalar tıbbi tedavi sonrası psikososyal destek ve rehabilitasyon ağırlıklı yürütülmektedir. Ancak madde bağımlılığı gibi zor bir alanda yürütülen çalışmaların farklı kurumların iş birliğinde yürütülmesi, çalışmaların etkili olması için gereklidir. Literatürde yerel yönetim düzeyinde yapılan çalışmaların bu alanda hizmet veren kişiler tarafından nasıl değerlendirildiğine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan araştırmanın problemi, ülkemizde belediyelere bağlı olarak gündüzlü hizmet veren madde bağımlılığı merkezlerinde verilen hizmetin merkezlerde çalışan personeller gözünden nasıl görüldüğünün belirlenmesidir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, madde bağımlılığı alanında hizmetlerin çeşitliliğinin artmasının bir sonucu olarak ortaya çıkan belediye hizmetlerinin, merkezlerde çalışan kişilerin gözünden, çalışma deneyimleri ışığında değerlendirilmesidir. Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1.Belediyelerin madde bağımlılığı alanında sundukları hizmetler nelerdir?

2.Belediyelerin madde bağımlılığı merkezlerinde çalışan kişilerin verilen hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri nelerdir?

1.7. Araştırmanın Önemi

Özellikle son yıllarda madde bağımlılığı sorununun ciddiyetinin ve yaygınlığının arttığı göze çarpmaktadır.2016 yılında yapılan kamu harcamaları bir önceki yıla göre yaklaşık %11,7'lik artış ile 721.885 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir. (TUBİM 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporu)

Artan kullanım oranları ve tedavi talebi, yıllardır süregelen stratejilerin değişmesi gerekliliğini göstermektedir. Mevcut kaynaklar ile sorunun çözümüne katkıda bulunacak yeni modeller geliştirmek her geçen gün güçleşmektedir. Ücretli tedaviler son derece pahalı, ücretsiz tedavilerde bekleme sıraları oldukça uzundur. Özellikle düşük ve orta sosyoekonomik

düzyeyden gelen kitle için bağımlılık tedavisi almak her geçen gün zorlaşmaktadır. Bu sebeple alternatif tedavi yolları ve stratejileri ortaya konmaya başlamıştır. Belediyeler düzeyinde hizmet veren merkezlerde bu ihtiyaca binaen ortaya çıkmıştır. Bu merkezlerde verilen hizmetlerin nasıl işlediğini, etkilerinin neler olduğunu gösteren araştırmalara rastlanılamamıştır. Bu çalışmanın, madde bağımlılığının tedavisi ve rehabilitasyonu alanında son yıllarda (yaklaşık 8 yıl) kurulan ve alanda hizmet vermeye başlayan, ileri yıllarda yaygınlaşacağı ön görülen ve alanda geniş yer kaplayacağı düşünülen, merkezlerin çalışanlar gözüyle değerlendirmesini yaparak, gelecek yıllarda açılacak merkezlerin işleyişine önemli katkılarda bulunma olasılığı olduğu düşünülmektedir.

1.8. Araştırmanın Sayıtlıları

Araştırmada kullanılan literatür taramasına dayanılarak oluşturulan tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme yönergesinin uygun olduğu kabul edilmektedir.

1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, araştırmanın yürütüldüğü sırada ülkemizdeki belediyelere bağılı olarak gündüzlü hizmet veren merkezlerle sınırlandırılmıştır. Yine araştırmanın yapıldığı tarihte yatılı olarak hizmet veren merkezler farklı bir hizmet modeli sundukları için araştırma kapsamı dışında bırakılmışlardır.

1.10. Tanımlar

Madde Bağımlılığın Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi: Belediyelere bağılı olarak gündüzlü hizmet veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden merkezleri ifade etmektedir.

Merkez Çalışanı: Madde Bağımlılığın Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan uzman psikolog, psikolog, sosyolog, uzman rehber ve psikolojik danışman, hemşire ve ex-user bireylerdir.

Ex-user: Geçmişte madde bağımlılığın tedavisi görmüş, azami 5 yıl temiz kalma sürecinin ardından diğer insanların tedavi ekibinde yer alan kişilerdir.

BÖLÜM II

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, belediyeler bünyesinde açılan madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan personelin, verilen hizmete ilişkin algıları, bireysel ve kurumsal düzeyde incelenmiştir. Araştırmanın ana amacı, madde bağımlılığı alanına yeni dahil olan belediyelerin verdiği hizmeti, hizmetin uygulayıcılarının perspektifinden analiz ederek, uygulama süreçlerinde görülen aksaklıkların tespitini sağlamak, madde bağımlılığı alanının belediyeler düzeyindeki sınırlarını görmek ve alana ilişkin ihtiyaçları tespit etmek suretiyle, gelecekte daha da yaygınlaşacağı düşünülen bu merkezlerin hizmet kalitesini dolaylı yolla artırmaktır.

Araştırmada görüşülen kişilerin sunmakta oldukları hizmeti, hizmetin oturtulduğu sistem modelini ve bireysel algılarını kendi deneyimleri ışığında değerlendirilmeye odaklanılmıştır. Kişilerin çalışmış oldukları kurumların siyasi yapıları gözetilerek kişilerin daha doğru ve objektif yanıtlar vermesini sağlamak amacıyla çalıştıkları kurumların bilgisinin ve kişisel bilgilerinin çalışmada paylaşılmayacağı kendilerine taahhüt edilmiştir. Nitel araştırma yönteminin seçilmesine, tüm bu sebepler gözetilerek karar verilmiştir.

Nitel araştırma, belirli bir konuyu detaylıca anlama ve tanımlama amacıyla gerçekleştirilmektedir. Creswell (2007) bu detayın ancak, kişiler ile yapılacak bire bir görüşmelerde, kendi hikâye ve deneyimlerini anlatmalarına olanak vererek elde edilebildiğini düşünmektedir.

Nitel araştırma deseninin, bir olguyu tanımlama ve anlamaya olanak veren yapısı, belediye düzeyinde yürütülen madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin değerlendirilmesini hedefleyen bu araştırmada, temel metodolojik yönelim olarak belirlenmesine sebep olmuştur.

Rhodes (2000,21-30 akt;Polat 2012) ve Power (2000:109 akt; Polat 2012)'ın belirttiğine göre, nitel araştırmanın madde bağımlılığı gibi toplumda genellikle saklanan bir sorunla ve ulaşılması zor grup olarak madde bağımlıları ile çalışırken kullanılacak bir araştırma yöntemidir. Madde kullanıcılarının deneyimlerinin, içinde buldukları sosyal bağlamın, madde ile ilgili yeni trendlerin araştırılmasında nitel araştırma yöntemlerinin üstün olduğu hatta gerekli olduğu ifade edilmiştir (EMCDDA 1997;1998;2000; akt; Cramer, 2000).

2.2. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırmada katılımcılar, nitel araştırma yönteminin amaca yönelik örnekleme çeşitleri arasında yer alan kriter örnekleme yöntemi (Patton, 1990) ile belirlenmiştir. Kriter örnekleme yönteminde, belirlenen kriterleri taşıyan tüm vakaları örnekleme dâhil edilir. (Patton, 1990);(akt; Miles ve Huberman, 1994). Kriter örnekleme, fenomenolojik çalışmalarda araştırmacıya incelenen olgunun çok boyutlu bir görüntüsünü sunması açısından çokça tercih edilmektedir.

Çalışmanın başladığı tarihlerde, aktif olarak çalışmakta olan, belediye düzeyindeki çalışmaların az sayıda olması sebebiyle, katılımcıların belirlenmesinde; aktif olarak merkezde görev yapma ve görüşme yapmayı kabul etmekten başka kriter gözetilmemiştir. Görüşme yapılan 11 merkezden ikisi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Bu nedenle 9 merkezde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 16 çalışanla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerden önce tüm katılımcılara araştırmanın amacı, araştırma kapsamında yapılacak olan görüşmenin amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve ses kaydı alınıp alınmayacağı sorulmuştur. Katılımcıların tümü Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu (Ek1) imzalamış ve ses kaydı alınmasına izin vermiştir.

Merkezlerde görev yapmasına rağmen, büro elemanı, idareci vs. rolde bulunan personeller örnekleme dâhil edilmemiştir. Merkez çalışanı olarak sorumlulukları bulunan ve aynı zamanda idareci konumunda olan kişiler örneklemeden ayrılmamıştır. Literatürde, belirli bir fenomenin detaylıca kavranabilmesi için 10 kişilik katılımcı grubunun uygun olduğu iletilmektedir (Dukes, 1984);(Creswell, 2007).

2.3. Veri Toplama ve Verilerin Çözümlemesi Süreci

Nitel araştırmada farklı veri toplama teknikleri bulunmaktadır. Odak grup görüşmesi, gözlem ve görüşme, odak grup görüşmesi, doküman inceleme bu yollardan bazılarıdır (D’Cruz ve Jones, 2004; akt Yıldırım ve Şimşek, 2004). Görüşme sözlü iletişim yoluyla insanları ve onlarla ilişkili durumları anlamaya çalışan bir veri toplama tekniğidir. (Gürbüz ve Şahin, 2015). Nitel araştırmada en çok tercih edilen veri toplama yöntemlerinden biri olan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler genellikle yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşmeler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmede bir form oluşturulur bu formda açık uçlu sorular bulunmaktadır.

Sorular araştırmacı tarafından, görüşme kılavuzu takip edilerek sorulmaktadır (Demir, 2011). Yarı yapılandırılmış görüşme formunun seçilme sebebi, katılımcının alana ilişkin, farklı konulara değinmesine fırsat tanımak ve katılımcıların detaylı bilgi vermesini sağlamaktır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinde araştırmacıya görüşme öncesinde belirlediği bir dizi soru rehberlik etmektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme araştırmacıya hem görüşme rehberi doğrultusunda ilerlemesine hem de ihtiyaç duyulduğunda derinlemesine gidebilmesine olanak sağlar. Araştırmacının belirlediği görüşme rehberi araştırma konusuyla ilgili veri elde etmek için katılımcının cevaplaması istenen konuları kapsar. Buna karşın araştırmacı görüşmenin akışına bağlı olarak değişik yan ya da alt sorularla görüşmenin akışını etkileyebilir ve kişinin yanıtlarını açmasını ve ayrıntılandırmasını sağlayabilir. Eğer kişi görüşme esnasında belli soruların yanıtlarını başka soruların içerisinde yanıtlamış ise araştırmacı bu soruları sormayabilir (Ekiz, 2003).

Görüşme yolu ile veri toplamadan önce çeşitli kategorilerin belirlenmesi, verilerin sınıflandırılarak bulanıklıktan kurtarılmasına katkıda bulunur (Kuş 2003). Bu nedenle görüşmelerden önce yapılan literatür çalışması sonucunda bireysel hizmet değerlendirme soruları, kurumsal hizmet değerlendirme soruları ve kişisel bilgileri içeren üç farklı kategori oluşturulmuş ve kategoride sorulacak sorular belirlenmiştir. Böylelikle görüşme, yarı yapılandırılmış hale getirilmiştir.

Her katılımcı ile kendi çalıştığı merkezde görüşmek hedeflenmiştir. Dört katılımcı (K1, K2 ve K3 ve K4 ile çalıştıkları merkezlerin dışında grlmştir. Diğer katılımcılar ile aktif olarak çalışmakta oldukları merkezlerde grşlmştir. K1 ve K2'nin çalıştıkları merkezler ziyaret edilmiş fakat görüşmeler merkezde yapılmamıştır. Bu katılımcılarla "Sağlıklı Kentler Birliği Madde Bağımlılığı ile Mücadelede Yerel Yönetimlerin Rolü" alıştayının düzenlendiği otele görüşme yapılmıştır. Diğer katılımcılar ile çalışmakta oldukları merkezlerde grşlmştir. Her katılımcı ile bir kez grşlmştir. Görüşmeler ortalama 50 dakika srmştir. Görüşmelerden önce katılımcılara araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiş, rahatsız oldukları anda görüşmeyi sonlandırabilecekleri ifade edilmiştir. Görüşmelerin tamamında katılımcılardan onay alınarak ses kaydı alınmıştır. Çalıştıkları kurum ve kişisel bilgilerinin hiçbir mecrada paylaşılmayacağına dair kendilerine güvence verilmiştir. Ses kayıtları görüşmelerin hemen sonrasında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Görüşmeler, 20 Aralık 2016-15 Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

BÖLÜM III

3. BULGULAR VE YORUM

Türkiye’de yerel yönetim düzeyinde yapılan madde bağımlılığı tedavi ve önleme hizmetlerinin geçmişi son derece yenidir. Geçmiş yıllara nazaran artan madde kullanımı oranları, kullanım yaşının gözle görülür bir biçimde düşmesi, tespiti yapılamayan ve ölümlü adli vakalarda karşımıza çıkan sentetik cannabinoid (bonzai) çeşitleri devleti bir dizi önlem almaya itmiştir.

Madde bağımlılığıyla mücadele son yıllarda bir devlet politikası haline gelmiştir. Talebe yanıt vermekte güçlük çeken kamu hastaneleri ve maddi yükü ağır özel klinik tedavileri gelinen süreçte, alanın ihtiyaçlarını karşılayamaz duruma gelmiştir. Bu sebeple yerel yönetimlerin bu alana müdahil olmasının önü açılmıştır.

Bu çalışmada yerel yönetimlerin önemli bir ayağı olan belediyelerin, madde bağımlılığı hizmetlerinin belirlenmesi ve hizmetlerin merkez çalışanlarının gözünden, deneyimleri ışında değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda bulgular, “Hizmetlere İlişkin ve Çalışan Deneyimlerine İlişkin Bulgular” adlı iki ana tema altında sunulmuştur.

3.1. Belediye Merkezlerinin Madde Bağımlılığı Hizmetlerine İlişkin Bulgular

Çalışmanın katılımcıları, üç farklı şehirde bulunan, dokuz ayrı merkezde görev yapmaktadır. Bütün merkezler, hizmet niteliği açısından gündüzlü merkezlerdir. En az personel ile çalışan merkez(1 kişi) M3’tür. En fazla personel ile çalışan merkez (13 kişi) ise M2’dir.

Tablo 7:Merkezlerin Temel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Merkezler	Tedavinin Niteliği	Tıbbi Tedavi	Merkez Açılış Tarihi	Merkezde Çalışan Personel Sayısı	Hizmet Verilen Kişi Sayısı	Merkezde Verilen Hizmetler
M1	Ayaktan	Gayri resmi yönlendirme	6yıl	6 kişi	300 kişi	Bireysel Görüşmeler Önleme çalışmaları
M2	Ayaktan	Protokol ile yönlendirme	2 yıl	13 kişi	609 kişi	Bireysel Görüşmeler SAMBA Grup Görüşmeleri Önleme çalışmaları Motivasyon artırmaya yönelik çalışmalar.
M3	Ayaktan	Protokol ile yönlendirme	1 yıl	1 kişi	119 kişi	Bireysel Görüşmeler
M4	Ayaktan	Protokol ile yönlendirme	3 yıl	5 kişi	248 kişi	Bireysel Görüşmeler Grup Görüşmeleri Sosyal ve Kültürel

						Etkinlikler
M5*	Yatılı ve Ayaktan	Protokol ile yönlendirme	2 yıl	8 kişi	977 kişi	Bireysel Görüşmeler Grup Görüşmeleri Sosyal ve Kültürel Etkinlikleri
M6	Ayaktan	Protokol ile yönlendirme	3 yıl	9 kişi	537 kişi	Bireysel Görüşmeler Grup Görüşmeleri Sosyal ve Kültürel Etkinlikler Boş zamanın planlanması Tıbbi yönlendirme
M7	Ayaktan	Protokol ile yönlendirme	2.5 yıl	5 kişi	312kişi	Bireysel Görüşmeler Tıbbi yönlendirme Önleme eğitimleri
M8	Ayaktan	Protokol ile yönlendirme	3 yıl	6 kişi	160kişi	Bireysel Görüşmeler Grup Görüşmeleri Tıbbi Yönlendirme Boş zamanın yapılandırılması Sosyal ve Kültürel Etkinlikler

*M5 yatılı ve ayaktan hizmet vermektedir. Ancak çalışmanın amacına ve sınırlılıklarına uygun olarak yalnızca ayaktan hizmet veren biriminde görev yapan personel ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

Merkezlerin hepsinde uygulanan hizmet, bireysel görüşmelerdir. Ayrıca merkezlerin belediyelere bağlı olmasından kaynaklı olarak, sosyal ve kültürel etkinliklerde bütün merkezlerde bulunmaktadır.

Kleinman (1990) ve ark, yaptıkları araştırma bireysel görüşmelerle devam edilen bir psikoterapi sürecinin madde bağımlılığı tedavisine olumlu katkılarına ilişkin bulgular içermektedir. Görüşülen merkezlerinin hepsinde bireysel görüşmeler yapılmaktadır. Bireysel görüşmelerin düzenli devam etmesi, terapist ile müracaatçı arasında pozitif bir ilişki oluşması, müracaatçının süreçte direncini artırmaktadır.

Tüm merkezlerin önleme çalışması yürüttüğü görülmüştür. Bu kapsamda, müracaatçıları belediyeler tarafından sunulan sosyokültürel faaliyet hizmetlere yönlendirme sıklıkla başvurulan bir uygulama olarak karşımıza çıkmıştır.

Ertüzün (2016) ve ark, katılımcılarını AMATEM’de kalan 24 kişilik bir grubun oluşturduğu araştırmasında, katılımcıların tümü madde bağımlılığı sürecinde boş zamanı doğru değerlendirmenin önemine dikkat çekmiştir. Katılımcılar klinik ortamında sınırlı sürelerle faydalandıkları etkinliklerin, tedavi sürecine olumlu katkısına değinmiş ve ek olarak klinik koşullarının, sosyal ve kültürel etkinlikler gerçekleştirilmeye çok uygun olmadığından bahsetmiştir.

Belediye merkezlerinin, AMATEM kliniklerine ek olarak sosyal ve kültürel aktivite ve boş zamanı yapılandırma konusunda olumlu katkı sağlayacak imkânları bulunmaktadır. Bu imkânlar boş zamanın doğru değerlendirilmesinin yanında, müracaatçıların ayık kalma süreleri uzadığı takdirde ödül olarak da kullanılabilir. Görüşülen merkezlerden bazıları, müracaatçıların temiz kalma sürelerinin üzerinden belli bir sürenin geçmesinin ardından müracaatçılara, aile ile yemek, sinema, tiyatro bileti, havuz üyeliği vs. imkânlardan faydalandırmaktadır. Bu hizmetler aynı zamanda dolaylı yolla yapılan önleme çalışmalarıdır.

Merkezlerin hepsinin toplu taşıma ile ulaşımına müsait olduğu görülmüştür. Özellikle büyük şehirlerde bunun önemli bir avantaj olduğu söylenebilir. Merkezlerden biri gelen müracaatçıları damgalamamak için, kuruma herhangi bir tabela asmamıştır. Bir merkez hariç olmak üzere, tüm merkezlerin genellikle insan trafiğinin yoğun olduğu belediye başkanlık binalarından ayrı yerlerde hizmet verdiği görülmüştür. Merkezlerin fiziki yapılarına, hizmet sunum süreçlerine ve çalışacak personelin özelliklerine ilişkin herhangi bir yasal düzenleme olmaması nedeniyle tüm merkezlerin birbirinden farklı fiziksel özellikleri hizmet yürütme modeli ve farklı meslek elemanlarına sahip olduğu görülmüştür.

Merkezler açısından en önemli sorun, merkezlerin standart olmaması, bu standardizasyonu sağlayacak ve dolayısıyla merkezlerde verilen hizmetlerin denetlenerek hizmetlerin geliştirilmesine yol açacak yasal bir alt yapının olmamasıdır. Merkezler her belediyenin kendi çıkardığı yönetmelik çerçevesinde açılmıştır ve bu yönetmelikler alanda çalışan bir araştırmacı için ulaşılabilir değildir (örneğin belediyelerin internet sitelerine yer almamaktadır). Merkezlerde ne tür hizmetlerin verileceği, hangi meslek elemanlarının ne tür görevlerle bu merkezde yer alması gerektiği, hizmetlerin içeriği, hizmetlerin hangi kurum/kuruluş ve hangi uzmanlık alanındaki personel tarafından denetleneceği gibi çok önemli konuların her merkez kapsayacak yasal bir zeminde olmaması hizmet sunumunun merkezden merkeze farklılaşmasına yol açmaktadır. Oysa bağımlılık tedavisi, her ne kadar farklı metodolojileri içeriyor olsa da kurumsallığın sağlanması açısından, en azından yasal bir zeminin oluşturulması önem taşımaktadır. Bu yönü ile bakıldığında belediyeler tarafından sunulan madde bağımlılığı rehabilitasyon hizmetinin henüz çok yeni olduğu söylenebilir.

Tedaviye başvuran hastaların genel olarak tercih maddesi opiyatlardır. (eroïn ve türevleri). Opiyatlar ve uyarıcılar dışında ki maddeleri kullanan madde bağımlılarının, opiyat bağımlılarına göre günlük hayatlarını daha rahat idame ettikleri için tedaviye başvurmadığı tahmin edilmektedir. Açılan merkezler arasında, tıbbi tedavi ile psikososyal tedaviyi birlikte yürüten merkez bulunmamaktadır. Opiyat türevi uyuşturucu maddelerin, yoksunluk belirtileri

diğer maddelere kıyasla, hasta açısından çok daha sancılı geçmektedir. Bu sebeple yoksunluk krizinde ki bir opiyat bağımlısı birey ile bireysel görüşme yapmak güçtür. Merkezler bu sebeple tedavinin tıbbi kısmını AMATEM'lere yönlendirme yaparak uygulamaktadır. Bazı merkezler bu yönlendirmeyi protokol kapsamında yapmakta iken bazı merkezler ise gayri resmi yollardan tıbbi tedaviye danışanları yönlendirmektedir.

3.2. Belediye Merkezleri Çalışanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, belediyelere bağlı olarak açılan, madde bağımlılığı rehabilitasyon merkezlerinde çalışanlara, ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Aşağıda ki tabloda katılımcıların sosyodemografik bilgileri yer almaktadır.

Tablo 8: Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Katılımcı	Doğum Yılı	Cinsiyet	Mesleği	Mezun olduğu yıl	Lisansüstü eğitim	Çalışma süresi	Çalışma alanları
K1	1978	Kadın	Uzman Rehber ve Psikolojik Danışman	2004	Var	5 yıl	Madde bağımlılığı, aile danışmanlığı
K2	1981	Erkek	Sosyolog	2003	Var	14 yıl	Alkol ve madde bağımlılığı
K3	1992	Kadın	Psikoloji	2016	Var	3 Ay	Madde bağımlılığı, aile danışmanlığı
K4	1976	Kadın	Sosyolog	2014	Yok	2 yıl	Sosyolog Aile danışmanlığı, madde bağımlılığı, hümanist hipnoz terapi
K5	1986	Kadın	Psikolog	2007	Var	6 yıl	Çocuk, ergen, riskli davranış gösteren gruplar, madde bağımlılığı
K6	1985	Kadın	Sosyolog	2013	Yok	5 yıl	Denetimli serbestlik, madde bağımlılığı
K7	1958	Kadın	Hemşire, Psikodrama, Psikoeğitim	1983	Yok	35 yıl	Madde bağımlılığı

K8- Ex-user	1962	Erkek	-	-	Yok	21 yıl	Turizm sektörü ve madde bağımlılığı
K9	1968	Erkek	Rehber ve Psikolojik Danışman	1993	Var	-	Madde bağımlılığı, klinik danışmanlık
K10	1988	Kadın	Uzman psikolog, aile terapisti, bağımlılık uzmanı	2013	Var	3 yıl	Riskli gruplar, madde bağımlılığı
K11-Ex-user	1972	Erkek	-	-	Yok	14 yıl	
K12	1989	Kadın	Psikolog	2014	Var	3 yıl	Madde bağımlılığı
K13	1983	Kadın	Psikolog	2011	Var	7 yıl	Cinsel istismar mağduru çocuklar, madde bağımlılığı
K14	1990	Erkek	Psikolog	2015	Var	2,5 yıl	Madde bağımlılığı
K15-Ex-user	1983	Erkek	-	-	Yok	22 yıl	
K16 Ex-user	1986	Erkek	-	-	Yok	7 yıl	

Katılımcıları Tanıtıcı Bilgiler

(K1)

Kuruluştaki görevleri, bireysel görüşmeler ve önleme eğitimleri vermektir. Görüşme K1'in katıldığı madde bağımlılığı çalıştayının düzenlendiği otelin toplantı odasında yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir

(K2)

Yaklaşık olarak iki yıldır alkol ve madde bağımlılığı alanında danışmanlık hizmeti vermektedir. Bireysel görüşmeler yapmak ve önleme eğitimleri vermenin yanında kuruluştaki

idareci olarak görev yapmaktadır. Görüşme K2'in katıldığı madde bağımlılığı çalıştayının düzenlendiği otelin toplantı odasında yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K3)

Yaklaşık olarak üç aydır alkol ve madde bağımlılığı alanında danışmanlık hizmeti vermektedir. Kuruluştaki görevi bireysel görüşmeler yapmaktır. Görüşme K3'ün katıldığı madde bağımlılığı çalıştayının düzenlendiği otelin toplantı odasında yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K4)

Kuruluştaki görevi bireysel görüşmeler ve önleme çalışmaları yapmaktır. Görüşme K4'ün katıldığı madde bağımlılığı çalıştayının düzenlendiği otelin toplantı odasında yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K5)

Kuruluştaki görevi bireysel görüşmeler yapmaktır. Görüşme K5'in çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K6)

Beş yıldır madde bağımlılığı alanında çalışmaktadır. Bir yıl denetimli serbestlik ve ardından dört yıldır da madde bağımlılığı alanında çalışmaya devam etmektedir. Kuruluşun idari işleri ile ilgilenmekte ayrıca danışanların, eğitim, sağlık ve denetimli serbestlik süreçleri ile ilgilenmektedir. Görüşme K6'nın çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K7)

Otuz beş yıldır madde bağımlılığı alanında çalışmaktadır. Kurumda idarecilik ve hizmetlerin koordinatörlüğü görevlerini yürütmektedir. Görüşme K7'nin çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir. K7 sorulara karşı ilgili olduğu ve mesleki terminolojiye hâkimiyeti dikkat çekmiştir.

(K8)

Bir ex-userdir. Madde kullanmaya başlama yaşı 15'tir. Yirmi yıl madde kullanmış ve sonrasında yirmi bir yıl temiz kalmıştır. Kuruluştaki görevi danışanlar ile ilk görüşmeyi

yapmak ve kuruluşa adaptasyon sürecine katkıda bulunmaktır. Görüşme K8'in çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K9)

Kuruluştaki görevi bireysel görüşmeler ve grup terapileri uygulamaktır. Görüşme K9'un çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir. K9 mesleki terminolojiye hâkimiyeti dikkat çekmiştir.

(K10)

Kuruluştaki görevi bireysel görüşmeler ve grup görüşmelerine ek olarak, önleme eğitimleri vermek ve kurumun yöneticiliğini yapmaktır. Çalışma alanları ise riskli gruplar ve madde bağımlılığıdır. Görüşme K10'un çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K11)

Bir ex-userdir. Madde kullanımına lise yıllarında 13-14 yaşında başlamıştır. On dört yıldır temiz kalmıştır. Yaklaşık 6 senedir ise ex-user olarak çalışmaya devam etmektedir. Kuruluştaki görevi, danışanlarla ilk görüşmeyi yapmak, haftada bir gün deneyim paylaşımı konulu grubu yönetmek ve haftanın bir günü de belediyeye bağlı bir yerleşkede sürece ilişkin danışmanlık hizmeti vermektir. Görüşme K11'in çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K12)

Üç yıldır madde bağımlılığı alanında çalışmaktadır. Kuruluştaki görevi bireysel görüşmeler yapmak ve toplum kaynaklarını danışanların ihtiyacına göre ve lehine harekete geçirmektir. Görüşme K12'nin çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir. K12 sorulara karşı ilgili ve mesleki terminolojiye hâkimiyeti dikkat çekmiştir.

(K13)

Beş yıldan beri madde bağımlılığı alanında çalışmaktadır. Kuruluştaki görevi, bireysel görüşmeler ve grup terapileri yapmaktır. Görüşme K13'ün çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K14)

Yaklaşık olarak iki buçuk yıldır madde bağımlılığı alanında çalışmaktadır. Kuruluştaki görevi bireysel görüşmeler yapmaktır. Görüşme K14'ün çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K15)

Bir ex userdir. Madde kullanmaya başlama yaşı 15'tir. Yirmi yıl aktif kullanım süresi olmuştur. On dokuz yıldır temiz kalmıştır. On beş yıldır ex-user olarak çalışmaya devam ediyor. Görüşme K15'in çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

(K16)

Bir ex-userdir. Madde kullanmaya başlama yaşı 15'tir. On sene madde kullanımı, beş yılı aktiftir. Yedi yıldır temiz kalıp, madde bağımlılığı alanında çalışmaktadır. Kuruluştaki görevi başvuran kişilerle ilk görüşmeyi yapmak ve haftada bir gün deneyim paylaşımı grubunu yönetmektir. Görüşme K16'nın çalıştığı merkezde, boş bir odada yapılmış ve ses kaydına izin verilmiştir.

3.2.1. Merkez Çalışanlarının Müracaatçılara İlişkin Düşünceleri

Madde bağımlısı kişiler gerek madde kullanım sürecinde gerek ise tedavi sürecinde sosyal dışlanmaya maruz kalabilmektedir. Sosyal dışlanma bir açıdan, kişinin tüm yönleriyle yok sayılması anlamına gelmektedir(Young ve Blake, 1999). Sosyal dışlanmaya maruz kalan madde bağımlıları, istihdam olanaklarından faydalanma, eğitim olanaklarına ulaşma, toplumla bütünleşme gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Polat da yaptığı çalışmada (2012) tedavi sonrası ergenlerin, temel sosyal sermayesini oluşturan, aile sermayesi, arkadaş çevresi ve okul veya iş yaşamına katılım ile sınırlanan mikro düzeyde sosyal sermayesinin, tedavi sonrasında gerek relaps, gerekse sosyal dışlanma açısından önemli bir risk faktörü olduğunu ve güç eşitsizliği, sosyal dışlanma ve damgalanma sorununun aynı anda ele alınmasını gerektiğini belirtmiştir. Sosyal dışlanmanın önemli bir boyutu da doğrudan müracaatçılarla çalışan kişilerin sahip olduğu görüşlerdir. Bu nedenle katılımcıların müracaatçılara ilişkin düşünceleri belirlenmeye çalışılmıştır.

"...toplumdaki yaygın kanının aksine yardımsever ve sakin insanlar diyebilirim. Dürüst olmak gerekirse, bende buradan önce ön yargılıydım." (K3)

“İçlerine girmediğiniz zaman dışarıdan baktığınızda, kendinden başka kimseyi düşünmeyen, zevk düşkün, zararlı insanlar sanıyorsunuz. Fakat hayatlarına dokunduğunuzda aldığınız haz diğer hiçbir alanda yok”(K4)

“Bağımlılar özünde gerçekten çok iyi insanlardır, çok duygusal insanlardır. Hatta şunu söyleyebilirim ki yani böyle hizmetli, küpeli, dövme falan bir bağımlı yani bir temizliğe geçtikten sonra evde şu Türk dizilerini falan seyrediyor yani. Kendi içinde normal insanlardan çok daha disiplinlidir.” (K8)

“Bu güzel bir soru. Bende daha önce madde bağımlısı çalışmadım, bir iki kişi bireysel olarak almıştım. Şu dikkatimi çekiyor bu konuda genel olarak ruhsal sorunları olan insanlarla çalıştığımız için bu insanlar genellikle bize bunalımda olarak gelirler. Normal dışı duygu düşünce ve davranışları dikkatimizi çeker. Fakat burada yaşadığımız olay şu, temizlenme dediğimiz süreçten geçtikten sonra normal bir insan biçimine döndüklerini gördüm.”(K9)

“Ön yargım vardı o zaman ama ben projede başladığımda ön yargımı yıktım. Çoğu şunu söyleyebiliyor “ya sen korkmuyor musun” falan. Aksine tam tersi burayı çok koruyorlar kolluyorlar, hepsini ayrı ayrı çok seviyoruz gerçekten.”(K13)

Yapılan görüşmelerde alanda çalışanların, alan tecrübelerinden önce, madde bağımlılarına ilişkin olumsuz bir ön yargıya sahip olduğu görülmektedir. Ancak bağımlılarla çalışmaya başladıktan sonra bu ön yargılarının olumluya dönmüş olması önemli ve olumlu bir durumdur.

3.2.2. Bağımlılıkta Bütüncül Yaklaşım: Tıbbi Tedavi Ve Sosyal Rehabilitasyon

Breslin (2003), bütüncül yaklaşımı, tıbbi tedavinin ve sosyal rehabilitasyonun birlikte yürütülmesi süreci olarak ifade etmektedir. Fakat bunun yanında yürütülen hizmetin birey, grup ve aile terapisi gibi geleneksel tedavi yöntemlerine ek olarak, dans hareket terapisi, sanat terapisi, boş zaman aktiviteleri beceri kursları duygu ve düşüncelerin dile getirileceği atölyeler, bireysel farkındalık çalışmaları, istihdam hizmetleri, psikiyatrik muayene ve fiziksel bakım hizmetlerini de içermesi gerektiğini belirtmiştir. Bütüncül yaklaşım daha önce de değinildiği gibi madde bağımlılığı alanında önemli bir yaklaşımdır.

Merkez çalışanlarına madde bağımlılığı tedavisinde bütüncül yaklaşımı nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur.

“Geliştirilmesi gerekir tabi ki yani. Hem terapistlerin hem kurumun kendini sürekli olarak geliştirmesi şart. Daha fazla meslek elemanı olmalı. Mesela bir psikiyatrin altında çalışmayı çok isterdim ben bir tıp doktoru ile çalışsam harika olurdu. Rehabilitasyon kadar tıbbi tedavide önemli kesinlikle.” (K1)

“Avantajı şu bence bir yük paylaşımı oluyor. Yani çünkü bağımlılık dediğimiz şey sadece medikal tedaviyle ilintili bir şey değil. Dolayısıyla sadece Sağlık Bakanlığı'nın tekelinde olabilecek bir şey değil ya da ilçe sağlıkların. Bu işin en önemli kısmı zaten rehabilitasyon kısmı, sosyal kısmı ve tıbbi tedaviyi ortaklaştırmaktan geçiyor.” (K5)

“Tabi ki de var. Bizim en büyük eksikliğimiz detoksifikasyon kısmının olmaması. Yani bize bağlı bizimle buradan danışanlarımızla hem de bizimle iş birliği içerisinde olan, bize tanımlanmış bir psikiyatristin olmaması bizim en büyük sıkıntımız. Yani biz psikiyatristlerden destek alıyoruz ama bu protokol bazında değil hani insani bir yardım.” (K12)

Chie ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada Malezya'da madde bağımlılığı tedavi programlarının etkinliğini değerlendirmiş ve tıbbi tedavi, sosyal rehabilitasyon ve psikososyal desteği içeren bütüncül bir yaklaşımın tedavide etkililiği artıracaklarını belirlemiştir.

Madde bağımlılığı psikolojik ve sosyal etkenlerinde ağır bastığı bir sorundur. İnsan biyopsikososyal bir varlıktır, hastalığın her bakımdan, tedavi süreci bu yüzden sancılı geçmektedir. Kişilerin bireysel özellikleri farklılık göstermekle birlikte, tedavinin farklı alanlarında problem yaşayabilmektedir. Tam da bu noktada bütüncül bakış açısı ile geliştirilen hizmetlerin başarılı olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Merkez çalışanları da bütüncül yaklaşımı önemsediklerini belirtmişlerdir.

Hastalığın, herhangi bir sebebini, sonucunu, tedavi alanını birbirinden ayrı tutmak mümkün değildir. Madde bağımlılığı tedavisinde kullanılan ajanların hepsi bir bütünün parçalarını meydana getirmektedir. Biri olmadan, diğerinin etkili olması mümkün değildir. Sadece tıbbi tedavi vermek veya ilaçsız sadece psikososyal tedavi vermek gibi yöntemlerin, madde bağımlılığı tedavisinde başarıya ulaşmasının mümkün olmadığı görülmektedir. Merkez çalışanları da bu konuda bütüncül yaklaşımın önemini vurgulamışlar ancak uygulamada bütüncül yaklaşımı uygulamaya çalışsalar da farklı nedenlerle bunu her zaman başaramadıklarını vurgulamışlardır.

“Şöyle bence mesela bu merkez daha büyük olmalıydı. Daha fazla aktivite koyabilseydik tabi ki daha iyi olur. Müdahale kısmında iyiyiz evet ama sosyal rehabilitasyon içinde bir şeyler yapılmalı. Bunun anahtarı da düzgün fiziki şartlardan geçiyor” K13

“Tabi ki de biz burada bütüncül bir çalışma yapmaya çalışıyoruz. Kişinin hem sosyal yaşantısına destek vermeye çalışıyoruz hem işte tıbbi desteğini arttırmaya çalışıyoruz, bir tedavi planı oluşturmaya çalışıyoruz, bir psikolojik destek vermeye çalışıyoruz. Bütün bu destekleri verirken yani yelpazemizin geniş olmasına özen gösterdiğimiz için ister istemez yani yetersiz kaldığımızı hissettiğimiz durumlar olabiliyor. Mesela bir sosyal destek çalışması yaptığımız zaman daha fazla imkânlardan yararlanmasını istiyoruz. Onun için çalışıyoruz ama bazı yerde tıkanıyoruz. Bazen bürokratik engeller oluyor bazen de madde engel oluyor vesaire. Tıkandığımız zaman hemen biraz şey yapıyoruz yani bir moral bozukluğu oluyor ve biraz demoralize oluyoruz veya işte tıbbi destek konusunda yönlendirmeler yapıyoruz şu anki şartlarımız gereği her tedavi planı oluşturduğumuz zaman keşke hani şu anda bizim yatış imkânımız olsa da bunun da kontrolünü biz yapabilesek diye de kendi kendimizi eleştiriyoruz.” (K14)

“Yataklı servis benim hayalim bence eksiğimiz bu. Bağımlılık tedavisinde motivasyon anlaktır. Evden çok motive bir şekilde buraya gelmiştir mesela. Yarım saat sonra motivasyon gider oradan çıkmaya çalışır. O motivasyon da geldiğinde, o an yatırabilseydik mesela bir doktorumuz hemşiremiz olsaydı o an o hastayı kaybetmemiş olurdunuz.” (K15)

Resnick ve ark (1981) çalışmasında bireysel görüşmeler ve grup terapileri ile ilerleyen bir terapi sürecinin, doğru ilaç kullanımı ile desteklendiğinde daha etkili olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların hemen hepsi, hizmetin nasıl geliştirileceğine ilişkin soruya, tıbbi tedavi ve sosyal rehabilitasyonu aynı alanda yapabilecek olanakların sağlanması gerektiğini belirtmiştir. Madde bağımlılığı tedavisinde bütüncül yaklaşım ile birlikte, belediyelerin imkânlarını da kullanarak doğru hizmet modelinin yaratılacağı yönünde görüş belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların ağırlıklı bölümü, tıbbi tedavinin, aynı çatı altında verildiği takdirde elde edilecek kazanımlarla ilgili de görüş belirtmişlerdir.

Bütün bu hizmetlerin farklı kurumlar tarafından farklı çatılar altında verilmesinin bazı dezavantajları bulunmaktadır. Tedaviyi, müracaatçı adına kolaylaştırmak gerekirken, zorlaştırılması anlamına gelmektedir. Bütün hizmetlerin eş zamanlı fakat farklı çatılar altında yürütülmesi de kabul edilebilir bir durumdur. Fakat tüm hizmetlerin tek çatı altında toplandığı bir sistemin madde bağımlılığı tedavisinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Boş zamanın yapılandırılması için kullanılan araçlar, bütüncül yaklaşımın tamamlayıcı unsurlarıdır. Birey, grup ve aile görüşmelerinin yanı sıra, hobi ve beceri odaklı faaliyetler, bağımlı kişinin temiz kalması için son derece önemlidir. Belediyelerin, boş zamanın

yapılandırılması hususunda devreye sokabileceği imkânları açısından, bütüncül yaklaşımın uygulanmasına en elverişli sahadır. Fakat tıbbi tedaviyi, Türkiye’de belediyelerin imkânları ile gerçekleştirmek çok kolay değildir. Bu sebeple belediyeler tedavinin tıbbi sürecini, Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinden destek alarak yürütmektedir. Buna rağmen, belediyelerin ilerleyen yıllarda, geliştirilmiş modellerle, alanda daha aktif ve efektif rol alması beklenmektedir.

3.2.3. Kolay Ulaşılabilir Gösterişsiz Hizmet

Hizmetlerin ulaşılabilir olması, çok boyutlu bir kavram olmasına rağmen, en önemli noktası tedaviye başvuracak kişilerin, tedaviye zamanında başlamasının engellenmesinde ya da kolaylaştırılmasında rol oynamasıdır (McCaughrin ve Howard 1996). Araştırma da, merkez çalışanlarının. Merkezlerin verdiği hizmeti ulaşılabilir bulup bulmadıkları belirlenmeye çalışılmıştır.

“Yani ben bu tarz birimlerin direkt vatandaşla iç içe olması gerektiğini, direkt kolay bir şekilde ulaşılabilir nitelikte olması gerektiğini düşünüyorum. Bu konum itibariyle her yere yanında bir hastane diğer hastane tam karşısında işte belediye tam merkezi bir yerde olması insanların kolay ulaşabilmesi için iyi ve bu bizim için bir avantaj.”K10

“Biz konum olarak biraz saklanıyoruz gizleniyoruz. Reklam yapmıyoruz, çocukların için buranın afişe olmasını istemiyoruz. Çok fazla bilinmesin bana sorarsanız. Geçen torbacıların burayı bilmemesi rahatlatıyor çocukları” (K11)

“Merkez tasarlanırken insanların rahatlıkla gelebileceği bir yer olsun istedik. Ama tabi ki gelenlerin çıkanların çok fazla deşifre olmalarını da istemedik. Öyle olursa kişilerin gelmek istemeyeceğini düşündük daha doğrusu. O yüzden mesela balık pazarının hemen altında, çok güzel bir mekan, gezdiniz mi? Bilmiyorum. İki tane süs havuzumuz, bahçemiz, çardağımız, bekleme salonumuz bir sürü avantajı var aslında. İnsanın içini açacak bir konumda, gelen insanların iki göz odada sıkışmış hissetmelerini tabi ki istemeyiz. Ama konum olarak avantajını sorarsanız, bence meydana olmasına rağmen gözden uzak olmasıdır.” (K1)

“Çok önemli bir soru aslında bu. Çünkü neden? Ulaşılabilir olmak gerekiyor. Merkezimiz şuan ilin merkezinde. Tam merkezde ve üç merkezi ilçeye de yakın. Metro istasyonuna yakın. Otobüs duraklarına yakın. Toplu taşımaya yakın olması gerçekten çok önemli. İnsanların rahatlıkla bulabileceği ve gidebileceği bir merkez.” (K2)

“Konum açısından çok güzel merkezi yerler de her iki merkezde. Tam böyle nasıl anlatayım size, Ankara’nın Ulusu gibi düşünün. Bütün otobüsler oradan geçiyor. Bu konuda son derece avantajlı” K4

Bağımlılıkta motivasyon anlık değişkenlere bağlıdır. Bu sebeple ulaşım açısından erişilebilir olmayan hizmetler madde bağımlısı kişilerin yeniden madde kullanarak tedaviden vazgeçmesine sebep olabilir. Bu nedenle hizmetler ulaşılabilir olmalıdır (Kaplan ve Johri 2000).

Clark (2001), metadon ikame tedavisi talep eden opiyat bağımlılarının büyük engellerle karşılaştıklarını, metadon merkezlerinin erişilebilirliğinin artırılmasının ise yasal düzenlemeler ve toplum muhalefeti dolayısıyla zor olduğunu belirtmiştir.

Madde bağımlılığı müdahale sürecinde belediyelerin en önemli avantajlarından biri hizmetlerin ulaşılabilir olması olarak görülmektedir. Yerel düzeyde hizmet veren kurumlar olması sebebiyle belediyeler, halka daha yakın noktalar anlamına gelmektedir. Bu yakınlık aynı zamanda fiziki anlamda bir ulaşılabilirliği de ifade etmektedir.

Yerel yönetimler bu alanda hizmet veren diğer kamu kurumları ile kıyaslanacak olur ise, çok daha esnek kamu kurumları oldukları görülebilir. Özellikle tedaviye başvuran veya başvurmayı düşünen kişilerin gözünden bakıldığında belediyeler, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı vb. kurumlara kıyasla daha yakın görünebilmektedir.

Yerel yönetimlerin bu hizmetleri verirken anonim hizmetler yürütmesi, başvuran kişilerin verilerini gizli tutmaya özen göstermesi bir başka önemli nokta olarak görülebilir. Madde bağımlısı kişilerin karşılaştığı en büyük problemlerden birinin stigmatizasyon olması ve çoğu kişinin etiketlenme korkusu ile tedaviye başvuramaması göz önüne alındığında, belediyelerin bu çalışmalarını yürütmesi son derece yararlı görülmektedir.

Katılımcılar, kendilerine yöneltilen, merkezin lokasyonunun kendilerine getirdiği avantajlara ilişkin soruya genel olarak, toplu ulaşım araçları ile ulaşımın kolay olması yönünde fikir belirtmişlerdir. Yerel yönetimlerin yürüttüğü ücretsiz hizmetlere başvuran kişiler genel olarak düşük sosyoekonomik düzeyden gelen kişilerdir. Bu sebeple merkezlerin kolay ulaşılabilir olması, tek vesait ile gelinebilir olması ve merkezi olması son derece önemlidir.

Merkezlerin bir bölümü, başvuran kişilerin etiketlenmemesi adına farklı yollara başvurmuştur. Bir merkez bu sebeple, ilçe sınırlarında bulunan bir hastanenin içerisinde açılmış, çoğu merkezde merkez tabelasında “bağımlılık” vb. sözcükler kullanılmamaya dikkat etmiştir.

Merkezlere başvuran kişilerden aldıkları geri dönüşler ışığında merkez çalışanları, gösterişsiz binaların kişilerin tedaviye başvurmasını daha da kolaylaştırdığı yönünde fikir belirtmişlerdir.

“Birinci avantajı ulaşılabilir olması. Semtimiz açısından son derece merkezi bir yerde ama gizli.” (K7)

“Yani çok iyi bir konumda. Hem merkezde hem ara sokakta diğer yandan tabelamız yok buda çok önemli. Lokasyonun dışında binanın da çok elverişli olduğunu düşünüyorum. Hemen her aktiviteye uygun. Siz daha çok lokasyonu sordunuz galiba ama. Halkın içinde tecrit edilmeden hayatın içinde çocuk sesleri duyabilecekleri bir yer. Ama bir o kadar da izole bir lokasyodayız.” (K9)

“Hastane içerisinde olmamız bizim için çok büyük bir avantaj. Bizim dışarıda özel bir merkez olmama sebebimiz şuydu; hastane denilince insanların aklına doğrudan tedavi gelir. Biz hastaneye niçin gideriz tedavi olmak için gideriz. Bir kişi hastaneye geldiği zaman burada KBB’yi mi gidiyor, dâhiliye mi gidiyor kimse bilmiyor, gizli. Biz burada etiketlenmemesi için hastane içinde seçtik. Kişinin nereye gittiği belli değil. Kişi buraya geliyor ama onun bağımlı olup olmadığını kimse bilmiyor. Ayrı bir merkez olduğu zaman oraya girdiğinde doğrudan insanlar “aa evet bu bağımlı” diyor, doğrudan etiketleme olacağını düşündüğümüz için doğrudan hastane içinde yaptık. Ve gerçekten de bu çok olumlu. Ben bunu her gittiğim yerde söylüyorum. Hani biraz daha bunu kurumsal bir şekilde yürütmek gerekiyor. Ayrı bir merkez değil de hastaneler bazında, hastane içerisinde.” (K12)

“Aslında şöyle, burası tek başına yeterli değil. İlçe çok büyük. İhtiyaca yönelik olarak mesela haftalık seanslarını artırmak istediğimiz bir danışandan “Hocam ben her gün dolmuş parası veremiyorum, beni aşıyor.” Bence şöyle evet çok değerli merkez ama ilçe içinde de farklı yerlerde olabilir. Mesela bu hizmetlerin hepsi belediye içinde olsa inanın bu kadar talep olmaz. Dikkat edin AMATEM’ler farklı yerlerde hep. Bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırdığı için ben merkezin yerini iyi buluyorum.” (K13)

3.2.4. Bozulan Sistemi Onarmak Yerine, Bozulmasını Önlemek: Birincil Önleme Çalışmaları

Bağımlılık alanında sonuçlarla mücadele etmek kadar bağımlılık oluşmadan önce müdahale etmek hem insanlar açısından daha verimli hem de ekonomik açıdan daha karlıdır. Çalışma kapsamında görüşülen merkezlerin hemen hepsinin bir önleme programı bulunmaktadır. Merkezler müdahale çalışmalarının yanı sıra, önleme çalışmalarını da sürdürmektedir.

“Önleme çalışmaları da yapıyoruz. Bir bağımlının tedavi sürecinin başarılı geçmesinin birinci şartı hiç tanışmaması. Bu sebeple ben önleme faaliyetlerini çok gerekli görüyorum. Kişi uyuşturucu ile tanıştıktan sonra işiniz çok daha zor. Gençlerin bilinçlendirilmesi şart. İşte diyorlar ki önleme faydalı mı değil mi? İsimler söylenmeli mi söylenmemeli mi ama zaten artık Google a yazıyorsunuz eroin diye, eroinle ilgili her şey çıkıyor. Gençler zaten bunları biliyor. Şunu bilirse çocuk, bunların etkisi yapay etki o maddeye karşı bakışı değişir. Ben madde isimlerinden sakınmayı çok doğru bulmuyorum. En doğrusu tam bilgiyi vermek. Çocuk ve gençlerin bilinçlendirilmesinde ex-userların da olması gerekiyor. İnanın en çok soru ex usera gelecektir.” (K15)

“Kurumumuz zaten iki ayağı olan bir kurum. Hem koruyucu önleyici çalışmalar yapıyor hem de müdahale noktasında danışmanlık hizmeti veriyor. Biz koruyucu önleyici çalışmalarda genel olarak, toplumsal bilincin artırılmasına yönelik çalışmalar organize ediyoruz. Seminerlere gidiyoruz ama yeterli mi? Tabi ki değil. Bizim çok sayıda ilçemiz var. Hepsiyle koordineli çalışmalar yapıyor ve ziyaretler düzenliyoruz. Ben hep şeyi söylüyorum. Bu işte bir kaynak var birde kullanıcılar var. Yani bataklığa saplanan bir kesim var. Kaynak dediğimiz kesim kim çocuklar. Çocuklarımızın başında kimler var, öğretmenlerimiz. Öğretmenlerimiz konuya ne kadar hakim bana kalırsa çok fazla değil. Hiç kimse çok bilgili değil. İşte biz tamda bu noktada “Öğretmenim Canım Benim” projesini başlattık. 5-8 Eylül arasında, ilimizde 17 ilçede bulunan Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı bütün okullarda, lise branş öğretmenlerine konuyla alakalı 15 ekiple seminer verdik. Yaklaşık 6500 öğretmene ulaştık, ilimizde toplam 9000 küsur öğretmen var. Böyle böyle merkezler var, bu hastalık böyle, belirtileri bu, yapacağımız iş bu oluşturmak istediğimiz sistem bu şekilde bir seminer verdik.” (K2)

“İnsanların ve ailelerin bilinçlendirilmesi şart. Ama şunu da unutmamak lazım. Bu merkez en büyük önleme çalışması bana sorarsanız çünkü bağımlılık bulaşıcı bir hastalık ha bulaşıcıdan kasıt tükürükle bulaşmak mı? Tabi ki değil. Sosyal bir bulaşıcı hastalık. “Bir bağımlıyı bağımlı yapan genellikle başka bir bağımlı” Bir kere burada bir bağımlı grubunu maddeden uzaklaştırarak bir kere o mahalledeki bir diğer insanı uyuşturucudan uzak tutmuş oluyoruz. Bu çok önemli bir şey. En büyük önlemeyi yine müdahale ile yapıyoruz. Bir bağımlının olması o mahallede ki diğer çocuk için, apartmanda ki çocuklar için kendi kardeşi için bile risk. Kardeşin kardeşe, babanın çocuklarına çok içirdiğini gördük. Biz en güzel önlemeyi o bağımlıyı oradan çekerek yapıyoruz bir kere bu bir. İkincisi okullara gidiyoruz genel olarak özgüven ve hayır deme davranışı üzerine çalışıyoruz.” (K7)

Botvin (2004) düzgün şartlarda yürütülen, önleme çalışmalarının madde kullanımının yaygınlığını azalttığı belirtmiştir. Alkol ve sigara gibi maddelere bağlı hastalıkları ve ölümleri engellemek ve uyuşturucu maddelere başlama yaşını düşürmek açısından önleme çalışmaları son derece önemlidir.

Ögel (2010) kullanımın oranlarında artış veya kullanım yaşında düşüş görülen ülkelerde temel önleme çalışmaları yürütmenin önemi üzerinde durmuştur. Hayatında hiç madde kullanmamış kişilerin madde kullanmasını engellemenin dolaylı yoldan oranları düşüreceğini belirtmiştir.

Madde bağımlılığı hastalığı başladıktan sonra tedavi olması oldukça güç bir durumdur. Birçok çocuk ve genç hastalığa ilişkin yanlış bilgi ve inanışları sebebiyle, farkında olmadan madde bağımlısı olmaktadır. Bu sebeple önleme çalışmaları çok önemli bir yere sahiptir.

Öğrenimini sürdüren çocuk ve gençlerin yanında ebeveynlerinde eğitimi son derece önemlidir. Çocuklarının madde kullandığını öğrendiğinde ebeveynler, genellikle konuya ilişkin bilgilerinin sınırlı ve yanlış olması sebebiyle, büyük bir karamsarlığa kapılmaktadır. Bu karamsarlık aile içi iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Ailenin sergilediği, yargılayıcı ve suçlayıcı tutum, çocuk ve gençlerin giderek azalan aile ilişkilerini kopma noktasına getirebilmektedir. Bazen koruyucu bir içgüdü ile bazen ise öfke ile ebeveynlerin sergilediği yanlış tutumların önüne geçmenin yolu ebeveynlerin konuya ilişkin doğru bilgilendirilmelerinden geçmektedir.

“Tabii biz önleme çalışmaları bazında iki çalışmamız söz konusu. Bir tanesi okullara yönelik yapılan eğitimler. Biz ortaokullar ve liseler olmak üzere totalde 75 okulda yıl içerisinde burası 8 bin nüfuslu bir yer, büyük bir ilçe. Milli Eğitimle programlıyoruz, onlar bize çarşaf listeyi veriyor ve okullara seminerler veriyoruz. Ama şöyle tabii ki daha küçük sonra süreç içerisinde benim klinik olarak gözlemlerim sonucunda; evet öğrenciyi bilgilendirelim ama daha küçük gruplarla ben ailelerin bilgilendirilmesi gerektiği kanaatindeyim. Özellikle de annelerin bilmesi, alanı tanınması gerektiğini düşünüyorum. Bu noktada işte projemi annelere yönelik olan projeyi başlattım ve burası üç bölge yirmi bir mahalleden oluşan bir yer. Orada yirmi bir tane mahalleden işte birer anne temsilci seçerek onlara belli eğitimleri belli süreçlere dâhil ediyoruz. O aldığı eğitimlerde de aldığı kitapçıklar, videolar, eğitim materyallerini alarak sahaya iniyor; komşusuna, teyzesine, annesine işte bir sohbet ortamında olabilir, bir çay partisinde olabilir süreçle ilgilendirilmiş oluyorlar. Bir sürü anne süreçten haberdar oluyor.” (K10)

“Yok. Şu anda bir önceliğimiz yok. Okullar genelde önleme çalışmaları yapıyoruz, hala da yapıyoruz gerçi ama özellikle kendimiz o alanda daraltmıyoruz. O şekilde daraltan çalışmaları yapan belediyeler var ama biz biraz daha yelpazeyi geniş tuttuk. Tabi geniş tuttuğumuz için derinleşemedik. Yani her yere gitmeye çalıştık, ilkokuldan liseye kadar her düzeydeki insanlara farklı eğitimler düzenledik. Şu anda spesifik olarak yoğunlaştığımız bir çalışma yok. Gelen taleplere göre okullarda seminerler vererek önleme çalışmaları devam ediyoruz ama ana gündemimizde bize başvuran, tedavi olmak isteyen madde bağımlısı bireylerin tedavi süreci var.” (K14)

Belediye merkezlerinin önleme çalışmalarını genel olarak, MEB’e bağlı okullarda gerçekleştirdikleri görülmektedir. Katılımcılardan alınan yanıtlar, merkezlerin açıldıkları günlerden bu yana gerçekleştirilen önleme çalışmalarının ulaştığı kişilerin sayısının yüksek olduğu yönündedir.

Önleme çalışmalarının interaktif ve katılımlı bir biçimde gerçekleştirilmesi, eğitime katılan kişilerin maksimum fayda ile eğitimden ayrılması açısından son derece önemlidir. İnteraktif ve katılımlı bir eğitim yapmanın ilk şartı da az kişilik grupların oluşturulmasından geçmektedir.

Araştırmacının gözlemi, yürütülen önleme çalışmalarının etkili bir önleme çalışmasından çok nicel verilere önem verilen bilgilendirme toplantıları olduğu şeklindedir.

Görüldüğü gibi merkezlerin önleme başlığı altında yaptıkları çalışmalar genellikle okullarda eğitim verilmesi şeklinde olmaktadır. Bu durum ülkemizdeki önleme politikaları ile benzerlik göstermektedir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi özellikle çocuk ve gençlerin korunmasına ilişkin önlemler yalnızca eğitim yoluyla yürütülmemelidir. Çünkü çocuk ve ergen madde bağımlılığında risk faktörleri (genetik, biyolojik, psikolojik, akranlar ile ilişkili, aile ile ilişkili, okul ve toplum ile ilişkili, travmatik ve olumsuz yaşam olayları ve çoklu risk faktörleri gibi akt: Polat 2012:48) çok boyutludur. Bu nedenle yalnızca eğitim tüm bu faktörlerin tamamına yetecek bir yol olarak yeterli olmayabilmektedir.

Belediyelerin hizmet verdiği nüfus grubuna ilişkin rekreasyon alanları oluşturmak, çocuk, genç ve ergenler için çeşitli kurslar vermek hatta bu gruba yönelik merkezler açmak gibi görev ve yetkileri bulunmaktadır. Bu tür çalışmalar da bağımlılığın önlenmesinde etkin olarak kullanılabilir. Fakat bunu yapabilmek için bağımlılığı önlemeyle ilgili olarak bütüncül bir anlayışın hizmet sunanlarda bulunması gereklidir.

3.2.5. Merkezlerde “Ex-User” Varlığı

Ex-userların belediye merkezlerinde üstlendikleri rolün, yurt dışı literatürde “akran desteği” olarak adlandırılan kavrama karşılık geldiği görülmektedir. Akran desteği, psikiyatrik, alkol ve / veya diğer uyuşturucu maddelerle ilgili tedavi gören kişilerin uzun süreli iyileşmeyi sağlamak için benzer koşullara sahip bireylerden profesyonel olmayan, yardım alma süreci olarak tanımlanabilir(Tracy 2016). Deneyim paylaşımı, pozitif ilişki kurma, grubu kolaylaştırma, rehberlik, hedef belirleme ve özsaygı oluşturma temel rollerinden bir kaçıdır. (Jacobson 2012) Ex-user olarak merkezlerde çalışan kişiler, akran desteği kavramlarına benzer olarak, tedaviye başvuran kişilere rol model olmak suretiyle, farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır.

Yerel yönetim madde bağımlılığı merkezlerinde ex-user olarak görev yapan kişilerin yaş ortalaması 47’dir. Dört katılımcı üç farklı merkezde çalışmaktadır. Tercih maddeleri eroindir. İki katılımcı opiyatlara ek olarak kokain ve eczane ilaçları kullandığını belirtmiştir. İki katılımcının temiz kaldığı süre, aktif kullanım süresinden fazladır. Dört katılımcının da merkezlerde, merkeze başvuran danışanlarla ilk görüşmeyi yapmakla sorumlu olduğu görülmektedir. Dört katılımcıda ilk görüşmeye ek olarak merkezdeki en önemli sorumluluklarının gelen danışanlara rol model olmak olduğunu belirtmiştir. Ex-user’lar aktif madde kullanım yıllarında, madde bağımlısı bireylerin içinde bulunduğu karamsar ruh halinin, tedavinin belli dönemlerinde motivasyonlarının düşmesine sebep olduğunu ve bu anlarda ex-user kişilerin, danışanı tedavi sürecinin içinde tutma misyonu olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple rol model olarak, aynı süreci yaşayan kişilerin tedavi ekibinde olduğu görmenin danışanların motivasyonunu artırdığı belirtilmiştir.

Diğer bir bulgu ise dört ex-user kişinin de erkek olmasıdır. Dar bir örneklemin içerisinde seçilen kişiler olması sebebiyle cinsiyet ağırlığının %100 erkek olması tek başına net bir bulgu değildir. Fakat yapılan görüşmelerde görüldüğü üzere, ataerkil toplum yapısı sebebiyle kadın madde bağımlılarının tedaviye başvurmadığı görüşü tüm katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Merkezde tedaviye başvuran kadın danışanların oranını, erkek danışanların oranıyla kıyaslandığında yok denecek kadar az olduğu görülmektedir. Ataerkil toplum düzenine ek olarak, madde bağımlılarının tümünün maruz kaldığı stigmatizasyonun (damgalanma) da kadın danışanların tedaviye başvurmamasının en önemli sebebi olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Tablo 9: Ex-User Tanıtıcı Bilgiler

	Tercih Maddesi	Aktif Kullanım Süresi	Temizlik Süresi	Kuruluş Sorumlulukları	Cinsiyet	Yaş
K8	Opiyat+Kırmızı Reçeteli İlaçlar	20 yıl	21 yıl	İlk Görüşme NA Toplantıları Rol Model	Erkek	56
K11	Opiyat+Kokain	18 yıl	15 yıl	İlk Görüşme NA toplantıları Rol Model Ayaktan Danışmanlık Hizmeti Sosyal Kültürel Etkinlikler Grup Terapisi	Erkek	46
K15	Opiyat	20 yıl	20 yıl	İlk Görüşme NA toplantıları Rol Model Ayaktan Danışmanlık Hizmeti Sosyal Kültürel Etkinlikler	Erkek	54
K16	Opiyat	5 yıl	7 yıl	İlk Görüşme NA toplantıları Rol Model Ayaktan Danışmanlık Hizmeti Sosyal Kültürel Etkinlikler	Erkek	32

Yukarıda ki tabloda ex-user olarak görev yapan kişilerin merkezlerde üstlendikleri görevlere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ex-user kişiler tedavi ekibiyle danışan arasında köprü olmanın merkezlerde üstlendikleri en önemli sorumlulukların başında geldiğini belirtmiştir. Ayrıca üç ex-user, danışanlarını kendine yardım gruplarına gitmelerini toplantılarına katılmaları konusunda yönlendirdiğini belirtmiştir. Kendilerinin temiz kalmalarında, öneme sahip olduğunu düşündükleri 12 Basamak Tedavi Metodunu benimseyen kendine yardım gruplarına katılımları konusunda katalizör görevi gördüklerini ifade etmişlerdir.

Aşağıda ex-user kişilerin kendi ağızlarından merkezlerdeki rollerine ve önemine ilişkin bazı anlatılar bulunmaktadır.

“Burada ki işimizden bahsedeyim. Onların arasından gelen bir kişi olarak onlara umut aşılama. Bu bırakılabilir. Size bakıyorlar ve diyorlar “Lan acaba bırakılabilir mi” kafalarında soru işaretleri oluşmaya başlıyor. Bu çok önemli, çünkü tünel onlar için çok karanlık. O tünelin sonunda ışık olduğunu görmeleri onlar için çok çok önemli gerçekten bir bu. İkincisi bağımlılık süreçlerinde argo bir yaşamın içerisinde geliyorlar. Yani kuralı olmayan, sorumluluklardan uzak bir yaşam. Sadece kendi kuralları var. Burada onlara her manada rol model olmaya çalışıyoruz. Oturuşunuz kalkışınız üslubunuz ve tarzınızla onlara rol model olmaya çalışıyorsunuz. Atıyorum örneğin argo bir kelime kullandı. İstersen o kelimeyi kullanmayalım. O kelimenin yerine şunu kullanabilir miyiz gibi. Amacımız aktif kullanım yaşamına dair olan her şeyi silmek. Bir ex-userın tedavide ki diğer rolü de şu olmalı. Tedavinin terapi kısmını yürütecek olan terapistle hasta arasında köprü olmak. Hasta her zaman terapiden mutlu çıkmaz. Terapistin dediği bir şeye kızar falan öfkelenir. Süreçten kopmaya kadar gidebilir. Sancılı süreçtir, yine kendi hayatınızdan örnekler vererek bir köprü görevi görmemiz gerekiyor. İlk başladığında bağımlının tedavi ekibiyle ilişkisi pamuk ipliği gibidir. Siz o ipliği yavaş yavaş örmeye başlarsınız. Kopmaz bir noktaya getirmek görevimiz. Yataklı yerlerde de ben yemeğimi vs. hasta arkadaşlarla birlikte yedim. Onlara güven vermek umut aşılama gerekiyor.” (K15)

“Aktif olarak uyuşturucu kullanmanın ne kadar acı ve ıstırap dolu bir süreç olduğunu hiçbir kitaptan okuyamazsınız bunu yaşamak gerekiyor. Mesela o torbacıyı beklemek torbacıya gidebilmek için bir yerden beş on lira para bulmak. Uyuşturucu içmek o uyuşturucunun hastalığını çekmek. Yolda yürürken kafan önde bir izolasyon içerisinde yaşamak gerçekten kolay bir şey değil. Bağımlı kişi kurumun kapısından girdiğinde ilk önce onunla ex-user görüşüyor. Bu tip merkezlerde bana sorarsanız bir bağımlı ile ilk görüşmeyi ex-user yapmalı bence. Benim bağımlılık dönemlerimde kurumda bir ex-user olsa onunla görüşmek beni rahatlatırdı diye düşünüyorum.” (K16)

“Eski bir bağımlıyı görmek, bir bağımlı için son derece önemlidir. Bu konunun en yetkin profesörünün bile söyleyeceği şeyler o kadar tesir etmez bağımlıya. O yüzden dünya'nın her yerinde ex-user'lar çalışıyor.” (K7)

“Ben açıkçası çok net konuşuyorum, kibir ego diyebilirler, eyvallah kibirliyim egoluyum. Bir bağımlının iyileşmesinde başka bir bağımlıdan başkasının işe yarayacağına inanmıyorum. Psikologlar, psikiyatristler eyvallah ama bir bağımlının iyileşme yöntemini en

iyi eski bir bağımlı bilir. Hani bir tabir vardır ya, damdan düşenin halini düşen anlar. Bu öyle bir şey tüm duyguları iyileşmesi, güdülerini, her şeyini biliyorum işte sex ihtiyacından tut anne babasının arasındaki konuşamama duygusuna kadar. Aynı noktadan geldiğim için diğer arkadaşlara ışık olmak istedim.” (K11)

Görüldüğü gibi ex-userlar merkezlerde süreci ilk başlatan ve yöneten kişi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ex-user'ların ortak olarak belirttiği bir görüş de madde bağımlılığı tedavisi verilen merkezlerin yatılı olması gerektiği yönünde olmuştur. Madde bağımlısı kişinin, özellikle tedavi programının ilk bölümünde, sokak kültüründen izole bir hayat sürmesi açısından yatılı merkezler olması gerekliliği konusunda görüş bildirmişlerdir. Yerel yönetim düzeyinde yapılan çalışmalar, genel olarak ayaktan hizmet vermektedir. Buna rağmen katılımcılar, son yıllarda devlet politikası haline gelen “madde bağımlılığı ile mücadele” stratejileri kapsamında yaygınlaşmaya başlayan yerel yönetim örgütlenmelerinin artması gerekliliği yönünde fikir bildirmişlerdir.

Ex-user kişiler, madde kullanımı davranışının sürdürülmesinde en büyük etkenlerden birinin, tedavi sürecine başlasalar dahi, içinde buldukları alt kültür ve sosyal çevreden kopamamaları şeklinde belirtmiştir. Bu sebeple yatılı tedavinin, ayaktan tedaviye kıyasla, madde bağımlılığı tedavisinde daha etkili olduğunu düşünmektedirler. Aktif madde kullanımı süreçlerinde gerçekleştirilen tekrarlı yatışları ve diğer bırakma girişimlerinde aldıkları ayaktan tedavi desteklerine ek olarak, hali hazırda çalışmakta oldukları merkezlerde uygulanan tekniklerine ilişkin danışanlardan aldıkları geribildirimleri de değerlendirerek bu yargıda bulduklarını belirtmişlerdir.

Merkez çalışanlarının tümü ex-user kişilerin merkezlerde görev almasının gerekliliği hususunda ortak görüş bildirmiştir. Ex-user çalıştırmayan merkezlerde görev yapan çalışanlardan ikisi hizmette eksik kalan yönlerinin ex-user çalıştırmamak olduğunu belirtmiştir. Katılımcılar, açılan merkezlerde ex-user'ın sorumluluklarının artması gerektiğini ve her merkezde ex-user bulunması gerektiğini belirtmiştir. Buna paralel olarak kişilerin ayıklık dönemlerinde kendine yardım gruplarının önemi de katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Ex-user kişilerin tedavi ekibi ile hasta arasında köprü vazifesi görmesinin, hastanın sürece uyumu açısından son derece önemli olduğu görüşü bildirilmiştir.

“Evet, eksik kalan yönlerimizin olduğunu düşünüyorum. Mesela bir ex-userımız olsa ve bir danışanımızı düşünün, evet biz sürecini takip ediyoruz. Bazı danışanlar sokakta

yaşadığı için biz ilacını direkt eline vermiyoruz. Bir ilaç yazıldıysa suboxone u getir sen buraya bırak, sonra günde tek tek verelim diyoruz. Sonra bir bakıyoruz ki evet bir ay geldi, bir aydan sonra iki üç gün gelmedi. Sonra belki yine gelecek ama o aşamada yalnız kalmadığını anlaması, bir ex-userın alıp belki ilacı gidip belki evinde bir sosyal çalışmacının hem ilacını getirdim hem seni merak ettim, burada aslında kişinin samimiyetini yansıtabilecek bir çalışmamız yok.” (K10)

“Mesela bizde ex-user arkadaşlarımız çalışıyor. Birçok kurumda ex-user yoktur. Biz onları hem saha çalışmalarında hem kurum içi çalışmalarımızda kullanabiliyoruz. Bu bizim için çok çok büyük bir avantaj. Bağımlı kişi direk olarak burada beni anlayacak birileri var diye düşünüyor.” (K2)

“Özellikle ex-userlar. Ex-user dediğimiz kişiler, madde bağımlısı olmuş zamanında ama şuan kullanmayan kişiler. En az dört yıl temiz kalan madde bağımlıları bunlar. Şimdi işin içine girdiler, işin en ayrıntısını biliyorlar. Ne nerden alınır, ne yapılır ne edilir. Bizim önümüzde bu işte, tüm ayrıntılara hâkimler.” (K4)

“Tabi ortalama şöyle bir 30 gün falan geçtikten sonra oraya teslim ettikten sonra içim çok rahatlıyor. Çünkü damdan düşenin halinden damdan düşen anlıyor. Orada çocuk gördüğü zaman kendisi gibi olayın o cehennem tarafından bu tarafa geçmiş, yaşamında artık ufak ufak değişikliklere girmiş, işte ne gibi 12 basamaklı bir değişim programı var ve orada kimliğini buluyor, kendini buluyor bağımlı, orada kendini çok rahat hissediyor, çok güvende hissediyor.” (K8)

Görüldüğü gibi hemen hemen her katılımcı merkezlerde ex-user çalışmasının olumlu olduğunu, ex-userların müracaatçılar ile daha yakın bir ilişki kurabildiklerini ifade etmişlerdir. Turpin ve ark (2017), çalışmasında, akran desteği çalışmalarının, artık madde bağımlılığı alanında iyileşmenin gizli bir yönü değil, aktif ve sonuç veren bir bileşen olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Ancak çalışmanın kuramsal bölümünde de üzerinde durulduğu gibi ex-userların tüm tedavi sürecini yürütmeleri uygun değildir. Literatürde, ex-userların tedavi sürecinde, kişilere daha çok rol model olmak ve onları cesaretlendirmek konusunda aktif olmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Araştırma kapsamında ise ex-userların ilk görüşmeyi yaptıkları bulunmuştur. Her ne kadar ex-userlar sahip oldukları deneyim açısından bağımlı kişiyle görece daha kolay bir bağ geliştirebilecek olsa da ilk görüşmeyi bu alanda eğitim almış bir çalışanın yapması daha idealdir. Merkezlerin standartlaşmasını ve kurumsallaşmasını sağlayacak yasal bir alt yapının olmaması ve merkezlerde sosyal hizmet uzmanının olmaması hizmetlerin farklı biçimlerde yürütülmesine yol açabilmektedir.

3.2.6. Önleme Çalışmaları: Arzın Azaltılması

Arz azaltma, talep azaltma için etkili bir araçtır çünkü uyuşturucu maddelerin maliyeti fazla olduğunda ve elde edilmesi daha zor olduğunda uyuşturucu madde kullanıcısı ve yasadışı uyuşturucuya olan talebi azalacaktır. Talep azaltımı da tedarik azaltmada etkili bir araçtır, çünkü uyuşturucu kullanıcılarının sayısı düştüğünde, yasadışı uyuşturucular için pazar küçülürken buna paralel olarak arz da düşmektedir. Bu iki kavram birbiri ile ilintili ve tamamlayıcı kavramlardır.¹¹

TCK' ya göre adli vakalarda, uyuşturucu bulunduran kişiler, kullanıcı olduklarına kanaat getirildiği takdirde, kişiler denetimli serbestlik uygulaması kapsamında tedaviye dâhil edilmektedir. Tedavi süresince madde kullanıcısı kişiler, aylık periyotlarla AMATEM laboratuvarların da idrar testi örneği vermektedir. Belirlenen süre içerisinde kişinin idrarında uyuşturucu maddeye rastlanmadığı takdirde, adli dosya kapanmaktadır. Satıcılara uygulanan yaptırımların ise yakalanan madde miktarına vs. göre değişen hapis cezalarıdır.

Uyuşturucu madde satışı yapan kişilere verilen cezaların caydırıcı olması madde kullanım oranlarını düşürme yolunda önemli bir stratejidir. Madde arzının azalması dolaylı olarak, kişilerin maddeye ulaşmalarını engellemektedir.

Kentsel dönüşüm uygulamaları kapsamında, şehirlerin gecekonduardan kurulu, eski yerleşim yerleri, toplu konut sistemi ile yenilenmektedir. Kentsel dönüşüm uygulamalarının bir diğer çıktısı da uyuşturucu madde satılan bölgelerde ikamet eden kişi ve grupların, şehirlerin farklı noktalarına göç etmesi olmuştur. Bu durum, uyuşturucu madde pazarının, şehir merkezlerine ve semtlere yayılmasına yol açarak, yaygınlığını artırmış, kontrol edilebilirliğini azaltmıştır. Geçtiğimiz yıllarda, şehirlerin belirli bölgelerinde satışı yapılan maddelerin yaygınlaşması, kentsel dönüşüm uygulamalarının gözle görülür bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçtiğimiz yıllarda, uyuşturucu maddelerin satışının yapıldığı bölgeler, görece kontrol altına alınmış görünse de uyuşturucu maddelerin bulunabilirliğinin artması ciddi bir handikaptır.

“Sadece yaşadığımız şehir değil ama Türkiye genelinde bunu yorumlamak gerekirse bence yasalar, yasaların birazcık daha bence caydırıcılığının artırılması gerekiyor. Satıcılar konusunda özellikle.” (K1)

“Bir kere artık hemen her mahallede bu madde bulunabiliyor. Önceleri birkaç mahallemiz vardı. Oradan satılırdı. Ona göre önlem alınırdı risk daha düşüktü. Kentsel dönüşümle vs. biraz dağılma oldu. Bu dağılma doğal olarak sürecide olumsuz etkiledi.

¹¹Institution For Behavior and Health, Nisan 2018 <https://www.ibhinc.org/demand-reduction-supply-reduction/>

Yayılmaya başladılar, tabi ki madde Bursa'da çok ucuz, farklı farklı maddeler de var ilimizde meşhur. Birçok ilin adını dahi duymadığı maddelerden bahsediyoruz. Ama tabi ucuz olması ulaşılabilir olması bizim için büyük sıkıntı. Bu genel anlamda her yer de böyle olabilir. Ama son dönemde yapılan çalışmaları biraz daha ön plana çıkarabiliriz. Sahada ki çalışan Narkotim sayısı 50'den 200'lere çıktı. İşte yapılan operasyon sayısı arttı. Köylü komuya ilişkin bilinçlendirildi, artık Hint kenevirini çok rahatlıkla tanyıp ihbar edebiliyorlar. Toparlayım, ucuz olması ulaşılabilir olması, farklı maddelerin kullanıyor olması bizim için risk. Ayrıca burası çok fazla göç alan bir şehir. Oda tabi ki, özellikle sosyoekonomik yaşayan çocuklar için büyük bir risk oluşturuyor.” (K2)

“Yani tabi biraz zor sorular, riskli sorular da o yüzden çok fazla ayrıntıya girmemekle birlikte şunlardan bahsetmek istiyorum: evet devlet politikası haline gelmesi gerektiğini düşünüyorum. Yeterince devlet politikası mı? Diye düşünüyorum. Çünkü biz burada mutlaka yani bir kişiye bile dokunsak, bir kişiyi bile kurtarsak çok anlamlı ve değerli. Burada güvenlik ekiplerinin de sürece dâhil olması gerekiyor. Arzı azaltman lazım hani tamam arzı azaltıp talebi azaltmak şöyle kişilerin beklentisi siz talebi azaltın ki arz azalsın. Ama insan olarak olumsuz etkilenebiliriz, çevreden etkilenebiliriz genç popülasyonu çok yüksek bir ülkede yaşıyoruz. O yüzden arzın da biraz azaltılmasına yönelik güvenlik tedbirlerinin alınması gerektiğini düşünüyorum ve tüm kurumların işbirliği içerisinde çalışması gerektiğini düşünüyorum.” (K10)

“Yani müthiş bir farkındalık oldu bir kere. Artık hem televizyonlarda hem bakanlık bünyesinde hem Cumhurbaşkanlığı bünyesinde hem ilçe bazında çok ciddi anlamda bir farkındalık oluştu ve bununla bir savaş verin diye gözlemledim. Şimdiye kadar hep şey vardı; bataklık kurutulmuyor hep sinek avlanıyor. Bunlar böyle olmaz. Devlet politikaları gerekiyor. Daha büyük yapılanmalar gerekiyor diye eleştiriler vardı. Şu anda o eleştirileri duymaz olduk çünkü üst düzey makamlardaki insanlar bu işin bataklığını kurutmaya dair ciddi politikalar yapıyor. Bunu bu şekilde yapıyor olmaları alt tabakada yani kademededen kastım şu; politikaları belirleyenler değil uygulayanlar yani biz sağlık çalışanlarının artık daha ciddi bir şekilde bu işin üstesinden gelmek için kollarımızı sıvadığımızı düşünüyorum. Yani şöyle eskiden bu işte demoralize olduğumuz zaman ya da bulunduğu zaman hemen direkt işte üst politikaya suç atılırdı hani devlet bataklık kurutmuyor ki biz ne yaparsak yapalım bu iş çözülmez diye ama şu anda öyle bir hava var ki gündemimizde bir kere devlet politikası ciddi anlamda bu işin kökünü kurutmaya çalışıyor.” (K14)

“Cevap basit, çok büyük bir rant alanından bahsediyoruz. Madde satışı durur mu? Bana sorarsanız mümkün değil, ama azaltılabileceği kadar azaltılması olumlu bir etki yapacaktır şüphesiz.” (K15)

Katılımcıların bir bölümü, Türkiye’de arzın azaltılmasına yönelik yasal düzenlemelerin daha caydırıcı hale gelmesi gerektiğini savunmaktadır.

3.2.7. Personelin Verimini Artıracak Unsurlar: Eğitim Ve Süpervizyon

Süpervizyon temelde bir meslek alanında çalışan daha deneyimli birinin gözetim ve desteği altında işin öğrenilmesi ve deneyim kazanılması anlamına gelmektedir. Her meslekte olduğu gibi insanla çalışan mesleklerin hepsinde süpervizyon almak büyük bir gerekliliktir. Acar ve arkadaşları (2017) , sosyal hizmet uzmanların süpervizyon desteği alamaması sonucunda bilgi, deneyim ve etik açıdan güçsüz kaldıklarını ve hizmet sunumunda etik ihlallerle karşılaştıklarını bulmuşlardır. Araştırma da ayrıca süpervizyonun insanla direk temas eden mesleklerde önemli bir yeri olduğu, süpervizyon desteğinden yoksun sosyal hizmet uzmanlarının tükenmişlik yaşadıkları bulunmuştur.

Madde bağımlılığı alanında da süpervizyon, danışmanların becerilerini geliştirmeleri için olmazsa olmazdır (Kavanagh 2003;akt Wheeler 2007).

Araştırmacının gözlemi de bağımlılık alanında çalışanlardan süpervizyon hizmeti alan çalışanların alana karşı daha ilgili, literatüre daha hâkim ve alan tecrübelerinin diğer katılımcılardan daha fazla olduğu yönündedir. Katılımcılar da süpervizyon almanın kendileri için önemli olduğunu vurgulamışlardır.

“Öncelikle şunu söyleyeyim. Eğitim noktasında bu alanda çalışan kişilerin kesinlikle desteklenmesi şart diye düşünüyorum. Dışarıda özel eğitimler evet para ile alınıyor. Ama kurumlar bunu kendi imkânları ile evet çalışanlarına sağlayabilir. Kurumumuz sağ olsun bu imkânları bize sağlamaya başladı. SAMBA eğitimlerimizin hepsini kurumumuz sağladı. Yeni alacağımız eğitim programını da belediyemiz karşılayacak. Öncelikle bu alanda çalışan kişiler eğitim olarak desteklenmeli.” (K2)

“Birincisi süpervizyon bence çok önemli. Çünkü her ne kadar bir süre sonra tecrübe kazandığınızı düşünseniz de öyle değişik vakalar geliyor ki yani ne yapacağınızı şaşırıyorsunuz. Hani bundan bir adım sonrasında nasıl bir strateji uygulamam gerekir diye kalakalıyorsunuz yani. O yüzden en azından süpervizyon toplantılarının olması, bizlerden çok daha deneyimli terapistlerin moderatör olduğu ve bizi aydınlattığı toplantıların olması bence çok önemli. Bu alanda çalışan insanların bu alanla ilgili alacağı eğitimlerin çalıştıkları

yerden tarafından finanse edilmesi bence çok önemli. Çünkü benim bir aylık maaşım kadar bir bağımlılık eğitimi var örneğin. Nasıl alacağım onu? Yani ya o ay yaşamaktan vazgeçeceğim ya eğitimden. Mecburen eğitimden vazgeçiyoruz falan. O yüzden hani belediyede çalışıyorsak belediye, bakanlıkta çalışıyorsak bakanlık, özel bir merkezde çalışıyorsak o özel merkez hani her nerede çalışıyorsak aldığımız eğitimlerin alacağımız eğitimlerin mutlaka ben finanse edilmesi gerekiyor.”(K5)

“Bana sorarsan kişilerin kişisel gelişimi son derece önemli. Kişisel terapileri de önemli. Madde bağımlılığı hastalığı ile ilgili alanda gözlem yapmak. Okumak araştırmak çok önemli kendini tanıyacaksın ona göre kendini geliştireceksin. Bunu kurumda yapabilir, gönder kendi elemanını yetiştir.” (K7)

“Şimdi şöyle kalifiye eleman çok önemli. İşverenin çalışanı iyi seçmesi ve gelişmeye zorlaması şart. Bununda tek yolu eğitimden geçiyor.”(K9)

“Şöyle bunun sonu kesinlikle yok. Evet, şu anda hasta görebilmek için ve bağımlılığı anlayabilmek için güzel eğitimler aldığımı düşünüyorum ama insanın parmak izi bile çok farklılık gösteriyor hani kimsenin parmak izi diğerine benzemiyor. O yüzden malzeme insan olduğu için hiçbir zaman eğitimimi bitti olarak yorumlayamam ve ben bu alanda çalıştığım sürece mutlaka süpervizyon eşliğinde ilerlemeyi düşünüyorum. Çünkü duygusal yükü de ağır biliyorsunuz. Kurum tarafından personeline verilecek bir eğitim ve süpervizyon desteği, personeli gerçekten çok motive eder.” (K10)

“Aslında bence kurumlarda eğitim imkânları daha çok sağlanmalı biliyorsunuzdur belki. Mesela bir psikolog bir psikiyatr merkeze atanıyor. Ona sorulmuyor, sen bu eğitimleri aldın mı diye. Ya da hangisini aldın diye sorulmuyor. Sen oraya gir orada öğrenirsin deneyim kazanırsın gibi bir bakış açısı var. Ben bunu çok doğru bulmuyorum açıkçası. İnsan deneme tahtası değildir. Bence yapılması gereken en önemli şey eğitilmiş ve kalifiye personelle çalışmak. Hem devlet için hem özel için ben şuna inanıyorum süpervizyon çok önemli. Eksik kaldığımız zamanlar elbet olacaktır. Süpervizyon bu işte bana sorarsanız olmazsa olmaz.” (K13)

“Personelin verimini artıracak şey, kesinlikle usta çırak ilişkisi. Bilen birine danışmaları çok faydalı olur.” (K15)

Katılımcıların çoğunluğu, alanda çalışan meslek elemanlarının verimini artırma yollarının başında eğitim ve süpervizyonun geldiğini belirtmiştir. Çalışanın alana ilişkin bilgisi ne kadar derin olursa, çalışma verimliliğinin de o kadar artacağı yönünde görüş bildirmişlerdir.

Özellikle bağımlıların, davranış değiştirmeye karşı dirençli, kayma yaşama riski yüksek bir popülasyon olması sebebiyle de bağımlıların ve kendilerinin motivasyonlarının yüksek tutmanın en kolay yolunun süpervizyondan geçtiğini düşünmektedirler.

Katılımcılar, alanın özellikle Türkiye’de henüz yeni olması sebebiyle, geniş bir eğitim alanı olduğunu düşünmektedir. Alanda kullanılacak tekniklerin fazla olması, disiplinler arası ve bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşılması gerekliliği de alanın eğitim bölümünü zenginleştirmektedir. Ayrıca katılımcılar alanla ilgili tamamladıkları eğitimlerin verimliliklerini artırdığı yönünde görüş bildirmiştir.

Katılımcıların büyük bölümü, alanda aldıkları eğitimleri çalıştıkları kurumun finanse etmesinin yararlarından bahsetmiştir. Türkiye şartlarında madde bağımlılığı alanında eğitim veren sadece bir yüksek lisans programı bulunmaktadır. Bu sebeple alanda çalışan kişiler, sosyal bilimler alanında lisans eğitimi almalarına karşın madde bağımlılığı alanında, lisans eğitimlerinde aldıkları seçmeli derslerin haricinde alana ilişkin bilgi sahibi değildir. Alana ilişkin eğitim programları ücretli bir şekilde bazı eğitim kurumları tarafından verilmektedir. Yerel yönetimleri maaş politikalarından da genel olarak şikâyet eden katılımcılar, aldıkları maaşın önemli bir bölümünü alanda daha verimli çalışabilmek adına eğitimlere harcadıklarını belirtmişlerdir.

Ayrıca bazı katılımcılar alanın yıpratıcı yönünü de vurgulamıştır. Alanın psikolojik açıdan yıpratıcı olması sebebiyle, alanda çalışan personelin sosyal hayatlarında, kurum tarafından desteklenmesinin önemi katılımcılar tarafından dile getirilmiştir.

3.2.8. Personelin Alana Yönelik Algıları: İş Doyumu

Madde bağımlılığı kronik bir durumdur, madde bağımlısı bireyler çok uzun süreler temiz kalsalar dahi, beklenmedik zamanlarda kaymalar yaşayabilmektedir. Madde bağımlılığı alanında tedavinin başarılı olma ölçütü kişinin temiz kalma süreci ile orantılı düşünülürse, müracaatçıların yaşadığı kaymalar, bu alanda çalışanların kendilerini yetersiz, başarısız hissetmelerine sebep olabilir.

İş doyumu, başarıya karşı bir beklentiden daha çok işe karşı kişisel bir tutum olup, çalışanların işten ve iş yaşamından beklentilerine ulaştıkları zaman, verdikleri olumlu duygusal ve refleksif bir tepkidir. Bu beklenti bireysel farklılıklara göre değişkenlik gösterebilir (Chang ve Chang 2007). Diğer bir tanıma göre iş doyumu; beklentiler ile kazanımların kıyasından ortaya çıkan sonuçlara karşı gösterilen bir tepki olarak adlandırılabilir (Fung-kam 1998).

Madde bağımlılığı alanında çalışanlar genel olarak, toplumda marjinal olarak addedilen birçoğu suça karışmış, problemle yüzleşmek yerine reddeden, değişime karşın motivasyonu olmayan, çok sayıda relaps yaşamış kişilerle çalıştıkları için tükenme riskleri yüksek olabilmektedir (Shoptaw 2000; Garland 2004). Bu açıdan bakıldığında başarı kavramı özellikle madde bağımlılığı gibi alanlarda, çok öznel bir kavram haline gelebilmektedir. Kişilerin başarı kavramına yüklediği anlam kişiden kişiye göre değişebilmektedir. Kimi çalışan, ikinci seansa gelen bağımlıyı bir başarı olarak görürken, kimi çalışan, kayma yaşayan müracaatçısı az sayıda olmasına rağmen, kendini başarısız olarak görebilir. Bu sebeple kişilerin yaptıkları işe yükledikleri anlam ve “işe yararlılık” duygusu iş doyumunu artıran başlıca unsurlardır.

Kişilerin iş ortamını eşsiz, değerli, anlamlı ve geliştirici bulmaları bireylerin iş ortamını değerli ve eşsiz, yaptıkları işi anlamlı ve kendilerini geliştirici bulmaları iş doyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Günümüzde çalışma yaşamının kalitesini belirleyen etkenler arasında da önemli bir yere sahip olan iş doyumuna üzerine yapılan araştırmalar, işe yüklenen duygusal ve bilişsel anlamların önemi üzerinde yoğunlaşmaktadır (Kuşdil vd 2006).

Araştırma kapsamında görüşülen çalışanlar genellikle bu alanda çalışmaktan doyum aldıklarını belirtmişlerdir.

“Ben şunu söyleyeyim. Ben 9 yıldır bu belediyede çalışıyorum. Yaşlı ile çalıştım, engelli ile çalıştım, ihtiyaç sahibi aile ile çalıştım, sokakta çalışan çocuklar ile çalıştım. Aralarında en çok keyif aldığım iş bu oldu. Çünkü biz burada bir kişinin hayatına dokunmuyoruz sonuçta, birçok kişinin hayatına dokunuyoruz. Bizim en çok bu işe olan yaklaşımımızı belirleyen şeyde bu işten aldığımız keyif. Karşı taraftan almış olduğumuz güzel sözler, iyi temenniler bizim için motivasyon kaynağı.” (K2)

“Mesleki tatmin yaşıyorum fakat kendimi telkin etmem gereken yerler çok oluyor. Ben nerede, neyi yanlış yaptım? Bu çocuk niye gitti şimdi tekrar kullandı deyip hani böyle kendimi suçladığım, süreci tekrar tekrar analiz ettiğim zamanlar elbette ki oluyor, sonuçta ben de bir insanım. Ama diğer taraftan hep şuna odaklanmaya çalışıyorum, hep kendime şunu hatırlatıyorum: ‘Evet bağımlılık bir irade sorunu değil, bağımlılık bir hastalık ve iyileşebilir ama düzelmez.’ (K5)

“Evet, aslında alan çok güzel çok zengin bir alan. Handikapları yok mu var. Kaymalar özellikle büyük handikap. Ama işin diğer kısmı da var. Bir danışanın temiz kalışının birinci yılını, ikinci yılını kutlamak. Onların doğum günlerini kutlamak insana çok büyük bir haz

veriyor. Onun dışında buradaki kurduğumuz samimiyet, gülüşmelerimiz, paylaşımlarımız her şeye değer. Şunu artık biliyoruz, bu insanlar hayatlarının sonuna kadar bu hastalığın bir şekilde yakınında bulunmak durumunda olacaklar ve hiçbir zaman tam olarak iyileştik diyemeyecekler. İlk başlarda bunu kabul etmiyordum ama artık kabul ediyorum. Her an kullanabilirler ama olsun önemli olan kaldığın yerden devam edebilmek.”(K6)

“Söyledim ya hiçbir zaman bardağın boş tarafını gören biri olmadım. Sloganım belli bir kişi bir kişidir. Bu alanda başarıyı ne ile ölçebilirsiniz ki başarıyı ölçen bir şey de yok aslında. Çünkü herkesin beklentisi farklı. Devletin farklı, bağımlının farklı ailenin farklı yöneticinin farklı meslek elemanın farklı sonuçta.” (K7)

“Bura da denizyıldızı gibi bir durum var. Bir tanesini kurtarsak, o kadar mutlu oluyoruz ki. Mesela bugün temiz kalan eski hastalarımızdan birinin doğum günü var. 2 sene önce o kadar kötü bir vaziyette geldi ki. Şu an askerden geldi bugün doğum gününü ve ayıklık dönümünü yapacağız. Bu iki senede benimde bu adam üzerinde etkim var. Emeğim var böyle günler onun için benim en mutlu günlerim.” (K11)

“Bazen çok tükeniyoruz. Danışandan danışana göre de değişiyor. Bazı danışana istediğiniz kadar emek gösterin geri dönüş olmuyor. Ben şuna inanıyorum bu herkes için geçerli, bence bir danışana dahi dokunsak bu bize mesleki doyum sağlıyor. Bir kişi bir kişidir.”(K13)

Katılımcıların hemen hepsi, yaşadıkları iş doyumunun da etkisiyle, kişilerin yaşadığı kaymalara karşı daha motive ve güdülenmiş şekilde çalışmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir. İş başarısı ve iş doyumunu çok ilintili olmasına rağmen katılımcılar, müracaatçıların kaymalar yaşamalarına karşın iş doyumunu yaşadıklarını ifade etmiştir.

Çalışanlar, kayma yaşayan müracaatçılar yerine, uzun süreler temiz kalan müracaatçıların pozitif yönlerine odaklandıklarını ifade etmişlerdir. Böylece tedavi süreci olumsuz sonuçlanan kişi sayısı fazla olmasına rağmen, az sayıda ki olumlu tecrübe sayesinde yüksek bir iş doyumunu yaşayabildiklerini belirtmişlerdir.

3.2.9. Yerel Hizmetin Avantajları Ve Dezavantajları

Özellikle madde bağımlılığı gibi çok boyutlu alanlarda sağlık hizmetlerinin yerinden yönetilmesi yerel halkın gereksinimlerine daha hızlı yanıt vermesi ve halkın katılımını sağlaması açısından önemlidir. Fakat belediyelerin, madde bağımlılığı alanında sağlık hizmeti sunması ve yönetmesi için ellerindeki kadrolarının nitelik ve nicelik olarak yetersiz olması

sebebiyle alanda çalışacak personel iyi eğitilmediği takdirde, toplum sağlığına olumsuz etkileri olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Uz, 1999).

Yerinden yönetim sisteminin düzenli organize edilmesi, yerel yönetim ve merkezi yönetim arasındaki mali kaynakların, yetki ve sorumlulukların düzgün dağılımı açısından son derece önemlidir. Yerinden yönetimlerin kuvvetlenmesi, merkezi yönetimin rolünü her zaman azaltmaz. Yerel yönetime devredilmesi düşünülen hizmetlerin ayrımının iyi yapılması da son derece önemlidir. Aşı politikası gibi, ulusal bakış açısı gerektiren konuların merkezi yönetimlerin iradesinde olması son derece doğaldır. Fakat madde bağımlılığı gibi yerel ve kültürel etkenlerin önemli derecede etkilediği alanlarda yerel yönetimler hizmet verebilir. Önemli olan nokta, bu ayrımın doğru yapılmasıdır. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri sunumunda beklenen cevap verebilmesi için, yeterli mali kaynağın da mutlaka sağlanması gerekmektedir (Güzel2012).

Yerel yönetimlerin bu hizmetleri ücretsiz olarak veriyor olması da bir diğer avantaj olarak göze çarpmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen hizmetlere olan çok sayıda talep ve özel kuruluşların tedavi ücretlerinin son derece fazla olması, bu tip ücretsiz hizmetlerin önemini artırmaktadır.

Ücretsiz tedavi sadece yerel yönetimler tarafından verilmemektedir. Kamu hastaneleri de ücretsiz tedavi hizmeti vermektedir. Katılımcılar yerel yönetim birimlerinin özellikle ilk adım istasyonu olma misyonunu yerine getirmeye son derece yatkın olduğunu ve Sağlık Bakanlığının ayaktan tedavi yükünü hafifletme konusunda çok önemli bir noktada bulunduğunu belirtmiştir.

Madde bağımlılığı tedavi merkezi sayılarına bakıldığında sayıca yetersizliğin yanında, uygun bölgesel dağılımın olmadığı görülmektedir. Madde bağımlılığı yıldan yıla artan, kullanım yaşının düştüğü, hassas ve önemsenmesi gereken bir alandır. Bu sebeple tedavi merkezlerini, her bölgeden ve her kesimden insanın başvuracağı şekilde yaygınlaştıracak politikalar oluşturulmalıdır (Kılıç 2012).

Madde bağımlılarının, farkındalık dönemine geçiş süreçleri çok uzun zaman alabilmektedir. Bu sebeple madde bağımlılığı alanında, motivasyon geç kazanılan fakat çabuk kaybedilebilen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Evinden tedavi olma düşüncesi ile çıkan bir madde bağımlısı herhangi bir sebepten dolayı tedavi olmaktan vazgeçebilir ve bu çok şaşırtıcı bir durum değildir. Yerel yönetimlerin merkez binaları haricinde belde sınırları içerisinde farklı

hizmet binalarının da bulunması hizmetlerin erişilebilirliğine olumlu bir katkı olarak düşünülebilir.

Dünyada son 20 yıla bakılacak olursa, yerinden yönetim politikalarının, sağlık hizmetlerinin planlanmasında etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetiminin dünyadaki örneklerine bakıldığında, kapsamlı reformların parçası olan yerel yönetim modelleri görülmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin sunulmasında yerel yönetim etkili bir araç olabilmektedir. Ayrıca, kaynakların ihtiyaca uygun ve daha etkin kullanılmasını sağlamak, gelişmeleri teşvik etmek, halkın kararlara katılımını sağlamak ve en önemlisi sağlık hizmetlerine ulaşımdaki adaletsizliğin giderilmesini sağlamak yerel yönetim hizmetlerinin güçlenmesi ile mümkündür (Yolcu 2006).

Katılımcıların madde bağımlılığı hizmetlerinin belediyeler tarafından yürütülmesini nasıl değerlendirildikleri sorulmuştur.

“Tüm kurumlara rahatlıkla ulaşabilecek, hem de vatandaşa çok rahatlıkla ulaşabilecek. Çok merkezi bir noktada yerel yönetimler. Yani şöyle ifade edeyim ben kendi belediyem için konuşayım. İlimizde madde ile ilgili problem aşağı yukarı 7-8 senedir var. Biz de zaten aşağı yukarı o kadar zamandır açığız. Bu il özelinde geç kalınmış bir durum yok ama genel olarak tabii yerel yönetimler bu alanı daha erken benimseyebilirdi. Gerçi yerel yönetimlere bu görevi 50 sene önce vermiş olsaydık, görevli personel bulunabilecek miydi? Buda bir başka soru işareti. Sorudan sapmadan cevap vereyim en büyük avantajımız yerel yönetimlerin en erişilebilir kamu kurumları olması. Biz istediğimiz zaman kamu kurumları ile görüşebiliyoruz. Halkta istediği zaman bize geliyor.” (K1)

“Almaması zaten büyük bir problemmiş bu zamana kadar. Yerel yönetimler, özellikle bu işin danışmanlık ve rehabilitasyon ayağında çok önemli katkılar verebilir. Çünkü insanların maddelere, madde bağımlılığına, belirtilere vs. ilişkin doğru bilgi alabilecekleri kurumlar yok. Ve rehabilitasyon sürecinde özellikle yer almamalıdır. Çünkü insanlar yerel yönetimlere rahatlıkla gelebiliyor. Halkın en rahat ulaştığı yardım istediği kamu kurumları. Adı üstünde yerel yönetim, yerelin ihtiyaçlarını en iyi tespit edecek ve müdahale edecek kurum bunlar. Dediğim gibi sadece bağımlı yok, bağımlılığa iten sebepler, kullanıldığı ortamlar yerel yönetimler tarafından hani daraltılmalı. Yani metruk binaların kullanım alanları geniş yani kişiler artık evinde de kullanıyor ama özellikle park bahçelerin restorasyonu, metruk binaların yıkılması ve çocukların özellikle oyun oynayabileceği, sosyal aktivite yapabileceği alanların açılması ve konumların genişletilmesi. Bağımlılardaki en büyük problem kişinin boş zamanını değerlendirememesi. Birçok kişi zamanını öldürmek için

madde kullanıyor desek çokta yanlış sayılmaz. Ama bir taraftan da biz çocuklarımızın boş vakitlerini yapılandıramazsak, kısır bir döngünün içinde dönüp duracağız. Bunu yapacak kurumlar kim? Yerel yönetimlerden bir başkası değil. Sağlık bakanlığı tutup ta bir park yapmaz bahçe yapmaz, atıyorum sosyal çocuk merkezleri ortaya koymaz. Bunu yapacak kurumlar tabi ki yerel yönetimler, koruyucu önleyici çalışmaları yapacak kurum yerel yönetimler olmalı. Bir taraftan da dediğim gibi, danışmanlık merkezleri, ilk adım merkezleri açısından belediyeleri önemsememiz gerekiyor.”(K2

“Avantajı şu bence bir yük paylaşımı oluyor. Yani çünkü bağımlılık dediğimiz şey sadece medikal tedaviyle ilintili bir şey değil. Dolayısıyla sadece Sağlık Bakanlığı’nın tekelinde olabilecek bir şey değil ya da ilçe sağlıkların. Bu işin en önemli kısmı zaten rehabilitasyon kısmı, sosyal kısmı. E bu noktada aslında belediyelerin pek çok imkânları var. Yani hani kültür merkezinden yararlandırabilir, farklı hizmetlerinden yararlandırabilir. Yani aslında sosyal devlet olmanın, sosyal devletsek eğer madem böyle bir ilkemiz var o zaman sosyal bir belediye de olmak zorundayız. O sosyal belediye kavramının içerisinde sadece yardıma ihtiyacı olan ailelere makarna ve bir şeyleri göndermek değil asıl budur, bu noktada zaten etkili olmak gerek diye düşünüyorum ben.” (K5)

“Daha çok insana daha çabuk ulaşıyorlar. Tek bir yerde bir merkez yok sonuçta belediyenin çok fazla yeri oluyor.” (K6)

“Halka daha yakın ve daha esnek. Devletin mevcut algıdaki katı yüzünün belediyelerde esnediğini görebilirsiniz. En büyük avantajı tabi ki bu. Daha halka sokulan kurumlar.” (K9)

“Bence direkt içerisinde olması gerekiyor. Direkt temel görevin onların olduğunu düşünüyorum. Yani buradaki bir bağımlı zaten ekonomik seviyesi düşük, kültür seviyesi düşük, ne yapacağını bilememe buraya gelirken zorlanıyor. Gidip ilk İstanbul ilinde bir yere başvurması motivasyonu zaten bozuyor, gidiyor. O aşamaya hani ben oraya gidene kadar diyor ve vazgeçiyor. Çok kısa süreli motivasyonları olabiliyor onların üzerinde çalışılmadığında. Burada direkt muhatap bulmadığında bence kişiler süreçten kopuyor. Bir kez evet belki başka bir ilçedeki bir hastaneye bir kez gider ama onun sürekliliğinin olmayacağını düşünüyorum. Devamlılığının daha düşük hani hiç demiyorum ama devamlılığının daha düşük olacağını düşünüyorum. Aidiyetle ilgili de sorunlar yaşayabileceğini düşünüyorum açıkçası.” (K10)

“Avantajları şu, sonuçta hepimiz bu toplumda yaşıyoruz ve sağlıklı insanlar olmaya çalışıyoruz. Bir akvaryumda bir balık hastalanırsa bütün balıklar hastalanır. Dolayısıyla bu hizmete yapılan yatırımın her türlü avantaj olduğunu düşünüyorum.” (K13)

“Avantajı şu yani belediyeyle zaten insanlar oldum olası her isteklerini söyleyebilecekleri bir platform olarak görüyorlar. İnsanlar özellikle bu bölgedeki insanlar belediyeye her derdini anlatabilecek bir merci bir makam olarak görüyor ve madde bağımlısı sorunlarından dolayı sürekli zaten belediyenin kapısını çalıyor bu insanlar. Belediye içerisinde onlarla yakından ilgilenebilecek ve destek verecek bir birimin olması belediye için çok iyi bir durum. Aynı zamanda halkın pratik anlamda kısa vadede isteklerinin karşılanması bazında düşünürsek yine çok mantıklı ve elverişli bir durum. Bu açıdan avantajlı belediyenin yerel yönetimlerin bu işi yapması. Halkın direkt isteklerine ve ihtiyaçlarına hemen yerinde, anında, kendi bünyesinde müdahale ediyor.” (K14)

“Bence avantajı çok ama dediğim ölçüde destek sağlanırsa, mesela X belediyesi bütçesi (küçük bir yerleşim yerinden söz ediyor) nedir nasıl açacak. Çalışanların maaşını vs. karşılayamayabilir. Devletin yerel yönetimlere taşın altına elini sok demesi kolay ama destek sağlamaması bana biraz acımasızca geliyor.” (K15)

“Avantajları halka çok daha kolay inebiliyorlar. Adı üstünde yerel yönetim, büyük bir kitleye değil daha spesifik kitlelere hizmet veriyor. A Belediyesi sen a beldesine hizmet veriyorsun. Bu da büyük bir avantaj. Daha iyi odaklanıyorsun az kişiye ama daha sağlıklı bu şekilde” (K16)

Çalışmanın katılımcılarının ağırlığı yerel yönetimlerin tedavilerde rol almasının dezavantajları konusunda olumsuz görüş bildirmiştir. Genel olarak avantajlardan söz eden katılımcıların belirttiği tek dezavantaj ise, yerel yönetimlerin siyasi kurumlar olması sebebiyle, çalışanlar üzerinde siyasi baskı kurulması olarak belirtilmiştir.

Belediyelerin alanda çalışmak konusunda çok sayıda avantajı bulunmaktadır. Fakat dezavantajları da görmezden gelinemez. Belediyelerin önemli ölçüde finansman, teknik donanım ve uzman personel gerektiren hizmetlerin sunumunda tek başına yeterli olamayacağı öngörülebilir (Çiftçi 2004). Bu sebeple gerekli ön araştırma ve hazırlık süreçleri tamamlanmadan, madde bağımlılığı alanında yerel yönetimlerin tıbbi tedavi boyutunda rol almaması daha sağlıklı olacaktır. Kamu hizmetlerinin tüm halka eşit, tarafsız ve ulaşılabilir bir şekilde sunulması gerekir. Sağlık hizmetleri bu hususta ekstra hassas olunması gereken alandır. Belediyelerin oy kaybı ile hareket etme ihtimali, bu konuda büyük bir soru

işaretidir. Birinci basamak, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı gibi konuların ihmalinin beraberinde ciddi sorunları da getirebileceği unutulmamalıdır (Balcı 2005).

Katılımcılara madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin belediyeler tarafından yürütülmesinin dezavantajlarının olup olmadığı sorulmuştur.

“Dezavantajı şu olabilir; yani tabi ben yerel yönetimlerle yeni çalışmaya başladım hani yüzde yüz savunarak söyleyemem bunu ama belediyeçilik demek aynı zamanda siyaset demek. Ve bu merkezler olacaksa merkezlerin şöyle bir sistemde olması gerekiyor çünkü bu bir dezavantaj olabilir, yönetim değiştiğinde, parti değiştiğinde, yeni seçimler olduğunda buraların açılan kapanan sonra tekrar açılan işte farklı bir siyasi görüşten bir parti geldiği zaman bu merkezi lav edip yerine kendi istediklerini alan bir noktaya bürünmemesi lazım. Bence bu ülkemizde bir risk ve dezavantaj. O yüzden bu tip sosyal hizmetlerin ideolojik ve siyasetten biraz uzak yapılandırılması gerekiyor ama söz konusu belediyeçilik olunca bu olamayabilir, bu da bir dezavantaj olabilir diye düşünüyorum.”K5

“Dezavantajı şöyle var çünkü şöyle karşılaşıyoruz biz; ben diyor oy verdim diyor sen beni yatıracaksın diyor kişiler. Tabi ki siyasi kısmı araya girince orada biraz zorlanıyoruz işte. Biz bunu kişiye anlatamıyoruz o da kendince haklıdır yani.” K12

“Dezavantajı da şu; belediye sonuçta bir siyasi kurum. Yani her ne kadar halkın isteklerine karşılık cevap veren bir siyasi kurum profilini şu anda övsek de halkın istekleri tamamen siyasi makamdan isteği olmasına rağmen bir sağlık beklentisi. Dolayısıyla bu isteği yerine getiren kişilerin sağlık profiline, sağlık vizyonuna sahip kişiler olması gerekiyor. Bu açıdan bir dezavantaj olabilir.”K14

“Dezavantajlarına ise şunu söyleyebilirim. Sonuçta yerel yönetimler siyasi oluşumlar ileride Başkan değiştiği zaman veya Parti değiştiği zaman buralarda çalışacak personelin sürekliliği konusunda problemler yaşanabilir. Mesela meclis üyesi geliyor, buradaki bağımlıya gençler hangi partiye oy veriyorsunuz şu Parti'ye oy verin gibi şeyler söyleyebiliyor. Biz burada futbol siyaset din gibi öfke ve tartışma yaratacak konulara mümkün olduğunca girmemeleri hususunda arkadaşları uyarıyoruz. Öfke yaratabilir O da tekrar Kullanıma götürebilir kayma yaşanabilir diye. Sürekli bir oyun talebi var Bunu anlayabiliyorum ama şu da anlaşılmalı ki bizim uğraştığımız grup çok kaygan bir grup alt kültürden gelen bir grup. Bağımlıyı bırakın normal İnsanlarda bir de siyasi düşünmek kafa yormayı gerektirir.”K16

Çalışmanın katılımcıları, belediyelerin madde bağımlılığı alanında rol almasının avantajlarının dezavantajlarına göre daha çok olduğunu ifade etmişlerdir.

Yerel yönetimlerin vatandaşların en rahat ulaştığı kamu kurumları olmasının ve yerel düzeyde hizmet vermesinin avantajlarını çoğu katılımcı dile getirmiştir. Yerel yönetimlerin, sınırları içerisine giren semt ve mahallelerde birimleri olması da katılımcılar tarafından dile getirilen avantajlardır.

BÖLÜM IV

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma ülkemizdeki belediyelere bağlı olarak hizmet veren madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde verilen hizmetlerin çalışanların gözünden değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında ülkemizde hizmet gündüzlü (ayaktan) hizmet veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden dokuz merkezde çalışan 16 kişi ile görüşülmüştür. Araştırmadan elde edilen bulgulara dayanılarak elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

4.1. Sonuçlar

Belediyeler gerek mali yapıları gerekse yatılı tedavinin zorlukları sebebiyle gündüzlü merkezler açmaktadır. Merkezler arasında en uzun hizmet süresi altı yıl iken en kısa hizmet süresi bir yıl olarak göze çarpmaktadır. Merkezlerde çalışan personel sayısının, hizmet verdikleri kişi sayısına oranla az olduğu görülmektedir. Verilen hizmetlere bakıldığında, merkezlerin, tıbbi tedaviye yönelik bir hizmeti bulunmadığı bunun için yapılan protokollerle ya da gayri resmi yollarla bireylerin tıbbi tedaviye yönlendirildikleri görülmüştür. Bütün merkezler bireysel görüşmeler ve önleme çalışmalar yaptıklarını belirtmiştir. Bu çalışmaların içeriği incelendiğinde ise, genellikle madde bağımlılığı ve ilgili kavramlarla ilgili seminer ve konferanslara ek olarak kişileri belediyenin verdiği sosyal ve kültürel etkinliklere yönlendirme olduğu görülmektedir. Merkezlerin tamamının toplu taşımayla ulaşımına müsait olduğu ve bununla özellikle büyük şehirlerde büyük avantaj olduğu görülmüştür.

Merkezlerin kendi örgütsel yapıları içerisinde, yönetmelik ve iş akışını düzenlemeye yönelik belgelerle çalışma sistemlerinin oluşturulduğu belirlenmiştir. Bir başka ifadeyle bu merkezlerin açılışı, çalışma usul ve esasları, personel istihdam koşulları, kim tarafından nasıl denetlenecekleri gibi çok önemli olan konulara ilişkin standart bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bu durum ise verilen hizmetin niteliğini ve hizmetin kurumsallaşmasını olumsuz etkileyebilecek bir noktadır.

Merkez çalışanlarının özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamasının 35,6 olduğu, çalışanlarının dokuzunun kadın yedisinin erkek olduğu, farklı alanlarda çalışma deneyimlerine sahip oldukları, dört ex user'ın da merkezlerde çalıştığı belirlenmiştir. Madde bağımlılığı alanında çalışmak bazı özel eğitimlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Merkez çalışanlarının eğitimleri incelendiğinde hiç birinin lisans düzeyinde madde bağımlılığına ilişkin doğrudan bir eğitim

almadığı, yalnızca seçmeli derslerde madde bağımlılığı konusunda bilgi edindikleri, bu alandaki eğitimlerini sertifikalı eğitim programları kapsamında aldıkları belirlenmiştir.

Merkez çalışanlarının bu alanda çalışmadan önce, madde bağımlılarına ilişkin ön yargıları olduğu ancak çalışma deneyimleri arttıkça bu ön yargıların olumluya döndüğü hatta müracaatçılara ilişkin sevgi beslediklerini ifade ettikleri görülmüştür.

Çalışanlar, madde bağımlılığı ile mücadelede bütüncül yaklaşımın önemli olduğunu düşünmektedirler. Ancak, merkezlerde bütüncül yaklaşımı uygulamakta zorluk yaşadıklarını belirttikleri görülmüştür.

Çalışanların, merkezlerin kolay ulaşılabilir olmasının toplum içinde olmasının, hatta reklamının yapılmamasının çok önemli olduğunu, kendi merkezlerinin bu özellikleri taşımasının bir avantaj olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Önleme çalışmalarının, madde bağımlılığı alanında önemli olduğu düşüncesi tüm çalışanlar tarafından dile getirilmiştir. Çalışanlar, bu kapsamda özellikle çocuklar, gençler ve ailelerin bilgilendirilmesi amacıyla eğitim ve seminerler verdiklerini bunun da bilinçlendirme konusunda işe yaradığını düşündükleri ifade etmişlerdir.

Merkezlerdeki ex-user varlığının çalışanlar tarafından, olumlu olarak algılandığı görülmüştür. Ex-userlar merkezlerdeki işlevlerinin bağımlılara umut aşılama, rol model olmak ve tünelin ucundaki ışığı göstermek olarak tanımlamışlardır. Aynı zamanda tüm ex-userlar müracaatçı ile ilk görüşmeyi kendilerinin yaptıklarını belirtmiştir.

Çalışanlar arzın azaltılması için yasaların caydırıcılığının artırılması gerektiğini, özellikle büyükşehirlerde yürütülen kentsel dönüşümün, madde satışını, ulaşılabilirliğini ve çeşitliliğini artırdığını belirtmiştir. Ayrıca arzın azaltılmasının taleple de bağlantılı olması sebebiyle, tüm kurumların iş birliği içerisinde çalışmasının önemine vurgu yapmışlardır.

Çalışanlar kendilerine ilişkin en önemli sorunlardan birinin de eğitime ulaşma ve süpervizyon eksikliği olduğunu belirtmiştir. Süpervizyon alan çalışanların daha yetkin ve kendine güvenli oldukları görülmüştür. Her ne kadar madde bağımlılığı alanı zor ver ve relapsların yoğun olduğu bir alan olsa da çalışanların iş doyumunun yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışanlar, madde bağımlılığına ilişkin hizmetlerin yerel yönetim tarafından verilmesinin avantajlarını, hizmetlerin ücretsiz olması, ulaşılabilir olması, yerel yönetimlerin örgütlenme biçiminin bağımlıya ulaşmada kolaylık tanınması, diğer kamu kurumlarına nazaran esnek yapıları, sosyal ve kültürel etkinliklere ve ilgili birimlere sahip olması olarak ifade etmiştir.

Dezavantajlarına ilişkin ise, belediyelerin günlük politikalarda ciddi biçimde etkilenen, siyasi yapıda kurumlar olması, yöneticilerin değişmesi nedeniyle hizmetlerin kesintiye uğrama ihtimallerinin yüksek olması olarak belirtilmiştir.

4.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmaya ilişkin öneriler üç başlık altında toplanmıştır.

4.2.1. Merkezlerin İşleyişlerine ve Personel Özelliklerine İlişkin Öneriler

Merkezlerin yasal altyapısının ve iş akışlarının standartlaştırılması ve şeffaf hale getirilmesi gereklidir. Yasal düzenleme ilgili bakanlıkların ve üniversitelerin ilgili bölümlerinin ortak çalışması ile ortaya çıkmalıdır. Ayrıca, Türkiye Belediyeler Birliği gibi çatı örgüt görevi görebilecek yapıya sahip bir kurum tarafından bu ve benzeri sosyal hizmet odaklı merkezlerinin açılması ve her aşamada yerel yönetimlere önderlik etmesi işlevsel olacaktır. 26 Mayıs 2005 tarihinde kabul edilen 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu ile ulusal ve uluslararası düzeyde Belediyeleri temsil etme yetkisine sahip ve bütün belediyelerin doğal üyesi olduğu tek mahalli idare birliği Türkiye Belediyeler Birliğidir.

Personellerin, mutlaka bu alanda eğitim almış kişiler arasından seçilmesi ve personelin görev tanımlarının, meslek grubunun özellikleri dikkate alınarak yapılması son derece önemlidir. Ayrıca, alanda çalışacak personel için süpervizyon sistemi oluşturulması ve alacakları eğitimin, istihdam edildiği kurum tarafından karşılanması gereklidir.

Madde bağımlılığı, nedenleri ve sonuçları açısından çok boyutlu bir sorundur. Bu nedenle, bütüncül ve çok boyutlu bir değerlendirme ve müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yönü ile değerlendirildiğinde, en uygun meslek grubu sosyal hizmet uzmanlarıdır. Bu nedenle açılacak her merkezde mutlak surette istihdam edilmelidir. Yurt dışı örnekler incelendiğinde sosyal hizmet uzmanının “Vaka Yöneticisi” rolünde olduğu görülmektedir. Açılan merkezlerde de sosyal hizmet uzmanının bu rolde olması gerekmektedir.

4.2.2. Merkezlerde Verilen Hizmetlere İlişkin Öneriler

Belediyeler yalnızca imar ve ulaşım altyapı gibi hizmetlerin yürütmekle değil aynı zamanda hizmet verdikleri nüfus grubunun sosyal sorunlarına ilişkin, koruyucu önleyici ve tedavi edici hizmetler geliştirmekle de yükümlüdür. Bu bağlamda her ne kadar merkezlerde önleme çalışmaları yapıldığı ifade edilse de özellikle riskli bölgeler ve nüfus gruplarına yönelik risk haritalarının çıkarılması, danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, ebeveyn eğitimleri gibi

bilgilendirme ve sorun çözmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi, boş zaman faaliyetleri için alanlar ve hizmetlerin oluşturulması gerçekleştirilmelidir. Bu hizmetlerin sunulmasında belediyelerin diğer kamu kurumları ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği içinde çalışmaları önemlidir.

4.2.3. Madde Bağımlılığının Önlenmesine İlişkin Makro Düzeyde Öneriler

Madde bağımlılığına ilişkin ülke genelinde kullanılabilir veri setinin oluşturulması gereklidir. Böylelikle madde bağımlılığı ile ilgili oluşturulacak hizmetlerin kim için, nasıl planlanacağı konusu daha etkin bir şekilde yapılabilecektir. Benzer biçimde önleme çalışmaları kapsamında yapılan tüm çalışmaların etkinliğinin de değerlendirilmesi gereklidir. Ülkemizde önleme çalışmaları yoğunlukla eğitim ve konferans verme biçiminde yürütülmektedir oysa literatür, önleme çalışmalarında sistem yaklaşımının kullanılmasının etkili olduğunu iletmektedir. Bu nedenle ülkemizdeki önleme çalışmalarında Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gibi farklı kamu kurumlarının, yerel yönetimlerinin ve STK' ların birlikte hareket etmeleri önem taşımaktadır. Madde bağımlılığı alanında yapılan müdahale çalışmaları son derece önemlidir. Fakat kalıcı çözümün anahtarı önleme çalışmalarındadır.

Önleme çalışmalarının önemli bir başka odağı da aile olmalıdır. Aile çocuğa, sağlıklı ve sağlıksız şeyleri, hayır deme becerisini, sorumluluk üstlenmeyi, sağlıklı yaşamının önemini, kendi de uygulayarak öğretmelidir. Okul çağında ise çocuklar farklı bir sistemin içine dâhil olmaktadır. Risklere de açık olan bu sistemin içinde, öğrencinin psikososyal durumunu takip etmek genellikle okulların rehberlik servislerinin görevidir. Fakat okulların rehberlik servislerinde görev yapan öğretmenler genellikle, öğrencinin kendisine, pedagojik bir bakış açısı ile odaklanmaktadır. Madde bağımlılığı, psikolojik ve sosyal faktörlerin önemli rol oynadığı sinsi bir durumdur. Çocukların ergenlik dönemlerinde risk alma davranışlarının artması ile birlikte koruyucu faktörler bir bir azalmakta ve çocuk bir anda kronik madde kullanımı sürecine girebilmektedir. Bu noktada, bireysel ve pedagojik bir bakış açısı yetersiz kalmaktadır. Bu noktada öğrencileri madde kullanmaya iten süreçleri, çevresel etkenler dâhilinde, bütüncül bir bakış açısı ile ele alabilecek bir bakış açısı gerekmektedir. Sosyal hizmet disiplinin en önemli kavramlarından birisi, bireyi çevresi içinde ele alma zorunluluğudur. Bu sebeple, aile içi iletişim problemlerine müdahil olacak, ev ziyaretleri gibi yöntemlerle çocukları ve aileleri sistemin içine aktif bir biçimde katacak meslek grubu olarak sosyal hizmet uzmanları okullarda istihdam edilmeli ve okul sosyal hizmeti alanı yaygınlaştırılmalıdır.

Türkiye’de yerel yönetim örgütlenmelerinin yapısı ve işleyişi incelendiğinde, hak temelli modellerle hizmet sunumunu ve hizmetlerin sürekliliğini olumsuz etkileyen çok sayıda etken göze çarpmaktadır. Bu durum belediyelerin yetki alanları dâhiline giren alanların çoğunluğunda önemli bir sorundur. Hizmetlerin, kişilerin inisiyatif ve yeterliliği ile orantılı olması özellikle dezavantajlı grupların daha çok faydalandığı hizmetlerin kalitesinin değişkenlik göstermesine sebep olmaktadır. Bu değişkenlik, küçümsenemez düzeyde risk teşkil etmektedir. Hak temelli hizmet sunumunun birinci şartı hizmetlerin kurumsallaşmasını sağlamaktır. Hizmetin kurumsallaşması ise ancak hizmet standardının belirlenmesi ile mümkündür. Madde bağımlılığı alanında çalışma yapacak belediyelerin, ilgili birimlere teşkilat yapısı içerisinde yer vermesi gerekmektedir. Belediyelerde, dezavantajlı gruplara verilen hizmetlerin “Sosyal Hizmetler Müdürlüğü” adı altında kurumsallaşması gerekmektedir. Hizmetlerin bu standartlarla kurumsallaşması, deneyim paylaşımı, sınırları belirlenmiş bir iş akışı sağlamak açısından son derece önemlidir.

KAYNAKÇA

Acar H., Çoban A.i., Polat G., 2017 Sosyal hizmetlerde etik ihlaller ve sorunlara ilişkin bir araştırma syf 40.

Adıyaman, A.T., Demirel, S. 2011. *Sosyal belediyeçilik üzerine bir inceleme: Ankara büyükşehir örneği*". Dış Denetim Dergisi. 116-118.

Adsız Alkolikler Türkiye. <http://www.adsizalkolikler.com/Tanitim.asp>

Adsız Narkotik: Toplumunuzda Bir Kaynak. <http://na-turkiye.org/hakkimizda/>

Akfert, S., Çakıcı, E., Çakıcı, M., 2009 'Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi.' *Anatolian Journal of Psychiatry 10*: 46.

Akvardar, Y., Uçku, R. 2010. *Alkol kullanım sorunları nasıl önlenir? Alkol kullanım bozukluklarının tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklaşımı.* Anadolu Psikiyatri Dergisi. 11: 51-59.

Al-Anon. 1981. *This is Al-Anon: Al-Anon Family Groups.* New York: Al-Anon Family Group Headquarters.

Allcock, S., 2018. *The role of peer support groups in powerful, permanent addiction recovery.* <https://www.newsanyway.com/2018/04/30/peer-support/> Erişim tarihi: 22 Haziran 2018.

AMATEM Merkezleri. (2017, 15 Nisan). <http://www.hasta.saglik.gov.tr/TR,5121/amatem-merkezleri.html>

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 2014 Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara,. Syf. 231- 237 , 237- 290

Balcı A. 2005, *Kamu hizmetleri ve yerinden yönetim: Sağlık hizmeti*, syf 56-61

Berkün, S. 2017. *Türkiye'de Sosyal Belediyeçilik Anlayışı.* e-Şarkiyat İlmi Araştırmalar Dergisi / Journal of Oriental Scientific Research (JOSR). 9(2): 582-598.

Borman, L. D. 1979. "Characteristics of development and growth." in *self-help groups for coping with crisis*, ed. M. A. Lieberman and L. D. Borman. San Francisco: Jossey-Bass.

Borman, L. D. 1992. "Introduction: self-help/ mutual aid groups in strategies for health." in *self-help: concepts and applications*, ed. A. H. Katz, H. L. Hedrick, D. H. Isenberg, L. M. Thompson, T. Goodrich, and A. H. Kutscher. Philadelphia: Charles Press.

Botvin G.J.,Griffin K.W. 2004. *Life skills training: empirical finding sand future directions*. The Journal of Primary Prevention, 25(2). 211-232.

Bozbey S.,2015 "*Madde Kötüye Kullanımı Veya Madde Bağımlılığı Tanısı Alan Çocuk Ve Ergenlere Eşlik Eden Psikiyatrik Bozuklukların İncelenmesi*", Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Syf 6

Breslin KT, Reed MR, Malone SB.,2003 *An holistic approach to substance abuse treatment*. J Psychoactive Drugs. Apr-Jun;35(2):247-51. Review.

Chang, C. S., Chang, H. H. 2007. *Effects of internal marketing on nurse job satisfaction and organizational commitment example of medical centers in Southern Taiwan*. JNCQ, 15(4): 265-274

Chie QT Tam CL, Bonn G, Dang HM, Khairuddin R.,2016*Substance abuse, relapse, and treatment program evaluation in Malaysia: perspective of rehab patients and staff using the mixed method approach.*,Front Psychiatry. 2016 May 26;7:90. doi: 10.3389/fpsy.2016.00090. e Collection.

Clark HW. *A new era in opioid dependency treatment. recent law allows qualified physicians to provide care in office setting*. Postgraduate Medicine. 2001;109(6):15–25.

Cole, S.A. 1983. *Self-help groups. compherensive group psychotherapy*, 2. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams and Wilkins. 144-150.

Cramer T.,2000, *How qualitative research has influenced dutch drug policy*, EMCDDA. *Understanding and responding to drug use: the role of Qualitative*

Creswell, J.W., 2007*Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Sage Publications. Page 40-42

Çiftçi, A.,2004 "*Yeni yerel yönetim modelinde sağlık hizmeti planlanması: İstanbul örneği*", Düünden Bugüne Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma, Yerel Yönetimler Kongresi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İİBF ve Biga Belediyesi, Biga Çanakkale, s. 713-715.

Demir, O.Ö. 2011. *Nitel araştırma yöntemleri. . bÖke, (ed.), sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri* (Güncellenmiş 3. Baskı) içinde (273-306). İstanbul: Alfa Yayınları.

Derman, O. 2008. *Ergenlerde psikososyal Gelişim*. Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63, 19-21.

Doğan Y., 2001., *Madde Kullanımı ve Bağımlılığı*. Aile ve Toplum Dergisi. 1(4): 82-83.

Duyan, V., Sayar, Ö. ve Özbulut, M.,2008. *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği,, syf 28*

Ekiz, D.2003.*Eğitimde Araştırma Yöntem ve Metotlarına Giriş*. Ankara. Syf 112.

EMCDDA 1997. *Qualitative Research: Method, Practice And Policy*. Report On The Roceedings of The Seminar Held in Bologna. Ed: J. Fountain, Belgium.

EMCDDA 1998. *Qualitative Research – Knowledge For Effective Action*. Report on

EMCDDA 2000,*Understanding and responding to drug use: the role of Qualitative*

Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B., Fırat, E. 2016. *Alkol ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Başa Çıkma Tutumları*. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 598-608.

Erdem, G. , Eke, C., Ögel, K., Taner, S. 2006 '*Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri ve Madde Kullanımı*' *Peer Characteristics and Substance Use Among High School Students*,Bağımlılık Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3, 114).

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

Ertüzün E,Koçak Uyaroğlu A., Demirel B., Koçak E.,2016*Boş Zaman Aktivitelerinin Madde Bağımlılığı Sürecindeki Rolüne İlişkin Nitel Bir Çalışma*, Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe Journal of Sport Sciences , 27 (2), 49–58

Erukçü Akbaş, G., Mutlu, E. 2016. *Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri*. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 27(1). 104.

Evren C, Saatcioğlu O, Dalbudak E, Danısmant SB ve ark. 2006. *Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonununun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı Geçerliliği ve Güvenirliği*. Bağımlılık Dergisi. 7: 117-122.

Fleming MF, Manwell LB. 1999. *Brief interventions in primary care settings: A primary Treatment method for at risk, problem, and dependent drinkers*. Alcohol Res Health. 23:128-137.

France Country Drug Report 2017. http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/france/treatment_en

Fung-kam, L. 1998. *Job satisfaction and autonomy of Hong-Kong registered nurses*. J Adv Nurs, 27(2): 355-363.

Gallup Poll., 1992 The Self-Help Reporter (Summer):1.

Garland B. 2004 *The impact of administrative support on prison treatment staff burnout: An exploratory study*. Prison Journal. ;84:452-471

Gartner, A., Riessman, F., eds. 1977. *Self-Help in the Hugarlandman Services*. San Francisco: Jossey-Bass.

Germany Country Drug Report 2017. http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/germany/treatment_en

Goffman E. 1963 *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewoodn Cliffs: Prentice Hall.

Güleç G., Köşger F., Eşsizoglu A., 2015 *DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları alcohol and substance use disorders in DSM-5* Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry ; 7(4):448-460

Gürbüz, S., Şahin, F. 2015. *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri felsefe-yöntem-analiz (2.baskı)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Güzel H.İ., 2012 *Merkezi İdare İle Yerel Yönetim Arasındaki İş Bölümünde Sağlık Hizmetleri*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, syf 99

http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/EYLEM%20PLANI_2016-2018_TR.pdf

15.04.2018 22:33

<https://www.ibhinc.org/demand-reduction-supply-reduction/>

Jacobson N, Trojanowski L, Dewa CS., (2012) *What do peer support workers do? A job description*. BMC Health Serv Res. Jul 19;12:205.

Kaplan EH, Johri M 2000 *Treatment on demand: an operational model*. Health Care Manag Sci. Jun; 3(3):171-83.

Karataşoğlu, S. 2009. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü *Yerel Sosyal Politikalar Çerçevesinde Madde Bağımlısı Gençlerin Sosyal Rehabilitasyonu (Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi)*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi. Sakarya.

Kasl, C. D. 1992. *Many roads, one journey: moving beyond the twelve steps*. New York: Harper Collins.

Katz, A. H. 1993. *Self-Help in America: A Social Movement Perspective*. New York: Twayne.

Kavanagh DJ, Spence SH, Strong J, Wilson J, Sturk H, Crow N 2003 *Supervision practices in allied mental health: relationships of supervision characteristics to perceived impact and job satisfaction*, Ment Health Serv Res.Dec; 5(4):187-95.

Kendi Kendine Yardım Grupları.
<http://www.yeniden.org.tr/bilgimerkezi/genel%20bilgiler/kendineyardim.asp>

Kılıç, A.,2012 ‘Psikoaktif madde bağımlılığı tedavi etmede sağlık sistemlerinin etkililiği’ Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, syf 34-35

Kim, Ne, Nasıl ve Neden?<http://na-turkiye.org/kim-ne-nasil-ve-neden/>

Kleinman PH, Woody GE, Todd TC, 1990 et al: *Crack and cocaine abusers in outpatient psychotherapy, in psychotherapy and counseling in the treatment of drug abuse*, NIDA Res Monogr 104. Edited by Onken LS, Blaine JD. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, pp 24-34

Kuşdil, E. , Bayram, N. , Aytaç, S. , Bilgel, N. 2006 *Çalışma Yaşamında Bireylerin Yaptıkları İşe İlişkin Duygularının İş Stres Tepkileri Üzerine Etkisi*,http://isguc.org/arc_view.php?ex=184#,(erişim tarihi 14.07.2017)

McCaughrin WC, Howard DL 1996*Variation in access to outpatient substance abuse treatment: organizational factors and conceptual issues*.J Subst Abuse.; 8(4):403-15.

Meşe G.1999 ‘Sosyal Kimlik ve Yaşam Stilleri’, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, 1-2

- Mitchell, K. (2017). Crime in Colorado 2007-2016. <https://www.denverpost.com/2017/07/11/colorado-sees-big-increase-crime-10-percent-higher-murder-rate>
- Mullan, F. 1992. *Rewriting the Social Contract in Health.* " In *Self-Help: Concepts and Applications*, ed. A. H. Katz, H. L. Hedrick, D. H. Isenberg, L. M. Thompson, T. Goodrich, and A. H. Kutscher. Philadelphia: Charles Press.
- Mutlu, E. 2013 *Madde Bağımlılığında Ailenin Rolü*, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 2, syf 13.
- Netherlands Country Drug Report 2017. http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/netherlands/treatment_en
- Ögel K.,2005 *Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi*, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci;1(47):61-4
- Ögel, K. 2009. *Motivasyonel görüşme tekniği* Psikiyatri AD, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2(2): 41-4.
- Ögel, K. 2010 ' *Sigara Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı Tedavi ve Önleme.*' Erişim Tarihi: 10 Nisan 2018, <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf>
- Patton, M.Q. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. Sage Publications
- Polat, G., 2014 ' *Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği* ', Ok Meydanı Tıp Dergisi 30, (Ek sayı 2), syf 147-148
- Polat, G.,2012 ' *Madde Bağımlısı Ergenlerin Tedavi Sonrası Toplumla Yeniden Bütünleşme Deneyimleri ve Sosyal Sermaye Yaklaşımı Temelinde Sosyal Hizmet Müdahalesi.* ' Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi
- Powell T, Perron B.E, 2010 *Self-help groups and mental health/substance use agencies: the benefits of organizational exchange, substance use & misuse*, 45:315–329 Informa Healthcare USA.
- Ray, O.,C. Ksir 1996., " *Drugs, society and human behavior* ", 7th Edt. , Mosby, Missouri research, Ed. J. Fountain, Belgium.

Reif, S, Braude, L., Lyman, D. R. Dougherty, R. D. ve diğ.2014. “*Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence*” *Psychiatric Services In Advance*,65(7):853-61.

Resnick RB, Washton AM, Stone- Washton N, 1981 et al: *Psychotherapy and naltrexone in opioid dependence, in problems of drug dependence*, NIDA Res Monogr 34. Edited by Harris LS. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, pp 109-115.

Sevin, Ç., Erbay E. 2008. *Madde bağımlılarının tedavi sonrası sosyal yaşamdaki sorunları ve sosyal hizmet uygulamaları*. Bağımlılık Dergisi. 9: 36-40.

Sezik, M. 2017. *Büyükşehirlerin Sosyal Belediyecilik Yaklaşımlarına Bir Örnek Olarak Madde Bağımlılığı İle Mücadele Çalışmaları*. BEU Akademik İzdüşüm/ Academic Projection. 2(1): 51-63.

Shoptaw S, Stein JA, Rawson RA. 2000 *Burnout in substance abuse counselors: Impact of environment, attitudes, and clients with HIV*. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19:117–126.

Silverman, P. R.,1992. “*Critical Aspects of the Mutual Help Experience.*” In *Self-Help: Concepts and Applications*, ed. A. H. Katz, H. L. Hedrick, D. H. Isenberg, L. M. Thompson, T. Goodrich, and A. H. Kutscher. Philadelphia: Charles Press.

Stewart, M. J. 1990. “*Professional interface with mutual-aid self-help groups: a review.*” *Social Science and Medicine*. 31:1143–1158.Sunumunun Yeniden Yapılandırılması, Nobel Basımevi, Ankara.

Şimşek, N. 2010. *Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı*.Psikiyatri Hemşireliği Dergisi -Journal of Psychiatric Nursing. 1(2):96-99.

Tamar, D. , Ögel, K., Çakmak, D. 1996. *Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi*, 4-7.). *The Proceedings of The Seminar Held in Lisbon*, Ed: J. Fountain, Belgium.

Toksöz, Fikret. 2014. *Demokratik bir yerel yönetim mümkün mü?*.Friedrich Ebert Stiftung Derneği Türkiye Temsilciliği. İstanbul.

Tracy K., Samantha PW.,2016*Benefits of peer support groups in the treatment of addiction*,*Subst Abuse Rehabil.*; 7: 143–154.

TUBİM 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporu.
<http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202017.pdf>

TUBİM Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Eylem Planı 2016-2018,
http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/EYLEM%20PLANI_2016-2018_TR.pdf

Turpin A., Micheal L. Shier 2017 *Peer support and substance use disorder treatment: benefits and barriers for intra-personal development in longer term treatment programs*, Journal of Groups in Addiction & Recovery, 12:2-3, 117-134

Türkiye Cumhuriyeti Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Eylem Planı 2016-2018.

Türkiye'nin AMATEM Ruhsatlı İlk Özel Hastanesi: NPİSTANBUL.
<https://npistanbul.com/turkiyenin-amatem-ruhsatli-ilk-ozel-hastanesi-npistanbul>15042018
13:43

Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Strateji Belgesi 2016-2018.
http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/STRATEJ%C4%B0%20BELGES%C4%B0_2016-2018_TR.PDF

United KingdomCountry Drug Report 2017.
http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/united-kingdom/treatment_en

Uz, M. Hulki 1999; “Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi”, Amme İdaresi Dergisi, TODAİE, C. 32, S. 1, s. 103-123.

Wheeler S, Richards K.2007*The impact of clinical supervision on counselors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature*. Couns Psychother Res. 7:54–65

Yeşilay Danışmanlık Merkezi. <http://www.yedam.org.tr/>

Yeşilay Danışmanlık Merkezi. <https://www.yesilay.org.tr/tr/projeler/detay/yesilay-danismanlik-merkezi-yedam>

Yıldırım, A., Şimşek, H. 2011. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (8. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık

Yıldırım, Z. 2008 ‘*Uyuşturucu kullanımının sosyolojik boyutu uyuşturucuya yönelik talep azaltımı.*’ Yüksek lisans tezi, Kırıkkale Üniversitesi, syf 25.

Yolcu V.,2006Sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal niversitesi, syf 103

Young, B., Blake, D.,1999 *Group Treatments For Post-Traumatic Stress Disorder*. 117-134.

Zastrow, C. 2014. *Sosyal hizmete giriş*. ev.,Aykara, A., Beyazova, A., akar, B., Karaca, , ifti, D., Yıldıırım, E., Bahşi, E., Albayrak, G., zen, H., Birdal, M., Yağcioğlu, S., Kurukafa, S., Yılmaz, V., Ankara: Nika Yayınevi.s.363, s.810-812.

EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Merhaba, benim adım M. Ozan Yıldız. Çankaya Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğünde sosyal hizmet uzmanıyım. Aynı zamanda Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans bitirme tezim olarak belediyeler düzeyinde yürütülen madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin söz konusu kuruluşlarda çalışanlarca değerlendirilmesine yönelik bir araştırma yapıyorum. Görüşmenin amacı, belediyelerin madde bağımlılığı merkezlerinde verilen hizmetlerini belirlemek ve bu hizmetlerin geliştirilmesine yönelik öneriler getirmektir.

Görüşme sırasında söylediğiniz her şey gizli kalacaktır. Araştırma sonuçlarını yazarken isminiz kesinlikle raporda yer almayacaktır.

Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

Görüşmeyi izninizle ses kayıt cihazına kaydetmek istiyorum, bunun sizin açınızdan bir sakıncası var mı? Dilediğiniz yerde ses kayıt cihazını kapatmamız mümkündür.

Görüşmemiz yaklaşık olarak 30-45 dakika sürecektir.

Katılımınız için teşekkürler

Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, içeriği ve “Görüşme Formu”nda ne tür soruların yer aldığı konularında bilgilendirildim. Kendimi rahatsız hissettiğim soruları cevaplandırmayabileceğim ifade edildi. Görüşmeyi kendi isteğim ile yaptım.

Tarih

İmza

Ek-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

GÖRÜŞME FORMU

Görüşmenin Yapıldığı İl:

Tarih:

Görüşmenin Başlama Saati:

Görüşmenin Bitiş Saati:

1-) TANITICI BİLGİLER

Doğum yılı:

Cinsiyet:

Mesleği:

Mezun olduğu yıl:..... Üniversite:.....

Lisansüstü eğitim

() Yok

() Var

Yüksek Lisans (Anabilim Dalı).....

Doktora (Anabilim Dalı).....

2-) HİZMETİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN SORULAR (BİREYSEL)

- 1) Bana yaptığınız işten ve buradaki sorumluluklarınızdan bahseder misiniz?
- 2) Hizmet verdiğiniz müracaatçı grubu hakkında ne düşünüyorsunuz? (Genel özellikleri, sorunları, ihtiyaçları nelerdir? Bu ihtiyaçlar sizce nasıl giderilir?)
- 3) Ne kadar süredir madde bağımlılığı alanında çalışıyorsunuz?
- 4) Bu kurumda ne kadar süredir çalışıyorsunuz?
- 5) Madde bağımlılığı ile ilgili herhangi bir ders veya eğitim (Seminer, konferans, çalıştay vb.) aldınız mı? (Nerede?)
- 6) Aldığınız eğitimi yeterli buldunuz mu?
- 7) Aldığınız maaşı yeterli buluyor musunuz?
- 8) Bu alanda çalışmaya nasıl karar verdiniz?
- 9) Bu alanda çalışmak sizi mesleki açıdan tatmin ediyor mu?
- 10) Bu alanda çalışan personelin daha verimli ve aktif olabilmesi için sizce neler yapılabilir?

3-) HİZMETİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN SORULAR (KURUMSAL)

1. Merkez kaç yıldır hizmet vermektedir?
2. Merkezin şehirdeki konumunun avantajları nelerdir nasıl değerlendiriyorsunuz?
3. Merkezin şehirdeki konumunun dezavantajları nelerdir nasıl değerlendiriyorsunuz?

4. Merkezde çalışan teknik ve idari personel ve meslek elemanı sayısı nedir?
5. Açıldığı günden bu yana merkez kaç kişiye hizmet vermiştir?
6. Çalıştığınız kurumda ne tür hizmetler verilmektedir?
7. Sizce bu hizmetler ne kadar işe yarıyor? (Ya da hangi hizmetin daha çok işe yaradığını düşünüyorsunuz?)
8. Verdiğiniz hizmette eksik kalan yönler var mı? Varsa nelerdir?
9. Türkiye’de madde bağımlılığının önlenmesinde çalıştığınız bu kuruluş ve bu kuruluşun verdiği hizmetler sizce nerede duruyor? Bu sorunun çözümünde sizin payınız nedir?
10. Sorunun çözümünü engelleyen etkenler nelerdir? Bu konuda neler yapılabilir?(Kurumsal? Toplumsal?)
11. Kurumsal önleme çalışmalarının, madde kullanım oranlarını düşürme noktasında son derece etkili bir argüman olduğunu biliyoruz. Merkezin hazırladığı bir önleme programı veya çalışması bulunmakta mıdır? Var ise açıklar mısınız?
12. Yerel yönetimlerin madde bağımlılığı tedavisinde rol almasının sizce avantajları nelerdir?
13. Yerel yönetimlerin madde bağımlılığı tedavisinde rol almasının sizce dezavantajları nelerdir?
14. Başka paylaşmak istediğiniz bir şey var mı?

Ek-3. Görüşme Örneği

GÖRÜŞME FORMU

Görüşmenin Yapıldığı İl: (Gizli)

Tarih: 08.01.2018

Görüşmenin Başlama Saati: 16.30

Görüşmenin Bitiş Saati: 17.30

1-) TANITICI BİLGİLER

Doğum yılı: 1986 (32 yaş)

Cinsiyet: Kadın

Mesleği: Psikolog

Mezun olduğu yıl: 2007 Üniversite: (Gizli)

Lisansüstü eğitim

() Yok

(X) Var

Yüksek Lisans (Anabilim Dalı): (Gizli) (tez aşamasında)

Doktora (Anabilim Dalı).....

2-) HİZMETİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN SORULAR (BİREYSEL)

Sizce kişilerin madde kullanma nedenleri nelerdir?

Yaşadıkları travmatik deneyimler çok fazla ilgili. Yani kendi çocukluk yaşantılarında veya ergenlik dönemlerinde aile dinamiklerinde eğer onu örseleyen/zedeleyen kişiler olmuşsa bu maddeye kaymaları için, ilk kullanımı merak edip denemeleri için çok etkili oluyor benim gözlemlediğim kadarıyla. Boşluk duygusu, can sıkıntısı özellikle genç yaşta kullanmaya başladıysa ergenlik döneminde başladıysa ilk madde kullanımına bu boşluk duyguları, can sıkıntısı, ne yapacağını bilememe, zamanını nasıl geçireceği konusunda çok fazla alternatifin olmamasıyla beraber eğer etrafında da madde kullanım deneyimi olan insanlar varsa örneğin riskli bir mahallede yaşıyorsa o ilk keşfetme ve merak duygusuyla oraya madde kullanımına kayma çok fazla görüyorum gelen başvurularda ve danışanlarda. Başa çıkma becerilerinizin zayıf olması yine devreye giriyor. Stresle başa çıkma becerileri, sorun çözme becerilerinin zayıf olması, stres veya kendilerini gergin hissettikleri anlarda sağlıklı şekilde bununla başa çıkamıyor olmaları yine bir rahatlama yöntemi olarak madde veya maddenin türevlerine kayma gibi bir risk doğuruyor. Psikiyatrik tanılar tabii ki yine çok etkileşim halinde madde

bağımlılığında. Her bağımlılığın mutlaka bir psikiyatrik tanısı olmuyor ama psikiyatrik tanısı olan pek çok insan özellikle de borderline gibi bipolar bozukluk gibi böyle sınırdaki duygu durum ve kişilik bozuklukları da yine madde kullanımını tetikleyebiliyor. Olumsuz bir arkadaş çevresi, riskli mahalleler, riskli yaşam alanları çok tetikleyici oluyor. Yani bazen aile çok destekleyici ve işbirliği içerisinde olsa da çocuklarıyla sağlıklı bir iletişim kurma çabasında olsalar da yaşadıkları muhit, evin dışına çıktıkları andan itibaren sokaktaki deneyim bazen çok fazla etkileyebiliyor. Çünkü yine işte 16-17 yaşında başlayıp da 20 li yaşlarına kadar uzanan bir ergenlik ve geç ergenlik evresi var ya o evrede bir gruba ait hissetmek, o grup tarafından aşağılanmamak, dalga geçilmemek, o grubun bir parçası olabilmek adına da madde kullanımı başlayabiliyor. Çünkü bizim jenerasyonumuzdayken sigara bir yetişkinlik sembolüydü, bağımsızlaşma, bireyselleşmenin sembolüydü. Bu jenerasyonda madde kullanımı. Ne kadar fazla bir deneyimi varsa o kadar fazla saygı gördüğü gruplar oluyor çünkü. Özellikle buradan bahsederseniz X, Y tarafında, Z, T, B, A mahallesi gibi semtlerde artık bu biraz onların tabiriyle racon kesmeye doğru giden bir şey olduğu için hani orada bir şeylerle ilgili tecrüben olacak. **“Tecrüben olmazsa yeterince delikanlı değilsin demek ya da işte yeterince sağlam bir kız değilsin demektir”** gibi bir anlamda çıkabiliyor bu yeni jenerasyonda. Ama benim gördüğüm ağırlıklı olarak bu; psikiyatrik tanı, başa çıkma becerilerinin zayıf olması, travmatik deneyimler, boşluk duyguları, zamanı kaliteli şekilde geçirmek için hem imkândan hem de beceriden yoksun olma hali maddeye doğru götüren yollardan bir tanesi.

Bana yaptığınız işten ve buradaki sorumluluklarınızdan bahseder misiniz?

İlk önce bakım koordinatörümüz eğer kendisi de o sırada bu merkezdeyse ve başka bir görüşmesi yoksa ilk başvuru görüşmesini bakım koordinatörümüz yapıyor böyle bir karar aldık. Bakım koordinatörümüz görüşmeyi yaptıktan sonra bana randevu veriyor. Durum akut bir durumsa, daha riskli bir durumsa hemen acile randevuyu alıyorum ben. Onunla birlikte konuştuktan sonra karar veriyorum. Bazen direkt kapıdan içeriye girip bir başvuru olabiliyor o sırada bakım koordinatörümüzün de görüşmesi olabiliyor, o zaman tabii ilk görüşmeyi ben yapıyorum. Süreci öyle planlıyoruz. Bunun dışında da telefonla gelen başvurular oluyor. Telefonla gelen başvurular olduğunda da onlara merkezin yapılanmasından bahsediyoruz, bilgi veriyoruz. Eğer yine randevu almak istiyorlarsa ilk randevuyu veriyoruz telefonda. Bazen de işte tamam biz sizi arayacağız deyip telefonu kapatabiliyorlar. İlk görüşmeyi yaptıktan sonrasında öncesi ilk değerlendirdiğimiz şey şu: aktif kullanım devam ediyor mu?, tercih maddesi ne?, yoksunluk semptomları ne durumda? İntoksikasyon ihtimali var mı?,

varsa bu risk ne durumda?, tedaviye istekli mi?, kendi mi geldi yoksa zorla mı getirildi?, uyum sağlama becerisi ne ölçüde?, detoksifikasyon ihtiyacı var mı?, yani medikal bir tedaviye ihtiyacı var mı?. Bu kriterler ilk görüşmede çok önemli. Çünkü ona göre çoğunlukla da zaten buraya aktif kullanımı devam eden ve yoksunluk semptomları yaşayan danışanlar o başvuruyu yapıyor. Hani bir süredir temiz kalıp da temizlik halini sürdürmek isteyerek gelen başvurumuz şimdiye kadar olmadı, belki bundan sonra olacaktır ama şimdiye kadar böyle bir deneyimimiz yoktu. Şimdiye kadar gelen danışanlarda aktif kullanım devam ettiği için tabi ki burada işte devreye danışanın maddi durumu ve sigorta devreye giriyor. Eğer hastaneye yönlendirmemiz gerekiyorsa ve sigortayla ilgili problemleri varsa burada Kaymakamlık ile de iletişime geçip önce sigorta problemlerini hallediyoruz. Burada kriterimiz şu, hatta yenilerde oluşturduk bu kriterleri de, burada önemli olan şey: danışan veya danışanın ailesi böyle sigorta gibi yasal ve bürokratik prosedürleri kendi kendilerine halledebilecek durumdalarsa devreye girmiyoruz. Çünkü o zaman biraz sağlayıcı olmaya başlıyoruz ve hani bir rehabilitasyon mantığından ziyade işte bir SHM mantığına dönüşebilir, sosyal hizmet merkezi mantığına. Ama eğer danışanın öz bakımı bazen çok zayıf olabiliyor buraya geldiğinde veya maddenin etkisi altındayken veya yoksunluk atakları sırasında tek başına bireysel olarak bu işleri halledebilecek beceride, güçte ve dayanıklılıkta olmayabiliyor. Gerçekten ihtiyacı varsa devreye giriyoruz. İhtiyacı yoksa ailelerinin kendilerinin halletmesini sağlıyoruz. Ardından AMATEM, ÇAMATEM veya maddi durumları iyiye X' da özel hastaneler var bağımlılık konusunda V gibi M gibi. O hastanelere gerekli yönlendirmeleri yapıyoruz, kendileri gidiyorlar. Eğer tek başlarına gidecek durumda değilse bakım koordinatörümüz eşlik ediyor, o götürüyor en azından ilk randevuya, ilk medikal tedavi planının hazırlanması sırasında. Ama mutlaka takibini yapıyoruz biz. Hangi gün kontrolü var?, hangi ilaçları kullanıyor?, hastaneye yatışı istiyor mu?, istiyorsa yatış için oraya da AMATEM'de işte sıraya giriyorlar, yatışını mutlaka takip ediyoruz. Eğer hastanede yattıysa AMATEM'e yatışı yapıldıysa her gün mutlaka buradan arıyoruz. Hani 'biz buradayız, seninle beraberiz, çıktığında seninle birlikte olmaya devam edeceğiz', o duyguyu ve o bağlılığı yaratmak için bu ilgiye ihtiyaçları var. Tabi ki bu ilgi tedavi için işbirliği ve uyum gösterme danışanlara verdiğimiz bir ilgi. Onun dışında da 'evet buraya her zaman gelebilirsin ama eğer iyileşmek istiyorsan bizden o zaman randevu alabilirsin'. 'Buraya çay kahve içmeye gelmek istiyorsan tabi ki gelebilirsin ama iyileşmek istiyorsan bizden randevu alacaksın ve bizimle işbirliği yapacaksın'. Böyle bir anlaşmamız oluyor buraya ilk gelenlerle. İlaç takipleri falan düzenlendikten sonrasında da burada hem bireysel görüşmelerimiz oluyor aynı zamanda da grup çalışmalarımız oluyor, aile eğitimlerimiz oluyor. Çünkü bağımlılık bir aile hastalığı

olduğu için ailelerin de nasıl davranacaklarını bilmeleri çok fazla önem sarf ediyor. Ailelerin yanlış tutumları bir bağımlı ve temiz kalmaya çalışan bağımlı için çok tetikleyici olabiliyor yani relaps görebiliyoruz aile ile yaşadıkları çatışmalardan kaynaklı. Onun dışında da saha çalışması yapıyoruz diyebilirim. Mesela yarından itibaren ona başlayacağız. İşte yarınımızı tam gün boşalttık. Çünkü diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde olmak aslında önemli bir şey. Bağımlılıkla ilgili bir şeyler yapmaya çalışan bir sürü kurum ve kuruluş var. Her birimiz bir diğerinin ne yaptığını bilirse birbirimizi destekleyebiliriz ve hani birimizin yetmediği noktada diğeri devreye girebilir ya da kimi nereye nasıl yönlendirebileceğimiz konusunda daha fazla fikir sahibi olabiliriz. Bir takım çalışmalarımız var kendi aramızda yaptığımız, Müftülük gibi, İlçe Sağlık gibi, İlçe Milli Eğitim gibi, Kaymakamlıktaki bağımlılık birimi gibi, ilçede işte özellikle riskli mahallelerin muhtarlıkları gibi çeşitli sivil toplum örgütleri gibi diğer hem hani resmi ve resmi olmayan kuruluşlara da ziyaretler yapıp onların da bu merkeze gelmesini sağlayıp böyle bağımlılıkla ilgili kapsamlı bir iletişim ve destek ağı yaratmak. Yani evet burada klinik bir çalışma yürütüyoruz ama bu işin bir de toplumsal boyutu var ve aslında o toplumsal boyutu çok daha önemli. O farkındalık ağını yaratmayı başardığımızda aslında çok büyük bir koruyucu- önleyici hizmet de yapmış oluyoruz. Yani en güzeli hiç başlamamak ya o yüzden.

Hizmet verdiğiniz müracaatçı grubu hakkında beni bilgilendirir misiniz? (Genel özellikleri, sorunları, ihtiyaçları nelerdir? Bu ihtiyaçlar sizce nasıl giderilir?)

Erkek ağırlıklı bir grup. Ağırlıklı olarak 19-30 yaş arası diyebilirim. Şimdiye kadar hiç kadın danışanımız olmadı. Geçmişte de burada birkaç tane kadın danışan olmuş yalnızca. Benim kişisel yorumum buranın yavaş yavaş bir bağımlılıkla ilgili bir merkez olduğu biliniyor. Ve biz eril bir düzende ataerkil bir düzende yaşıyoruz ve bir kadının buraya tek başına gelmesi bu toplum düzeni içerisinde damgalanmaktan, etiketlenmekten veya bir sosyal izolasyona uğramaktan korkuyor olmasıyla ilintili diye düşünüyorum ben. Erkekler bu konuda biraz daha rahat destek alabiliyorlar. Bir de bir kadının madde bağımlısı olması aile tarafından farklı dinamiklerle karşılanabiliyorken, erkeğin madde bağımlısı olması yine ataerkil düzenden kaynaklı bir tık daha kabul görebiliyor. Tabi ki aslında pek çok aile için kabul edilebilecek bir şey olmuyor bu ama kıyaslarsak cinsiyet farklılığını erkeğinki birazcık daha rahat kabul görüyor. Sosyoekonomik düzey olarak alt ve orta düzey diyebilirim. Zaten daha yüksek gelire sahip olan insanlar böyle ücretsiz merkezleri değil özel merkezleri tercih ediyorlar. Sosyokültürel düzey olarak daha orta seviye yine. Genelde zaten emekli ailelerin, orta halli

ailelerin çocukları. Ailede tutum ve davranışlar açısından farklılık olabiliyor tabi bazı aileler çok destekleyici ve hani ‘ne yapabiliriz? Bize yardım edin bizde o şekilde davranalım’ derken bazı aileler tamamen dağılmış, bitmiş, yorgun ve suçlayıcı bir tutumla da gelebiliyorlar. Böyle ailelerle tabi biraz daha fazla zaman geçirmek gerekiyor.

Araştırmacı: Peki hocam kendi merakımı gidermek açısından da biraz soruyorum bunu, madde bağımlılığı alanı dediğimizde karşımıza çıkan en büyük problemlerden birisi stigmatizasyon. Gerçekten bu insanlar çok net bir şekilde damgalanıyorlar. Siz de söylediniz eril bir düzende yaşıyoruz, kadın-erkek rollerinin getirdiği bazı olumsuz durumlar var. Sizce tamamen şahsi fikrinizi soruyorum. Mesela Z belediyesinden geldiğim zaman oradaki o tabelasız uygulama benim çok hoşuma gitti, ben bulmakta zorlandım. Bu tip bir şey burada düşünür müsünüz? Merkezin dışarıya olan görüntüsünü daha da böyle kabul edilebilir bir düzeye çekmek açısından, kadın danışanları da.

Katılımcı 5: Tabi ki aslında iyi bir fikir. Benim Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nda çalıştığım dönemlerde, çalıştığım yatılı kurumlar, dezavantajlı grupların kaldığı merkezler olduğu için bizim de orada kurumlarımızın hiçbirinde tabela yoktu. Yani oranın bir kuruluş olduğuna dair hiçbir emare yoktu ve bu tabi ki çocukların hem daha iyi ve güvende hissetmelerini sağlıyordu hem de dışarıdan gelecek tehlikelere karşı bizi koruyordu. Tabi burada tehlike miktarı daha farklı, burada dışarıdan bir tehlike o merkezlerdeki gibi bir boyutta değil. O merkezlerde çocuklar aynı zamanda koruma altında oldukları için can güvenliği riski olan çocuklarımız da olurdu doğal olarak gizli olmamız gerekirdi yani dışarıdan bir müdahale olmaması için. Ama burada da tabi ki merkezin tabelasının olmaması ya da işte resmîyetin bu kadar göz önünde olmaması iyi bir fikir olabilir. Tabi buna karar verebilecek mercii ben değilim ama iyi bir fikir olarak sunulabilir yani.

Araştırmacı: Ben de fikrinizi merak ettim açıkçası. Peki, hocam sorun ve ihtiyaçlar konusunda bu grupla ilgili ne söylersiniz? Sizin açınızdan göze çarpan nedir?

Katılımcı 5: Ben şu noktanın biraz gözden kaçtığını düşünüyorum. Tabi ki temiz kalmak kolay bir şey değil ama bunu başarabilen çok fazla insan var. Ve özellikle 6 ve 9 aylık temizlik sürelerinden sonra tabi ilk başlarda insanlar çokça kayıp yaşadıkları için hani sosyal ilişkileri, iş veya okul hayatlarıyla ilgili çokça kayıp yaşıyorlar ve temiz kalıp hayatlarını idame ettirmeye başladıktan sonra da bu kayıplarla yüzleşiyorlar. Bu sefer de bu kayıpları

telafi etmek için bir şeylere ihtiyaçları var. Sonuçta çalışmaya devam etmesi gerekiyor veya işte çalışabilmesi için belli bir eğitim seviyesine ulaşması gerekiyor. Daha ileri yaş gruplarındaki bağımlılarda bunu çok sorun olarak görmüyoruz çünkü belli bir mesleği olduktan sonra bağımlılık problemiyle karşı karşıya kaldığı için temizlendikten sonra mesleğini yapmaya devam edebiliyor. Ama bu bahsettiğim özellikle 19-30 yaş aralığının en ağırlıklı olarak başvurunun olduğu grupta zaten ilk deneyimler genelde ergenlik dönemlerinde başladığı için temiz kalıyorlar ve boş kalıyorlar aynı zamanda. Devam edebilecekleri bir okul yok, girebilecekleri bir iş yok, fazla bir deneyimleri yok. Bu noktada ben belli bir süreden sonra dediğim gibi minimum 6 ay belki bir senelik bir temizlik şartından sonrasında özellikle bir beceri kazanma, meslek edinme veya ona iyi gelebilecek her neyse bunların bazı diğer resmi kurum ve kuruluşlarla protokol olarak ortaya konması gerektiğini düşünüyorum ben. Çünkü bu noktada ciddi sıkıntı yaşıyoruz. Belli bir süre buraya gelip gitmeye devam ediyorlar, bu da onlara çok iyi geliyor evet. Temiz kalıyorlar, bu görüşmelerde bir sürü şeyin farkına varıyorlar, kendileriyle ilgili değişim sürecinden geçiyorlar ama bir süre sonra tabii doğal olarak iyileşme uyumlu bir şekilde devam ettiğinde görüşmelerin sıklığı ve süresi azalıyor. Kendi hayatlarına daha fazla geri dönmeye başlıyorlar ve döndükleri hayat boş, bomboş bir hayat. Bütün gün evde olmaktan, bütün gün televizyon izlemekten çok sıkılıyorlar. İş arıyorum ama iş bulamıyorum gibi yakınmalar başlıyor. Bu yakınmalar aslında çok risk. **‘Çünkü bir bağımlı hayat boyu bağımlı.’** Bu yüzden zaten hani ben madde kullanmıyorum demiyor bağımlılar, ben bağımlıyım ve yirmi yıldır temizim diyor. Çünkü bağımlı olduğu gerçeğini hep kendisine de hatırlatıyor. Böyle bir gerçeklik varken önümüzde bu şekilde stresörler ile karşı karşıya kalmaları onlar için ciddi tetikleyiciler aslında. Eski bir bağımlının yaşadığı zor süreçten kaynaklı hayatını tekrar toparlayamaması, bir şeylere ulaşmaya çalışması ama her seferinde başarısız olması çok yeterli bir neden tekrar maddeye dönmesi için büyük bir risk. Tabii ki de bu olursa kesinlikle tekrar madde kullanmaya geri dönerler demiyorum ancak bu ciddi bir risk. Bu noktada ben daha sağlam işler yapılması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü o sizin söylediğiniz stigmatizasyon eski bağımlı olduğunu öğrendiğinde birçok iş yeri bu insanlara iş vermek istemiyor. Hani bir sabıka kaydı olan birine iş verebiliyorsunuz ama eski bir bağımlının işe girmesi gerçekten biraz daha zorlayıcı oluyor. Ve bu yüzden de bir kotanın olması gerektiğini düşünüyorum ben ya da İŞKUR gibi Halk Eğitim Merkezi gibi resmi kurumlarla belki bu noktada bu tip bağımlılık merkezleri olarak bir protokolümüzün olması gerekir. Bir yıl boyunca temiz kalan danışanlarımızı yönlendirebileceğimiz ve bir beceri kazandırabilecekleri ve hayatlarını toparlayabilecekleri bir fırsatlarının olması gerekir. Tabii ki bağımlılar kullanma ile sömürmeye çok müsait

oluyorlar çünkü madde ya da alkol kullandıkları süre boyunca maddeye ve alkole ulaşabilmek için insanlara yalan söylemeyi ve insanları sömürmeyi öğreniyorlar. Bu alışkanlığın zaten ortadan kalkması ve gerçek bir değişim sürecinden geçmeleri için yaklaşık olarak bir yıla yakın bir süre zaten temiz kalmaları gerekiyor. Ama zaten önemli olan bir yıldan sonrası. **Bir yıldır temiz, e tamam da yeni hayata nasıl uyum sağlayacak? Madde kullandı ya da alkol bağımlısı oldu diye işe almazsan, bir beceri kazandırmazsan, bir fırsat yaratmazsan bir fırsat vermezsen, ne yapacak? Aslında aynı sorunun içerisine tekrar geri dönmesi için ona bütün imkânları sunmuş oluyorsun.** Bu biraz işi sosyal rehabilitasyon kısmı tabi ki. Medikal anlamda da çok az merkez var. Devlete bağlı ücretsiz olarak insanların gidip destek alabilecekleri çok az merkez var. Yani A' da AMATEM var işte M'da bir AMATEM var yani tüm Türkiye'de sayısını sayabileceğimiz maksimum bir elin parmağını geçmeyecek. AMATEM var ve bu sayı çok çok az. Yani şöyle söyleyebilirim size cuma günü ben Çorlu AMATEM'deydim ve yatış için sıra bekleyen 90 kişi vardı.

Araştırmacı: Yani hayatında çok büyük problemlerle yüzleşiyor dediğiniz gibi hayır deme becerileri, sorun çözme becerileri yok. O kararı verip o kapıya kadar geliyor ama önünde 90 kişi var.

Katılımcı 5: Evet ve bekleyeceksin deniliyor. Tabi ki iyileşmek isteyen kişi bekler ama beklerken de kullanmaya devam ediyor. Veya kullanmaya devam ederken excite (heyecanlandırmak, alevlendirmek, tahrik etmek, uyarmak) olabilir, daha fazla sorun yaşayabilir ya da kullanmaya devam ederken overdose (aşırı doz) olup hayatını kaybedebilir. Yani bir sürü bir sürü risk var kullanım devam ettiği sürece. O yüzden devlete bağlı ben bu tip merkezlerin kesinlikle artırılması gerektiğini düşünüyorum, gerçekten sayı çok az. Alanda çalışacak insanlara da yeterli düzeyde eğitimlerin verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bu alan kolay bir alan değil, zor bir alan ve aynı zamanda koşulsuz kabulü de gerektiren bir alan. Bu alanda çalışan her profesyonel koşulsuz kabule sahip olmayabiliyor. Bu da tedaviyi sekteye uğratan bir şey oluyor. Yani bu işi bizim ülkemizde şu an eskiye göre çok daha iyi şeyler yapılmaya çalışıyor tabi ki çok büyük gelişmeler var. Diğer taraftan işin hem medikal hem de sosyal rehabilitasyon kısmı biraz daha zayıf hala. Maddi gücü yeterince iyi olan insanlar işte B gibi, R gibi, M gibi hastanelerde kapsamlı ve profesyonel bir yardım alabiliyorlar ama işte örneğin X' da bir hafta yatmanın karşılığı maddi olarak on bin liraya yakın. Türkiye standartlarında kaç aile kaç insan bunu karşılayabilir? Çok çok az sayıda.

Araştırmacı: Bir garantisi olan bir şey de değil.

Katılımcı 5: Evet yani birkaç sefer hastaneye yatabilir bağımlılık böyle bir şey. Bir kez hastaneye yattın, detoksifikasyon girdin çıktın diye iyileştin diye bir şey de yok. O yüzden hem bu merkezlerin sayısı arttırılmalı hem nitelikli personel alanda çalışan teknik personel sayısı arttırılmalı, özel bir alan çünkü. Psikolog olarak çalışırken de örnek vereyim bir majör depresyon hastasıyla görüşme yaptığınız gibi bir bağımlıyla rehabilitasyon süreci geçirmiyorsunuz. Daha ilgili, daha alakalı, o terapötik çerçevenin zaman zaman birazcık dışına taşmanızı gerektiren, bir kriz yaşadığında size ulaşabilmeli örneğin bir bağımlı. Normal şartlarda, bizim terapötik çerçevemizde yoktur bu, danışanlarımıza numaramızı vermeyiz ama bağımlı ile çalışırken iş değişiyor. O yüzden o trickleri (hile, püf nokta) bilen nitelikli personel çok önemli ve sosyal rehabilitasyon kısmında mümkün olduğunca bence bilinir hale getirmemiz gerekiyor. Bunun korkulacak bir durum olmadığını, bağımlıların tu kaka insanlar olmadığını, hayatlarına devam edebileceklerini, hayatımızın bir noktasında aslında hepimizin bir şeylere bağımlı olabildiğini, kumar bağımlısı da olabilirsin, bir insana da bağımlı olabilirsin, bu insanlar da bir maddeye bağımlılar. Hani o yüzden bununla ilgili biraz daha özellikle sosyal rehabilitasyon noktasında çalışmalar yapılması gerektiğini düşünüyorum ben. Eleştirel yaklaşıyorum bu duruma biliyorum ama.

Ne kadar süredir madde bağımlılığı alanında çalışıyorsunuz?

Yaklaşık olarak 9 yıl oldu.

Bu kurumda ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

Burada çok yeni, 4 Aralık 2017'den beri buradayım.

Madde bağımlılığı ile ilgili herhangi bir ders veya eğitim (Seminer, konferans, çalıştay vb.) aldınız mı?

Katılımcı 5: Yok yok hayır. Benim lisans dönemimde üçüncü sınıfta psikopatoloji dersleri almaya başladığımızda alkol ve madde bağımlılığı kısmında gördük. Bizim belki o dönemdeki lisans öğrencileri olarak şöyle bir şansımız olmuştu; ben Z hastanesinde ve B'de staj yapma imkânı bulmuştum. B'de değil ama Z'da da nevroz-psikoz servislerinin haricinde alkol ve madde bağımlılığı servisinde de staj yaptım. O benim için lisansta çok güzel bir ivme olmuştu. Çünkü sahada tam olarak nasıl çalışıyorlar gözlemlene fırsatım olmuştu. Yüksek lisansta da bağımlılık başlığı altında ayrı bir ders aldık. Sonrasında da ben Kültegin Ögel' den eğitimler ve dersler aldım ve benim öyle bir avantajım oldu. Tabi ki ben biraz da bağımlılıkla ilgilendiğim ve bu alanda daha fazla şey öğrenmek istediğim için de bunları seçtim. Ama hani lisansta ben mezun olalı çok uzun süre oldu bir şeyler değişmiş olabilir ama direkt olarak böyle bağımlılıkla ilgili bir ders yok. Yüksek lisanslarda oluyor ama olması için de akademisyen kadrosunda bağımlılıkla çalışan bir psikiyatristin veya bir terapistin olması

lazım. Biraz spesifik bir alan olduğundan dolayı o alanda özellikle çalışan biri yoksa ders aldığınız kadronun içinde hani kitaplarda da okuyabileceğiniz bilgileri verip geçiyorlar. Zaten bizim mesleğimiz böyle bir meslek ya mezun olunca para verip, eğitim alıp, kendinizi geliştirmek zorunda kalıyorsunuz. Vermiyorlar size parasız o bilgileri.

Araştırmacı: Bizim için de öyle. Ben mesela alana ilgim geçmişten beri vardı. AMATEM stajımla beraber benim de orada biraz ivme kazandım ondan sonra bende tamamen kendi imkânlarımla Kültegin hocadan eğitim aldım, oraya koş buraya koş. Dediğiniz gibi o sorunu yaşıyoruz genel olarak.

Aldığınız eğitimi yeterli buldunuz mu?

Araştırmacı: Şunu da sorayım; bu alanda hiçbir zaman tam anlamda yeterli oldu dememiz mümkün mü?

Katılımcı 5: Ben yeterli buldum diyemem. Aldığım eğitimlerin çok işlevsel olduğunu düşünüyorum. Çünkü bu alanda gerçekten emek veren ve hem bilgisi hem tecrübesi olan insanlardan eğitim aldım. Dolayısıyla aldığım eğitimlerin işe yarar eğitimler olduğunu düşünüyorum ama tabi ki yeterli diyemem. Sürekli bir şeyler değişiyor, sürekli takip etmek zorundasınız zaten bizim malzememiz insan. O yüzden hani tamam yeteri kadar eğitim aldım artık bundan sonra yerimde oturup danışan görebilirim gibi bir gerçeklik yok bizde.

Araştırmacı: Zaten dinamik bir alanda çalışıyoruz.

Aldığınız maaşı yeterli buluyor musunuz?

Hayır, tabi ki hayır. Türkiye standartlarında kötü bir maaş almıyorum kesinlikle ama hayır. Çünkü hem tek başınıza yaşıyorsunuz hem kovalamanız gereken bir sürü eğitim var. Tabi ki yetmiyor bunlara bir süre sonra şeyin kararına varmak zorunda kalıyorsunuz; ya hayatımı idame ettireceğim ya da eğitimden eğitime koşacağım. Eğitimden eğitime koşabilirim ama geri dönecek bir evim veya faturalarımı ödeyemedikten sonra eğitime gitmenin ne önemi var derken bir şeylerden fedakârlık yapa yapa ya da feragat ede ede yaşamak durumunda kalıyorsunuz. Ama zaten bence özellikle sosyal bilimlerde çalışan hiçbirimizin aldığı maaş yeterli değil. **‘Çok saygı duyuluyor bize ama iş maaş vermeye gelince oturduğumuz yerden para kazanıyorlar oluyor.’**

Bu alanda çalışmaya nasıl karar verdiniz?

A: Hani genelde olur ya ailede bir öykü olur veya etrafta böyle görülür. Sizin öyle bir durumunuz var mıydı?

Benim hani ailemde böyle bir öykü yoktu, yakın çevremde de açıkçası böyle bir öykü yoktu ama ben lisanstan itibaren hep şeye karar vermiştim; ben dezavantajlı gruplarla çalışmak istiyorum. Bu biraz benim dünya görüşüm, biraz ideolojik görüşümle alakalı bir seçim

olmuştı. Yani herhangi bir ofiste seans ücreti 400 lira olan bir psikolog olmayı hiçbir zaman istemedim. Ruh sağlığının çok değerli olduğunu düşünüyordum ve ruh sağlığını çok ulaşılabilir bir hak olduğunu düşünüyordum. Ve bu ulaşılabilir hakka en fazla ihtiyacı olan kesimin en fazla zorluklarla mücadele eden kesim olduğuna inanıyordum ama tabii ki bu zorluklarla en fazla karşı karşıya olan kesimin de bu ihtiyaçlarını giderebilecek bir alanları veya maddi imkânları yoktu, hala yok ve ben orada olmak istedim hep. Yani ihtiyacı olan gerçekten, bu sadece bağımlılık değildi benim için, işte bağımlılık, ensest, istismar, ticari cinsel sömürü, sığınmacı ve mülteciler gibi yardıma ve desteğe gerçekten ihtiyacı olan ama bunun için doğru kaynaklara ulaşmak konusunda zorluk yaşayan insanlarla çalışmak istedim hep. Amacım zaten buydu ve mezun olduktan sonra da özellikle de her ne kadar çalışma yaşamış olsam da ASPB' ye girdikten sonra direkt olarak zaten bu gruplarla temas ettim ve istediğim şeyin gerçekten istediğim şey olduğunu anlamamı sağladı bu temas. Ve bütün bu alanlar içerisinde de çalışmaktan en fazla haz aldığım alan riskli davranışlar ve bağımlılık. Neden? Çünkü o dinamizm çok hoşuma gidiyor işin aslı. Yani hani bir bağımlıyla çalışırken ya da riskli davranışlar gösteren ya da travmatik yaşam deneyimleri olan insanlarla çalışırken sıkılmanıza imkân yok. Evet, duygusal açıdan biraz zorlayıcı bir şey bu ama her zaman karşınızda bir dinamik yapı var. Enerjileri yüksek, dirençleri yüksek ve o dirençle karşı karşıya kalmak, mücadele etmek bana çok fazla enerji veriyor ve olduğum yerde saymamamı sağlıyor. Karşımdaki danışan her seansa geldiğinde yeni bir şeyle geliyor ve onun yeni olarak getirdiği şeye benim hazırlıklı olmam için kendimi hazırlamam gerekiyor.

A: Bir de daha pratik olmanız lazım.

K5: Evet, bu bana daha pratik düşünme becerisi kazandırıyor, daha çok okumamı sağlıyor, daha fazla araştırma yapmamı sağlıyor. Çünkü ben biraz kişilik özellikleri olarak öyleyim, zorlanmam gerekiyor. Zorlukla karşı karşıya kaldığımda bu beni biraz daha fazla motive ediyor ve motive olduğumda da işin peşini bırakmadan daha fazla ne öğrenmem gerekiyorsa onu öğrenmek için çabaya girebiliyorum ve karşılıklı olarak bu yüzden birbirimizi beslediğini düşünüyorum ben bu grupla. Ben onlara belki bir şeyler katıyorsam ne mutlu bana ama onlar da bana çok şey öğretiyorlar. Benim biraz o pozitif ayrımcı tarafım var yani çok dezavantajlı gruplar bunlar ve koşulsuz kabule çok fazla ihtiyaçları var. Bazen kendi meslektaşlarımız bile bunu yapamayabiliyorlar. O yüzden orada onlar için var olmaya devam etmek aslında benim istediğim şey.

11) Bu alanda çalışmak sizi mesleki açıdan tatmin ediyor mu?

K5: Evet tabi bazen veriyorsunuz ama hiç alınmıyor ama yine de mesleki olarak beni tatmin ediyor diyebilirim. Tabi ki bazen benim de kendimi çok başarısız, beceriksiz hissettiğim günler oluyor.

A: Oluyor mu gerçekten?

K5: Kesinlikle oluyor yani ya da niye böyle oldu? Ben nerede, neyi yanlış yaptım? Bu çocuk niye gitti şimdi tekrar kullandı deyip hani böyle kendimi suçladığım, süreci tekrar tekrar analiz ettiğim zamanlar elbette ki oluyor, sonuçta ben de bir insanım. Ama diğer taraftan hep şuna odaklanmaya çalışıyorum, hep kendime şunu hatırlatıyorum: **‘Evet bağımlılık bir irade sorunu değil, bağımlılık bir hastalık ve iyileşebilir ama düzelmez.’** Sen bu kadar problemin arasında bir halde bütün yaşantısını düzenleyemezsin, hayata karıştığı andan itibaren başka risklerle de karşılaştığında en kolay ihtimal yeniden madde kullanması. Bunu zaten biliyorsun deyip sürekli kendime bunu hatırlatıyorum. Bazen işte meslektaş süpervizyonu oluyor aramızda alanda çalışan diğer meslektaşlarımla, o bazen işe yarıyor. Ben her ne kadar bazen kendime bunları hatırlatsam da o günüm gerçekten kötüyse sıyrılamayabiliyorum o duygu durumunun içinden. Bu sefer bir meslektaşımınla görüşüp biraz daha yardımcı olmasını istiyorum. Çok da işe yarıyor birbirimizi bu anlamda ayağa kaldırmamız ama yani gösterdikleri en ufak bir değişim bile beni çok fazla mutlu ettiği için o yüzden evet ya beni mesleki anlamda tatmin ediyor diyebilirim. Çünkü hani alanda çalışırsam çalışayım psikolog olarak çalışmaya devam ettiğim müddetçe hani bana gelen danışanlarda hangi sorun için geliyorsa o danışan o sorunla ilgili sıkıntı yaşamaya devam edebilir. Ya da bir borderline hasta da gelebilir, psikotik bir hasta da gelebilir, depresif bir hasta gelebilir, kendine zarar verme davranışı vardır, benimle çalışmaya başladığında kendine zarar vermez dördüncü ayda bir kriz yaşar ve kendine zarar verebilir. Bu şekilde de kendini başarısız hissedebilirsin. Sadece bağımlılıkta bu dinamikler biraz daha kaygan oluyor ama işin içine girdikçe zaten aslında hani o kaymaların aslında ne kadar anlaşılır olduğunu da görüyorsun. Şimdi atıyorum işte temiz kalmış çocuk buraya gelip gitmeye devam ediyor. Yapması gereken tüm ödevleri, sorumlulukları yerine getiriyor ama X mahallesinde de yaşamaya devam ediyor, çok riskli bir mahalledir burada. Yani sokağa çıktığımız andan itibaren adım başı torbacıyla karşılaşılabildiğiniz bir mahalle. Şimdi bu çocuk kayma yaşarsa?

A: Yani burada kendinizi suçlamak biraz...

K5: ‘Kendimi mi suçlayım, çocuğu mu suçlayayım, ona mı kızayım, kendime mi kızayım? Hayata isyan etmek daha mantıklı oluyor.’

12) Bu alanda çalışan personelin daha verimli ve aktif olabilmesi için sizce neler yapılabilir?

Birincisi süpervizyon bence çok önemli. Çünkü her ne kadar bir süre sonra tecrübe kazandığımızı düşünseniz de öyle değişik vakalar geliyor ki yani ne yapacağınızı şaşırıyorsunuz. Hani bundan bir adım sonrasında nasıl bir strateji uygulamam gerekir diye kalakalıyorsunuz yani. O yüzden en azından süpervizyon toplantılarının olması, bizlerden çok daha deneyimli terapistlerin moderatör olduğu ve bizi aydınlattığı toplantıların olması bence çok önemli. Bu alanda çalışan insanların bu alanla ilgili alacağı eğitimlerin çalıştıkları yerden tarafından finanse edilmesi bence çok önemli. Çünkü benim bir aylık maaşım kadar bir bağımlılık eğitimi var örneğin. Nasıl alacağım onu? Yani ya o ay yaşamaktan vazgeçeceğim ya eğitimden. Mecburen eğitimden vazgeçiyoruz falan. O yüzden hani belediyede çalışıyorsak belediye, bakanlıkta çalışıyorsak bakanlık, özel bir merkezde çalışıyorsak o özel merkez hani her nerede çalışıyorsak aldığımız eğitimlerin alacağımız eğitimlerin mutlaka ben finanse edilmesi gerekiyor.

A: Kendi personelini kendi donatmalı aslında.

K5: Evet yani çünkü hani donanımlı bir personel de alabilirsiniz sonuçta ama az önce konuştuk ya dinamik bir alan bu bitmiyor, eğitim bitmiyor, yeni öğreneceğin şeyler bitmiyor. Hani donanımlı personel aldım iyi artık hayatımın sonuna kadar bu personelle idare edeyim diyemezsin bu alanda çalışıyorsan eğer bu alanda çalışan bir merkez sahibiyse. O yüzden finanse edilmesi gerektiğini düşünüyorum kesinlikle ve bazen şeyi gözden geçiriyoruz profesyonel ekiple beraber bir de destek ekibi var merkezlerde. Temizlik görevlisinden mutfak görevlisine, şoföründen muhasebecisine sekreterine kadar destek ekibinin de bu alanda donanımlı olması ve oryante edilmesi çok önemli. Çünkü bazen danışan içeriye girer, sekreter orada ona bir cümle söyler çıkar gider ve bir daha da gelmez. O yüzden bağımlı nedir, neye dikkat etmemiz lazım, hatta o destek ekibinin kendisini koruyabilmesi için. Çünkü hani bizim kültürel dinamiklerimizde şey vardır ya hani ya reddederiz ve suçlayıcı bir tutum benimseriz ya da bağırımıza basarız. Şimdi bağımlılıkta ikisi de çok tehlikeli ve hani kendilerini de korumaları gerekiyor destek ekibindeki insanların, bizim de kendimizi korumamız gerekiyor duygusal olarak. Hani çok fazla verir benim geçmişte destek ekibinden

birlikte çalıştığım insanlar olmuştu ve hüngür hüngür ağlıyordu bu çocuk niye böyle yaptı diye. E yaptı yapar çünkü sen niye kendini bu kadar helak ediyorsun? Çünkü bilgisi yok, donanımı yok. Hani bunun şey olmaması lazım o merkezde çalışan profesyonel ekibin isteğine veya insafına kalmaması lazım. Bu merkezlerde çalışacak olan destek ekibinin fix çalışmaya başlamadan önce bir oryantasyondan geçmesi gerekiyor. Böyle; bağımlılık nedir, bağımlıya nasıl davranmamız gerekir, hangi cümleler yanlış cümlelerdir, nasıl yaklaşmanız lazım, riskli durumlarda ne yapmanız lazım, nerede durmanız lazım, sınırınızın neresi olması lazım gibi telefon numaranızı vermeli misiniz vermemeli misiniz? Bu bile bazen bir problem olabiliyor ve bu tip pratik bilgiler de bizim okuduğumuz kitapların içinde ya da aldığımız eğitimlerde yok. Bu bilgiler sahada çalışan insanlarda var, tamamen deneyimle alakalı. O yüzden bu oryantasyonun ben çok önemli olduğunu düşünüyorum ve maaşların değiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum tabi ki. Aldığımız paranın iyileştirilmesi lazım yani.

A: Bireysel değerlendirme sorularını bitirdik, çok teşekkür ederim çok güzel cevaplar verdiniz. Şimdi kurumsal sorularıma geçeceğim.

3-) HİZMETİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN SORULAR (KURUMSAL)

15. Merkezin hizmet açısından niteliğini belirtir misiniz?

() Yatılı (X) Ayaktan Tedavi () Diğer

16. Merkez kaç yıldır hizmet vermektedir?

2015 yılından beri bu merkez var. Biz sadece bir ay önce geldik. Daha önce farklı ekipler çalışmış burada ama bu merkez 2015 yılında açılmış.

17. Merkezin şehirdeki konumunun avantajları nelerdir nasıl değerlendiriyorsunuz?

Şimdi ben buraları çok iyi bilmiyorum ama öğrenmeye başladığım kadarıyla güzel bir lokasyundaymışız gibi geliyor bana. Şu yüzden; ne diğer mahallelere çok uzak ne de çok fazla göz önünde. Yani tabi parkın içinde olmasa bence daha da tatlı olurdu ama ya da hani bu bahçe kendine ait bir bahçe olsa daha iyi olurdu ama artık şey çok da mükemmeli isteyemiyorsun belediye veya devlet kuruluşları olunca. Keşke bu bahçe komple bu merkeze ait bir bahçe olsaydı o zaman daha da güvenilir olurdu veya o bahçenin içerisinde farklı şeyler yapılabilirdi. Ama yine de bir parkın içinde olması burayı merak eden herkesin gelebiliyor olması, ulaşılabilir olmak bence bir avantaj. Bir de çok merkezi bir yerde olmadığı için hani buraya gelip giderken insanlar daha az tedirgin olacaklar. Çünkü buraya gelen insanların pek

çoğu zaten burada yaşayan insanlar. Bir de hani sadece herhangi bir yerde çalışmayan ya da okula gitmeyen danışanlar değil de işi olan danışanlar da buraya geliyor. Tabi onlarda şöyle bir kaygı da oluyor; hani etraftan birileri görürse diye. O yüzden çok göz önünde olmamız güzel bir şey böyle rahatlıkla girip çıkabiliyorlar.

A: Ulaşım nasıl hocam? Toplu taşımaya falan?

K5: Toplu taşımaya ulaşım da rahat. Yani metrobüs yukarıda hemen, bir on iki dakikalık yürüme mesafesi var. Yani metrobüsten indikten sonra dümdüz aşağıya doğru indiğinizde merkeze gelmiş oluyorsunuz. Zaten ilçe içerisinde minibüsler şu aşağıdaki yolun önünden geçiyor. Buraya gelmek isteyenlerin “ay buraya gelemiyorum, ulaşım çok zor” gibi bir bahanesi olamaz.

A: Anladım hocam.

18. Merkezin şehirdeki konumunun dezavantajları nelerdir nasıl değerlendiriyorsunuz

Şimdiye kadar bir dezavantajını yaşamadım ben ama bir danışanımdan şöyle bir şey duymuştum bir seans sırasında, gerçi onunla ilgili de herhangi bir dezavantaj yaşamadım ama belki ileride bir risk olabilir bilmiyorum. Merkezin bulunduğu çevrede şu arka sokaklarda satış yapıldığını söylemişti bir danışanımdan. Hatta “buraya geldim kendimi biraz garip hissettim ben çünkü arka taraflarda alışveriş yapıyordum meğer merkez de buradaymış” falan dedi. Tabi bu sadece bir danışanımdan duyduğum bir şeydi, diğerlerinden böyle bir şey duymadım. İleride de bu hala hani devam eder mi, risk oluşturur mu bilmiyorum ama böyle bir durum var.

19. Merkezde çalışan teknik ve idari personel ve meslek elemanı sayısı nedir?

Toplam beş kişi çalışıyor.

20. Açıldığı günden bu yana merkez kaç kişiye hizmet vermiştir?

Hemen verebilirim çünkü geçenlerde bunun sayımını yaptık. 2015-2016 yıllarında 175, 2017 yılında da 73 kişi.

21. Çalıştığınız kurumda ne tür hizmetler verilmektedir?

Yukarıda ki sorulardan birinde anlatmıştım.

22. Sizce bu hizmetler ne kadar işe yarıyor? (Ya da hangi hizmetin daha çok işe yaradığını düşünüyorsunuz?)

İlk etapta yaptığımız bireysel görüşmeler çok fazla işe yarıyor, merkeze bağlama noktasında. Yani buraya direkt mesela grup çalışmasına veya psikoeğitime çağırırsak, ilk eğitimden sonra yüksek ihtimal gelmeyi bırakırlar. İlk etapta sık görüşme yapıyoruz ve o çok bağlayıcı oluyor. Bunun dışında da aile eğitimleri inanılmaz önemli. Onlar çok fazla işe yarıyor çünkü hani bağımlı buraya iyileşmek için geliyor ama evde anne-baba söylenmeye, suçlamaya, kızmaya, azarlamaya devam ettiğinde burada konuştuğumuz her şey balon gibi söniyor. Asıl önemli olan buradan çıktıktan sonra döndüğü aile ortamında hani eşi, anne babası artık yakını her kimse onların da doğru bir yaklaşımı ve tutumu benimsemesi lazım. O yüzden de aile eğitimleri çok işe yarıyor. Çünkü bazen aileler yardım edeceğiz diye hani çok fazla destekleyici olabiliyor bağımlıya. İşte sürekli para veriyor veya işte onun yaşadığı problemleri onun yerine çözebiliyor. Korktuğu aman daha kötü bir şey olmasın diye düşünüyor ama hani aslında onun bağımlılığını beslemeye devam etmiş oluyor. O yüzden bu tip sıkıntıların farkına varmaları aile eğitimlerinde çok kolay oluyor.

23. Verdiğiniz hizmette eksik kalan yönler var mı? Varsa nelerdir?

Genel olarak bence sadece bu merkez için değil genel olarak söyleyebilirim. Ayaktan ya da yatılı tüm tedavi merkezlerinin, tüm rehabilitasyon merkezlerinin kocaman bir bahçenin içerisinde ve çok çok farklı atölye çalışmalarının bir arada olduğu yapılanmalar olması gerektiğini düşünüyorum, bence eksiklerimiz bu yönde. Yani hayvanlar olmalı o koca bahçenin içerisinde, ahşap atölyeleri olmalı, farklı atölye çalışmaları olmalı. Yani hani o psikolojik destek, grup çalışmaları ve psikoeğitimlerin dışında günlük yaşamlarında da merkeze gelip sürdürebilecekleri birtakım atölye çalışmalarına girip çıkabilecekleri bir yapılanmanın olması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bu yapılanmayı biz işte diğer kurum ve kuruluşlarla iletişim ve destek ağı kurarak yapmaya çalışıyoruz. Halbuki aslında yurtdışında da zaten böyle bu tip rehabilitasyon merkezleri. Kocaman yapılar tek katlı bir sürü aynı kocaman bahçenin içerisinde. Atlar, köpekler, kümes hayvanlarının olduğu bir taraf var. Ahşap atölyelerinin, resim atölyelerinin veya mesleki beceri kazandırabilecek atölye çalışmalarının olduğu binalar var. Ve gelen kişi merkez yatılı olsun ya da olmasın randevusu varsa psikoloğuyla randevusuna katılıyor ya da işte bakım koordinatörüyle, randevusunun olmadığı günlerde her gün olabilir, oradaki merkeze gelip çalışmalara katılabiliyor. Bu en en sağlıklı rehabilitasyon yöntemi. O da işte bizim ülkemizde hani hiçbir merkezde zaten yok. O yüzden bence buna dönüştürmek lazım da benimki biraz ütöpik bir hayal, çok zaman geçmesi lazım üstünden.

24. Türkiye’de madde bağımlılığının önlenmesinde çalıştığınız bu kuruluş ve bu kuruluşun verdiği hizmetler sizce nerede duruyor? Bu sorunun çözümünde sizin payınız nedir?

Yani şu an sonuç kısmındayız biz aslında işin. Hani şu an çok önemli bir noktadayız ben diyemem hani ne kendi çalıştığım merkez için en diğer merkezler için. Çünkü bize bağımlı olduktan sonra geliyor insanlar. Hâlbuki önemli olan koruyucu-önleyici çalışmalar yapmak. Bundan sonrası için önemli bir noktaya gelir miyiz? Gelmek için çaba sarf ediyoruz. Umarım hani diğer bütün kurum ve kuruluşlar da aynı motivasyon ve işbirliği içerisinde olurlarsa bir noktaya gelebiliriz. Çünkü gerçekten aslında önemli olan hiç başlamaması kişinin ve hani bu yüzden de bağımlılıkla ilgili bir farkındalık yaratmamız gerekiyor, algının değişmesi gerekiyor, insanların daha kolay gelip destek alabiliyor olması lazım, önyargılarından biraz kurtulmaları lazım. Bütün bunların olabilmesi için de aslında herkesin birlikte çalışabiliyor olması lazım yani bu yüzden önemli bir noktaya gelmemiz gerekiyor zaten. Gelmezsek eğer günden güne büyüyen bir bağımlılık problemi ile karşı karşıya kalacağız, yeni merkezler açılacak. Ama ben hep şöyle düşünmüşümdür işte ASPB’ de çalışırken de aynı şeyi düşünüyordum, işte yeni yatılı kurumlar açılıyordu benim çalıştığım grupla ilgili işte dezavantajlı gruptaki çocukların kaldığı. Bir holding patronuysanız yeni kurumlar açmak sizin için bir başarı ve büyüme anlamına gelir ama bu alanda çalışıyorsanız yeni merkezler açarken ağlamanız lazım. Çünkü demek ki problem büyüyor. Yani bu problemi çözmek için bir şey yapamıyoruz demek. O yüzden evet yeni merkezlerin açılması evet şu an için bir ihtiyaç. Çünkü hiç yoktu ve o yüzden açılması lazım bir sürü. Ama bir süre sonra bu merkezlerin daha fazla açılması değil, bizi gerçekten koruyucu-önleyici bir şeyler yapması gerekiyor ki yavaş yavaş bu merkezlere daha az ihtiyaç duyalım. Yani Yeşilay bununla ilgili bir şeyler yapıyor, okulları baya ellerine aldılar. Güzel okul çalışmaları yapıyorlar öğrencilerle ama riskli semtler tek tek tespit edilebilir büyük şehirlerde, bunu yapmak çok zor bir şey değil. Saha deneyiminiz olduğunda ya da ufak bir araştırma yaptığınızda hangi semtler hangi mahalleler daha riskli bunları rahatlıkla saptayabilirsiniz. Bu riskli mahallelere belki biraz daha önem verilebilir koruyucu-önleyici çalışma yürütmek konusunda oradaki ailelere daha fazla temas edilebilir. Özellikle gidip o mahalledeki ailelere eğitimler verilebilir. Bunun için kullanılabilecek bir sürü boş belediye binası var ya da resmi kurum ve kuruluşların binası var. Hani ben nokta atışı yaparak bir büyüme taraftarıyım. Bana sorsalar nasıl yaparsın koruyucu-önleyici çalışmaları diye, ben riskli bölgelerden başlayıp geniş bir iletişim ağına yaymayı tercih ederim. Çünkü zaten bu riskli semtlerin pek çoğu çok düşük sosyoekonomik ve kültürel

düzeyle sahip semtler. Çoğunlukla da göç semtleri ve ilçeleri. Bu insanlar zaten atölyelerde çalışan, ağır çalışma koşulları olan, izin alamayan, çok az miktarda maaş alan ve buldukları mahalleden belki buldukları ilçeden hiç çıkamayan insanlar. Dolayısıyla hizmeti bizim onların ayağına götürmemiz gerekiyor onların yaşam koşullarını iyileştiremediğimize göre. Bu yüzden de bu koruyucu-önleyici çalışmaların bir kahvehanede ya da bir nikâh dairesinin salonunda ama nerede olursa olsun ama sahada olması gerekiyor. Saha çalışması yapmıyoruz.

25. Kurumsal önleme çalışmalarının, madde kullanım oranlarını düşürme noktasında son derece etkili bir argüman olduğunu biliyoruz. Merkezin hazırladığı bir önleme programı veya çalışması bulunmakta mıdır? Var ise açıklar mısınız?

Biz bu noktadan özellikle riskli mahallelerin muhtarlıkları ile görüşmeyi planladık. O riskli ailelerin muhtarlıkları ile görüştüğünden sonra da özellikle işte o muhtarlardan şöyle bir cevap isteyeceğiz biz: mahallemizde madde kullanan, yakını olan veya madde kullandığından şüphelenen aileler ya da yakınlar kimse bize yönlendirin. Biz onlarla temasa geçeceğiz, bireysel destekse bireysel destek, aile eğitimiye aile eğitimi ama önce riskli mahallelere ulaşalım istedik. Onun için yarın görüşmelere başlayacağız. Yarın birkaç tane muhtarlıkla görüşmemiz var. Toplam bu ilçede on dört mahalle varmış, on dört mahallenin tamamını gezelim istiyoruz. Çünkü bu tip semtlerde muhtarlar her şeyden haberdarlar. O yüzden bir onların yanına gitmek iyi oluyor yani.

26. Yerel yönetimlerin madde bağımlılığı tedavisinde rol almasının sizce avantajları nelerdir?

Avantajı şu bence bir yük paylaşımı oluyor. Yani çünkü bağımlılık dediğimiz şey sadece medikal tedaviyle ilintili bir şey değil. Dolayısıyla sadece Sağlık Bakanlığı'nın tekelinde olabilecek bir şey değil ya da ilçe sağlıklarının. Bu işin en önemli kısmı zaten rehabilitasyon kısmı, sosyal kısmı. E bu noktada aslında belediyelerin pek çok imkânları var. Yani hani kültür merkezinden yararlandırabilir, farklı hizmetlerinden yararlandırabilir. Yani aslında sosyal devlet olmanın, sosyal devletsek eğer madem böyle bir ilkemiz var o zaman sosyal bir belediye de olmak zorundayız. O sosyal belediye kavramının içerisinde sadece yardıma ihtiyacı olan ailelere makarna ve bir şeyleri göndermek değil asıl budur, bu noktada zaten etkili olmak gerek diye düşünüyorum ben. En azından nasıl evlilik okulları kuruldu artık nasıl belediyelere bağlı kadın ve aile sağlığı danışmanlığı merkezleri var kesinlikle bağımlılıkla ilgili de böyle merkezlerin olması lazım. Gerçekten bir yük paylaşımı ve hastaneye

gittiğinizde medikal tedaviyi alıyorsunuz ama hastanelerin yoğunluğundan dolayı hastanedeki psikologla burada benim yapabildiğim görüşmeyi yapma şansınız yok, oradaki psikoloğun yok çünkü. Günde 50-60 tane hasta görürken her hastaya 45 dk 50 dk bir saat zaman ayırması mümkün değil. Ben çalışsam o hastanede ben de zaman ayıramam. Ama iş sadece ilaç tedavisinin düzenlenmesi ve ilaçların kullanılması ile bitmiyor. Aslında temiz kalmayı sürdürmek rehabilitasyon çalışması ile mümkün oluyor. O yüzden ben işe yarar buluyorum. Ama umarım bu önem verilmeye devam eder yani şimdilik böyle ama bakalım gelecekte neler olacak.

27. Yerel yönetimlerin madde bağımlılığı tedavisinde rol almasının sizce dezavantajları nelerdir?

Dezavantajı şu olabilir; yani tabi ben yerel yönetimlerle yeni çalışmaya başladım hani yüzde yüz savunarak söyleyemem bunu ama belediyeçilik demek aynı zamanda siyaset demek. Ve bu merkezler olacaksa merkezlerin şöyle bir sistemde olması gerekiyor çünkü bu bir dezavantaj olabilir, yönetim değiştiğinde, parti değiştiğinde, yeni seçimler olduğunda buraların açılan kapanan sonra tekrar açılan işte farklı bir siyasi görüşten bir parti geldiği zaman bu merkezi lav edip yerine kendi istediklerini alan bir noktaya bürünmemesi lazım. Bence bu ülkemizde bir risk ve dezavantaj. O yüzden bu tip sosyal hizmetlerin ideolojik ve siyasetten biraz uzak yapılandırılması gerekiyor ama söz konusu belediyeçilik olunca bu olamayabilir, bu da bir dezavantaj olabilir diye düşünüyorum.

28. Başka paylaşmak istediğiniz bir şey var mı?

Hayır, yok teşekkür ederim.

A: Ben teşekkür ederim.

