T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Zeynep Belma GÖLGE

İSTANBUL İLİNDE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE VE DANIŞMA BİRİMLERİNE BAŞVURAN VE MADDE BAĞIMLISI YAKINI OLAN AİLELERİN MADDE BAĞIMLILIĞINA VE TEDAVİYE İLİŞKİN ALGILARININ İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikolog Mehlike SARIOĞLU

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Zeynep Belma GÖLGE

İSTANBUL İLİNDE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE VE DANIŞMA BİRİMLERİNE BAŞVURAN VE MADDE BAĞIMLISI YAKINI OLAN AİLELERİN MADDE BAĞIMLILIĞINA VE TEDAVİYE İLİŞKİN ALGILARININ İNCELENMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikolog Mehlike SARIOĞLU

İSTANBUL, 2019

ÖZET

Madde bağımlılığı, dünyada olduğu gibi ülkemizde de günden güne artan bir grafikle en önemli sağlık sorunlarından birisi olmayı sürdürmektedir. Son yıllarda konuyla ilgili gerek madde bağımlısı kişiler gerekse aileleriyle yapılan araştırmalar da çoğalıp yaygınlaşmıştır. Bağımlılık sadece madde kullananı değil, bireyin tüm sosyal çevresini; aile ve arkadaşlarını da etkilemektedir. Ailelerin tedavi sürecine katılmaları ve değişim göstermeleri madde kullanan bireylerin değişim göstermeleri ve bağımlılıklarıyla daha sağlıklı bir biçimde baş edebilmeleri için önemli bir destekleyici unsurdur. Bu sebeple madde bağımlısı yakınları bulunan ailelerin içinde bulundukları durumların ve algılarının anlaşılmasının bağımlılıkla mücadeleye olumlu yönde katkı sağlayacağı inancındayım.

Bu tez çalışmasında amaç, madde bağımlısı yakını olan ailelerin madde bağımlılığına ve tedavisine ilişkin algılarının incelenmesidir. Araştırma, İstanbul ilinde hizmet vermekte olan bazı 'Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri'ne başvuruda bulunmuş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 52 aile yakını ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Ailelerin bir hastalık olarak madde bağımlılığını nasıl algıladıkları, bağımlılık sebebiyle ne tür problemlerle karşılaştıkları ve tedavi ile ilgili neler düşündükleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Görüşmelerde araştırmacı tarafından hazırlanan 'Aile Görüşme Formu' kullanılarak veri elde edilmiş ve analizleri yorumlanmaya çalışılmıştır.

Tez çalışmasının sonucunda ailelerin çoğunun madde bağımlılığının, bir hastalık olduğunun farkında oldukları, tedavi olmazsa yakınlarının hayatını kaybedeceğinden ve kendilerine zarar vereceğinden endişe duydukları ve yakınlarının çoğunlukla arkadaş çevresi nedeniyle madde kullandığını düşündükleri ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Madde Bağımlılığı, Bağımlı Ailesi, Aile Algısı, Madde Bağımlılığı Tedavisi

SUMMARY

Substance dependence has been remaining a challenge as an important health problem globally. Investigations on both substance dependant and his/her family become widespread. Dependence effects not only the dependant but also the family and those who are affiliated. Therefore implication of the family to the treatment is an supportive factor for the dependant in order to get through dependence in a healthy way and to make a change. I believe that understanding the conditions and perceptions of the family and friends, contributes the struggle with the dependence.

The target of this study is to investigate perceptions of the dependant's family about substance dependence and treatment methods. During the study, 52 volunteer families who applied Bağımlılıkla Mücadele ve Dayanışma Birimi (Fight Against Dependence And Consultation Unit) in Istanbul, have been interviewed. These interviews were based on what family percepiton about dependence as a disease, what kind of a problem they struggle and what they think about the treatment. Family Interview Form is used to get the dataand is analysed to interpret.

As a conclusion of the study; the family of the dependant realises and worries that dependence is a kind of a disease which may cause self harm, and even death unless dependant is not involved in the treatment and mostly effected by his/her friends.

Key Words: Dependence, Substance Dependence, Family of Dependant, Perception of the Family, Treatment of Substance Dependence

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez çalışmasını tamamlarken;

Öncelikle engin bilgilerinden faydalandığım ve bakış açımın genişlemesini sağlayan her biri birbirinden kıymetli Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Sayın Hocalarıma;

Tez sürecinin planlanmasında, araştırılmasında ve yürütülmesinde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Belma GÖLGE'ye;

Araştırma sürecinde desteklerini sunmayı kabul eden sevgili meslektaşlarım Uzm. Psk. Güliz Gülçin ÇAMAŞ, Psk. Esma DEMİRAY, Psk. Erkam ÜNAL, Psk. Gizem ÖZDEMİR BÜKLÜ, Psk. Gonca KARABULUT, Psk. Ceren AĞRALI, Uzm. Psk. Şebnem UYGUN, Psk. Haydar KEŞEN, Psk. Gökçe ERDOĞAN, Psk. Ezgi YALÇIN ve Uzm. Psk. M. Arif YILMAZ'a;

Adli Tıp Enstitüsü'nünde öğrenci olarak geçirdiğim uzun süre boyunca her soruma içtenlikle ve bıkmadan yanıt veren Yüksel GÜVEN ile Öğrenci İşleri'nden Sema SARIOĞLU ÜNAL ve Mehmet SALDIRAN'a;

Varlıklarıyla iyiki hayatımdalar dedirten, isimlerini tek tek sayarak bitiremeyeceğim canım arkadaşlarıma;

Her şeyimi bilen, anlayan ve her zaman yanımda hissettiğim, ailem dediğim can dostum Betül KÜÇÜKÇETİN'e ;

Tez sürecinin başından beri hayatımı kolaylaştırmaya, karşılaştığım problemleri çözmeye çalışan ve benim için benden fazla uğraşan can dostum Duygu GÜLATAR'a ve

Desteği hep birbirimizde bulmaya çalıştığımız kardeşlerim Müştak Duran ve Murat SARIOĞLU'na, ikizim Befru SARIOĞLU'na ve özellikle bu ülkede yaşayan bir kadın olarak hayatımla ilgili kararlarımı almamı ve kendi ayaklarımın üzerinde durmamı sağlayacak şekilde beni büyüten, zorlu büyüme sürecinde bize evde hem anne, hem baba, hem arkadaş, hem de sırdaş olan annem Vesile TURAN'a;

Can-ı gönülden teşekkürü borç bilirim.

Mehlike SARIOĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZET……..……i

ÖNSÖZ…… iii

İÇİNDEKİLER…….…….....iiv

TABLOLAR LİSTESİ…….……vii

KISALTMALAR …….……xi

1. GİRİŞ VE AMAÇ…..……..1

2. GENEL BİLGİLER ……..4

BÖLÜM .1 MADDE BAĞIMLILIĞI ……..4

1.1. Madde Kullanımı……...4

1.2. Maddelerin Sınıflandırılması ve Etkileri……....5

1.2.1 Uyarıcı maddeler…….…….5

1.2.2 Hayal gösterici (halüsinojen) maddeler……8

1.2.3 Baskılayıcı (depresan) maddeler…….....10

1.3 Madde Bağımlılığı (Madde Kullanım Bozukluğu)…….……...13

1.4 Madde Bağımlılığı İle İlişkili Terimler…….…….....15

1.4.1 Bağımlılık……...…….....15

1.4.2 Dayanıklılık (Tolerans)…….……...15

1.4.3 Yoksunluk…….....15

1.4.4 Başarısız bırakma girişimleri…….…….....16

1.4.5 Ayıklık (Abstinens)…….…….……...16

1.4.6 Kayma (Laps)…….……....16

1.4.7 Nüks (Relaps)…….……..…...17

1.5 Bağımlılığın Nedenleri…….....17

BÖLÜM 2. MADDE BAĞIMLILIĞI VE AİLE…….……...……23

2.1 Bağlanma……23

2.2. Sağlıklı ve Sağlıksız Aile Sistemleri……24

2.3 Bağımlı Ailesi Olmak……...28

2.3.1. Bağımlılığın reddi……29

2.3.2 Ailenin süreci……30

2.3.3 Ailede alınan roller……....31

2.3.4 İyileşme sürecinde aile……...32

BÖLÜM 3. MADDE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ…….……..33

3.1 Madde Bağımlılığı Detoksifikasyon Tedavisi……..33

3.2 Remisyon (Yatışma Evresi)……..34

3.3 Madde Bağımlılığında Psikoterapi/Rehabilitasyon……...35

3.3.1 Türkiye'de rehabilitasyon hizmeti veren kurum ve kuruluşlar……...36

3.3.1.1 Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı…...36

3.3.1.2 Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri (BMDB)……36

3.3.1.3 Sancaktepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM) .37

3.3.1.4 Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)……37

3.3.1.5 Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER)……38

3.3.2 Dünyadan Örnekler……..38

3.3.2.1 Almanya……38

3.3.2.2 Amerika Birleşik Devletleri……....39

3.3.2.3 İtalya……40

3.4 Sosyal Hizmet……..40

BÖLÜM 4. SUÇ UNSURU OLARAK MADDE KULLANIMI…….42

4.1 Madde Kullanımı ve Suça Karışma……....42

4. 2. Türk Ceza Kanunu Madde 191……43

4.3. Madde 191 Kapsamında Verilen Kararlar……44

4.4. Tutukluluk ve Denetimli Serbestlik Oranları……45

4.5. Adli Psikiyatrik Uygulamalar……45

4.6. Diğer Ülkelerin Yasal Düzenlemeleri……47

4.6.1 Almanya'da yasal düzenlemeler……47

4.6.2. Hollanda'da yasal düzenlemeler ……..…47

4.6.3. İtalya'da yasal düzenlemeler ……....48

4.6.4. Fransa'da yasal düzenlemeler ……...48

4.6.5. İsveç'te yasal düzenlemeler ……..48

3. GEREÇ VE YÖNTEM……49

3.1. Gereç ve Yöntem……49

3.1.1 Örneklem……..49

3.1.2 Gereç……49

3.1.3 İşlem……...50

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....50

4. BULGULAR……..……..52

5. TARTIŞMA……..…88

6. SONUÇ……..…….…..102

7. KAYNAKLAR…….…...105

8. EKLER……..…...121

EK 1. AİLE GÖRÜŞME FORMU……..…...121

9. ÖZGEÇMİŞ……..…...130

TABLOLAR

Tablo I. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Tablo II. Ailelerin Beyanına Göre Madde Bağımlılarının Demografik Bilgileri

Tablo III. Ailelerin Beyanına Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Kullanım Bilgilerinin Dağılımı

Tablo IV. Ailelerin Başvuru Bilgileri Dağılımı

Tablo V. Aile Beyanına Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Sağlık Kuruluşu Başvurularına Ait Bilgilerin Dağılımı

Tablo VI. Ailelerin Tedavi Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı

Tablo VII. Komşu/Çevreyle Sorun Yaşama Oranlarının Dağılımı

Tablo VIII. Aile İçi Sorunlara İlişkin Cümlelere Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Tablo IX. Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım Cümlelerine Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Tablo X. Aile Üyelerinin Madde Kullanımına İlişkin Verdikleri Cevapların Değerlendirmesi

Tablo XI. Aile Üyelerinin Madde Kullanımının Nedenlerine İlişkin Verdikleri Cevapların Değerlendirmesi

Tablo XII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Yakınları Tarafından Alınan Sağlık Hizmeti Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırması

Tablo XIII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre ‘Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?’ Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

Tablo XIV. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre ‘Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?’ Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

Tablo XV. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Maddenin Etkilerini Bilme/Bilmeme Durumlarının

Karşılaştırması

Tablo XVI. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Maddenin Zararlarını Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XVII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Çevre İle Sorun Yaşama/Yaşamama Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XVIII. Aile Üyelerinin Yaş Aralığına Göre Yakınları Tarafından Alınan Sağlık Hizmeti Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırması

Tablo XIX. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

Tablo XX. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre 'Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

Tablo XXI. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre Maddenin Etkilerini Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XXII. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre Maddenin Zararlarını Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XXIII. Aile Üyelerinin Yaş Aralığına Göre Çevre İle Sorun Yaşama/Yaşamama Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XXIV. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre Yakınları Tarafından Alınan Sağlık Hizmeti Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırması

Tablo XXV. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

Tablo XXVI. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre 'Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

Tablo XXVII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre Maddenin Etkilerini

Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XXVIII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre Maddenin Zararlarını Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XXIX. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlığına Göre Çevre İle Sorun Yaşama/Yaşamama Durumlarının Karşılaştırması

Tablo XXX. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Aile içi Sorunlara Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

Tablo XXXI. Aile Üyelerinin Yaşları İle Aile İçi Sorunlara Verilen Cevapların İlişki Analizi Sonuçları

Tablo XXXII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumuna Göre Aile İçi Sorunların Varyans Analizi Sonuçları

Tablo XXXIII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Madde Bağımlısı Bireylere Yaklaşımlarının Karşılaştırması

Tablo XXXIV. Aile Üyelerinin Yaşları İle Madde Bağımlısı Bireylere Yaklaşımlarının İlişki Analizi Sonuçları

Tablo XXXV. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumuna Göre Madde Bağımlısı Bireylere Yaklaşımlarının Varyans Analizi Sonuçları

Tablo XXXVI. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Madde Kullanımına İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırması

Tablo XXXVII. Aile Üyelerinin Yaşına Göre Madde Kullanımına İlişkin Düşüncelerinin İlişki Analizi

Tablo XXXVIII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumuna Göre Madde Kullanımına İlişkin Düşüncelerinin Varyans Analizi Sonuçları

Tablo XXXIX. Aile Üyelerinin Cinsiyeti İle Ailelere Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanım Sebeplerinin Karşılaştırması

Tablo XL. Aile Üyelerinin Yaşları İle Ailelere Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanım

Bağımlılıkta Aile Algısının İncelenmesi

Sebeplerinin İlişki Analizi

Tablo XLI. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumu İle Ailelere Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanım Sebeplerinin Varyans Analizi Sonuçları

KISALTMALAR

AMATEM : Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi

BADEM : Sancaktepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi

BAYDER : Bağımsız Yaşam Derneği

BMDB : Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimi

CB1: Cannabinoid-1

CB2: Cannabinoid-2

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-5 : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı)

EMCDDA : Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığını İzleme Merkezi

ESPAD : Avrupa Alkol ve Madde Okul Araştırmaları Projesi

HCL: Hidroklorid

IBM: International Business Machines (Uluslarası İş Makineleri)

LSD: Lysergic Acid Diethylamide

MDMA: Ecstasy

SED: Sosyoekonomik Düzey

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TCK: Türk Ceza Kanunu

THC: Tetrahidrokannabinol

YEDAM : Yeşilay Danışmanlık Merkezi

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü

1. Giriş ve Amaç

Sağlık literatüründe yer alan anlamıyla bağımlılık, gelişiminde genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı birincil, kronik nörobiyolojik bir hastalıktır (Toker-Uğurlu, Balcı-Şengül ve Şengül, 2012). Bireylerin yaşam kalitelerine, ruhsal ve bedensel sağlık durumlarına ya da sosyal yaşamlarına zarar vermesine rağmen, kullanılan maddeye engellenmesi zor olan bir istek duymaları ve bu zarar verici davranışı sürdürme durumlarında bireyler *bağımlı* olarak tanımlanırlar.

Enez-Darçın'a (2014) göre bağımlılık bireylerde arkadaş ve sosyal çevre değişikliğine, değişken duygu durumuna, aile içindeki ilişkilerde azalmaya, bireylerin evlerinde daha az zaman geçirmelerine ve yalnız olmayı tercih etmelerine, aşırı para harcamaya, öz bakımın azalmasına, akademik ya da iş başarısında düşmelere, uyku bozukluğuna, dalgınlığa, halsizliğe, yorgunluğa, sinirlilik ve isteksizliğe, beslenme değişikliklerine ve zayıflamaya sebep olmaktadır. Ünal (1991), bağımlılığın ağır bedensel ve psikolojik hastalıklara sebep olmasının yanında, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, aile içindeki çatışma ve gerginliklerin çoğalmasına, boşanmaya, eğer varsa çocukların olumsuz yönde etkilenmelerine, çeşitli ekonomik kayıp ve zararlara, yasalara karşı ve toplumsal kurallarla ilgili sorunlara, yaralamalara ve ölüme neden olabileceğini belirtmiştir. Madde bağımlılığının, aile içinde meydana gelebilmesinin yanında evlilik ilişkisinde, aile içi şiddette, çocuk istismarı ve ihmalindeki etkileri ile bir aile sorunu olarak görülüp, tanımlanmaktadır (Gruber ve Taylor, 2006).

Özersen (2004), aileyi, toplumun bir çekirdeği olarak tanımlamaktadır. Anne, baba ve çocuklardan oluşan bu yapının, yasalarla belirlenmiş olan görevleri yanında kültürel olarak da belirlenmiş birçok görevinin olduğunu ve bu çekirdeğin, bir içyapısının ve kendine özgü kuralları olan bir iç yapılanmasının olduğunu söylemektedir. Her birey içinde yaşamakta olduğu ailesinden etkilenir çünkü ailelerin birey üzerindeki etkisi doğumdan önce anne karnındayken başlar. Bağımlılık ve bağlanma hakkında yapılan bir çalışmada (Sümer, Oruçlular ve Çapar, 2015) bağlanma kuramının

geliştiricisi olan John Bowlby'nin, bireyin duygu düzenleme kapasitesinin çocukluğun erken dönemlerinde bakım veren kişilerle olan ilişki temelinde gelişmekte olduğunu, ilk yıllarda sağlıklı halde olan anne ve bebek arasındaki ilişkiden kaynaklı ortak duygu düzenleme becerisinin, zaman içinde bebeğin kendi duygu düzenleme kapasitesine dönüşmesinde etkili olduğunu belirttiği söylenmektedir. Çalışmada başka bir anlatımla bireyin kendisini ve duygularını kontrol edebilmesi, yani bağımlılığa direnebilmesi için erken dönemde güvenli bağlanmayla kuvvetlendirilmiş bir duygu düzenleme kapasitesinin olması gerektiğine dikkat çekilmektedir.

Madde kullananların olduğu aileler ve kullanmayanların olduğu ailelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada (Bozkurt, 2015), madde kullananların olduğu ailelerin madde kullanmayanların olduğu ailelere göre iletişimlerinde bazı sorunların olduğu ve iletişimlerinin diğer ailelere göre daha sağlıksız ve kötü olduğu, ailede hissedilen duyguların anlaşılmasının pek mümkün görünmediği, aile içinde sarf edilen sözlerle söylenmek istenen sözlerin birbirlerinden oldukça farklı olduğu aktarılmaktadır. Bu çalışmada ayrıca madde kullanımı olan bireylerin olduğu ailelerde, madde kullanımı olmayan bireylerin olduğu ailelere göre, aile olarak genel işlevlerin daha sağlıksız olduğu, aileyi oluşturan üyelerin aralarında fikir birliğini sağlamada zorlandıkları ve beraber herhangi bir etkinlik yapamadıkları, sıkıntı, kaygı, üzüntü veya bir problem ile karşı karşıya kalındığında genellikle ailenin bireye destek olmadığı, aile içerisinde günlük yaşamdaki dertlerin paylaşılmadığı, güven duygusunun ailenin içerisinde tam olarak yerleşmediği sonucuna ulaşılabileceği ifade edilmektedir.

Ögel (2010), bağımlı bir bireye sahip olmanın aile içinde bağımlılığın sonuçlarına katlanmak demek olduğunu, ailenin süreç sonuna kadar bağımlı üyeyle beraber olmak durumunda kaldığını ve ailenin genellikle onun yaşamına uyum göstermeyi tercih ettiğini belirtmektedir. Ögel ayrıca bunun sağlıklı bir uyum olmadığını ve bağımlılığın ilerlemesine neden olduğunu ifade etmekte ve bu yüzden bağımlılığın *aile hastalığı* olarak ele alınması gerektiğini söylemektedir. Bununla beraber kişinin tedavisinde ailenin etkisi de önemlidir. Ögel'in arkadaşlarıyla beraber 2004-2006 yılları arasında yaptıkları çalışmada Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezleri(AMATEM)'nde

yatarak tedavisini sürdüren hastalarda; aile ve arkadaşlarının, bu kişileri tedaviye yönlendirmelerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırma sonucunda 2004 senesinde %32, 2005 senesinde %33, 2006 senesinde ise %26,7 ile ortalama %30 civarında bir etki görüldüğü bildirilmektedir.

Ailelerin tedavi süreçlerine birer grup üyesi olarak katılmaları ve destekleyici bir rol üstlenmeleri, nüksetmenin önlenmesinde, kişinin temiz kalma zamanının uzaması ve alkol ya da maddelerin kötüye kullanılmasına sebep olan çatışmaların çözümlenmesinde son derece gereklidir (Saatçioğlu, Erim, Çakmak, 2006). Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro ve Henderson (2004), madde bağımlılığında aile terapisi ile aynı yaşta kişilerle yapılan akran grup terapisinin etkilerini karşılaştırmış ve koruyucu süreçleri teşvik etme açısından aile terapisinin akran grup terapisine göre daha faydalı olduğunu belirtmişlerdir.

Bu noktada ailenin bağımlılığı ve tedaviyi nasıl algıladığı önem kazanmakta olup araştırma buradan doğmuştur. Araştırmanın amacı İstanbul ilinde bağımlı bireylere ve ailelerine yönelik hizmet veren bazı Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri(BMDB)'ne, madde bağımlısı yakınlarının tedavi edilmesi talebiyle başvuran ailelerin başvuru neden/nedenlerinin ve yaşadıkları sorunların anlaşılması ve ayrıca madde bağımlılığına ve tedavisine ilişkin algılarının incelenmesidir.

2. Genel Bilgiler

Bölüm 1. Madde Kullanımı Ve Bağımlılığı

DSM-5'de, madde kullanımının; *alkol, kafein, kannabis, hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer bilinmeyen maddeler* olarak 10 kümeye ayrıldığı bilinmektedir. Kitapta ayrıca kötüye kullanılabilen maddelerin ödül dizgelerini etkinleştirmesine benzer bir biçimde etki göstermesi ve madde kullanım bozukluklarının yarattığına benzer kimi davranışsal belirtilere neden olması nedeniyle kumar oynama bozukluğu *maddeyle ilişkili olmayan bozukluklar* kapsamında yer almıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

DSM 5'te *bağımlılık* sözcüğünün maddelerin zorlantılı bir biçimde, alışkanlık olarak kullanımı ile ilgili ağır sorunları tanımlamak için bir çok ülkede yaygın olarak kullanıldığı belirtilerek bu terim kitapta kullanılmamıştır. Bunun yerine ağır olmayan biçiminden, süreğen depreşen ağır duruma dek değişen aralıkta, zorlantılı madde kullanımı için daha yansız ve yüksüz olarak görülen bir tanımlama olan *madde kullanım bozukluğu* ifadesi kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Bu çalışmada yaygın bilinirliği ve okuyucu kolaylığı amacıyla *madde bağımlılığı* terimi kullanılmış ve *madde bağımlılığı* terimi ile alkol, tütün ve kafein dışındaki maddeler odak alınmıştır.

1.1 Madde Kullanımı :

Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından tanımlanan *madde kullanımı*, biyolojik etkilere bağlı olarak beden, ruh ve toplumsal sorunlar ortaya çıkartarak, bağımlılık oluşturan maddelerin sahte bir iyi olma durumu gerçekleştirmek amacıyla vücuda alınmasıdır (Bozkurt, 2015).

Bayram'a (2013) göre, madde kullanımı global ölçekte bir olgudur. Türleri, boyutları ve özellikleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, dünya üzerinde birçok ülke ve toplum bağımlılık yapan maddelerden etkilenmektedir.

Avrupa Alkol ve Madde Okul Araştırmaları Projesi(ESPAD)'nin 2015 yılı raporunda yeni

psikoaktif maddelerin yaşamboyu deneyim oranı %4 olarak açıklanmıştır. Araştırmaya katılan ülkelerde en yüksek oran %10 ile Estonya ve Polonya'da; en düşük oran ise %1 ile Belçika, Danimarka, Finlandiya, Norveç ve Portekiz'dedir. Öğrencilerin %30'u yasadışı maddelerin ulaşımının kolay olduğunu belirtmişlerdir.

Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığını İzleme Merkezi(EMCDDA)'nin 2017 yılı raporuna göre ise 21 Avrupa Birliği ülkesinde 15-16 yaş grubundaki gençlerde madde kullanımının yaygınlığı %8, ABD'de ise bu oran %15'tir.

Ülkemizde ise 2018 yılında Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından yapılan bir saha araştırmasında araştırmaya katılanların %3,1'i hayatları boyunca en az bir kere madde kullandığını belirtmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2018).

1.2 Maddelerin Sınıflandırılması ve Etkileri :

Bu bölümde bağımlılık yapıcı maddeler insan vücuduna etkileri açısından 3 ana sınıfta ele alınmaktadır: *uyarıcı, hayal gösterici (halüsinojen) ve bastırıcı (depresan) maddeler*. Her sınıfın içinde yer alan doğal ve sentetik maddelerin etkileri şunlardır:

1.2.1 Uyarıcı maddeler :

Doğal formları *kokain, toz, crack, nikotin (tütün) ve kafeindir.* Sentetik formları *amfetamin türevleri (amfetamin, metamfetamin), Ecstasy(MDMA), Fenetilin(Captagon) ve Katinon türevleri (Mephedrone)'dir.*

Kokain, Güney Amerika'da yetişen bir bitki olan koka'nın yapraklarından elde edilir. Kokain hidroklorid(HCL) acı tatlı, beyaz renkte ve ince bir toz halindedir. Çok hızlı ve güçlü bir bağımlılık geliştirir. Çok güçlü merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır (Çetin, 2013). Kişinin özgüvenli, iyimser hissetmesini sağlayan hoşa giden etkileri vardır (Bernstein, Roy, Srull, Wickens, 1988). Kullanımı

takiben kalp atışında hızlanma ya da yavaşlama, göz bebeklerinde büyüme, kan basıncında değişiklik meydana gelir. Yüksek doz kullanımda kalp ritminde artış, sinirli olma hali, yüksek riskli cinsel girişimler, saldırganlık, göğüs ağrısı, kas zayıflaması, solunum güçlüğü görülebilir (Ögel, 2017).

Crack, kokaine göre fiyat olarak daha ucuz ancak daha tehlikeli bir uyuşturucu türüdür. Yakılarak içilir. Tütün içerisinde ve nargile ile kullanılır (Gezek, 2007). Kullananlarda aşırı hareketlilik, sinirlilik ve kızgınlık görülür. Başka uyuşturuculara göre daha çabuk bağımlılık yaptığı, oluşturduğu iştahsızlık nedeniyle zayıflamaya sebep olduğu ve bronşit gibi solunum hastalıklarına yol açtığı bildirilmektedir (Şahin, 2007).

Nikotin, tütünün özgün maddesidir. Koyu renkte ve sıvı haldedir. Merkezi ve otonom sinir sisteminde asetilkolin reseptörleriyle birleşerek etki yapar, karaciğerde yakılarak, idrarla atılır. Adrenalin, nöradrenalin salgısını artırır. Merkezi sinir sisteminde çizgili kaslar üzerinde etkili olarak gevşemeye, iştahın azalmasına, uyarılabilmede azalmaya, öğrenme ve dikkat de ise artmaya neden olur. Nikotin beyinde epinefrin, norepinefrin ve serotonin salınımını arttırır (Ergün, 1998). Tütün, akciğer ve larinks kanserleri (Newcomb ve Carbone, 1992) ile kronik bronşit, amfizem, koroner arter hastalığı ve serebrovasküler olaylar gibi birçok hastalığa (McBrade, 1992) neden olmaktadır.

Kafein, doğada bir çok bitkinin meyve, tohum ve yapraklarında bulunur. En çok bilinen türleri çay yaprakğı, kahve, kakao çekirdeği ve kolanın tohumudur (Garipağaoğlu ve Kuyrukçu, 2009). Düşük ve orta düzey kafein alınması keyif verir, enerjiyi ve sosyalliği arttırır. Bu etkiler olumlu sayılabilecek etkilerdir. Yüksek düzeyde kullanılması tedirginliğe ve huzursuzluğa neden olabilmektedir (Costa, Bottton, Mioranzza, Souza ve Porciuncula, 2008).

Amfetamin, daha çok performans arttırma amacıyla kullanılır. Alımından sonra kan dolaşımının hızlanmasından dolayı tüm duygular harekete geçer. Kullanan kişiler uzun süreler boyunca

uykusuzluğa dayanabilmektedir (Enez-Darçın, 2014). Hiperaktivite, öfori, kendine güvende artış, konuşkanlık, uyanıklık, iştahsızlık gibi psikomotor etkileri yanında cinsel dürtülerde ve kan basıncında artış, gastrointestinal sistemde yavaşlama görülmektedir (Kılıç, 2016). Uzun süren kullanımlarda ise uyku bozukluğu, huzursuz hissetme, şüpheci düşünceler, düşmanlık ve konfüzyon yapmaktadır (Enez-Darçın, 2014).

Metamfetamin kimyasal olarak amfetamin ile yakından ilişkilidir ve daha güçlü etkiye ve daha uzun yarılanma süresine sahip olması nedeniyle daha büyük zarar verme potansiyeli olan bir maddedir. Metamfetaminin kısa süreli etkileri öfori, atiklik, uyanıklık, artan güven, hiperaktivite ve iştahsızlığı kapsar. Yüksek dozda metamfetamin saldırganlık, huzursuzluk, tekrarlı davranışlar, ajitasyon, konfüzyon, kaygı, sinirlilik, disfori, şiddet davranışları, psikomotor bozukluklar, işitsel halüsinasyonlar, panik ve paranoyaya neden olur (Evren ve Bozkurt, 2018).

MDMA(Ecstasy), amfetamin türevidir, uyarıcı olmasının yanında halüsinojik etkileri de vardır. Oral yolla alınır ve genelde eğlence amaçlı yerlerde bulunur. Canlı hissetme, hareketli olma hali, enerjide artma, karşı cinse yakın olma, güven hissetme, sıcaklık etkilerindendir. Uyku ve yorgunluk hissini bloke eder. Acıkma ve susama hislerini bastırdığı için koruma mekanizmalarında sıkıntılara neden olur. Obsesif davranışlar, korku ve paranoid düşüncelerin oluşması, saldırganlık, uyku ve yemede bozukluklar görülür (Ögel, 2017). Mathias'ın (1999), ecstasy'nin beyin üzerindeki etkilerini incelediği çalışması sonucunda ecstasy kullanan ve kullanmayan bireyler karşılaştırıldığında ecstasy kullanan kişilerin görsel ve sözel hafızalarında önemli düzeyde bozulma olduğu ortaya çıkmıştır.

Fenitilin(Captagon), önceden Almanya'da yasal biçimde üretilmekte iken suistimalinin çoğalmasıyla üretimine son verilmiştir. Üretimin durmuş olması ile birlikte yasadışı yollardan, yüksek kazanç amacıyla çeşitli ülkelerde yasadışı olarak üretimi başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde

özellikle de yine Almanya ve Hollanda'da üretimi sürmektedir. Amfetamin türevlerindendir. Bu maddenin kullanımı özellikle Arap ülkelerinde yaygındır (Şahin, 2007).

Katinon, doğal bir madde olarak *Catha Edulis(khat)* isimli bitkide bulunur. Khat, Afrika Boynuzu'nda ve Arap Yarımadası'nın güneybatısında yetişmekte olan, çiçekli, yaprakları mevsimsel olarak dökülmeyen bir bitkidir. Çok uzun yıllar boyunca taze khat yapraklarının çiğnenmesi, keyif vermesinden dolayı yerel toplumlarda, kültürel ve dini toplantılarda bir gelenek olarak kullanılmıştır. Sentetik katinonlar mephedron, metilondur. Kokain ve amfetamin benzeri etkileri bulunmaktadır (Aşıcıoğlu ve Mutlu, 2018).

1.2.2 Hayal gösterici (halüsinojen) maddeler :

Halusinojenlerin, algılamayı değiştirerek, rüya benzeri durumlar oluşturma özellikleri vardır. Alınan maddenin etkisi ile çevrede parlak ve renkli değişiklikler olur, sürekli değişen şekil ve renkler görülür. Bu maddeleri kullananlar mantıklı düşünemez, sağlıklı karar veremezler (Mycek vd., 1998). Doğal formları *kannabis (kannabinoid) türevleri (esrar, kubar, likit esrar) ve meskalindir.* Sentetik formları *Lysergic Acid Diethylamide*(*LSD) ve Sentetik Kannabinoidlerdir.*

Kannabisin(Kannabinoid) doğal ve sentetik formları bulunmaktadır. Vücudumuzda bulunan endojen kannobinoid reseptörlerine bağlanırlar. Howlett ve arkadaşları (2002), reseptörlerin tip 1(CB1) ve tip 2(CB2) olmak üzere 2 alt çeşidi bulunduğunu belirtmişlerdir. Korteks ve hipokampusta bulunan reseptörler öğrenme ve bellek üzerindeki etkileriyle, bazal gangliyonlar ve serebellumdaki reseptörler motor fonksiyonları bozucu etkileriyle, nükleus akkumbens ve ventromedial striatumdakiler ise bağımlılık yapıcı etkileri ile ilişkilendirilmiştir (Özbay, 2016).

Esrar, hint kenevirinin tohum yataklarının işlemden geçmesiyle elde edilmektedir. Kannabinoidlerin arasında en çok esrarda bulunan ve esrarın etkilerinin sebebi olan etkin madde Tetrahidrokannabinol- Δ9-THC /Δ9'dur (Çetin, 2013).

Yılmaz'a göre (2015) esrar kullananların dışarıdan belli olan belirgin özellikleri gözlerinin kızarmasıdır. Ayrıca ağız kuruluğu, açlık hissi, uykulu bir durum, fazla terleme, solmuş bir yüz esrarın diğer etkileridir. İlk kullanımda neşe ve konuşkanlık artarken bir süre sonra etkisinin değişmesiyle hayal gösteren bir niteliğe sahip olmaktadır. Panik ve ölümden korkma başlar, ışığa karşı hassasiyet artması gibi etkileri görülmektedir.

Arseneault ve arkadaşları, erken yaşta (15 yaş) esrar kullanımının geç yaşta esrar kullanımına (18 yaş) kıyasla şizofreniyle sonuçlanma riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Arseneault, Cannon, Poulton, Murray, Caspi ve Moffitt, 2002).

Kubar, *marijuana*'nın ülkemizdeki adıdır. İnce elekten geçen ilk kalite esrara *haşiş*, elde edilen ikinci kalite esrara ise m*arijuana* adı verilir (Yılmaz, 2015). Marijuananın içindeki kimyasallar nedeniyle vücuttan tamamen atılması uzun sürer. Uzun veya kısa süreli hafıza kayıplarına, nesnelerin hareketlerini takip edememeye ve görme bozukluklarına neden olabilir. Solunumda bozukluklar ve akciğer kanseri gibi hastalıklara yol açabilir. Erkeklerin sperm sayıları ve hareketlerinde, kadınların doğurganlıkları üzerinde olumsuz etkileri vardır (Vardarlı'dan akt. Bozkurt, 2015).

Likit esrar, kenevir bitkisinden elde edilmekte olup, etkisini normal esrara göre daha fazla ve hızlı bir şekilde göstermektedir. Likit esrar tok konsantre halde bulunmaktadır. %20-60 arasında THC maddesini içermektedir. Esrar reçinesinden 3-4 kat daha güçlü olma özelliği taşımaktadır. Bu maddenin sigara üzerine damlatılarak veya içeceklerin ve piponun içerisine konularak kullanımı oldukça yaygındır. Bazı durumlarda kek gibi yiyeceklerin içerisine karıştırılmakta ya da çay gibi demlenerek içilmektedir. Etkisi normal esrara benzemekle birlikte daha fazla ve süratli olmaktadır (Yılmaz, 2015).

Meskalin ise *Poyete kaktüsü*nün başlıca aktif maddesidir. Bu kaktüs Meksika ve Güneybatı Amerika yerel halkının çok eskiden bu yana bildikleri ve kullandıkları bir bitki türüdür. Etkisi LSD'ye benzer. Işık ve renklerle ilgili şiddetli halüsinasyonlara neden olabilir. Kullanımdan sonra

görsel etkiler artmaya başlar; görsel halüsinasyonlar, öforik duygu durum, etrafa karşı ilgisizlik hali, derinlik, zaman ve yer algılarını sağlayamama, uykusuzluk ve zayıflık görülür (Ögel, 2017).

Sentetik kannabinoidler(SK), Avrupa'da *Spice,* ABD'de *K2*, ülkemizde *Bonzai* ya da *Jamaika* ismiyle bilinmektedir (Evren ve Bozkurt, 2013). İnternette bitkisel tütsü olarak satılmaya başlamış, içilmesiyle görülen uyuşturucu etki sosyal medya ve özellikle madde forumlarında konuşulup tartışılmaya başlayınca SK'ler son derece hızlı bir şekilde popüler olmuştur (De Jager, Warner, Henman, Ferguson ve Hall, 2012). Kara'ya (2017) göre SK'lerin kullanılmasıyla kişide görülen genel etkiler, genellikle terleme hali, titreme, mide bulantısı ve kusma, iştahta değişiklikler, tansiyonda değişiklikler, göğüste ağrı, taşikardi, bradikardi ve solunum sorunlarıdır.

LSD, ilk kez çavdarın küflenmesiyle içinde oluşan bir asitten elde edilmiştir, birçok şekilde üretilebilmekte olup genelde sıvı formdadır (Şahin, 2007). Kullanım sırasında gözlenen etkileri göz bebeklerinde küçülme, kalp ritminde artış, kan basıncında ve vücut ısısında artma, terleme, iştahsızlık, uyku, ağız kuruluğu ve titreme olarak belirtilebilir (Gezek (2007). Psikoz belirtilerine benzer psikolojik etkiler göstermekle beraber pozitif duygulanım da görülebilir (Carhart-Harris vd, 2016). Yoğun olarak canlı resimler, halüsinasyon görmeye yeter, kullanıcının tüm duyuları hassaslaşır, kişi ruhunun bedeninden ayrılabileceğine, suyun üzerinden geçebileceğine, gelen aracı durdurabileceğine inanır. Yaşamındaki kötü anlarını yoğun bir şekilde tekrar yaşamaya başlar ve depresyona girebilir (Tuzcular'dan akt. Bozkurt, 2015).

1.2.3 Bastırıcı (depresan) maddeler :

Bu maddeler merkezi sinir sistemini yavaşlatan maddelerdir. Doğal formunda *alkol, opiyatlar (afyon, morfin, eroin, kodein)* bulunmaktadır, sentetik formunda ise *barbitürat, trankilizan ve uçucular* yer alır.

Alkol, psikoaktif maddeler içerisinde en çok kullanılan maddelerden biridir. İçki olarak kullanılan alkol, etil alkoldür (Acar, 2006). Renksiz, kokulu ve acı bir sıvıdır. Düşük kan düzeylerinde öfori ve

keyif verici etki, düzey biraz daha artınca anksiyolitik etki gösterir (Ersan, 2014). Schuckit'e (2007) göre kanda alkol düzeyi arttıkça; düşünce, yargılama ve kendini kontrol edebilme bozulur, istemli motor hareketler beceriksiz bir hal alır, beynin tüm motor alan fonksiyonları baskılanır. Schuckit, yüksek düzeylerde alkol kullanımında beynin kontrol ettiği nefes alma, kalbin atmasının kontrolü gibi temel işlevlerin etkileneceğini ve ölüme neden olabileceğini söylemektedir.

Alkolün uzun süreli kullanımı sonucunda karaciğerde siroz, kalp yetmezliği, yüksek tansiyon, kansere karşı duyarlılığın artması, endokrin salgıları ve pankreasta hasar gözükebilir (Davison ve Neale, 1998).

Afyon(Opium), haşhaş bitkisinin kapsüllerinden elde edilir. Morfin ve kodein başta olmak üzere 24 tane alkaloidi vardır (Arslan, Katar, Kayaçetin ve Subaşı, 2008). Acar'a (2006) göre afyon haşhaşın olgunlaşmamış kovuk şeklindeki meyvelerinin çizilip özünün (süt renginde yapışkan bir maddedir) alınmasıyla elde edilir. Bitkiden sıvı olarak sızan afyon biraz bekleyince havayla temasından dolayı hem rengi hem de kendisi koyulaşır. Bu tarzına afyon sakızı denir ve en ilkel kullanım şekli bu şekilde çiğnenerek kullanımıdır. Bozkurt (2015) afyonun etkilerini, var olan ağrıları azaltma, üzüntülerin kaybolması, sıkıntıların geçmesi ve geçici bir keyif hali olarak belirtir. Ancak görülen bu keyif veren hal çok kısa sürmektedir. Bu aşamadan sonra bulantı, baş dönmesi, cilt renginin solması, kalp ritmi ve solunumun yavaşlaması ile birlikte zehirlenme durumu oluşur. Vardarlı (akt. Bozkurt, 2015), afyonun fazla miktarda ve aniden alınmasının kullanan kişi için komaya girme ve ölümle sonuçlanan tehlikelerinin olduğunu belirtmektedir.

Morfin alışkanlık yapan bir madde olup, sadece tıbbi alanda kullanılması uygundur. Rengi beyaz, tadı çok acı, kokusuz olup suda eriyebilmektedir (Yılmaz, 2015). Morfin, merkezi sinir sistemini etkileyen bir psikoaktif maddedir Çok az miktarlarda kullanıldığı zaman bile beyin korteksini etkilemektedir. Böylelikle otokontrol ve refleks merkezlerini baskı altına alır. Ayrıca ağrı merkezleri de bu maddenin etki alanına girer. Kullanılan miktar artırıldığında kişinin kendisine olan güveni artar, neşelenir, açlık, yorgunluk ve acı hissetmez. Hemen ardından da kullanıcı tarafından

yoğun bir sıkıntı hissedilir (Babaoğlu, 1997).

Eroin ilk kez 1874'te morfinden elde edilmiş olup kullanıldığında kısa süreli ve yoğun öforik duygu durumu oluşmasını sağlayan, yaygın olarak hızlı tolerans ve yoksunluk hali oluşturduğu için şiddetli bağımlılık geliştiren bir maddedir (Kalyoncu, 2005). Başlangıçta endişe, sıkıntı ve gerginliği azaltır, geçici ferahlık verir, rüya alemine daldırır ve düşünceler zorluk olmadan açığa çıkar. Bu geçici etkisinden sonra kişide uyuşukluk meydana gelir. Zihinsel bulanıklıklar olur ve düşünce sırasında fikir akışını sürdürmek zorlaşır. Hareketlerde azalma, çevreye karşı ilgisizlik ve karakter yıkılması başlar (Acar, 2006). Kişiler yoksunluğunda kusma, aşırı terleme, mide krampları geçirme, tüm vücutlarında hissettikleri ağrı, burun akıntısı, sıcak-soğuk kızarmalar, depresyon gibi sorunlar yaşamaktadırlar (Gezek, 2007).

Kodein haşhaş kozası ve afyondan elde edilmektedir. Medikal alanda kullanılmakta olan kodein çoğunlukla morfinden elde edilir. Ağrı kesici olarak etkisi morfinin onda biri kadardır (Şahin, 2007).

Ögel'e (2017) göre opiyat grubu maddeler (morfin, eroin, kodein vb) kullanıldıktan sonra kol ve bacaklarda oluşan ağırlık hissi olarak kendini gösterirler. Keyif verici dönemden sonra sakinlik ortaya çıkar. Hareketler ve konuşmalarda yavaşlama görülür, dikkatte ve bellekte bozulmalar, solunumda yavaşlama, göz bebeklerinin küçülmesi, kan basıncında ve kalp ritminde azalma, durgunluk, solmuş bir yüz, ağır ve yavaş hareket ve yürümede dengesizlik görülür.

Barbitüratlar ve trankilizanlar ilaç grubudur. Barbitüratlar sakinleştirici özellik göstermektedir. Sentetik bir halde değişik boyut, hacim ve renklerde tablet biçiminde üretilirler. Medikal alanda kullanılan 30 kadar türü bulunmaktadır. Genellikle bireyin sakinleşmesi ya da uykuya dalmasının kolaylaşması için doktorun kullanıldığı ilaç türleridir. Yüksek doz kullanımında kişinin bilinçsiz bir durumda kendisini kaybetmesine neden olabilir (Şahin, 2007). Trankilizanlar, stresin etkilerini, sıkıntıyı, gerginliği, endişeyi azaltan veya yok olmasını sağlayan ilaçlardır (Ayhan-Kılcıgil, 2017).

Uçucu madde kullanımı 7-19 yaşları arasında yaygındır. Ucuz ve bol bulunduğu için çocuklar ve

ekonomik yönden zayıf olan gençler tarafından tercih edilmektedir. Uçucuların hemen tamamı solunum yoluyla alınır (Acar, 2006). Nefes yoluyla çekilen maddeler akciğerler tarafından hızlıca emilir ve kana karışarak kısa yoldan beyne ve diğer organlara gider. Uçucuların içindeki kimyasal maddeler farklı etkilere sahip olsalar da bu maddeler genellikle alkol zehirlenmesine benzer bir durum yaratmaktadır. Kullananlar genellikle heyecan, coşku, dışa dönüklük, konuşma bozukluğu, planlama eksikliği ve baş dönmesi gibi etkiler yaşamaktadır (Ercan'dan akt. Gezek, 2007).

1.3 Madde Bağımlılığı (Madde Kullanım Bozukluğu) :

Madde bağımlılığı; kullanılan maddenin bireyin hayatında merkezi bir rol oynamasına, kişinin madde kullanımı üzerindeki kontrolünü sağlayamıyor olmasına ve maddeye bağlı bedensel ve ruhsal sorunlar yaşamasına neden olan geniş bir kavramdır. Madde kötüye kullanımı ise bir yıl içinde, tekrar eden biçimde, muhtemel sosyal ve yasal sorunlara yol açabilen veya fiziksel tehlikelere yol açacak seviyede madde kullanımının olmasıdır (Peksaygılı'dan akt. Durdu, 2009).

Dünya genelinde yapılan araştırmalara göre madde ve alkol bağımlılığı olan kişilerin sayısı 1990 yılında 115,35 milyon (37,95 milyon kadın, 77,4 milyon erkek) kişiyken; 2016 yılında 162,8 milyon (52,05 milyon kadın, 110,75 milyon erkek) kişidir (ourwordindata.org).

DSM-5'te her madde sınıfı için ayrı ayrı tanı ölçütleri verilmiş, her maddeye özgü kullanım bozukluğu, entoksikasyon, yoksunluk, maddenin sebep olduğu diğer bozukluklar ve maddeyle ilişkilendirilmiş tanımlanmamış bozukluklar açıklanmıştır. Kullanım bozukluğu kriterleri bir çok madde için ortak olup bu ortak özellikler aşağıda sıralanmıştır, kriterlerin değerlendirilmesi için en az oniki aylık süre içinde aşağıdaki maddelerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik olarak görülen bir sıkıntıya sebep olan ya da işlevsellikte azalmaya neden olan sorunlu bir madde kullanım şeması bulunmalıdır :

1. Birçok defa planlanandan daha fazla miktarda ya da daha uzun süre madde alma.

2. Madde kullanmayı terk etmek ya da denetlemek için sürekli bir istek duyma ya da sonuç vermeyen uğraşların olması.
3. Maddeye ulaşmak, kullanmak ya da gösterdiği etkilerden kurtulmak için gereken etkinliklere fazla zaman ayrılma.
4. Madde kullanmaya aşırı özenme ya da madde kullanmak için çok fazla istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme durumu.
5. İş, okul ya da evde konumunun getirdiği sorumluluklarını yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayıcı madde kullanımının olması.
6. Maddenin etkilerinin sebep olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrar eden toplumsal ya da kişiler arası problemler oluşmasına rağmen madde kullanımına devam etme.
7. Madde kullanımı nedeniyle önemli bir takım gerek toplumsal gerekse işle ilgili etkinliklerin veya eğlenme-dinlenme etkinliklerinin terk edilmesi veya azaltılması.
8. Tekrarlayan bir şekilde tehlikeli olabilen durumlarda madde kullanma.
9. Büyük bir ihtimalle maddenin sebep olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayan bedensel ya da psikolojik bir sorunu olduğu bilgisine rağmen madde kullanımına devam etme.
10. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere dayanıklılık (tolerans) geliştirmiş olma:
    a. Esrikliği ya da istenen etkiyi elde etmek için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma ihtiyacı
    b. Aynı miktarda madde kullanımının devam ettirilmesine karşın belirgin olarak daha az etki elde edilmesi (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

DSM-5'te her madde için yoksunluk belirtisi tanımlanmadığından ortak özellik olarak burada belirtilmemiştir. Kenevir; opiyatlar; dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici maddeler ve uyarıcılar için tolerans gelişmesi kullanım bozukluğunun belirleyicilerindendir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.4 Madde Bağımlılığı İle İlişkili Terimler

Aşağıda madde bağımlılığı ile ilişkili bazı terimler açıklanmıştır :

1.4.1 Bağımlılık:

Townsend'e (2013) göre bağımlılık *fiziksel ve psikolojik bağımlılık* olarak ikiye ayrılır. Ögel (2017) fiziksel bağımlılığı, fizyolojik olarak maddeye duyulan istek olarak tanımlamaktadır. Köknel (1998), maddenin kullanılmaması ya da az miktarda kullanılması ile gözüken yoksunlukta bireylerde, kuvvetli baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, terleme, iştah kaybı, ishal, uykusuzluk, taşkınlık, kasılmalar, sara nöbetleri gibi fiziksel belirtiler gözüktüğünü aktarmaktadır.

Psikolojik bağımlılık, bir maddenin kullanılmasıyla kişide zevk alma duygusunun ortaya çıkması veya huzursuzluktan kaçınmak için maddeye düşkünlük biçiminde tanımlanabilir (Townsend, 2013). Psikolojik bağımlılıkta madde kullanıldığında doyuma ulaşma, rahatlık hissi ve haz alma meydana gelmektedir. Fiziksel bağımlılık çabuk sona erebilir fakat temel problem ruhsal bağımlılığın sona erdirilmesidir. Bu uzun ve zorlu bir süreçtir (Ögel, 2017).

1.4.2 Dayanıklılık (Tolerans)

Erdem'e (2014) göre, maddenin belli bir süre alınmasından sonra oluşan, başlangıçtaki keyif verici etkinin giderek azalmasını ve etki süresinin kısalmasını önlemek amacıyla kullanıcının, maddeyi giderek artan dozlarda uygulamasına *tolerans gelişmesi* denir. Tolerans kavramından bahsederken *çapraz tolerans* kavramına da değinmekte fayda vardır. Tosun (2002), çapraz toleransı bir maddeye karşı gelişen toleransın aynı sınıftan veya aynı gruptan olan diğer maddeler içinde geçerli olması şeklinde tanımlamaktadır.

1.4.3 Yoksunluk

Oltmanns, Neale ve Davison'a (1995) göre yoksunluk, madde kullanan bireylerin, maddeyi ani olarak ya da kademeli olarak azaltma teşebbüsüne eşlik eden hoş olmayan tepkilerdir. Ersoy'a (akt.

Oktay, 2017) göre, bu tepkilerin en bilinenleri saldırganlık, dengesizlik, depresyon ve kendini rahatlatma isteğidir. Yoksunluk krizi bağımlılığın devam ettirilmesinde çok kritik bir öneme sahiptir. Başlarda keyif verme amacıyla oluşan madde arama davranışı ilerleyen dönemlerde tamamen yoksunluk krizinden kaçınma amacına hizmet eder (Uzbay, 2009).

1.4.4 Başarısız bırakma girişimleri

Bağımlılıkta bırakma girişimleri yaygındır. Bırakmayı deneme ve sürdürme aşamasına gelmiş olan kişilerin ilk aşamalara dönmesine sıklıkla rastlanır. Madde kullanımını bıraktıktan sonra yeniden başlayan kişilerin %15'i tekrar bırakmayı düşünmezken, kalan %85'i düşünme ve bırakmaya hazırlık aşamalarına tekrar dönerler (Taş, Seviğ ve Güngörmüş, 2016). Kişi bırakır, tekrar başlar. Bu süreç genelde kısır bir döngü haline gelir. Madde kullanılmadan geçen süreler genellikle kısadır. Bağımlılıkta önemli olan maddeyi bırakmak değil tekrar başlamamaktır (Ögel, 2014).

1.4.5 Ayıklık (Abstinens)

Bağımlı bireyin kullanmaya devam ettiği maddeyi bırakması ve o maddeden uzak durmasıdır. Bu terim remisyon ile karıştırılmamalıdır; remisyon (düzelme) ayıklığın sürmesi, hastalığın belirtilerinin kısmen veya tamamen ortadan kalkmasıdır (Tosun, 2002). Bırakma düşüncesine sahip kişilerin yaklaşık %5'i yeniden başlamadan bırakmayı devam ettirme aşamasına ulaşırlar (Taş vd, 2016).

1.4.6 Kayma (Laps)

Kullanılan maddenin bırakılmasından sonra yeniden kullanılmasına *kayma* denir. Kayma, erken, kısmi ve tam kayma olarak aşamalara sahiptir. Erken kayma, kişinin bırakmadan sonra ilk kullanımına verilen addır. Kısmi kaymada ara sıra kulanım söz konusuyken tam kayma eski kullanım sıklığına ulaşmayı ifade eder. Kişilerin maddeye tekrar başlayacaklarını işaret eden bazı ipuçları vardır. Bunları fark edebilmek kişinin erken kayma durumunu önlemeye yardım eder. (Dilbaz, Enez-Darçın, Nurmedov, Noyan, Başabak ve Mordağ, 2013).

1.4.7 Nüks (Relaps)

Türk Dil Kurumu'na göre *nüks*, hastalık ya da başka bir durumun yeniden çıkması olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr). Daley ve Douaihy, (2015) nüksü iki bakış açısıyla tanımlar; madde kullanımının tekrar başlaması olayı ve temiz olunan dönemin ardından tekrar madde kullanımına yol açan sağlıksız alışkanlık ve tutumlara geri dönme süreci. Yapılan bir araştırmada bağımlılığı olan kişilerin %50-60 veya daha fazlasının detoksifikasyon sürecinden sonra birkaç ay içinde yeniden madde kullanmaya başladıkları yani hastalıklarının nüks ettiği belirlenmiştir (Walton, Castro, Barrington, 1994).

1.5 Bağımlılığın Nedenleri

Bağımlılığın sebebi olarak yalnızca bir durumdan bahsetmek pek mümkün değildir. Bugüne kadar kişilerin niye bağımlı olduğunu anlamak için bir çok araştırma yapılmıştır ve psikolojik, biyolojik, sosyokültürel, kalıtımsal etkenlerin, kişisel özelliklerin ve ruhsal sorunların bireyi bağımlılığa götüren yolda etkili olduğu anlaşılmıştır. Güler-Akın'ın (2013), denetimli serbestlik kapsamında takip edilen hastalarla yaptığı çalışmasında yer alan ve Aile Araştırma Kurumu'nun, 1996 yılında Bakırköy Akıl Vakfı'na yaptırdığı anket çalışmasından aktarımına göre, bağımlılar arasında;

- %68'inde ailevî sorunlar,
- %74'ünde arkadaş etkisi,
- %63,9'unda merak etme,
- %71,1'inde sorunlar ile baş etme,
- %68,8'inde zayıf iradeli olmak,
- %40'ında yasalara karşı koymak,
- %44,8'inde ise toplumdan dışlanmak, madde kullanımı için en önemli etkenler olarak saptanmıştır.

Ögel (2010), bağımlılık için riskli etkenler kadar koruyucu etkenlerin de önemli olduğundan, hem

koruyucu hem de riskli etkenlerin bir arada değerlendirilmesi gerektiğinden bahsetmiştir ve bağımlılıktan koruyucu etkenler olarak aşağıdakileri belirtmiştir:

- Aile bağlarının güçlü ve pozitif olması,
- Anne-babanın çocuklarının sosyal çevreleri ve neler yaptıklarını biliyor olması,
- Aile içindeki kuralların anlaşılır, açık olması ve tüm ailenin bunlara uyması,
- Ebeveynlerin çocuklarının ilgi alanları ve yaşamlarına ilgili olmaları,
- Okulda başarılı olma; okul, kulüpler gibi kurumlarla kurulmuş güçlü bir bağ,
- Uyuşturucu kullanımı konusunda doğru bilgilenme

Risk oluşturan etkenler ise şunlardır:

- Psikolojik sorunların ya da bağımlı ebeveynin bulunduğu kaotik ailede büyüme,
- Doğru olmayan yetiştirme yolları,
- Ebeveyn-çocuk arasında bağlanma sorunları ve ilgisizlik,
- Sınıfta aşırı utangaçlık ya da şiddet içeren davranışlar,
- Okul başarısının düşmesi,
- Sosyal becerilerde zayıflık,
- Sapkın davranışları olan kişilerle arkadaşlık yapma,
- Uyuşturucu kullanımına okul, iş, aile ortamlarında onay verilmesi

Bahar (2018), bağımlılık sürecinde ilk adımın merak etme ve deneme davranışı olduğunu, maddenin denenmesine kadar bireyde merakın yanı sıra maddenin etkilerine yönelik korkunun da bulunduğunu belirtmiştir. Merakın korkuyu yenmesi ile birey ilk denemeyi gerçekleştirmektedir. Caudill ve Kong (2001), bağımlılık davranışının başlamasında ve devam etmesinde gözlem yoluyla öğrenmenin etkin olduğundan bahsetmişlerdir. Bununla beraber ergenlik döneminden itibaren birçok kişi herhangi bir maddeyi (sigara, alkol, esrar vb) kullanırken çoğu bağımlılık yaşamaz (Yankelovich'ten akt. Gander ve Gandiner, 1993).

Dilbaz ve arkadaşları (2013), ergenlik döneminin en belirgin özelliklerini, duygusal olarak coşkun ve taşkın olmak, çabuk kurulabilen ve bozulabilen ilişkiler, kolay etki altında kalma, toplumda sivrilme, ilgi çekme isteği ve bir rol sahibi olma çabası olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca ergenlerin kendi kişisel kimliklerini oluşturmak ve bağımsız olmak için madde kullanımı dâhil birçok davranış ve tutumu denediklerini belirtmektedirler. Başkurt (2003), üyesi olduğu aile içinde kendini değersiz hisseden ve yeterli güven ortamını bulamayan çocukların, kendilerine değer verdiğini düşündükleri kişi veya gruplar için her şeyi yapmaya hazır olduklarını, evlerinde bulamadıkları ilgi, statü ve bir yere bağlı olma durumunu dâhil oldukları grupta bulduklarını belirtmektedir.

Koca ve Oğuzöncül'ün (2015), üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin %63,6'sının merak ettikleri için, %36,4'ünün arkadaşları nedeniyle maddeyi denedikleri saptanmıştır. Çalışmada ergenlerin içinde bulundukları arkadaş grubunun içerisinde madde kullanılıyor olmasının, öncelikle madde kullanımını merak etme ve kabullenmeye sonrasında da denemeye sebep olabildiği ifade edilmektedir.

Denemenin gerçekleşmesi çoğunlukla teklifin gerçekleşmesine bağlıdır. Bu durumda gencin *hayır* deme becerisinin zayıf olması madde kullanımı açısından risk oluşturmaktadır. Ögel (2017), genellikle olumsuz duyguların dile getirildiği, sözlü ödüllendirmenin az olduğu ailede büyüyen çocukların kendine güvenlerinin daha düşük olduğu ve madde kullanımıyla karşılaşınca *hayır* diyemediklerini belirtmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde okullarda uygulanan Ergen Direnç Eğitiminde Öğrenme Deneyimleri Programı, hiç madde kullanmamış ve madde kullanmış ancak henüz bağımlı olmamış ergenlerin maddeden korunmaları hedefiyle maddeye nasıl *hayır* denileceğini öğretmeye çalışmaktadır. Etkililiği incelendiğinde programın etkili sonuçlar ortaya koyduğunu doğrulayan araştırmalar bulunmaktadır (RAND, 2004; Ringwalt, Clark, Hanley, Shamblen ve Flewelling, 2009).

Gencin çevresi sosyal aktivitelerini de şekillendirebilmektedir. Madde kullanım deneyimi olan ve olmayan ergenlerde sosyal etkinliklere katılımı inceleyen bir çalışmada Ögel ve arkadaşları (2007),

madde deneyimi olmayanların en çok seçtiği sosyal etkinliklerin değişik kurslara katılma ve ders kitapları dışında kitap okuma; madde deneyimi olanların sosyal etkinliklerinin ise bilgisayar (pc) oyunları, internet kullanımı ve internet kafelere giderek zaman geçirme olduğunu belirlemişlerdir.

Madde kullanımında kişisel özellikler bağımlılığın diğer nedenlerinden biridir. Madde kullanıcılarının özelliklerine bakıldığında Cloninger (1999), aşırı güvensizlik, benliğin ve ego gücünün zayıf olması, engellenme eşiğinin düşük olması, çökkün duygu durumu, güvensizlik hali, yasaları ve belirlenen kuralları çiğneme eğilimi, hazcı olmaya eğilim gibi özellikleri tanımlamaktadır. Kaya'nın (2011), madde kullanan ve kullanamayan ergenleri kişilik özellikleri açısından karşılaştırdığı çalışmasında, madde kullanımı olan ergenlerin madde kullanımı olmayan ergenlere göre daha düşük seviyede yumuşakbaşlı olma, özdenetimli/sorumluluk sahibi olma ve gelişime açık olma gibi kişilik özelliklere sahip olduklarını, fakat duygusal olarak daha tutarsız olduklarını saptanmıştır.

Madde bağımlısı bireylerde görülen bir diğer kişisel özellik de herhangi bir değişiklik karşısında kolay heyecanlanma ve hazza yönelik olmadır. Kısa süreli de olsa coşkulu şekilde zevk alma isteği ve yeni heyecanlar yaşama durumu kişiyi, madde kullanımına yönlendirebilmektedir (Kulaksızoğlu'dan akt. Gezek, 2007).

Düşük engellenme eşiği madde kullanımı açısından risk oluşturan bir diğer kişilik özelliğidir. Engeller konusunda kırılgan olan ve olumsuz duygu durumu yaşayan kişiler bu özellikleri sebebiyle daha da fazla engellenme yaşamaktadırlar. Bu kişiler istek ve dileklerinin hemen gerçekleşmesini isterler. İsteklerinin gecikmesi halinde yıkım yaşarlar. Sıkıntı hissini azaltma isteği ön planda olur. Kendilerini rahatsız eden gerilimin hemen yok olmasını isterler. Madde kullanımıyla yaşadıkları iyi hissetme durumu, maddenin ortaya çıkardığı *iyi hissetme*'den daha çok olumsuz duygularla karşılaşmadan kaçınmaya hizmet eder. Genelde hemen zevk alma ihtiyacı dikkat çeker (Ögel, 2017). Bu gereksinim çoğunlukla dürtüsel davranışları beraberinde getirir. Dürtüsellik o an içten gelen

duygu ve dürtülerle düşünmeden eyleme geçme ve davranma eğilimidir. Madde bağımlısı olan kişilerin katıldıkları ve dürtüsellik ölçeğinin kullanıldığı birçok çalışmada, sağlıklı bireylere göre dürtüsellik seviyesi daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda tek bir maddeye bağımlı olanlara göre birden fazla maddeye bağımlı olanlar çok daha dürtüsel bulunmuştur (Özdemir vd. 2012).

Turhan, İnandı, Özer ve Akoğlu (2011), özgüven, özsaygı ve sosyal desteğin olması gibi ruhsal özellikler ile sigara, alkol ve madde kullanımı arasında ilişki olduğunu aktarmaktadır. Yaptıkları çalışmada ayrıca fiziksel şiddet ve/veya cinsel istismarın madde kullanımı adına önemli risk faktörü olduğu belirtilmiş, istismar öyküsü olan bireylerin, bu öykülerinin getirdiği birtakım ruhsal sorunlar nedeniyle veya bu sorunlarla baş etme çaresi olarak madde kullanımına yönelebildikleri söylenmiştir. Klinik bulgular; bireylerin nesne ilişkilerinden ve egolarındaki eksiklikten kaynaklanmakta olan sıkıntı veya acı verici durumların hafiflemesine neden olan maddelerin keşfedilmesiyle bağımlılığın ilerlediğini göstermektedir (Güçlü-Gönüllü vd, 2002).

Bireyin ruhsal sorunlar yaşıyor olması da bağımlılık için önemli risk faktörlerindendir. Ülkemizde Çukurova Üniversitesi'nin Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 155 hasta ile yürütülen çalışmada nikotini de içeren tüm maddeler beraber ele alındığında, psikotik bozukluğu olanlarda %55, duygu durum bozukluğu olanlarda %61, anksiyete bozukluğu olanlarda %81 oranında madde kullanım bozuklukları görüldüğü belirtimiştir (Karakuş vd., akt. Öztürk vd. 2015)

Bağımlılığın sosyokültürel etkenlerine baktığımızda kültürel tutumun ve süregelen inanışların alkol ve madde kullanım davranışı üstünde büyük bir etkisi olduğu görülmektedir. Alkol tüketiminin hoşgörü ile karşılandığı toplumlarda hoşgörü ile karşılanmayan toplumlara kıyasla alkol tüketimi daha fazla olmaktadır. Benzer bir şekilde afyon, güzel avrat otu, maraş otu gibi ülkemizde yetişen bitkilerin yetiştiği bölgede kullanımı, diğer bölgelere kıyasla da daha fazladır. Kültür, kolay erişim ve elde edilebilirlik bu anlamda risk faktörü oluşturmaktadır (Ögel, 2017).

Aile bir diğer sosyokültürel etkendir. Aile fonksiyonları ile ergenlerin madde kullanmaya başlamaları arasında belirgin birtakım bağlantılar bulunmuştur. Ailenin düzeni, iletişim şekli ve

tutarlılığı gençlerin psikososyal bakımdan uyumluluğunu etkilemektedir (Ögel, 2017). Bu konu ile ilgili detaylı bilgi 'Bağımlılık ve Aile' bölümünde verilmiştir.

Madde bağımlılığının nedenlerinden biri olan biyolojik etkenler için genetik araştırmalar önem kazanmaktadır. Bu araştırmalarda aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları yapılmaktadır. Yüncü'ye (2007) göre, madde bağımlılarında tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranları çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek görülmektedir. 1999 yılında ülkemizde on farklı şehirde yapılan bir araştırmada madde kullanımı olan bireyler arasında ailesinde madde kullanımı olma oranı, esrar kullanımı olanlarda %36.1, eroin kullanımı olanlarda ise %30.9 olarak tespit edilmiştir (Ögel vd. akt. Asan vd. 2015). Akdeniz Üniversitesi'nin Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 84 kişi ile yapılan araştırmada kişilerin %78,6'sında ailede alkol ya da madde kullanımı olduğu belirlenmiştir (Nebioğlu vd. akt. Öztürk vd. 2015).

Bölüm 2. Madde Bağımlılığı ve Aile

2.1 Bağlanma

Aile, birbirine evlilik ilişkisi ve kan bağıyla bağlı olan, bazı biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir araya gelmiş gruptur (Bilgel vd, 2002). Ailenin çocuğuna ebeveynlik yapma şekli ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi, çocuğun topluma uyma yeteneklerini etkilemektedir. Çocuğa ana-babalık yapma bebek daha anne karnındayken başlar. Bebek dünyaya geldiğinde anne babayla bir bağ kurar. Hayatın ilk dakikalarında başlayan, duygusal yönün ağır bastığı; çocuk ile bakım verenin arasındaki ilişkide, çocuğun bakım verene yakınlık isteği ve arayışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumunda daha belirgin hale gelen, sağlam ve sürekliliği olan bu emosyonel bağa bağlanma denir (Aydoğdu ve Olcay-Çam, 2014). Temelinin bebeklik döneminde atıldığı bağlanma, yetişkinlik döneminde olan bağlanma davranışı üzerinde de etkilidir (Tarı-Cömert, Ögel, 2014). Sosyal ve arkadaşları, bağlanma biçiminin; şiddet eğilimli olma, kendi kendisine zarar verme, maddeyi kötüye kullanma, istismar ya da ihmal etme ya da edilme gibi psikopatolojilerle bağlantılı olabileceğini bildirmişlerdir (Sosyal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005).

Sümer ve arkadaşlarına (2015) göre, bir bağlanma bozukluğu olarak tanımlanan bağımlılık için sağlıklı bağlanmalar kurabilmede yetersizlik ve işlevsiz duygu ya da öz düzenleme kapasitesi temel bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu görüşe uygun olarak güvensiz bağlanma ve madde kötüye kullanımı arasında anlamlı düzeyde ilişkiler çok sayıda araştırmada gösterilmiştir. Örneğin Caspers, Yucuis, Troutman ve Spinks (2006), kayıtsız, saplantılı ya da kazanılmış-güvenli bağlanmaya sahip olanların güvenli bağlananlara oranla anlamlı olarak daha yüksek düzeyde madde kötüye kullanımı/bağımlılığı gösterdiğini bulmuştur. Cooper, Shaver ve Collins (1998), güvensiz bağlanma biçimi olan gençlerin güvenli bağlanma biçimi olan gençlere kıyasla maddeye daha yüksek düzeyde bulaştıklarını belirtmiştir.

Üniversitede eğitime devam eden ve madde kullanımı olan gençlerin madde kullanımı ile anne-babalarına bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiye bakan bir çalışmada, araştırma verileri arasında

baba figürünün ev içindeki konumunun ve genç bireyle babası arasındaki yakınlık ve kontrol algısının gelişmiş olmasının, gencin madde kullanımına yönelmesini önlediği bildirilmektedir (Görgün vd, akt. Yaman, 2014).

2.2. Sağlıklı ve Sağlıksız Aile Sistemleri

Sistem yaklaşımına göre aile bireylerinin kendi aralarında ve ailenin içinde bulunduğu toplumla sürekli ve karşılıklı bir etkileşimi vardır. Ailelerin psikolojik yapılarının tanımlanmasında iki boyut vardır; uyum ve bütünlük. İletişim bu boyutlarda hareketliliği sağlayan kolaylaştırıcı öğedir. Uyum ailelerin şartlara ve ihtiyaçlarına göre yapılarını, işleyişlerini, ve kurallarını değiştirebilme yetenekleridir. Bütünlük ise aile üyelerinin birbiri ile olan ilişkilerini ve duygusal paylaşımlarını ifade eder. Her iki boyutta da aşırı uçlarda olan aileler sağlıksız aile olarak tanımlanır (Bilgel vd., 2002). Yılmaz'a (2015) göre sağlıksız ailelerde sağlıklı ailelere oranla madde bağımlılığının daha sık görüldüğü yapılan araştırmalar sonucunda kanıtlanmıştır. Maddeye başlamada ailenin etkisi ilk olarak, çocuk yetiştirme biçimlerinde ve ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumlarında ortaya çıkar. İlgisiz, aşırı koruyucu veya otoriter ebeveyn tutumları, maddeye başlama konusunda hazırlayıcı bir etken olarak ele alınmıştır (Taylan, 2008). Steinberg'in (2008) çalışmasına göre, madde kullanımı ve bağımlılığında, ailenin içinde sıcaklık ve şefkatin eksik olması, ilişkilerin düşmanlık barındırması ve birbirinden kopuk yaşanması, aile içinde madde kullanan başka bireylerin olması, ebeveynlerin ilgisiz, aşırı izin veren, reddeden ve ihmalkâr olması öne çıkmaktadır. Bu gibi aile ortamlarına sahip olan ergenler sıcak, kabullenici ve sevgi dolu olan sağlıklı aile ortamlarında büyüyen ergenlere kıyasla madde kullanım davranışları bakımın daha çok risk altındadır. Glavak ve arkadaşları (2003), 52 eroin bağımlısı ve 52 bağımlı olmayan kontrol grubu ile yürüttüğü araştırmasında, bağımlı kişilerin annelerini bağımlı olmayan gruba göre daha fazla reddeden tarzda ve saldırgan algıladıklarını, babalarını ise annelerine oranla daha reddeden tarzda algıladıklarını saptamıştır.

Ögel'e (2017) göre, sağlıklı ailelerde kurallar çok fazla değildir, açık ve anlaşılırdır; iletişim açıktır, aile üyeleri duygularını, düşüncelerini ve inançlarını paylaşma riskini göze alırlar; güçlü bir aile

bağları mevcuttur ve aile içindeki ilişkileri güçlü ve sağlamdır. Cüceloğlu (2002), aile içi iletişimin çocuğun kişiliğinin gelişiminde etkili olduğunu, çocukluğu sırasında değerli olduğu mesajını aile içinde alan çocuğun kendi değerine ve değerli olduğuna inandığını söylemektedir.

Yaman (2014), bağımlı gençlerle birebir görüşerek yaptığı çalışmasında aile içindeki iletişimin yeterli seviyede ve sağlıklı bir şekilde olmasının, ergenin değişik arayışlara yönelme durumunun önüne geçebileceğini; ergenleri bağımlılıktan uzak tutabilmesi için, güçlü bir aile yapısının oluşturulmasının ve etkin ebeveyn rolünün gösterilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Koca ve Oğuzöncül'ün (2015) yaptıkları bir çalışmada esrar kullanımı olmayan öğrencilerin aile sosyal destek puanlarının esrar kullanımı olan gençlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada kaygı düzeyinin yüksek ve sosyal desteğin düşük olmasının özellikle uçucu maddelerin kullanılma riskini arttırdığı bulunmuştur (Turhan vd., 2011).

Özmert'e (2006) göre, sağlıklı ailelerde anne babalar tutarlı davranışlar, saygılı iletişim ve işbirliği içinde anlaşmazlıkların çözümü için örnek oluşturur. Aile üyelerinin özgüvenleri ve kendilerine biçtikleri değer tamdır. Bütün aile bireyleri birbirinin bakış açısına saygı duyar. Kontrole ihtiyaçları yok denebilecek kadar az seviyededir. Anne babalar sorumluluk sahibi kişilerdir fakat alınacak kararlar çocukların da düşüncelerine yer verilerek alınır (Ögel, 2017). Sağlıklı ailelerde çatışma ya da anlaşmazlık olduğu durumlarda aile üyeleri sorunlarını birlikte konuşarak çözmeye çalışır ve ortak bir yol bulmaya çalışılır (Gezek, 2007). Aile çocuğun barınma, beslenme, bakım, sağlığının korunması, sürdürülmesi ve yükseltilmesi gibi temel gereksinimlerini karşılayarak; çocuğa güven aşılayarak, arka çıkarak; kendisini geliştirmesi için güdüleyerek, özdenetimini sağlaması için onu bilinçlendirerek, kendine güvenmesini sağlayarak, kendisini geliştirebilmesi için ona geri bildirim sağlayarak bireysel gelişmesine katkıda bulunur (Bilgel vd., 2002).

Sağlıksız aileler, eksik kişilerin ilişkileri üzerine kurulmuştur. Eğer ebeveynler, kendi bütünlüklerini gerçekleştirememişlerseler, onların kendi içlerinde yaşanan ve aralarında kuracakları ilişki sağlıksız

olur ve büyüttükleri çocuklar da eksik kişilikli olarak büyürler (Cüceloğlu'dan akt. Gezek, 2007). Aile üyelerinin arasında iletişim yok denebilecek kadar azdır. Kişilerin yüzüne söylenmesi gereken şeyler arkalarından söylenir, çeşitli sırlar, çift mesajlar ve emirler vardır. Ailenin sırları gizli tutulmaktadır ve dışarıdan herhangi bir yardım istenmez (Ögel, 2017). Aile içinde yaşanan bu iletişim engelleri, Şahin'e (2012) göre, çocuğa duygularının değersiz olduğu, istediklerine saygı duyulmadığı, sorunları kendi başına çözme becerisinin bulunmadığı mesajını verir. Bu gibi mesajlar kişinin kendini önemsiz veya değersiz hissetmesine, benlik saygısında düşüşe ve kendine olan güveninde kırılmaya neden olur.

Ögel (2017) sağlıksız ailelerde kurallara uyumun duruma göre olduğunu, bazı kurallara uyulurken birçok kurala uyulmadığını belirtmektedir. Çoğunlukla kural belirlenirken kurallar konuşulmaya açık değildir ve değiştirilmez, bazen hiç kural olmaz ve bu durum ne doğru ne yanlış emin olamadıkları için çocukların belirsiz ve kaygılı hissetmesine sebep olmaktadır. Nebi, Aktürk ve Helvacı (2010), ailede yüksek seviyede sıcak ilgi ve düşük seviyede kontrolün beraber görülmesinin izin veren-şımartan büyütme biçimi olarak tanımlandığını; hem sıcak ilginin hem de kontrolün düşük seviyede olduğu durumun ihmalkâr çocuk büyütme biçimi olarak tanımlandığını belirtmektedir. Bu aşamada çocuğu şımartan ailelerde tutarlı olmayan disiplin ve kararsızlık yaygın gözlenmektedir, anne-babalar genellikle karşılıklı olmayan bir iletişim sergilerler ve çocuklarının gerçekçi olmayan taleplerini sınırlandırmazlar. En olumsuz ve riskli ebeveynlik olarak kabul gören ihmalkâr tarzda ise anne-babalar gerçek anlamda ilgisizdirler, disiplin ya hiç olmaz ya da tutarsız olarak görülür ve aile üyeleri çatışmayı ve kavgayı problem çözme yöntemi olarak kullanmaktadırlar.

Sağlıksız ailelerde yetişen bireylerin özsaygısı ve özgüvenleri düşük düzeyde olmaktadır. Whyle (akt. Soner, 2000), özgüven düzeyi düşük bireylerin nesnel parametrelere göre hangi derecede başarılı olurlarsa olsunlar kendilerini başarısız olarak değerlendirdikleri ve değersiz gördüklerini, günlük hayatın problemlerini yenebilecek güç konusunda eksik olduklarına inandıklarını ve genellikle çaresizliğin yarattığı stresi ve kaygıyı yaşadıklarını ifade etmektedir. Genellikle

disfonksiyonel aile yapısında yetişmiş bireylerin endişelerinden, korkularından kurtulmak yani kendilerini var edebilme amacıyla farklı arayışlar içersinde olması söz konusudur. Bu arayışların sonucunda buldukları ise alkol ve uyuşturucu maddeler olmaktadır (Gezek, 2007).

Ebeveylerin ergene karşı gösterdikleri tutumda tutarsızlıklar, aşırı sert olma veya ileri derecede rahat davranma, gerekli denetimin sağlanmaması, ergenin davranışlarının ebeveynler tarafından gözlemlenmemesi madde kullanımı bakımından önemli risk etmenleri arasında bulunmaktadır. Bununla birlikte ebeveynlerin evlilik içi ilişkilerinde çatışmanın çok olması durumu, geniş ve sayıca kalabalık aileler, ailede işsiz üyelerin varlığı, düşük seviyede eğitime sahip ebeveynler, aile içerisinde alışkanlıkların ve belli bir düzenin bulunmaması (yemeği beraber yemek gibi), parçalanmış ve boşanmış aileler, ebeveynlerden birinin ya da her ikisinin birden yokluğu, ebeveynlerin madde kullanımının olması veya kullanıma tolerans göstermesi ailesel risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Kolay-Akfert, Çakıcı E. ve Çakıcı, M., 2009).

Bireylerin kişiliğinin oluşmasında aile ve geçmiş yaşantılarının rolünün önemli olduğu düşünüldüğünde aile içi şiddet ve istismar önemli başka bir risk faktörünü oluşturmaktadır. Ögel'e (2007) göre aile içinde yaşanan ve tekrarlayan çatışmalar sonucunda devamlı olumsuz duyguların dile getirilmesi, aile bağlarının güçlü olmaması, ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkinin zayıf halde olması madde kullanımıyla direkt ilişkili olarak gözükmektedir. Öztürk (2015) tarafından özellikle geçmiş yaşantısında şiddet görmüş bireylerin ileride alkol ve madde bağımlılığı konusunda risk altında olabileceği belirtilmektedir. Easton, Swan ve Sinha'nın (2000), madde bağımlılığı için tedaviye başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %37'sinin ailede fiziksel şiddet yaşadığını belirttikleri ifade edilmiştir. Kilpatrick ve arkadaşları, fiziksel saldırıya uğramış, cinsel saldırıya uğramış, şiddete tanık olmuş ya da alkol veya uyuşturucu kullanım sorunları olan aile üyeleri olan ergenlerde madde bağımlılığı riskinin arttığını belirtmişlerdir (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best ve Schnurr, 2000). Wilsnack, Vogeltanz, Klassen ve Harris (1997), kadınların çocuklukta cinsel taciz deneyimi yaşamasının yetişkinlikte madde kötüye kullanımı, psikopatoloji ve cinsel işlev bozuklukları adına önemli bir risk faktörü oluşturabileceğini

bildirmişlerdir. Kişi hoşlanmadığı ve ıstırap duyduğu birtakım duygular yaşıyorsa ve bu hisleri ortadan kaldıracak herhangi bir madde alıp rahatlıyorsa, kişinin maddeyi alma olasılığı bir hayli artma gösterir (Carlson, 1999).

Önal ve arkadaşlarının (2011), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) görülen gençlerde madde kullanma ve ailelerinin özellikleri üzerine yapılan kesitsel bir çalışmada DEHB belirtisine sahip gençler arasında madde kullanımı olmasını etkileyen faktörler; akademik başarının düşük olması, annede alkol kullanımının olması, çocuğun kaçta eve döndüğünün belirsiz olması ve ebeveynlerin kurallarla ilgili hemfikir davranmaması olarak bulunmuştur.

Ailede ruhsal sorunların varlığını da madde kullanımı için risk faktörü olarak ele almak gerekir. Yüncü ve arkadaşları 2009 yılında madde bağımlılığı olan gençlerin ebeveynlerinde psikopatalojinin varlığını araştırdıkları çalışmalarında madde bağımlısı gençlerin anne-babalarının %51.1'inde, kontrol grubu anne-babalarının ise %12.5'inde en az bir kez psikiyatrik/psikolojik rahatsızlık yaşadıklarını saptamışlardır. Olgu grubunun içerisinde en çok rastlanan psikiyatrik/psikolojik bozukluk duygudurum bozukluğu (%33), ikinci olarak ise (%11.4) alkol ve madde bağımlılığı saptanmıştır. Çalışmada ayrıca olgu grubu ebeveynleri anne veya baba olmalarına göre değerlendirmeye alınmış; annelerin %43.2'sinde babaların ise %22.72'sinde duygu durum bozukluğu tanısı raporlanmıştır.

2.3 Bağımlı Ailesi Olmak

Hiçbir anne-baba çocuğunun madde bağımlısı olmasını istemez. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığınca Bakırköy Akıl Hastanesi Vakfi'na (1996) yaptırılan çalışmada ailede kişinin madde kullandığına dair şüphe oluşumunun evde bulunan eşyaların satılması ya da yok olması, kişinin çok para harcaması ve arkadaş çevresini değiştirmesi sebepleriyle olduğu belirtilmektedir. Çalışmaya göre bağımlı üye, aileye madde kullandığını söylemekten kaçınmaktadır.

Bununla birlikte ailede kuşkulanılsa dahi bağımlıya madde kullanımının olup olmadığının sorulma oranı düşüktür. Çocuğunda madde kullanımı olduğunu anlayan ebeveynler benzer sorunlar yaşar. Ögel'e (2014) göre aile çocuğunun madde kullanımı olduğunu öğrendikten sonra hayal kırıklığı, suçluluk, ümitsizlik, şaşkınlık, öfke, utanç, korku, üzüntü duygularını yoğun bir biçimde yaşar. Ne yapacağını bilemez, yaşamını bağımlı bireye odaklamaya başlar.

2.3.1. Bağımlılığın reddi

Bağımlılıkta en dikkat çeken yönlerden biri, bağımlının yanındaki kişilerin bağımlılık gibi bir gerçekliğin farkında olamamalarıdır. Aileler bağımlılığı reddetmektedir. Bunun farklı sebepleri bulunmaktadır (Ögel, 2004):

Ayrı Tutma: Aileler genellikle bağımlılığı olan aile üyesinden toplumda açıkça söz etmekten kaçınır. Utanç duygusu ailenin etrafını sarar ve ailede derin bir sessizliğe neden olur.

Duygusal kargaşa: Ailedeki kişiler bağımlı üyenin içerisinde bulunduğu duygu durumuna girmişlerdir. Bağımlı bireyin sevdiği şeyleri sever, sinirlendiği kişiye sinirlenmeye başlarlar. Sergilediği davranışlardan dolayı utanç duyarlar ve kendi çaresizlik durumlarına öfkelenirler. Ailenin arasında duygu ve düşüncelerin paylaşımı nadiren gerçekleşir. Duygularını paylaşmak yerine mutsuzluğa, umutsuzluğa ve öfkeye kapılırlar. Aile üyeleri kendilerini yalnızlığa ve depresif ruh haline maruz bırakırlar.

Bağımlıyı merkeze alma: Sağlıklı ailelerde hiçbir üye ailenin ilgisinin ve dikkatinin merkezinde değildir. Fakat bağımlı ailelerinde bağımlı kişi ailenin dikkat odağıdır. Aile sürekli alarm halindedir. Tahmin edilemeyecek şeyleri kestirmeye çalışırlar. Kötü gidişatlı bir şeyin daha da kötüye gitmesini istememektedirler.

Neticede belli bir bedel ödense dahi, aileler de bağımlı bireyler gibi bağımlılığı reddederler. Bağımlı bireylerin yaşamları üzerindeki kontrolleri kayboldukça, yakınlarındaki kişiler üzerinde daha fazla güç kullanmaya başlarlar. Bağımlı kişi ailesine sosyal, ekonomik ve duygu bakımından

daha bağımlı oldukça, aileye daha diktatörce davranış göstermeye başlar. Bağımlı üye, içinde bulunduğu ailenin söylemlerini, düşüncelerini ve davranışlarını kontrol etmeye başlar (Ögel, 2014).

2.3.2 Ailenin süreci

Mutlu'ya (2013) göre, bağımlı aile, ailedeki üyelerden birisinin bağımlılık problemi yaşadığı veya bu durumu telafi etmeye çabalayan ailedir. Ailedekiler bağımlı kişinin kontrolü kaybetmesine rağmen aileyi ayakta tutabilmek için savaşırlar ve bu savaşı bağımlı kişinin kontrol kaybı yaşadığını reddederek yaparlar. Bu önemli bir görevdir. Mutlu, aile üyelerinin, farkındalıkla bağlantılı bazı algıları konu dışında bırakarak, hissedilen duruma yedek açıklamalar ürettiklerini; sebep ve sonuç ilişkisini tam tersine çevirerek bu durumun üstesinden gelmeye çalıştılarını belirtmektedir. Ögel (2014), aileki bir üyenin madde bağımlısı olduğunun farkedilmesiyle, aile içinde bazı kararların alındığı belirtmektedir. Bu kararlar şöyledir:

Birinci karar: Çevreden kimse ne olup bittiği hakkında fikir sahibi olmamalı. Aile dışından kimseyle görüşülmemeli. Bu durumun başkaları tarafından öğrenilmesine engel olunmalı. Aileyi ve bağımlı bireyi korumanın en sağlam yolu bu utanç verici sorunun diğerleri tarafından duyulmasını engellemektir.

İkinci karar: Bu probleme çözüm bulabilmemiz için kısa bir zaman dilimine ihtiyacımız var. Çocuğumuz bizim desteğimizle kısa sürede iyileşecek ve eski haline dönecek. Aile üyeleri kendi aralarında birbirlerini ve bağımlı bireyi destekleyecek ve başarıya ulaşılacaktır.

Alınan bu kararların gerçekleşmeyeceği bir süre sonunda idrak edilmektedir. Problem daha da büyür ve önemli miktarda para harcanır, fiziksel ve psikolojik olarak aileye bir sürü yük gelir. Bu dönem çoğunlukla ailelerin tedavi için başvurdukları dönem olmaktadır. Bu dönemde aile birçok şey için geç kalmıştır. Aile bağımlı kişiyi tedavi ettirmek amacındadır. Tedaviye büyük beklentilerle gelir fakat bu beklentilerin ne kadar gerçekçi olduğu konuşulmalıdır (Ögel, 2017).

2.3.3. Ailede alınan roller

Aile içerisinde madde bağımlısı bir üye olduğu zaman aileki bazı roller diğer üyeler tarafından alınıp paylaşılır. Genelde her rol bir kişi tarafından alınır ancak ailede üye sayısı azsa bazı üyeler birden fazla rol alabilir. Bağımlı ailesinde roller Wegscheider (akt. Mutlu, 2013) tarafından şu şekilde tanımlanmıştır:

Baş Yapıcı Rolü: Bu rolü alan üye, bağımlı kişiye en yakın olan üyedir, bağımlı bireyde sorun yaratabilecek krizleri erteler. Baş yapıcı genellikle bağımlının problemlerini gizler ve aile içindeki sorumluluklarını üstüne alır. Eğer bağımlı kişi eşlerden biriyse baş yapıcı genellikle diğer eş olmaktadır. Bağımlı birey tek ebeveyn ise bu rolü genellikle en büyük çocuk üstlenir. Bağımlılık sorunu yaşayan en büyük çocuk ise baş yapıcı rolü ebeveynlerden biri tarafından üstlenilir.

Kahraman Rolü: Ailenin en büyük çocuğunun üstlendiği roldür. Yetersizlik duyguları, düşük benlik saygısı ve suçluluk hisseder. Kaos barındıran aile düzenini farklı yöne çeker. Başarı açısından aile içinde göstermelik rolünde yer almaktadır.

Şamar Oğlanı Rolü: Ailenin yüz yüze geldiği bütün sıkıntılarda suçlanmaya açıktır ve ailenin yüz karası rolünü üstlenir. Ancak sıkıntılı davranışlar sergilediği zaman dikkat çeker. Her an savunmacı ve meydan okuyan konumdadır. Yakınlaşan kriz anlarında bu roldeki kişi aileyi kendi davranışları üzerine yoğunlaştırarak sorundan uzaklaştırmaya çalışır.

Yitirilmiş Çocuk Rolü: Düzenli bir şekilde ailenin dikkatini çekmekte başarısızdır, şamar oğlanının tam tersi olarak hiçbir soruna sebep olmaz. Hemen hemen hiçbir aile üyesi tarafından görünmez, saklıdır ve kendinlik değeri düşük düzeydedir.

Maskot Rolü: Maskot rolündeki kişi yitirilmiş çocuk ve şamar oğlanı ile pek çok ortak noktayı paylaşmaktadır. Stresli durumlarda ailenin jokeri rolündedir ve rahatlamasını sağlar. Genel olarak mizahla ve uygun olmayan davranışla zorlayıcı bir şekilde dikkat çekmeye çalışır. Mizaha başvurmasının en önemli sebebi içindeki korku hissini bastırmaktır.

2.3.4. İyileşme Sürecinde Aile

Aile iyileşme sürecine girdiğinde aile üyeleri ortamın rahat ve huzurlu olması için ellerinden geleni yaparlar. Yapılan tartışmalarda herhangi bir aile üyesinin hakkının yenmemesine dikkat edilir. Aile içindeki kişiler birbirlerine saygılı davranırlar ve gerektiğinde birbirlerine destek olurlar. Ailede olumsuz ve olumlu duygular paylaşılır. Aile destek ağı oluşturmak ve bunu ömür boyu sürdürmek için çaba göstermeye başlarlar (Ögel, 2014).

Bölüm 3. Bağımlılığın Tedavisi

Bağımlılık ölümle sonuçlanabilen ciddi bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde uyuşturucu bağımlısı olup hayatını kaybeden kişilerin sayısı 1990 yılında 89,378 kişi iken 2016 yılında 143,775 kişidir (ourwordindata.org). Madde bağımlılığı tedavi süreci ve tedavisi, maddelerin türlerine, bağımlılığın şiddetine, kişinin kendine has özelliklerine, maddeyi kullanma süresine göre farklılık gösterebilmektedir. Tedavi uzun sürelidir. Tedavide amaç düzelmedir. Çünkü bağımlılık iyileşen bir hastalık değildir, kişi maddeden uzak durduğu sürece düzelen bir hastalıktır (Ögel, 2010). Tedavinin başarılı olabilmesi için kişinin durumu hakkında tam bir içgörüye sahip olması, bırakmaya kararlı ve tedavi için istekli olması gerekir (Tosun, 2002). Ögel' göre (2017) karar aşaması bağımlı kişi için çok önemlidir ve tek aşamadan oluşmaz. Birey öncelikle madde kullanımın kendisine ne kadar zarar verdiğinin farkında olmalı ve madde kullanımının zararlı olduğunu kabul etmelidir. Bu noktadan sonra kullanmayı bırakmaya karar verir ancak bunun için eylemde bulunmayabilir. Eyleme geçmesi bırakma girişimleri ile olur. Bu noktadan sonra önemli olan bırakmak değil, tekrar başlamamaktır. Kişi tekrar başlamamaya karar vermeli ve bu yönde adımlar atmalıdır.

Güler-Akın (2013), yaptığı bir çalışmada tedavinin, zaman içerisinde kişisel ve kişilerarası değişiklikler yapmayı ve bunların devamlılığını sağlamayı da gerektirdiğinden; kişinin değişim programları, profesyonel tedavi, kendi kendine yardım gruplarına katılım ve kendini yönetme yaklaşımlarını içeren bir sürece dâhil olmasının öneminden bahsetmiştir. Etkin tedavi için sadece ilaç kullanımı çoğu zaman yeterli olmadığından bütüncül yaklaşım önemlidir.

3.1 Madde Bağımlılığı Detoksifikasyon Tedavisi

Tosun (2002), madde bağımlılığının tedavisinde en önemli problemlerden birini madde kesildiğinde ortaya çıkan yoksunluk sendromu olarak tanımlar. Ersöğütçü'ye (2015) göre bağımlılıkta

Detoksifikasyon Tedavisi ile bağımlı kişinin yoksunluktan doğan krizleri en az sıkıntıyla atlatması hedeflenir, vücut içerisindeki toksik maddeleri temizlemeye yönelik olan bu tedavi türünde yoksunluk krizini önlemek ve/veya yoksunluğun belirtilerini ve beklenen olumsuz gelişmeleri azaltmak amaçlanır. Detoksifikasyonun hastanede yapılmasına fayda vardır çünkü tedavi eden ortamlar, hastaneye yatışı kabul olan bireylerin kısa sürede sosyal hayatlarına dönebilmeleri için yardımcı olurken bireylerin özgüvenlerini, benlik saygılarını ve insan ilişkilerini geliştiren dinamik ve uygun ortamdır (Savaşan, 2010).

Türkiye Uyuşturucu Raporu'na (2018) göre ülkemizde uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi ayaktan ve yatarak olmak üzere iki çeşit sunulmakta olup 2017 yılı itibariyle yüz adet bağımlılık tedavi ve rehabilitasyon merkezi mevcuttur. 45 merkezde ayaktan tedavinin yanısıra yatarak tedavi, 55 merkezdeyse yalnızca ayaktan tedavi sağlanmaktadır. 2017 yıl sonu rakamlarıyla ülkemizde 81 şehirden 57'sinde en az bir adet bağımlılık tedavi merkezi mevcuttur. Türkiye'de bu merkezler genel olarak AMATEM adıyla hizmet vermektedirler. 2017 yılında bu merkezlere yapılan başvurulardan; yatarak tedaviye başvurularının sayısı 12.501, ayaktan tedaviye başvuranların sayısı 211.126 olarak bildirilmiştir.

3.2 Remisyon (Yatışma Evresi)

Kişinin ayık kaldığı sürenin 3 ayı geçmesi belirli bir içmeme dönemi (yani remisyon) olarak tanımlanır. DSM 5'te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) remisyon, erken ve kalıcı olarak iki şekilde tanımlanmıştır:

Erken Remisyon: En az üç ay süre olmak üzere, fakat oniki aydan daha kısa olarak madde kullanım bozukluğunun gerektirdiği tanı kriterlerinin hiçbirinin karşılanmamış olması (Aşerme veya madde kullanımı için duyulan kuvvetli istek ve dürtü tanı kriterleri dışlanır).

Kalıcı Remisyon: Oniki aylık bir dönemde veya daha uzun sürede, madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerinin hiçbirinin karşılanmamış olma durumu (Aşerme veya madde kullanımı için duyulan

kuvvetli istek ve dürtü tanı kriterleri dışlanır).

3.3 Madde Bağımlılığında Psikoterapi/Rehabilitasyon

Bağımlılığın tedavisinde biyopsikososyal yaklaşım çok önemlidir. Tosun'a (2008) göre kişiye maddeyle ilgili tüm zararların açıklanmasıyla ilgili bir eğitim sunulması, bireysel ve grup psikoterapisi planlarının yapılması tedavinin aşamalarındandır. Bu tedavi planlarıyla kişinin baş etme çabası destek görür, bağımlı kişide iç görünün oluşması sağlanır. Waldron ve Kaminer (2004) grup ve bireysel bilişsel terapi uygulamalarının, ergen madde kullanımında klinik olarak anlamlı düşüşler ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu tedavi yaklaşımlarında amaç, kişinin maddeyi haz alıcı bir kaynak olarak algılamasının önüne geçmek, ilgi ve zevk duyduğu alanları değiştirmesini sağlamak ve kişisel yeteneklerinin güçlenmesini sağlamaktır (Tosun, 2008).

Madde bağımlılarını motive etmek, detoksifiye etmek ve tespit edilen hasta tedaviye dâhil olmadığında aile ile birlikte çalışmak ve tüm aileyi yeniden yapılandırmak için aile terapisi tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Kaufman, 1985). Waldron ve Turner (2008) çok boyutlu aile terapisi, fonksiyonel aile terapisi ve bilişsel davranışçı grup terapisi yaklaşımlarının, madde kötüye kullanımı tedavisinde köklü modeller olduğunu belirtmektedir. McLellan, Arndt, Metzger, Woody ve O'Brlen (1993) opiyat kullanan 92 hasta ile yaptıkları çalışmada ilaç tedavisine psikososyal hizmetlerin eklenmesinin nasıl sonuçlanacağını araştırmışlardır. Hastalar üç grupta incelenmiştir. Birinci gruba sadece tıbbi bakım verilmiştir. İkinci gruba tıbbi bakım ve danışmanlık hizmeti, üçüncü gruba ise tıbbi bakım, psikiyatrik takip, aile terapisi ve istihdam hizmetleri verilmiştir. Çalışmanın sonucunda birinci gruba göre ikinci gurubun, ikinci gruba göre üçüncü grubun tedaviden daha iyi sonuçlar aldığı bildirilmiştir.

Ersöğütçü (2015), nüksün önlemesi için kişide madde kullanma isteğini uyaran sebepler üzerine yoğunlaşılması ve bu durumlar karşısında en kullanışlı savunma mekanizmalarını ortaya çıkarılıp geliştirilmesi gerektiğini aktarmaktadır. Tosun'a (2008) göre, bağımlı kişilerin en büyük

sorunlarından biri toplumsal olarak dışlanmalarıdır. Tosun ayrıca aile ve yakın çevreyle ilişkilerde yaşanan bozulmaların, iş kayıplarının, bu sebepten kaynaklı finansal sorunların, hatta suça yönelme ve cezaevinde kalma gibi durumlarla karşılaşmanın bağımlı bireylerin topluma tekrar uyumlu davranmasını zorlaştırdığını belirtir.

3.3.1 Türkiye'de rehabilitasyon hizmeti veren kurum ve kuruluşlar

Ülkemizde AMATEM klinikleri dışında rehabilitasyona yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar bulunmaktadır. Aşağıdaki bölümde bu kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi verilecektir:

3.3.1.1. Alo 191 Uyuşturucu İle Mücadele Danışma ve Destek Hattı

Bu hat, uyuşturucu maddeyle ile ilgili destek ve danışmanlık hizmetlerinin direkt olarak verildiği, bağımlı bireye uygun şekilde gereken yönlendirilmenin yapılabildiği bir destek ve danışmanlık hattıdır. Hat, 7/24 hizmet verir ve sabit hatlardan ücretsiz olarak aranabilmektedir. Madde bağımlılığını/kötüye kullanımını bildiren bireylere istek ve ihtiyaçlarına yönelik gereken bilgilendirmeleri yaparak en uygun tedavi merkezlerine yönlendirme yapar. Maddeyi bırakma konusunda karar veremeyen bireylerle tedavi olmaları için motive edici görüşmeler gerçekleştirir.

Hattı aileler aradığında kullanılan madde ve bağımlılığın etkileri konusunda aileyi aydınlatır ve bağımlı kişinin yaşına uygun olarak ailelerin kişiye nasıl yaklaşması gerektiğini aktarır. Yakınında bulunanların (öğrencileri, çocukları, eş, komşu vs.) uyuşturucu madde kullandıkları konusunda şüphelenen kişilere bağımlıda görülebilecek davranış değişiklikleri, fiziki değişiklikler ve duygu durumlarındaki dalgalanmalar hakkında bilgilendirme yapılır. Bağımlı ile ilgili yaşanabilecek süreçler ve bu süreçlerle ilgili kişilerin başvurabilecekleri kurumlar hakkında bilgilendirme yapar. (https://alo191uyusturucu.saglik.gov.tr/).

3.3.1.2 Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri (BMDB)

İstanbul Valiliği'nin Bağımlılıkla Mücadele Projesi kapsamında 2017 yılında İstanbul'daki

Kaymakamlıklar ve İlçe Sağlık Müdürülüklerine bağlı olarak Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri açılmaya başlamıştır. İstanbul'da 2018 yılı itibariyle Adalar ilçesi haricinde 38 ilçenin tümünde birimler bulunmakta olup birimlerde doktor, sosyal çalışmacı ve psikolog hizmet vermektedir. Birimlerin esas amacı madde bağımlılarına ve ailelerine danışmanlık hizmeti vermek, kişileri tedavi ve rehabilitasyon kurumlarına yönlendirmek ve hem bağımlılarla hem de ailelerle görüşmeler yaparak kişilerin tedavi uyumlarını arttırmak, tedaviden kopmamalarına ya da yeniden tedavi sürecine dâhil olmalarına destek sağlamaktır. 2017 yılında İstanbul genelindeki birimlere başvuran kişi sayısı 491, aile yakını sayısı 3342'dir (Polat, 2018).

3.3.1.3 Sancaktepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM)

Bu merkez bağımlılık mücadelesi hususunda ülkemizde gerçekleşen ilk proje olma özelliğine sahiptir. Proje bağlamında bağımlılığa karşı önleyici tedavi planları geliştirilerek, genç bireylere yönelik rehabilitasyon hizmetleri sağlanmaktadır. Merkezde olmak istemeyen gençler için internet sitesi üzerinden psikologlara doğrudan ulaşabilecekleri bir hizmet ağı oluşturulmuştur. Proje kapsamında koruyucu-önleyici amaçla yapılacak eğitimler, halkı bilinçlendirmeye yönelik şenlikler, bağımlı kişilerin tekrar uyumunu sağlamaya yönelik mesleki eğitimler düzenlenmesi planlanmıştır (http://bademedanis.com/).

3.3.1.4 Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)

Merkez, bağımlılıkla ilgili sorun yaşayan bireylere ücretsiz olarak psikolojik ve sosyal destek sağlamakta olup kişilerin hayata yeniden katılmalarını sağlamaya çalışmaktadır. Ayrıca ailelere destek olarak dengesizleşen yaşam kalitelerinin tamir edilmesini ve ilişkilerin sağlıklı sürdürülmesini destekler. Merkezde bağımlılık hakkında ücret almadan ve ayakta danışmanlık hizmetleri sağlanmaktadır (https://yesilay.org.tr/tr). YEDAM'da psikososyal destek verilen bağımlı sayısı 2017'de 377, 2018'de 422 kişidir. Psikososyal destek verilen bağımlı ailesi sayısı 2017'de 182, 2018'de 295 kişidir (Polat, 2018).

3.3.1.5 Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER)

Derneğin kuruluş amacı, bağımlılık adına koruyucu ve önleme çalışmalar yapmak ve bağımlı bireylere yönelik rehabilitasyon ve topluma kazandırma çalışmaları sağlamaktır. Dernekte ayrıca madde bağımlılığı hususunda profesyonel kişiler ve kurumlarla işbirliği yapılması, eğitim, rehberlik etme, danışmanlık verme, tedavi, rehabilitasyon ve psikolojik terapilerle ilgili araştırma, geliştirme ve destek çalışmalarının sürdürülmesi ve bağımlılık hakkında, toplum içi yardımlaşmanın, dayanışmanın ve gönüllük esasının kurulması için gerekli çalışmalar yapılmaktadır (http://bayder.com.tr/).

3.3.2 Dünyadan Örnekler

Bu bölümde Almanya, Amerika Birleşik Devletleri ve İtalya'da bağımlılık konusunda rehabilitasyon hizmeti veren bazı kuruluşlar hakkında bilgi verilecektir.

3.3.2.1 Almanya

Almanya'da bağımlı gençlere yönelik Parceval adı verilen rehabilitasyon merkezleri bulunmakta olup Gökçearslan-Çifci ve Polat-Uluocak (2010), bu merkezleri inceledikleri yazılarında merkezin 4 aşamadan oluşan hizmetlerini şu şekilde aktarmışlardır:

1. Aşama: Detoksifikasyonu sağlanan gencin terapiye başlangıç yapma ve koyulan kurallara uyma aşamasıdır. Bu aşama yatılı uygulanır, 24 saat kontrollü etkinliklerin yürütüldüğü bir sisteme dayalıdır. Bu programda, çalışma terapisi, okul ve grupla çalışma, bireysel terapi uygulanır. Ağır ve katı kuralların olduğu kişinin sürekli gözetim altında tutulduğu aşamadır.

2. Aşama: Geçiş aşaması olarak görülebilir. Birinci basamağı başarıyla bitiren genç kısıtlı da olsa bağımsız bazı etkinliklerde bulunabilir.

3. Aşama: İlk iki aşamayı bitirenler için üçüncü aşamanın hayata hazırlık aşaması olduğu bildirilmektedir. Bu aşamada kişilerin kendi sorumluluklarını üstelenebilecekleri bir yaşam alanı oluşturulur. Kişiler bir ev içinde beraber yaşamayıp evin sorumlulukların ve beraberinde gelen akademik yaşam ya da iş yaşamlarındaki sorumluluklarını üstlenmeyi deneyimlerler. Gençlerin maddeye bulaşmaması adına sıkı kurallar ve takip vardır.

4. Aşama: Dördüncü ve son aşama bireylerin beraber yaşanan evden ayrılarak kendi evleri ve düzenlerini kurmasıdır. Kurumdan ayakta danışmanlık hizmeti almaya devam ederler (Gökçearslan-Çifci ve Polat-Uluocak, 2010).

3.3.2.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde hizmet veren özel bir merkezde tüm tedavinin 4 basamaktan oluştuğu ilaçsız bir sistem yürütülmektedir. Narconon adındaki bu merkezin ülkemizde de temsilcisi bulunmaktadır.

Birinci basamak, ilaçsız bırakmadır. Her hastanın kişisel Bırakma Uzmanı vardır ve bu uzman, kişiler için rahatsızlığı ve ağrılı belirtileri azaltan özel beslenme programı ve bazı teknikler kullanır.

İkinci basamak, Yeni Yaşam Detoksifikasyonu olarak adlandırılmaktadır. Program, egzersizler, ısıtmalı saunada kalarak terleme ve dikkatli bir şekilde planlanıp takip edilen bir sıvı alma ve beslenme programını içerir. Merkez tarafından bu yöntemlerin, bağımlı birey maddeyi bıraktıktan sonra vücudunda kalan toksik kalıntıları yok ettiği iddia edilmektedir.

Üçüncü basamak, bireyin dikkatini geçmiş günlerden şimdiye yani günümüze çekmeye yardımcı '*objektifler'* ismiyle anılan alıştırmaları içerir.

Dördüncü basamak, yaşam becerilerini artırmaya yönelik kurslardan oluşan bir basamaktır. Merkez bu kursların kişide maddeden uzak kalarak bir yaşamı sürdürmek adına gereken kontrol ve bireysel gücün gelişmesine yardımcı olduğunu savunmaktadır (www.narconon-turkiye.org).

3.3.2.3 İtalya

Dinç'e (2015) göre, İtalya Rimini'de 1978'den beri hizmet veren San Patrignano Bağımlılık Rehabilitasyon Merkezi %72'ye varan yüksek bir başarı oranına sahiptir. Dinç, San Patrignano'da bağımlılık tedavilerinin uygulanmadığını, kişilere yaşamlarını yeniden düzenleyebilmelerine, mesleki ve sosyal yetenekler edinebilmelerine, maddeden uzak durabilecek psikolojik güçlülüğe sahip olmalarına yardımcı olacak bir rehabilitasyon programı uygulandığını belirtmektedir. Merkezde görev yapan profosyonel kişilerin yaklaşık üçte biri daha önce programa girmiş eski bağımlılardır. Program 4 yıl sürmektedir. Merkeze kabul edilen kişiler merkezdeki iş alanlarında çalışmak zorundadır. Merkezin saat saat programı bellidir. Sabah 6.30'da kalkılır, akşam 22.00'dan önce yatakhaneler açılmaz. Kadınlar ve erkeklerin bölümleri ayrı, iletişimleri kısıtlıdır. Merkez içinde bağımlılık nedeniyle veya madde bağımlılığından bağımsız olarak süregelen rahatsızlıkların tedavisi için tıp merkezi bulunmaktadır. Merkez küçük bir köy gibidir. Kilise, okul, tıp merkezi, tiyatro salonu, futbol sahası mevcuttur. Ekonomisinin çoğu merkezde yapılan işlerden elde edilen gelirle sağlanır (Dinç, 2015).

3.4 Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet mesleğinin kişi, aileler, gruplar, topluluklar ve toplum seviyelerinde geniş bir alana yayılmakta olan görev ve rolleri, madde bağımlılığının tedavi aşamasında çok önemli bir uzman unsur olarak kullanılabilir (Polat, 2014). Uygulanan tedavi ve psikoterapi programından sonraki aşamada bağımlı kişiye; çalışabilmesi için iş bulmak, sosyal işlevselliğinin artmasını desteklemek, ailelerinin ve çevrenin desteğini sağlamak, yeni çevre ve sosyal ortamın oluşturulmasında ve topluma uyumda destek olmak temel görev alanlarıdır (Ersöğütçü, 2015). Bağımlılık tedavisinin sürdürüldüğü kliniklerde çalışmakta olan sosyal hizmet uzmanları tedavi süresince çeşitli

aşamalarda ortaya çıkardıkları çalışmaları ile tedavinin etkili bir şekilde amacına ulaşmasına ve kişinin iyilik halinin artmasına katkı sunmaktadırlar (Polat, 2014).

Mutlu (2013), bağımlı üyeye sahip ailelerle çalışmalar yapan sosyal hizmet uzmanlarının rollerini şöyle sıralamaktadır:

- Mesleki olarak ilişki sürecinin başlatılması, aile ile işbirliği yapılarak aile içinde baş etme ve problem çözme yeteneklerinin arttırılması.
- Bağımlılık sürecinde, aileni n tedaviler hakkında bilgilendirilmesi ve tedaviye katılımlarının sağlaması.
- Bağımlı üye dâhil aile üyelerinin kendi hayatlarıyla ilgili sorumluluklarını sahiplenmelerine yardım edilmesi.
- Aile üyelerinin bağımlı birey ve sistemle inşa ettikleri, bağımlılığı besleyen sağlıksız ilişki durumlarının sonlanmasına yardım edilmesi
- Ailenin ve bağımlı üyenin gerekli durumlarda toplumsal hizmetler ve durumlardan yararlanmasını sağlanması.

Polat (2014), madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyonlarına yönelik anahtar kavramlardan birisi olarak toplumla bütünleşme kavramından bahsetmektedir. Polat'a göre, toplum ile tekrardan bütünleşme, madde kullanımı nedeniyle olumsuz etkiler yaşamış kişinin, barınma ve iş gibi kaynaklara ulaşmabilmesi ile bağlantılıdır ve sosyal hizmet uzmanları bu sürece katkıda bulunabilirler (Polat, 2014).

Bölüm 4. Suç Unsuru Olarak Madde Kullanımı

Araştırmada ailelere, madde bağımlılığı nedeniyle adli sorunun varlığına ilişkin ve gerek madde kullanıcıları gerekse madde satıcılarına uygulanan yasal cezalara ilişkin görüşleri sorulmuştur. Aşağıda suç unsuru olarak madde kullanımına ilişkin bazı bilgiler verilmiştir.

4.1 Madde Kullanımı ve Suça Karışma

Bennet ve arkadaşları (2008) tarafından otuz çalışmanın dâhil edildiği sistematik bir araştırmada suç işleme ihtimalinin madde kullanımı olan kişilerde kullanmayan kişilere oranla 3-4 kat daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. White ve Gorman'a (2000), göre madde kullanımı ve konusunda nedensellik bağlamında üç basit teori bulunmaktadır:

1) Madde bağımlılığı suça neden olur.

2) Suç madde bağımlılığına neden olur.

3) Her ikisi de birbirine neden olur.

Montanari ve arkadaşları (2014), Avrupa ülkelerinde cezaevlerinde madde kullanımının yaygın olduğunu, bazı suçluların cezaevine girdiğinde madde kullanımını bıraktığını ancak bazılarının devam ettiğini ve bazılarınınsa cezaevine girince madde kullanmaya başladıklarını; cezaevinde en çok kullanılan maddenin esrar olduğunu belirtmişlerdir.

Asan ve arkadaşları (2015), tedavi gören madde bağımlılarının sosyodemografik özelliklerinin inceledikleri çalışmalarında bağımlı bireylerin %21.5'inin alkol/madde kullanımından önce, %36.4'ününse alkol/madde kullanımı sonrasında kanunlarla problem yaşadıklarını saptamışlardır. Håkansson ve Berglund (2012), İsveç'te madde kullanım problemi yaşayan mâhkumların %69'unun ceza adalet sistemine geri döndüklerini belirlemişlerdir.

Ögel ve arkadaşlarının (1999), madde bağımlıları ile yaptıkları çalışmada farklı madde

kullanımlarına göre madde kullanımı ile suç ilişkisinin karşılaştırılması hedeflenmiş; madde kullanan kişilerin %65'inin kanunlarla sorunu olduğu görülmüş, madde kullanmına başlamadan önceki süreçte kanunsal sorunlarla karşılaşma oranı %25 olarak saptanmıştır.

İstanbul'da Bağcılar'da lise ve dengi okul öğrencilerine yönelik Altuner ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir çalışmada madde kullanımı ile suç ve şiddet arasındaki ilişki ele alınmıştır. Ulaşılan sonuçlara göre madde kullanımıyla suç ve şiddet arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada ayrıca madde kullanımının ve suçlu olmanın aileden kaynaklanan herhangi bir olumsuzlukla (ailede içi şiddete uğrama, geçimsizlik yaşanması vs.) anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı saptanmıştır.

4.2 Türk Ceza Kanunu(TCK) Madde 191

TCK'da maddeye ilişkin esaslar, üçüncü bölümde Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar başlığı altında Madde 188, 189, 190, 191 ve 192'de yer almaktadır. Madde 188, maddenin imal ve ticaretine; Madde 189, tüzel kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanmasına; Madde 190, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma suçuna; Madde 191, kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanmak suçuna; Madde 192, etkin pişmanlığa ilişkin yasa maddeleridir. Bu bölümde Madde 191'in üzerinde durulacaktır.

Madde 191, "kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanmak" suçuna ilişkindir. Bu maddenin başlığı "Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak" iken, 18/06/2014 tarihli ve 6545 sayılı Kanunun 68. maddesiyle metne işlendiği şekilde değiştirilmiştir. Bu madde 10 fıkradan oluşmaktadır:

(1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran ya da

uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçtan dolayı başlatılan soruşturmada şüpheli hakkında 04/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 171. maddesindeki şartlar aranmaksızın, beş yıl süreyle kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilir. Cumhuriyet savcısı, bu durumda şüpheliyi, erteleme süresi zarfında kendisine yüklenen yükümlülüklere uygun davranmadığı veya yasakları ihlal ettiği takdirde kendisi bakımından ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda uyarır.

Bu fıkrada yer alan Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 171. maddesi kamu davası açmada takdir yetkisine ilişkindir.

(3) Erteleme süresi zarfında şüpheli hakkında asgari bir yıl süreyle denetimli serbestlik tedbiri uygulanır. Bu süre Cumhuriyet savcısının kararı ile üçer aylık sürelerle en fazla bir yıl daha uzatılabilir. Hakkında denetimli serbestlik tedbiri verilen kişi, gerek görülmesi hâlinde denetimli serbestlik süresi içinde tedaviye tabi tutulabilir.

(4) Kişinin, erteleme süresi zarfında;

a) Kendisine yüklenen yükümlülüklere veya uygulanan tedavinin gereklerine uygun davranmamakta ısrar etmesi,

b) Tekrar kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması,

c) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması,

hâlinde, hakkında kamu davası açılır.

(5) Erteleme süresi zarfında kişinin kullanmak için tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması, dördüncü fıkra uyarınca ihlal nedeni sayılır ve ayrı bir soruşturma ve kovuşturma konusu yapılmaz.

(6) Dördüncü fıkraya göre kamu davasının açılmasından sonra, birinci fıkrada tanımlanan suçun tekrar işlendiği iddiasıyla açılan soruşturmalarda ikinci fıkra uyarınca kamu davasının açılmasının ertelenmesi kararı verilemez.

(7) Şüpheli erteleme süresi zarfında dördüncü fıkrada belirtilen yükümlülüklere aykırı davranmadığı ve yasakları ihlal etmediği takdirde, hakkında kovuşturmaya yer olmadığı kararı verilir.

(8) Bu Kanunun;

a) 188. maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti,

b) 190. maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma, suçundan dolayı yapılan kovuşturma evresinde, suçun münhasıran bu madde kapsamına girdiğinin anlaşılması hâlinde, sanık hakkında bu madde hükümleri çerçevesinde hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verilir.

(9) Bu maddede aksine düzenleme bulunmayan hâllerde, Ceza Muhakemesi Kanununun kamu davasının açılmasının ertelenmesine ilişkin 171. maddesi veya hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına ilişkin 231. maddesi hükümleri uygulanır.

(10) (Ek: 27/3/2015-6638/12 md.) Birinci fıkradaki fiillerin; okul, yurt, hastane, kışla veya ibadethane gibi tedavi, eğitim, askerî ve sosyal amaçla toplu bulunulan bina ve tesisler ile bunların

varsa çevre duvarı, tel örgü veya benzeri engel veya işaretlerle belirlenen sınırlarına iki yüz metreden yakın mesafe içindeki umumi veya umuma açık yerlerde işlenmesi hâlinde verilecek ceza yarı oranında artırılır.

4.3. Madde 191 Kapsamında Verilen Kararlar

Çetin'e göre (2016), Madde 191 dâhilindeki suçlar, TCK'nun en çok ihlâl edilen suçlarındandır. Çetin, yaptığı çalışmada bu konuya ilişkin; 2009-2013 yılları arasında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu ile ilgili Cumhuriyet başsavcılıklarında verilen kararları incelemiştir. Buna göre 2009 yılında 63.086 olan şüpheli sayısının 2013 yılına gelindiğinde % 146,9 oranında arttığını; bu suçtan dolayı açılan dava sayısının ise 2009 yılında 37.469, 2010 yılında 82.269, 2011 yılında 66.644, 2012 yılında 77.880, 2013 yılında ise 94.012 olduğunu belirtmiştir. Türk Ceza Kanunu Madde 191 hükmüne muhalefet etmek suçunun da içinde yer aldığı Kamunun Sağlığına Karşı İşlenen Suçların sayısı 2015 yılında 123.320 olup yıl boyunca açılan tüm davalardaki suç sayısı açısından beşinci sıradadır.

4.4. Tutukluluk ve Denetimli Serbestlik Oranları

Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda (2018) yer alan bilgilere göre 2017 yılında ülkemiz genelinde uyuşturucnun arzına yönelik yapılan çalışmalarda 118,482 olay görüldüğü bu olaylarda tutuklanan kişilerden yaklaşık %77'sine 191. Madde kapsamında işlem yapıldığı bildirilmiştir. Madde ile ilişkili suçlardan dolayı ceza infaz kurumlarındaki hükümlü ve tutukluların oranı %21,65'tir. Raporda denetimli serbestlik müdürlüklerine 191. Madde kapsamında 84.398 karar geldiği, bu sayının toplam denetimli serbestlik sayısının %13,73'ünü oluşturduğu belirtilmiştir.

4.5 Adli Psikiyatrik Uygulamalar

Alkol ve madde kullanımı ya da bağımlılığı ile ilgili ülkemizdeki adli psikiyatrik uygulamalarının 'bilirkişilik' ve 'tedavi' adı altında iki alanda pratiğe yansıdığı Evren ve Öncü (2014) tarafından belirtilmekte olup bilirkişilik alanında ceza sorumluluğu ve alkol ya da madde kullanımının ya da

bağımlılığının tespiti konularının; tedavi alanında ise şartlı ve zorunlu tedavi konularının yer aldığı belirtilmektedir. Araştırmada ailelere, zorla tedavi konusundaki düşüncelerini anlamaya yönelik bazı ifadeler yöneltilmiştir. Evren ve Öncü'ye göre ülkemizde zorunlu tedavi Türk Medeni Kanunu'nun 432. maddesi, Türk Ceza Kanunu'nun 57/7. maddesi ve Çocuk Koruma Kanunu'nun 5. maddesinde yer almaktadır.

Aydın-Er ve Şehiraltı (2010), Türk Medeni Kanunu'nun 432. Maddesinde "*Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya düzeltilmesi için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir*." ifadesine göre zorla tedavi işlemlerinin yapıldığını ifade etmişlerdir.

Öncü ve Ger (2007) Türk Ceza Kanunu'nun 57. maddesinin 7. fıkrasında "Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşlarında tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulana kadar devam eder. Bu kişiler yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme ya da hakim kararıyla serbest bırakılabilir." ifadesinin yer aldığını belirtmişlerdir.

Çocuk Koruma Kanunu'nun 5. maddesinde yer alan sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına yönelik tedbirdir. Bu tedbirin uygulanmasına yönelik hazırlanan yönetmelikte zorunlu tedavi "Alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı olan çocukların, koruyucu ve destekleyici sağlık tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarının tedavi altına alınmasına yönelik olarak verilen kararların yerine getirilmesinde tedavi için çocuğun rızası aranmaz." ifadesi ile belirtilmektedir. (ÇKK, 2005).

4.6. Diğer Ülkelerin Yasal Düzenlemeleri

Uyuşturucu ile mücadele dünya çapında önemi olan bir konudur. Bununla beraber Kuzey Kore, Jamaika, Uruguay, Ukrayna gibi ülkelerde ve Amerika'nın 29 eyaletinde esrarın (marijuana) tıbbi amaçlı kullanımına yasal olarak izin verilmektedir. Hollanda ve Kanada ise esrarın keyfi amaçlı kullanımının yasal olduğu ülkelerdir (Suçin, 2008). Bu bölümde bazı ülkelerdeki uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımına ilişkin yasal düzenlemelerden örnekler verilecektir.

4.6.1 Almanya'da yasal düzenlemeler

Suçin'e göre (2008) Almanya'da kanundışı uyuşturucunun bulundurulması ceza gerektiren bir suçtur. Kişilerin, sadece kullanmak için oldukça az miktarda uyuşturucu bulundurmaları durumunda soruşturmadan muaf tutulması mümkün olabilmektedir. Bulundurma durumunda suça karar vermek için maddenin türü ve miktarı, madde bulunduran bireyin kullanma geçmişi ve mahkumiyet için kamuoyu yaklaşımı esas alınmaktadır. Suçin kişinin, mahkumiyetle sonuçlansada, tedavi programını kabul etmesiyle cezasının hafifletildiğini ya da azaltıldığını belirtmektedir. Bununla birlikte kanuna aykırı madde kaçakçılığı yapmak, tarımsal faaliyetlerde bulunmak ve üretmek en fazla ceza gerektiren suçlardan olup 1-15 yıl arasında hapis cezası gerektirir.

4.6.2. Hollanda'da yasal düzenlemeler

Esrarla diğer maddelerin arasında fark gözetilmektedir. Madde kullanımı suç kapsamına alınmamıştır. Esrarda kullanım amacıyla taşınan madde miktarı 30 gramdan azsa, ceza bir aya kadar hapis ve/veya ağır para cezası, 30 gramdan fazla ise bir yıla kadar hapis ve/veya para cezası uygulanır. Pratikte sıklıkla kullanılan yöntem, yardım veya tedavi girişimini kabul etmesi için kişiyi teşvik etmek, kovuşturma durumundaysa, genellikle az miktarda para cezasına çarptırmaktır. Kullanım amacıyla diğer maddeleri bulundurmanın cezası ise bir yıla kadar hapis ve/veya ağır para cezasıdır. Maddenin temin edilmesine ilişkin suçlarda esrar için dört yıla; diğer maddeler içinse oniki yıla kadar hapis cezasıdır. Kullananlar için tedavi zorunludur (Dinçkol, 1991).

4.6.3. İtalya'da yasal düzenlemeler

İtalya'da maddelerin herhangi bir çeşidini bulundurulması yasaktır ve bireysel kullanım durumlarında kişi idari cezalara çarptırılmaktadır. İlk kez yakalanan kişi için idari ceza uygulanmayabilir; fakat daha önce yakalanmış ve uyarılmışsa yine madde taşımaktan yakalanması halinde ceza uygulanır. Ülkemizde olduğu gibi suçu işleyen kişi kendi isteğiyle bir tedavi programını ya da rehabilitasyon programını talep ediyorsa cezası askıya alınır. Ancak programı tamamlamaması durumunda ceza uygulanır. Satışı, üretimi, taşınması ve dağıtımı durumunda iki ile altı sene veya sekiz ile yirmi sene arasında değişen cezalar uygulanır (Suçin, 2008).

4.6.4. Fransa'da yasal düzenlemeler

Maddenin ticaretini yapanlarla kullanan kişiler arasında ayırım yapılmaktadır. Maddeyi üretenler, dağıtanlar, ithalat ve ihraçatıyla uğraşanlar, satın alan ve satanlar yani ticaretiyle doğrudan uğraşanlar iki seneden on seneye varan hapis ve para cezasıyla cezalandırılır. Ceza bazı durumlarda on seneden yirmi seneye kadar artış gösterebilir. Bununla beraber madde kullanan kişilere para cezası ya da iki aydan bir seneye varan hapis cezası verilir. Fakat madde bağımlısı olan kişiler tıbbi tedaviyi kabul ederlerse ceza kovuuşturması yapılmaz (Özmen, 2009).

4.6.5 İsveç'te yasal düzenlemeler

Yasa dışı madde taşımak veya kullanmak Narkotik Maddeler Ceza Kanunu gereğince ceza gerektiren suç kapsamındadır. Cezalandırmalar sistemsel olarak küçük, olağan ve ciddi suçlar olarak üç dereceli sınıflandırılmıştır :

- Küçük suçlar para cezası veya altı aya varan hapis cezaları gerektirir.

- Orta suçlar üç seneye kadar hapis cezası gerektirir.

- Ciddi suçlar için iki seneden on seneye kadar hapis cezası verilebilir. Sabıkası olan kullanıcılar için bu süre onsekiz seneye çıkarılabilir (Suçin, 2008).

3. Gereç ve Yöntem

3.1 Gereç ve Yöntem

3.1.1. Örneklem

Araştırma evreni İstanbul ilindeki 38 ilçede bulunan Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimlerine (BMDB) başvuran kişilerden madde bağımlısı yakını olan aile üyeleridir. Araştırmanın örneklemini Bahçelievler, Esenyurt, Kartal, Kağıthane ve Zeytinburnu Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimlerine başvuran ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 52 madde bağımlısı yakını oluşturmaktadır. Mart- Ağustos 2018 tarihleri arasında Bahçelievler, Esenyurt, Kartal, Kağıthane ve Zeytinburnu Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimlerine başvuran aile üyelerinden katılımı kabul eden 52 aile üyesi ile görüşülmüştür. Bu ailelerin 5'i Esenyurt BMDB'ye, 4'ü Kağıthane BMDB'ye, 2'si Kartal BMDB'ye, 31'i Bahçelievler BMDB'ye, 10'u Zeytinburnu BMDB'ye başvurmuştur. Ailelerle (anne, baba, kardeş, eş vb) likert tipi hazırlanan 'Aile Yakını Görüşme Formu'nda yer alan sorular üzerinden görüşme yapılarak 52 kişiden veri toplanmıştır.

Araştırmaya katılanların 32'si kadın (%61,5), 20'si erkektir(%38,5). Katılımcıların yaş aralığı 20-77 yaş; yaş ortalaması 50,7 (sd: 11,1) yaştır. Görüşmeyi kabul eden bağımlı yakınlarının 26'sı bağımlının annesi, 19'u babası, 4'ü kardeşi ve 3'ü eşidir.

3.1.2. Gereç:

'Aile Yakını Görüşme Formu' araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Görüşme formunda, aile yakınına ve madde bağımlısına ait demografik bilgilere (aile yakınının cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu vb; madde bağımlısının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çalışma durumu vb); bağımlılık sürecine (hangi maddeyi kullandığı, ne kadar süredir kullandığı, geçmişte tedavi sürecine dâhil olup olmadığı vb) ve bağımlılık ile ilgili tutum ve düşüncelere (bağımlılığın hastalık olup olmadığı, aile yakınının bağımlı birey ile iletişim kurup kuramadığı, bağımlı birey madde kullanmayı bırakmazsa kendine zarar verip vermeyeceği vb) dair sorular yer almaktadır. Soruların yanıtları liste, kategori

ve beşli likert tipi ölçek formatında hazırlanmakla birlikte bazı sorular açık uçlu olarak sorulmuştur. Görüşme formu öncesi katılımcılara çalışmayla ilgili bilgilerin yer aldığı aydınlatılmış onam formu okutulup imzalatılmıştır. Soru formu katılımcılara yaklaşık 20-25 dakikalık süre içersinde yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

3.1.3. İşlem:

Araştırmadan toplanan verilerin değerlendirilmesi ve analizinde IBM SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Formdaki demografik verilere ilişkin analizler frekans analiziyle yapılmış, aile üyelerine yönelik demografik verilerin karşılaştırma analizlerinde ki kare(chi-square), bağımsız gruplar için t testi (independet-samples t test), korelasyon (correlation) ve tek yönlü varyans (one way anova) analizleri kullanılmıştır. Araştırmada aile üyelerinin beyanına göre madde bağımlısı bireylerin demografik verilerine ve kullanılan maddenin türüne göre karşılaştırma analizleri yapılması planlanmış ancak dağılımların uygun olmaması nedeniyle yapılamamıştır.

5'li likert tipi ölçek sorularında ortalama ve standart sapma alınmıştır. 5'li Likert tipi ölçeklerde 2 farklı cevap tipi kullanılmıştır. Tablo 1'de belirtilen ve "Seçenek 1" olarak tanımlanan cevaplar, "1-Hiç Katılmıyorum", "2- Katılmıyorum", "3-Kararsızım", "4- Biraz Katılıyorum", "5- Katılıyorum" şeklinde; "Seçenek 2" olarak tanımlanan cevaplar "1-Hiçbir Zaman", 2-"Nadiren", "3-Bazen", "4-Çoğunlukla", 5-"Her Zaman" şeklinde beş seçenek olarak belirlenmiştir.

3.2 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada Bağımlıkla Mücadele ve Danışma Birimine başvuran ailelerle görüşme yapılmış olup, sadece 5 birim araştırmaya dâhil edilebilmiştir. Birimler İstanbul ilinde 2017 yılı içinde açılmaya başladığından bilinirlikleri çok fazla değildir. 2017 yılında İstanbul genelindeki birimlere başvuran madde bağımlısı kişi sayısı 491, aile yakını sayısı 3342'dir (Polat, 2018). Tüm birimlerin aynı zamanda açıldığı ve tüm birimlere eşit sayıda ailenin başvurduğu kabul edilirse her birime bir yıl içinde yaklaşık 88 ailenin başvurduğu (3342/38=87,9) söylenebilir. Araştırmanın yapıldığı 6 aylık

zaman diliminde 52 aileye ulaşılması; birimlere yapılan yaklaşık başvuru sayısı, birimlerin bilinirliği, birimlerin olduğu ilçenin büyüklüğü, madde kullanımının ilçedeki yaygınlığı ve araştırma için ailelerin gönüllü olmasının esas alınması gibi faktörlerle ele alındığında anlamlıdır. Birimlerde sadece kendi talebiyle birime başvuran ailelerle çalışılmakta olup birimlerden haberi olmayan ailelere ulaşmak mümkün olmamıştır. Dolayısıyla araştırmaya katılan ailelerin bir şekilde destek alma ihtiyacı içinde oldukları söylenebilir.

4.Bulgular

Araştırmaya katılan 52 kişi ile yapılan birebir görüşmelerle formlar doldurulmuş ve tüm formlar değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcıların sorulara verdikleri cevapların frekans, yüzde dağılım tabloları ve 5'li likert tipi ölçek sorularının aritmetik ortalama ve standart sapma tabloları aşağıda verilmiştir.

Ailelere hem kendilerinin hem de madde bağımlısı yakınlarının demografik bilgileri sorulmuş olup ailelere ait demografik bilgiler Tablo I'de, ailelerin beyanına göre madde bağımlısı yakınlarına ait demografik bilgiler Tablo II'de yer almaktadır:

Tablo I'de yer alan bilgilere göre araştırmaya katılanların 32'si kadın (%61,5); 20'si erkektir (%38,5). Katılımcıların çoğunlukla 46-65 yaş aralığında olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 50,7 (sd: 11,1) yaştır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %75'inin ilköğretim mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma durumlarına bakıldığında %61,5'inin çalışmadığı görülmektedir. Çalışmadığını belirten 32 kişiden 27'sinin ev hanımı ve/veya emekli olduğu öğrenilmiştir.

Katılımcılara madde bağımlısı birey ile birlikte yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş, %88,5'i madde bağımlısı birey ile birlikte yaşadıklarını, %11,5'i ayrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %59,6'sı Bahçelievler ilçesinde oturmaktadır.

Tablo I. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

		N	(%)
Cinsiyet	Kadın	32	61,5
	Erkek	20	38,5
	Toplam	52	100
Yaş aralığı	18-25 yaş	2	3,8
	26-35 yaş	3	5,8
	36-45 yaş	8	15,4

	46-55 yaş	21	40,4
	56-65 yaş	17	32,7
	65+ yaş	1	1,9
	Toplam	52	100
Eğitim durumu	Okur- yazar değil	6	11,5
	İlköğretim	39	75,0
	Lise	4	7,7
	Üniversite ve üstü	3	5,8
	Toplam	52	100
Çalışma durumu	Evet	20	38,5
	Hayır	32	61,5
	Toplam	52	100
Meslek dağılımı	Profesyonel Meslek Mensupları	6	11,4
	Teknisyenler, Teknikerler ve Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	3	5,8
	Hizmet ve Satış Elemanları	3	5,8
	Nitelik Gerektirmeyen İşler	13	25
	Diğer (ev hanımı ve emekli olanlar bu gruptadır)	27	52
	Toplam	52	100
Gelir durumu	1000 tl'den az	6	11,5
	1000-2000 tl	18	34,6
	2001-3000 tl	18	34,6
	3001 tl ve üstü	2	3,8
	Bilinmiyor	8	15,5
	Toplam	52	100
Madde bağımlısına yakınlığı	Anne	26	50,0
	Baba	19	36,5
	Kardeş	4	7,7
	Eş	3	5,8
	Toplam	52	100
Madde bağımlısı	Evet	46	88,5
	Hayır	6	11,5

bireyle birlikte yaşama	Toplam	52	100
Yaşadığı ilçe	Bahçelievler	31	59,6
	Esenyurt	4	7,7
	Kartal	1	1,9
	Kağıthane	4	7,7
	Küçükçekmece	1	1,9
	Şile	1	1,9
	Zeytinburnu	10	19,2
	Toplam	52	100

Tablo II'de yer alan bilgilere göre madde bağımlısı bireylerin %94,2'sinin erkek, %5,8'inin kadın olduğu; 14-43 yaş aralığında oldukları, yaş ortalamasının 27,8 (sd: 6,11) olduğu ve %83'ünün 18-35 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Madde bağımlısı bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında ailelerinin, %2,1'i için okur-yazar olmadığını, %70,2'si için ilköğretim, %21,3'ü için lise ve %6,4'ü için üniversite ve üstü bir eğitim kurumundan mezun olduğunu belirttikleri görülmektedir.

Madde bağımlısı bireylerin çalışıp çalışmadığı sorusuna verilen cevaplar %72,3 hayır, %27,7 evet şeklindedir. %74,5'inin hiçbir geliri olmadığı; %28,8'inin hizmet ve satış elemanı meslek grubunda bulunduğu; %28,8'inin herhangi bir mesleğinin olmadığı ve %15,4'ünün (8 kişi) düzenli bir işi olduğu ailelerce belirtilmiştir.

Aile yakınları madde bağımlısı bireylerin %66'sının bekâr, %17'sinin evli olduğunu, %21,2'sinin çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir.

Ailelerin beyanına göre madde bağımlısı bireylerin %57,7'si Bahçelievler ilçesinde ikamet etmektedir.

Tablo II. Ailelerin Beyanına Göre Madde Bağımlılarının Demografik Bilgileri

		N	(%)
Cinsiyet	Kadın	3	5,8
	Erkek	49	94,2
	Toplam	52	100
Yaş	18 yaş altı	3	5,8
	18-25 yaş	18	34,6
	26-35 yaş	26	50,0
	36-45 yaş	5	9,6
	Toplam	52	100
Eğitim	Okur-yazar değil	1	2,1
	İlköğretim	33	70,2
	Lise	10	21,3
	Üniversite ve üstü	3	6,4
	Toplam	52	100
Çalışma durumu (Görüşme sırasında)	Evet	13	25
	Hayır	39	75
	Toplam	52	100
Düzenli iş (Görüşme sırasında)	Evet	8	15,4
	Hayır	44	84,6
	Toplam	52	100
Gelir durumu	1000 tl'den az	40	76,9
	1000-2000 tl	4	7,7
	2001-3000 tl	5	9,6
	3000 tl'den fazla	3	5,8
	Toplam	52	100
Meslek dağılımı	Profesyonel Meslek Mensupları	6	11,6
	Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	8	15,4
	Hizmet ve Satış Elemanları	15	28,8
	Nitelik Gerektirmeyen İşler	8	15,4
	Mesleği Olmayan	15	28,8
	Toplam	52	100

	Evli	8	17,0
	Bekâr	31	66,0
	Boşanmış	7	14,9
	Dul	1	2,1
Medeni durum	Toplam	52	100
	Evet	11	21,3
	Hayır	41	88,7
Çocuk sahibi	Toplam	52	100
	Bağcılar	1	1,9
	Bahçelievler	30	57,7
	Beylikdüzü	1	1,9
	Esenyurt	4	7,7
	Kartal	1	1,9
	Kağıthane	4	7,7
	Şile	1	1,9
	Zeytinburnu	10	19,3
Yaşadığı ilçe	Toplam	52	100

Ailelerden madde bağımlısı yakınlarının madde kullanımı hakkındaki bilgi düzeylerini öğrenmek amacıyla ailelere yakınlarının hangi maddeyi kullandığı, ne kadar süredir kullandığı ve kendilerinin madde kullanımından ne kadar süredir haberdar oldukları ve öğrendiklerinde ne tepki verdikleri sorulmuştur. Bağımlı bireyin hangi maddeyi kullandığı sorulduğunda, 6 kişi (%11,5) ne kullandığını bilmediğini belirtmiştir. Bağımlı bireylerin yaygın olarak "bonzai" adıyla bilinen sentetik kannabonoidleri kullandığı, 12 kişinin (%25,5) birden fazla maddeyi kullandığı belirtilmiştir. Tablo III'te belirtilen sayılara birden fazla madde kullanımı olan bireylerin kullandıkları maddeler tek tek işlenmiştir.

Bağımlı bireylerin ne kadar süredir madde kullandığı sorulduğunda ailelerin %17,3'ü süreyi bilmediklerini belirtirken belirtilen süre ortalaması 7,3 (sd: 5,72) yıl olup en kısa sürenin 6 ay, en uzun sürenin 30 yıl olarak ifade edildiği görülmüştür.

Ailelere kendilerinin ne kadar süredir kullanımdan haberdar oldukları sorulmuştur. Ailelerin %65,4'ü 5 yıldan az süredir, %28,8'i 5-10 yıldır, %5,8'i 10 seneden uzun süredir haberdar

olduklarını beyan etmiştir.

Madde kullanımını öğrendiklerinde ne tepki verdikleri sorulmuş, birden fazla seçenek için yanıt verenler olmuş, %26,9'u öfkelendiğini; %57,7'si konuşmaya çalıştığını belirtmiş, diğer cevabını veren aileler şaşırdığını, üzüldüğünü belirtmiştir.

Tablo III. Ailelerin Beyanına Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Kullanım Bilgilerinin Dağılımı

Bilgi	Seçenek	N	(%)
Kullanılan madde*	Esrar	12	23,1
	Eroin	5	9,6
	Kokain	1	1,9
	Uçucu Madde	2	3,8
	Ecstatsy	5	9,6
	LSD	0	0
	Sentetik Kannabinoid	36	69,2
	Diğer (Alkol, Metamfetamin)	3	5,7
	Bilmiyorum	6	11,5
Madde kullanım süresi	Bilmiyorum	9	17,3
	5 yıldan az	16	30,8
	5-10 yıl arası	20	38,7
	10 yıldan fazla	7	13,2
	Toplam	52	100
Kullanımdan haberdar olma süresi	3 yıldan az	22	42,3
	3-6 yıl arası	19	36,5
	6 yıldan fazla	11	21,2
	Toplam	52	100
Öğrendiğinde verilen tepki*	Öfkelendim.	14	26,9
	Endişelendim	11	21,2
	Yardım talebinde bulundum	9	17,3
	Konuşmaya çalıştım	30	57,7
	Uzaklaştırdım	3	5,8
	Diğer (üzüldüm / şaşırdım)	12	23,1

*Aile üyeleri birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Ailelere daha önce herhangi bir kuruma başvuruda/ yardım talebinde bulunup bulunmadıkları sorulmuştur. 'Hayır' cevabını veren ailelerden nedenini belirtmeleri istenmiş ve 'Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimi'ne başvuru amaçları sorulmuştur. Daha önce herhangi bir kuruluşa yardım talebinde bulunup bulunmadıkları sorusuna ailelerin %38,5'i daha önce talepte bulunduklarını; %61,5'si herhangi bir talepte bulunmadıkları şeklinde cevap vermişleridr. Daha önce yardım talebinde bulunmayan ailelere nedeni sorulmuş ve birden fazla seçeneği belirtebilecekleri söylenmiştir, birden fazla seçenek belirten aile sayısı 16'dır. Başvuruda bulunmama nedenlerinin başında böyle bir hizmetten haberdar olmamaları gelmektedir. Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimi'ne başvuran ailelere başvuru sebepleri sorulduğunda ailelerin %40,4'ü madde kullanan yakınının tedavi olmak istemediğini ve hastaneye yatırılması için başvurduğunu belirtmişlerdir.

Ailelerin verdikleri cevaplara ilişkin hazırlanan Tablo IV aşağıda yer almaktadır:

Tablo IV. Ailelerin Başvuru Bilgileri Dağılımı

Bilgi	Seçenek	N	(%)
Geçmişte başvuru/yardım talebi	Evet	20	38,5
	Hayır	32	61,5
	Toplam	52	100
Ailelerin başvuruda bulunmama nedenleri*	Böyle bir hizmetten haberim yoktu	19	36,5
	Yakınımın bağımlı olduğunu yeni öğrendim	2	3,8
	Bize ve çevreye verdiği zarar gittikçe arttı	9	17,3
	Maddenin yakınıma verdiği zarar gittikçe arttı	7	13,5
	Yakınım madde kullanmayı bir süre sonra bırakır diye düşünüyordum.	13	25
	Yardım için yakınımı ikna edemedim	8	15,4
	Çevremin duymasını/bilmesini istemedim.	4	7,7
Birime Başvuru	Yakınım tedavi olmak istiyor, başvurabileceğim kurumlar hakkında bilgi almak istiyorum	6	11,5

Nedeni	Yakınım tedavi olmak istiyor, hastaneye yatırılmasını istiyorum	12	23,1
	Yakınım tedavi olmak istemiyor, başvurabileceğim kurumlar hakkında bilgi almak istiyorum.	11	21,2
	Yakınım tedavi olmak istemiyor, hastaneye yatırılmasını istiyorum	21	40,4
	Diğer	2	3,8
	Toplam	52	100

*Aile üyeleri birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Ailelerden madde bağımlısı yakınlarının tedavi geçmişlerine dair bazı sorulara cevap vermeleri istenmiştir. Ailelere madde bağımlısı yakınının daha önce herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru yapıp yapmadıkları sorulduğunda %67,3'ü evet, %32,7'si hayır olarak cevap vermiştir. Soruya "hayır" cevabı veren aile bireylerine "Başvurmayı düşünür mü?" diye sorulmuş, %23,5'i evet, %47'si hayır, %29,5'i bilmiyorum şeklinde belirtmiştir.

Madde bağımlısı bireyler içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuranların %62'sinin AMATEM'e, %28,6'sının özel bir hastaneye başvurduğu ailelerce belirtilmiştir. Başvurulan sağlık kuruluşlarına bireylerin %42,9'u bir kez, %51,4'ünün birden fazla başvurduğu belirtilirken ailelerin %5,7'si kaç yakınlarının kaç kez başvuru yaptığını bilmediğini belirtmiştir.

Madde bağımlısı yakınlarının daha önce sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirten ailelere uygulanan tedavi biçimi sorulmuştur. Ailelerin %51,4'ü yakınlarının ayaktan tedavi gördüğünü, 34,3'ü yatarak tedavi gördüğünü, %11,4'ü hem yatarak hem ayaktan tedavi gördüğünü belirtmiş, %2,9'u yakınının tedavi biçimini bilmediğini beyan etmiştir.

Tedavi sürelerine bakıldığında %62,9'unun tedaviye 0-1 ay arası devam ettiği; tedaviye başvuranların %60'ının 0-1 ay süreyle temiz kaldığı öğrenilmiştir. Yakının temiz kaldığı süreyi bilmeyenlerin oranı %11,4'tür.

Sorular ve verilen cevapların dağılımı Tablo V'te yer almaktadır:

Tablo V. Aile Beyanına Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Sağlık Kuruluşu Başvurularına Ait Bilgilerin Dağılımı

Soru		N	(%)
Sağlık kuruluşuna hiç başvuru yaptı mı?	Evet	35	67,3
	Hayır	17	32,7
	Toplam	52	100
(Hayırsa) Başvurmayı düşünür mü?	Evet	4	23,5
	Hayır	8	47
	Bilmiyorum	5	29,5
	Toplam	17	100
(Evetse) Nereye?	AMATEM	26	62
	Özel hastane	12	28,6
	Başka şehirde hastane	1	2,4
	Diğer sağlık mensupları (Doktor/Psikolog)	6	14,3
Kaç defa?	Bir kez	15	42,9
	Birden fazla	18	51,4
	Bilmiyorum	2	5,7
	Toplam	35	100
Tedavi biçimi neydi?	Ayaktan tedavi	18	51,4
	Yatarak tedavi	12	34,3
	Bilmiyorum	1	2,9
	Hem ayaktan hem yatarak tedavi	4	11,4
	Toplam	35	100
Ne kadar süre tedaviye devam etti?	0-1ay	22	62,9
	1-3 ay	9	25,9
	6 aydan fazla	1	2,9
	Bilmiyorum	3	8,8
	Toplam	35	100
Ne kadar süre temiz kaldı?	0-1ay	21	60
	1-3ay	7	20
	3-6ay	2	5,7
	12 aydan fazla	1	2,9
	Bilmiyorum	4	11,4
	Toplam	35	100

Ailelerin bağımlılık tedavisi için ne düşündüklerini öğrenmek amacıyla hem madde bağımlısı yakınlarının geçmişteki tedavi tecrübeleri hakkında ne düşündükleri hem de bağımlılık hakkında bir takım sorular sorulmuştur. Ailelere tedaviye başvuran yakınlarının tedavileri hakkında düşünceleri sorulmuştur. Ailelerin %28,6'sının yakını tedaviye istekli olmadığı için tedavinin faydalı olmadığını düşündüğünü; %20'si tedavi konusunda fikrinin bulunmadığını; %11,4'ü tedavi sırasında hastanede yakını ile yeteri kadar ilgilenilmediği düşüncesi gibi farklı düşüncelere sahip olduğunu belirtmiştir.

Ailelere 'Yakınınızın hastaneye yatarak tedavi olması durumunda bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' sorusu yöneltilmiştir. Ailelerin %32,7'si 'evet', %3,1'i 'hayır', %44,2'si 'bilmiyorum' cevabını vermiştir. "Hayır" cevabı veren ailelere görüşleri sorulduğunda '*Kendi beyninde bitirmesi lazım.', 'Daha önce tedavi gördü ama yine kullanmaya başladı.', 'Yapamaz*.' cevaplarını ifade ettikleri görülmüştür.

Bağımlılığın bir hastalık olup olmadığı sorulduğunda %61,5'i 'evet' cevabını vermiş, evet diyen kişilere tedavi edilebilir olup olmadığı sorulduğunda tamamının bu soruya 'Evet' olarak cevap verdiği görülmüştür.

Ailelerin hastalığın etkileri hakkında bilgi sahip olma oranları %67,3; etkiler konusunda en büyük bilgi kaynakları %42,9 oranında internet; hastalığın zararları hakkında bilgi sahibi olma oranları %78,8; zararlar konusunda en büyük bilgi kaynakları %41,5 oranında internet olarak bulunmuştur. Verilen cevaplara ilişkin veriler Tablo VI'dadır:

Tablo VI. Ailelerin Tedavi Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı

Soru		N	(%)
Tedavi hakkında düşünceniz nedir?	Tedavi konusunda istekli olmadığı için faydalı olmadı	10	28,6
	Yeterli psikolojik destek verilmediği için faydalı olmadı	3	8,6
	Tedaviyi yarım bıraktı	6	17,1
	Faydalı oldu ama tekrar başladı	5	14,3
	Fikrim yok	7	20

	Diğer	4	11,4
	Toplam	35	100
Yakınınızın hastaneye yatması durumunda bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?	Evet	17	32,7
	Hayır	12	23,1
	Bilmiyorum	23	44,2
	Toplam	52	100
Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mı?	Evet	32	61,5
	Hayır	14	26,9
	Bilmiyorum	6	11,5
	Toplam	52	100
(Evet ise) tedavi edilebilir mi?	Evet	32	100
	Hayır	0	-
	Toplam	32	100
Yakınınızın kullandığı maddelerin etkisi hakkında bilginiz var mı?	Evet	35	67,3
	Hayır	17	32,7
	Toplam	52	100
‘Evet’ ise bu bilgiyi nereden edindiniz?	İnternet	15	42,9
	Televizyon	9	25,7
	Gazete	1	2,8
	Çevre	5	14,3
	Diğer (Doktor/Broşür)	5	14,3
	Toplam	35	100
Yakınınızın kullandığı maddenin zararları hakkında bilginiz var mı?	Evet	41	78,8
	Hayır	11	21,2
	Toplam	52	100
‘Evet’ ise bu bilgiyi nereden edindiniz?	İnternet	17	41,5
	Televizyon	6	14,6
	Gazete	1	2,4
	Çevre	7	17,1
	Diğer	10	24,4
	Toplam	52	100

Ailelere komşularla/çevreyle ne tür sorunlar yaşadıkları sorulmuştur. Birden fazla ifadeyi seçebilecekleri söylenmiştir. Araştırmaya katılan ailelerin %61,5'i komşu/çevre ile sorun yaşamadığını belirtmiştir. %34,6'sının yakınlarının madde kullanımını çevreden gizlemeye çalıştıklarını beyan ettikleri görülmüştür. Diğer cevabını veren iki aile yakını '*Çevremiz bizi anlıyor*.' cevabını vermişlerdir. Verilen cevapların dağılımı Tablo VII'de yer almaktadır:

Tablo VII. Komşu/Çevreyle Sorun Yaşama Oranlarının Dağılımı*

İfade	N	(%)
Komşularla/çevreyle sorun yaşamıyoruz	32	61,5
Komşulardan/çevreden gizlemeye çalışıyoruz	18	34,6
Komşularla/çevreyle sorun yaşıyoruz çünkü yakınım onlarla tartışıyor	3	5,8
Komşularla/çevreyle sorun yaşıyoruz çünkü huzursuz oluyorlar	13	25
Komşularla/çevreyle sorun yaşıyoruz çünkü yakınım herkesten borç alıyor	11	21,2
Diğer	2	3,8

*Aile üyeleri birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Formda madde bağımlısı bireyin bulunduğu ailelerde yaşanabilecek bir takım sorunlar ve ailelerdeki olası davranış ve düşüncelere ilişkin cümleler tanımlanmış ve genel başlıklar altında likert tipi ölçek ile değerlendirilmeye çalışılmıştır. Aşağıda bu başlıklara ilişkin bulgular paylaşılmaktadır:

Aile İçi Sorunlar

Ailelere, madde bağımlısı bireyden kaynaklı olabilecek bir takım sorunlara yönelik görüşleri sorulmuştur. Ailelerden tüm cümlelere kendilerine uyan yanıtları vermeleri istenmiştir. Madde bağımlısı yakınlarının şiddet uyguladığına ilişkin ailelerin verdikleri cevapların ortalamasının 2,56

olduğu görülmekle birlikte %34'ünün yakınının 'hiçbir zaman' şiddet uygulamadığını belirttiği anlaşılmıştır. 'Bizden sürekli para istiyor.' ifadesine ailelerin %27,7'sinin 'her zaman'; %29,8'inin 'çoğunlukla' şeklinde cevap verdiği görülmüştür. 'Evden eşya/para çalıyor.' ifadesine ise ailelerin %53,2'si 'hiçbir zaman' olarak cevaplamışlardır. Ailelerin beyanına göre madde bağımlısı bireylerin aileden sürekli para isteme ifadesinin cevap ortalamasının 3,31 ve bağırıp çağırarak evde huzursuzluk yaratma ifadesinin cevap ortalamasının 3,44 olduğu anlaşılmaktadır. Aileler madde bağımlısı birey tarafından evde huzursuzluk yaratılmasının sebebinin para talebinin karşılanmaması olarak açıklamaktadırlar.

'Ağzında sigarayla uyuyor, evi yakmasından korkuyorum.' cümlesine verilen cevapların ortalamasının 2,77 olmasıyla birlikte ailelerin bu cümleye %20'sinin 'hiçbir zaman', %2,1'inin 'nadiren', %8,5'inin 'bazen', %25,5'inin 'çoğunlukla ve % 21,3'ünün 'her zaman' şeklinde cevap verdiği görülmüştür.

Tablo VIII. Aile İçi Sorunlara İlişkin Cümlelere Verilen Cevapların Değerlendirmesi

İfadeler	N	Ortalama	Standart Sapma
Evde şiddet uyguluyor.	52	2,56	1,35
Bizden sürekli para istiyor.	52	3,31	1,49
Evden eşya/para çalıp satıyor.	52	1,79	1,05
Ağzında sigarayla uyuyor, evi yakmasından korkuyorum.	52	2,77	1,65
Bağırıp çağırıyor, evde huzursuzluk yaratıyor.	52	3,44	1,29
Sürekli adli sorunlar yaşaması nedeniyle evde huzursuzluk yaratıyor	52	2,15	1,43

Ailelerin Yaklaşımı

Ailelerden madde bağımlısı bireylere nasıl davrandıkları konusunda aşağıda belirtilen cümlelere kendileri için uygun olanı yanıtı vermeleri istenmiş olup verilen cevapların değerlendirmesi Tablo IX'da yer almaktadır. Ailelerin, madde bağımlısı bireyle iletişimlerini 4,58 ortalama ile madde kullanmayı bırakmasının söylenmesi, 3,63 ortalama ile madde kullandığı için tartışılması ve 3,04

ortalama ile bireyle konuşmakta zorluk yaşanması olarak tarif ettikleri görülmüştür.

Tablo IX. Madde Bağımlısı Bireye Yaklaşım Cümlelerine Verilen Cevapların Değerlendirmesi

İfadeler	N	Ortalama	Standart Sapma
Madde kullanmayı bırakmasını söylüyoruz	52	4,58	0,54
Madde kullandığı için tartışıyoruz	52	3,63	1,24
Madde kullanmayı bırakması için istediklerini yerine getiriyoruz	52	3,10	1,51
Bize şiddet uygulamaması için istediklerini yerine getiriyoruz	52	2,65	1,61
Yakınımla iletişim kurmakta zorluk yaşıyoruz, konuşamıyoruz	52	3,04	1,36
Yakınımı yaşadığımız yerden uzak tutmaya çalışıyoruz	52	2,35	1,31

Ailelerin Madde Kullanımına İlişkin Düşünceleri

Araştırmada ailelerin madde kullanımına ilişkin düşüncelerine yönelik iki farklı cümle grubu oluşturulmuş, 5 cümleden oluşan ilk cümle grubunda ‘yakınınızın madde kullanımı hakkında ne düşünüyorsunuz’ sorusu sorulmuş, 7 cümleden oluşan ikinci cümle grubunda ‘cümleler için kendilerine uyan seçenekleri seçmeleri’ istenmiştir. İlk cümle grubu daha çok yakınlarına yönelikken ikinci cümle grubu genele yönelik oluşturulmuştur. İki cümle grubuyla da ailelerin özelde ve genelde madde kullanımına ilişkin algılarının anlaşılması amaçlanmıştır. İlk cümle grubunda “Kendisi istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceğini /iyileşeceğini düşünmüyorum.” ve “Zorla tedavi edilirse madde kullanmayı bırakabileceğini /iyileşeceğini düşünüyorum.” cümleleri özellikle arka arkaya verilmiş olup ailelerin zorla tedavi konusundaki düşünceleri anlaşılmaya

çalışılmıştır. Bu sebeple ikinci cümle grubunda "Madde kullanan kişiler istemeseler bile zorla hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli." cümlesi tekrar verilmiştir. 'Zorla tedavi' bireyin istemi dışında hastaneye yatırılmasını ve tedavi edilmesini ifade eder. Tablo X'da 12 cümleye verilen cevapların değerlendirmesi yer almaktadır.

Cümlelere verilen yanıtların değerlendirmelerine bakıldığında ilk 5 cümle için verilen yanıtlarda ailelerin 4 cümleye verilen cevapların ortalamalarının yüksek olduğu, zorla yatırılması konusunda 3,37 ortalamada oldukları görülmektedir. Sonraki 7 cümle için verilen yanıtlarda ise 6 cümleye verilen cevapların ortalamalarının yüksek olduğu, madde kullanan kişilerin yasal cezalarının daha fazla olması konusunda 3,98 ortalamada oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo X. Aile Üyelerinin Madde Kullanımına İlişkin Verdikleri Cevapların Değerlendirmesi

İfadeler	N	Ortalama	Standart Sapma
Kendisi istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceğini /iyileşeceğini düşünmüyorum	52	4,27	1,16
Zorla tedavi edilirse madde kullanmayı bırakabileceğin /iyileşeceğini düşünüyorum	52	3,37	1,39
Madde kullanmayı bırakabilirse/iyileşirse eskisi gibi (kullanmadan önceki gibi) olacağını düşünüyorum.	52	4,44	0,98
Madde kullanmayı bırakmazsa hayatını kaybedeceğinden endişe ediyorum	52	4,79	0,57
Madde kullanmayı bırakmazsa bize zarar vereceğinden endişe ediyorum	52	4,58	0,91
Madde kullananlara uygulanan yasal cezalar daha caydırıcı olmalı	52	3,98	1,38
Madde satan kişilerin yasal cezaları daha caydırıcı olmalı	52	4,88	0,61

Madde kullanan kişiler istemeseler bile zorla hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli	52	4,42	1,13
Madde kullanan kişilerin başvurabileceği daha fazla sağlık kuruluşu olmalı	52	4,83	0,55
Madde kullanan kişilere yönelik rehabilitasyon merkezleri olmalı	52	4,96	0,28
Madde kullanan kişilere psikolojik destek sağlanmalı	52	4,96	0,19
Madde kullanan kişilere tedavi olma koşuluyla iş bulma gibi olanaklar sağlanmalı	52	4,85	0,54

Ailelere Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanma Nedenleri

Araştırmanın birinci bölümünde bağımlılığın nedenlerinden bahsedilmiştir. Bu başlıkta amaç ailelerin madde bağımlısı yakınlarının madde kullanma sebeplerini nasıl değerlendirdiklerini anlamaktır. Madde kullanımına ilişkin yaygın bilinen sebepler 6 cümlede toplanmıştır: Arkadaş çevresi, merak, sorunlarla baş etme, psikolojik sorunlar, aile içi sorunlar ve irade. Ailelerin verdikleri cevapların dağılımı Tablo XI'de verilmektedir.

Ailelerin yakınları için bağımlılığın sebebi olarak verilen ifadelerin ortalmalarına bakıldığında en çok 'arkadaş çevresi' ifadesini seçtikleri, 'merak' ve 'zayıf irade' ifadelerinin ortalamalarının daha düşük olduğu ve bağımlılık için temel sebeplerden olan aile içi sorunları, baş etme becerilerinde yetersizliği ve ruhsal sorunları en düşük ortalamada seçtikleri görülmüştür.

Tablo XI. Aile Üyelerinin Madde Kullanımının Nedenlerine İlişkin Verdikleri Cevapların Değerlendirmesi

İfadeler	N	Ortalama	Standart Sapma
Arkadaş çevresi nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum	52	4,73	0,74
Merak nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum.	52	3,87	1,42
Yaşadığı sıkıntılarla /sorunlarla başa çıkmak için madde kullandığını düşünüyorum	52	2,98	1,49
Psikolojik sorunlar nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum	52	3,37	1,41
Aile içi sorunlar nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum	52	2,62	1,48
Zayıf iradeli olduğu için madde kullandığını düşünüyorum	52	3,92	1,46

Araştırmada ayrıca ailelerin cinsiyet, yaş ve madde bağımlısı bireye yakınlık düzeyleri ile tedavi hakkındaki düşünceleri ve çevreyle sorun yaşama/yaşamama durumları ki kare (chi-square) testi ile analiz edilerek karşılaştırılmıştır. Analize göre hazırlanan tablolar aşağıda verilmektedir. Tablo XII'de yer alan tedavi düşünceleri ile ilgili analizler yakınının tedaviye başvurduğunu belirten aile üyelerinin verdiği cevaplar üzerinden yapılmıştır(N=35).

Kadın ve erkek aile üyelerinin madde bağımlısı yakınlarının aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik düşünceleri karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=3,980 p:0,137 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Yakınları Tarafından Alınan Sağlık Hizmeti Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırması

	Faydalı Olmadı		Faydalı Oldu		Fikrim Yok		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Kadın	15	62,5	4	16,7	5	20,8	24	100	
Erkek	4	36,4	1	9,1	6	54,5	11	100	X^2=3,980 p:0,137

Kadın ve erkek aile üyelerinin 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' sorusuna verdikleri cevaplar Tablo XIII'de verilmektedir. Cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=1,216 p:0,544 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XIII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Kadın	10	31,2	9	28,1	13	40,6	32	100	
Erkek	7	35,0	3	15,0	10	50,0	20	100	X^2=1,216 p:0,544

Kadın ve erkek aile üyelerinin 'Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?' sorusuna verdikleri cevaplar Tablo XIV'de verilmektedir. Cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=1,627 p:0,443 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XIV. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre 'Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Kadın	18	56,2	9	28,1	5	15,6	32	100	
Erkek	14	70,0	5	25,0	1	5,0	20	100	X^2=1,627 p:0,443

Araştırmaya katılan kadın ve erkek aile üyelerinin cinsiyete göre maddenin etkilerini bilme/bilmeme durumları karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XV'de verilmektedir. Cevaplar karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İstatistiksel değer X^2=4,424 p:0,035 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların maddenin etkilerini bilme oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo XV. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Maddenin Etkilerini Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Kadın	25	78,1	7	21,9	32	100	
Erkek	10	50,0	10	50,0	20	100	X^2=4,424 p:0,035

Araştırmaya katılan kadın ve erkek aile üyelerinin cinsiyete göre maddenin zararlarını bilme/bilmeme durumları karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XVI'da verilmektedir. Cevaplar karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İstatistiksel değer

X^2=6,921 p:0,009 olarak bulunmuştur (p<0,05). Kadınların maddenin zararlarını bilme oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo XVII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Maddenin Zararlarını Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Kadın	29	90,6	3	9,4	32	100	X^2=6,921 p:0,009
Erkek	12	60,0	8	40,0	20	100	

Araştırmaya katılan aile üyelerinin cinsiyete göre çevreyle sorun yaşama/yaşamama durumları ki kare analizi ile karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XVII'de verilmektedir. İstatistiksel değer X^2=0,983 p:0,321 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XVII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Çevre İle Sorun Yaşama/Yaşamama Durumlarının Karşılaştırması

	Sorun Yaşıyoruz		Sorun Yaşamıyoruz		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Kadın	14	43,8	18	56,2	32	100	X^2=0,983 p:0,321
Erkek	6	30,0	14	70,0	20	100	

Aile üyelerinin yaş aralıklarına göre tedavi düşünceleri ve çevreyle sorun yaşama/yaşamama durumları ki kare analizi ile karşılaştırılmıştır. Tablo XVIII'de yer alan tedavi düşünceleri ile ilgili analizler yakınının tedaviye başvurduğunu belirten aile üyelerinin verdiği cevaplar üzerinden yapılmıştır(N=35). Aile üyelerinin belirlenen yaş aralıklarına göre madde bağımlısı yakınlarının aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik düşünceleri karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=7,759

p:0,101 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XVIII. Aile Üyelerinin Yaş Aralığına Göre Yakınları Tarafından Alınan Sağlık Hizmeti Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırması

	Faydalı Olmadı		Faydalı Oldu		Fikrim yok		Toplam		İstatistiksel Değer
	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-35 yaş	4	80,0	0	0,0	1	20,0	5	100	
36-55 yaş	11	61,1	4	22,2	3	16,7	18	100	X^2=7,759 p:0,101
55 yaş üzeri	4	33,3	1	8,3	7	58,3	12	100	

Katılımcıların yaş aralıklarına göre, 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' sorusuna verdikleri cevaplar Tablo XIX'da yer almaktadır. Cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=1,047 p:0,903 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XIX. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam		İstatistiksel Değer
	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-35 yaş	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100	
36-55 yaş	8	28,6	7	25,0	13	46,4	28	100	X^2=1,047 p:0,903
55 yaş üzeri	6	33,3	4	22,2	8	44,4	18	100	

Katılımcıların yaş aralığına göre ‘Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?’ sorusuna verdikleri cevaplar karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XX’de verilmektedir. İstatistiksel değer X^2=3,921 p: 0,417 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XX. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre ‘Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?’ Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
18-35 yaş	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	100	
36-55 yaş	16	57,1	7	25,0	5	17,9	28	100	X^2=3,921 p: 0,417
55 yaş üzeri	12	66,7	6	33,3	0	0,0	18	100	

Araştırmaya katılan aile üyelerinin yaş aralıklarına göre maddenin etkilerini bilme/bilmeme durumları Tablo XXI’de verilmektedir. Cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=1,018 p:0,601 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXI. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre Maddenin Etkilerini Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
18-35 yaş	5	83,3	1	16,7	6	100	
36-55 yaş	19	67,9	9	32,1	28	100	X^2=1,018 p: 0,601
55 yaş üzeri	11	61,1	7	38,9	18	100	

Aile üyelerinin yaş aralıklarına göre maddenin zararlarını bilme/bilmeme durumları karşılaştırılmış

olup sonuçlar Tablo XXII'dedir. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel değer X^2=1,870 p:0,393 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXII. Aile Üyelerinin Yaş Aralıklarına Göre Maddenin Zararlarını Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
18-35 yaş	6	100,0	0	0,0	6	100	
36-55 yaş	21	75,0	7	25,0	28	100	X^2=1,870 p: 0,393
55 yaş üzeri	14	77,8	4	22,2	18	100	

Araştırmaya katılan aile üyelerinin yaş aralıklarına göre çevre ile sorun yaşama/yaşamama durumları karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XXIII'de yer almaktadır. İstatistiksel değer X^2=0,495 p:0,781 olarak bulunmuş ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXIII. Aile Üyelerinin Yaş Aralığına Göre Çevre İle Sorun Yaşama/Yaşamama Durumlarının Karşılaştırması

	Sorun Yaşıyoruz		Sorun Yaşamıyoruz		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
18-35 yaş	2	33,3	4	66,7	6	100	
36-55 yaş	12	42,9	16	57,1	28	100	X^2=0,495 p: 0,781
55 yaş üzeri	6	33,3	12	66,7	18	100	

Aile üyelerinin madde bağımlısı bireye yakınlıklarına göre (anne, baba, diğer) tedavi düşünceleri ve

çevre ile sorun yaşama/yaşamama durumları ki kare analizi ile karşılaştırılmıştır. Tablo XXIV'de yer alan tedavi düşünceleri ile ilgili analizler yakınının tedaviye başvurduğunu belirten aile üyelerinin verdiği cevaplar üzerinden yapılmıştır(N=35). Araştırmaya katılan anne, baba ve diğer aile üyelerinin madde bağımlısı yakınlarının aldığı sağlık hizmetine ilişkin düşünceleri karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=5,566 p:0,234 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05)

Tablo XXIV. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre Yakınları Tarafından Alınan Sağlık Hizmeti Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırması

	Faydalı Olmadı		Faydalı Oldu		Fikrim Yok		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Anne	11	57,9	4	21,1	4	21,1	19	100	
Baba	4	36,4	1	9,1	6	54,4	11	100	X^2=5,566 p:0,234
Diğer	4	80,0	0	0,0	1	20,1	5	100	

Araştırmaya katılan anne, baba ve diğer aile üyelerinin 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' sorusuna verdikleri cevaplara ilişkin sonuçlar Tablo XXV'dedir. Cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel değer X^2=1,666 p:0,797 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXV. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre 'Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Anne	8	30,8	7	26,9	11	42,3	26	100	
Baba	6	31,6	3	15,8	10	52,6	19	100	X^2=1,666 p:0,797
Diğer	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	100	

Araştırmaya katılan anne, baba ve diğer aile üyelerinin 'Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?' sorusuna verdikleri cevaplar karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XXVI'de yer almaktadır. İstatistiksel değer X^2=2,096 p:0,718 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXVI. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre 'Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?' Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Anne	14	53,8	8	30,8	4	15,4	26	100	
Baba	13	68,4	5	26,3	1	5,3	19	100	X^2=2,096 p:0,718
Diğer	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	100	

Aile üyelerinin madde bağımlısı bireye yakınlıklarına göre maddenin etkilerini bilme/bilmeme durumları karşılaştırılmıştır. Tablo XXVII'de yer alan sonuçlara göre istatiksel değer X^2=5,603 p:0,061 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXVII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre Maddenin Etkilerini Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Anne	20	76,9	6	23,1	26	100	
Baba	9	47,4	10	52,6	19	100	X^2=5,603 p:0,061
Diğer	6	85,7	1	14,3	7	100	

Aile üyelerinin madde bağımlısı bireye yakınlıklarına göre maddenin zararlarını bilme/bilmeme durumları karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XXVIII'de verilmektedir. İstatiksel değer X^2=8,320 p:0,016 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Babaların maddenin zararlarını

bilmeme oranı annelere ve diğer aile üyelerine göre daha yüksektir.

Tablo XXVIII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlıklarına Göre Maddenin Zararlarını Bilme/Bilmeme Durumlarının Karşılaştırması

	Evet		Hayır		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Anne	23	88,5	3	11,5	26	100	
Baba	11	57,9	8	42,1	19	100	X^2=8,320 p:0,016
Diğer	7	100,0	0	0,0	7	100	

Aile üyelerinin madde bağımlısı bireye yakınlıklarına göre çevre ile sorun yaşama/yaşamama durumları karşılaştırılmıştır. Tablo XXIX'de yer alan sonuçlara göre istatistiksel değer X^2=0,600 p:0,741 olarak bulunmuş, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05)

Tablo XXIX. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlığına Göre Çevre İle Sorun Yaşama/Yaşamama Durumlarının Karşılaştırması

	Sorun Yaşıyoruz		Sorun Yaşamıyoruz		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	İstatistiksel Değer
Anne	11	55,0	6	30,0	32	100	
Baba	15	46,9	13	40,6	14	100	X^2=0,600 p:0,741
Diğer	26	50,0	19	36,5	52	100	

Araştırmada ailelerin demografik bilgilerine (cinsiyet, yaş ve yakınlık durumu) göre aile içi sorunlar, ailelerin yaklaşımı, ailelerin madde kullanımına ilişkin düşünceleri ve ailelere göre madde kullanım sebepleri bağımsız gruplar için t testi (independet-samples t test), korelasyon (correlation) ve tek yönlü varyans analizi (one way anova) kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Aile üyelerinin cinsiyetlerine göre aile içi sorunlar alanına verdikleri yanıtların farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t testi kullanılmıştır. Analiz sonucu Tablo XXX'da verilmektedir. Cinsiyete göre verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo XXX. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Aile içi Sorunlara Verdikleri Cevapların Karşılaştırması

	Kadın			Erkek				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	Df	p
1. İfade	32	2,56	1,343	20	2,55	1,395	0,020	0,947
2. İfade	32	3,13	1,385	20	3,60	1,635	0,985	0,267
3. İfade	32	1,75	0,984	20	1,85	1,182	0,626	0,743
4. İfade	32	2,75	1,778	20	2,80	1,473	6,890	0,913
5. İfade	32	3,56	1,216	20	3,25	1,410	1,212	0,401
6. İfade	32	2,34	1,516	20	1,85	1,268	1,073	0,230

1. İfade: Evde şiddet uyguluyor.
2. İfade: Bizden sürekli para istiyor.
3. İfade: Evden eşya/para çalıp satıyor.
4. İfade: Ağzında sigarayla uyuyor, evi yakmasından korkuyorum.
5. İfade: Bağırıp çağırıyor, evde huzursuzluk yaratıyor.
6. İfade: Sürekli adli sorunlar yaşaması nedeniyle evde huzursuzluk yaratıyor.

Aile üyelerin yaşları ile aile içi sorunlara verilen cevaplar arasında ilişki olup olmadığını anlamak için yapılan korelasyon testi sonuçları Tablo XXXI'de yer almaktadır. Analiz sonucunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXXI. Aile Üyelerinin Yaşları İle Aile İçi Sorunlara Verilen Cevapların İlişki Analizi Sonuçları

	Yaş		
İfade	N	r	P
1. İfade	52	0,040	0,780
2. İfade	52	0,151	0,286
3. İfade	52	-0,038	0,787
4. İfade	52	0,193	0,170
5. İfade	52	-0,134	0,342
6. İfade	52	-0,048	0,736

1. İfade: Evde şiddet uyguluyor.
2. İfade: Bizden sürekli para istiyor.
3. İfade: Evden eşya/para çalıp satıyor.
4. İfade: Ağzında sigarayla uyuyor, evi yakmasından korkuyorum.
5. İfade: Bağırıp çağırıyor, evde huzursuzluk yaratıyor.
6. İfade: Sürekli adli sorunlar yaşaması nedeniyle evde huzursuzluk yaratıyor.

Ailelerin madde bağımlısı bireye yakınlık durumuna göre aile içi sorunlar alanına verdikleri yanıtlar karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XXXII'de verilmektedir. Cevaplar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXXII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumuna Göre Aile İçi Sorunların Varyans Analizi Sonuçları

	Anne			Baba			Diğer				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	N	X	SS	df	p
1. İfade	26	2,54	1,303	19	2,63	1,383	7	2,43	1,618	0,61	0,941
2. İfade	26	3,15	1,461	19	3,74	1,558	7	2,71	1,254	1,514	0,230
3. İfade	26	1,81	0,939	19	1,89	1,197	7	1,43	1,134	0,499	0,610
4. İfade	26	2,88	1,774	19	2,89	1,449	7	2,00	1,732	0,872	0,424
5. İfade	26	3,50	1,241	19	3,32	1,416	7	3,57	1,272	0,147	0,863
6. İfade	26	2,35	1,495	19	1,89	1,286	7	2,14	1,676	0,535	0,589

1. İfade: Evde şiddet uyguluyor.
2. İfade: Bizden sürekli para istiyor.
3. İfade: Evden eşya/para çalıp satıyor.
4. İfade: Ağzında sigarayla uyuyor, evi yakmasından korkuyorum.
5. İfade: Bağırıp çağırıyor, evde huzursuzluk yaratıyor.
6. İfade: Sürekli adli sorunlar yaşaması nedeniyle evde huzursuzluk yaratıyor.

Aile üyelerinin cinsiyete göre, ailelerin yaklaşımı alanına verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında yapılan bağımsız örneklem t testi sonucu Tablo XXXIII'dedir. Cinsiyete göre verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo XXXIII. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Madde Bağımlısı Bireylere Yaklaşımlarının Karşılaştırması

	Kadın			Erkek				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	Df	p
1. İfade	32	4,56	0,564	20	4,60	0,503	0,673	0,809
2. İfade	32	3,59	1,316	20	3,70	1,129	0,922	0,766
3. İfade	32	3,03	1,534	20	3,20	1,508	0,006	0,699
4. İfade	32	2,81	1,615	20	2,40	1,603	0,210	0,373
5. İfade	32	3,06	1,190	20	3,00	1,622	5,409	0,882
6. İfade	32	2,41	1,434	20	2,25	1,118	6,980	0,663

1. İfade: Madde kullanmayı bırakmasını söylüyoruz
2. İfade: Madde kullandığı için tartışıyoruz
3. İfade: Madde kullanmayı bırakması için istediklerini yerine getiriyoruz
4. İfade: Bize şiddet uygulamaması için istediklerini yerine getiriyoruz
5. İfade: Yakınımla iletişim kurmakta zorluk yaşıyoruz, konuşamıyoruz
6. İfade: Yakınımı yaşadığımız yerden uzak tutmaya çalışıyoruz

Aile üyelerinin yaşları ile madde bağımlısı yakınlarına yaklaşımlarının ilişkili olup olmadığını anlamak için yapılan korelasyon testi sonucu Tablo XXXIV'de yer almakta olup anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXXIV. Aile Üyelerinin Yaşları İle Madde Bağımlısı Bireylere Yaklaşımlarının İlişki Analizi Sonuçları

	Yaş		
İfade	N	r	P
1. İfade	52	0,060	0,675
2. İfade	52	-0,071	0,616
3. İfade	52	-0,130	0,356
4. İfade	52	-0,023	0,874
5. İfade	52	-0,244	0,081
6. İfade	52	-0,117	0,409

1. İfade: Madde kullanmayı bırakmasını söylüyoruz
2. İfade: Madde kullandığı için tartışıyoruz
3. İfade: Madde kullanmayı bırakması için istediklerini yerine getiriyoruz
4. İfade: Bize şiddet uygulamaması için istediklerini yerine getiriyoruz
5. İfade: Yakınımla iletişim kurmakta zorluk yaşıyoruz, konuşamıyoruz
6. İfade: Yakınımı yaşadığımız yerden uzak tutmaya çalışıyoruz

Ailelerin madde bağımlısı bireye yakınlık durumuna göre yaklaşımlarına verdikleri yanıtlar karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo XXXV'de verilmiştir. Karşılaştırma sonucunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXXV. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumuna Göre Madde Bağımlısı Bireylere Yaklaşımlarının Varyans Analizi Sonuçları

	Anne			Baba			Diğer				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	N	X	SS	df	p
1. İfade	26	4,58	0,578	19	4,58	0,507	7	4,57	0,535	0,000	1,000
2. İfade	26	3,54	1,392	19	3,74	1,392	7	3,71	0,951	0,153	0,859
3. İfade	26	2,81	0,575	19	3,16	1,537	7	4,00	0,816	1,795	0,177
4. İfade	26	2,73	1,589	19	2,47	1,611	7	2,86	1,864	0,199	0,820
5. İfade	26	3,00	1,233	19	3,05	1,649	7	3,05	1,069	0,031	0,970
6. İfade	26	2,19	1,357	19	2,32	1,108	7	3,00	1,633	1,056	0,356

1. İfade: Madde kullanmayı bırakmasını söylüyoruz
2. İfade: Madde kullandığı için tartışıyoruz
3. İfade: Madde kullanmayı bırakması için istediklerini yerine getiriyoruz
4. İfade: Bize şiddet uygulamaması için istediklerini yerine getiriyoruz
5. İfade: Yakınımla iletişim kurmakta zorluk yaşıyoruz, konuşamıyoruz
6. İfade: Yakınımı yaşadığımız yerden uzak tutmaya çalışıyoruz

Aile üyelerinin cinsiyete göre madde kullanımına ilişkin düşünceler alanına verdikleri yanıtlar karşılaştırılması için yapılan t testi sonucu Tablo XXXVI'dadır. Analiz sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo XXXVI. Aile Üyelerinin Cinsiyete Göre Madde Kullanımına İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırması

	Kadın			Erkek				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	Df	p
1. İfade	32	4,44	0,914	20	4,00	1,451	6,682	0,438
2. İfade	32	3,41	1,434	20	3,30	1,342	0,709	0,106
3. İfade	32	4,47	0,879	20	4,40	1,142	0,420	0,069
4. İfade	32	4,91	0,296	20	4,60	0,821	15,393	0,123
5. İfade	32	4,56	0,878	20	4,60	0,995	0,008	0,887
6. İfade	32	4,03	1,356	20	3,90	1,447	0,209	0,742
7. İfade	32	4,94	0,354	20	4,80	0,894	2,624	0,438
8. İfade	32	4,25	1,218	20	4,70	0,923	6,649	0,138
9. İfade	32	4,91	0,296	20	4,70	0,801	8,094	0,281
10. İfade	32	5,00	0,000	20	4,90	0,447	7,217	0,330
11.İfade	32	5,00	0,000	20	4,90	0,308	17,308	0,163
12. İfade	32	4,94	0,246	20	4,70	0,801	11,259	0,212

1. İfade: Kendisi istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceğini /iyileşeceğini düşünmüyorum
2. İfade: Zorla tedavi edilirse madde kullanmayı bırakabileceğin /iyileşeceğini düşünüyorum
3. İfade: Madde kullanmayı bırakabilirse/iyileşirse eskisi gibi (kullanmadan önceki gibi) olacağını düşünüyorum.
4. İfade: Madde kullanmayı bırakmazsa hayatını kaybedeceğinden endişe ediyorum
5. İfade: Madde kullanmayı bırakmazsa bize zarar vereceğinden endişe ediyorum
6. İfade: Madde kullananlara uygulanan yasal cezalar daha caydırıcı olmalı
7. İfade: Madde satan kişilerin yasal cezaları daha caydırıcı olmalı
8. İfade: Madde kullanan kişiler istemeseler bile zorla hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli
9. İfade: Madde kullanan kişilerin başvurabileceği daha fazla sağlık kuruluşu olmalı
10. İfade: Madde kullanan kişilere yönelik rehabilitasyon merkezleri olmalı
11. İfade: Madde kullanan kişilere psikolojik destek sağlanmalı
12. İfade: Madde kullanan kişilere tedavi olma koşuluyla iş bulma gibi olanaklar sağlanmalı

Ailelerin yaşları ile madde kullanımına ilişkin düşüncelerinin ilişkili olup olmadığını anlamak için yapılan korelasyon testi sonucunda istemedikçe bırakamaz yanıtı ile yaş arasında (r=-0,27 p=0,05) negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Aile üyelerin yaşı azaldıkça maddeyi istemedikçe bırakamayacakları yönündeki görüş artmaktadır. Analiz sonuçları Tablo XXXVII'de verilmiştir:

Tablo XXXVII. Aile Üyelerinin Yaşına Göre Madde Kullanımına İlişkin Düşüncelerinin İlişki Analizi

	Yaş		
İfade	N	r	P
1. İfade	52	-0,269	0,054
2. İfade	52	0,117	0,411
3. İfade	52	0,017	0,907
4. İfade	52	-0,055	0,698
5. İfade	52	0,029	0,838
6. İfade	52	-0,109	0,442
7. İfade	52	-0,028	0,841
8. İfade	52	0,218	0,121
9. İfade	52	-0,064	0,653
10. İfade	52	0,013	0,925
11.İfade	52	-0,165	0,242
12. İfade	52	-0,069	0,628

1. İfade: Kendisi istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceğini /iyileşeceğini düşünmüyorum
2. İfade: Zorla tedavi edilirse madde kullanmayı bırakabileceğin /iyileşeceğini düşünüyorum
3. İfade: Madde kullanmayı bırakabilirse/iyileşirse eskisi gibi (kullanmadan önceki gibi) olacağını düşünüyorum.
4. İfade: Madde kullanmayı bırakmazsa hayatını kaybedeceğinden endişe ediyorum
5. İfade: Madde kullanmayı bırakmazsa bize zarar vereceğinden endişe ediyorum
6. İfade: Madde kullananlara uygulanan yasal cezalar daha caydırıcı olmalı
7. İfade: Madde satan kişilerin yasal cezaları daha caydırıcı olmalı
8. İfade: Madde kullanan kişiler istemeseler bile zorla hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli
9. İfade: Madde kullanan kişilerin başvurabileceği daha fazla sağlık kuruluşu olmalı
10. İfade: Madde kullanan kişilere yönelik rehabilitasyon merkezleri olmalı
11. İfade: Madde kullanan kişilere psikolojik destek sağlanmalı
12. İfade: Madde kullanan kişilere tedavi olma koşuluyla iş bulma gibi olanaklar sağlanmalı

Ailelerin madde bağımlısı bireye yakınlık durumuna göre madde kullanımına ilişkin düşünceleri karşılaştırılmış olup sonuçlar Tablo XXXVIII'de verilmektedir. Analiz sonucunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo XXXVIII. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumuna Göre Madde Kullanımına İlişkin Düşüncelerinin Varyans Analizi Sonuçları

	Anne			Baba			Diğer				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	N	X	SS	df	p
1. İfade	26	4,42	0,857	19	3,95	1,471	7	4,57	1,134	1,215	0,306
2. İfade	26	3,50	1,393	19	3,42	1,261	7	2,71	1,704	0,906	0,411
3. İfade	26	4,58	0,758	19	4,37	1,165	7	4,14	1,215	0,619	0,543
4. İfade	26	4,92	0,72	19	4,63	0,831	7	4,71	1,488	1,525	0,228
5. İfade	26	4,50	0,949	19	4,79	0,535	7	4,29	1,496	0,958	0,391
6. İfade	26	3,88	1,423	19	4,00	1,414	7	4,29	1,354	0,229	0,796
7. İfade	26	4,92	0,392	19	4,79	0,918	7	5,00	0,00	0,391	0,678
8. İfade	26	4,35	1,198	19	4,84	0,688	7	3,57	1,397	3,740	0,131
9. İfade	26	4,92	0,272	19	4,79	0,723	7	4,57	0,787	1,205	0,308
10. İfade	26	5,00	0,000	19	4,89	0,459	7	5,00	0,00	0,864	0,428
11.İfade	26	5,00	0,000	19	4,89	0,325	7	5,00	0,00	1,829	0,171
12. İfade	26	4,92	0,272	19	4,68	0,820	7	5,00	0,00	1,436	0,248

1. İfade: Kendisi istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceğini /iyileşeceğini düşünmüyorum
2. İfade: Zorla tedavi edilirse madde kullanmayı bırakabileceğin /iyileşeceğini düşünüyorum
3. İfade: Madde kullanmayı bırakabilirse/iyileşirse eskisi gibi (kullanmadan önceki gibi) olacağını düşünüyorum.
4. İfade: Madde kullanmayı bırakmazsa hayatını kaybedeceğinden endişe ediyorum
5. İfade: Madde kullanmayı bırakmazsa bize zarar vereceğinden endişe ediyorum
6. İfade: Madde kullananlara uygulanan yasal cezalar daha caydırıcı olmalı
7. İfade: Madde satan kişilerin yasal cezaları daha caydırıcı olmalı
8. İfade: Madde kullanan kişiler istemeseler bile zorla hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli
9. İfade: Madde kullanan kişilerin başvurabileceği daha fazla sağlık kuruluşu olmalı
10. İfade: Madde kullanan kişilere yönelik rehabilitasyon merkezleri olmalı
11. İfade: Madde kullanan kişilere psikolojik destek sağlanmalı
12. İfade: Madde kullanan kişilere tedavi olma koşuluyla iş bulma gibi olanaklar sağlanmalı

Aile üyelerinin cinsiyeti ile ailelere göre madde bağımlısı bireylerin madde kullanım sebepleri

karşılaştırılmıştır. Sonuçlar Tablo XXXIX'da yer almaktadır. Karşılaştırma sonucunda sorunlarla baş edememe, psikolojik sorunlar ve aile içi sorunlar yanıtlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kadın aile üyeleri, erkek aile üyelerine kıyasla sorunlarla baş etmede yetersizliği, psikolojik sorunları ve aile içi sorunları yakınlarının madde kullanma sebebi olarak görmektedir.

Tablo XXXIX. Aile Üyelerinin Cinsiyeti İle Ailelere Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanım Sebeplerinin Karşılaştırması

	Kadın			Erkek				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	Df	p
1. İfade*	32	4,88	0,336	20	4,50	1,100	12,660	0,153
2. İfade	32	4,16	1,273	20	3,40	1,569	3,329	0,063
3. İfade	32	3,44	1,458	20	2,25	1,251	1,914	0,004
4. İfade	32	3,78	1,289	20	2,70	1,380	0,677	0,006
5. İfade	32	3,06	1,413	20	1,90	1,334	0,855	0,005
6. İfade	32	3,81	1,533	20	4,10	1,373	1,202	0,497

1. İfade: Arkadaş çevresi nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum
2. İfade: Merak nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum
3. İfade: Yaşadığı sıkıntılarla /sorunlarla başa çıkmak için madde kullandığını düşünüyorum
4. İfade: Psikolojik sorunlar nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum
5. İfade: Aile içi sorunlar nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum
6. İfade: Zayıf iradeli olduğu için madde kullandığını düşünüyorum

Aile üyelerinin yaşları ile ailelere göre madde bağımlısı bireylerin madde kullanım sebeplerinin ilişkili olup olmadığını anlamak için yapılan kolerasyon testi sonucunda yaş ile sorunlarla baş edememe ($r=-0,45$, $p<0.001$), psikolojik sorunlar ($r=-0,34$, $p<0.05$) ve aile içi sorunlar ($r=-0,04$, $p<0.05$) arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile üyelerinin yaşları arttıkça sorunlarla baş edememeyi, psikolojik sorunları ve aile içi sorunları madde kullanım sebebi olarak görmeleri azalmaktadır. Analiz sonuçları Tablo XL'da verilmiştir:

Tablo XL. Aile Üyelerinin Yaşları İle Ailelere Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanım Sebeplerinin İlişki Analizi

	Yaş		
İfade	N	r	p
1. İfade	52	-0,040	0,780
2. İfade	52	-0,267	0,056
3. İfade	52	-0,451	0,001
4. İfade	52	-0,340	0,014
5. İfade	52	-0,037	0,037
6. İfade	52	0,117	0,407

1. İfade: Arkadaş çevresi nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum
2. İfade: Merak nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum
3. İfade: Yaşadığı sıkıntılarla /sorunlarla başa çıkmak için madde kullandığını düşünüyorum
4. İfade: Psikolojik sorunlar nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum
5. İfade: Aile içi sorunlar nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum
6. İfade: Zayıf iradeli olduğu için madde kullandığını düşünüyorum

Ailelerin madde bağımlısı bireye yakınlık durumu ile ailelere göre madde bağımlısı bireylerin madde kullanım sebepleri karşılaştırıldığında sorunlarla baş edememe, psikolojik sorunlar ve aile içi sorunlarda pozitif yönde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anlamlılığın yönünün belirlenmesi için Post Hoc-Tukey analizi yapılmıştır.Buna göre anneler, babalara kıyasla psikolojik sorunları ve aile içi sorunları daha yüksek oranda madde kullanım sebebi olarak görmektedir. Kardeş ve eş gibi diğer aile üyeleri, babalara kıyasla sorunlarla baş edememeyi daha yüksek oranda madde kullanım sebebi olarak görmektedir. Analiz sonuçları Tablo XLI'de verilmiştir:

Tablo XLI. Aile Üyelerinin Madde Bağımlısı Bireye Yakınlık Durumu İle Ailelere Göre Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanım Sebeplerinin Varyans Analizi Sonuçları

	Anne			Baba			Diğer				
İfade	N	X	SS	N	X	SS	N	X	SS	Df	p
1. İfade	26	4,88	0,326	19	4,68	0,749	7	4,29	1,496	1,911	0,159
2. İfade	26	4,04	1,371	19	3,53	1,504	7	4,14	1,464	0,853	0,432
3. İfade	26	3,19	1,497	19	2,26	1,284	7	4,14	1,069	5,399	0,008
4. İfade	26	3,77	1,336	19	2,74	1,408	7	3,57	1,272	3,278	0,046
5. İfade	26	2,96	1,455	19	1,89	1,370	7	3,29	1,254	4,108	0,022
6. İfade	26	4,04	1,483	19	4,05	1,393	7	3,14	1,574	1,152	0,324

1. İfade: Arkadaş çevresi nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum
2. İfade: Merak nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum
3. İfade: Yaşadığı sıkıntılarla /sorunlarla başa çıkmak için madde kullandığını düşünüyorum
4. İfade: Psikolojik sorunlar nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum
5. İfade: Aile içi sorunlar nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum
6. İfade: Zayıf iradeli olduğu için madde kullandığını düşünüyorum

5. Tartışma

Madde bağımlılığı biyopsikososyal bir hastalık olarak hem bireyi, hem bireyin içinde bulunduğu aileyi hem de toplumu olumsuz yönde etkilemektedir. Tosun'a (2002) göre madde kullanımının ve madde bağımlılığının en iyi ve en kolay tedavisi maddeye hiç başlanmamasını sağlamaktır çünkü bağımlılık oluştuktan sonra tedavisi çok zordur. Son yıllarda bağımlılıkla mücadelede koruyucu ve önleyici çalışmalar, en az tedavi edici çalışmalar kadar konuşulmaya, tartışılmaya ve uygulanmaya başlamıştır. Bağımlılıkla mücadelede bağımlılığa neden olan etkenlerin iyi bilinmesine ihtiyaç vardır. Bu konunun farklı boyutlarında yapılan birçok araştırma bulunmaktadır (Aydoğdu ve Olcay-Çam, 2013; Bahar, 2018; Deykin, vd. 1987; Kendler, vd. 2014). Ailelere yönelik yapılan araştımalarda madde bağımlılarıyla yapılan çalışmalar kadar (Denton ve Kampfe, 1994; Schweitzer ve Lawton, 1989; Yu, vd. 2007), ailelerle yapılan çalışmalar da mecvuttur (Alexander ve Dibb, 1997; Corrigan, Watson ve Miller, 2006; Velleman, vd. 1993).

Aileler hakkında yapılan çalışmalara genel olarak bakıldığında bağımlı üyeye sahip aile olma ve ailede yaşananlara ilişkin yok denecek kadar az çalışmaya rastlanmıştır. Yapılan çalışmaların bağımlılığın ebeveyn rolleri üzerine etkisine (Gruber ve Taylor, 2008); aile üyelerinin bağımlı bireylerin tedavi motivasyonlarını nasıl algıladıklarına (Ferreira vd, 2015) ve hasta ve ailede etiketlenmeye (Arıkan vd, 2004) yönelik olduğu görülmüştür. Bunun dışında ailelerle ilgili yapılan birçok araştırmanın ya bağımlılığının ailesel nedenlerini anlamaya (Kilpatrick, 2000; Saatcioğlu, vd. 2006; Scheer ve Unger; 1998) ya da ailenin tedavi sürecine dâhil olmasının etkilerini anlamaya (Badwin, vd. 2012; Liddle, vd. 2004; Kaufman, 1985; Waldron ve Turner, 2008) yönelik olduğu anlaşılmıştır.

Bağımlılığın tedavisine ailenin dâhil edilmesi (aile terapileri, aile eğitimleri vb) madde bağımlılarının tedaviden daha fazla fayda görmelerine yardımcı olmaktadır (Baldwin vd, 2012; Kaufman, 1985; Liddle vd, 2004). Bu noktada ailelerin yaşadığı sorunlar, bağımlılığı yaşama

koşulları, tedaviye ve hastalığa yönelik algıları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmanın hastalıkla mücadeleye katkı sağlayabilir. Bu durum araştırmamızın çıkış noktasını oluşturmuştur Araştırmada ailelerden hem kendilerine ve madde bağımlısı yakınlarına ait demografik bilgiler hem de aile içinde yaşanan sorunlar, madde bağımlılığı ve tedavisine yönelik düşüncelere dair bilgiler alınmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre araştırmaya katılan katılımcıların yarıdan fazlasının kadın olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunlukla 46-65 yaş aralığında olduğu, bu aralıkta olan katılımcıların, tüm katılımcıların yaklaşık dörtte üçünü oluşturduğu anlaşılmıştır. Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimlerine çoğunlukla anne-babaların başvurduğu söylenebilir. Bu çalışmada da katılımcıların tamamına yakınını anne ve babalar oluşturmaktadır. Bu bilginin yaş dağılımlarının belli bir aralıkta toplanmasını anlamlı kıldığı düşünülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu, bir kısmının okur-yazar olmadığı görülmüştür. Bu grup daha çok anne-babaların içinde yer aldığı gruptur. Yapıcı'ya (2010) göre ailedeki eğitim seviyesinin yükselmesi, kadının ekonomik yaşama katılarak daha çok sorumluluk almasını, aile içinde ilişki biçimnini karşılıklı ve paylaşımcı olmasını ve aile içi ilişkinin dinleme ve empati içeren bir yapıya dönüşmesini sağlamaktadır. Bu yapı çocuk için daha sağlıklı bir aile ortamını ifade eder. Kotaman (2008), ebeveynlerin çocuklarının eğitimlerine katılım sağlamalarının, eğitim düzeylerine göre farklılaştığını bildirmiştir. Üniversiteden mezun ebeveynlerin, diğer ebeveynlere kıyasla çocuklarının eğitimlerine katılım oranlarının daha yüksek olduğunu; ebeveynin çocuğun eğitime katılmasının, akademik başarıyı arttırdığını, çocuğun aile ve okulla bağını güçlendirdiğini ve bağımlılık açısından da koruyucu nitelik taşıdığını belirtmiştir.

Ailelerin çalışma durumu incelendiğinde yarısından fazlasının çalışmadığı, ailelerin gelirlerinin ağırlıklı olarak 1000-3000 tl arasında olduğu görülmüştür. Araştırmamızda ailelerin sosyoekonomik

düzeyleri(SED) düşük bulunmakla birlikte madde kullanımının sadece SED'i düşük olan ailelerin çocuklarında olduğunu söyleyemeyiz. Karatay ve Kubilay'ın (2004) sosyoekonomik düzeyleri farklı iki okulda madde kullanımını araştırdıkları çalışmada SED'i yüksek olan okulda esrar kullanan öğrencilerin oranı, SED'i düşük olan okuldaki esrar kullanan öğrencilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın yapıldığı ilçeler ve kurumlar dikkate alındığında katılımcıların sosyo-ekonomik düzeyinini daha düşük olması olası bir sonuçtur. Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri (BMDB) ücretsiz hizmet veren birimlerdir. SED'i yüksek ailelerin ücretli hizmetleri tercih etmeleri olasıdır.

Ailelerin %88,5'i madde bağımlısı yakınıyla birlikte yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Ayrıca ailedeki madde bağımlısı bireylerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı ve görüşmeler sırasında düzenli bir işinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu durum madde bağımlısı birey açısından değerlendirildiğinde aile ile birlikte yaşamın bağımlı birey için bir tercihten çok ekonomik nedenleri de içeren bir zorunluluk olabileceği düşünülebilir. Türkiye Uyuşturucu Raporu'na (2018) göre, tedaviye başvuran bağımlı bireylerin yarısından fazlası ya işsiz ya da düzenli bir işe sahip değildir. Araştırmamızda bu oranın daha fazla olmasının sebebi işi veya geliri olmayan bağımlı bireyin aileyi ekonomik olarak zorlaması ve zorlanan ailenin çözüm arayışına girmesi olabilir.

Çalışmamızda ailelerin beyanına göre madde bağımlısı bireylerin büyük çoğunluğu erkektir. Bu bilgi Bulut ve Yüncü'nün yaptıkları çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Bulut ve arkadaşları (2006), Gaziantep Üniversitesi'nin bağımlılık birimine başvuran 126 hastanın verilerini incelemiş ve hastaların %96,8'inin erkek, % 3,2'sinin kadın olduğunu belirtmişlerdir. Yüncü ve arkadaşları (2006), Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran hastaların demografik bilgilerini incelediklerinde 323 hastanın %88,5'inin erkek, %11,5'inin kadın hasta olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye Uyuşturucu Raporuna (2018) göre tedavi gören kişilerin %95,67'si erkek, %4,33'ü kadındır.

Ailelerin beyanına göre madde bağımlısı yakınlarının eğitim durumuna bakıldığında yaklaşık dörtte üçünün ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir.. Genel olarak literatürdeki çalışmalarda eğitim düzeyinin yükselmesi ile alkol ve madde bağımlılığı arasında negatif bir ilişkinin olduğunun altı çizilmektedir. Nebioğlu ve arkadaşları (aktaran, Öztürk vd. 2015) opiyat bağımlılığı tanısı konmuş 84 hasta ile yapılan çalışmada madde kullananların %73,8'inde eğitim seviyesinin dokuz yılın altında, %60,7'sinde okul terki öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye Uyuşturucu Raporu'na (2018) göre, 2017 yılında tedavi gören hastaların %86'sının dokuz yılın altında eğitim aldığı belirtilmektedir. Bu bilgilerle araştırma sonucunun uyumlu olduğu söylenebilir.

Aileler madde bağımlısı bireylerin çoğunun bekâr olduğunu beyan etmişlerdir. Araştırmalar madde bağımlılığında bekârların risk altında olabileceğini göstermektedir. Örneğin Zorlu ve arkadaşları (akt. Öztürk vd, 2015) denetimli serbestlik polikliniğine başvuran 215 hastadan %54'ünün; Nebioğlu ve arkadaşları (akt. Öztürk vd, 2015) ise 84 hasta ile yapılan bir çalışmada madde kullananların %85,7'sinin bekâr olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada aile beyanına göre bağımlıların tamamına yakını 35 yaş altı, yarısı 25 yaş ve altındadır. Bu durumun bekâr oranını arttıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Araştırmada ailelerden alınan bilgilere göre bağımlı bireyler arasında en çok kullanılan maddenin sentetik kannabinoid olduğu, ikinci sırada esrarın yer aldığı ortaya çıkmıştır. Bu iki maddenin hammadesi kannabis olup hayal gösterici etkisi olan bir maddedir. Kullanılan maddenin yaygınlığı konusunda yapılan araştırmalarda birbirinden farklı sonuçların çıktığı görülmüştür. Örneğin Bulut ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında en çok kullanılan maddelerin sırasıyla eroin ve esrar; Karatay ve Kubilay'ın (2004) çalışmasında ise lise öğrencileri arasında en çok kullanılan maddelerin sırasıyla sakinleştirici ilaçlar ve esrar olarak belirtilmiştir. Araştırmamızda en çok kullanılan maddenin sentetik kannabinoidlerin çıkmasının farklı sebepleri olabilir. Öncelikle bu

maddeler ulaşımı kolay ve ucuz olan, hızlı ve yüksek bağımlılık yapan ve medya yoluyla bilinirliği artan maddelerdir. Ailelerin SED'lerinin düşük olduğu ve madde bağımlısı bireylerin çoğunun çalışmadığı düşünüldüğünde kolay erişebilirlik, ucuzluk ve yüksek etki bu maddelerin tercih edilmesini açıklayabilir. Farklılığın bir diğer sebebi örnek verilen araştırmaların yapıldığı dönemde sentetik maddelerin ülkemize yeni yeni girmeye başlaması ve bilinirliklerinin olmamasıyla açıklanabilir. Ayrıca Avrupa Uyuşturucu Raporu'nda (2018), Avrupa Birliği ülkeleri arasında ise en çok kullanılan maddeler sırasıyla esrar, eroin ve ecstasy olarak belirtilmiştir. Aynı raporda sentetik kannabinoidler kullanım yaygınlığının birçok Avrupa ülkesinde %0,2 ile %1,7 arasında değişmekle birlikte Türkiye'de tedaviye giriş oranının %17 olduğu bilgisi yer almaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında sentetik kannabinoidlerin kullanım yaygınlığının Avrupa ülkelerine kıyasla ülkemizde fazla olduğu söylenebilir.

Aile bireyleri madde bağımlısı yakınlarının madde kullanım sürelerinin çoğunlukla beş-on yıl arasında olduğunu belirtmişlerdir. Beş yıldan az kullanım olduğunu belirten aile üyelerinin oranı beş-on yıl kullanım olduğunu belirten aile üyerinin oranına yakındır. EMCDDA'nın 2018 tarihli Avrupa Uyuşturucu Raporu'nda Avrupa Birliği ülkelerinde maddenin ilk kullanımı ile ilk tedaviye giriş için ortalama yaşlar verilmiştir. Buna göre ilk kullanım ile ilk tedaviye giriş arasında esrarda onbir yıllık, eroin, kokain ve amfetaminde dokuz yıllık bir süre vardır. Araştırmamızda da on yıldan fazla süre kullanım bildiren aile oranın diğer ailelere göre düşük olduğu görülmüştür.

Ailelelerin çoğunluğu beş yıldan az bir süredir yakınlarının madde kullanımından haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Öğrendiklerinde verilen tepki sorulduğunda çoğu konuşmaya çalıştığını ifade etmiştir. Bunu öfkelenmek ve endişenlenmek tepkilerinin takip ettiği görülmüştür. Araştırma sonucundan farklı olarak Yaman (2014), madde bağımlılığının öğrenilmesinden sonra ailelerin ilk başlarda sert tepki ve yıldırma politikaları uyguladığını, kullanımın süreklilik kazanmasının ardından geri çekilme ve kabullenme durumuna evrilebildiklerini; Ögel (2014), ailelerin ilk

tepkilerinin genelde öfke ve kızgınlık olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonucu bu anlamda literatürden farklıdır.

Ailelerin çoğunluğunun geçmişte destek ya da yardım almak için herhangi bir başvuruda bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Daha önce yardım talebinde bulunmayan ailelerin nedenlerine bakıldığında iki özellik ön plana çıkmaktadır, birincisi ailelerin büyük çoğunluğu böyle bir hizmetten haberdar olmadığını, ikincisi yakınlarının bir süre sonra madde kullanımını bırakacağını düşündüğünü ifade etmişlerdir. Ögel'e (2014) göre aileler genellikle sorun iyice büyüyüp çözüm yollarının işe yaramadığı dönemlerde yakınları adına başvuruda bulunmaya çalışmaktadırlar. Araştırmamızda ailelerin %34'ünün yakınının madde bağımlısı olduğunu çevresinden gizlediğini, %36'sının çevreyle sorun yaşadığını belirttiği görülmüştür. Ayrıca ailelerin yaklaşık %66'sı aile içi şiddetin, yaklaşık %90'ı ailede huzursuzluğun, yaklaşık %47'si ev içi hırsızlık olaylarının varlığından bahsetmişlerdir. Aile içinde ve çevreyle yaşanan sorunların büyümesinin, ailelerin yakınları adına başvuru yapmalarına yol açtığı söylenebilir. Birimlerde sadece kendi talebiyle birime başvuran ailelerle çalışılmakta olup araştırmaya katılan ailelerin bir şekilde destek alma ihtiyacı içinde oldukları söylenebilir.

Bununla birlikte ailelerin başvuru yapabilecekleri kurumların yaygınlığı ve bilinirliği son yıllarda artmaya başlamıştır. Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri İstanbul'da 2017 yılı içinde ilçe bazında açılmaya ve hizmet vermeye başlamışlardır. Toplumda bilinirlikleri hala çok iyi değildir. Bununla birlikte ailelerin ve madde bağımlısı bireylerin ikamet ettikleri bölgede kolay ulaşılabilen ve birebir destek alanabilen bir birim olmaları nedeniyle işlevsel oldukları söylenebilinir.

Bağımlılık, bilgi kaynaklarının ulaşılabilirliği arttıkça toplumun belli bir kesimine ait bir sorun gibi algılanmaktan çıkmış, daha çok konuşulur, daha çok görünür ve daha çok mücadele edilir bir olgu haline gelmiştir. Aile üyelerin büyük çoğunluğu maddenin etkisi ve zararları hakkında bilgi sahibi olduğunu beyan etmiştir. Aile üyelerinin cinsiyet, belirlenen yaş aralıkları ve madde bağımlısı

bireye yakınları ile bu düşünceleri karşılaştırıldığında kadınların maddelerin etkilerini ve zararlarını erkeklere göre daha iyi bildiği ortaya çıkmıştır. Yaş aralıklarında herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Yakınlık durumlarına göre bakıldığında ise maddenin etkilerini bilme konusunda herhangi bir farklılık yokken; annelerin babalara ve diğer aile üyelerine göre maddenin zararlarını bilme oranı daha yüksek çıkmıştır. Aileler başlıca bilgi kaynaklarını internet olarak bildirmiştir.

Araştırmada madde bağımlısı bireyin tedavi geçmişlerine dair ailelerden bilgi alınmıştır. Geçmişte sağlık kuruluşuna başvuru yapan madde bağımlısı bireylerin çoğunlukta olduğu anlaşılmıştır. Bugüne kadar sağlık kuruluşuna herhangi bir başvurusu olmayan bireylerin olduğu ailelerin yaklaşık yarısının, yakınının başvuru yapmayı düşünmeyeceğini beyan ettiği görülmüştür. Ailelerden alınan bilgilere göre sağlık kuruluşuna başvuru yapan bireylerin çoğunluğunun AMATEM'e başvurduğu, birden fazla başvurusunun olduğu, ayaktan tedavi yapıldığı ve tedavi ve temiz kalma sürelerinin çoğunlukla bir aydan kısa olduğu öğrenilmiştir. Yılmaz ve arkadaşları (2014) alkol ve madde bağımlılarının tedavi sonrası nüks oranlarının %50-60; Savaşan, Engin ve Ayakdaş (2013) tedavi sonrası ilk 6 ay içinde nüks oranlarının %55 olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma sonucu bu bilgilerle uyumludur.

Ailelerin tedavi düşüncelerine bakıldığında yaklaşık üçte biri yakınlarının tedaviye istekli olmadığı için tedavinin faydalı olmadığını düşündüklerini bildirmişlerdir. Ailelere bir hastalık olarak bağımlılığın özelliklerini bilip bilmedikleri sorulmamıştır fakat verilen cevaplara bakıldığında nüksü tedavinin faydalı olmaması olarak algıladıkları, bağımlılığın kronik bir hastalık olduğunu bilmedikleri anlaşılmaktadır. Yatarak tedavi sonrası yakınlarının bir daha madde kullanıp kullanmayacağını bilmeyenlerin çoğunlukta olduğu görülmüştür. Aile üyelerinin yarısından fazlası bağımlılığın tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu bildiklerini beyan etmişlerdir. Aile üyelerinin cinsiyet, belirlenen yaş aralıkları ve madde bağımlısı bireye yakınlıkları ile bu düşünceleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Araştırmada madde bağımlısı bireyden kaynaklı olabilecek bir takım sorunlar tanımlanarak ailelere görüşleri sorulmuştur. Aile üyelerinin cinsiyet, belirlenen yaş aralıkları ve madde bağımlısı bireye yakınlıkları ile görüşleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Alınan cevaplara göre aileler madde bağımlısı yakınlarının 'nadiren' şiddet uyguladığını belirtmişlerdir. Ailelerin %6,4'ünün her zaman, %23,4'ünün çoğunlukla, %23,4'ünün bazen, %12,8'inin nadiren madde bağımlısı birey tarafından şiddet uygulandığını belirttiği görülmüştür. Ailelerin %34'ü hiçbir zaman şiddet uygulanmadığını belirtmiştir. Ögel'e (2010) göre ailede madde kullanan bir üye olduğunda bu durum aile içinde ciddi sorunlar yaşanmasına, bağımlının çeşitli nedenlerle aileye yalan söylemesine ve aileye bireylerine saldırgan davranışlarda bulunmasına neden olabilmektedir. Turhan ve arkadaşları (2011), üniversitede eğitime devan eden öğrencilerle yaptıkları bir çalışmada madde kullanımı olan öğrencilerin %53,3'ünün şiddet uyguladığını beyan ettiğini bildirmişlerdir.

Ekici ve arkadaşları tarafından 2006 yılında madde bağımlılığı olan hastaların ebeveynlerinin öfke düzeylerini ölçmeye yönelik yaptıkları bir çalışmada, madde bağımlılığı olan hastaların anne-babalarında endişe, öfkelenme ve depresyon seviyelerinin kontrol grubu olan anne-babalardan daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmada ailelere madde bağımlısı yakınının evde şiddet uygulayıp uygulamadığı sorulmuş ancak aileye aynı soru sorulmamıştır. İleride bu konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda ailelerin şiddet eğilimi üzerinde durulabilir.

Ögel (2014), bağımlı bireylerin işlevselliklerindeki azalmanın ve madde temin edebilmek için para bulma zorunluluğu olmasının bireyi ya yasal olmayan yollara ya da ailenin ekonomik kaynaklarını kullanmaya ittiğini, bu durumun aile içinde ekonomik kayıplara yol açtığını belirtmektedir. Araştırmamızda aileler, yakınlarının 'çoğunlukla' aileden para istediğini ve bağırıp çağırarak evde huzursuzluk yarattığını beyan etmişlerdir. Görüşmeler sırasında aileler, madde bağımlısı birey tarafından evde huzursuzluk yaratılmasının sebebinin para talebinin karşılanmaması olarak

açıklamışlardır. Ailelerin beyanına göre adli sorun yaşanması nedeniyle aile içinde huzursuzluk yaşama oranı düşüktür. Erükçü-Akbaş ve Mutlu (2014), madde bağımlısı bireylerle birebir görüşerek yaptıkları çalışmalarında ekonomik sorunlar yaşayan madde bağımlısı bireylerin hırsızlık yaparak ya da evdeki eşyaları satarak para bumaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çalışmalarında yer alan katlımcılardan birinin ifadesi şu şekilde aktarılmıştır: "Madde kullanımı yüzünden bilgisayarımı, televizyonu, halıları, çatal bıçak takımını sattım. Babamın maaşını aldım, faturaları yatırmadım. Eve icra geldi."

'Ağzında sigarayla uyuyor, evi yakmasından korkuyorum.' ifadesine verilen cevapların ortalamasının 'bazen' aralığında olduğu görülmüştür. Bu ifadeyi ailelerin %21,3'ü her zaman, %25,5'i çoğunlukla, %8,5'i bazen ve %2,1'i nadiren olarak cevaplamışlardır. Sentetik kannabonoidlerin sigara gibi sarılarak içilmesi, içildiği andan itibaren kullanıcılarda bayılma, kendinden geçme gibi etkiler göstermesi ve bu etkiler nedeniyle bireylerin aileleri tarafından 'elinde sigara ile uyuyor; halıları, koltukları yakıyor' şeklinde tarif edilmesi ailelerle Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri'nde ailelerle çalışırken karşılaşılan genel bir ifadedir. Bu çalışmada evlerinin yanmasına ilişkin korku duyduğunu ifade eden ailelerin oranı ile sentetik kannabonoidleri kullandığı belirtilen madde bağımlısı bireyler sayısının oranının birbirine yakın olduğu görülmüştür.

Bağımlılıkta ailenin yaklaşımı çok önemlidir. Yaman, (2014) madde bağımlısı bireylerle görüşme yaptığı çalışmasında madde kullanımı olan kişiye dair aile üyelerinin aniden artan ilgisinin, bağımlılığı olan kişiler açısından çoğunlukla "bunaltıcı" bir durum olarak algılanabildiğini aktarmıştır. Araştırmada ailelerin yakınlarına nasıl bir yaklaşımda bulunduklarının anlaşılması için verilen ifadelerden en yüksek ortalamayı (4,58- Her zaman) "Madde kullanmayı bırakmasını söylüyoruz." ifadesinin aldığı görülmüştür. Ögel (2010), ailelerin yapması gerekenleri; bireyle iletişimin kalitesini artırmak, beklentiyi düşürmek, yeni stratejiler geliştirmek, hayata devam etmek, çatışmaları çözmek, bireyi anlamak ve desteklemek, sınır koymak, bireyin sorumluluğunu almasını

sağlamak, aile bireylerinin duygularını kontrol etmesi olarak belirtmektedir. Araştırmamıza katılan ailelerin yapması gerekenlerle yaptıkları arasında farklar olduğu görülmektedir, aileler çocuklarıyla 'bazen' iletişim kurmakta zorluk yaşamakta, maddeyi bırakması ve şiddet göstermemesi için isteklerini yerine getirmeye çalışmakta ve 'nadiren' yaşadıkları yerden uzak tutmaya çalışmaktadırlar. Bu durumun Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1997 yılında yaptırdığı araştırma sonucuyla örtüştüğü söylenebilir. Söz konusu araştırmada ailelerin bağımlı üyeye sahip çıktığı; davranışlarına göz yumduğu; sosyal ve ekonomik yönden desteklediği ve terk etmediği belirtilmiştir. Aile üyelerinin cinsiyet, belirlenen yaş aralıkları ve madde bağımlısı bireye yakınlıkları ile madde bağımlısı bireye yaklaşımları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Aydın-Er ve Şehiraltı (2010), psikiyatrik hastaların zorla tedavi edilmesinin gerekçesini hastaların, hasta olduklarını ve tedaviye ihtiyaç duyduklarını kabul etmemeleri ve aydınlatılmış onam verecek durumda olmamalarıyla açıklamaktadır. Ailelerin BMDB'lere başvuru sebeplerine bakıldığında yarısına yakını yakınlarının tedavi olmak istemediğini, hastaneye zorla yatırılarak tedavi edilmesi için başvuru yaptıklarını beyan ettikleri görülmüştür. Ögel'e (2014) göre ailenin talebi ile yatırılma söz konusu olsa da zorunlu tedavi yönteminin başarılı olduğunu söylemek güçtür ve genelde tüm çabalar boşa gider. Bağımlı kişi yine bildiğini yapar. Bu sebeple ailelerin bu konuda doğru bilgiye sahip olması önemlidir.

Ailelere "Kendisi istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceğini/iyileşeceğini düşünmüyorum." ve "Zorla tedavi edilirse madde kullanmayı bırakabileceğini/iyileşeceğini düşünüyorum." cümleleri özellikle arka arkaya verilmiştir. Ailelerin ilk ifadeye verdikleri cevabın ortalamasının *katılıyorum* aralığında; ikinci ifadeye verdikleri cevabın ortalamasının *kararsızım* aralığında olduğu görülmüştür. Görüşmelerin ilerleyen dakikalarında ailelere "Madde kullanan kişiler istemeseler bile zorla hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli." ifadesi verilmiştir, ailelerin bu ifadeye çok yüksek

bir ortalama ile *katılıyorum* cevabını verdikleri görülmüştür. Bu ifadelere verilen cevaplardan ailelerin madde bağımlısı yakınlarının istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceklerini düşünmedikleri anlaşılmış ve bu konuda doğrudan ya da dolaylı bilgi sahibi oldukları fikri oluşmuştur. Ailelerin 'zorla yatış' konusunda ilk cümlede kararsız bir ortalamada kalmaları ancak ikinci cümlede katıldıklarını ifade etmeleri ailelerin zorla yatışı gerekli gördükleri ancak zorla yatış sonrası bir iyileşme olup olmayacağını bilmedikleri şeklinde değerlendirilebilir. Madde bağımlısı bireylerin tedaviye başlarken ve/veya tedavi sırasında zıt duygu ve düşünceleri aynı anda yaşamaları durumuna (ambivalans) sıklıkla rastlanır. Ailelerin de hem yakınlarının kendi isteği dışında tedavi olamayacaklarını bilmeleri hem de zorla da olsa tedavi olmalarını istemeleri konusunda ambivalans yaşıyor olabilecekleri söylenebilir. Ayrıca aileler, tedavi olmaması durumunda madde bağımlısı yakınlarının hem aile üyelerine zarar vermeleri hem de hayatlarını kaybetmeleri konusunda endişe yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu durum, aile üyelerinin çözüm ihtiyacı nedeniyle zorla tedaviye sıcak baktıklarının göstergesi olabilir.

Aileler 'Madde kullanmayı bırakabilirse/iyileşirse eskisi gibi (kullanmadan önceki gibi) olacağını düşünüyorum' ifadesine *katıldıklarını* belirtmişlerdir. Ancak bağımlılık yapıcı maddeler uzun süre kullanıldığında beyin hücrelerinde farklı etkilere ve değişimlere yol açmaktadır. Yoğun alkol ve madde kullanımıyla birlikte beynin kendini durdurma mekanizması bozulur ve alkol ve maddeyle karşılaşıldığında beyin sadece "git ve kullan" mesajını verir, "dur" mesajını veremez. Böylece kişi beyninden gelen "git ve kullan" mesajına uyarak keyif almasa bile kullanıma devam eder. Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sinir hücreleri arasındaki iletişimi bozarak beynimizde pek çok olumsuz etkiye neden olur. Madde kullanımı bırakılsa bile beyin tam olarak eski haline dönemez (http://www.yedam.org.tr).

Araştırmada ailelerin, yakınları madde kullanmayı bırakmazsa hayatını kaybedeceğinden endişe ettikleri görülmüştür. Madde bağımlılığına bağlı ölümler medyada sıklıkla gündeme gelmektedir.

Türkiye Uyuşturu Raporu'na (2018) bakıldığında özellikle sentetik kannabinoid kullanan kişilerin ölüm oranlarının diğer maddelere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Raporda 2017 yılında madde bağlantılı ölüm olayının %60'ında sentetik kannabinoidlerin olduğu belirtilmiştir. Avrupa Uyuşturucu Raporu'nda (2018) sentetik kannabinoidlerin artan bir şekilde sağlık sorunlarıyla bağlantılandırıldığı bilgisi yer almakta olup sentetik kannabinod nedeniyle ülkemizdeki aşırı dozda ölümlerin yaklaşık üçte birinde bireylerin 25 yaşından küçük olduğu bildirilmiştir.

Ailelerin madde kullanan bireylere uygulanan cezaların daha caydırıcı olması ifadesinde *kararsız* kaldıkları bununla birlikte madde satan kişilerin yasal cezalarının daha caydırıcı olması konusuna *katıldıkları* görülmüştür. Madde kulanımının yasalarımızda suç teşkil etmesiyle birlikte hastalık olduğu bilinmektedir madde kullanma suçunu işlediği tespit edilen kişilere öncelikle denetimli serbestlik uygulanmaktadır. 2018 tarihli Türkiye Uyuşturucu raporuna göre 2017 yılında verilen tüm denetimli serbestlik kararlarının %13,73'ü madde bağlantılı suçlar için verilmiştir.

Tedaviye yönelik verilen cümlelerde ailelerin büyük oranda görüş birliğinde oldukları anlaşılmakla beraber tedavi kurumları hakkında detaylı bilgiye sahip olmadıkları düşünülmektedir. Aileler, madde kullanan kişileri için daha fazla sağlık kuruluşu olması, madde kullanan kişilere yönelik rehabilitasyon merkezlerinin olması, psikolojik destek sağlanması ve tedavi olma koşuluyla iş bulma gibi olanakların sağlanması ifadelerine yüksek oranda katıldıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde hem devlete bağlı hem de özel sağlık kuruluşlarında kişilere bağımlılık tedavisi verilmektedir. Rehabilitasyonun en önemli ayaklarından olan psikolojik destek Sağlık Bakanlığı, Yeşilay gibi kurumlar tarafından; tedavi olma koşuluyla iş bulma gibi olanaklar Sosyal Uyum Merkezleriyle Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sunulmaktadır.

Aile üyelerinin cinsiyet, belirlenen yaş aralıkları ve madde bağımlısı bireye yakınlıkları ile madde bağımlılığına ilişkin düşünceleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Morrison'a (aktaran Işık, 2013) göre, madde bağımlılığı önceleri bir 'irade sorunu' ya da 'ahlaki bozukluk' olarak görülmekteyken, artık tedavi edilebilen bir hastalıktır. Özay-Köse ve arkadaşlarının (2017), ortaöğretim öğrencilerinin madde bağımlılığı konusundaki bilgilerine yönelik yapıtıkları bir araştırmada öğrencilerin neredeyse yarısının "Sadece iradesi zayıf insanlar madde bağımlısı olur, iradesi güçlü olanlar bağımlı olmaz" cümlesini 'bilmiyorum' olarak işaretledikleri ya da yanlış cevap verdikleri görülmüştür. Işık (2013), 300 kişi ile görüşerek yaptığı çalışmasında görüşülenlerin yarısından fazlasının madde kullanımını bir irade sorunu olarak gördüğünü belirtmiştir. Ögel'e (2017) göre, bağımlılık irade zayıflığı değildir, herkes bağımlılık riski taşır. İradesi güçlü olarak tanımlanan kişilerin bağımlılık sorunu yaşaması kadar iradesi zayıf olarak tanımlanan kişilerin bağımlı olmadıkları da bilinmektedir. Araştırmamızda ailelerin madde bağımlılığında iradeyi nasıl algılandıklarını anlamak için madde kullanım sebepleri içinde "Zayıf iradeli olduğu için madde kullandığını düşünüyorum." cümlesine yer verilmiştir. Bu ifadeye ailelerin %55,3'ünün katılıyorum, %17'sinin biraz katılıyorum, %6,4'ünün kararsızım, %12,8'inin katılmıyorum ve %8,5'inin hiç katılmıyorum şeklinde cevapladığı görülmüştür.

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun, 1997 yılında yaptıkları çalışma sonucunda bireylerin madde kullanımına başlama nedenleri aile açısından değerlendirildiğinde, bağımlıların ailevi sorunların varlığını, ailenin ilgisizliğini, aile içi ilişkilerin zayıflığını sorumlu tuttukları; ailelerin ise arkadaş ve çevre etkisini ve bağımlının iradesinin zayıf olmasını sorumlu tuttukları ifade edilmiştir. Araştırmamızda ailelerin 'arkadaş çevresi', 'merak' ve 'zayıf irade' nedenleriyle yakınlarının madde kullandıklarını düşündükleri ortaya çıkmıştır. Bozkurt (2015), bağımlılık sürecine ailenin etkisini araştırdığı çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin madde kullanımında arkadaş grubunun çok büyük bir etkisinin olduğunun tespit edildiğini, aynı zamanda maddeye başlama nedenini %87,1 ile ailevi problemler olarak değerlendirdiğini belirtmiştir. Araştırmamızda ailelerin, madde bağımlısı yakınlarının madde kullanma sebepleri olarak verilen aile içi sorunlar, baş etme becerilerinde yetersizlik ve ruhsal sorunlar başlıklarında *kararsız* kaldıkları görülmüştür. Bu durum

ailelerin, belirtilen sebepleri bağımlılığın temel sebepleri içinde algılamadıklarını ancak bu sebepleri tamamen de yok saymadıkları görüşünü ortaya çıkarmaktadır. Ögel (2014) ailede bağımlılığın inkar edildiğini bu durumun hem bağımlılığın geç farkedilmesine hem de çevreden gizlenmesine neden olduğunu belirtmektedir. Araştırmamızda ailelerin bağımlılığın sebepleri konusunda da inkar mekanizmasını kullandıkları ve sorunun kendilerinden kaynaklanmayıp dış etkenlere bağladıkları söylenebilir.

Aile üyelerinin cinsiyet, belirlenen yaş aralıkları ve madde bağımlısı bireye yakınlıkları ile yakınlarının madde kullanma sebepleri karşılaştırıldığında bazı sebeplerde anlamlılık olduğu görülmüştür. Madde kullanma sebeplerinden olan, sorunlarla baş etmede yetersizliği, psikoljik sorunları ve aile içi sorunların varlığını kadın aile üyelerinin erkek aile üyelerine kıyasla daha fazla oranda madde kullanma sebebi olarak gördüğü ortaya çıkmıştır. Aile üyelerinin yaşına göre karşılaştırıldığında negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Aile üyesinin yaşı yükseldikçe sorunlarla baş etmede yetersizliği, psikoljik sorunları ve aile içi sorunların varlığını madde kullanma sebebi olarak görme oranları düşmektedir. Madde bağımlısı bireye yakınlık durumlarına göre karşılaştırıldıklarında annelerin, babalara kıyasla psikolojik sorunları ve aile içi sorunları daha yüksek oranda madde kullanım sebebi olarak gördükleri ve kardeş, eş gibi diğer aile üyelerinin, babalara kıyasla sorunlarla baş etmede yetersizliği daha yüksek oranda madde kullanım sebebi olarak gördükleri anlaşılmıştır.

6. Sonuç ve Öneriler

Son yıllarda özellikle sentetik maddelerin ortaya çıkması, doğal maddelere kıyasla daha hızlı ve daha şiddetli bağımlılığa yol açmaları, kolay ulaşılabilir ve ucuz olmaları bağımlılığı tüm dünyada daha büyük bir sorun haline getirmeye başlamıştır. Bu durum koruyucu ve önleyici çalışmaların önemini arttırmaktadır. Hem koruyucu ve önleyici çalışmalarda hem de tedavide ailenin önemi ve etkisi büyüktür. Bu yüzden bu araştırmada madde bağımlısı yakınlarının tedavi olması için BMDB'lere başvuran ailelerin hastalığa ve tedaviye ilişkin algıları incelenmeye çalışılmıştır. Bağımlı üyesi olan ailelerin yaşadıklarına ilişkin kapsamın geniş tutulması araştırmayı özgün kılmaktadır.

Araştırmanın sonucunda birime başvuran aile üyelerinin büyük çoğunlukla anne-babalar olduğu ve büyük çoğunlukla madde bağımlısı bireyle birlikte yaşadıkları görülmüştür. Hem aileye ait hem de bağımlı bireylere ait demografik bilgilerin çoğunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Araştırmanın sonuçlarına göre ailelerin bir kısmı yakınının hangi maddeyi kullandığını, bir ksımı ise ne kadar süredir kullandığını bilmemektedir. Çoğunlukla kullanılan maddenin sentetik kannabinoidler olduğu, ikinci sırada esrarın yer aldığı görülmüştür. Genellikle ifade edilen kullanım süresi 5-10 yıl arasında olup ailelerin kullanımdan haberdar olma süresi çoğunlukla 5 yıldan azdır. Literatürde bağımlılığının ailesel nedenleri içinde ilginin azlığı, iletişimin kısıtlılığı bildirilmiştir. Bu açıdan kullanılan madde ya da kullanım süreleri hakkında bilgi sahibi olmayan ailelerin varlığı şaşırtıcı değildir. Madde kullanımı öğrenildiğinde ailelerin verdiği tepkinin çoğunlukla konuşmaya çalışmak olduğu görülmüştür.

Ailelerin çoğunluğu destek ya da yardım almak için daha önce herhangi bir başvuruda bulunmadığını beyan etmiştir. Başvurmama nedenlerinin içinde en büyük etkenin hizmetten haberdar olmayışlarının olduğu anlaşılmıştır.

Ailelerin tedavi düşüncelerine bakıldığında bağımlılığın tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu bildikleri ancak hastalığın özellikleriyle ilgili yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları, nüksü tedavinin işe yaramaması ve yakınlarının tedaviye istekli olmaması olarak algıladıkları, hastaneye bir kez yatarak madde kullanımın sonlanıp sonlanmayacağı konusunda bilgi sahibi olmadıkları, tedavi sonrasında yakınlarının madde kullanmadan önceki haline döneceğini düşündükleri anlaşılmıştır. Bununla birlikte birçok aile üyesinin internet aracılığıyla yakını tarafından kullanılan maddenin etkisini ve zararlarını bildiği ortaya çıkmıştır.

Aile içinde yaşananlara bakıldığında madde bağımlısı bireylerin nadiren şiddet gösterdiği, çoğunlukla aileden para istediği, aile içinde genelde huzurluk ve çatışma yaşandığı, adli sorunlar nedeniyle huzursuzluğun pek olmadığı anlaşılmıştır.

Ailelerin madde bağımlısı bireylere yaklaşımlarında pek çok ortaklık göze çarpmaktadır. Örneğin ailelerin büyük çoğunluğu yakınlarına madde kullanmayı bırakmasını söylemekte, bazen şiddet görmemek bazen de madde kullanımını sonlandırması için yakınlarının isteklerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar.

Madde bağımlılığının aile tarafından nasıl algılandığını anlamak için ailelere hem genelde hem de bağımlı bireye sahip olma özelinde bazı cümleler verilmiş ve tedavi konusunda birbirine zıt iki düşünceye sahip oldukları görülmüştür. Ailelerin hem zorla tedavi edilerek yakınlarının iyileşmeyeceğini hem de madde bağımlısı birey istemese bile zorla tedavi edilmesi gerektiğini düşündükleri ortaya çıkmıştır. Çözüm ihtiyacının, ailelerin madde bağımlılığının tedavisi konusunda daha çok sağlık kuruşu olması, rehabilitasyon merkezlerinin açılması, psikolojik destek sağlanması ve sosyal hizmet verilmesi konularında yüksek oranda hemfikir olmaları ile görünür hale geldiği anlaşılmaktadır.

Araştırmadan çıkan bir diğer sonuç ailelerin, madde bağımlısı yakınlarının madde kullanma sebepleri olarak verilen aile içi sorunları, baş etme becerilerinde yetersizlikleri ve ruhsal sorunları bağımlılığın temel sebepleri içinde algılamadıklarıdır. Ailelere göre yakınlarının madde kullanmasının en büyük sebepleri merak, arkadaş çevresi ve zayıf iradedir. Bu durum ailelerin, bağımlılığın kaynağını aile içi etkenlerden çok dışsal etkenler olarak algıladıklarını göstermektedir.

Çalışmada ailelerin tedavi düşüncelerine, aile içi sorunlara, madde bağımlısı bireye yaklaşımlarında, madde bağımlılığı hakkındaki düşüncelerinde cinsiyete, yaşa ve madde bağımlısı bireye yakınlık durumlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. BMDB'lerin bilinirliğinin fazla olmaması nedeniyle çok sayıda aileye ve ayrıca birimlerin ücretsiz hizmet veren kurumlar olması nedeniyle SED'i yüksek ailelere ulaşılamamıştır. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan ailelerin hastalığı ve tedaviyi nasıl algıladıklarına yönelik araştırmalar yapılabilir. Ayrıca araştırmamızda yer vermediğimiz ailenin bağımlı bireye yönelik şiddet eğilimi ve hastalığın özelliklerine ilişkin bilgi düzeyleri hakkında yapılacak çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda madde bağımlısı bireylerin bulunduğu ailelerin ne tür sorunlar yaşadıkları, madde bağımlısı yakınlarına yaklaşımlarının, madde bağımlılığı ve tedavisi ile ilgili düşüncelerinin ne olduğu konusunda genel bir fikir sunulması amaçlanmıştır. Ailelerin hastalık olarak madde bağımlılığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Bağımlılık tedavisine aile dâhil edilmek istendiğinde aileye hastalık ve tedavi süreci ile ilgili detaylı bilgi verilmesinin ve ailenin içinde bulunduğu durumu doğru anlamanın tedavi sürecine kolaylaştırıcı etkisi olabileceği düşünülmektedir.

7. Kaynaklar

Acar, M. (2006). Türkiye'de madde bağımlılığı ve gençlik. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Kırıkkale Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale. Erişim Adres: www.tez.yok.gov.tr/ulusaltezmerkezi

Aktaş-Özkafacı, A. (2012). Annenin çocuk yetiştirme yetiştirme tutumu ile çocuğunsosyal beceri düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Erişim Adresi: http://arelarsiv.arel.edu.tr

Alexander, B. K, Dibb, G.S. (1977) Interpersonel perception in addict families. Family Process, 16 (1), 17-28

Altuner, D. Engin, N. Gürer, C. Akyay, İ Akgül, A. (2009). Madde kullanımı ve suç ilişkisi:kesitsel bir araştırma. Tıp Araştırmalrı Dergisi, 7 (2), 87-94 Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/profile/Arif_Akgul/publication/303015787

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5). Tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan çeviren Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Arıkan, Z. Yasin-Genç, D. Çetin-Etik, D. Aslan, S. Parlak, P.İ. (2004). Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketlenme. Journal of Dependence. 5, 52-56

Arsenault, L. Cannon M. Poulton, R. Murray, R. Caspi, A. Moffitt, T.E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis:longitudinal prospective study. BMJ, 325 (7374), 1212-1213. Erişim Adresi: www.bmj.com/content/325/7374/1212.full

Arslan, Y. Katar, D. Kayaçetin, F. Subaşı, İ. (2008). Afyon(opium) alkaloitleri ve önemi. Tarla Bitkileri Merkez Araşrıma Enstitüsü Dergisi. 17, 1-2 Erişim Adresi:www. dergipark.gov.tr/download/article-file/118468

Asan, Ö. Tıkır, B. Okay, İ.T. Göka, E. (2015). Bir Amatem birimine başvuran alkol ve madde kullnım buzkluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Bağımlılık Dergisi. 16 (1), 1-8 Erişim Adresi: www.researchgate.net/profile/

Aşıcıoğlu, F. Mutlu, E. (2018). Bir sentetik katinon-alfa-pirolidinovalerofenon:Flakka. Türkiye Klinikleri Dergisi. 15 (2), 93-104 doi: 10.5336/forensic.2018-60521

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA), (2018). Avrupa uyuşturucu raporu 2108:Eğilimler ve gelişmeler, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg. Erşim Adresi: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001TRN_PDF.pdf

Aydoğdu, H. Olcay-Çam, M. (2013). Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin bağlanma stilleri, anne-baba tutumları ve sosyal destek algıları yönünden karşılaştırılması. Psikiyati Hemşireleri Dergisi. 4 (3). Erişim Adresi: www.journalagent.com/phd/pdfs

Ayhan-Kılcıgil, G. (2017). Trankilizan (anksiyolitik) ilaçlar. Yayınlanmamış eğitim sunumu. Ankara Üniversitesi, Ankara. Erişim Adresi: www. acikders.ankara.edu.tr/

Aydın-Er, R. Şehiraltı, M. (2010). Çözümlenmemiş bir konu: psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz/zorla tedavi edilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 1 (1), 39-42 Erişim Adresi: www.phdergi.org/TR/jvi.aspx?pdir=phd&plng=tur&un=PHD-29484&look4=

Baduroğlu, E. Durak, D. (2010). Alkol ile ilgili adli tıp sorunları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 36 (2), 65-71 Erişim Adresi: www.dergipark.gov.tr/download/article-file/420944

Bahar, A. (2018). Uyuşturucu madde kulanımının nedenleri ve bağımlılık oluşum sürecinde iletişimsel yaklaşımların rolü ve önemi:polis kayıtları üzerinden olgusal bir inceleme. İstanbul Üniversitesi İletişim Bilimleri Dergisi. 55, 1-36 doi: 10,26650/connectist2018-0032

Baldwin, S.A. Chrsitian, S. Berkeljon, A. Shadish, W.R. (2012). The effects of family therapies for

adolescent delinquency and substance abuse:a meta-analysis. Journal of Marital and Family Therapy. 38 (1), 281-304.

Başkurt, İ. (2013). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları (psikososyal yaklaşım). İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 8 Erişim Adresi: www.dergipark.gov.tr/download/article-file/10141

Bayram, M. (2013). İnsan hakları çısından madde bağımlılığının değerlendirilmesi. (yayınlanmamış yükseklisans tezi) Maltepe Üniversitesi/Soyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bennet, T.H. Holloway, K. Farrington, D.P. (2008). The statistical association between drug misuse and crime:a meta-analysis aggression and violnet behavior. 13 (2), 107-118. Doi: 10.1016/j.avb.2008.02.001

Bernardi, E. Jones, M. Tennat C. (1989). Quality of parenting in alcoholics and narcotic additcts. Br Psyciatry Journal. 154, 677-682

Bernstein, D.A. Roy, E.J. Srull, T.K. Wickens, C.D. (1988). Psychology. Houghton Mifflin Company.

Babaoğlu, A.N. (1997). Uyuşturucu ve tarihi:bağımlılık yapan maddeler. Kaynak Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.

Bilgel, N. Gökdağ, R. Alper, Z. Özçakır, A. Özdemir, H. Sadıkoğlu, G. Uncu, Y. (2002). Aile psikolojisi ve eğitimi. Açıköğretim Üniversitesi/Açıköğretim Fakültesi Yayını.

Bozkurt, O. (2015). Madde bağımlısı bireylerin bağımlılık süreçlerinde ailenin etkisi. (yayınlanmamış yüksek lisan tezi) Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Erşim Adresi: www.tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Bulut, M. Savaş, H.A. Cansel, N. Selek, S. Kap, Ö. Yumru, M. Vırıt, O. (2006). Gaziantep

üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi. 7, 65-70

Carhart-Harris, R.L. Kaelen, M. Bolstridge, M. Williams, T. M. Williams, L.T. Underwood, R. Feilding, A. Nutt, D:J: (2016). The paradoxal psychological effects of lysergic acid diethylamide (LSD). Psychological Medicine. 46 (7), 1379-1390. Doi: 10.1017/S0033291715002901

Carlson, N. R. (1999). Foundations Of Physiologicalpsychology (4th Edition.). United States Of America: Allynand Bacon

Caspers, K.M., Yucuis, R. Troutman, B. Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior:implications for substance abuse problems and willingness to seek traetment. Substance abuse treatment, Prevention and policy. 1 (32) doi: 10.1186/1747-597X-1-32

Caudill, B.D. Kong, F.H. (2001). Social approval and facilitation in predicting modeling effects in alcohol consumption. Journal of Substance Abuse. 13 (4), 425-441

Chapple, C.L. Hope, T.L. Whiteford, S.W. (2205). The direct and indirect effects of parental Bonds, parental drug use and self-control on adolescent substance use. Journal of Child Adolescent Substance Abuse, 14, 17-38

Cloninger, C.R. (1999). Genetics of sunstance abusetreatment. American Psychiatric Pres.

Cooper, M.L. Shaver, P.R. Collins N.L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. Journal of Personality and Social Psychology. 74, 1380-1397 Erişim Adresi: https://pdfs.semanticscholar.org/3528/c4b9cc14421f30324cf40febd26ba8f3ba6e.pdf

Costa, M.S. Botton, P.H. Mioranzza, S. Souza, D.O. Porciuncula, L.O. (2008). Caffeine prevents age-associated recognition memorydecline and changes brain-derived neurotrophic factor and tırosine kinase reseptör content in mice. Neuroscience. 153, 1071-1709 doi: 10.1016/J.Neuroscience.2008.03.038

Cüceloğlu, D. (2002). İletişi donanımları. Remzi Kitapevi, İstanbul

Çetin, S.H. (2016). Kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde satın almak veya bulundurmakya da uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanmak suçu (TCK m.191). Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 65 (4), 1353-1480 Erşim Adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/621547

Çetin, Y. (2013). Madde bağımlılığı ve Yalova ölçeğinde madde bağımlılığı algısı (yayınlanmaış yüksek lisans tezi) Yalova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova Erişim Adresi: www.tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Daley, D.C. ve Douaihy, A. (2015). Relaps prevention counselling. United States of America :Pesi Publishing and Media.

Davison, G.C. Neale, J.M. (1998) Anormal Psikolojisi, Çeviri Editörü İhsan Dağ, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2004 Baskısı, Ankara.

De Jager, A.D. Warner, J.V. Henman, M. Ferguson, W. Hall, L.C. (2012). MS/MS method for the quantitation of metabolites of eight commonly-used synthetic cannabinoids in human urine: An Australian Perspective. Life Sicence Journal. 897, 22-31.

Denton, R.E. Kampfe, C.M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse :a literature review. Adolescence. 29 (114), 475-481

Deykin, E.Y. Levy, J.C. Wells, V. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. American Journal of Public Health. 77 (2), 178-182 Erişim Adresi : https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.77.2.178

Dilbaz, N., Enez-Darçın, A., Nurmedov, S., Noyan, C. O., Başabak, A.Z., Mordağ, O. (2013). Madde Kullanım Riski Ve Madde Bağımlılığından Korunma. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara

Dinç, M. (2015). 38 yıldır gerçek olan bir rüya:San Patrignano. Addiscta:The Turkish Journal on Addictions 2 (1), 131-136 doi: 10.15805/addicta.2015.2.1.R016

Dinçkol, A. (1991). Avurpa ülkeleri mevzuatında uyuşturucu maddeler ile ilgili ceza hükümleri. Argumentum. 1 (9).

Easton, C.J. Swan, S. Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence in clients entering substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment. 18 (1), 23-28

Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2018). Türkiye uyuşturucu raporu, Ankara.

Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2018). Türkiye genel nüfusta tütün, alkol v madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırması raporu. Ankara

Erdem, R. (2014). Madde baımlılığı, bağımlılık yapan ilaçlar ve ilaç suiistimali. (yayınlanmamış eğitim sunumu) Başkent Üniversitesi/Tıp Fskültesi, Ankara.

Ergün, A. (1998). Sigara ve sistemik etkileri. Türkiye Klinikleri Dergisi. 18 (3), 159-163 Erşim Adresi: http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-sigara-ve-sistemik-etkileri-2329.html

Ersöğütçü, F. (2015). Madde bağımlılığı tanısı almış kişilerde sosyal işlevsellik ve benlik saygısı. (yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum

Erükçü-Akbaş, G. Mutlu, E. (2014). Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. Erşim Adresi : http://dergipark.gov.tr/download/article-file/514828

Espad Group (2016). ESPAD Report 2015 : Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs. Publications Office of the European Union. Luxemburg. Erişim Adresi : http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf

Evren, C. Ögel, K. Çakmak, D. (2002). Esrar ve meperidin (petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile

yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırması.Anadolu Psikiyatri Dergisi. 3(1), 20-27

Evren, C. Bozkurt, M. (2013). Sentetik kannabinoidler:Son yılların krizi. Düşünen Adam Dergisi. 26 (1), 1.

Evren, C. Bozkurt, M. (2018). Metamfetamin güncellemesi:Son zamanlarda karşılaştığımız eski bir problem. Düşünen Adam Dergisi. 31, 1-10 doi: 10.5350/DAJPN2018310100

Evren, C. Öncü, F. (2007) Zorunlu Tedavi. Sercan, M. (Ed.) Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, Güncellenmiş 2. Baskı. Türk Psikiyatri Derneği Yayıncılık, Ankara.

Ferreria, A.C.Z. Capistrano, F.C. Souza, E.B.D. Borba, L.D.O. Kalinke, L.P. Maftum, M.A. (2015). Drug addicts treatment mtivitationsPerception of Family Members. Revista Brasileria De Enfermagem. 68 (3), 474-481

Gander, M.J., Gardiner, H.W. (1993). Çocuk Ve Ergen Gelişimi. İmge Kitapevi Yaynları, Ankara

Gezek, F. (2007). Sokakta yaşayan gençlerin aile yapısı ve madde bağımlılığı arasındaki ilişki. (yüksek lisans tezi) Maramara Üniersitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Marmara Açık Arşiv Sistemi. Erişim Adresi: http://dspace.marmara.edu.tr/handle/11424/12705

Glavak, R. Kurerovak-Jagodic, G. Sakoman, S. (2003). Perceived parental acceptence-rejection, family reated factors and socioeconomic status of families of adolescence heroin addicts. Croat Medicine Journal. 44 (2), 199-206.

Gökçearslan-Çifci, E. Polat-Uluocak, G. (2010). Almanya'da madde bağımlısı çocuk ve gençlere yönelik bir rehabilitasyon modeliÇParceval. Kriz Dergisi. 18 (2), 11-18

Gruber, K.J. Taylor, M.F. (2006). A family perspective for substance abuse :Implications from the literature. Journal of Social Work Practice in the Addictions. 6 (1-2), 1-29 doi : 10,1300/J160v06n01_01

Güçlü-Gönüllü, O. Hacıoğlu, M. Tarlacı, N. (2002). Egopsikolojisi ve madde bağımlılığı. Düşünen Adam Dergisi. 15 (2), 104-107.

Güler-Akın, Ş. (2013). Yasadışı madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik tedbirine tabi tutulan erkek ergen ve yetişkin bireylerin motivasyon durumlarının değerlendirilmesi. (yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Ege Üniversitesi/Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir. Erişim Adresi : https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Håkansson, A. Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism-a prospective follow up srudy in prisoners with substance abuse. BMC Psycihatry. 12 (1), 111. Doi: 10.1186/1471-244X-12-111

Işık, M. (2013). Madde kullanımı ve stratejik iletişim. Sage Yayıncılık, Ankara. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/272493681_Madde_Kullanimi_ve_Stratejik_Iletisim

Kalyoncu, Ö.A. (2005). Eroin bağımlılığı. Türkiye Klinikleri Dergisi. 1 (47), 79-88

Kara, H. (2017). Kannabinoidlerin kötüye kullanımı. Ankara Tıp Dergisi. 17 (4), 293-299 Erişim Adresi*:* http://www.ankaramedicaljournal.com/download/article-file/384825

Karatay, G. Kubilay, G. (2004). Sosyoekonomik düzeyi faklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi.Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 1 (2), 57-70 Erişim Adresi : http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2004/2004-vol6-sayi1-98.pdf

Kaufman, E. (1985). Familt systems and family therapy of substance abuse:An oerwiev of two decades of research and clinical experience. International Journal of The Addictions. 20 (6-7). 897-916 doi: 10.3109/10826088509047758

Kaya, Z. (2011) Madde kullanan ve kullanmayan ergenlerin kişilik özellikleri ve benlik saygısı açısından karşılaştırması. Dokuz Eylül Üniversitesi Kuurmsal Akademik Açık arşivi. Erişim Adresi: http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/6781

Kendler, K.S. Maes, H.H. Sundquist, K. Ohlsson, H. Sundquist, J. (2014). Genetic and family and ommunity environmental effects on drug abuse in adolescence:A Swedish national twin and sibling study. American Journal of Psychiatry. 171 (2), 209-217. Doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12101300

Kılıç, F.S. (2016) Bağımlılık ve uyarıcı maddeler. Osmangazi Tıp Dergisi, 38 (1), 55-60 doi: 10.20515/otd.50661

Kilpatrick, D.G. Aciemo, R. Saunders, B. Resnick, H.S. Best, C.L. Schnurr, P.P. (2000). Rsik factors for adolescent substance abuse and dependnce:Data from a national sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 68 (1), 19.

Koca, B. Oğuzöncül, A.F. (2015). İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sagara, alkol, madde kullanımı, kullanıma etki eden etmenler ve aileden algıladıkları sosyal desteğin etkisi. Kocaeli Tıp Dergisi, 4 (2), 4-13. Erişim Adresi: www. dergipark.gov.tr/download/article-file/513629

Kolay-Akfert, S. Çakıcı, E. Çakıcı, M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 10, 40-47

Kotaman, H. (2008). Türk ana-babalarının çocuklarının eğitim öğretimlerien katılım düzeyleri. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 21 (1), 135-149 Erişim Adresi: www.dergipark.gov.tr/download/article-file/153332

Köknel, Ö. (1998). Bağomlılık : Alkol ve madde bağımlılığı. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul

Liddle, H.A., Rpwe, C.L. Dakof, G.A. Ungaro, R.A. Henderson, C.E. (2004). Early intervention for adolescent substnce abuse :pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. Journal of Psycoactive Drugs. 36 (1), 49-63

Mathias, R. (1999). Ecstatsy damages the brain and impairs memory in humans. Nida Notes. 14 (4).

Erişim Adresi : https://www.ehd.org/pdf/ecstasy5.pdf

McBrade, P.E. (19912). The health consequens of smoking :cardiovascular diseases. Medical Clinical North. 76 (2), 333-353. Erişim Adresi : Https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/1548965

Mclellan, A.T. Amdt, I.O. Metzger, D.S. Woody, G.E. OBrlen, C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. Addictions Nursing Network. 5 (2), 38-47

Montanari, L. Royuela, L. Psinetti, M. Giraudon, I. Wiessing, L. Vicente, J. (2014). Durg use and related consequences among prison populations in Europian countries. Prisons and Health. 107. Erişim Adresi : http://www.healthrights.mk/healthrightsmk/pdf/

Mutlu, E. (2013) Madde Bağımlılığında Ailenin Rolü,Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 12 (2), 13-17

Mycek, M.J. Harvey, R.A. Cample, P.C. (1998). Farmakoloji. Çev. Pamir Atagündüz, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Newcomb, P.A. Carpone, P.P. (1992). The health consequences og smoking:cancer. Medical Cilinical North. 76 (2), 325-331. Erişim Adresi: Https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/1548964

Oltmanns, T.F. Neale, J.M. Davison, G.C. (1995). Case Studies İn Abnormal Psychology (Fourth Edition). John Wiley and Sons

Oktay, İ. (2017). Lise öğrencilerinde uyuşturucu madde bağımlılığının sebepleri:Bursa ili Mustafakemalpaşa İlçesi Örneği. (yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Aksaray Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray. Erişim Adresi: www.tez.yok.gov.tr/Ulusaltezmerkezi

Ögel K., Tamar, D. Evren, C. Sır, A. (1999) Madde kullanımı ve suç. 3P Dergisi, Aralık Ek Sayı.

Ögel, K. Aksoy, A. (2007). Tutuklu ve hükümlü ergenlerde made kullanımı. Bağımlılık Dergisi. 8, 11-17.

Ögeli K. Armağan , E. Eke, C.Y. Taner, S. (2017) Madde deneyen ve denemeyen ergenlerde sosyal

aktivitelere katılım:İstanbul örneklemi. Bağımlılık Dergisi. 8, 18-23

Ögel K. (2010) Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul

Ögel K. (2014) Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap Alkol, Uyuşturucu, Bilgisayar, Sigara ve Diğer Bağımlılıkları Olanların Yakınlarına Bilgiler. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul

Ögel K. (2017) Bağmlılık ve Tedavisi Temel Kitabı, IQ Kültür ve Sanat Yayıncılık, İstanbul

Önal, A. Ögel,K. Eke, C. (2011) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Belirtileri bulunan ergenlerde madde kullanımı ve aile özellikleri üstüne kesitsel bir çalışma. Klinik Farmakoloji Bülteni. 23 (3), 225-231

Öncü, F. Ger. C. M. (2014) Alkol-Madde Kullanımı ve Bağımlılığı İle İlgili Adli Psikiyatri Uygulamaları. Uygur, N. (Ed.) Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, Türk Psikiyatri Derneği Yayıncılık, Ankara.

Özay-Köse, E. Gül, Ş. Keskin,B. (2017). Ortaöğretim öğrencilerinin madde bağımlılığı hakkındaki bilgi düzeyleri. Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi. 5 (8), 264-271.

Özbay, S. (2016). Bonzai ve diğerleri. Ail Tıp Uzmanları Sempozyumu, Mart, 2016.

Özmen, Ö. (2009). Uyuşturucu ve uyarıcı madde suçları.(yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Bahçeşehir Üniversitesi/Sosyal BilimlerEnstitüsü. İstanbul. Erişim Adresi: Http://Acikerisim.Bahcesehir.Edu.Tr

Özmert, E.N. (2006). Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III:Aile. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 49 (3), 256-273.

Öztürk, Y.E. Kırlıoğlui M. Kıraç, R. (2015) Alkol ve madde bağımlılığnda risk faktörleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 18 (2)

Polat, G. (2014) Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği. Okmeydanı Tıp Dergisi 30 (Ek sayı 2), 143-148. doi:10.5222/otd.supp2.2014.143

Polat, S. (2018, Kasım). Sağlık Bakanlığı'nın Gündeminde Sentetik Maddeler. Yeni Sentetik Maddeler, Yeni Sorunlar: Güncelleme Sempozyumu , İstanbul.

RAND Corporation. (2004). Classroom drug prevention Works-but left unchecked, early substance use haunts older teens and young adults. Erişim Adresi: http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB4560/RB4560.pdf

Saatcioglu, O., Erim, R., Cakmak, D. (2006). Role of family in alcohol and substance abuse. Psychiatry And Clinical Neurosciences, 60 (2), 125-132.

Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri, 13, 119-126

Savaşan, A., Engin, E., Ayakdaş, D. (2013). Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(2), 75-79

Scheer S, Unger D (1998) Russian adolescents in the era of emergent democracy:The role of family environment in substance use and depression. Fam Relat 47(3): 297-303.

Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-Use disorders. The Lancet, 373 (9662), 492-501. Doi:10.1016/S0140-6736(09)60009-X

Schweitzer, R. D., Lawton, P. A. (1989). Drug abusers' perceptions of their parents. British Journal Of Addiction, 84 (3), 309-314.

Soner, O. (2000). Aile uyumu, öğrenci özgüveni ve akademik başarı arasındaki ilişkiler. Marmara Üniversitesi, Açık Arşiv Sistemi. Erişim Adresi: http://dspace.marmara.edu.tr/handle/11424/3375

Steinberg L (2008) Adolescence. (8th Edition). Mcgraw-Hill Higher Education, New York, USA

Suçin, S., (2008) Almanya, Hollanda, İtalya, Fransa ve İsveç'te madde kullanımı ve mücadele profili (Yayınlanmamış Bilgilendirme Sunumu) Erişim Adresi : https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1462,5avrupapdf.pdf?0

Sümer N. Oruçlular Y. Çapar T. (2015) Bağlanma ve bağımlılık: kuramsal çerçeve ve derleme çalışması. Bağımlılık Dergisi, 16 (4),192-209 Erişim Adresi : https://www.researchgate.net/profile

Şahin M., (2007) Madde bağımlılığı konusunda türkiye'de yapılmış olan lisansüstü tezler üzerine bir değerlendirme. (tezsiz yükseklisans dönem projesi) Ankara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Erişim Adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/

Şahin, S. Neriman, A.R. (2012). Aile İçi İletişim. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 55-66. Erişim Adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/509469

Tamar, D., Ögel, K., Çakmak, D. (1997) Madde Kullanımının Aile Üzerine Etkisi, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Ankara

Tarı-Cömert, I. Ögel, K. (2014). Madde kullanan ergenlerin bağlanma stilleri, Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 1 (1) 9-40 DOI: 10.15805/addicta.2014.1.1.001

Taş, F. Seviğ, E. Ü. Güngörmüş, Z. (2016). Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 8 (4), 380-392.

Taylan, H.H. (2008) Madde bağımlılığı sürecinde ailenin rolü. Genç, Y.(Ed.) Madde Bağımlılığı Ve Aile İçinde. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 12-30.

Toker-Uğurlu, T., Balcı-Şengül, C., Şengül, C. (2012) Bağımlılık psikofarmakolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 4 (1), 37-50 Erişim Adresi : http://dergipark.gov.tr/download/article-file/115091

Tosun, M. (2002) Madde ile ilişkili bozukluklar. İlkay, E. (Ed.), Samuk, F., Tosun, M., Savrun, M. (Yrd. Ed.) Cerrahpaşa Psikiyatri (S. 171-318) İçinde. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Tosun M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, 62, 201-220

Townsend, M.C. (2013). Essentials of psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice. FA Davis

Turhan, E. İnandı, T. Özer, C. Akoğlu, S. (2011) Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 9 (1)

Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., Karakoç, A. (2013). Kırklareli Üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. Fırat Tıp Dergisi, 18(4), 230-234.

Uzbay, İ. T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 5, 5-15.

Ünal, M. (1991) Madde Bağımlılığı ve Alkolizmde Aile. Aile Ve Toplum 1(2)Erişim Adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/198122

Velleman, R. Bennett, G. Miller, T. Orford, J.I.M. Rigby, K.. Tod, A. (1993). The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. Addiction, 88 (9), 1281-1289.

Waldron, H.B. Kaminer, Y. (2004). On The learning curve:the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. Addiction. 99, 93-105.

Waldron, H.B. Turner, C.W. (2008). Evidence-Based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. Journal Of Clinical Child and Adolescent Psychology. 37 (1), 238-261.

Walton MA, Castro FG, Barrington EH. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. Addict Behaviour. 19, 319-331

White H.R., Gorman D.M. (2000) The nature of crime :Continuity and change, dynamics of the drugs-crime relationship. Criminal Justice. 151-218 Erişim Adresi : https://www.ncjrs.gov/criminal_justice2000/vol_1/02d.pdf

Wilsnack, S.C. Vogeltanz, N.D. Klassen, A.D. Harris, T.R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. Journal Of Studies On Alcohol. 58 (3), 264-271.

Yaman, Ö. M. (2014) Madde bağımlısı gençlerin aile içi ilişkilere yönelik görüşleri:Esenler-Bağcılar örneği. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 1, *99-132* DOI: 10.15805/addicta.2014.1.1.013

Yapıcı, Ş. (2010). Türk toplumunda aile ve eğitim ilişkisi. Turkish Studies. 5 (4), 1544-1570 Erişim Adresi: http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423934536.pdf

Yılmaz, A. Can, Y. Bozkurt, M. Evren, C. (2014). Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depreşme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6 (3), 243 doi:10.5455/cap.20131114113549

Yılmaz, N. (2015) Alkol ve madde bağımlılığı :Bireysel ve toplumsal sonuçları (yayınlanmamış yükseklisans tezi) Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Erişim Adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/

Yu R, Wang Z. Qian F. Jang L.K. Livesley J.W. Paris J. Et Al.(2007) Perceived parenting styles and disordered personality traits in adolescent and adult students and personality disorder patients. Social Behavior Pers. 35, 587-598.

Yüncü, Z. Aydın, C. Coşkunol, H. Altıntoprak, E. Bayram, A. T. (2006). Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yil süresince başvuran olgularin sosyodemografik değerlendirilmesi. Bağımlılık Degisi. 7, 31-37. Erişim Adresi: Http://Psikiyatriksosyalhizmet.Com/Wp-Content/Uploads/2010/02/Alkol3.Pdf

Yüncü, Z. Savaş, H. A (2007). Madde kullanım bozukluklarında genetik:bir gözden geçirme.

Bağımlılık Dergisi. 8, 146-152

Yüncü, Z. Kesebir, S.Özbaran, B. Çelik, Y. Aydın, C. (2009) Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç: kontrollü bir çalışma Türk Psikiyatri Dergisi. 20 (1), 5-13

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=239959 internet sitesi, Erişim Tarihi: 27.10.2018

https://www.cnnturk.com/dunya/bir-ulke-daha-marijuana-kullanimini-yasallastiriyor internet sitesi Erişim Tarihi:, 06/11/2018

https://www.narconon.org/tr/drug-rehab/life-skills.html internet sayfası. Erişim Tarihi: 25/09/2018

http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf internet sayfası, Erişim Tarihi: 31/10/2018

https://ourworldindata.org/grapher/number-with-alcohol-or-drug-use-disorders, internet sayfası, Erişim Tarihi: 31/10/2018

https://alo191uyusturucuilemucadele.saglik.gov.tr/ internet sayfası, Erişim Tarihi: 06/11/2018

http://bademedanis.com/ internet sayfası, Erişim Tarihi: 06/11/2018

http://www.yedam.org.tr/ internet sayfası, Erişim Tarihi: 06/11/2018

http://tbm.org.tr/media/1168/TBM_yetiskin_alkol_icerik_web.pdf internet sayfası, Erişim Tarihi: 08.04.2019

http://www.yeniden.org.tr/sokak/ucucumadde.asp internet sayfası, Erişim Tarihi: 10.04.2019

8. Ekler

Ek 1. Aile Görüşme Formu:

BAĞIMLILIKLA MÜCADELE VE DANIŞMA BİRİMLERİNE BAŞVURAN AİLE YAKINI GÖRÜŞME FORMU

Görüşmeci: …….. Tarih: …../……/2018

1- Başvuran Kişinin:

Cinsiyet: □ Kadın □ Erkek

Yaşı:…… **Mesleği:**…… **Çalışıyor mu?** □ Evet □ Hayır

Eğitim Durumu : **Madde bağımlısı bireye yakınlığı**:

□ Okur yazar değil □ Anne

□ Okur yazar □ Baba

□ İlköğretim □ Kardeş

□ Lise □ Eş

□ Üniversite ve üstü □ Diğer (Belirtiniz:.....)

Gelir durumu:.....

Yaşadığı il/ilçe :.....

Madde bağımlısı ile birlikte mi yaşıyor? □ Evet □ Hayır

2- Madde Bağımlısı Bireye Ait Bilgiler:

Cinsiyet: □ Kadın □ Erkek

Yaşı: …… **Mesleği:** …… **Çalışıyor mu?** □ Evet □ Hayır

Çalışıyorsa düzenli bir işe sahip mi? □ Evet □ Hayır

Gelir durumu: .....

Eğitim Durumu : **Medeni Durumu:**

□ Okur yazar değil □ Evli

□ Okur yazar □ Bekâr

□ İlköğretim □ Boşanmış

□ Lise □ Dul

□ Üniversite

□ Üniversite üstü

Çocuğu var mı? □ Evet (Sayısı: …….) □ Hayır

Yaşadığı il/ilçe :.....

Hangi maddeyi kullanıyor?

□ Esrar □ Eroin □ Kokain □ Uçucu madde □ Ecstasy

□ LSD □Sentetik Kannabinoidler (Bonzai vb) □ Diğer (Belirtiniz:…)

Ne kadar süredir madde kullanıyor? ……

Yakınınızın madde kullandığını ne zaman öğrendiniz?

(Ay/ YIL süre belirtiniz) …….....

Öğrendiğinizde yakınınıza karşı tepkiniz ne oldu? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

□ Öfkelendim. □ Endişelendim. □ Yardım talebinde bulundum.

□ Konuşmaya çalıştım □ Uzaklaştırdım. □ Diğer (Belirtiniz:… ……..)

3- Birime başvurma nedeniniz nedir?

□ Yakınım tedavi olmak istiyor, başvurabileceğim kurumlar hakkında bilgi almak istiyorum

□ Yakınım tedavi olmak istiyor, hastaneye yatırılmasını istiyorum

□ Yakınım tedavi olmak istemiyor, başvurabileceğim kurumlar hakkında bilgi almak istiyorum

□ Yakınım tedavi olmak istemiyor, hastaneye yatırılmasını istiyorum

□ Diğer (Belirtiniz:……..)

4- Yakınınız için daha önce benzer bir başvuruda/yardım talebinde bulundunuz mu?

□ Evet. □ Hayır

Cevabınız 'Hayır' ise daha önce neden başvuruda bulunmadınız? Birden fazla şık

işaretleyebilirsiniz

□ Böyle bir hizmetten haberim yoktu

□ Yakınımın bağımlı olduğunu yeni öğrendim

□ Bize ve çevreye verdiği zarar gittikçe arttı

□ Maddenin yakınıma verdiği zarar gittikçe arttı

□ Yakınım madde kullanmayı bir süre sonra bırakır diye düşünüyordum.

□ Yardım için yakınımı ikna edemedim

□ Çevremin duymasını/bilmesini istemedim.

□ Diğer: (Belirtiniz:…….....…)

5- Yakınınız AMATEM'e veya farklı bir sağlık kuruluşuna hiç başvurdu mu? (Cevaba uygun bölümün bilgilerini doldurunuz.)

□ Evet. □ Hayır

Cevabınız 'Evet' ise:

Nereye?

□ AMATEM'e

□ Özel bir hastaneye

□ Başka ilde bir hastaneye

□ Diğer(belirtiniz.....)

□ Bilmiyorum

Kaç defa başvurdu?

□ Bir defa

□ Birden fazla (Kaç defa: …….)

□ Bilmiyorum

Ayaktan tedavi yapıldı mı?

□ Evet

□ Hayır

□ Bilmiyorum

Yatarak tedavi yapıldı mı?

□ Evet

□ Hayır

□ Bilmiyorum

Tedavi yapıldıysa ne kadar süre tedaviye devam etti?

□ 0-1 ay

□ 1-3 ay

□ 3-6 ay

□ 6 aydan fazla (Süre: ……)

□ Bilmiyorum

Tedaviden sonra ne kadar süre temiz kalabildi?

□ 0-1 ay

□ 1-3 ay

□ 3-6 ay

□ 6-12 ay

□ 12 aydan fazla (Süre:….)

□ Bilmiyorum

Tedavi ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

□ Tedavi konusunda istekli olmadığı için faydalı olmadı

□ Yeterli psikolojik destek verilmediği için yeterli olmadı.

□ Tedaviyi yarım bıraktı

□ Faydalı oldu ama tekrar başladı

□ Fikrim yok

□ Diğer (Belirtiniz:…….)

Cevabınız 'Hayır' ise:

Başvurmayı düşünür mü?

□ Evet

□ Hayır

□ Bilmiyorum

7- Yakınınızın hastaneye yatarak tam bir iyileşme yaşayacağını ve bir daha madde kullanmayacağını düşünüyor musunuz?

□ Evet

□ Hayır

□ Bilmiyorum

□ Diğer. (Belirtiniz.....)

Cevabınız 'Hayır' ise neden tam bir iyileşme sağlanamayacağını düşünüyorsunuz?

.....

8- Aşağıda yakınınızın madde kullanması nedeniyle aile içinde yaşanabilecek bir takım sorunlar tanımlanmıştır. Cümlelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Her cümleyi okuyunuz ve cevap şıklarından sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
Evde şiddet uyguluyor					
Bizden sürekli para istiyor					
Evden eşya/para çalıp satıyor					
Ağzında sigarayla uyuyor, evi yakmasından korkuyorum					
Bağırıp çağırıyor, evde huzursuzluk yaratıyor					
Sürekli adli sorunlar yaşaması nedeniyle huzursuzluk yaratıyor					

9- Hastalık nedeniyle çevrenizde ne tür sorunlar yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

□ Komşularla/çevreyle sorun yaşamıyoruz

□ Komşulardan/çevreden gizlemeye çalışıyoruz

□ Komşularla/çevreyle sorun yaşıyoruz çünkü yakınım onlarla tartışıyor

□ Komşularla/çevreyle sorun yaşıyoruz çünkü huzursuz oluyorlar

□ Komşularla/çevreyle sorun yaşıyoruz çünkü yakınım herkesten borç alıyor

□ Diğer (Belirtiniz:……)

10- Aşağıda sizin ve diğer aile bireylerinin madde bağımlısı yakınınıza nasıl davrandığınıza dair bir takım cümleler tanımlanmıştır. Cümlelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve cevap şıklarından sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
Madde kullanmayı bırakmasını söylüyoruz					
Madde kullandığı için tartışıyoruz					
Madde kullanmayı bırakması için istediklerini yerine getiriyoruz					
Bize şiddet uygulamaması için istediklerini yerine getiriyoruz					
Yakınımla iletişim kurmakta zorluk yaşıyoruz, konuşamıyoruz					
Yakınımı yaşadığımız yerden uzak tutmaya çalışıyoruz					

11- Aşağıda yakınınızın madde kullanımı hakkında ne düşündüğünüze dair cümleler yer almaktadır. Cümlelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve cevap şıklarından sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum
Kendisi istemedikçe madde kullanmayı bırakabileceğini /iyileşeceğini düşünmüyorum					
Zorla tedavi edilirse madde kullanmayı bırakabileceğin /iyileşeceğini düşünüyorum					
Madde kullanmayı bırakabilirse /iyileşirse eskisi gibi (kullanmadan önceki gibi) olacağını					

düşünüyorum					
Madde kullanmayı bırakmazsa hayatını kaybedeceğinden endişe ediyorum					
Madde kullanmayı bırakmazsa bize zarar vereceğinden endişe ediyorum					

12- Aşağıda yakınınızın madde kullanma sebeplerine ilişkin bir takım cümleler yer almaktadır. Sizce yakınınız neden madde kullanıyor? Bunu düşünerek yanıt vermeniz beklenmektedir. Cümlelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve cevap şıklarından sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum
Arkadaş çevresi nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum					
Merak nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum.					
Yaşadığı sıkıntılarla /sorunlarla başa çıkmak için madde kullandığını düşünüyorum					
Psikolojik sorunlar nedeniyle madde kullanmaya başladığını düşünüyorum					
Aile içi sorunlar nedeniyle madde kullandığını düşünüyorum					
Zayıf iradeli olduğu için madde kullandığını düşünüyorum					

13- Lütfen aşağıda yer alan cümleleri okuyunuz ve cevap şıklarından sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum
Madde kullananlara uygulanan yasal cezalar daha caydırıcı olmalı					
Madde satan kişilerin yasal cezaları daha caydırıcı olmalı					
Madde kullanan kişiler istemeseler bile zorla hastaneye yatırılarak tedavi edilmeli					
Madde kullanan kişilerin başvurabileceği daha fazla sağlık kuruluşu olmalı					
Madde kullanan kişilere yönelik rehabilitasyon merkezleri olmalı					
Madde kullanan kişilere psikolojik destek sağlanmalı					
Madde kullanan kişilere tedavi olma koşuluyla iş bulma gibi olanaklar sağlanmalı					

14- Sizce madde bağımlılığı bir hastalık mıdır?

□ Evet

□ Hayır

□ Bilmiyorum

Cevabınız 'Evet' ise tedavi edilebilen bir hastalık mıdır?

□ Evet. □ Hayır

15- Yakınınızın kullandığı maddenin etkileri hakkında bilginiz var mı?

□ Evet. □ Hayır

Cevabınız ‘Evet’ ise bu bilgiyi nereden edindiniz?

□ İnternet

□ Televizyon

□ Gazete

□Çevre (Komşu / Arkadaş)

□ Diğer (Belirtiniz: …….)

16- Yakınınızın kullandığı maddenin zararları hakkında bilginiz var mı?

□ Evet. □ Hayır

Cevabınız ‘Evet’ ise bu bilgiyi nereden edindiniz?

□ İnternet

□ Televizyon

□ Gazete

□Çevre (Komşu / Arkadaş)

□ Diğer (Belirtiniz: …….)

Görüşmeci notu:

9. Özgeçmiş

Kimlik Bilgileri

Adı Soyadı: Mehlike SARIOĞLU

Doğum Yeri: Milas (Muğla)

E-Posta: melikesarioglu@gmail.com

Telefon: 05399418539

Eğitim Bilgileri

Lise: Milas Anadolu Lisesi (2003)

Lisans: İstanbul Üniversitesi-Psikoloji (2008)

İş Deneyimi :

Zonguldak Psikoteknik Merkezi (Psikolog-2009/2010)

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (Psikolog-2010/2019)

Bursa Devlet Hastanesi (Psikolog-2019/halen)

Alınan Eğitimler:

Sağlık Bakanlığı, SÜDGE-Eğitici Eğitimi (2011)

İstanbul Business School, İnsan Kaynakları Yönetimi (2011)

Sağlık Bakanlığı, Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi (2013)

Sağlık Bakanlığı, Aile İçi Şiddetle Mücadele-Sağlık Çalışanları Eğitici Eğitimi (2015)

Sağlık Bakanlığı, Psikososyal Koruma, Önleme ve Krize Müdahale Eğitimi (2016)

Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, Psikodrama Temel Eğitimi (2016)

Katılım Sağlanan Bazı Etkinlikler:

TUBİM Uyuşturucu ile Mücadele Konferansı (2011)

Çocuk İstismarını Önleme Sempozyumu (2011)

Ulusal Alkol Kontrol ve Eylem Planı Çalıştayı (2013)

Çocuklar Güvende Projesi (2014)

42. Uluslararası Katılımlı Grup Psikoterapileri Kongresi (2017)

43. Uluslararası Katılımlı Grup Psikoterapileri Kongresi (2018)

2. Uluslararası Uyuşturucu Politikaları ve Halk Sağlığı Sempozyumu (2018)

Yeni Sentetik Maddeler, Yeni Sorunlar: Güncelleme Sempozyumu (2018)

44. Uluslararası Katılımlı Grup Psikoterapileri Kongresi (2019)