



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN SOSYAL DIŞLANMA ALGILARI: ANKARA AMATEM ÖRNEĞİ

Murat DERİN

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç.Dr. Melahat DEMİRBILEK

ANKARA
2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN SOSYAL DIŞLANMA)
ALGILARI: ANKARA AMATEM ÖRNEĞİ

Murat DERİN

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç.Dr. Melahat DEMİRBILEK

ANKARA
2017

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları: Ankara AMATEM Örneği” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir ve hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Murat DERİN

Tarih:28.03.2017

İmza:

Kabul ve Onay

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalında

Murat DERİN tarafından hazırlanan “Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları: Ankara AMATEM Örneği” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak Oy Birliği ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28.03.2017


Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER


Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Jüri Başkanı


Doç. Dr. Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFÇİ

Ankara Üniversitesi

Üye


Yrd. Doç. Dr. Melahat DEMİRBILEK

Ankara Üniversitesi

Danışman

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	2
1.2. Kuramsal Çerçeve	8
1.2.1. Bağımlılık Olgusu ve Madde Bağımlılığı	8
1.2.2. Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Özellikleri	14
1.2.2.1. Uyarıcılar	15
1.2.2.2. Kokain	19
1.2.2.3. Opioidler/Afyon ve türevleri/Narkotikler)	20
1.2.2.4. Halüsinojenler	24
1.2.2.5. Alkol	26
1.2.2.6. Kanabinoidler	29
1.2.2.7. Tütün	32
1.2.2.8. Sedatifler/anksiyolitikler/hipnotikler	34
1.2.2.9. İnhalantlar /solventler (uçucular ve çözücüler)	35
1.2.3. Madde Bağımlılığının Tarihsel Arka Planı, Yaygınlığı ve Sağlığa Etkileri	37
1.2.4. Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri Açıklamaya Çalışan Teoriler	41
1.2.4.1. Sosyolojik Teoriler	41
1.2.4.2. Psikodinamik Teoriler	42
1.2.4.3. Nörokimyasal ve Genetik Teoriler	44
1.2.4.4. Psikososyal Teoriler ve Sosyokültürel Etkenler	45
1.2.5. Madde Bağımlılığında Tedavi Yöntemleri	49

1.2.5.1	Detoksifikasyon (toksinlerden arınma) Süreci/ Farmakolojik Tedavi	49
1.2.5.2	Bilişsel Davranışçı Tedavi ve Relaps Önleme (Nüks Önleme)	50
1.2.5.3	Aile Tedavisi/ Aile Terapisi	51
1.2.5.4	Terapi ve Danışmanlık	52
1.2.5.5	Kendine Yardım Grupları	54
1.2.5.6	Motivasyon Kazandırıcı Tedaviler	54
1.2.6.	Sosyal Dışlanma	56
1.2.6.1.	Sosyal Dışlanma Paradigmaları	61
1.2.6.2.	Sosyal Dışlanmanın Boyutları	67
1.2.6.3.	Sosyal Dışlanmanın Nedenleri ve Sosyal Dışlanma Biçimleri	73
1.2.7.	Sosyal Hizmet Perspektifinden Madde Bağımlılığı ve Sosyal Dışlanma Sorununa Yaklaşım	89
1.3.	Araştırmanın Amacı	104
1.4.	Araştırmanın Önemi	105
1.5.	Araştırmanın Sınırlılıkları	106
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	107
2.1.	Araştırmanın Modeli	107
2.2.	Evren ve Örneklem	107
2.3.	Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	108
2.4.	Verilerin Analizi ve Yorumlanması	111
2.5.	Çalışmanın Süresi	111
3.	BULGULAR	112
3.1	Araştırmaya Katılan Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular	112
3.2	Bağımlı Bireylerin Aile Özelliklerine, Yaşanılan Çevreye ve Sosyo-Ekonomik Koşullara İlişkin Bulgular	115
3.3	Madde Bağımlısı Bireylerin Kullandıkları Maddelere, Maddeye Başlama Nedenlerine, Sağlık Durumlarına ve Diğer Değişkenlere İlişkin Bulgular	122
3.4	Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular	130

3.5	Madde Bağımlısı Bireylerin Aile Özellikleri, Yaşanılan Çevreye İlişkin Özellikler, Sosyo-ekonomik Koşullarve Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular	132
3.6	Madde Bağımlısı Bireylerin Kullandıkları Maddeler, Maddeye Başlama Nedenleri, Sağlık Durumları ve Madde Bağımlılığı ile İlişkili Diğer Değişkenler ile Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	139
4.	TARTIŞMA VE YORUM	151
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	171
	ÖZET	179
	SUMMARY	180
	KAYNAKLAR	181
	EKLER	194
	Ek-1. Gönüllü Onam Formu	194
	Ek-2. Soru Formu	195
	Ek-3. Sosyal Dışlanma Ölçek Formu	198
	Ek-4. Etik Raporu	200
	Ek-5. Kurum İzin Yazıları	202
	ÖZGEÇMİŞ	203

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma ile madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma sorunlarının sosyal hizmet perspektifinden ele alınması ve sosyal bütünleşmenin başarılmasına katkı verilmesi hedeflenmiştir. Araştırma sürecinde;

Emeğini ve değerli zamanını bendenesirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Melahat DEMİRBİLEK'e; yüksek lisans öğrenimim boyunca katkıları için Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı Prof. Dr. Veli DUYAN'a; araştırma sürecindeki destekleri için Prof. Dr. Nurdan DUMAN'a, Prof. Dr. Nuran BAYRAM'a, Prof. Dr. Erol GÖKA'ya, Uzm Dr. Şafak YALÇIN ŞAHİNER'e, Uzm. Dr. Volkan ŞAHİNER'e ve Ankara AMATEM çalışanlarına;

Değerlendirme sürecindeki değerli eleştirileri ve katkıları için hocalarım Doç. Dr. Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFTÇİ'ye ve Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER'e;

Yüksek lisans eğitimim boyunca göstermiş olduğu kolaylık, anlayış ve destek için Daire Başkanım Sayın Yusuf ÖZTÜRK'e;

Çok kıymetli fikir ve eleştirileriyle çalışmamın her aşamasında emeğini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, şahsıma ve çalışmama önemli katkıları bulunan saygı değer arkadaşlarım Sosyal Hizmet Uzmanı Elvan ÖZKAN'a, Sosyal Hizmet Uzmanı Serdar ARSLAN'a, Sağlık Uzman Yardımcısı Yücel ERDEM'e ve Dr. Mustafa Kemal ÇETİN'e;

İçten cevapları ve çok değerli paylaşımları için tüm katılımcılara;

Bana her konuda inanan ve destek veren aileme; özellikle canım Anneme, Yasemin'e ve çok sevgili yeğenim Kadir KANDIRA'ya;

Çok teşekkür ederim.

KISALTMALAR

- APA** : American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EMCDDA** : The European Monitoring Centre for Drugs and DrugAddiction (AvrupaUyuşturucuve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)
- ICD-10** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi)
- INPUD** : International Network of People Who Use Drugs (Uluslararası Uyuşturucu Bağımlıları Ağı)
- KOM** : Kaçakçılık ve organize suçlarla mücadele
- NASW** : National Association of Social Workers (Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği)
- SEU** : The Social Exclusion Unit-UK Goverment(İngiltere Sosyal Dışlanma Birimi)
- UNODC** : United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)

ŞEKİLLER

Şekil 1.1 Sosyal Dışlanma ve Madde Kullanımı Arasındaki İlişki

92



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1 Silver’ın Sosyal Dışlanma Paradigmaları	65
Çizelge 1.2 Levitas’ın Tipolojisi	67
Çizelge 2.1 Çalışmada kullanılan ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler ve Cronbach Alfa değerleri	109
3.1 Araştırmaya Katılan Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular	
Çizelge 3.1.1 Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları	113
Çizelge 3.1.2 Katılımcıların Yaş Dağılımları	113
Çizelge 3.1.3 Katılımcıların Eğitim Durumları	114
Çizelge 3.1.4 Katılımcıların Medeni Durumları	114
3.2 Bağımlı Bireylerin Aile Özelliklerine, Yaşanılan Çevreye ve Sosyo-Ekonomik Koşullara İlişkin Bulgular	
Çizelge 3.2.1 Katılımcıların Yaşadığı İller	115
Çizelge 3.2.2 Katılımcıların Yaşadığı Konut Tipi	115
Çizelge 3.2.3 Katılımcıların Aynı Adreste/Çevrede Oturma Süreleri	116
Çizelge 3.2.4 Katılımcıların Yaşadığı Çevrenin Sosyo-Ekonomik Koşulları	117
Çizelge 3.2.5 Katılımcıların Aile Bütünlüğü Durumları	117
Çizelge 3.2.6 Katılımcıların Aile Biçimi	118
Çizelge 3.2.7 Katılımcıların Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumları	118
Çizelge 3.2.8 Çalışan Kişilerin Halen Çalıştığı İşte Çalışma Süreleri	118
Çizelge 3.2.9 Çalışan Kişilerin Çalıştıkları İşlerin Türleri/Gelir Elde Etme Biçimleri	119
Çizelge 3.2.10 Halen Bir İş Bulunmayan Kişilerin Çalışmama Nedenleri	119
Çizelge 3.2.11 Madde Kullanım Nedeniyle İş Bırakma Durumları	120
Çizelge 3.2.12 Madde Kullanım Nedeniyle İş Bırakma Sayıları	120
Çizelge 3.2.13 Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları	121
Çizelge 3.2.14 Aylık Gelir Durumları	121

3.3 Madde Bağımlısı Bireylerin Kullandıkları Maddelere, Maddeye Başlama Nedenlerine, Sağlık Durumlarına ve Diğer Değişkenlere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.1 Kullanılan Maddeler ve Çoklu Madde Kullanım Durumları	122
Çizelge 3.3.2 Bağımlılık Yapıcı Maddelerin İlk Kez Kullanıldığı Yaşlar	123
Çizelge 3.3.3 Bağımlılık Yapıcı Maddelere Başlama Nedenleri	124
Çizelge 3.3.4 Daha Önce Madde Bağımlılığı Tedavisi Görme Durumları	125
Çizelge 3.3.5 Daha Önce Kaç Kez Tedavi Görüldüğüne İlişkin Bilgiler	125
Çizelge 3.3.6 Kronik Hastalık Bulunması Durumu	126
Çizelge 3.3.7 Kronik Hastalıklar	126
Çizelge 3.3.8 Psikiyatrik Hastalık Bulunması Durumu	127
Çizelge 3.3.9 Psikiyatrik Hastalıklar	127
Çizelge 3.3.10 Ailedeki Başka Kişilerde Madde Kullanım Durumları	128
Çizelge 3.3.11 Ceza Alma ve/veya Ceza İnfaz Kurumunda Kalma Durumları	128
Çizelge 3.3.12 Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenleri	129
Çizelge 3.3.13 Madde Kullanımı Nedeniyle Sosyal Olarak Dışlanma Algıları	129
Çizelge 3.3.14 Kimler Tarafından Dışlanıldığına İlişkin Bulgular	130

3.4 Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Çizelge 3.4.1 Cinsiyet ve Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	130
Çizelge 3.4.2 Yaş ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	131
Çizelge 3.4.3 Eğitim Durumu ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	131
Çizelge 3.4.4 Medeni Durum ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	131

3.5 Madde Bağımlısı Bireylerin Aile Özellikleri, Yaşanılan Çevreye İlişkin Özellikler, Sosyo-Ekonomik Koşullar ve Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Çizelge 3.5.1 Oturulan Konut Tipleri ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	132
Çizelge 3.5.2 Aynı Adreste Oturma Süreleri ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	133

Çizelge 3.5.3 Yaşanılan Çevrenin Sosyo-Ekonomik Koşulları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	133
Çizelge 3.5.4 Aile Bütünlüğü ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	134
Çizelge 3.5.5 Katılımcıların Aile Biçimleri ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	134
Çizelge 3.5.6 Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	134
Çizelge 3.5.7 Çalışılan İşte Çalışma Süreleri ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	135
Çizelge 3.5.8 Gelir Elde Etme Biçimleri ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	135
Çizelge 3.5.9 Gelir Getirici Bir İşte Çalışmama Nedenleri ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	136
Çizelge 3.5.10 Madde Kullanım Nedeniyle İş Bırakma Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	138
Çizelge 3.5.11 Madde Kullanım Nedeniyle İş Bırakma Sıklığı ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	138
Çizelge 3.5.12 Sosyal Güvence Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	138
Çizelge 3.5.13 Aylık Gelir Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	139
3.6 Madde Bağımlısı Bireylerin Kullandıkları Maddeler, Maddeye Başlama Nedenleri, Sağlık Durumları ve Madde Bağımlılığı İle İlişkili Diğer Değişkenler ile Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	
Çizelge 3.6.1 Katılımcıların Kullandıkları Maddelerin Türü ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	140
Çizelge 3.6.2 Madde Kullanmaya Başlama Yaşları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	140
Çizelge 3.6.3 Katılımcıların Madde Kullanmaya Başlama Nedeni Olarak Ailesinde Madde Kullanımının Olması ile Sosyal Dışlanma Algıları	

Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	141
Çizelge 3.6.4 Madde Kullanmaya Başlama Nedenlerine Göre, Psikolojik Rahatsızlığa Sahip Olma Nedeniyle Madde Kullanmaya Başlama İle Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	142
Çizelge 3.6.5 Madde Kullanmaya Başlama Nedenlerine Göre, Kişisel ve Ailevi Sorunlar Yaşama Nedeniyle Madde Kullanmaya Başlama ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	142
Çizelge 3.6.6 Madde Kullanmaya Başlama Nedenlerine Göre, Anne-Babaya ve/veya Topluma Tepki Nedeniyle Madde Kullanmaya Başlama ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	143
Çizelge 3.6.7 Katılımcıların Daha Önce Madde Bağımlılığı Tedavisi Görmüş Olması Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	143
Çizelge 3.6.8 Daha Önce Çok Sayıda Tedavi Görülmüş Olması Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	144
Çizelge 3.6.9 Kronik Bir Hastalığa Sahip Olunması Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	144
Çizelge 3.6.10 Psikiyatrik Bir Hastalığa Sahip Olunması Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	144
Çizelge 3.6.11 Katılımcıların Ailesinde Madde Kullanan Kişilerin Varlığı Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	145
Çizelge 3.6.12 Madde Ya Da Başka Nedenle Ceza Alma, Ceza İnfaz Kurumunda Kalma Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	145
Çizelge 3.6.13 Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenlerine Göre, Madde Kullanımının Aile İçinde Sorun Oluşturması Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	146
Çizelge 3.6.14 Katılımcıların Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenlerine Göre, Mahkeme ve Yasal Zorunluluk Nedeniyle Tedavi Olmaya Karar Verme ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	146
Çizelge 3.6.15 Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenlerine Göre, Madde Kullanımının Sağlık Sorunları Oluşturması Nedeniyle Tedavi Olmaya Karar Verme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	147

Çizelge 3.6.16 Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenlerine Göre, İş Yaşamında Sorunlar Oluşturması Nedeniyle Tedavi Olmaya Karar Verme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	147
Çizelge 3.6.17 Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenlerine Göre, Dini İnanışlar Nedeniyle Tedavi Olmaya Karar Verme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	148
Çizelge 3.6.18 Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenlerine Göre, Toplum Tarafından Dışlanmaları (Sosyal Dışlanma) Nedeniyle Tedavi Olmaya Karar Verme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	148
Çizelge 3.6.19 Katılımcıların Dışlandıklarını Düşündükleri Kişi ve Kişilere Göre, Aile Tarafından Dışlandıklarını Düşünme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	148
Çizelge 3.6.20 Katılımcıların Dışlandıklarını Düşündükleri Kişi ve Kişilere Göre, Akraba Tarafından Dışlandığını Düşünme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	149
Çizelge 3.6.21 Katılımcıların Dışlandıklarını Düşündükleri Kişi ve Kişilere Göre, Arkadaşları Tarafından Dışlandıklarını Düşünme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	149
Çizelge 3.6.22 Katılımcıların Dışlandıklarını Düşündükleri Kişi ve Kişilere Göre, Komşuları Tarafından Dışlandıklarını Düşünme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	150
Çizelge 3.6.23 Katılımcıların Dışlandıklarını Düşündükleri Kişi ve Kişilere Göre, Kamusal/Sosyal Alanlarca Dışlandıklarını Düşünme Durumları ile Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	150
Çizelge 4.1 Bağımsız değişkenler ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişki	152

1. GİRİŞ

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı çok eski tarihlere dayanmaktadır. Hemen her dönemde insanlar bağımlılık oluşturan çeşitli maddeleri kullanmıştır. Tarihsel süreç içerisinde bu maddeler çeşitlenmiş ve madde kullanımı toplumların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden önemli bir soruna dönüşmüştür. Bu nedenle günümüzde bağımlılık yapıcı maddelerin birçoğunun kullanımı yasaklanmıştır.

Günümüzde insanlar ruh durumlarında pozitif etki yaratmak, korku duygularını bastırmak, özgür hissetmek, duygularından kaçmak ya da bunları bastırmak gibi çeşitli maksatlarla madde kullanmaktadırlar. Bunlarla birlikte, bazı kişiler arkadaş ortamına katılma, arkadaşlarına hayır diyememe, grup davranışlarına katılmak zorunda hissetme, denemedikleri tehlikeli şeyleri denemeye merak duyma gibi nedenlerle madde kullanmaya başlayabilmektedirler (Nurmedov ve Tarhan, 2013, s. 13-142).

Madde bağımlılığı bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Bağımlılığın ortaya çıkmasında çeşitli faktörler rol almaktadır. Bu nedenle bağımlılık konusu ele alınırken genetik faktörlerini yanı sıra, sosyal risk etkenleri, alınan maddenin beyin üzerinde oluşturduğu etkiler, öğrenme kuramları ve davranışsal modeller değerlendirmeye alınmalıdır (Öztürk ve Uluğ, 2015, s.514).

Eroin, esrar, kokain, alkol, çakmak gazı, tiner gibi bağımlılık yapıcı özellikleri bulunan maddelerin kullanılması sonucunda madde kullanan kişilerde patolojik bir durum ortaya çıkmaz. Madde kullanımı ile kişinin öz denetimi, işlevselliği ve çevreye uyum yeteneği ortadan kalkmakta, aileden, arkadaşlardan ve

içinde yaşanan toplumdaki kopuş yaşanmaktadır. Bağımlı bireyler bağımlılık sürecinde hem fiziksel hem psikolojik tahribata uğramakta, maddenin etkileri nedeniyle normal yaşamdan ve davranışlardan hızla uzaklaşmaktadırlar. Bu durumlara ilave olarak, madde kullanan kişiler, ölümlerle sonuçlanabilecek çeşitli sağlık sorunları yanında, psikolojik ve sosyal birçok sorunla yüz yüze gelmektedirler. Bağımlı bireyler yalnızlık, dışlanmışlık duygusu, ruhsal bunalımlar yaşayabilmekte, intihar, suç ve şiddet davranışları içine girebilmektedirler. Sonuç olarak madde bağımlısı bireyler başta kendileri olmak üzere yakın çevreleri ve içinde yaşadıkları toplum için de bir risk oluşturmaktadırlar (Özden, 1992, s.6). Bu yüzden madde bağımlılığı sorunu, gelişmiş ya da gelişmemiş tüm ülkeler için günümüzün en önemli sosyal sorunları arasında görülmektedir (Öztürk ve Uluğ, 2015, s.544).

Bu çalışmada, günümüzün en büyük sosyal sorunlarından biri olan madde bağımlılığı sorunu genel hatlarıyla ele alınarak, çalışmanın konusu gereği sosyal dışlanma ve madde bağımlılığı ilişkisi ortaya konulacaktır. Çalışmayla, madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma sorununa dikkat çekilmesi, bu çerçevede, sosyal dışlanmanın önlenmesi ve sosyal bütünleşmenin başarılmasında, sosyal hizmet mesleği perspektifinden çözüm ve önerilerin ortaya konması hedeflenmiştir.

1.1. Araştırmanın Problemi

Madde kullanımı tek başına bir hastalık değildir. Ancak madde kullanımının psikolojik ve fiziksel olarak bağımlılığa yol açması madde kullanımını bir sorun haline getirmektedir. Çünkü bağımlılıkla birlikte, madde kullanımı bireylerin sosyal rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmelerine, muhakeme etme yeteneklerine önemli bir engel oluşturmaktadır (Dubois ve Miley, 2010, s. 326).

Bu gün madde bağımlılığı, pek çok ülkenin ekonomik, sosyal, politik alanda ve sağlık alanında problem yaşadığı, çeşitli kademelerde mücadele ettiği en önemli sosyal sorun alanlarından birisidir(Hatzitaskos ve ark. 1999, s. 278). Bununla birlikte sosyal dışlanma konusu da günümüzde özellikle Avrupa Birliği üyeleri başta olmak üzere birçok ülkenin gündeminde olan bir konudur. Sosyal dışlanma konusu özellikle, yoksulluk, madde bağımlılığı, engellilik gibi dezavantajlılık konularına yeni bir boyut kazandırmıştır (Şahin, 2009, s.13).

Madde bağımlılığı sorunu, sosyal politika karar vericileri ve sağlık uygulayıcıları tarafından, sosyal sapma bakışına karşıt olarak, giderek daha fazla anlaşılın ve üzerinde durulan kritik bir sağlık sorunu olarak ele alınmaya başlanmıştır. Bu, hem madde kullanımının insan sağlığı üzerindeki şiddetli ve doğrudan zararlı etkileri, hem de, maddenin etkisiyle madde kullanıcılarının riskli ve zarar verici davranışlar içine girmesiyle ilişkilidir (Wood, 2012, s.19).

Madde bağımlısı bireyler dezavantajlı gruplar arasında ilk sıralarda yer almakta ve sosyal dışlanmada yüksek risk grupları arasında görülmektedir (SEU, 2004, s. 14).Yaşamının merkezine maddeyi koymuş bağımlılar için sosyal dışlanma, kaçınılmaz bir sonuç haline gelebilmektedir. Ancak çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular, madde bağımlılığından önce madde bağımlılarının önemli bir kısmı için, sosyal dışlanma ve dezavantajlılığın temel sorunlar olduğunu ortaya koymaktadır (Buchanan, 2004, s.3).

Madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma birbirinin nedeni olarak değerlendirilebilmektedir. Çünkü madde kullanımı kişinin yaşam koşullarında bir bozulmanın ortaya çıkmasına, sosyal olarak marjinalleşme süreçleri de madde kullanmaya başlamada bir neden olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ancak madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma birbirleri için kesin bir neden oluşturmamaktadır.Çünkü her madde bağımlısı birey sosyal olarak dışlanmaya maruz

kalmamaktadır (Thomas, 2001 ve Carpentier 2002'den akt.EMCDDA, 2003, s. 65). Yukarıda değinildiği gibi sosyal olarak marjinalleşme ve toplumla ilişkilerin çeşitli nedenlerle bozulması, kişinin sağlığının bozulmasına, strese karşı anormal ve aşırı tepkiler geliştirmesine, tatminkar duygusal ilişkilerin doldurulması için içki, sigara ya da diğer bağımlılık yapıcı maddeler kullanmaya neden olabilmektedir (Stansfeld, 2009, s. 175-176).

Buchanan ve Young (2000, s. 120) tarafından İngiltere'de 1995-1997 yılları arasında 200 madde bağımlısı kişiyle yapılan ve yoksulluk, sosyal dışlanma, madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma;

- 1980'lerde iş piyasasında yapısal değişiklikler,
- Büyük ölçekli ve uzun süreli işsizlikte artış,
- Yaygın yoksunluk ve yoksulluk ile
- Uzun süreli madde bağımlılığı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Madde bağımlısı bireyler, bağımlılık tedavisi ve barınma gibi ana hizmetlere erişemeyen, en yoksun durumda olan ve sosyal olarak dışlanmış toplulukların üyeleri olma eğilimindedirler (SEU, 2004, s.11). Araştırmalar madde bağımlısı kişilerin tedavi hizmetlerine başvurduklarında, bu kurumların ayrımcılığına maruz kaldıklarını, daha kalitesiz sağlık ve bakım hizmeti aldıklarını ortaya koymuştur. Madde bağımlılarına yönelik damga ve ayrımcılık, bu kişilerin sağlık sistemine girişini engellemekte, sağlık konularında doğru raporlamayı azaltarak alınan bakımın kalitesini düşürmekte sonuç olarak hem zihinsel hem de fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir(Ahern ve ark.,2007, s. 189).

Sağlık çalışanları tarafından yapılan araştırmalar, madde bağımlısı bireylere ilişkin önemli bir oranda negatif ve basmakalıp görüşlerin olduğunu, madde bağımlısı bireylerin yüksek kaliteli sağlık hizmeti alma konusunda ödün verme

olasılıklarının daha yüksek olduğunu, hemşirelerle yapılan bir dizi çalışma, ise uyuşturucu kullanıcılarına yönelik olumsuz ve cezalandırıcı tutumların nispeten yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Bu tutumlar sağlık sektöründeki mesleki etiğe ilişkin beklentilere aykırı olmakla birlikte, bazı sağlık çalışanlarının yargılayıcı, hoşnutsuz veya düşmanca olduğu yönündeki algı, uyuşturucuya bağlı sorunları olan bireyleri sağlık hizmetlerine erişimden vazgeçirebilmektedir (Skinner ve ark., 2007, s. 164) . Madde bağımlısı bireyler yalnızca sağlık hizmeti sunumunda değil konut ve istihdam açısından da ayrımcılığa uğramaktadırlar. Toplum tarafından madde bağımlıları suçlu olarak görüldüğünden, ahlaksız ve yetersiz olarak nitelendirildiğinden dolayı, madde kullanımı kişilerin kiracılık haklarını kaybetmesine ve işinden atılmasına neden olacak zemini oluşturabilmektedir(INPUD, 2014, s.7).Bazı yazarlar, büyük ölçüde marjinalize olmuş aktif madde kullanıcıların, sığınma yerlerine ve barınak gibi yerlere doğrudan erişiminin kabul edilmemesi politikasının bu kişilerin buralardan dışlanmasına yol açtığını, bu durumunmadde bağımlısı bireylerin daha fazla zorluk yaşamasına neden olduğunu ortaya koymuştur (Cox ve Lawless, 1999, s. 27).Madde bağımlısı bireylere yönelik damgalama ve varsayımlar, ayrımcılık ve sosyal dışlanmayı doğrudan beslemektedir. Suçlama ve ayrımcı dil kullanımı, medyanın yaklaşımı, günlük etkileşimler ile birlikte damgalama ve ayrımcılık, madde kullanan kişileri toplumun dışına itmektedir. Bu nedenle madde bağımlısı bireyler ailelerinden ve toplumdan uzak durmaktadırlar (Ahern ve ark., 1997, s. 188-196).

Gezek (2007) tarafından İstanbul'da sokakta yaşayan ve uyuşturucu madde kullanan gençler ve aileleri üzerine yapılmış bir araştırma, bağımlı gençlerin bir müddet sonra ailesinden koparak sokağa bağımlı olduklarını, hayatını devam ettirmek için suça ve gayri meşru para elde etme yollarına başvurarak, kademeli bir şekilde toplum hayatından ve sosyal ilişkilerden dışlanan bireyler haline geldiklerini ortaya koymuştur (akt. Yaman, 2014, s.116-117).

Sosyal dışlanma bireylere, onların ailelerine, çocuklarına ve gelecek nesillere önemli kayıplar verdiren bir sorundur (Buchanan ve Young, 2000;Silver, 1994). Soruna toplumsal olarak bakıldığında, madde bağımlılığı sorunu, madde bağımlısı kişilerle toplumdaki diğer kişiler arasındaki iletişimi tehlikeye sokmaktadır. Böylelikle madde kullanan kişinin kendi sağlığının bozulması yanında, toplumsal bir tehlike ortaya çıkmaktadır (Zastrow, 2014, s. 358). Bununla birlikte madde kullanan kişilerin madde kullanmayan kişilerden madde kullanımını ve bağımlılığını gizlemesi bazı durumlarda hayati önemde olabilmektedir. Çünkü madde bağımlılığı olan kişinin durumunu ifşa etmesi ayrımcılık, şiddet, taciz, sosyal dışlanma, tutukluluk, işkence, cinayet ve devlet eliyle infazı içeren bir takım zararlarla sonuçlanabilmektedir. Esasında madde bağımlısı kişilerin damgalanması sıklıkla polis istismarını ve insan hakları ihlallerini haklı çıkarmak için kullanılabilir (INPUD, 2014, s. 6).

Madde bağımlısı bireylerin sosyal olarak dışlanması, bağımlıların günlük yaşam koşullarını gerçekten iyileştirmek için oluşturulmuş birçok sosyal programa ve sağlık hizmetine ulaşımını güçleştirmektedir (Wood, 2012, s. 13).Günümüzde toplumsal izolasyonun sağlıkta kötüleşmeye yol açtığına, toplumsal desteğin ise hem fiziksel sağlığa, hem de ruhsal sağlığa pek çok yönden olumlu etki ettiğine yönelik veriler bulunmaktadır (Pahl 2003'den akt. Stansfeld, 2009).Araştırmalar sosyal dışlanmanın ve izolasyonun olumsuz yönlerinin ortadan kaldırılmasının sorunlu madde kullanımını azaltmaya olumlu etkilerinin olduğu ortaya koymuştur (Peters, 2015,s. 7).

Problemin boyutlarına ve madde bağımlılığı ile ilgili büyük maliyetlere rağmen, birçok ülkede uzmanlaşmış hizmetler mevcut değildir veya mevcut olsa bile sosyal dışlanma, ayrımcılık ve damgalanma yüzünden madde bağımlılarının etkin hizmetlere erişmesi mümkün olamamaktadır (UNODC, 2009, s. 3).

Bu araştırma ile, madde bağımlılığı ve madde bağımlılığı temelinde sosyal dışlanma sorununun ele alınarak, madde bağımlısı bireylerin sağlık hizmetlerine, rehabilitasyon hizmetlerine, ihtiyaç duyduğu başka hizmetlere erişimini ve sosyal hayata katılımını engelleyen sosyal dışlayıcı, damgalayıcı ve ayrımcılık içeren çeşitli uygulama ve yaklaşımlara dikkat çekmek, bu tür uygulama ve yaklaşımların önlenmesine yönelik sosyal politika ve programlara ışık tutmak, sosyal içerici yaklaşımlara katkı vermek hedeflenmiştir.

Bir sonraki bölümde Bağımlılık olgusu ve madde bağımlılığına ilişkin kuramsal bilgilere yer verilmiştir.

1.1 Kuramsal Çerçeve

1.1.1 Bağımlılık Olgusu ve Madde Bağımlılığı

Bağımlılık, kişi tarafından zararlı sonuçlarının bilinmesine karşılık, dürtüsel olarak madde veya sanal alıştırıcı arayışı ve kullanımı ile kendini gösteren, tekrarlayıcı nitelikte, kronik özellikler gösteren bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Çünkü kullanılan maddeler ve sanal alıştırıcılar, beyinin işleyişi ve temel yapısı üzerinde değişikliklere sebebiyet vermektedir (Nurmedov ve Tarhan, 2013, s.21). Bununla birlikte tüm bağımlılık türlerinde, bağımlılığın ortak nörokimyasal ve anatomik yönlerinden söz edilebilmektedir (Dilbaz, 2012, s.66).

Bağımlılık tanımlamasında özellikle vurgulanan husus, zararlı sonuçlarının kişi tarafından bilinmesidir. Ancak her ne kadar bu zararlı sonuçlar kişi tarafından bilinse de, madde veya sanal alıştırıcıya karşı koyma mümkün olamamaktadır. Diğer bir vurgu ise bu durumun tekrarlayıcı oluşu ve kronik özellikler göstermesidir.

Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabının (DSM) farklı sürümlerinde farklı bağımlılık tanımları yapılmış, bağımlılık olgusunun kapsamına ve çeşitlerine ilişkin güncel, işe yarar tanımlama ve ölçütler geliştirilmiştir. Böylelikle madde istismarı ile seyretmeyen kompulsif (yineleyici) davranışlar da (patolojik kumar alışkanlığı, seks bağımlılığı, internet bağımlılığı vb. gibi) ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabının son sürümünde tanısal olarak yer bulmuştur (DSM- V, s. 481).

Buradan hareketle bağımlılık ifadesinin, patolojik kumar alışkanlığı, seks bağımlılığı, internet bağımlılığı gibi birçok bağımlılık biçimi için çatı bir kavram olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Madde bağımlılığı ise çeşitli bağımlılık türlerinden sadece birisidir. Bağımlılık kavramı çoğunlukla, yalnızca

madde kullanımının söz konusu olduğu madde bağımlılığını düşündürmektedir. Bu genel algının temel nedeni diğer bağımlılık türlerinin tanımlamalarının görece daha yakın zamanlarda yapılmış oluşuyla ilgilidir. Bu çalışmada ele alınacak bağımlılık türü madde bağımlılığıdır. Çalışmanın konusu gereği ileriki bölümlerde sadece madde bağımlılığı konusu üzerinde durulacak olup, bağımlı ve bağımlılık ifadeleri özellikle belirtilmediği takdirde, madde bağımlısı ve madde bağımlılığı anlamında kullanılacaktır.

Çeşitli kaynaklarda bağımlılığın çeşitli görünümleri üzerinde özellikle durularak, fiziksel ve davranışsal olarak bağımlılık tanımları yapılmıştır. Ancak bu ayrımların bağımlılık olgusunu tanımlamada işlevsel bir yararının bulunmadığına dair çeşitli görüşler ortaya konmuştur. Bu ayrımın gerekli olmadığına ilişkin görüşler, bağımlılıkta her iki bağımlılığında görülmesi nedeniyle genel kabul görmüştür. Güncel kaynaklarda bağımlılık, bu ayrımlar olmaksızın ele alınmaktadır. Ancak yine de her iki bağımlılık durumundan ne anlaşılması gerektiğinin kısaca ifade edilmesinde yarar görülmektedir.

Maddeye karşı duyulan fiziksel bağımlılıkta, maddenin varlığına karşı kişinin fizyolojik bir istek duyması söz konusudur (Ögel, 2014, s.19).Kullanılan maddeye karşı fiziksel bir bağımlılık geliştirildikten sonra, bu maddenin belirli bir süre kullanılmaması, kesilme veya yoksunluk sendromu adı verilen bazı fizyolojik ve psikolojik belirtiler ortaya çıkarmaktadır (Dilbaz, 2012; Schuckit, 1993).

Bununla birlikte davranışsal bağımlılık ise madde arayışını içeren çeşitli aktiviteler içinde olma ile patolojik madde kullanımı ile karakterizedir (Dilbaz, 2012, s.66).

Madde bağımlılığı keyif verici bir maddenin, belirgin bir etkiyi yaratmak için alınması sürecinde kişinin bedensel, ruhsal yada sosyal olarak zarar verici etkilerini görmesine rağmen, madde alımının kontrol edilemediği, madde alınmadığı zaman yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı, bilişsel, davranışsal ve fiziksel semptomlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Arıkan, 2001, s. 129). Madde bağımlılığında, bağımlılık yapıcı bir maddenin düzenli ya da aşırı şekilde alınması söz konusudur (Zastrow, 2014, s. 358).

Psikoaktif madde bağımlılığı, maddenin kötüye kullanılmasından daha ağır bir madde kullanım bozukluğu olarak belirlenmiştir. Psikoaktif madde bağımlılığında yoksunluk belirtilerinin olması beklenmektedir. Kişinin sosyal ve mesleki faaliyetleri, psikoaktif maddenin patolojik kullanımı sonucu zarar görmüştür ve bu durum en az 6 ayı kapsayan bir süre devam etmiştir. Böyle bir tablonun varlığında psikoaktif maddenin kullanımı, psikoaktif madde kötüye kullanımı olarak değerlendirilmektedir (Özden, 1992, s.6). Bağımlılığa ilişkin bir başka tanımlama ise “zararlı kullanım”dır. Zararlı kullanım, maddenin kişiye zarar vermesine rağmen psikoaktif maddelerin kullanılmasına veya bu tip davranışların devam ettirilmesine denmektedir. Bu ifadeden madde kullanımının sağlığa, iş, sosyal ve aile yaşamına olan zararlarının görülüyor olmasına rağmen sürekli madde alımının olması, ancak kişinin bağımlı olarak tanımlanmasını gerektiren ölçütleri karşılamıyor olması gerekmektedir. Kullanım düzeyi tehlikeli olsa dahi her madde kullanan kişi bağımlı olarak değerlendirilememektedir. Maddenin kişiye zarar vermesine rağmen madde kullanımını devam ettirmektedir ve bu kişilerin gelecekte bağımlı olma riski yüksektir (Ögel, 2014, s.9).

Tüm farklı tanım ve ayrımlarla birlikte, DSM-IV’de yer alan “madde kötüye kullanımı” ve “madde bağımlılığı” tanıları DSM-V’de yer almamış, iki tanımlamaya ait ölçütler “madde kullanım bozukluğu” tanısını belirlemek için on bir maddede birleştirilmiştir (Öztürk ve Uluğ, 2015, s.512-513).

DSM-V'de yer alan madde kullanım bozukluğu için belirlenen tanı ölçütleri şunlardır:

- a) Maddenin niyet edilenden daha çok miktarda ve daha uzun sürelerle alınması,
- b) Sürekli bir madde kullanma isteğinin olması ve madde kullanımını kesme ya da azaltma çabalarının başarısız olması,
- c) Maddeyi elde etmek için, maddeyi kullanırken, madde etkisi ya da kesilme sendromunun etkisi altında çok zaman harcanıyor olması,
- d) Maddeye karşı çok güçlü bir istek veya dürtünün varlığı,
- e) Okul, iş veya ev yaşamında önemli yükümlülüklerin ihmaline neden olacak şekilde tekrarlayıcı madde kullanımı,
- f) Sosyal yaşamda ve diğer insanlarla ilişkilerde kalıcı ve tekrarlayıcı sorunlara yol açtığı ya da bu sorunları ağırlaştırdığı halde madde kullanımını sürdürme,
- g) Önemli sosyal, mesleki etkinlikleri ve kişisel ilgi alanlarına ilişkin etkinlikleri, madde kullanımı nedeniyle bırakma ya da azaltma,
- h) Fiziksel olarak tehlikeli olabilecek şekilde veya durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanıyor olma,
- i) Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıktığı veya ağırlaştığı bilinen bedensel veya ruhsal bir sağlık sorununun varlığına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi,
- j) Tolerans (aynı miktar madde kullanılmaya devam edildiğinde maddenin etkisinde belirli bir azalma meydana gelmesi, başka bir deyişle istenilen etkiyi oluşturmak için artan miktarlarda maddeye ihtiyaç duyulması),
- k) Kesilme (çekilme/yoksunluk sendromu: madde kullanımının bırakılması ya da azaltılması sonrasında ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik belirtiler) (Hasin ve ark., 2013, s. 836).

Tanı koymak için bağımlılık ölçütlerinden iki veya daha fazlasının bulunuyor olması yeterli görülmektedir. Karşılanan ölçüt sayısına göre bozukluk hafif (2-3 ölçüt), orta şiddetli (4-5 ölçüt) ve ağır (altı ölçüt veya fazlası) olarak derecelendirilmektedir (Öztürk ve Uluğ, 2015, s.512-513).

Bağımlılık yapıcı maddeler, vücuda değişik yollarla alınabilen ve merkezi sinir sistemine etki ederek biliş, algılama, duygu durum, davranış ve motor fonksiyonlar üzerinde değişiklik ortaya çıkaran psikoaktif kimyasal maddelerdir (Kalyoncu, 2009, s. 65). Türkiye’de bağımlılık yapıcı maddeler için kullanılan uyuşturucu tanımı, uyarıcı maddelerin de bağımlılık yapıcı nitelikte olması nedeniyle uygun bir tanımlama olarak görülmemektedir. Bu nedenle bu maddelerin bağımlılık yapıcı maddeler olarak adlandırılmasının daha uygun olabileceği değerlendirilmektedir (Doğan ve İlhan, 2014, s. 201).

Bağımlılık yapıcı maddeler merkezi sinir sistemine etkilerine ve maddenin türüne göre şu şekilde sınıflandırılabilir:

1) Merkezi sinir sistemine etkileme biçimlerine göre:

- a) Merkez sinir sistemine narkotik olarak etki eden morfin, eroin gibi maddeler.
- b) Merkez sinir sistemine depresan olarak etki eden alkol, yatıştırıcı, barbitürat, trankilizan gibi maddeler.
- c) Merkez sinir sistemine uyarıcı olarak etki eden, kokain, amfetamin vb. maddeler.
- d) Merkez sinir sistemine halüsinojen olarak etki eden, LSD, meskalin, esrar ve buna benzer nitelikteki maddeler.

2) Kullanılan maddelere göre;

- a) Opioidler (afyon türevleri, morfin-eroine-kodain-meperidine vb.),
- b) Alkol,
- c) Kokain,
- d) Esrar,
- e) Amfetamin ya da benzer etkili semptomimetikler,
- f) İnhalantlar,

- g) Fensiklidin (PCP),
- h) Halüsinojenler (LSD, Meskalin vb.),
- i) Nikotin,
- j) Yatıştırıcı, hipnotik veya anksiyolitikler olarak sınıflandırılır (Özden, 1992, s.10-11).

Bir sonraki bölümde bağımlılık yapıcı maddeler ve özellikleri konusuna yer verilmiştir.



1.1.2 Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Özellikleri

Bağımlılık yapıcı özelliği bulunan doğal ya da sentetik oldukça fazla sayıda madde bulunmaktadır ve her geçen gün bu sayıya yeni maddeler eklenmektedir. Dünyanın farklı bölgelerinde, çok farklı niteliklerde, değişik amaçlarla kullanılan sayısız psikoaktif madde olduğu bilinmektedir. Bu maddelerin çeşitleri, kullanım biçimleri, kullanım sıklığı, farklı toplumlarda farklı özellikler göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Kodlama ve Sınıflama Standardı'nda psikoaktif madde kullanımının neden olduğu zihinsel ve davranışsal sorunların sınıflaması yapılmıştır. Buna göre bağımlılık yapıcı maddeler, alkol, opioidler, kanabinoidler, yatıştırıcılar ve hipnotikler, kokain, kafein dâhil olmak üzere diğer uyarıcılar, halüsinojenler, tütün, uçucular-çözücüler ve diğer psikoaktif maddeler olmak üzere on grup altında ele alınmıştır (ICD-10, 2005, s. 109).

Bu bölümde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sınıflandırma çerçevesinde, kısaca bağımlılık yapan maddelerin neler olduğuna, bu maddelerin genel özelliklerine ve etkilerine yer verilecektir. Psikoaktif maddeler her ne kadar Dünya Sağlık Örgütünün yaptığı sınıflamaya göre ele alınmaya çalışılsa da, bağımlılık yapıcı maddeler esasında aynı anda birkaç sınıflama içerisinde yer alabilmektedir. Daha açık bir ifadeyle, örneğin amfetamin grubunda sayılmış olan bir madde aynı zamanda yatıştırıcı nitelikli bir ilaç ya da uyarıcı nitelikte bir madde olabilmektedir.

1.1.2.1 Uyarıcılar

Amfetaminler ve Metamfetaminler(Tıbbi Amaçlar İçin Kullanılan İlaçlar): Amfetaminler sıklıkla enerji hapi ya da mutluluk hapi olarak adlandırılan, reçetelendirilen ilaçlardır. Merkezi sinir sisteminin aktivitesini arttıran çeşitli maddeler bu grupta yer almaktadır (Santrock, 2014, s. 438). Amfetaminler yasa dışı olarak üretilmekte ve düşük maliyetlerle elde edilmesi ve güçlü etkilerinden dolayı yaygın bir şekilde kötüye kullanılmaktadır. Bu maddeler aşırı derecede bağımlılık yapmaktadır. Yoğun ve uzun süren kendine güven ve mutluluk hisleri ortaya çıkarmaktadır. Bu uyarıcıların kullanımı sonucunda, hiperaktivite, sinirlilik ve anksiyete ortaya çıkabilmekte, uzun süre aç ve uykusuz kalabilme söz konusu olabilmektedir. Uzun süreli kullanım sonucunda, beslenme bozukluğu, cilt hastalıkları, ülser, kilo kaybı, depresyon, konuşma ve düşünme bozukluğu görülebilmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2014, s. 564-565).

Amfetamin sentetik bir maddedir ve çeşitli ülkelerde, rejim yapanlar kilo vermek, öğrenciler ders çalışırken ayakta kalabilmek, şoförler uyanık kalabilmek, şirket yöneticileri ve atletler kısa süreli zinde kalabilmek ve performans arttırmak gibi amaçlarla bu maddeyi kullanmaktadırlar. Amfetamin genellikle ağız yoluyla alınmaktadır. Bunun yanı sıra koklanarak ve damar yoluyla kullanılabilir. Yüksek dozlarda madde alımı, komaya, beyinde hasara ve ölüme neden olabilmektedir (Zastrow, 2014, s. 377).

Metamfetaminlerise bir amfetamin türevidir. Etkileri bakımından daha kuvvetli hissedilmektedir. Toz, macun, kristal, sıvı ya da tablet gibi şekillerde görülebilmektedir. Bu ilaçlar yüksek vücut ısısı oluşturarak, ciddi kalp problemlerine ve nöbetlere neden olabilmektedir (Nurmedov ve Tarhan, 2013, s.53). Metamfetamin üretimi dünyanın bazı bölgelerinde daha yaygın olmakla beraber basit düzeneklerle kolayca üretilmektedir. Türkiye’de ilk 2009 yılında metamfetamin yakalaması

gerçekleşmiş ve bu tarihten itibaren yakalamalarda ciddi bir artış yaşanmıştır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, s.20-21).

Eşdeğer olarak amfetaminler ve metamfetaminler birbiriyle çok yakından ilişkili olan sentetik uyarıcılardır. Bu iki maddenin ayırt edilmesi zor olmaktadır. Bununla birlikte amfetamin Avrupa’da her zaman daha yaygın bir madde olmuştur. Ancak son yıllarda Avrupa’da bu maddenin daha yaygın bulunmaya başladığına ilişkin raporlar bulunmaktadır. Amfetamin ve metamfetaminlerin bir kısmı öncelikle Ortadoğu ve Uzak Doğu ülkelerine ihraç edilmek amacıyla üretiliyor olsada, her iki uyuşturucu çeşidi de Avrupa’da yurt içi kullanım maksadıyla üretilmektedir. Metamfetamin üretimi Baltık ülkelerinde ve Orta Avrupa’da yoğunlaşmıştır. 2014 verilerine göre 1,3 milyon (% 1) genç yetişkin (15-34 yaş) amfetamin kullanmıştır. En son bulgular amfetamin ve metamfetamin kullanımının hem coğrafi alan hem de kullanıcı sayısı bakımından artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Avrupa’da 2013 yılında özel uyuşturucu tedavisi gören kişilerin yaklaşık % 7’si, bu maddeleri birincil uyuşturucu olarak belirtmişlerdir (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, 27-47).

Ekstazi/3,4-Metilen Dioksimetamfetamin (Mdma): Genel olarak ekstazi diye adlandırılan bu madde bir çeşit amfetamindir. Özellikle Belçika ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde yasadışı yollardan üretimi yapılmaktadır. Ekstazi sentetik bir uyarıcı maddedir. Eroin ve esrar bağımlısı kişilerin bu maddeleri değişik zamanlarda kullandıkları bilinmektedir. Çoklu kullanımı oldukça tehlikeli olan bu madde, eğlence mekânları ile ilişkilendirilse de ülke içerisinde sokakta satışı yaygınlaşmaktadır (Vatandaş ve ark., 2015, s. 25).

MDMA, 24 Aralık 1912 yılında sentezlenmiştir. Bundan dolayı, Hıristiyanlık dininde Noel’e karşılık gelen insanlığın yeniden başlaması anlamında “Adem” (İng. Adam) olarak adlandırılmıştır. MDMA, açlık baskılayıcı olarak üretilmiş ancak hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda tatmin edici sonuçlar vermemiştir.

Bu nedenle ticari bir ürün haline gelmemiştir (Ghysel 2004'den akt. Bora ve ark. 2013, s. 167).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi 2011 Dünya Uyuşturucu Raporu'nda, ekstazi üretiminin son yıllarda Avrupa dışında da görüldüğünü, üretim merkezlerinin genelde Doğu ve Güneydoğu Asya, Kuzey Amerika, Okyanusya ve Latin Amerika olduğu belirtilmiştir. 1996 yılında tüm dünyada ekstazi yakalamalarının % 90'ı Avrupa'da olmuşken, 2009 yılı itibarıyla bu oran %18'e kadar gerilemiştir. Ülkemizde ele geçen ekstazi tabletlerinin büyük bir kısmı Hollanda ve Belçika kaynaklı olup, Türkiye ekstazi ticaretinde hedef konumunda bir ülke durumundadır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, s.13).

Ekstazi tabletler şeklinde kullanılmaktadır ancak, kristaller ve tozlar şeklinde de giderek artan biçimde bulunabilmektedir. Tabletler yutulmuş toz halindeki madde ise burundan çekilerek kullanılabilir. MDMA genellikle alkol de dâhil olmak üzere, diğer maddeler ile birlikte alınmaktadır. Yaygınlığı oldukça yüksek olan ekstazi, eğlence ortamlarında, ev partilerinde, kulüplerde, partilerde, barlarda sıklıkla kullanılmaktadır. Avrupa Birliği'nde MDMA 9,1 milyon erkek ve 3,9 milyon kadın tarafından kullanılmaktadır. 2013 yılından beri Avrupa'da genel bir artış olduğu tespit edilmiştir. MDMA Romanya'da ve Türkiye'de en sık ele geçirilen uyarıcı uyuşturucudur (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, s.23-43).

*Kafein:*Kafein kahve, çay, çikolata, kola, çoğu ağrı kesici ve nezle ilaçlarında bulunmaktadır. Etkileri uyarıcı niteliktedir. Normal dozlarda alındığında, etkileri zayıftır. Ancak kullanım sıklığı yüksektir. İlk çağlarda keşfedilip, kullanılmaya başlanılan bu maddelerin yaygınlığı 7. ve 8. Yüzyılda olmuştur. Amerika kıtasında ve Uzakdoğu'da kullanımı başlamış ve Avrupa Kıtası'na yayılmıştır. Kafeinli maddelerin hepsi sindirim sisteminden emilirler ve karaciğerde metabolize olup, idrarla atılırlar. Kafeinin santral sinir sistemi üzerindeki etkisinin, benzodiazepin,

reseptörleri ile etkileşerek, serotonin ve noradrenalin salınımını artırarak yaptığı düşünülmektedir (Arıkan, 2012, s. 170).

Bazı dini grupların kafein kullanımını yasaklaması dışında, kafein kullanımı neredeyse evrenseldir. Kafeinin hafif uyarıcı etkisi 50-150 mg arasında ortaya çıkmaktadır. Bu etkiler uyanıklık, sözel ve motor performansta artış şeklindedir. Yüksek doz kullanımda uykusuzluk, rahatsızlık, sinirlilik ve zehirlenme belirtileri ortaya çıkmaktadır. Günde 1 gramdan daha fazla kullanım sonucunda nöbet ve koma durumları görülebilmektedir (Andreasen ve Black, 2001, s. 450).

Kafein toplumda uyuşturucu bir madde olarak görülmediğinden dolayı, bireylerin damgalanması söz konusu değildir. Bu maddeye ilişkin bir alt kültür oluşmamıştır ve bu maddenin karaborsası bulunmamaktadır. Kullanımı yasal olduğu için diğer maddelere göre fiyatı oldukça ucuzdur. Kullanıcılar alışkanlıklarını karşılayabilmek için diğer maddelerde olduğu gibi suça yönelmek zorunda kalmamaktadır. Bazı uzmanlar diğer maddelere olan yaklaşımın da kafeine olan yaklaşım gibi olması gerektiğini, bu maddelerin de kafeinden daha zararlı olmadığını düşünmektedir (Zastrow, 2014, s. 376).

Captagon/ Fenethylline: Sentetik bir uyuşturucu türü olan ve Almanya'da bir dönem yasal olarak üretilen Captagonun kötüye kullanımının artması sonucu maddenin üretimi durdurulmuştur. Üretimin durması üzerine yasal olmayan yollardan yüksek kazançlar sağlayanlar tarafından kaçak yollardan üretimi devam etmiştir. Genellikle açık kahverengi şekilde olan maddenin bağımlılık yapıcı özellikleri bulunmaktadır. Ortadoğu ülkelerinde yaygın olmakla birlikte, Türkiye hem pazar hem geçiş noktası olarak etkilenmektedir. Madde Suriye üzerinden ülkemize girmekte ve iç pazarda dağılmaktadır (Vatandaş ve ark., 2015, s. 25).

Captagon tabletlerin yasal üretiminin yasaklanmasından sonra fenetilin olan etken maddesi zaman içerisinde amfetamin olarak değişmiş ve günümüze de amfetamin olarak gelmiştir. Captagon kaçakçılığında başta Arap Yarımadası olmak üzere diğer Arap ve Ortadoğu ülkeleri hedef olarak etkilenmekte ve bu ülkeler nihai pazar olarak karşımıza çıkmaktadır (Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014,s. 18).

1.2.2.2 Kokain

Güney Amerika'da dağlarda yetişen koko bitkisinden çıkarılan bir uyarıcıdır. Kokain bir ülkeye arı, beyaz kristal bir toz şeklinde kaçak olarak sokulmakta ve sonra satış arzını genişletmek amacıyla seyredilmekte ya da hacim olarak küçültülmektedir. Vücuda alınmasının en yaygın yolu seyredilmiş tozun burun içine çekilmesidir. Sigara gibi içilebilen bu madde ayrıca eritilerek enjeksiyon yoluyla vücuda alınabilmektedir. Oldukça bağımlılık yapıcı bir maddedir. Düzenli kokain kullanan kişilerde yerinde duramama, sinirlilik, kaygı, uykusuzluk görülmektedir. Kokain amfetaminlerde olduğu gibi fiziksel ve zihinsel hasarlara yol açmaktadır. Uzun süre yüksek dozlarda kullanımı sonrasında, dokunma, görme, tatma ya da koklama duyularında halüsinasyonlarla birlikte psikoza zemin hazırlamaktadır (Sheafor ve Horejsi, 2014, s. 565-566).

Kokain bağımlılığı özellikle zengin Batı ülkelerinde en önemli sorunlardan birisidir. Kokain merkezi uyarıcı ve semptomimetik etkiye (sempatik sinir sistemini taklit ederek, benzer etki yapan maddelerin oluşturduğu etki) sahiptir. Kişiyi öfori (kişinin hoşnutluk duyduğu ve kendisini iyi hissettiği bir ruhsal durum), güven, güçlülük duygusu vermektedir ancak bu durum zamanla maddenin daha fazla alınmasıyla gerginlik, sıkıntı, öfkeli paranoide psikoz belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Yüksek dozlarda kokain alımı solunum sorununa ya da

kalp durmasına neden olabilmektedir. Fiziksel bağımlılık yapmadığı ancak şiddetli psikolojik bağımlılık yaptığı kabul edilen kokainin Türkiye’de nadir kullanılan bir madde olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Uluğ, 2015, s.550).

En büyük iki kokain pazarı olarak Kuzey Amerika ve Avrupa gösterilmektedir. Ülkemiz kokain ticaretinden hem transit hem de hedef ülke olarak zarar görmektedir. Ekvador, Brezilya, Bolivya, Kolombiya kokain trafiğinin başlangıç noktasıdır. Türkiye bu güzergâhta hedef olmaktadır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, s.12).

Kokain Avrupa’da en çok kullanılan yasa dışı madde olarak gösterilmektedir. 15-34 yaş arası yaklaşık 2,3 milyon genç yetişkinin (% 1,9) bir önceki yıl kokain kullandığı tahmin edilmektedir. Pek çok bağımlı bu maddeyi eğlence amaçlı kullanmakta olup, hafta sonu ve tatil günlerinde bu maddenin kullanılması daha yüksek olmaktadır. Kokain, 2013 yılında özel uyuşturucu tedavisine girdiği bildirilen tüm danışanların % 13’ü için (55.000), ilk kez tedaviye girenlerin % 16’sı için (25.000) birincil uyuşturucu olarak belirlenmiştir. 2013 yılında kokaine bağlı ölüm 800’den fazla olarak rapor edilmiştir. Türkiye’de 2012-2013 verilerine göre ölüm sayısı 19’den 29’a yükselmiştir (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, s. 43-45).

1.2.2.3 Opioidler/Afyon veTürevleri/Narkotikler)

Afyon (Opium): Afyon haşhaş bitkisinden elde edilmektedir. Haşhaş bitkisinin ülkemizde ve dünyanın birçok bölgesinde çağlar boyu yetiştiği bilinmektedir. Milattan önce 3000 yılında Mezopotamya’da yaşamış olan Sümerlerin kullandıkları dilde afyona ait bazı kelimelere rastlandığı bilinmektedir. Afyon haşhaş bitkisinin çizilmesiyle elde edilen beyaz bir özden elde edilmektedir. Bu madde kuruyarak

kahverengi bir hal almaktadır. Bu haline afyon sakızı adı verilmektedir. Haşhaşı önemli hale getiren ihtiva ettiği morfin ve diğer alkaloidlerden kaynaklanan tıbbi özelliğidir. Haşhaş kapsülünün morfin, kodein, tebain, noskabin ve papaverin gibi tıbbi öneme sahip olan ana alkaloidlerin yanı sıra yaklaşık otuz değişik alkaloid içerdiği bilinmektedir. Bunlardan türevleri olan, katma değeri yüksek yarı sentetik ilaç aktif hammaddeleri üretilmektedir. Tıpta bu maddelerden ağrı kesici, uyuşturucu ve öksürük kesici olarak yararlanılmaktadır. Afyon vücuda yutulmuş, sigarayla ya da çiğnenerek alınabilmektedir. Başlangıçta ağrı kesici ve keyif verici etkiler görülürken, aşırı kullanımı ölümcül sonuçlar oluşturmaktadır (Haşhaş Faaliyet Raporu, 2014, s. 1-3).

Morfin: Ne zaman keşfedildiğine ilişkin bir takım anlaşmazlıklar olmasına rağmen, tıp tarihçileri morfinin güçlü etkilerinin temelini 1805-1816 yılları arasında Friedrich Wilhelm Sertürner tarafından atıldığını belirtmektedirler. Sertürner ne keşfettiğinin farkında olmaksızın maddenin etkilerini merak ederek, maddeyi köpekler üzerinde denemiş ve köpeklerin hepsi ölmüştür. Kimyacı olan Sertürner denemelerinden sonra, bu maddenin acıyı hafiflettiğini ve öföri oluşturduğunu kaydetmiş ve bu maddeye morfin adını vermiştir. Buadlandırma rüyaların tanrısı olarak bilinen Yunan Tanrısı Morpheus'tan gelmektedir. Maddenin oluşturduğu etkilerin ilaç şirketleri tarafından bilinmesiyle 19 yüzyılda maddenin seri üretimine başlanmıştır. Bu madde sadece afyonun bir alternatifi değil, aynı zamanda afyon bağımlılığına karşı bir tedavi olarak sunulmuştur. Ancak daha sonra bağımlılık yapıcı etkileri ve zararları anlaşılmıştır (Busse, 2006, s. 8).

Morfinden bir doz alındığında, anestezik etki ve ishalden kurtulma gibi yararlı etkiler elde edilebilirken, bu amaçların dışında kullanımlarının olduğu görülmektedir. Bu olumlu etkiler uzun süreli bir kullanım ile bambaşka biri hale dönüşmektedir. Uzun süreli kullanım ile bu ilaçların ağrı kesici ve yatıştırıcı etkileri azalmaktadır. Uzun süreli kullanım madde bağımlılığına yol açmaktadır. Daha doğrusu bağımlılar için sürekli kullanım yoğun bir arzuya ve dürtüsel kullanıma

dönüşebilmekte ve aniden madde alımının kesilmesiyle çekilme belirtileri ortaya çıkabilmektedir (Busse, 2006, s. 11).

Eroin: 1874 İngiliz kimyager tarafından morfinin kaynatılması ile çoğunlukla eroin olarak bilinen bir morfin türevi elde edilmiştir. Bu yeni türev morfinin, ağrı kesici ve öksürük giderici etkilerinin çok daha fazla olduğu bulunmuştur. Maddenin bu etkileri göz önünde alınarak bir ilaç firması tarafından seri üretimine başlanmıştır. 1898 yılında eroin kronik öksürük ve öksürüğün tedavisi için pazarlanmaya başlanmıştır. Ancak bu ilaç, kullananlarda bağımlılığa yol açtığından kullanımı yasaklanmıştır (Busse, 2006, s. 69). Tolerans çok hızlı geliştiği için bağımlılık yapma potansiyeli fazladır. Açık kahverengi renkte olup, toz halinde satılmaktadır. Eyç (H), toz gibi adlandırmalar bulunmaktadır. Sigarayla sarılarak içilmesine “koreks”, buruna çekilerek, alüminyum folyo üstünde ısıtılıp, buharı çekilerek alımına (kaydırma) ve damardan enjeksiyonla alımına “shot” adı verilmektedir (Ögel ve ark., 2003, s. 21).

Eroin kullanan kişilerde, eroin yoksunluğu son kullanımdan 6-8 saat sonra başlamakta ve genellikle 5-7 gün sürmektedir. Madde yoksunluğunda fiziksel ve ruhsal bazı belirtiler ortaya çıkmaktadır. Terleme, şiddetli ağrılar, iştah kapanması, ağız kuruluğu, bulantı kusma, üşüme ve kaygı gibi durumlar görülebilmektedir (Doğan ve İlhan, 2014, s. 201)

Günümüzde en çok kullanılan narkotik madde eroindir. Eroinin zihinsel etkilerinin yanı sıra, beyin fonksiyonlarını yavaşlatan, iştah kapatıcı, seks isteğini azaltıcı etkileri bulunmaktadır. Madde alan birey mutluluk ve uyuşukluk hissi yaşamaktadır. Bilindiğinin aksine eroin kullanan birçok insan bu maddeyi nadiren kullanmakta ve bağımlı haline gelmemektedir. Bağımlılık düzenli alındığında gerçekleşmektedir. Maddenin bağımlılık yapıp yapmaması, kullanma sıklığına, kullanılan maddenin miktarına, bireyin maddeye olan direncine göre değişmektedir.

Bağımlılık birkaç haftada gerçekleşebilmektedir. Kullanıcılar maddeye karşı hızlı bir şekilde tolerans geliştirmektedir. Sonunda ölümcül olabilecek yüz kat güçlü dozlara kadar ulaşabilmektedir. Yoksunluk süreci oldukça zor olmaktadır. Eroin bağımlılığında maddeyi bırakmak oldukça zordur. Uzun süre kullanılsa bile madde alımına ilişkin yoğun istek görülmektedir (Zastrow, 2014, s. 381).

Eroin kullanıcıları tarafından yapılan sağlıksız enjeksiyon ve bulaşıcı hastalıklar arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Damar yoluyla eroin kullanan kişilerde çeşitli enfeksiyon hastalıkları ve toksik hepatit riski artmaktadır. Uzun süreli eroin kullanıcıların yaklaşık üçte ikisinde serolojik olarak Hepatit B ve Hepatit C pozitifliğine ait kanıtlar bulunmaktadır (Stein, 1997'den akt. Ögel ve ark., 2007, s. 25). Damar yolundan eroin kullanan kişilerde HIV, endokardit abse ve tüberküloz gibi başka enfeksiyon hastalıkları da saptanmıştır (Villano 1997'den akt. Ögel ve ark., 2007, s. 25).

Yasa dışı afyon ve türevlerinin (eroïn, morfin, kodein) kullanımını tüm dünyada uyuşturucu kullanımına bağılı hastalık ve ölüm oranlarının orantısız şekilde büyük bir bölümünden sorumlu olmaya devam etmektedir. Avrupa'da en çok kullanılan madde eroindir. Yetişkinler (15-64 yaş) arasında yüksek riskli afyon türevi madde kullanımına ilişkin yaygınlık % 0,4 olarak tahmin edilmektedir. Bu oran sadece Avrupa'da 2013 yılında 1,3 milyon problemlı afyon türevi kullanıcı olduğunu göstermektedir. 2013 yılında Avrupa'da özel tedaviye giren tüm uyuşturucu kullanıcılarının % 41'ini başta eroïn olmak üzere afyon türevi madde kullananlar oluşturmaktadır (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, s. 51).

1.2.2.4 Halüsinojenler

Sanrı yaratan halüsinojenler bireylerin algısal deneyimlerini değiştiren ve çeşitli sanrılar ortaya çıkaran uyuşturucu maddelerdir. Çok az dozlarda alınsa bile algısal çarpıklıkların ortaya çıkması mümkün olmaktadır. Kişilerde algılanan görüntüler bazen keyifli bazen korkutucu olabilmektedir. Dikkat ve hafıza sorunları oluşturabilmektedir (Santrock, 2014, s. 438). Ülkemizde yaygın olarak kullanılan maddeler değildir çünkü bulunmaları oldukça zordur. Bu maddelere tolerans çok çabuk geliştiğinden bağımlılık yapma potansiyeli fazladır. Halsinojenlerin görsel halüsinasyonlar, renklere keskinleşme, depersonalizasyon, gerçekliğin bozulması, yönelim bozukluğu, anksiyete, panik, kuşku, neşe, kan basıncında artma gibi etkiler ortaya çıkarma etkileri bulunmaktadır. Bu maddelerin alınmasından sonra nasıl etki edeceği büyük ölçüde, kişinin o anki ruh haline bağlı olarak değişmektedir. Rahat ve güvenli bir ortamda alınmasıyla zevk veren ve güzel hayaller yaratan etkiler oluştururken, tersi durumlarda oldukça olumsuz görünümler ortaya çıkarabilmektedir (Ögel ve ark., 2003, s. 22-23).

LSD (Lysergicaciddiethylamid): LSD tahıllar üzerinde yetişen bir tür mantarda bulunan, lisergik asitten üretilmektedirler. LSD sokaklarda tablet, kapsül ve bazende sıvı halde satılmaktadır. Genellikle ağızdan alınmaktadır. Peyote kaktsnden çıkarılan ve başka bir halüsinojen olan meskalinle benzer etkilere sahiptir ancak LSD'nin etkileri çok daha güçlüdür. Sanrı yaratan bu maddelerin etkileri öngörülemezdir. Madde alımı akabinde çok farklı duygular hissedilebilmektedir. Çeşitli duygular arasında hızlı geçişler yaşanabilmektedir. Duyumlar birbirine karışabilmektedir. Kişiler benlik ve zaman algılarında bir değişim hissetmektedirler. Bazıları için bu garip duyumsamalar korkutucu olabilmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2014, s. 567).

LSD zengin görsel, işitsel varsanılar, mesafe, derinlik, zaman algılarında değişme ortaya çıkabilmektedir. Nesnelere olduğundan büyük yada küçük görünebilmekte, algılarda bir bozulma ortaya çıkmaktadır. Maddenin kesilmesi sonrasında maddenin etkisi altında yaşanan algı değişikliklerinin zaman zaman birkaç saniye içinde tekrar yaşanması durumu yani flashback (geri dönüşler) olabilmektedir. Bu maddeleri kullananların yaklaşık yarısında geriye dönüşlerin 5 yıl kadar olabildiği belirtilmektedir. Uzun vadede kullanımı psikoz ve bellek bozukluklarına yol açabilmektedir. Aşırı kullanımında yönelim bozukluğu, nöbetler, koma ve ölüm gerçekleşebilmektedir (Doğan ve İlhan, 2014, s. 204-205). Avrupa’da halüsinojik mantar ve LSD kullanımına ilişkin istatistikler, bu maddelerin genel yaygınlık seviyelerinin birkaç yıldır genel olarak düşük ve sabit seyretmekte olduğunu, genç yetişkinler arasında yaygınlığın % 1’in altında olduğunu ortaya koymaktadır (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, s. 49).

Fenksiklidin: Cerrahi bir anestezi olarak olup, PCP(PhenylCyclohexyl Piperidine) olarak da bilinmektedir. Sokak jargonunda “melek tozu”ve “süper asit” gibi adlarla adlandırılmaktadır. Bu maddeler kullanıcıların halüsinasyonlar görmesine ya da çevresine ait değilmiş gibi hissetmesine neden olabilmektedir. PCP sıklıkla daha pahalı olan uyuşturucuların seyreltilmesinde kullanılmaktadır. Sıvı ya da hap şeklinde kullanılabilir, sigara gibi içilmekte ya da buruna çekilebilmektedir. Düşük dozlarda acıya duyarsızlığa, ortalama bir sarhoşluk durumuna benzer bir deneyime sebep olurken, yüksek dozlarda oryantasyonda bozulmaya ve komaya benzer durumlara yol açmaktadır (Smith ve ark., 2014, s. 222).

PCP halüsinasyonlara neden olduğundan insan üzerinde kullanımı kaldırılmıştır. Veterinerlikte kullanımı sürmektedir. PCP kolaylıkla üretilen bir maddedir. Bu madde sigarayla kullanılabilir gibi, yutulabilmektedir. Burundan ve enjeksiyonla alınması da mümkündür. Kullanıcıların deneyimlerine göre madde öföri etkisi nedeniyle kullanılmaktadır. PCP kullanıcılarına göre madde alımı sonrasında, kişilerin kendi bedenlerini, nesnelere, hareketleri algılama biçimleri

değişmektedir. Zaman yavaşlamaktadır. PCP'nin olumsuz etkileri arasında artan kalp atışı, kan basıncında yükselme, ciltte kızarma, titreme ve uyuşukluktur. Maddeyi kullananlar paranoya, korku ve kaygı yaşamaktadırlar. Sık kullanımla birlikte hafızada, algı ve konsantrasyonda ve yargılama gücünde bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Saldırgan ve garip davranışlar ortaya çıkaran maddenin yüksek dozlarda alınması sonucu, sersemlik, kasılma, koma ve ani ölümler ortaya çıkabilmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2014, s. 567).

1.2.2.5 Alkol

Pek çok toplumda alkol kullanılmaktadır. Alkol çok çeşitli materyalin mayalanmasıyla elde edilmektedir. Çavdar, buğday ve yulaf gibi tahıllar, üzüm, elma, erik gibi meyveler ve patates gibi sebzeler alkol elde etmek için kullanılan maddeler arasında sayılabilmektedir. Damıtma süreci boyunca mayalanmış içecek içerisindeki, alkol miktarının artırılması ile viski ve rom gibi sert içkiler elde edilebilmektedir. İçeceklerde kullanılan alkol etanoldür ve vücut tarafından kolaylıkla emilebilen görece küçük moleküllerden oluşmaktadır. İçki bir kere yutulduğunda mideye ve ince bağırsağa ulaşmakta ve kolayca kana karışmaktadır. Kana geçtikten sonra hızlıca vücuda yayılmaktadır. Alkolün etkileri en fazla beyinde hissedilmektedir (Kuhn ve ark. 1998'den akt. Smith ve ark., 2014, s. 215). Kanda % 0,03 ile % 0,05 alkol yoğunluğu, sersemlik, rahatlama ve çekingenliklerin ortadan kalkmasına neden olmaktadır. İnsanlar, normalde asla söylemeyeceklerini söyleyebilmekte, daha samimi ve sosyal olmaktadır. Özgüven artabilmekte ancak motor fonksiyonlar yavaşlamaktadır. Alkol miktarının artması ile duyuşal ve motor fonksiyonlar fark edilir düzeyde zayıflamaktadır. Konuşmada güçlükler, kelimeleri yuvarlayarak konuşma, hareketleri koordine etmede güçlükler yaşanmaktadır. Bazı insanlar kızgın ve saldırgan olurken, bazılarında sessizleşme ve isteksizlik görülmektedir. Alkolün fazla alınması durumunda koma ve ölüm gerçekleşebilmektedir (Smith ve ark., 2014, s. 215).

Bir kişinin alkol tüketip tüketmemesi ve alkol tüketen bireylerin alkol tüketme miktarlarını, biyolojik durum, sosyo-ekonomik durum, cinsiyet, yaş, din ve yaşanılan bölgenin özellikleri gibi birçok faktör belirlemektedir. Sosyal ilişkiler insanları çeşitli durumlarda alkol kullanmaya yöneltebilmektedir. Çeşitli eğlence ortamlarında, mutlu geçirilen zaman dilimlerinde, yemek öncesinde ve sonrasında, çeşitli partilerde alkol kullanılabilir. Bunlarla birlikte alkol kullanımının bireysel nedenleri de bulunmaktadır. Bunlar arasında en belirginini alkolün sakinleştirici etkisi nedeniyle rahatlamak maksatlı kullanımınıdır. Bazı kişiler çeşitli sıkıntılarını unutmak, bazıları uyku problemlerine çözüm bulmak, bazı kimselerde çeşitli zorluklarla yüzleşmemek için alkole başvururlar. Bunlarla birlikte, yalnızlık, anksiyete, yetersizlik hissi, güvensizlik, suçluluk ve pişmanlık gibi duygulardan geçici de olsa kurtulmak isteyen kişiler alkol kullanmaktadır. Tüm bunlarla birlikte alkol kullanmak ve alkolik olmak farklı görülmektedir. Ancak alkolizm terimi muğlak bir terimdir. Çünkü ikisi arasında kesin sınır koymak mümkün değildir. Alkolizm, sürekli ve fazla miktarda alkol kullanımının, bireyin iş hayatını, özel hayatını ve insan ilişkilerini olumsuz etkilemesi ve bireyin alkol tüketimine son verememesi olarak tanımlanmaktadır (Zastrow, 2014, s. 368).

Alkol alışkanlığının bir hastalık olduğu 14 yüzyıldan sonra kabul görmeye başlamıştır. 1856 yılında İsveçli hekim Magnus Huss alkolizm terimini ilk defa kullanan kişi olmuştur. Tıbbi kavram olarak “alkolizm” 19. Yüzyıl ortalarında kabul edilmiştir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000, s. 22). Fizyolojik bozukluklar, organ hasarı, aşırma, kontrol kaybı ve yoksunluk belirtileri ortaya çıkaran alkol kullanımı “kronik alkolizm” olarak tanımlanmıştır (Doğan ve İlhan, 2014, s. 191). Alkolizmin bir hastalık olduğu görüşü 19. yüzyılda, İngiliz Doktor Thomas Trotter ve Amerikan Doktor Benjamin Rush’un çalışmalarıyla gelişmeye başlamıştır. Bu sıralarda tedavi kurumları, sivil toplum çalışmaları ve yayınlar yaygınlaşmaya başlamıştır. Hastalık kavramının popülerliğini kaybetmesi yasaklama boyunca görülmüş ancak II. Dünya Savaşı sonrası, savaştan sonra geri dönen, alkol problemi yaşayan çok sayıda gazi nedeniyle ve Jellinek’in 1960’da yayınlanan Alkolizm Hastalığı Kavramı çalışmasıyla tekrar canlanan bir kavram haline gelmiştir. Bu kavram halen tartışmalı

bir kavramdır. Amerikan Tıp Derneği ve Amerikan Psikiyatri Derneğinin her ikisi de hastalık modelini kabul etmektedir (Andreasen ve Black, 2001, s. 403-404).

Alkollü içecekler yasal tüketim maddeleridir. Ülkemizde de olduğu gibi, bazı ülkelerde üretim ve pazarlama devlet tekeli aracılığı ile yapılmaktadır. Çünkü alkollü içecekler de sigarada olduğu gibi dolaylı vergi gelirlerinin önemli kaynaklarından biridir. Alkol bağımlılığı sendromu bütüncül görüşe dayanmaktadır. Alkol bağımlılığı biyo-psiko-sosyal etmenlerin birbirinden kesin sınırlarla ayrılmayan ortak ve tümleşik sonuçlarıyla oluşan bir sendromdur. Alkol metabolik yapıya ciddi zararlar vermektedir. Vücuttaki oksijeni, suyu ve fosfat enerjisini tüketmektedir. Hücre yapısını bozmaktadır. Alkolde kesilme belirtileri hem psikolojik hem fizyolojik özellikler taşımaktadır. Bunlar nöbetler halinde gece terlemesi, uykusuzluk, bulantı ve şiddetli sıkıntı olarak özetlenebilmektedir. Kesilme belirtilerine algı kusurları ve tekrarlayan nöbetlerde eklenebilmektedir (Doğan ve İlhan, 2014, s. 192).

Alkolizm kişinin hem tıbbi ve ruhsal sağlığını etkilemekte, hem de sosyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Alkolden vücudun tüm organları etkilenmekte, özellikle mide ve bağırsaklar hasar görmektedir. Alkol sindirim sistemi üzerinde tahribata yol açmakta, diyabet, ülser ve diareye neden olmaktadır. Ciğerlere, sinir sistemine, dolaşım sistemine ciddi zararlar vermektedir. Kazaya, suça, iş kaybına ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Alkolün doğrudan ve dolaylı olarak daha pek çok zararı bulunmaktadır (Andreasen ve Black, 2001, s. 408-409).

Alkol kötüye kullanımının ve alkol bağımlılığının birlikte yaşam boyu yaygınlığı %13,8 olarak bildirilmektedir. Yılda 200.000 kişinin alkol nedeniyle öldüğü, otomobil kazalarında %75, kazadan ölümlerde %50 oranında, adam öldürmelerde %50, intiharlarda %25 oranında alkolün sorumlu olduğu bulunmuştur. Alkol ortalama yaşam süresini 10 yılıkadar kısaltmaktadır. Ayrıca başka bağımlılık

yapan maddelere öncülük etmektedir. 12-17 yaş en sık alkole başlanılan yaşlardır. Alkol bağımlılığı ve alkol kullanımına bağlı yaşam sorunları 20-35, sağaltım için başvurular ise 40'lı yaşların başlarında görülmektedir. Tüm sosyoekonomik sınıflarda görülmektedir. Ancak kentlerde kırsala göre daha yaygındır. Bazı mesleklerde alkol bağımlılığı daha sıktır. Alkollü içki satan yerlerde çalışanlar, oyuncular, yazarlar, denizciler, doktorlar arasında alkol kullanımı daha sık görülmektedir (Yenigün, 2006, s. 4).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2013 yılında 30.521 kişiye ulaşarak yaptığı bir araştırmada çalışmaya katılanların% 13'ünün alkol kullandığı, % 8'inin ayda bir veya daha az, % 3'ünün ayda 2-4 kez, % 2'sinin daha sık alkol kullandığı bulunmuştur. En yüksek alkol kullanma prevalansı 35-44 yaş grubundadır. Riskli kullanım olan bir günde 5 ve üzeri standart içki tüketimi % 7 (erkeklerde % 8, kadınlarda % 1), kırdaki alkol kullanımı yüzde 11, kentte yüzde 14'dür. En yüksek alkol kullanımı % 20 ile Batı Marmara Bölgesi'nde, en düşük kullanım Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndedir (Buzrul, 2016, s. 118).

1.2.2.6 Kanabinoidler

Esrar:Esrarın geçmişi antik çağlara kadar uzanmaktadır. Esrar hint kenevirinin (*Cannabis Sativa L*) yaprak, filiz çiçek ve tohumlarından elde edilmektedir. Batı Avrupa ve Amerika Birleşik devletlerinde farklı şekillerde elde edilme şekillerine göre marijuhana, haşiş gibi isimlerle anılırken, Türkiye'de farklı bir adlandırma yoktur. Tıbbi narkotik bir madde olmasına karşılık narkotik madde olarak değerlendirilmektedir. Böyle değerlendirilmesinin temel nedeni maddenin sakinleştirici, öforizan (ilk alındıklarında kişinin kendisini iyi ve güçlü hissettirici) ve halüsinojenik özelliklerinin bulunmasıdır (Özden, 1992, s.73).

Esrar 421 çeşit kimyasal içermektedir. Halk arasında kuru, ot, joint, derman olarak bilinmektedir. İşleniş biçimine göre “gubar” ve “ganja” gibi farklı adlandırmalarda bulunmaktadır. Esrar dumanının solunarak kullanılmasına ilişkin ilk kanıtlar neolitik çağa kadar uzanmaktadır. 1800’lü yıllardan itibaren Avrupalı bilim adamları, esrarın spazm çözücü ve ağrı kesici etkilerine değinmeye başlamışlardır. Günümüzde esrarın tıbbi kullanım alanları üzerine yoğun bir ilgi bulunmaktadır. ABD’de tüm yasadışı madde kullanıcılarının % 76’sı tarafından esrar kullanılmaktadır. Amerika’da esrar kullanımı 1979’da en yüksek oranlara çıkmıştır (%14,2).Esrarın kullanım sıklığı dalgalı seyretmektedir.Esrarın giderek yaygınlaşmaya başladığı, ülkemizde de kullanım oranlarının arttığına ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır (Uluğ ve Gürel, 2012, s. 141).

Uyuşturucu tedavi merkezlerinin araştırma ve deneyimleri esrarın birçok yan etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bazı bireyler bu maddeye psikolojik olarak bağımlı hale gelmektedir ve ağır madde kullanıcıları, hayatın temel etkinliklerine ilgiyi kaybedecek, giderek daha pasif ve miskin olacak şekilde, yaşam motivasyonunu kaybetmektedirler. Esrar kullanan bağımlı kişiler çekilme sendromu yaşamamaktadırlar. Ancak yoğun iştahı içeren psikolojik çekilme belirtileri yaygın olarak rapor edilmektedir. Esrarın fiziksel bağımlılık yapmaması ve kemoterapi ile kronik acının rahatsızlıklarından uzaklaşma sağlamasından dolayı, esrar kullanımının suç olmaktan çıkarılmasına yönelik bazı çevrelerin destekleri söz konusudur (Sheafor ve Horejsi, 2014, s. 566).

Alkol ve tütünden sonra dünyada en çok kullanılan keyif verici maddenin esrar olduğu bilinmektedir (Uluğ ve Gürel, 2012; Dilbaz, 2012). Bu maddeyi kullanan kişilerin hafızaları, öğrenme, dikkat ve odaklanma becerileri bozulmakta, koordinasyon yetenekleri zayıflamaktadır (Santrock, 2014, s. 438). Bağımlılık yapıcı başka maddelere başlamada esrar bir basamak görevi görmektedir (Duyan ve Gövebakan, 2015, s.11).

Esrar kullanan kişilerde, taşikardi, ağız kuruluğu, iştah artışı gözlenmektedir. Psikolojik etkileri arasında, renk, ses ve zaman algısında değişiklikler, öfori, gevşeme, konsantrasyon ve koordinasyon zorluğu, sosyal içe çekilme görülmektedir. Maddenin alımı sonrasında panik, korku, kuşku hali ortaya çıkabilmektedir. Sürekli kullanımı sonucu dumanı akciğerlerde bronşite, kansere yol açabilmektedir. Kronik esrar kullanımı, psiko motor yavaşlama, edilgenlik, isteksizlik, depresif durum oluşturabilmekte, akut kullanımla birlikte paranoid hezeyan ortaya çıkabilmektedir (Uluğ ve Gürel, 2012, s. 142). Bununla birlikte elde edilen veriler, suç istatistiklerinde esrarın çok büyük bir paya sahip olduğunu ortaya koyarken, esrarla ilgili sorunların tedavisine yönelik taleplerdeki artış nedeniyle bağımlılık tedavisi sistemleri içerisinde esrarın önemli bir yere sahip olduğuna işaret etmektedir (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, s. 11).

Yaklaşık 14,6 milyon genç Avrupalı (15-34 yaş- bu yaş grubunun % 11,7'si) bir önceki yıl esrar kullanmıştır. Kullanıcıların 8,8 milyonu 15-24 yaş aralığındadır. Bu oran bu yaş grubunun (% 15,2'sine karşılık gelmektedir). Avrupalı yetişkinlerin yaklaşık % 1'inin her gün ya da hemen her gün esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Bu kullanıcıların yaklaşık dörtte üçü 15-34 yaş aralığında bulunmaktadır ve kullanıcıların dörtte üçünden fazlasını erkekler oluşturmaktadır. Genel popülasyonda günlük esrar kullanımı nadir görülürken, bir önceki ay esrar kullanmış olan yetişkinlerin (15-64 yaş) yaklaşık % 3'ü, esrarı her gün ya da hemen her gün kullanmıştır (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, s. 40).Esrar dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de en fazla kullanılan ve yakalanan uyuşturucu madde olmaya devam etmektedir. Üretilen esrar suç örgütleri tarafından iç piyasaya sürülmektedir (World Drug Report, 2014, s. 39).

Bonzai (Sentetik Esrar): Sokak dilinde bonzai olarak bilinmekte olan sentetik kannabinoid (esrarın etken maddelerinden biri) türevlerinden bir maddedir. 2010 yılında ülkemizde ilk olarak görülmüş, yeni olması ve merak faktörünün etkisiyle kullanımı hızlı bir şekilde yayılmıştır. Türkiye'ye Çin, ABD, Kuzey Kıbrıs Türk

Cumhuriyeti, Almanya, İspanya, Hollanda, Portekiz, İngiltere, Gürcistan ve Macaristan gibi ülkelerden getirildiği tespit edilmiştir. Ülkemizde 2010 yılından itibaren sentetik kannabinoid yakalamaları artmıştır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, s.16-17).

1.2.2.7 Tütün

Tütün, patlıcangiller familyasından bir bitki olup, orijinalinde tropikal bir bitki olmasına karşılık günümüzde geniş bir tarım alanında yetişmektedir. Dünyanın önemli sanayi bitkileri arasında yer almaktadır. Dünyada tüketimi ve ekonomik faaliyetleri yüksek bir bitkidir. Tütünü diğer bitkilerden ayıran, özellikle yapraklarında bulunan nikotin maddesidir. Kristof Kolomb Amerika'yı keşfettikten sonra daha önce hiç bilinmeyen tütün tohumlarını ve yapraklarını Avrupa'ya getirmiştir. 1556 da Fransa ilk defa tütünle tanışmış ve Jean Nicot kısa zamanda tütün içmeyi popüler hale getirmiştir. 19. Yüzyılda bilim adamları "nikotin" olarak tanınan kimyasal maddeye onun adını vermiştir. 1565 yılına gelindiğinde, tüm Avrupa'ya yayılmış olan tütün hakkında, 1761 yılında İngiliz Doktor John Hill tarihte bilinen ilk tütün- kanser araştırması olan raporunu yayımlamıştır (Ayan, 2008, s. 43).

Tütünün içeriğinde bulunan ve bağımlılık yapıcı özelliğe sahip olan madde nikotindir. Bu maddenin yoksunluğunda günlerce sürebilen sinirlilik hali, konsantrasyon zorlukları, baş ağrısı, iştah artışı görülmektedir. Tütün bağımlılarında aşırma oldukça yoğun yaşanmaktadır (Doğan ve İlhan, 2014, s. 205).Tütün çok kısa süre dikkati arttırıcı bir özelliğe sahip olsada, uzun süreli kullanım sonucu beyin kan akımını arttırması, içeriğindeki yabancı ve zehirli maddeler nedeniyle ağız, gırtlak, yemek borusu ve böbrek kanserlerine yol açmaktadır (Dilbaz, 2012, s. 74).

İnsanların neden sigara içtiklerine dair yapılan araştırmaların çoğu, insanları sigaraya başlamaya iten sosyal baskılara odaklanmışlardır. Ancak son yıllarda yapılan bazı çalışmalar, genetiğin sigara içme davranışına olan katkısını ve nikotin alışkanlığının risklerini ele almışlardır (Pomerleau ve Kardina 1999'dan akt. Smith ve ark., 2014, s. 214). Bu konuda yapılan yeni çalışmalar nikotinin pekiştirici özelliğinin bir bölümünün muhtemelen, nikotinin dopamin salgılanmasını arttırarak ve geri alımını engelleyerek sinapstaki dopamin düzeyini arttırmasından kaynaklandığı varsayımına dayanarak, dopamin nörotransmitterine odaklanmaktadır (Perkins ve Stitzer 1998'den akt. Smith ve ark. 2014, s. 214).

Türkiye'de 22 milyon fazla kişinin sigara içtiği bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine göre dünya ülkelerinin birçoğunda en çok rastlanan ve en çok ölüme yol açan nedenler arasında ilk sırayı akciğer kanseri almaktadır. Geçtiğimiz 40 yıl içinde % 250 oranında artış gösteren akciğer kanserine sadece ABD'de her yıl 160 bin kişi yakalanmaktadır. Türkiye'de ise her yıl 30-40 bin kişide akciğer kanseri görölmektedir. Başka bir araştırmaya göre akciğer kanserinin % 85'i, kronik bronşitin % 75'i, kalp hastalıklarının % 25'i sigaradan kaynaklanmaktadır. Uzmanlar 100 bin kişilik nüfusta hiç sigara içmeyenlerin kansere yakalanma oranının % 3-4, günde bir paket içenlerde % 61,1-2 paket içenlerde % 143, günde 2 paket ya da daha fazla içenlerde % 217 olduğuna dikkat çekmektedirler(Ayan, 2008, s. 47).

Günümüzde dünyada 1,3 milyar kişinin sigara içtiği tahmin edilmektedir. Her yıl 4,9 milyon kişi tütün tüketimine bağlı olarak ölmektedir. Mevcut sigara içme eğilimi devam ederse, 2020 yılına gelindiğinde %70'i gelişmekte olan ülkelerden olmak üzere, 10 milyon kişinin ölümüne tütünün neden olacağı tahmin edilmektedir. Tütün tüketimi, katarakt, pnömoni, akut miyeloid lösemi, abdominal aort anevrizması, mide kanseri, pankreas kanseri, serviks kanseri, periodontit, mesane, akciğer özofagus, akciğer, larinks, ağız ve yutak kanserleri, akciğer ve kalp damar sisteminin kronik hastalıkları ve üreme sistemi bozukluklarına neden olmaktadır. Günümüzde sigara bağımlılığı da uluslararası hastalık sınıflamasına göre bir hastalık

olarak kabul edilmektedir. Kronik bir hastalık olması ve relapslar göstermesi nedeniyle nikotin bağımlılığı düzenli tedavi gerektirmektedir. Bununla birlikte günümüzde, tütün hakkında bildiklerimize karşın, tütün tüketimi bütün dünyada artmaya devam etmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2005, s. 8).

1.2.2.8 Sedatifler/Anksiyolitikler/Hipnotikler

İlaçlar doktor tavsiyesi ile kullanılan tedavi amaçlı kimyasal maddelerdir. Belirlenen bir miktarda belirli bir süre doktor kontrolünde alınmasında bir sakınca bulunmamakta olup, belirli bir rahatsızlığın giderilmesine hizmet amacı taşımaktadırlar. Bu ilaçların çoğu yeşil ve kırmızı reçete ile satılan ilaçlardır ve bu ilaçların tedavi amacı dışında kullanımı kötüye kullanım olarak değerlendirilmektedir (Ögel ve ark., 2003, s. 21).

Yatıştırıcı ilaçlar çoğunlukla uyku hapları ve sakinleştiriciler olarak bilinen reçeteli ilaçlardır. İki temel kategori, Xanax, Valium, Librium, Ambien ve Ativanı kapsayan barbitürat ve benzodiazepindir. Bu farmakolojik ilaçlara ancak hekim reçete ettiğinde ulaşılabilir olması gerekirken, reçete belgelerinin kullanıcılar tarafından değiştirilmesi ya da sahtelerinin yapılmasıyla ulaşılabilmesi mümkün hale gelebilmektedir. Bu tür ilaçlar bazen çalınmakta ve sokaklarda satılmaktadır. Bu ilaçların rahatlatıcı ve uykuyu tetikleyici etkileri bulunmaktadır. Eğer kullanıcı bu ilaçlardan reçete edilenden daha fazla miktarda alırsa sarhoşmuş gibi görünebilmektedir. Alkol ile birlikte alındığında bilinç kaybı ya da ölüm gerçekleşebilmektedir. Yatıştırıcı-hipnotik ilaçlar hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılık oluşturabilmektedir. Düzenli kullanıcı ilacı kullanmayı bıraktığı zaman uykusuzluktan, havale geçirmeye ya da ölüme ilişkin anksiyete duymaya varana kadar çekilme sendromu gelişebilmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2014, s. 568).

Sedatifler (anksiyolitik) kişide kaygı ve sıkıntı hissini azaltan, kasları rahatlatan ilaçlardır. Bu maddeler ağız yoluyla alınmakta olup, maddenin etkisi 4-8 saat arası sürmektedir. Madde alımı sonrasında konuşma ve koordinasyon bozukluğu, davranışların tekrar etmesi gibi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Yüksek dozlarda kullanımı sonrasında ciltte soğukluk, solunumda güçlük, gözlerde sulanma, koma ve hatta ölüm görülebilmektedir. Madde yoksunluğunda titreme, endişe, kasılma ve bazı durumlarda ölüm gerçekleşebilmektedir (Zastrow, 2014, s. 375).

2001 yılında ABD’de yapılan ilaç kötüye kullanma ulusal ev halkı araştırmalarında 12 yaş üzerinde 15,9 milyon Amerikalının görüşme yapılan tarihten önceki 1 ay içerisinde yasadışı bir madde kullandığı ortaya çıkmıştır. Genel popülasyonda yaşam boyu sedatif ilaçların tıp dışı kullanımı % 3,3 olarak bulunmuştur. Yasa dışı sakinleştirici ilaç kullanımı 1986 yılından beri artmaktadır. 12-17 yaş grubunda kullanımı 18-25 yaş grubuna göre daha fazladır (Arıkan, 2012, s. 253).

1.2.2.9 İnhalantlar /Solventler (Uçucular ve Çözücüler)

Ocak temizleyicileri, benzin, sprey boyalar ve diğer aerosoller (duman, sis ve sprey yapısındaki maddeler) gibi evde kullanılan pek çok üründe mevcut olan uçucu maddelerdir. İnhalanlar aşırı derecede toksiktir. Tek sefer ve uzun süre koklanmasında bağımlı olmayan bir kişide de bile kalp yetmezliği ve ölüme yol açabilmektedir. 12-17 yaş arası dönemde özellikle sokakta yaşayan çocuklar tarafından kolay erişilebilen ve sıklıkla kullanılan maddelerdir. Torbadan ya da elbise üzerinden koklanarak ya da buharı çekilerek kullanılabilir (Nurmedov ve Tarhan, 2013, s.52-53).Hoşnutluk, heyecanlılık, korkusuzluk gibi etkilere, illüzyonlara, görsel ve işitsel algı kusurlarını yol açmaktadır. Yan etki olarak

solunumun aniden durması, kalp ritim bozuklukları ve ani ölüm olabilmektedir. (Dilbaz, 2012, s. 73). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal İlaç Kötüye Kullanımı Enstitüsünün (NIDA) son zamanlarda yaptığı bir araştırmada nüfusun yaklaşık % 30'unun yaşamlarında bir ya da daha çok yasadışı madde kullandığını, 12-17 yaşındaki ergenlerin % 7'sinin en az bir defa uçucu madde kullandığını ve % 2'sinin halen bu maddeleri kullandığını ortaya koymuştur. 2003 yılında ülkemize yapılan bir çalışmada 16 yaş lise öğrencilerinin % 4'ünün yaşam boyu, % 2'sinin ise son 1 yıl içinde uçucu madde kullandığı bulunmuştur (Dilbaz, 2012, s.157).

Doğal, sentetik veya yarı sentetik özelliklere sahip çok sayıda psikoaktif madde bulunmaktadır. Bu maddeler çok farklı isimlerle anılmaktadır. Tüm bunlarla birlikte her geçen gün yeni bir psikoaktif madde ortaya çıkabilmektedir.

Bir sonraki bölümde bağımlılık yapıcı maddelerin tarihsel arka planı, yaygınlığı ve sağlığa etkileri hakkında bilgiler verilmiştir.

1.2.3 Madde Bağımlılığının Tarihsel Arka Planı, Yaygınlığı ve Sağlığa Etkileri

Madde kullanımı insanlık tarihi kadar eskilere dayanmaktadır. Antik çağdan günümüze kadar insanlar bilinç durumlarını değiştirmek amacıyla bazı uyuşturucu ya da uyarıcı özellikleri bulunan bitkileri kullanmışlardır. Grek kültüründe “Dionisos” ve Roma kültüründe “Bacchus” diye adlandırılan içki tanrıları inanışları mevcuttur. M.Ö. 2737 yılında Şifalı Bitkiler Tarifi kitabında Çin İmparatoru esrardan söz etmektedir. Günümüzde Ekvator’da Jivaro yerlileri gibi ilkel bazı topluluklarda doğaüstü güçlerle bağlantı kurmak maksadıyla bilinç üzerinde değişiklik yapan bazı bitkilerin kullanıldığı bilinmektedir (Nurmedov ve Tarhan, 2013, s.18).

Yaygınlık bakımından alkol ve sigara en başta gelen bağımlılık yapıcı maddelerdir. Esrar, afyon ve türevleri, kokain ve amfetamin gibi diğer psikoaktif maddeler ile uyarıcılar, yatıştırıcı ilaçlar, uyku ilaçları, uçucular ve hallüsinojenler gibi başka bağımlılık yapıcı maddeler yaygınlık bakımından daha geri sıralarda yer almaktadır (Öztürk ve Uluğ, 2015, s.544).

Psikoaktif maddeler, merkezi sinir sistemi üzerinde keyif verici etkisi nedeniyle kullanılmaktadır. Bağımlılık yapıcı maddelerin, farklı miktarlarda ve sürelerde kullanılması sonucu kişinin davranışlarında ve kişilik özelliklerinde bazı değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Madde kullanımı kişinin özdenetimini etkileyerek, şuur değişikliğine neden olabilmekte ve böylelikle kişi toplumca kabul edilmeyen davranışlar sergileyebilmektedir (Balseven ve ark., 2002, s.91). Uyarıcı ve uyuşturucular, bireyin çevreye uyum yeteneğini azaltmaktadır. Bağımlı giderek ailesi ve çevresinden kopararak, yalnızlaşma içine girmektedir. Çoğu zaman bu tabloya ağır bunalımlar eşlik etmektedir (<http://www.yesilay.org.tr>).

Bağımlılık yapıcı özellikte bulunan maddelerin insan vücudu ve davranışları üzerinde çok değişik etki ve zararları bulunmaktadır. Bağımlılık yapıcı maddeler, bulantı, kusma, sinirlilik, algı bozuklukları, dikkat eksikliği, epileptik nöbetler, boğulma, nefes alma güçlükleri ve koma durumları ortaya çıkarabilmektedir. Beynin yapısında kalıcı değişikliklere yol açarak ciddi tahribatlar, kalp ritminde bozukluk, yüksek tansiyon, böbreklerde hasar oluşturabilmektedir. Burun kanamaları, beyin ve kalp damarlarında tıkanıklıklar, baş ağrıları, paranoya, psikoz, depresyon, anksiyete görülebilmektedir. Ayrıca verem, AIDS, frengi, kangren, kanser gibi bir çok ölümcül hastalığın yayılmasına sebebiyet vermektedir (Ögel ve ark., 2003,s. 20-23).

Türkiye’de epidemiyolojik çalışmalar yeterli olmamakla birlikte, orta öğrenim ve üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda bulunan madde kullanım oranlarının yüksekliği, klinik başvuruların ve madde kullanımına bağlı ölümlerin sayısındaki artışlar son yıllarda bağımlılık konusuna gösterilen ilgiyi arttırmış, önleme ve tedavi için resmi ve akademik çevrelerce çeşitli çalışmalar başlatılmıştır (Güleç 2012’den akt. Öztürk ve Uluşahin, 2015, s.514-515).

1991 yılında 1500 lise öğrencisi ile yapılan anket çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı % 2,6, esrar kullanım oranı ise % 0,7 olarak bulunmuştur (Özer, 1991, s. 31-34).

1990 yılında İstanbul’da Üniversitelerde yapılan bir çalışmada sedatif ilaç kullanan öğrencilerin oranı %15, uyarıcı ilaç kullananların oranı %2,6, esrar kullanım oranı ise % 6 olarak saptanmıştır (Ekşi 1990’dan akt. Ögel 2005, s. 63).

Ankara’da üniversite öğrencileri arasında 1994 yılında yapılan bir çalışmada esrar ve eroin kullanımı % 8, halüsinojen ve kokain kullanımı ise % 5 bulunmuştur (Yüksel ve ark., 1994, s. 283-286).

Boğaziçi Üniversitesinde eğitim gören 735 öğrenci ile 2005 yılında yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı % 9,2, ecstasy kullanımı % 2,7, uçucu madde kullanımı %1,2, eroin kullanımı % 0,3, kokain kullanımı ise % 0,4 olarak bulunmuştur (Kaya ve Çilli, 2002, s. 91-97).

Sivas İli sanayi bölgesinde çalışan 175 gönüllü ile yapılan çalışmada uçucu madde kullanımı % 9.1 oranında bulunmuştur (Kuğu ve Ark., 2000, s.19-25).

2003 yılında, Türkiye’de Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisinin desteği ile hane halkını, öğrencileri ve hapisanedeki nüfusu kapsayan 15-64 yaşları arasındaki kişilerle 6 ilde yapılan araştırmada; afyon ve türevlerini en az bir kere deneme oranı %0,05, uçucu ve yatıştırıcı maddeleri en az bir kere deneme oranı % 0,06 olarak bulunmuştur (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2012, s. 54).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında 11.200 hanede yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin % 31,2’sinin (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içtiği bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2010, s. 11).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından 2011 yılında, 25 ilde yapılan araştırmada, katılımcıların %51,8’inin (4.169 kişi) bir tütün ürününü, %28,3’ünün alkollü içecekleri denediği, %10,5’inin doktor önerisi dışında yatıştırıcı ilaç kullandığı bulunmuştur. Araştırmaya göre Türkiye’de 15-64 yaş grubu nüfusta yasa dışı bağımlılık yapıcı herhangi bir maddenin en az bir kere deneme oranı %2,7 olarak bulunmuştur (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2012, s. 18-19).

2014 yılında, 28 Avrupa Birliği üyesi ÷lkede 15-24 yaş aralığında 13.128 genç yetişkin ile yapılan uyuşturucu madde kullanım araştırmasında katılımcıların %8'i bu maddeleri yaşamları boyunca kullandıklarını bildirmişlerdir. 2011 verilerine göre madde kullanımında %5 orandan bir artış olduğu bulunmuştur (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2016, s. 47).

Yapılan araştırmalar internetin uyuşturucu madde kullanımında ve erişiminde büyük bir etkisinin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte internet ortamınınaynı zamanda izleme ve önleme faaliyetlerinde önemli bir alan olarak ön plana çıkmıştır (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2015, s. 14).

Bir sonraki bölümde madde bağımlılığını açıklayan teorilere yer verilmiştir.

1.2.4 Madde Bağımlılığını Açıklamaya Çalışan Teoriler

Madde bağımlılığı bir hastalık olarak görülmektedir ve bu hastalığın ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal etkenler, genetik faktörler, sosyal risk etkenleri, maddenin beyin üzerinde oluşturduğu etkiler rol oynamaktadır (Öztürk ve Uluğ, 2015, s.514). Bunlarla birlikte bağımlılığın nüks (relaps), laps (kayma), düzelmelerle(remisyonlarla) seyreden kazanılmış bir bozukluk olduğu ağırlıklı olarak kendini kabul ettirmiş bir görüştür (Arıkan, 2001, s. 243). Madde bağımlılığını açıklamak üzere biyolojik, fizyolojik ve sosyolojik açıdan birçok teori geliştirilmiştir. Bu teorilere aşağıda yer verilmiştir.

1.2.4.1 Sosyolojik Teoriler

Anomi (Kualsızlık) Teorisi: Çıkış noktası Emile Durkheim ve Robert Merton'un çalışmalarına dayanmaktadır. Merton sapkın davranışları açıklamak için anomi kavramını ortaya atmıştır. Buna göre bireyler bir hedefe ulaşmak isteyip de yeterli araca sahip olamayp, ulaşamadıklarında anomi durumu ortaya çıkmaktadır. Sonrasında bireyler bu hedefe ulaşmak amacıyla sapkın davranışlara yönelmektedir. Teoriye göre istenilen hedeflere ulaşamayan durumlar bireyleri madde bağımlılığına sevk etmektedir. Bağımlılık yapıcı maddeleri bireyler bir kaçış aracı ve elde edemedikleri amacı elde etmiş olma duygusuna sahip olmak adına kullanmaktadırlar(Zastrow, 2014, s. 362-363).

Etiketleme Teorisi: Bu görüşe göre madde bağımlılığı, büyük oranda, nadiren bunları kullanan kişilerin, bağımlı olarak etiketlenmesinden kaynaklanmaktadır. İlk zamanlarda nadiren madde kullanan bireyler kendilerini bağımlı olarak görmemektedirler. Ancak toplumda diğer önemli kişilerin (aile, polis, öğretmen vb.)

madde kullanan kişileri fark etmesi ve gözetim altında tutmasıyla bağımlı olarak etiketlenme durumu onaylanmış olmaktadır. Bu etiketleme sonucu birey kendini bağımlı olarak görmeye başlamaktadır(Zastrow, 2014, s. 362-363).

Ayrımsal Birlik Teorisi: Teoriye göre davranışlar etkileşim içinde olan küçük, yakın grupların değerleri ve eylemleri ile belirlenir. Madde bağımlılığına uygulandığında, bu teori insanların madde kullanmayı içinde bulunduğu küçük grupta öğreneceğini savunmaktadır. Aile, mahalledeki arkadaş grupları, dinsel ve toplumsal gruplar bunlar arasındadır (Zastrow, 2014, s. 362-363).

1.2.4.2 Psikodinamik Teoriler

Klasik psikodinamik teorilere göre, madde kullanımı, mastürbasyon eşdeğeri bir davranış, eşcinsel isteklere karşı bir savunma veya oral regresyonun(gerileme) bir belirtisi olarak görülmektedir. Daha güncel psikodinamik açıklamalar ise, madde bağımlılığı ve depresyon arasında bir ilişki kurmuştur ve madde kullanımını ego fonksiyonlarında bir bozulmanın yansıması olarak kabul etmektedir. Buna göre madde kötüye kullanımı, psikoseksüel gelişmenin oral döneminde bir gerileme olmaktan daha çok uyum ve korunmaya yönelik bir davranıştır (Tosun, 2008, s. 210). Freud'un gelişim kuramında oral dönem olarak adlandırdığı gelişim dönemi, doğum ile on sekiz ay arasına karşılık gelmektedir. Bu dönemde bebekler bütün gereksinimlerinin karşılanması için başkalarına bağımlıdırlar ve cinsel dürtülerini emme ve yutma yoluyla tatmin ederler. Freud'a göre bu dönemde aşırı biçimde oral istekleri yerine getirilen çocuklar ileride aşırı iyimser ve bağımlı yetişkinler, az doyum sağlayanlar ise kötümser ve saldırgan kişiler haline gelmektedirler (Morris, 2013, s. 459).

Klinik araştırma bulguları, bireylerin egolarındaki yetersizlik duygusundan, kendilik duygusundan ve bireyin nesne ilişkilerinden kaynaklanan ve kişide olumsuz duygu uyandıran, sıkıntı veren olayları kontrol ettiği ya da bu duyguları ortadan kaldırdığı düşünülen maddelerin varlığının keşfi ile bağımlılığın geliştiğini öngörmektedir. Diğer bir ifadeyle bağımlılığı oluşturan, kontrolsüz ve hassas kendiliktir (Gönüllü ve ark., 2002, s. 105).

Sosyal Öğrenme Teorisi: Madde bağımlılığının nedenini açıklamaya çalışan modellerden biri de öğrenme teorisidir. Sosyal öğrenme teorisi, düşünce sürecinin hedef odaklı davranış üzerindeki etkisini tanımlamaktadır. Bu model 1970'lerde Albert Bandura tarafından geliştirilmiştir. Model bir bireyin inceleme ve sözlü etkileşim yoluyla öğrenme kabiliyetini değerlendirmektedir. Burada anahtar unsur pekiştirme ve kişi ödüllendirildiği davranışı kopyalamaktadır. Örneğin kokain kullanımı sonucu haz duyan kişinin davranışı pekişmektedir. Tekrar madde kullanarak aynı etkinin oluşması beklenilmektedir. Sosyal öğrenme, akran rollerinde ve akranın hayatında önemli olan kişiler üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Eğer bu kişiler büyürlerken, alkol yada madde kullanmayı sosyal kültür içinde öğrenirlerse, bu onların nasıl davranacağını ve madde kullanımından ne bekleyeceklerini belirlemektedir. Bu durum modelleme olarak ele alınmaktadır (See, 2013, s.10-11).

Davranış Teorisi: Madde bağımlılığını açıklamaya çalışan bir başka teori davranış teorisidir. Bu teori, fiziksel bağımlılık semptomlarından daha çok, madde arama davranışı üzerinde odaklanmaktadır. Çıkış noktası, her kötüye kullanılan bağımlılık yapıcı maddenin fizyolojik bağımlılık geliştirmemesidir. Fizyolojik bağımlılık oluşmadığı halde madde arama davranışını ortaya çıkaran dört büyük davranışsal prensip üzerinde durulmaktadır. Birinci ve ikinci prensip olumlu pekiştirme nitelikleri ve zıt etkileridir. Bağımlılık yapıcı maddelerin alımının ardından hemen sonra, maddenin alınış amacına uygun olan olumlu bir deneyim ortaya çıkar. Örneğin anksiyeteyi azaltmak amacıyla alınan bir madde bu etkiyi sağlayabilir. Böylece bu

etki madde arama davranışı için olumlu bir pekiştirici olarak rol oynar ve kişilerde madde kullanımına yol açan davranış sıklığı artmaktadır. Başka bazı maddelerde zıt etki yaratarak madde arama davranışı için azaltıcı bir etki gösterirler. Üçüncü prensip kişinin kullandığı maddeye karşı, diğer maddelerden farklı bir algıya sahip olmasıdır. Dördüncü prensip ise, madde alımıyla ortaya çıkan tecrübeye bağlı olarak gelişen harekete geçirici ve yönlendirici etkilerle ortaya çıkan madde arama davranışının beklenen bir sonuç haline gelmesidir ve kişiler, yoksunluk semptomlarının hoşagitmeyen etkilerden, daha çok madde alarak kurtulmaya çalışmaktadırlar (Tosun, 2008, s. 210).

1.2.4.3 Nörokimyasal ve Genetik Teoriler

Nörokimyasal teoriler, kötüye kullanılan bir maddenin uzun süre kullanılmasının beyindeki reseptör sistemlerini değiştirdiğini ve bu maddenin alımıyla birlikte beyinde yeni bir denge durumunun ortaya çıktığını, beyinin yenisine durumu sürdürüebilmek için dış kaynaklı madde alımına ihtiyaç duyduğunu savunmaktadır (Tosun, 2008, s. 210).

Madde bağımlılığı ve biyolojik etkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları alkol ve madde bağımlılığı konusunda genetik bileşenin rolünü desteklerken, kalıtsal olarak tam olarak geçişin ne olduğu hakkında yeterli bilgi sağlamamaktadır. İnsanlar üzerinde yapılan çok az çalışma, kalıtsal davranışsal nitelikleri ve bunları oluşturan kalıtsal biyolojik mekanizmaları içermektedir. Bağımlılık yapıcı maddeler beyinin normal dengesini ve biyokimyasal etkinlik seviyesini değiştirmektedir. Bu maddeler vücutta doğal olarak gelişen ve beyinde hücreler arasında bilginin iletilmesine aracılık eden doğal kimyasalları bloke etmektedir. Nihai olarak, bağımlılık yapıcı maddeler farklı beyin bölgelerindeki aktiviteyi yükselterek ya da azaltarak doğal işleyişi bozmaktadır. Bununla birlikte

bağımlılık yapıcı maddeler beynin zevk ve ödül duygularına aracılık ettiği alanlar üzerinde etki etmektedir. Aynı etkinin elde edilmesi için beyin ödül sistemi madde alımını desteklemektedir ve davranış pekişmektedir(U.S. Congress Office of Technology Assessment, 1993, s.6-10).

Alkol bağımlılığında genetik faktörlerin önemli bir role sahip olduğuna ilişkin çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar evlat edinilmiş çocuklar, birbirinden ayrı büyütülmüş çocuklar ve ikiz kardeşler üzerinde yapılan çalışmalardır. Ancak alkol dışında kalan diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ve bu maddelere bağımlılık üzerinde genetik faktörlerin rolünün ne olduğuna ilişkin bilgiler daha azdır (Tosun, 2008, s. 210).

1.2.4.4 Psiko-sosyal Teoriler ve Sosyokültürel Etkenler

Psiko-sosyal teoriler madde kullanımı ile aile ve genel olarak içinde yaşanılan toplum arasındaki ilişkiler üzerine kurulmuştur.

Aile Etkisi ve Aile Yapısı: Aile, yetişkinlerin ve çocukların etkileşimde buldukları dolayısı ile birbirlerini etkiledikleri oldukça önemli bir birimdir. Ailenin etkileşim üzerine kurulan bir sistem olması nedeniyle bir yönünün işlevsel olmaması diğer yönlerini de etkilemektedir. Ailenin anlaşılması, çocuk yada diğer bireylerin tek tek ele alınıp incelenmesiyle mümkün olmamaktadır; çünkü aile parçalarının bir araya gelmesinden farklı bir bütünü oluşturmaktadır. Aile içindeki bireyler arası etkileşimin anlamı bireylerin bu etkileşim içinde aldıkları yerden çok, etkileşimin kendi içindedir. Örneğin babanın alkol ya da madde bağımlısı olması aile etkileşimi içinde, dışardakinden çok farklı bir anlam taşımaktadır. Ailenin her bireyi babanın bu özelliğine farklı bir tepki gösterebilmektedir (Onur, 2000, s. 139). Ailenin çocuklar

üzerinde her bakımdan büyük bir etkisi söz konusudur. Örneğin sigara içen ebeveynlerin çocuklarının da sigara kullanma ihtimali iki kat fazladır (Eiser ve ark., 1989, s. 201). Hint toplumunda esrar kullanımı geleneksel olarak kullanılan bir maddedir. Bu madde toplumsal ve dini nitelikteki çeşitli toplantılarda kullanılmaktadır. Aynı şekilde buna benzer başka maddelerin, bazı kültür gruplarında kullanımı onay görmektedir. Bu maddeler o toplumdaki ergenler tarafından kullanılmaktadır ve ailelerin bu maddelere ilişkin onayları söz konusudur. Diğer maddelerde olduğu gibi, ergenlerin alkol kullanmaya başlamasında ebeveyn tutumları önemli rol oynamaktadır (Jiloha, 2009, s. 168). Daha yüksek düzeyde ebeveyn eğitimi ve daha yüksek sosyo-ekonomik koşullar ile gençlerin alkol ve diğer psikoaktif maddelere başlaması arasında ters bir ilişki bulunmaktadır (Severson 1986'dan akt. Jiloha, 2009). Araştırmalar uçucu madde kullanan çocukların genellikle düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip, sıradan işlerde çalışan ve düzensiz gelire sahip ailelerden geldiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca evlilik çatışmalarının, boşanmanın olduğu ailelerdeki çocuklarda ve tek ebeveynle yaşayan ergen ve gençlerde madde kullanımı daha fazla görülmektedir (Jiloha, 2009, s. 168).

Akran/arkadaşGruplarının Etkisi: Akranlar yaşı ve olgunluk seviyeleri aynı olan bireylerdir. Çocuk ve ergenlerin arkadaşları ve akranları tarafından seilmeye ve kabul edilmeye ihtiyaçları bulunmaktadır. Kabul edildiklerinde bu onlara hoş duygular sağlayabilmektedir. Buna karşılık arkadaşları ve akranları tarafından kabul edilmeme ve dışlanma kişide stres ve kaygı oluşturarak olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Santrock, 2014, s. 296). Arkadaş ve akran grubunun oldukça önemli olduğu dönemde, ergenin madde kullanım davranışının belirlenmesi muhtemel olmaktadır. Bir ergenin madde kullanımı ile arkadaş grubunun madde kullanımı ve diğer davranışları arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Ergenin madde kullanımını belirleyen tek başına, arkadaşlarının yada akran grubunun madde kullanması değildir. Bu çevre tarafından madde kullanımını onaylayan tutumlar da, madde kullanım davranışını belirlemede önemli olmaktadır (Ögel ve ark., 2003, s.14-15).

Kenneth Dodge ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan bir araştırmada erken yaşlarda madde kullanımında ebeveynlerin ve akranların ortak katkıları incelenmiş ve bir ergenin 12 yaşına kadar uyuşturucu madde kullanıp kullanmayacağıyla ilişkili faktörler belirlenmiştir. Belirlenen bu faktörler:

- Yüksek risk taşıyan bir ailede (özellikle yoksul, bekar veya genç bir anne) doğulması,
- Çocukluk döneminde anne ve baba tarafından sık sık katı uygulamalara maruz kalma,
- Okulda davranış problemleri yaşama ve arkadaşları tarafından reddedilme,
- İlk ergenlikte aile ile çatışmaların yaşanması,
- Ebeveyn denetiminin düşük olması,
- İlk ergenlik döneminde yıkıcı davranışlar sergileyen akranlarla vakit geçirme ve madde kullanımına ilginin artması olarak belirlenmiştir (akt. Santrock, 2014, s. 443).

Barnes ve Welte (1986) akranın madde kullanmasının, gençler arasında madde kullanımında, güçlü ön göstergeler arasında olduğunu, Newcomb ve Bentler (1986)adölesanlar arasında madde kullanımında, akran etkisinin aile etkisinden çok daha fazla olduğunu belirtmektedir. Dembo ve arkadaşları (1979) arkadaşlarının alkol ve marihuana kullanmasıyla gencin kendisinin madde kullanımı arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (akt.Hawkins ve ark., 1992, s. 85).

Sosyo-ekonomik Koşullar: Düşük sosyo-ekonomik statü ve gelir eşitsizliği, kötü sağlık koşulları ve refah durumu ile ilişkilendirilmektedir. Bu ilişkiyi açıklamaya çalışan modeller karmaşık olmakla birlikte, sosyo-ekonomik çevrenin alkol ve madde bağımlılığı üzerindeki etkisi bulunmaktadır. Veriler sosyo-ekonomik statü ve madde bağımlılığı arasında iki yönlü bir ilişkinin varlığını ortaya koymaktadır. Düşük sosyo-ekonomik statü, alkol ve madde kullanımında artışa yol açabilmekte, madde kullanımı da kişilerin daha düşük sosyo-ekonomik statüde olmasına yol

açabilmektedir. Dolayısıyla düşük sosyo-ekonomik durum ile madde bağımlılığı arasında kendiliğinden var olan bir döngü var olabilmektedir. Bu döngünün toplumun dezavantajlı bölgelerinde yerleşmesi ise daha muhtemel olabilmektedir. Düşük sosyo-ekonomik durum, madde kullanımını ve madde ilişkili zararları bir takım yollarla etkileyebilmektedir. Örneğin düşük sosyo-ekonomik koşullar, kişilerin ruhsal sağlığı ve bağımlılık sistemi üzerinde negatif sonuçlar ortaya çıkaran kronik stres yaratabilmekte, sağlık hizmetlerine, eğitim ve sosyal destek sistemlerine erişimi güç hale getirebilmektedir. Düşük sosyo-ekonomik koşullar altında büyüyen çocuklar, ebeveynlerinin uzun çalışma saatleri gibi nedenlerle daha az bakım ve koruma altında yetişmek durumunda kalabilmektedir. Bu durum madde bağımlılığı probleminin gelişmesine yardımcı bir faktör olabilmektedir. Düşük sosyo-ekonomik statülü topluluklar sıklıkla yüksek işsizlik, madde kullanımı ve maddeye erişebilir olma, suç vb. ile karakterizedir. Bu durum madde kullanımına ve madde bağımlılığına elverişli kültürel ortamlar sağlamaktadır (Spooner ve Hetherington, 2004, s. 9).

Madde bağımlılığı ile sosyo-ekonomik koşullar arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar daha düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip ailelerde madde kullanım olasılığının daha yüksek olduğu sonucunu göstermektedir. Sosyo-ekonomik koşulları daha düşük olan ailelerden genç yetişkinlerin, daha fazla ve daha sık alkol tükettiği sonucu bulunmuştur (Martin ve Pritchard 1991; Kadushin ve ark., 1998).

Bir sonraki bölümde madde bağımlılığının tedavisine ve bağımlı bireylerin rehabilitasyonuna ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

1.2.5 Madde Bağımlılığında Tedavi Yöntemleri

Aşağıda madde bağımlılığının tedavisinde kullanılan çeşitli yaklaşımlara yer verilmiştir.

1.2.5.1 Detoksifikasyon (Toksinlerden Arınma) Süreci/ Farmakolojik Tedavi

Genel olarak ifade edilecek olursa madde bağımlılığın tedavisinde önemli iki nokta bulunmaktadır. Bunlardan ilki madde alımının sonlanmasıyla ortaya çıkan yoksunluk krizinin kontrol altına alınması, diğeri ise tedaviden olumlu sonuç alarak iyileşmiş olan hastanın madde kullanımını tekrar denemesinin (nüks, relaps) önlenmesidir (Uzbay, 2009, s. 65). Tüm bireylere yanıt veren optimal bir tedavi yoktur. Araştırmalar, bilinen pek çok müdahalenin yararlılığını destekleyen sonuçlar vermekten uzaktır (Miller ve Hester 1986'dan akt. Milkman ve Sederer, 1994, s.19).

Detoksifikasyon sürecinde kullanılan madde tümüyle kesilmekte veya bunun yerine daha düşük düzeyde bağımlılık oluşturan bir madde ya da yoksunluk krizlerinin daha hafif atlatılmasını sağlayacak bazı ilaçlar verilerek vücudun bağımlı olunan maddeden arınması sağlanmaktadır (Uzbay, 2009, s. 65). Bu süreçte bağımlının ruhsal düzeyde baş etmesinin zorlaştıran yükselen içme dürtüsü hastayı son derece olumsuz etkilemektedir. Hastanın bunaltı ile uğraşırken gösterdiği çaba giderek yoğunlaşmakta, problem çözme becerisi azalmaktadır. Bu da kendilik değerinin düşmesi ve kendini karalama halinin yoğunlaşmasına yol açmaktadır. Sonuçta hastanın çökkünlüğü motivasyonel akışın doğmasını, doğduğu kadarını sergilemesini zora sokmaktadır (Doğan, 2014, s.219).

Detoksifikasyon aşaması, hasta ile tedavi ilişkisinin güçlendirilmesi ve tedaviye ilişkin motivasyonun artırılması müdahaleleri için fırsat oluşturan bir süreçtir. Bu aşamadan sonra hastanın durumunun çok yönlü ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, uzun dönemli tedavi planının biyopsikososyal bir bakış açısı çerçevesinde, hastanın tedavi sürecine aktif katılımının sağlanarak oluşturulması oldukça önemlidir (Doğan ve İlhan, 2014, s. 207).

1.2.5.2 Bilişsel Davranışçı Tedavi ve Relaps Önleme (Nüks Önleme)

Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) temel öncülü duyguların doğrudan değiştirilmesinin zor olduğudur. Bu nedenle BDT kişi için zor ve üzücü duygulara katkıda bulunan davranış ve düşünceleri değiştirmek için duygulara odaklanmaktadır. Kişinin düşünce ve duygularının farkına varmasını sağlayan bir dizi beceri geliştirilerek, hangi durumların, düşüncelerin ve davranışların kişiyi olumsuz etkilediğinin belirlenmesi, işlevsel olmayan düşünce ve davranışların değiştirilmesiyle olumsuz duygularında değiştirilmesi hedeflenmektedir (Cully ve Teten, 2008, s. 6).

Bağımlılık tedavisinde bilişsel davranışçı tedavi yöntemi bağımlılığın tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. BDT bağımlılığın tedavisinde, madde bağımlılarına, madde alımını nasıl azaltacakları ya da tamamen bırakacaklarının öğretilmesi, onların bu konuda cesaretlendirilmesi ve desteklenmesi için kullanılmaktadır. Terapi, hastaların madde kullanımını azaltmasında, maddeden uzaklaşmasında ya da tekrar maddeye başlamasının önlenmesinde (relaps önleme) önemli beceriler sağlamaktadır (UNODC, 2007, s. 9).

Relaps önleme modeli sosyal-bilişsel modele dayanmaktadır. Relaps önleme modeli, tekrarlama olaylarını önlemek veya sınırlamak için, hem kavramsal bir nüks

modelini hem de bir dizi bilişsel ve davranışsal stratejileri içermektedir. Modelin merkezi odağında, nüks olaylarını hızlandıracak veya katkıda bulunabilecek faktörlerin veya durumların ayrıntılı sınıflandırılması bulunmaktadır. Relap önleme modeline dayalı tedavi yaklaşımları, nüks ile ilişkili olarak potansiyel durumların çevresel ve duygusal özelliklerin değerlendirilmesiyle başlar. Bu özellikler belirlendikten sonra, terapist, madde bağımlısı kişilerin yüksek riskli durumlara verdiği yanıtı, bu durumlara maruz kalmasını arttıran yaşam tarzı özelliklerini analiz etmektedir. Nüksü önlemeye yönelik yapılan bu dikkatli analize dayanarak terapist, hastanın bilişsel ve davranışsal özelliklerindeki zayıf yönleri göz önünde tutarak stratejiler geliştirmekte ve böylece nüks riski azaltılmaktadır (Larimer ve ark., 1999, s. 152).

1.2.5.3 Aile Tedavisi/ Aile Terapisi

Aile tedavisi, ele alınan bir sorunu çözmeye sürecinde tüm aileyi sürece katma yaklaşımıdır. Temelde hedeflenen, fiziksel, ruhsal veya sosyal açıdan sağlıksız olan bireyi iyileştirmektir. “Bireylerin davranışları, aile örüntüsünün bir uzantısıdır” varsayımı aile tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Müracaatçının sosyal çevresindeki iletişim ve etkileşim kalıplarını analiz ederek , davranışlarının nedenini anlama (Smith ve ark., 1980’den akt. Bulut, 1999) birey ve ilişkiler sistemi üzerinde durma (Kartallar 1996’dan akt. Bulut 1999) aile tedavisinin temel hedefleridir. Compton ve Galaway (1975)’e göre aile üyeleri ve uzmanlar, aile üyelerinin olumlu ve olumsuz davranışlarını, empatik bir yaklaşımla gözlemleyerek ve teşhis koyarak aile ortamında nelerin değişmesi gerektiğine karar vermektedirler (Bulut, 1999, s. 155).

Bu tedavide bağımlılığın, diğer aile bireylerini de etkileyen bir hastalık olduğu görüşünden hareket edilmektedir. Bağımlı ile birlikte yaşayanlar da bağımdaş

(eş bağımlı) durumdadır. Bu kişilerin bağımlılığın belirtilerine paralellik gösteren belirtileri bulunmaktadır. Tedavide yapılmaya çalışılan, aile bireylerinin kendi sorunlarına yönelmeleri ve bu sorunlarla baş etme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olunmaktadır. Böylece hem bağımlı hem de bağımlı ile birlikte yaşayan kişiler pozitif yönde etkilenecek ve sonuçlar üzerine olumlu katkılar söz konusu olacaktır. Son yıllarda bu konunun oldukça popüler olmasına karşın, sınırlı sayıda bilimsel çalışma olduğu bilinmektedir (Arıkan, 2012, s.253).

Aile terapisi ise iletişimsel, davranışsal problemlere sahip olan ailelere yardım etmeyi amaçlayan bir grup terapisisidir. Aile terapisi, ebeveyn-çocuk ilişki problemleri, evlilik çatışmaları, büyük ebeveynle olan çatışmalarda kullanılabilir. Aile terapisi veya aile danışmanlığı ile ilgili problemlerin bazıları, anne-baba ve gençler arasındaki anlaşmazlıklar, alkol ve madde kullanımı, ev içi görevler ve sorumluluklar, iletişim problemleri ve bunun gibi konuları içermektedir (Zastrow, 2014, s. 11).

1.2.5.4 Terapi ve Danışmanlık

Bağımlılıkta terapi bir gerekliliktir. Bağımlılığın getirdiği davranış kalıplarının yerine yeni davranış biçimlerinin kurulması, bozulan aile ve çevre ilişkilerinin tekrar düzenlenmesi gerekmektedir. Terapi sürecinde hedefler;

- a) Bağımlı kişinin kendini tanıması, anlaması ve değerlendirme yetisi kazandırma,
- b) Madde kullanmaya başlama nedenlerinin araştırılarak ilgili etkenleri (kişilik sorunu, güvensizlik duygusu vs.) ortadan kaldırma,
- c) Kullanılan maddenin etkilerinin kişiye tanıtılması,
- d) Tekrar kullanımı önlemeye yönelik bilgi ve yeti kazandırma,
- e) Altta yatan ruhsal sorunların tedavisinin gerçekleştirilmesi,
- f) Yeni psiko-sosyal beceriler kazandırmadır (Ögel, 2014, s.118).

Bireysel danışmanlıkta doğrudan amaçlanan, hastanın madde kullanımını azaltmaktır. Kullanılan bu yöntemde hastanın bozulan iş yaşamı, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri üzerinde durulur ve kişinin bozulan çeşitli işlevleri tekrar düzeltilmeye çalışılır. Kısa dönemde çeşitli davranışsal yöntemler kullanılarak hastanın yaşadığı sorunlarla başa çıkmasına ve maddeden uzak kalmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmektedir (Ögel ve ark., 2003, s.14).

Madde bağımlılığının tedavisinde kullanılan ve farklı yapılandırılan bir çok terapi yöntemi bulunmaktadır. Bunlardan destekleyici ifade ediciterapi, zaman sınırı olan madde bağımlısı hastalar için uyarlanmış olan bir psikoterapi yöntemidir ve terapininiki temel bileşkesi vardır. Destekleyici teknikler hastanın kendi yaşam hikâyelerinin ortaya konulması ve bunlar üzerinde tartışılarak hastanın kendisini rahat hissetmesini sağlamayı hedefleyen teknikleri içermektedir. Dışavurumcu (ekspresiv) terapi tekniklerinde ise hastanın kişilerarası ilişkilerinde var olan sorunlarının belirlenerek, bu sorunlar üzerinde durulması amaçlanmaktadır (Dilbaz, 2012, s.49).

Bağımlı bireylere uygulanan başka bir terapi grup terapisiidir. Terapide grup süreci yoluyla bireylerin, sosyal, davranışsal, duygusal uyumlarının kolaylaştırılması amaçlanmaktadır. Çünkü grup terapisine katılan grup üyelerinin iletişim ve davranış problemleri bulunmaktadır. Grup terapisinde, grup baskısı kişilerin daha önce edinmiş oldukları olumsuz davranışları değiştirmede bireysel danışmanlıktan daha etkilidir. Aynı anda birçok kişiyi tedavi ettiğinden zaman bakımından tasarruf sağlamaktadır.Şiddetli çökkünlük yaşayan, alkol ve madde bağımlılığı bulunan, psikolojik ilaç bağımlılığı bulunan, boşanmış olan ve ölümcül hastalığı bulunan bireylerde oldukça etkili bir yöntemdir (Zastrow, 2014, s. 11).

1.2.5.5 Kendine Yardım Grupları

En bilinen yardım grupları Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler adındaki gruplardır. Bu gruplar alkol ve uyuşturucu sorunu ile baş etmek amacıyla, kişilerin kendi aralarında oluşturdukları kar amacı gütmeyen arkadaş grubu niteliğindedir. Kendi kendine yönetilenterapötik gruplar özellikle, etiketlenme sorunu yaşayan grupların bir araya gelerek gruplaşması şeklinde oluşmaktadır. Amacı toplumca yaratılan izolasyonu ortadan kaldırmaktır. Bu gruplara katılma ve burada kabul görme toplum tarafından kabul edilmenin öncülleri olarak görülmektedir. Grupların belli bir lideri bulunmamaktadır. Tedavi kişinin öncelikle bağımlılığını kabul etmesiyle başlar ve tedavi 12 basamak programı ile yürütülür(Gürol, 2012, s. 239). Bu grupların yararlı olmasının, katılımcıların bu gruplardan yararlanabilmelerinin temel nedeni kendi kendine yardım, anonimlik ve grup üyeleri arasında gelişen yakın ilişkililerdir. Alkol ve madde bağımlılığı sorunu olan ve bu sorunları çözmek için çaba gösteren çeşitli gruplar, aynı durumdaki diğer kişilere yardım etmek için çeşitli tedavi programları oluşturmakta ve haftanın her günü bir araya gelmekte ve yardım hatlarıyla aynı sorunları olan diğer kişilere ulaşmaktadırlar (Arıkan, 2001, s. 254).

1.2.5.6 Motivasyon Kazandırıcı Tedaviler

Madde bağımlılığında motivasyon oluşturma tedavinin ilk adımıdır. Tedaviyi düşünmeyen hastalarda değişimi başlatmak için oldukça önemlidir. Motivasyon kazandırıcı tedavilerin başında motivasyonel görüşme önde gelen bir yöntemdir. (Ögel, 2014, s.118-124). Hasta ile görüşmede, hastanın madde kullanım öyküsü alınmakta ve madde kullanımının kişinin yaşamında nasıl bir yer edindiği, madde kullanımını bir sorun olarak algılayıp algılamadığı, eğer madde kullanımını bir problem olarak değerlendiriyorsa yaşamının hangi alanlarında ne tür sorunlara yol açtığı, madde kullanımını bıraktığı koşullarda gelecek planlarının neler olduğu gibi

konularda hasta ile detaylı görüşmeler gerçekleştirilir (Doğan ve İlhan, 2014, s. 206).

Bir sonraki bölümde, çalışmanın içeriği gereği sosyaldışlanma konusuna yer verilmiştir.



1.2.6 Sosyal Dışlanma

Sosyal dışlanma kavramı literatürde yeni bir terim olmakla birlikte, kapsadığı konular ve içerik itibariyle aslında yeni sayılamayacak bir kavramdır. İşsizlik, yoksulluk, sosyal koruma, ayrımcılık gibi temel sosyal politika konularıyla olan yakın ilişkisi, kapsamı, sosyal, ekonomik ve politik tartışmalardaki ve kamu müdahalelerindeki yeri nedeniyle sosyal dışlanmanın yeni bir kavram olmadığı yargısına ulaşılmaktadır (Sapançalı, 2005a, s. 52).

Sosyal dışlanma kavramı birçok bölgede, yoksulluk veya yoksunluk terimlerinin yerini almaktadır. Yoksulluk terimi, kavramsal olarak yeterli olmayan ekonomik kaynakların yeterli olmaması durumunu tanımlarken, görece yoksulluk ise yaşam koşulları üzerinde odaklanmaktadır. Buna karşılık sosyal dışlanma, yalnızca ekonomik yoksulluğun finansal bakımdan zorluğu üzerinde durmamakta, aynı zamanda sosyal dışlanmanın süreçlerini, daha açık bir ifadeyle sosyal olarak dışlananların yaşamları boyunca nasıl sosyal ve toplu yaşamın dışında tutulduğunu içerisinde barındırmaktadır (Shaw ve ark., 2009, s. 239). Sosyal dışlanmanın en önemli unsuru çok boyutlu dinamik bir yoksunluk süreci oluşudur. Yoksunluk kavramı genellikle durağan bir kavram olarak değerlendirilir ancak buna karşın sosyal dışlanma önemli dinamik görünümlere sahiptir (Sapançalı, 2005a; Shaw ve ark., 2009). Sosyal dışlanma kavramı, sosyal güvenceden yoksun olma, yeterli ekonomik gelire sahip olmama, istihdam imkânlarından faydalanamama, ayrımcılığa maruz kalma gibi, bireylerin karşı karşıya kaldıkları sorunlara ilişkin temel sosyal politikaların nitelendirilmesiyle ilgili bir konudur (Sapançalı 2003'den akt. Bayram ve ark. 2010, s.82). Sosyal dışlanma, sosyal engel ya da sosyal aitsizlik kavramlarına ve birey ve toplum arasındaki ilişkinin bozulmasına işaret etmektedir. Ancak bununla birlikte sosyal dışlanma karmaşık ve çok yönlü bir özellik göstermektedir ve kavramın hem bireysel ve toplumsal boyutları, hem de toplum yaşamı içinde çeşitli dezavantajlı durumlara sahip olma, yabancılaşma ve özgürlüğünden mahrum kalma

gibi yoksulluk/yoksunluk yönleri bulunmaktadır (Bhalla ve Lapeyre, 1997 s. 419-420).

Sosyal dışlanma kavramı, ilk defa sosyal politika alanında 1960'lı yıllarda Fransa tarafından kullanılmıştır. O yıllarda siyaset alanında politikacılar, akademisyenler, bürokratlar, gazeteciler dışlanmış (les exclus) kişilerden “açık olmayan bir şekilde” söz etmişlerdir. Ancak kavramın yaygın kullanımı ekonomik krizlere kadar görülmemiştir. İlk defa sosyal dışlanma kavramı 1974 yılında Fransa Bakanı Rene Lenoir tarafından “açık olarak” kullanılmıştır. Ona göre dışlanmışlar sosyal sigorta kapsamında korunmayanlar, zihinsel ve fiziksel engelliler, intihar eğilimi olan kişiler, yaşlılar, istismara uğramış çocuklar, madde bağımlıları, suçlular, tek ebeveynliler, çok sorunlu hane halkları, asosyal kişiler ve diğer "sosyal uyumsuzlar"dan oluşmaktaydı. Lenoir'ın tahminlerine göre o dönem Fransa nüfusunun onda birini “dışlanmışlar” oluşturuyordu(Silver, 1994, s. 532).

Fransa'da sosyal politika alanından yayılmış olan terim, İngiltere'de 1997 yılından bu yana sadece gelir yoksulluğunu değil, kişileri temel faaliyetlerden ve toplumdaki dışlayan birçok dezavantaj durumunu tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Bu bakış açısıyla İngiltere hükümetince sosyal dışlanma, insanlar ya da bölgelerin işsizlik, ayrımcılık, düşük beceriler, yetersiz gelir ve konut imkânları, suç oranlarında artış, sağlık durumunda bozulmalar ve aile parçalanması gibi birbiriyle ilişkili sorunlarla yüz yüze geldiklerinde ortaya çıkan durum olarak tanımlanmaktadır (SEU, 2004, s.14).

ABD'de sosyal dışlanma kavramı zencilerin ve Hispantiklerin hakim kapitalist üretim, tüketim ve sınıf ilişkileri dışında olmalarına atıfta bulunan “sınıf altı” (underclass) kavramına, Latin Amerika ülkelerinde ise yoksunluk, yoksulluk, ve eşitsizlik bağlamında, sosyal bütünleşmeden, sosyal ve politik haklardan yoksun bırakılma durumuna karşılık kullanılmıştır (Özgökçeler, 2006, s. 6-14).

Bugün sosyal dışlanma konusu özellikle Avrupa Birliği üyeleri başta olmak üzere birçok ülkenin gündeminde olan bir konudur ve bilhassa yoksulluk ve dezavantajlılık konularına yeni bir boyut kazandırmıştır. Kavram toplum bireylerinin birbirlerine karşı çeşitli ödev ve yükümlülüklerinin olduğu ahlaki bir düzene atıfta bulunarak, dışlanmanın bu ahlaki düzenden kopma süreci olduğunu ifade etmektedir (Şahin, 2009, s.13).

Avrupa Birliği, 1990'lerden itibaren sosyal olarak dışlanmış insan sayısında artış olduğunu ve bu durumun ileriki süreçte Avrupa'da siyasal, sosyal ve iktisadi bütünleşmeyi tehlikeye sokacağı sonucuna vararak, konuyla ilgili çalışmalarını öncelikli olarak belirlemiştir (Sunal, 2006, s. 65). Refah devletinin gerilemesine bağlı olarak artan sosyal sorunlar, uluslararası göç, işsizlik oranlarında yaşanan artış, sosyal dışlanma kavramına Avrupa Birliğinin ilgisini önemli ölçüde arttırmıştır. Sosyal dışlanma biçimlerinin çeşitliliği, sosyal parçalanma tehlikesi ve sosyal patlama korkusunun artması, dışlanmaya neden olan mekanizmaların karmaşıklığı ve çözüm yolları geliştirilmesinin oldukça güç oluşu, kavramı AB'nin en temel sosyal politika tartışmalarının odağına taşımıştır (Sapançalı, 2005a, s. 52).

Sosyal dışlanma kavramının genel kabul gören tek bir tanımı bulunmamaktadır. Çok çeşitli sosyal aktörler tarafından farklı şekillerde tanımlama yapılmıştır. Sosyal dışlanma kavramının henüz çok yeni ve karmaşık olması nedeniyle sosyal dışlanma kavramının tanımlamasının oldukça güç olduğu, bu kavramı tanımlayanların ortak görüşüdür (Şahin, 2009, s.13). Sosyal dışlanma, hem ekonomik-yapısal hem de sosyo-kültürel görünümelerde ortaya çıkmaktadır (Bhalla ve Lapeyre, 1997; Chakravarty ve D'ambrosio, 2006; Jehoel-Gijsbers and Vrooman 2007'den akt. Bayram ve ark., 2010). Sosyal sınıf ve görece ekonomik yoksunlukta olduğu gibi sosyal dışlanmanın da dereceleri bulunmaktadır. Sosyal olarak dışlanmış olanlar geleneksel ekonomik yoksunluk analizlerinde göz önünde tutulmayan HIV/AIDS'li, madde bağımlısı, evsizler gibi damgalanmış ve izole edilmiş bir çok

dezavantajlı kişi ve grupları belirtebilen bir terime karşılık gelmektedir (Shaw ve ark., 2009, s. 239).

Sapancalı'ya göre (2005a, s. 24-25) sosyal dışlanma tanımlamaları 3 farklı boyut üzerinde durularak yapılmıştır. Bunlardan;

İlk grupta yer alanlar, sosyal dışlanmayı çok boyutlu bir durum ve süreç olarak ele almış ve toplum dışına itilen çeşitli kesimlerin farklı dinamikleri üzerinde durmuşlardır.

İkinci gruptakiler, sosyal dışlanmayı insan ilişkileri boyutuyla ele almıştır. Bireyleri, grupları ve toplumu içermesi bakımından üç düzey halinde kavrama yaklaşarak, dışlanmayı “sosyal bağın kopması”, “topluma katılmada yetersizlik” ve “sembolik karşılıklı ilişkilerin kırılması” süreci olarak değerlendirmişlerdir.

Üçüncü grupta yer alanlar ise sosyal dışlanmayı sistemler ve çevre boyutu ile ele alarak, sosyal dışlanmanın toplumsal sistem için gerekli alt sistemlerin yetersiz olmasından kaynaklandığı üzerinde durmaktadır. Demokrasi ve hukuk (yurttaşlık hakkı), işgücü piyasası (ekonomik bütünleşme), sosyal refah sistemi (sosyal bütünleşme), aile ve toplum sistemi (kişiler arası bütünleşme) eksenlerinin bu açıdan belirleyici olduğunu savunmuşlardır.

Sosyal dışlanma, genel olarak, bireyin toplumla bütünleşmesine olanak veren, sivil, politik, ekonomik ve sosyal haklara, bazı kişi ve grupların ulaşamaması durumudur (Walker ve Walker 1997 s.8; Çakır, 2002, s.83). Bu tanıma göre; sosyal dışlanma toplumla bireylerin toplumsal bütünleşmesini sağlayan sosyal, ekonomik, siyasi ve kültürel plâformların tümünden veya bir kısmından yoksun olma “dinamik” sürecini ifade etmektedir (Bölükbaşı, 2008). Saraceno (2001) sosyal dışlanmayı, çalışma hakkından yoksunluk, toplumsal vatandaşlık haklarından mahrum olma olarak; İngiltere Sosyal Dışlanma Birimi çoğunlukla,

marjinalleşmiş grupların, dezavantajlarla karşı karşıya gelmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (SEU, 2004, s.14). Sosyal dışlanma, birey veya grupların işsizlik, yoksulluk, eğitimsizlik, engellilik, yaşlılık gibi dezavantajlı durumlarından dolayı eğitim, sağlık ve kültürel imkânlardan yararlanamaması, üretim etkinlikleri içinde yer alamaması, karar alma süreçlerine katılamaması, bireyin toplumun dışına itilmesi, yaygın gelenekçi kültür içinde hapsedilmesi ve yeniliklerden uzak tutulmasıdır (Genç ve Seyyar, 2010, s. 645).Özbudun'a(2002, s. 54-55) göre ise sosyal dışlanma genellikle toplumdan izole edilmiş kesimleri ve sınıf-altı olarak tabir edilen kesim içinde yer alanları ifade etmek için kullanılan bir kavram olup, toplumun genelinin ulaşabildiği imkanlara ulaşamama, emek pazarının enformelleşmesi ve kayıt dışı işlerdeki artış, sosyal dışlanma ve marjinalleşme kavramını karakterize eden unsurlar arasındadır. Sen (2000)'e göre sosyal dışlanma, istihdam, eğitim, sağlık, beslenme, finans piyasaları, sosyal güvenlik, politika, kültür gibi alanlarda yetersizlik/yoksunluktur. Sen(2000, s. 5) sosyal dışlanma ve “yapabilirlik yoksunluğu” arasında ilişki kurmuştur.Ona göre sosyal dışlanma yapabilirlik yoksunluğunu biraz daha genişleten bir kavramdır. Yapabilirlik yoksunluğu sonucu, sosyal yaşama katılamama, sosyal dışlanmayı oluşturabilmektedir.

Arjen De Haan dışlanma kavramını bütünleşmenin karşıtı yani toplumun bir parçası olamama, toplumla entegrasyonun sağlanamaması olarak ifade etmektedir (Erol, 2013, s. 53).Sosyal dışlanma kavramı ve sosyal dışlanmanın karşıt anlamında kullanılan ve toplumla entegrasyon ve toplum tarafından kabul edilme anlamına gelen sosyal içerilme kavramı, özellikle endüstrileşmiş ülkelerin sınıfsal yapılarını etkileyen değişimler sebebiyle, toplumda var olan eşitsizliklerin giderilmesi ve eşitsizliğin ortaya çıkardığı olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması noktasında sıklıkla kullanılan kavramlar haline gelmiştir (Sapançalı, 2005a). Teorik düzeyde sosyal entegrasyon, bireylerin (aktörlerin, ajanların) sosyal alanda birbirlerine hangi prensiplerle bağlı olduğunu göstermektedir. Bu aynı zamanda aktörler arasındaki ilişkileri, örneğin toplumdaki çeşitli aktörlerin sosyal kuralları nasıl kabul ettiğine karşılık gelmektedir. Bir sosyal sistemin entegrasyonu, belirli bir sosyal yapının

kesitlerinin karşılıklı etkileşimini ortaya koymaktadır. Sosyal bütünleşmenin doğrudan anlamı ne olursa olsun, ilişkilerin veya etkileşimlerin ahenkli olduğu varsayılmaz. Bütünleşme düzeni olduğu kadar karmaşa ve zorluğu da kapsamaktadır. En geniş anlamda bütünleşme terimi toplumun bütünü içindeki birbiri ile ilişkili farklı elementlerin bağlantısını belirleyen gelişmeleri tanımlamak için kullanılmaktadır (Beresnevièiütès, 2003, s. 97). Toplumsal bütünleşme ve toplumsal destek tüm toplum için önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Toplumun farklı kesimleri arasında karşılıklı güven ve saygıyı ifade eden toplumsal birlik insanların birbirlerine ve sağlıklarına gösterdikleri saygıya katkıda bulunmaktadır. Daha yüksek sosyal bütünleşmenin ve toplumsal birliğin olduğu toplulukların, daha düşük seviyelilere göre daha sağlıklı olduğu yönünde bulunan veriler artmaktadır (Wilkinson 1996'dan akt. Stansfeld 2009, s. 189).

1.2.6.1 Sosyal Dışlanma Paradigmaları

Sosyal dışlanma kavramının tanımlanmasının zor oluşu, kavramın siyasi, ideolojik, teorik, toplumsal bakış açılarınca farklı yorumlanmasına neden olmuştur. Sosyal dışlanma konusunda ortaya çıkan farklı çeşitli politik, sosyolojik ve ideolojik yorumlar üç paradigmaetrafında toplanmıştır.Hillary Silver tarafından, farklı toplum modellerinde sosyal dışlanma kavramını açıklamak için geliştirilen bu paradigmalar “dayanışma”, “uzmanlaşma” ve “tekelci” paradigmalar olarak ele alınmıştır (Silver, 1994, s. 4).

Bu paradigmalar sırasıyla, cumhuriyetçi, liberal ve sosyal demokrat tezlerden etkilenmiş olup, bu tezler sosyal bütünleşme ile ilgilidir. Paradigmalar ekonomik, sosyal, politik ve kültürel sosyal dezavantajların çeşitli biçimlerine açıklık getirmekte; uzun süreli işsizlik, yoksulluk, eşitsizlik ve vatandaşlık hakları konularındaki teorileri barındırmaktadır. Paradigmalar sosyal bütünleşmeye bakış

açıları bakımından ayrılmaktadır. Dayanışma paradigmasında dayanışma ve kültürel bağlarla sağlanan sosyal uyum üzerine, uzmanlaşma paradigmasında uzmanlaşmış ve ayrık olan alanlarının birbiriyle etkileşimine, tekelci paradigmadaki sosyal kapalılık kavramı üzerine vurgu söz konusudur (Şahin, 2009, s. 35).

Dayanışma Paradigması: Bu paradigmaya göre, toplum çeşitli değerlerin ve hakların paylaşıldığı sosyal bir düzendir. Sosyal dışlanma ise toplumla birey arasındaki sosyal bağın kopması, ilişkilerin aksaması ve düzenden kopuş olarak görülmektedir. Bireylerin toplumla bütünleşmesi ancak bu düzenin düzgün işlemesi ile mümkün olabilmektedir. Eğer düzen düzgün işlemezse sosyal dışlanma söz konusu olmaktadır. Sosyal dışlanma olgusu bir taraftan bireysel ve toplum arasındaki dayanışma bağını tehdit ederken, diğer yandan bu bağın güçlenmesi gerekliliğini vurgulamaktadır (Sapançalı, 2005b, s. 4).

Toplumsal bağın kopmasına vurgu yapan bu yaklaşım büyük ölçüde Fransa'da kabul görmüştür. Cumhuriyetçi rejime dayanan bu yaklaşım, daha sonraki süreç içerisinde birçok ulusalcı rejim tarafından da benimsenmiştir. Bu yaklaşım ulusal dayanışmacı düşüncenin bir yansımasıdır. Dayanışmacı paradigmanın düşünürleri olan Rousseau ve Durkheim'in sosyolojisinde, sosyal düzen, birey, toplum ve sınıf çıkarlarından ziyade dışsal, ahlaki ve normatif ilkelere dayanmaktadır (Silver, 1994, s. 541).

Devlet ile birey arasındaki dayanışma türünden sosyal ilişkiye öncelikli önem verilmektedir. Ortak kültürel ve ahlaki değerler ve haklar, bu sosyal bağı korumaktadır. Silver, toplumsal sözleşmenin, bireyleri kendi kendilerini savunmak üzere bir başına bırakmadığını, toplumun vatandaşlarına geçim araçlarını sağlama konusunda borçlu olduğunu, buna karşılık vatandaşların topluma karşı yükümlülüklerinin bulunduğunu belirtmektedir (Silver ve Miller, 2002, s. 2). Hassas bir denge, bireysel ve ortak sorumluluk ile sürdürülmektedir. Sosyal dışlanma,

toplum ve birey arasında var olan bu sosyal bağı, ortak değerlerin erozyonuna neden olarak kopartmaktadır. Çözüm, bireylerin, özellikle iş gücü piyasasına katılarak, sosyal normlara saygı duymalarında ve buna karşılık olarak devletin sosyal koruma sağlaması ve toplumsal bütünleşmeyi desteklemesi ve sosyal bağ başarısızlığını çözümlenmesiyle mümkün hale gelmektedir (Arthurson ve Jacobs2003'den akt. Bombongan 2010, s. 9).

*Uzmanlaşma Paradigması:*Bu paradigma, tipik Anglo-Amerikan liberalizmiyle uyumlu bir biçimde, sosyal farklılaşmaya, ekonomik işbölümüne ve alanların bölünmesine vurgu yapmaktadır. Dışlanma bu paradigmaya göre, sosyal alanlar arasındaki serbest geçiş ortadan kalktığıında ortaya çıkmaktadır, klâsik liberal görüşe atfen, alanlar arasında geçiş yapmanın bireyin elinde olduğunu savunmaktadır (Silver 1995'ten akt. Tartanoğlu, 2010, s. 3-4).

Bu paradigma, Locke ve faydacı iktisat okulundan etkilenmiştir. İnsanlar birçok bakımdan birbirinden farklıdır. Her birey sahip olduğu imkânlar, yetenekler ve özellikler bakımından farklılık göstermektedir. Toplum içinde yardımlaşan ve rekabet eden farklı özellikteki insanlar piyasaları ve kurumları oluşturmaktadırlar. Sosyal düzen olarak adlandırılan yapı bağımsız bireylerin çıkar ve motivasyonları doğrultusunda gönüllü olarak alış verişte buldukları bir ağlar bütünüdür. Çeşitli sosyal gruplar arasında her zaman çıkar ve isteklere bağlı bir etkileşim söz konudur. Sosyal dışlanma sosyal alanlar arasındaki hareket serbestliğinin engellenmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Sunal, 2006).Buradaki sorun baskı veya sömürü değil bireysel eksiklikler ve davranışsal yetersizliklerdir. Sosyal dışlanmaya yönelik çözüm, ekonomik (işbölümü) ve sosyal alanlarda serbest değişimin önündeki engellerden kurtulmak, kamusal hayata devlet müdahalesinin ve ayrımcı uygulamalarının engellenmesiyle mümkün olabilecektir (Bombongan, 2010, s. 10). Ancak bireylerin bir tek alandan dışlanması diğer tüm alanlardan dışlanmasını gerektirmemektedir. Uzmanlaşma bireylerin özgürlüklerini korumaktadır. Sosyal alanlar arasında geçirgenlik söz konusu olduğundan bireyin toplumun her alanından dışlanması söz konusu olmamaktadır. Burada liberal devletin en önemli görevi piyasa rekabetini korumak, bireysel hak ve özgürlüklere olanak vermektir. Devletin

sosyal nitelikleri güçlü değildir. Sadece istihdam edilen ve sosyal güvence kapsamında bulunan kişilere hizmet söz vardır. Çoğu zaman emek piyasası dışında bulunan kimseler için birçok hizmetin sunulması mümkün olamamaktadır. Bir bakıma dışlanmış olmak insanların kendi tercihidir. Neo-klasik ve liberal iktisadi teori zaten işsizliği gönüllü olarak kabul etmekte ve yapısal sorunlar üzerinde durmamaktadır. Uzmanlaşma, Amerika'daki toplumsal düzeni yansıtmaktadır ve daha çok zencileri, göçmenleri, uyuşturucu bağımlılarını sınıf altı olarak görmektedir (Sunal, 2006).

*Tekel Paradigması:*Sosyal dışlanma konusunda tekeli paradigma genel olarak Weber'e dayanmakla birlikte Marx, Marshall, Room, Dahrendorf, Townsend, Silverman, Balibar, Gobelot ve Bourdieu'den önemli oranda beslenmiştir. Kıta Avrupa'sında İngiltere özelinde etkili olmuş ve liberal etkileri barındırmış olmakla birlikte, "sosyal demokrasi" politikaları kapsamına giren bir felsefi ve politik özelliğe sahip olmuştur. Tekelci paradigma, sosyal düzen içerisindeki güç ilişkilerine, statülere, toplumsal tabakalara/sınıflara bakmakta ve sosyal dışlanmayı güçlü grupların engeller koymasında aramaktadır. Toplumsal bütünleşme açısından öne sürmüş olduğu argümanlar ise "sosyal demokrasi" çerçevesindeki vatandaşlık haklarına karşılık gelmektedir (Silver,1994, s. 543)

Paradigma toplumdaki olayların seyrini belirleyen belli hiyerarşik güç ilişkilerinin olduğunu, güçlü olanların sosyal ve ekonomik fırsatları diğerlerinin erişimini engelleyen belli mekanizmalar üreterek kendilerine yönlendirdiğini, "kaynak yönetiminin, bazı grupların diğerlerini dışlayarak tekelleştirmesi" sonucu sosyal dışlanmanın ortaya çıktığını belirtmektedir (Bhalla ve Lapeyre 2004, s. 11).

Bu gelenekte içeridekilerin maddi ve kültürel imtiyazlarının dışlanmayı yarattığı değerlendirilmektedir. Toplumda vatandaşlık hakları dolayısıyla eşit

üyeliğin sağlanması da dışlanmanın önlenmesinde bir politika olarak ortaya çıkmaktadır (Silver, 1995, s. 65-70).

Çizelge 1.1 Silver’ın sosyal dışlanma paradigmaları (Silver, 1995).

Model	Gelenek	Sosyal Dışlanma	Çözümler
Dayanışma	Fransız cumhuriyetçiliği Rousseau’nun yazıları & Durkheimci Sosyoloji	<ul style="list-style-type: none">• Ortak değerlerin erozyonu• Toplumla birey arasındaki bağın kopması	<ul style="list-style-type: none">• Birey hakları & ulusal dayanışma için yükümlülükler• Kamu kurumlarına önem verirler
Uzmanlaşma	Anglo-Amerikan liberalizm Özgürlükçü (neo-liberalizm) Sosyal (toplulukçu) liberalizm	<ul style="list-style-type: none">• Gönüllü değişimin önündeki engeller önem verirler.	<ul style="list-style-type: none">• Sözleşmecilik anlamında haklar ve yükümlülükler• Sınırlı kamu müdahalesine
Tekel	Avrupa Solu, Marks & Weber	<ul style="list-style-type: none">• Kaynaklara farklı hiyerarşik sınıfların erişimi	<ul style="list-style-type: none">• Eşit yurttaşlık haklarının genişletilmesi• Topluma katılma

Levitas sosyal dışlanmanın ahlaki ve kültürel niteliklerine işaret etmiştir. Levitas’a (2000, s. 110-112) göre sosyal dışlanma, birbirleriyle iç içe geçmiş üç faktörden meydana gelmektedir. Bunlardan birincisi toplumu meydana getiren bireylerin/grupların sahip oldukları gelir durumu veya gelir yoksunluğu/yoksulluk; ikincisi, orta ve uzun erimli işsizlik sorunu, üçüncüsü ise bu iki nedenle birlikte taşınan sosyo-patolojik davranışlardır. Herhangi bir dışlanma biçimi başka bir dışlanmayı tetikleyebilmektedir.

Levitas sosyal dışlanma kavramını üç bakış açısıyla özetlemektedir. Bunlar; İngiliz sosyal politikasına özgü yeniden dağıtım tartışması, ahlakısınıf altı tartışması ve Durkheimci bakış açısını yansıtan ve daha çok Avrupa Birliği ve Fransa’nın sosyal dışlanma görüşüne atıfta bulunan sosyal bütünleşme tartışmasıdır. Yeniden dağıtım tartışmaları sosyal dışlanmanın sebebi olarak yoksulluk ve eşitsizliği görmekte ve sosyal dışlanmanın çözümünü kaynakların yeniden dağıtılmasında görmektedir. Alt

sınıf tartışmaları ise; yoksulun kendi özelliklerinden dolayı toplumdan dışlandığını varsaymaktadır. Sosyal entegrasyon tartışmalarında ise; sosyal dışlanmanın sebebi işgücü piyasalarından dışlanmadır. Burada ücretli emeğe vurgu yapılarak sosyal dışlanmanın tanımı daraltılmaktadır. Ücretsiz emek tamamen göz ardı edilirken, toplumsal cinsiyete dayalı işbölümü ve bunun sosyal dışlanmaya yol açıcı etkileri dikkate alınmamaktadır (Levitas, 2005). Durkheimci sosyal entegrasyona dayalı yaklaşımın, sosyal olarak dışlanmış bireyleri neo-liberal düzene entegre ederek sistem için sorunlu olmaktan kurtarma amacı bulunmaktadır (Tartanaoğlu, 2010, s. 5).

Levitas (1998), sosyal dışlanma kavramının çağdaş İngiliz sosyal politikalarında üç tür kullanımının olduğunu, bunların (1) yeniden bölüşümcü söylem, (2) ahlaki bir alt sınıf söylemi, (3) sosyal bütünleşmeci söylem olduğunu ifade etmektedir. İlk tipolojinin sosyal demokrat kökenleri söz konusu olup, analiz Townsend'in yoksulluk kavramına odaklanmaktadır. Townsend'e göre, "bireyler, aileler ve grupların, ait oldukları toplumda alışıldık olan, onaylanan veya desteklenen yaşam koşullarını devam ettirmeye yarayan kaynaklardan yoksun olduklarında yoksuldur" (Townsend, 1979, s. 31'den akt. Bombongan, 2010, s. 11). Bu görüşe göre yoksul olmak, toplum tarafından kabul edilmiş sıradan yaşam modellerine dayanan belirli maddi beklentilerden sosyal olarak dışlanmış olma durumudur. Ahlaki bir altsınıf söylemi, yoksulların, bu kadar kötü durumda olmalarına neden olan ihmalcî davranışları üzerine yoğunlaşmaktadır. Üçüncü tipoloji Silver'in "bireyi topluma bağlayan, yapısal, kültürel ve ahlaki bağların kopuşuna" işaret eden dayanışma paradigmasına karşılık gelmektedir (Levitas, 1998, s. 18-21).

Çizelge 1.2 Levitas'ın tipolojisi (1998, s.18-21).

Tartışma	Sosyal dışlanmanın kapsamlı kavramlaştırılması	Konut Politikasıyla Bağlantıları
Yeniden Bölüşümcü Sosyal Demokrasi	<ul style="list-style-type: none">Eşitsizliğin başat sonucu olduğunu düşündüklerinden, yoksulluğun saptanmasıyla ilgilenirler,	<ul style="list-style-type: none">Düşük ücretlilerin kaliteli ve ekonomik barınmalarının merkezi önemini bilirler.Özel sektörün düşük ücretler için uygun barınma sağlayabilirliklerinin eleştirisi
Alt sınıf	<ul style="list-style-type: none">Dezavantajlıların ahlaki/davranışsal ihmalkârlıklarını dışlanmanın ilkesel nedeni olarak karakterize ederler.	<ul style="list-style-type: none">Sosyal barınma sağlamada devlet müdahalesinin ters etkilerini vurgularlarSorunların nedeni olarak tasvir edilen sosyal barınma, refah politikalarına bağımlılık ve kullanıcı davranışlarının belirgin problematikleriyle ilişkilidir.Uygun olmayan davranışları engellemek için yaptırımları benimser
Sosyal Bütünleşmeciler	<ul style="list-style-type: none">Sosyal bütünleşmenin ücretli iş yoluyla sağlanabileceğine yoğunlaşırlar.	<ul style="list-style-type: none">Fransız Foyer modelleri ile karakterize edilen, eğitim ve istihdam ile gençlerin yerleştirmeleri için önlemlerden oluşan bir kombinasyon girişimiKonut ve Fazlası (Housing Plus) inisiyatifleriÜcretli istihdam ve sosyal uyuma erişim ve bunu sürdürmede konut politikasının oynadığı role vurgu.

1.2.6.2 Sosyal Dışlanmanın Boyutları

Sosyal dışlanmanın boyutları ve dışlanmaya yönelik oluşturulan çeşitli sosyal politika önlemleri farklı ülkelerde farklı biçimde olmaktadır. Bir ülkede ortaya çıkan sosyal dışlanmanın biçimine ve nedenine uygun sosyal politikanın geliştirilmesi anlamlı olmaktadır. Örneğin Fransa'da toplumla sosyal ve kültürel bağların kopması olarak ele alınan sosyal dışlanma sorunu, İngiltere'de gelir adaletsizliğine bağlı olarak ortaya çıkan bir sorun olarak ele alınmaktadır. Amerika'da ise yoksullardan farklı bir kesimi işaret eden "alt sınıf" kavramı geliştirilmiş, yoksullar da olduğu gibi bunların da topluma ve sisteme eklemlenmesi için "workfare" (çalıştırma) politikaları uygun bulunmuştur. Bu yaklaşıma göre, sosyal yardımlar ve sosyal politikalar bağımlılık kültürünü arttırmakta ve çalışmama eğilimini arttırmaktadır. Buna karşılık çalışma karşılığı asgari gelir garanti eden "workfare" ise, işsizleri en kötü koşullarda ve güvencesiz işlerde bile çalışmaya zorlamaktadır. Bu yaklaşıma göre kişi işsizse, bunun sorumlusu kendisidir (Tartanoğlu, 2010, s. 4). Sosyal dışlanma, her ülkenin gelişmişlik düzeyine ve özgün koşullarına göre farklılık gösterebilmektedir. Genel olarak dezavantajlı gruplara gönderme yapan bu kavram ekonomik, toplumsal ve siyasal alandan dışlanma biçimleri şeklinde nitelik kazanabilmektedir (Sapançalı, 2005a).

White (1998) sosyal olarak dışlanmanın dört yönüne işaret etmektedir. Bunlardan ilki, yasal düzenleme ya da kısıtlamalar vasıtasıyla sivil toplumdan dışlanmadır. Bu özellikle göçmenlere yönelik olmaktadır. İkincisi, belirli ihtiyaçları bulunan bir gruba, sosyal yardım sağlanmasında başarısızlık olmasıdır. Bunlar engelliler, evsizler, madde bağımlısı bireyler olabilirler. Üçüncüsü, toplumsal üretim sistemlerinden dışlanmadır. Bu, bir toplum içinde aktif olarak yetkin olamama durumudur. Çeşitli gruplar hoş gitmeyen ifadelerle damgalanabilmektedir. Örneğin çingene, gezgin gibi tanımlamalar bu şekildedir. Sonuncusu ise normal toplumsal tüketimden ekonomik olarak dışlanmadır. Böylelikle toplumsal tüketimden dışlananlar günlük yaşamın normal önceliklerine, rutin veya deneyimine erişme imkânı bulamamaktadırlar (akt. Shaw ve ark., 2009, s. 241).

Adaman ve Keyder'e (2006, s. 92) göre, sosyal dışlanma, yoksulluk hallerini de içeren ama onun tek boyutluluğunu ve anlık niteliğini aşan bir kavram olarak ekonomik, mekânsal, kültürel ve politik dışlanma gibi boyutlarda var olabilmektedir. Bu boyutlar çoğu zaman iç-içe geçmiş olup, birbirinin etkisini arttırabilmektedir. Dışlanma, bir süreç olarak bu çeşitli boyutlar ve aralarındaki dinamikler dikkate alınarak incelenmelidir.

Adaman ve Keyder'e göre (2006, s. 13-14) Sosyal dışlanmanın boyutlarını genel olarak 4 kategoride toplamak mümkündür. Bunlar;

Üretim ve Paylaşım Süreçlerinin Ekonomik Organizasyonu: Sosyal dışlanmada en önemli boyutlardan biri gelir boyutudur. Gelir boyutunda gelirin nasıl elde edildiği, elde edilen gelirin nasıl pay edildiği, bu süreçlerin nasıl bir yapı içerisinde sürdüğü dışlanmanın anlaşılmasında oldukça önemli hususlardır. Bununla birlikte zaman içerisinde ekonomik sistemlerdeki dönüşüm sosyal yapılarda da dönüşümler ortaya çıkarmıştır. Örneğin ekonomik faaliyetlerde vasıfsız işçi kullanan ekonomik faaliyetlerde azalma yaşanması, istihdama ilişkin niteliksel ve niceliksel değişmelere yol açmıştır. Bununla birlikte istihdam güvencesi olmayan, gayri resmi ve süreklilik taşımayan bir hal almıştır. Ekonomik durumda ve istihdam yapısındaki değişiklikler kişilerin gelir ve servetlerini etkilerken aynı zamanda dolaylı yollardan, eğitim ve sağlık gibi niteliklerini de etkilemektedir.

Kültürel Yapı: Kişiler içinde yaşadıkları kültürün etkisiyle bazen başka kesimleri bilinçli olmadan dışlayabilmektedirler. Bu durumun temel nedeni insanların içinde yaşadıkları hâkim kültürü sorgulamadan içselleştirmeleri, kültürel dışlanmaları veya dışlamaları doğal görmeleridir.

Hakların Tanımlanması: Sosyal yapıların oluşumu, içinde yaşayan kişilerin sahip olduğu bir dizi hakların önceden tanımlanmasıyla gerçekleşmektedir. Sosyal dışlanma sorunuyla tanımlanan hakların içine nelerin dâhil edildiği, bu hakların ne şekilde tanımlandığı konusu birbiriyle yakından ilişkilidir. Kişilerin ve grupların farklı toplumsal güçlere sahip olduğu fikrinden hareket edildiğinde, hakların tanımlanması gücün toplumsal yaşam içinde nasıl düzenlendiğinde kendisini göstermektedir.

Kurumsal Yapılar: Sosyal dışlanmayı hem azaltan hem de sosyal dışlanmayı artırıcı etkileri bulunabilen kurumların hangi yönde etki ettiği toplumsal yapı içerisinde oluşturulan kurumların yapısı ile doğrudan ilgili olabilmektedir. Bu bakımdan sosyal dışlanma sorununun anlaşılmasında kurumsal analizin önemli bir rolünün olduğu kabul edilebilmektedir.

Araştırmalar sosyal dışlanmaya maruz kalan bireylerin genellikle aşağıdaki spesifik sosyal kategoriler içinde yer aldığını ortaya koymaktadır:

- a) Uzun süreli işsizler,
- b) Düzensiz ve niteliksiz işlerde ya da güvenceli olmayan işlerde çalışanlar,
- c) Az gelirliler ve yoksullar,
- d) Vasıfsız olanlar, okuryazar olmayanlar ve okul hayatı erken bitenler,
- e) Zihinsel ve fiziksel hastalığı bulunanlar ve engelli olanlar,
- f) Madde bağımlıları,
- g) Mahkûmlar ve suçlular,
- h) İş tecrübesi ve yeterli eğitimleri olmayan gençler
- i) Çocuk yaşta bulunan işçiler
- j) Kadınlar
- k) Mülteciler, göçmenler ve yabancılar,
- l) Azınlık durumundakiler,
- m) Vatandaşlığı elinden alınanlar,

- n) Sosyal yardım alanlar,
- o) İhtiyaç sahibi olmalarına karşın, sosyal yardımdan faydalanamayanlar,
- p) Kötü yerlerde yaşayanlar,
- q) Tüketim düzeyleri düşük olanlar,
- r) Kendi ailesinden daha düşük imkânlarda yaşayanlar (aşağıya doğru mobiliteye sahip olanlar)
- s) Çeşitli sosyal alanlardan dışlananlar (Silver, 1994, s.9).

Yukarıda genel nüfus grubu içinde sosyal dışlanan kesimler verilmiş olmakla birlikte İngiltere Sosyal Dışlanma Birimine göre yüksek risk grubundakilere ilişkin sıralaması şu şekildedir:

- Bir yıl içinde okuldan dışlanan çocuklar,
- Eğitimden kopan, 15 yaşında olan ve sistem içerisinde hiçbir yerde hesaba katılmayan çocuklar,
- 12 ay veya daha fazla süreyle yerel otorite tarafından bakımı yapılan çocuklar (bakım altındaki çocuklar),
- Evsizler, sokakta yaşayanlar,
- Evsiz pansiyonerler,
- Mahkûmlar,
- Sığınmacılar,
- Sorunlu uyuşturucu kullanıcıları,
- Gezinler ve Romanlar (SEU, 2004, s.25).

Sosyal dışlanma, etnik kimlik ve emek piyasasındaki etkisinden dolayı yoksulluk ile yakından ilişkilidir (Saavedra ve ark., 2002'den akt. Geçgin 2009, s. 25). Yoksulluk son derece geniş kapsamlı bir kavramdır. Genel anlamda yoksulluk, sahip olamama, istediğini alamama ve buna bağlı olarak yaşam için gerekli olan ihtiyaçların karşılanamaması demektir. Mutlak yoksulluk bir ailenin geçimini sağlayabilecek asgari yaşam imkânlarından mahrum kalması anlamına gelirken,

görelî yoksulluk ise bir ferдин veya hane halkının diğerleriyle kıyaslandığında, onların gerisinde kalması ve ikincil ihtiyaçların çoğunu karşılamada yetersiz kalmaları anlamına gelmektedir. Bunlarla birlikte iki yoksulluk türünde de ortak olan şey tüketim toplumunun gereklerini yerine getireme ve birçok imkândan mahrum kalmadır. Bu açıdan bakıldığında yoksulluğun her türü sosyal dışlanmayı ve ötekileşmeyi beraberinde getirdiği açıktır (Yusufoğlu ve Kızmaz, 2016, s. 29).

Genel olarak gıda, giyim, barınma, gibi temel ihtiyaçlarını karşılayamayan bireyler ve/veya gruplar yoksul olarak kabul edilmekle birlikte, yoksulluğu sadece temel ihtiyaçları karşılayamama durumu olarak ifade edilmesi eksik ve dar bir tanımdır. Daha geniş anlamda yoksulluk, eğitim, sağlık ve daha birçok yaşam alanlardaki yoksunlukları da içeren bir kavramdır. Yoksulluk ayrıca, toplumla bütünleşememe, toplumdaki dışlanma, ayrımcılıkla karşı karşıya kalma gibi konularla doğrudan ilişkilidir. Yoksulluğun günümüz dünyasında bu kadar önemli olmasının temel nedeni Sanayi Devriminin başladığı kıta Avrupası'nda toplumun azınlık bir kesiminin (burjuvazi) hızla zenginleşirken, toplumun geri kalanının (çalışan sınıflar) kitlesel olarak bir yoksulluğa sürüklenmiş olmasıdır. Bu süreçte köylerden kentlere göç eden insanlar yeni yoksul bir sınıf meydana getirmiştir. Kentlerde yoksulların oturduğu banliyöler ve gecekondu bölgeleri oluşmuştur. Kırsal kesimden gelen kişilerin hayatları, makineler ve mekanik düzenle çok farklı bir görünüm almaya başlamıştır. Emeklerini ücret karşılığı satan işçi sınıfı, emeğinin karşılığını alamamış ve zengin fabrika sahipleri tarafından sömürülmüştür. Literatürde “çalışan yoksullar” olarak adlandırılan kesim bu zaman diliminde ortaya çıkmıştır. Bu durum beraberinde aile parçalanmaları, intihal, alkol ve madde bağımlılığı, sosyal dışlanma gibi sorunları beraberinde getirmiştir (Açıkgöz ve Yusufoğlu, 2012, s. 81-82).

1980'li yıllardan itibaren dünyanın hemen her yerinde uygulanan yeni liberal politikalar giderek derinleşen bir sosyal krize yol açmış, tüm dünyada işsizlik, yoksulluk artmış, sosyal koruma, sosyal hizmet ve yardımlar azalmış, bu gelişmeler sosyal dışlanmayı ortaya çıkarmıştır. Böylelikle sosyal dışlanma kavramı küresel bir

olgu haline gelmiştir. İşsizlik oranları 1930'lu yıllardan bu yana en yüksek düzeylere çıkmış ve refah devletleri kamusal sosyal harcamalarını sürdürmekte zorlanır hale gelmişlerdir.1990'lı yılların sonuna doğru, Avrupa Birliği organlarında sosyal dışlanma kavramı yeniden tanımlanmış ve sosyal içerme politikaları geliştirilmiştir. (Erdoğan, 2004).

1.2.6.3 Sosyal Dışlanmanın Nedenleri ve Sosyal Dışlanma Biçimleri

Küreselleşme Süreci ve İşgücü Piyasaları: Küreselleşmenin neticesinde birçok alanda olumlu neticelerin yaşanmasına rağmen, olumlu gelişmeler evrensel olarak eşit şekilde dağılmamıştır. Küreselleşme sürecinde bazı ülkeler hızlı bir şekilde büyürken, gelişmekte olan ülkeler bir kenarda kalarak daha fazla yoksullaşma içine girmişlerdir. Öte yandan küreselleşmenin ekonomik, sosyal ve siyasal etkileri eşit ve güvenli olmayan bir ortamı beraberinde getirmiştir (Şenkal, 2003, s. 99-100).

Sanayi devriminden beri derinleşen yoksulluk, eşitsizlik ve sömürü gibi sorunların 1970'lerden sonra sosyal dışlanma adı altında gündeme gelmesi, neoliberal politikaların dünyanın her yerinde sosyal krizlere yol açması nedeniyle olmuştur. Kapitalizm ve küreselleşme süreciyle hemen her dönemde var olan eşitsizlik, yoksulluk, güvencesizlik gibi sorunlar belirgin hale gelmiştir (Özhasar, 2013, s. 11).Piyasa ekonomilerinin geçerli olduğu tüm ekonomik sistemlerde sistemin işleyişi bakımından temelde bir gelir dengesizliğinin ve eşit olmayan bir gelir dağılımından söz etmek mümkündür.Bununla birlikte ülkelerin gelir dağılımındaki adaletsizlik ve yoksulluk seviyesi ülkenin gelişmişlik düzeyi yakından ilişkilidir ve doğru orantılıdır. Düşük gelirli ülkeler açısından zengin kişiler daha fazla zengin hale gelirken, yoksul kişiler daha yoksul hale gelmektedir. Bu iki kesim arasındaki alan dengeli sosyal yapıya sahip olan gelişmiş ülkelerdeki gibi, orta sınıf tarafından da doldurulamamaktadır (Han ve Kaya, 2002, s.15).Bunun temel sebepleri

arasında 1980’li yıllarla birlikte IMF ve Dünya Bankası’nın zorlaması ile az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulanan “Yapısal Uyum Programları” bulunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin kapitalist sisteme uyum adıyla sunulan yapısal uyum programları, pek çok insanın yaşamını olumsuz etkilemiş, insanları küresel yoksulluğa ve sosyal dışlanmaya itmiştir (Chossudovsky, 1994, s.68).

Ekonomik ve Sosyal Eşitsizliğin Artması: Eşitlik, sosyal adalet ve insan hakları kavramları ile yakından ilişkili kavramdır. Bununla birlikte sosyal adalet, toplumda her bireyin ve her kesimin toplum kaynaklarından eşit derecede yararlanabilmesini ve kendini geliştirebilecek fırsatlara ulaşabilmesini ifade etmektedir. Kişinin kendini geliştirmesi hem eşitlik açısından, hem de toplumun ortak çıkarı bakımından oldukça önemlidir (Doğan, 2000, s. 247).

Eşitsizliğin artmasında istihdam şekillerindeki çeşitliliğin artması, çok uluslu şirketlerin çoğalması, bu yapılarda geçici, niteliksiz ve güvencesiz işe karşılık, nitelikli ve güvenli formel istihdamın tesis edilmeye başlanması önemli nedenler arasında sayılmaktadır (Lee, 2000, s. 18-19). Küreselleşme ve yeni iletişim teknolojileri ile birlikte şirketlerin finansal yapılarında önemli değişiklikler olmuş eğitimli personele olan ihtiyaç artmıştır. Bu nedenle vasıfsız bireylerin düşük ücretli işlerde çalışmaları nedeniyle bireyler yoksullaşmış ve toplumdaki eşitsizlik artmıştır. Böylece, ekonomik eşitsizlik nedeniyle sosyal olarak dışlanan kesimlerin sayısında artış ortaya çıkmıştır (Şahin, 2009, s. 64) Sosyal dışlanma kavramı bireylerin eşit bir durumda olmasından ziyade vatandaşlık haklarından eşit bir biçimde yararlanabilmesine odaklanmaktadır. Böylelikle bireylerin farklı niteliklerini ve yeteneklerini değerlendirebilmeleri mümkün olabilecektir (Barata, 2004, s. 4).

Doğan’a göre (2000, s. 250) ekonomik ve sosyal adaletsizliğin dört boyutu sosyal dışlanma şeklinde gerçekleşmektedir. Bunlar;

a) *Fırsat Eşitliğini Önleyen Etkenler*: Eşit olmayan gelir dağılımı, yetersiz istihdam, yetersiz eğitim-sağlık hizmetleri, politik-kültürel faaliyetlere katılmama sosyal dışlanmayı tetikleyen etkenlerdir.

b) *Coğrafi Etkenler*: Köy-kent ayrımı ya da bölgesel ayırım bir kısım kesimlerin sosyal olarak dışlanmasına sebep olmaktadır.

c) *Sosyal Etkenler*: Etnik, din ve dil ayrımı söz konusu olan toplumlarda sosyal dışlanma çok açık bir biçimde görülmektedir.

d) *Ekonomik Etkenler*: Ülkenin az gelişmişliği, bunun sonucu hane halkının gelir yetersizliği, yoksulluğu ve sosyal dışlanmayı ortaya çıkarmaktadır.

Gelir Dağılımının Bozulması: Gelir dağılımının bozulmasının nüfus artışı ve dağılımı, toplumun sosyal yapısı, toplumdaki eşitlik ve adalet kavramı gibi ekonomik olmayan olgulardan da etkilenmektedir (Çakır, 2002, s. 91). Alım gücünün düşük olması, emeğin karşılığının alınamaması, küresel ekonominin dayatmaları sosyal dışlanma olgusunu kaçınılmaz hale getirmektedir. Dünyanın her yerinde, çok çeşitli uygulamalarla gelir adaletsizliği, fırsat eşitsizliği giderek artmaktadır. Toplumsal kurumlar ve düzenlemelerin birbirleriyle ilişki ve iletişim içinde olmaları nedeniyle sosyal hayatın bir alanındaki eşitsizlik, farklı alanlarda, farklı kurumlarda birbirini etkilemektedir (Bölükbaşı, 2008, s. 44).

Sosyal Korumanın Yetersizliği: Sosyal koruma, kişilerin karşılaşılabileceği çeşitli risklere karşı güvence sağlayan her türlü sosyal yardımlar, teşvikler ve sosyal hizmetleri kapsayan sosyal güvenlik kurumlarının faaliyetleri, sonucunda sağlanmaktadır. Bu hizmetler sosyal dışlanma tehlikesini ortadan kaldırmasa bile, riski azaltması bakımından oldukça önemlidir (Şahin, 2009, s. 67). Hastalık, işsizlik, doğum, malullük yaşlılık ve ölüm gibi riskler sonucu kişilerin ve hane halkının gelirlerinde tamamen ya da kısmen bir azalma söz konusu olmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü sayılan riskler neticesinde meydana gelen ekonomik ve sosyal

sorunlardan bireyleri korumak amacıyla toplum tarafından oluşturulan kamu tedbirlerinin tümünü sosyal koruma olarak tanımlamaktadır (Garcia ve Gruat, 2003, s. 4).

Yeterli sosyal güvenlik uygulamalarının çeşitli bakımlardan sosyal dışlanmayı en aza indirdiği bilinmektedir. Sosyal güvenlik uygulamalarının daha iyi olduğu Kuzey Avrupa ülkelerinde (Finlandiya, Danimarka, İsveç) işsizlik, kötü barınma, güvencesizliğin ve bu tür nedenlere bağlı sosyal dışlanmanın daha az görüldüğü ifade edilmektedir (Çakır, 2002, s. 91). Buna karşılık Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin kendine özgü ciddi yapısal sorunları bulunmaktadır ve ülkemizde sosyal güvenlik sistemi çalışma eksenli koruma sağlamaktadır (Gökbayrak, 2010, s. 143).

Lindert’e göre (2002, s. 4) sosyal koruma mekanizmaları üç farklı kategori de gerçekleştirilebilmektedir. Bunlar;

- İstihdam ve gelir durumuna bakılmaksızın belirli bir sosyal gruba sağlanan genel destekler (Çocuklara sağlanan destekler ve annelik desteği.).
- Bireyin istihdam edilme durumuna ve istihdamdaki katkısına göre değişen sosyal sigorta uygulamaları (işsizlik sigortası, malullük maaşı vb.).
- Genellikle ya yoksulluk sınırının altında bulunanlara ya da engelliler gibi çeşitli özel gruplara sağlanan yardımlardır.

Göç: Küreselleşme göç konusunda da kendisini ciddi olarak hissettirmiş, ekonomik, siyasal, sosyal dengesizlikler oluşturarak, yaşam kalitesini bozmuş ve bireyleri ülkelerini terk ederek başka yerlerde yaşamak için hareket etmeye zorlamıştır. Göç olgusu, sosyal dışlanmaya yol açan en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Göçmenlerin çeşitli eşitsizliklere ve sosyal dışlanmaya maruz kalma olasılıkları yüksektir. Göç eden kişilerin göç ettikleri yeni yerlere uyum sağlamaya, destek almaksızın istihdama katılma çabaları çeşitli problemlere yol açmaktadır. İç göçte yaşanan çoğu sorunlar, dış göç ile daha derinden yaşanmaktadır. Dış göçte bireyler

kendi ülkelerinde dışlanmış olduklarını düşünerek buralara yönelmekte, ancak daha sonra geldiği daha gelişmiş ülkelerde de dışlanma olgusuyla tekrar karşı karşıya kalmaktadırlar(Gökbayrak, 2006).

Göç edenler, geldikleri yerlerde daha yoksul ve marjinalize edilmiş bölgelere yerleşmektedir. Kentlerde bile bu yerler kentsel alandan dışlanmış yerlerdir. Bu durum bireylerin hem toplumla bütünleşmelerini zorlaştırmakta, hem de yönetim birimlerince sağlanan hizmetlerden faydalanmalarını engellemektedir. Bunun neticesinde, kentin dışındaki alanlarda kişiler, suça eğilimli, madde bağımlısı ve birçok sosyal sapma davranışı gösteren bireyler olarak yetişmektedir. Göç özellikle, gelişmekte olan ülkelerde sosyal dışlanmanın en önemli nedenleri arasında bulunmaktadır (Şahin, 2009, s. 69).

Aile Yapısındaki Değişim: 20. yüzyılın sonlarında itibaren toplumların sosyal yapılarının farklılaşması, aile yapısında da değişimi getirerek, geleneksel aile yapısını bozmuştur. Ailede işgücüne katılımın sınırları genişlemiş daha önce geleneksel yapı içinde eve bağımlı anne, ev ekonomisine katkı sağlamaya başlamıştır. Değişen işgücü durumu, kadınların göreceli güçlenmesine olanak vermiştir. Kendine güvenen kadının bir başına yaşayabileceğini anlamasıyla yeni bir hayat kurma isteği artmıştır. Bu durum aile parçalanmalarını kolaylaştırmıştır. Tek ebeveynler böylelikle hane olarak daha yoksul duruma düşmüşlerdir. Yoksulluk, aile parçalanmışlığı sosyal dışlanma olarak kendisini göstermiştir. Tek ebeveynliğin dışında göç ile gelen kırsal kesimin aile kurumunun dayanışmacı ilişkisi, şehirde piyasa ile karşılaşınca ciddi uyum problemleri yaşamıştır. Alışılmış alışkanlıklardan, geleneklerden, kültürlerden kopan aileler değişim ve dönüşümleri birçok zorluk olarak ortaya çıkmıştır (Eşkinat, 2009, s. 21-23).

Kırsal alanda ücretsiz aile işçisi olarak çalıştırılan kadınlar, kente göç ile birlikte kentsel alandaki işlere göre çeşitli özellikler bakımından yetersiz kalmıştır. Bununla birlikte ailedeki çocuk, yaşlı ve engelli bakımı gibi durumların zor ve sıkıntılı olması, farklı bir ortamda yer almanın getirdiği sosyal sebeplerden dolayı

istihdamdan çıkmakta ve ekonomik olarak yaşamın dışında kalarak yoksulluk ve sosyal dışlanma riskiyle karşı karşıya kalmaktadır (McLanahan ve Kelly1999'den akt. Şener, 2012, s.55).

Günümüzde, cinsiyete ve yaşa dayalı ayrımcılık ve sosyal dışlanma sıklıkla karşılaşılan sosyal dışlanma nedeni ve biçimleri olarak kendisini göstermektedir. Cinsiyet nedeniyle sosyal dışlanmanın daha iyi anlaşılması için öncelikle cinsiyet eşitliğinin tanımlanmasında yarar görülmektedir. *“Cinsiyet eşitliği kavramı, kadın ve erkeğin, toplumsal kurumlar içinde (aile, çalışma, hukuk, eğitim, siyaset, din, sağlık, vb.) mevcut kaynakları, fırsatları ve gücü kullanımlarında eşitliği ifade ederken toplumsal cinsiyet eşitsizliği de bu alanlarda birinin diğerine göre eşit olmadığını ifade etmektedir. Bu durum cinsiyete dayanan sosyal dışlanma getirmektedir”* (Ecevit, 2003, s. 83).

Kadının eve hapsedildiği toplumsal anlayışlarda kadın ev ve ev dışında çeşitli çatışma ve zorluklarla karşılaşmaktadır. Bunlarla birlikte erkeklerle aynı işi yaptığı halde kadınlar daha düşük ücret almakta ve geri planda kalmaktadır. Çatışmanın içinde kalan kadınlar, çoğu zaman şiddete maruz kalmakta, ev içinde şiddet görmekte, iş yerinde sözlü ve fiziksel şiddete uğramakta veya taciz edilmektedirler. Kadınlar, çoğu zaman cinsiyete dayalı ayrımcılığa dayanan sosyal dışlanmayla yüz yüze gelmektedir. Sosyal dışlanma cinsel tercihlerdeki ayrışma nedeniyle de ortaya çıkmaktadır. Cinsel kimliğin toplumsal olarak kabul görmemesi işgücünün dışında kalma, baskı ve sosyal dışlanmayla sonuçlanmaktadır (Kocacık ve Gökçaya, 2005, s. 192).

Sosyal dışlanmaya neden olan faktörlerden biri de yaşa bağlı gelişen sosyal dışlanmadır. Bu grubu “çocuklar”, “gençler” ve “yaşlılar” oluşturmaktadır. Dışlanmanın dinamik bir süreç olması nedeniyle çocukluk döneminde yaşanan birçok dezavantajlı durum çocukluktan itibaren kişinin yaşamını etkilemekte ve kuşaklar boyu dejavantajlılığın ve dışlanmanın etkisi sürebilmektedir. Yoksul ailelerin çocuklarının dışlanma riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir (Sapançalı,

2005a, s. 120). Özellikle gençlerin hayatlarındaki artan belirsizlikler, önemli bir kısmının aile bağlarının yetersiz olması, tek ebeveynli, parçalanmış veya yoksul ailelerde yetişmiş olması gibi durumlar sosyal dışlanışlığın temelini oluşturmaktadır. Diğer taraftan gençlerin yaşadığı sosyal dışlanışlık, işgücü piyasası ile olan formelbağların yitirilmesinden kaynaklanmaktadır. Böylelikle gençlerin gelir yoksulluğu durumuyla birlikte, ailelerine bağımlılıkları da uzun süre devam etmektedir. Bunun dışında, başka bir dezavantajlı kesimi oluşturan yaşlılar, ileriki yaşlarla birlikte yemek yeme, temel ihtiyaçlarını giderme, alış-veriş yapma, insanlarla ilişki kurma, sokağa çıkma, yürüme gibi en temel gereksinimlerini karşılayamayacak duruma ve bakıma muhtaç hale gelmektedirler. Tüm bu olumsuz özellikler nedeniyle yaşlılar da sosyal dışlanmaya maruz kalmaktadırlar (Taşçı, 2010, s. 175).

Bradshaw ve arkadaşları (2004, s.100-103) sosyal dışlanmanın güncel sebeplerini daha dar bir sınıflama yaparak 3 başlık altında özetlemektedirler. Bunlar;

Düşük gelir: Günümüzde düşük gelir, sosyal dışlanmanın temel nedenlerinden biridir. Gelir yoksulluğu, aile tipi ve istihdam koşulları yakından ilişkilidir ve bunların birçoğu uzun dönemlidir. Yakın geçmişte emekli yoksulluğunda, çocuk yoksulluğunda ve çocuksuz hane halkında sayısal bir artış yaşandığı görülmektedir. Sosyal dışlanma riski altında bulunanların çoğunda yoksulluk kalıcı özellik göstermektedir. Bunlar tek ebeveyn olarak ya da tek başına, emekli olan hane halkı ile yaşayan kadın ve onların çocuklarıdır. Sosyal dışlanmada, işsizlikten kaynaklanan iş gücü piyasasına katılma yetersizliği genellikle anahtar rol oynamaktadır. Bununla birlikte işsizlik de, kötü sağlık durumu, düşük eğitim düzeyi ve becerileri gibi sosyal dışlanmaya yol açan diğer nedenlerden kaynaklanabilmektedir.

Eğitim: Sosyal dışlanmanın ortaya çıkmasında önemli bir role sahiptir. Bu sosyal katılımın diğer öğelerinden ziyade, büyük ölçüde işgücü piyasasındaki başarı ile ilgilidir. Eğitim, artan aile değişkenliği, değişen iş gücü piyasası ve politika

değişiklikleri bağlamında gerçekleşmektedir. Genel başarı düzeyi artmakla birlikte, önemli bir kesim temel becerilerle veya herhangi bir yeterlilik elde etmeden okulu bırakmaktadırlar. Bu durum istenilen eğitim düzeyine ulaşma boşluğunu arttırmaktadır. Sonuç olarak elde edilen bilimsel veriler eğitimin sosyal dışlanmayı azaltabileceğini ortaya koymaktadır.

Kötü sağlık durumu: Çeşitli yollardan dışlanmayla ilgilidir. Sağlık sosyal statünün bir belirleyicisidir. Sağlıksız davranış sosyal dışlanma getirebilmektedir. Sosyal dışlanmanın kendisi ya da sosyal dışlanmanın başka sonuçları kötü sağlık durumları oluşturabilmektedir. Madde bağımlılığı, alkol kullanımı, ruh sağlığı ve ergen gebeliği, çocukların kaza sonrası ölümleri, yetişkin kişilerin genç ölümleri kötü sağlık durumunun alt örneklendirmeleridir.

Yukarıda sosyal dışlanmanın temel nedenlerine ilişkin genel belirleyicilere yer verilmiştir. Tüm bunlarla birlikte cinsiyete, yaşa, etnisiteye, engellilik durumuna, yaşam biçimine, siyasi görüşe, kültürel özelliklere, sosyo ekonomik statüye, cinsel tercihlere ve başka “farklılıklara” yönelik ayrımcılık ve sosyal dışlanmadan bahsetmek mümkün olmaktadır.

Atkinson’a göre (1998, s.20) sosyal dışlanmanın, ülkelere, toplumlara, kültüre göre çok değişik nedenleri olabilmekte, dışlanmayı meydana getiren sayısız neden gösterilebilmektedir. Bu nedenle sosyal dışlanma hem farklı toplumlarda farklı ele alınan, hem de görülüş biçimi farklılaşabilen bir olgudur. Sosyal dışlanma biçimleri şu şekilde sınıflandırılabilir.

Ekonomik Alandan Dışlanma: Sosyal dışlanmanın ekonomik alanda görülen ilk şekli mal ve hizmet piyasalarından dışlanmadır. Ekonomik dışlanmanın en uç noktası, kişisel gelirler ve devlet yardımlarının en temel ihtiyaçları bile karşılayamamasıdır.

Ayrıca aile ve akraba gibi sosyal destek mekanizmaları olmadığında ise sosyal dışlanma çok daha derinden kendisini göstermektedir. Ekonomik alandan sosyal dışlanma, tüketim toplumundan dışlanma, mal ve hizmet piyasasından dışlanma ve işgücü piyasasından dışlanma olmak üzere üç ayırım altında incelenebilmektedir.

Tüketim toplumundan dışlanma, bireylerin yaşadıkları toplumda sürekli hale gelmiş tüketim faaliyetlerine katılamamaları sonucunda ortaya çıkmaktadır (akt. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı 2009, s. 38). Küresel sistemin meydana getirdiği tüketim toplumu kültürü, hem yoksulluk olgusuna hem de kavramın içeriğine ilişkin algılayışta dönüşüme neden olmuştur. Tüketim toplumunda yoksulluk, kaynakların paylaşımında ortaya çıkan eşitsizliklerin küresel bir sonucunu ortaya çıkarmıştır. Ekonomik büyüme, devlet müdahalelerinin yokluğu, ücretlerde düşüş, istihdamı ve kamusal alanı küçülten baskılar, geniş nüfus gruplarının düşük ücretli, güvencesiz ve esnek zamanlı işlerde çalışmaya zorlanması gibi durumlar yoksulluk olgusunu geri dönüşümü olmayan bir hale getirmiştir. Refah adı altında gerçekleştirilen çeşitli kısıtlamalar, eğitim ve sağlık hizmetlerine yoksulların erişimini zorlaştırmış ve yoksulluğu bir kısır döngüye dönüştürmüştür (Özbudun, 2002, s. 56).

Tüketim toplumu kavramı özellikle sanayileşme sonrasında önem kazanmıştır. Sanayileşme ile gerçekleşen hızlı üretim, ekonomik dengenin sağlanması için tüketimin de artması gerekliliğini getirmiştir. İnsanları daha fazla tüketmeye yönelten ekonomik politikalar izlenmiş ve bu politikalar tüketim toplumunun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Tüketim toplumunda insanlara tüketim aşılanmaktadır. Tüketimin bir ihtiyaç dâhilinde olması ön planda değildir. Özellikle kitle iletişim araçlarıyla toplum tüketime teşvik edilmekte ve toplum üzerinde bu etkiler artmaktadır. Bu şekilde tüketimin özendirilmesi sonucunda, toplumun yoksul kesimleri, tüketim yapacak maddi olanağa sahip olmadığından, sosyal dışlanma tehlikesi ortaya çıkmaktadır (Şahin, 2009, s. 61-62).

İşgücü piyasasından dışlanma işsizlik olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal dışlanma üzerine yapılan çalışmaların büyük bir kısmında, ekonomik, politik ve psikolojik yansımaları nedeniyle işsizlik, en önemli sosyal dışlanma nedeni olarak gösterilmektedir. Sosyal dışlanmanın en önemli nedeni işsizlik olmakla birlikte, işsizliğin tek başına sosyal dışlanmaya neden olduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü dışlanmanın ortaya çıkabilmesi için kötü ekonomik durumun ve sosyal olarak dışlanmışlık olgusunun bulunması gerekmektedir. Uzun süreli işsizliğin doğal sonucu, yoksulluk, yabancılaşma ve eşitsizlik olduğundan içinde bulunulan toplumdaki dışlanmayla sonuçlanabilmektedir (Şahin, 2009, s. 71-72). Çünkü iş ile elde edilen gelir, bireye sosyal statüyü getirmekte, bu da kişinin toplumsal statüsünü ve özsaygısını etkileyen temel bir etkene dönüşmektedir (Sapançalı, 2005a, s. 144). Yalnızlık hissi alt sınıf üyelerinde daha fazladır. Yine yoksul grupların en fazla hissettikleri olumsuz duyguların başında yabancılaşma ve dışlanma duyguları gelmektedir. Günümüzde sosyal destek, itibar statüsüyle alakalı olduğundan statü düştükçe yalnızlık da artmaktadır. İnsana gösterilen ilgi, sosyal sınıfla alakalıdır. Mücadele ve tüketim mantığı insanlar arası ilişkilere yansıdığından, insanlar, işe yararlılıklarına daha doğrusu statülerine göre değerlendirilmektedirler (Yaşar, 2007, s. 240).

Mal ve hizmet piyasasından dışlanma, bireylerin asgari ihtiyaçlarını karşılayacak gelirden yoksun olmaları şeklinde gerçekleşebileceği gibi, bunun yanı sıra eğitim, sağlık, konut, enerji, iletişim ve ulaşım gibi kişiye daha iyi bir gelecek sağlayacak imkânlardan yoksun olma şeklinde de gerçekleşebilmektedir(Sapançalı, 2005b, s. 125).

Toplumsal Alandan Sosyal Dışlanma: Sosyal bütünleşmeyi tehdit ederek bireyleri sosyal hayattan yalıtmakta ve onların sosyal olarak faydamaksimizasyonlarını engelleyerek, üretken olmalarını zayıflatmaktadır. Kişiler etnik kökenleri, cinsel tercihleri, dini inanışları, madde kullanımı, bedensel veya zihinsel engelleri, mülteci

veya göçmen olmaları gibi nedenlerle adeta suçlu olarak değerlendirilmekte ve sosyal olarak dışlanmaktadır. Bu tarz yaklaşımlar toplumsal statü ve kimlik arayışında bireyin çeşitli sorunlar yaşamasına, çözümsüz kalmasına neden olmaktadır ve böylelikle onlara yalnızlaştırma/yabancılaştırma yaşatmaktadır (Hekimler, 2012, s.5).

Siyasal Alandan Dışlanma: Siyasi olarak güçsüz konumda bulunulması nedeniyle hukuki ve siyasi haklardan yeteri kadar faydalanılamamasını ifade etmektedir. (Adaman ve Keyder, 2007). Siyasal dışlanmaya, sosyal güvenlik, kanun önünde eşitlik, ifade özgürlüğü, siyasi katılım, fırsat eşitliği ve sendikal hakların yetersizliğine yol açmaktadır. Sosyal olarak dışlanan kişiler, politik güç kaynaklarına ulaşamadıklarından bu alandan da dışlanmaktadır. Siyasi olarak güçlü olan bazı kesimler hem bu gücü elinde tutmak için diğerlerini dışlamakta, hem de dışlanmışların yeterli haklara sahip olmamaları güce ulaşmasını engellemektedir (Sapancalı, 2005a, s. 195).

Daha önce değinildiği gibi belirli spesifik sosyal kategoriler içinde olan kişilerin sosyal dışlanmaya maruz kaldığı ifade edilmektedir. Bunlar arasında işsizler, düzensiz ve niteliksiz işlerde ya da güvenceli olmayan işlerde çalışanlar, yoksullar, madde bağımlıları, kadınlar, zihinsel ve fiziksel hastalığı bulunanlar, vasıfsız olanlar, okuryazar olmayanlar ve okul hayatı erken bitenler, sosyal yardım alanlar ve daha pek çok grup yer almaktadır (Silver, 1994, s.9).

Sosyal dışlanmanın farklı görünüşleri bulunmaktadır ve ülkeden ülkeye ve toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir. Uzun bir süre yoksulluk ile eşit anlamda kullanılan sosyal dışlanmaya ilişkin doğrudan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Aşağıda belirli spesifik sosyal kategorilere dahil olan çeşitli gruplarla yapılan ve sosyal dışlanmayı araştıran bazı araştırma sonuçlarına yer verilmiştir.

Geçgin (2009, s. 23) tarafından mevsimlik tarım işçileri hakkında yapılan bir araştırmada, hem kadın hem de erkek tarım işçilerinde sosyal dışlanma algısı yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan erkeklerin % 56,3'ü, kadınların % 63,8'ü sosyal dışlanma yaşadıklarını belirtmiştir. Dışlanmanın nedenlerini katılımcılar, dil problemleri, sağlık, temizlik, Doğulu olmak, Kürt olmak gibi nedenlere dayandırmıştır. Çalışmada ayrıca işçilerin, ulaşım için otostop yaptıklarında yoldan geçen arabaların durduğunu ancak kendilerini araca almadığını, katılımcıların bir kısmı ise hastaneye alınmadığını belirtmişlerdir.

Özpinar ve arkadaşları (2013, s. 31-44) tarafından cinsiyete göre dışlanmayı araştıran bir çalışmada, katılımcıların, cinsiyet, yas, utangaçlık, işsizlik, cinsel tercih, dini inanç, giyim kuşam, eğitim, dil (şive) ve medeni durum gibi dışlanma gerekçeleriyle dışlandıkları, kadınların erkeklere göre daha fazla dışlanma hissettikleri, erkeklerin siyasi görüş, etnik kimlik, engellilik, sabıka ve farklı dil kullanma gibi gerekçelerle kadınlara göre daha fazla sosyal dışlanma yaşadıkları, iki gerekçe (mahalle/semte ve yoksulluk) bakımından dışlanma oranlarının cinsiyetlere göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

Yusufoğlu ve Kızmaz (2016, s. 34) tarafından 240 parçalanmış aile ile yapılan, parçalanmış ailelerde yoksulluk ve sosyal dışlanma: Elazığ örneği adlı araştırmada katılımcıların % 65'inin sosyal dışlanmaya maruz kaldığı, sosyal dışlanma yaşadıklarını ifade eden katılımcıların % 57,5'inin yoksulluk nedeniyle, % 26'sının aile parçalanmışlığı nedeniyle sosyal olarak dışlanmaya maruz kaldığı bulunmuştur.

Adaman ve Keyder (2006, s. 106) tarafından 6 ilde (Adana, Ankara, Diyarbakır, Gaziantep, İstanbul ve İzmir) sosyal dışlanmayı belirlemek için yoksul

mahallelerde yaşayan 1863 kişiyle yapılan bir araştırmada, katılımcıların % 46'sının yoksulluk, % 30'unun eğitim seviyesi, % 29'unun giyim kuşamı, % 18'inin etnikkokeni, % 17'sinin şivesi, % 12'sinin dini inançları/mezhebi nedeniyle sosyal dışlanma hissettiği ortaya konulmuştur.

102 lke için, yoksunluğu ve sosyal dışlanmışlığı ölçen 2006 İnsani Gelişme Raporunun İnsani Yoksulluk Endeksi'nde, Türkiye 102 lke arasında % 9,8'lik bir yoksulluk oranıyla 21. sırada yer almıştır. Bu, yaklaşık 7 milyon insanın eğitim hizmetlerine erişim gibi bazı temel ihtiyaçlardan yoksun olduğu gerçeğini ve bu eksiklikten dolayı sosyal alanda dışlanma tehdidiyle karşı karşıya olduğunu göstermektedir (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, Türkiye, 2006). Benzer şekilde 2002 Avrupa Komisyonu tarafından yapılan algılanan sosyal dışlanma endeksi sıralamasında, Türkiye endeksin en yüksek olduğu ülkedir. Sosyal bütünleşmede ise 15 AB lkesi için puanlama 69 iken, Türkiye için puanlama 39 olmuştur. Bulgaristan (44) ve Slovakya (45) Türkiye'nin hemen önünde yer almıştır (European Commission, Eurobarometer, 2002).

Köten ve Erdoğan (2014, s. 84) tarafından 14-29 yaş arası bedensel engelli gençlerle yapılan sosyal dışlanma ve internet kullanımı adlı araştırmada, bedensel engelli bireylerin % 22'sinin toplumun yeleri tarafından sosyal dışlanmaya maruz kaldıkları bulunmuştur.

Alacahan ve Duman (2011, s. 1-29) tarafından Adana ve Kahramanmaraş İllerinde etnik ve dini kimliklerin yoğun olarak yaşadığı mahallelerde, 18 yaş üzeri bireyler arasında tesadüfi yöntemle belirlenen 843 kişi ile yapılan bir araştırmada Kürtlerin %8,8'inin, Alevilerin ise % 18,5'inindevletin kendilerine her zaman "ikincisınıf vatandaş" muamelesi yaptığını düşündükleri, katılımcıların yaklaşık %24'ünün kendilerini sosyal olarak dışlanmış hissettiği bulunmuştur. Aynı alışmada Adana'da Kürtlerin %32'sinin, Kahramanmaraş'ta % 47'sinin sosyal-kültürel

değerlerini yaşamalarının engellendiğini, katılımcılardan Adana'daki Kürtlerin yaklaşık dörtte üçlük, Kahramanmaraş'taki üçte ikilik bir kısmının anadillerini konuştukları zaman toplum tarafından yadırgandığını düşündükleri bulunmuştur.

Daşdemir ve arkadaşları tarafından (2015, s. 33) yılında yapılan “Sosyal Dışlanma Sorunsalı ve Zonguldak Roman Araştırması”nda 1000 katılımcının % 50'sinden fazlası Roman biriyle evlenmeyeceğini ve çocuklarında evlenmesine izin vermeyeceğini, %20,3'ü ise çocuklarını Roman çocukların gittiği okullara göndermeyeceğini belirtmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların %59'undan fazlası Romanları olumlu özelliklerle tanımlarken; yaklaşık %30'u Romanları, temiz olmayan, güvenilmez, uyumsuz, kolay para kazanmak isteyen, içkici gibi olumsuz özelliklerle tanımladığı bulunmuştur.

Deniz ve arkadaşlarının (2016) Uşak ilinde yaptığı, “Romanların maruz kaldıkları damgalanma ve dışlanma mekanizmaları” adlı araştırmada, romanların maruz kaldıkları damgalanma ve dışlanma mekanizmalarının araştırma yapılan şehir için de geçerli olduğunu, Romanların kendi mahallelerinin kamusal hizmetlerden yeterince yararlanamadığını, kendilerini ancak kendi üretimleri olan sınırlı mekanlarda rahat hissettiklerini, sosyal olarak dışlandıklarını, tahsil sahibi Romanların ise çeşitli taktikler yoluyla Roman kimliğini gizlemek durumunda kaldıklarını ortaya koymuştur.

Özgökçeler ve Bıçkı (2010, s. 234) tarafından 50 kişi ile derinlemesine görüşme yoluyla yapılan, “Özürülerin sosyal dışlanma boyutları: Bursa ve Çanakkale örneklerinden yansıyanlar” adlı çalışmada engelli bireylerin % 68'inin engelliliği nedeniyle sosyal dışlanmaya maruz kaldıkları, dışlanmadıklarını düşünen engellilerin oranının % 32 olduğu bulunmuştur.

Genç ve Dalkılıç tarafından(2013, s. 479) İstanbul'da 108 katılımcı ile yapılan “Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri” adlı araştırmada araştırmaya katılan yaşlı erkeklerin yarısının kısmen veya her zaman kendilerini dışlanmış hissettikleri, diğer yarısının dışlanmadıklarını düşündükleri, kadınların % 88,2'sinin kendilerini kısmen veya her zaman dışlanmış hissettikleri bulunmuştur. Araştırmada kadınların erkeklere göre kendilerini daha fazla dışlanmış hissetmelerinin nedenleri olarak, kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık sorunun olması ve ekonomik bağımsızlıklarının olmaması belirtilmiştir.

Dağ (2016, s. 480)tarafından Konya ilinde yaşayan 65 yaş üstü yaş grubu 7 kadın katılımcı ile nitel yöntemle yapılan “Toplumsal cinsiyet bağlamında yaşlılık ve sosyal dışlanma” adlı araştırmada yaşlılık döneminde olan kadınların yoksulluk, kamusal alandan dışlanma, göç, eğitimsizlik, rol dağılımındaki eşitsizlik, ataerkil ideoloji, ikincil konum vb. nedenlerle sosyal olarak dışlandıkları sonucu bulunmuştur.

Gökçearslan Çiftçi (2008)tarafından17 ceza infaz kurumunda 61 kişi ile derinlemesine görüşme yoluyla yapılan, “Kapkaç suçundan hüküm giyenlerin, sosyo-demografik özellikleri, sosyal dışlanma süreçleri, suç ve diğer sapma davranışlar açısından incelenmesi” adlı araştırmada;hükümlülerin çocukluk dönemlerinden buyana sosyal dışlanma olgusu ile iç içe yaşadıklarını, çalışmaya katılan hükümlülerin ekonomik alandan (*çocukluk dönemlerinde yeterince beslenememe istenilen kıyafetleri alamama, okul masraflarını karşılayamama, ev içi faturaları ödeyememe, toplu taşıma araçlarını kullanamama, kentsel mekânların dışında kalma, eğitimden dışlanma, uzun vadede nitelikli iş yaşamından dışlanma, yetişkinlik döneminde ise sabıkası nedeniyle toplumdan ve iş yaşamından dışlanma yaşadıkları*), toplumsal alandan (*kendisine ait bir gayrimenkule sahip olamama ve mekânsal dışlanma, sağlıklı hemşerilik ilişkileri kuramama, sosyal güvenceden yoksun olma,okul, sağlık ocağı, sosyal hizmetler vb. kamu hizmetlerine yeterince ulaşamama*)ve siyasal alandan dışlanma boyutunda (*hükümlülerin hemen hemen hiç*

oy kullanmadığı, siyasal düşüncesini temsil eden bir partinin olmadığı) dışlandıkları bulunmuştur.

Sosyal olarak dışlanma hem bireylerin kendi yaşamları, hem de çocuklarının yaşam fırsatları için yıkıcı etkilere sahiptir. Bu durum aynı zamanda toplum ve ekonomi üzerinde ciddi bir maliyet oluşturmaktadır (SEU, 2004, s.14).

Toplumsal olarak kabul görmüş bireylerin ihtiyacı olan kaynaklara erişimi sosyal olarak dışlanmış bireylere göre çok daha kolay olmaktadır. Bu kaynaklar sadece ekonomik kaynaklar değil, eğitim olanakları, sosyal iletişim ve destek gibi bir toplum içerisinde yaşamakla elde edilmiş olan olanaklardır. Sosyal olarak dışlanan kişilerin bunlara ulaşımı reddedilmektedir (Shaw ve ark., 2009, s. 239)

Bir sonraki bölümde sosyal hizmet perspektifinden madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma sorunu ele alınacaktır

1.2.7 Sosyal Hizmet Perspektifinden Madde Bağımlılığı ve Sosyal Dışlanma Sorununa Yaklaşım

Sosyal Hizmet ve Madde Bağımlılığı-Sosyal Dışlanma İlişkisi

Bu bölümde sosyal hizmet mesleği ile ilgili genel bilgilere yer verildikten sonra sosyal dışlanma ve madde bağımlılığı bağlantısı ele alınmıştır.

Ülkemizde ve dünyada yaşanan ekonomik ve sosyal değişimler sosyal dışlanma riskini arttırmıştır. Çeşitli dönemlerde yaşanan yapısal krizler, işsizlik oranlarını arttırarak gelir dağılımındaki adaletsizlikleri yaygınlaştırmıştır. Farklı yerleşim yerinde yaşayan kişiler bu süreçte risk gruplarına dönüşmüştür. İşsizlik, sosyal güvenlik haklarından yararlanamama temel problemler olarak yerleşmiştir. Kırdan ve düşük gelişmişliğe sahip kentlerde krizin yarattığı yapısal çelişkiler, ailelerin gelişmiş kentlere göçüne neden olmuştur. Buralara göç eden ve kentsel alandan dışlanmış yerleşim çevrelerinde yerleşen nüfusun kentle bütünleşme, kentsel yaşam içinde var olma, kentli olma beklentileri, sistemli hizmetlerle bir plan ve program temelinde karşılanamadığı için sosyal dışlanma temel bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Toplumla bütünleşemeyen, toplumdan dışlanan sosyal kesimlerin yaşadıkları yerleşim bölgeleri, böylelikle suça yönelen, maddenin ticaretinde bulunan madde bağımlılarının yaşadığı riskli alanlara dönüşmüştür (www.sosyalhizmetuzmani.org).

Sosyal hizmet sosyal sorunların çözmek, eşitsizliklerin olumsuz etkilerinden mustarip kişilere yardım etmek, bu kişileri desteklemek, toplumsal bütünleşmeyi sağlamak, bağımlılık, suç, sağlık veya eğitim gibi konularda politika alanlarındaki başarısızlıkları gidermek için uğraşmakta (Clark, 2005, s.2) kişi, grup ve toplumların ruhsal, fiziksel ve toplumsal yönlerden en yüksek refah düzeyine ulaşmalarını amaçlamakta (Kut 1988'den akt. Koçyıldırım, 1999, s. 139) tüm insanların birbiri ile eşit olduğu, her insanın değerli ve saygıya değer olduğu, haysiyetine saygı duyulması

gerektiği inancıyla marjinalize edilmiş kişi, grup ve topluluklarla dayanışma içine girerek, sosyal bütünleşmeyi, özgürlüğü ve eşitsizliği gidermeyi teşvik etmektedir (Duyan, 2012, s.7).Bu amaçla sosyal hizmet uzmanları hedef toplumu çeşitli yönlerden inceleyerek topluma ilişkin sorunlar ve müdahaleler konusunda bilgi sahibi olarak hedef gruba ne sunabileceğini belirlemektedir (Nettig, Kettner ve McMurtry 1998'den akt. Duyan, 2012, s. 387). Sosyal hizmet uygulamaları, yoksulların ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal dışlanmanın önlenmesi, toplumsal bütünleşmenin sağlanması, sağlık ve barınma sorunlarının çözülmesi ve daha pek çok sorun alanında çok geniş bir yelpazede işlev görebilmektedir (Zastrow, 2014, s. 126-128). Madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma sorununu bakımdan doğrudan sosyal hizmetin ilgi ve müdahale alanında yer alan oldukça önemli sorunlardır.

Bireyin toplumsal işlevselliğini yerine getirmesinde problemler ortaya çıktığında, bunların ortadan kaldırılması ve kişinin tekrar sosyal işlevselliğinin sağlanarak topluma kazandırılmasında, mesleki müdahalelerde bulunan sosyal hizmet bunu gerçekleştirmek için gerekli olan toplumsal kaynakları, var olan ihtiyaç ve soruna yönelik olarak kullanmaktadır. Bu nedenle bireyin sosyal işlevselliği üzerinde yıkıcı etkileri bulunan, önemli bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkan madde bağımlılığı sorunu sosyal hizmetin mesleki müdahale alanı içerisinde geniş bir yer bulmaktadır (Duman, 2001, s.93). Madde bağımlılığı sorunu sosyal hizmetin, hem birey, aile ve toplum odağında, hem de mikro, mezzo ve makro olmak üzere tüm düzeylerde işlevsel olabileceği bir sorun alanıdır. Bu nedenle madde bağımlılığı sorun alanında sosyal hizmet müdahalelerinin etkin uygulamaları oldukça önemli olmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sosyal hizmet uygulamaları yaygın bir biçimde bütüncül yaklaşım üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ekolojik yaklaşım ve güçlendirme ağırlıklı bütüncül bir ele alış, madde bağımlılığı sorun alanında oldukça yararlı bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (İl, 2001, s. 180).

Madde bağımlılığı başta bağımlının kendisine olmak üzere, bağımlının aile ve iş hayatına, dolayısıyla içinde bulunduğu ülkenin ekonomisine ciddi zararlar

vermekte ve toplumların hem bu gününü hem de geleceklerini tehdit etmektedir (Uyuşturucu ile M¼cadele Y¼ksek Kurulu Faaliyet Raporu 2014-2015, s.12). T¼m bu nedenlerden dolayı madde bağımlılığı bireysel bir sorun olarak sınırlandırılmamaktadır ve sorun, çok boyutlu tanımlanması ve değerlendirilmesi gereken t¼mleřik bir yapı olarak g¼r¼lmektedir (Balseven ve ark., 2002, s.91).

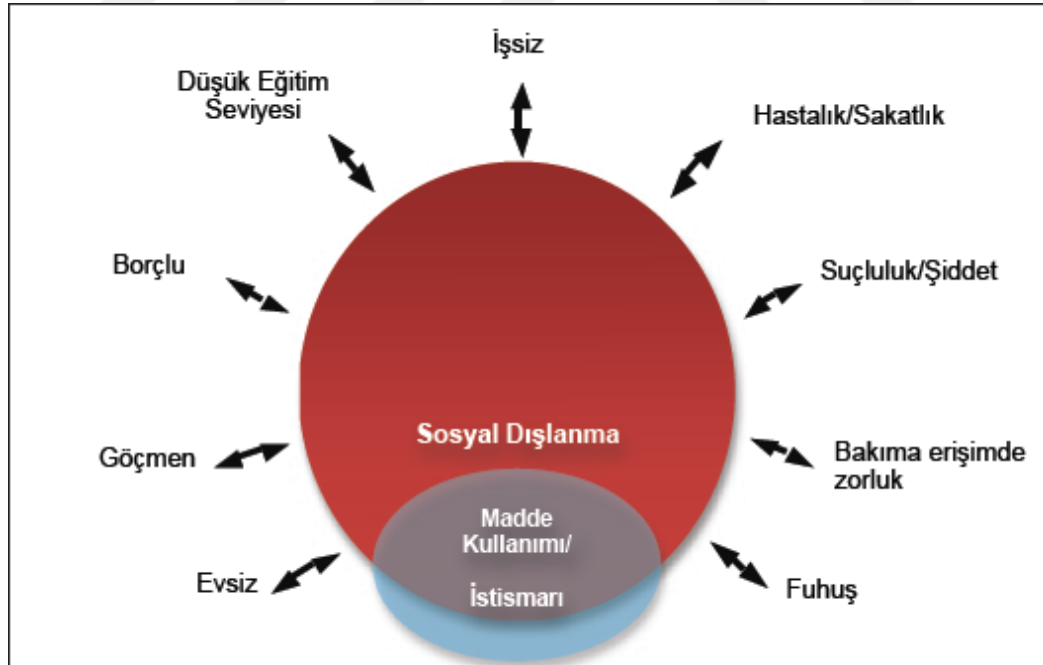
Madde bağımlılığı kişinin sosyal yaşamını derinden etkileyerek, bireyi sadece madde kullanıcıları ile çevrili, yaşadığı toplumdan soyutlanmış bir yaşam içerisine itmektedir. Sosyal olarak dışlanan madde bağımlısı bireyler b¼ylelikle diğer madde kullanan bireylerle birlikte alt k¼lt¼r eğilimi içine girmektedirler (Duman, 2001, s.88). Madde bağımlısı bireyler, toplumla geçerli ve gerçekçi ilişkiler toplumsal ilişkiler kuramamaktadır ve bireyler ve toplum tarafından da dışlanmaktadır. Madde bağımlısı bireyler bağımlılığa bağlı olarak, içine, okuluna gidememekte, sorumsuz davranışları nedeniyle ¼ęretmen, arkadaş, işveren ile çatışma yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum kişinin, işinden, okulundan ve ilişkilerinden uzaklaşmasına sebep oluşturmaktadır (Beyazy¼rek 1995'den akt. Duman 2001, s.88). Sosyal dışlanma konusu, yoksulluk, madde bağımlılığı, işsizlik, g¼menlik vb. gibi çok farklı alanlarda farklı g¼r¼n¼mlerde var olmakta ve sosyal hizmet m¼dahale alanları içinde geniş bir yer bulmaktadır. Sosyal dışlanma sorunu, madde bağımlılığı ile bir arada d¼ř¼n¼ld¼ę¼nde, sosyal sorunu hem karmaşık hem daha b¼y¼k hale getirmektedir.

Madde kullanımı yaşam koşullarının bozulmasına yol açmakta, sosyal marjinalleşme s¼releri de madde kullanmaya başlamak için bir neden olabilmektedir. Bununla birlikte, madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma birbirinin kesin bir nedeni değildir. ¼nk¼ sosyal dışlanma, t¼m madde kullanıcıları için geçerli değildir. Bu karmaşıklığı da d¼ř¼n¼erek, hem sosyal olarak dışlanmış topluluk içindeki madde kullanımını hem de madde kullanıcıları arasındaki sosyal dışlanmışlığı analiz etmek m¼mk¼nd¼r. Şekil 1.1'de madde kullanımı ve sosyal

dışlanma arasındaki ilişki gösterilmektedir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkez Yıllık Raporu, 2003, s.65).

Sosyal dışlanma ve madde kullanımı arasındaki sosyal koşullara dair, tedavi görmüş nüfus içinde daha fazla veri mevcuttur. Madde kullanımı ile ilişkili sosyo-ekonomik faktörler, düşük eğitim düzeyi, erken dönemlerde okuldan ayrılma ve okuldan atılma, işsizlik, düşük maaş ve güç işler, düşük gelir ve borç, evsizlik ve barınma zorluğu, ölüm ve madde kullanımı ile ilgili hastalıklar, tedaviye erişim güçlüğü ve sosyal damgalanma olarak ortaya çıkabilmektedir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Yıllık Raporu, 2003, s. 65).

Şekil 1.1Sosyal dışlanma ve madde kullanımı arasındaki ilişki (Tomas, 2001 ve Carpentier 2002'den akt.EMCDDA, 2003, s. 65)



Sosyal hizmet mesleği bireyin toplumsal işlevselliğinin yerine getirilmesinde tikanıklar söz konusu olduğunda bunları ortadan kaldırmak ve tekrar işlevselliği

oluşturmak amacıyla mesleki müdahalede bulunur. Madde bağımlılığı da işlevselliği ortadan kaldıran çok ciddi bir sorundur. Sosyal hizmet bu sorunla ilgili koruyucu-önleyici, eğitici- destekleyici ve tedavi edici- rehabilite edici yönde çalışmalarda bulunmaktadır. Madde bağımlılığı ile mücadele önleyici ve tedavi edici olmak üzere iki aşamalı düşünülmelidir. Bağımlılık için yapılacak mücadelede sosyal hizmet uzmanları birlikte çalıştığı ekip içinde mesleki müdahalelerini gerçekleştirmektedir. Önlemeye yönelik çalışmalarda okullarda yapılan çalışmalar oldukça önemli olmaktadır. Okullarda istihdam edilecek sosyal hizmet uzmanlarının öğrencinin madde kullanmaya yönelmesini fark etmesi ve gençlerin özel problemleriyle ilgili kişisel çalışmalar ve grup çalışmaları yapması, anne baba ve öğretmenler ve diğer meslek elemanları arasında işbirliğini sağlaması, okullarda gençlere ve ailelere yönelik eğitici çalışmaların hayata geçirmesi madde bağımlılığı ile tüm aşamalarda mücadele için oldukça işlevsel çalışmalardır. Bununla birlikte madde bağımlılığını önlemede sosyal hizmet uzmanları çeşitli kurumlarda, önleyici, eğitici ve tedavi edici program ve hizmetlerde görev alabilmektedir. Bunlar arasında ruh sağlığı merkezleri, gençlik merkezleri, aile danışma merkezleri, çeşitli kendine yardım grupları sayılabilmektedir (Duman, 2001, s. 93-96).

Tedavi öncesine ilişkin temel müdahale noktalarından ilki, ergenin içinde bulunduğu sosyal ağlarıdır. Bu ağların sosyal hizmet uzmanlarınca tanımlanması ve madde ile ilişkisinin değerlendirilmesi oldukça önemli bir başlangıç noktasıdır. Bu noktada aile ilişkileri ve akran/arkadaş ilişkileri, çocuk, ergen ve gençlerin sosyal ağları iyi değerlendirilerek risk durumları belirlenebilmektedir. Sosyal hizmet müdahalesinin başka bir bileşenini kişiyi madde kullanımına yönelten ve onu incinebilir hale getiren çevresel etkenlerin tanımlanması oluşturmaktadır. Bu etmenler ergenin okulu, işyeri, yaşadığı yer ve boş zaman aktivitelerini geçirdiği yerler aracılığıyla ön plana çıkmaktadır. Ekolojik yaklaşımın vurgu yaptığı “çevresinde içinde birey” bakış açısıyla fiziksel çevrenin (maddeye ulaşım, madde kullanımına ilişkin normlar, kullanım yaygınlığı ve sosyal kontrol vb.) risklerinin ortadan kaldırılmasında sosyal hizmet uzmanları tarafından gençler için alternatif mekânlar oluşturma, boş zaman aktivitelerini yapabilecekleri uygun yaşam alanları,

çeşitli sosyal hizmet sağlayan kuruluşların oluşturulması gibi çalışmalar dikkate alınarak mezo ve makro düzeyde sosyal hizmet müdahaleleri oluşturulabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları makro düzeyde bağımlılığın önlenmesine yönelik politika ve hizmetlerin geliştirilmesinde işlev göstererek, gençlerin eğitim ve çalışma yaşamı içerine dâhil edilmesine yönelik müdahalelerde bulunmalıdır (Polat, 2012, s. 271-273).

Sheafor ve Horejsi (2014, s. 569-571) madde bağımlısı bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki müdahalelerinde aşağıdaki genel esasları göz önünde bulundurması gerektiğini ifade etmektedir;

- a) Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı toplumda yaygın görülebilen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Müracaatçı, sosyal hizmet uzmanı ile görüşmesi sırasında madde bağımlılığı sorununun olduğundan söz etmese bile sosyal hizmet uzmanı, müracaatçısında bağımlılık veya madde kötüye kullanımına karşı dikkatli olması gerekmektedir. Mesleki değerlendirmelerinde müracaatçının alkol ve alkol dışı madde kullanımı hakkında bazı sorular sormalıdır. Bağımlılar, genellikle var olan kişisel problemleri ile madde kullanımı ya da madde bağımlılığı arasında ilişki kurmamaya eğilim göstermektedir. Bu bakımdan sosyal hizmet uzmanın bağımlı kişiyle motivasyonel görüşme yapmalı ve kişisel problemler ve madde kullanımı arasındaki bağlantının anlaşılmasına yardımcı olmalıdır.
- b) Sosyal hizmet uzmanları madde bağımlılığının birey üzerindeki ciddi etkilerini azımsamamalıdır. Çünkü madde bağımlılığı kişi ve madde arasında oluşan patolojik bir ilişkidir. Bu patolojik ilişkinin sürmesi kişiyi istemediği ya da zarar veren davranışlara sürükleyebilmektedir.
- c) Sosyal hizmet uzmanı, mesleki çalışmalarını sürdürdüğü zaman diliminde kamu güvenliğini tehdit eden ve maddenin tesiri altında bulunan bir müracaatçısı ile

karşılaştığında dikkatli olmalıdır. Uzman yasal ve etik görevlerinin farkında olmalı, yaralama, ölüm ya da başka trajik bir olayın önüne geçilmesine yönelik çaba içinde olmalıdır.

- d) Müracaatçı daha önce planlanan bir görüşmeye madde tesiri altında gelebilir. Bu durumda uzman görüşmeyi ertelemek için kibar ve kesin bir tutumla kişiye yaklaşmalıdır. Bu durumda müracaatçı uzman ile çatışmacı bir diyalog içine girebilir. Bu durumda uzman tutalı davranmalı ve sakinliğini sürdürmelidir.
- e) Sosyal hizmet uzmanları, madde bağımlılığının gerçek yaşamdaki sonuçları için müracaatçıya kalkan olmamalı ya da bunlardan madde bağımlısı bireyi korumamalıdır. Örneğin kişiye maddi yardımda bulunmak bu türden bir davranıştır.
- f) Sosyal hizmet uzmanları, madde bağımlısı ile uzun süreler birlikte olma sonucu olarak ortaya çıkan duygusal bağımlılık hakkında bilgili olmalıdır. Madde bağımlısıyla birlikte yaşayan kişiler bağımlının sorumsuz davranışları için bahaneler üretebilir korumacı bir davranış içine girebilir ve kendi ihtiyaçlarını ikinci plana alabilmektedir.
- g) Madde bağımlısı bireyin bir tedavi programına yönlendirilmesinde arkadaşlarının ve ailesinin desteğine muhtemelen ihtiyaç olacaktır. Sosyal hizmet uzmanı bireye ulaşmak, planlama yapmak ve yardım sürecinde onlarla bağlantı kurmak gerekebilecektir. Sosyal hizmet uzmanı bu kişilerin de madde bağımlısı olabilecekleri ve bireye madde kullanımı konusunda katkı veriyor olabilecekleri ihtimalini atlamamalıdır.
- h) Sosyal hizmet uzmanı çeşitli açık tedavi programlarına katılmalı ve iyileşme programları hakkında bilgili olmalıdır. Bununla birlikte madde bağımlılığı tedavi görmüş bireylere, tekrar başlama riski oluşturan durumlara ilişkin saptama ve plan yapma konusunda yardım etmelidir.

Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet uzmanının işlevleri, değerlendirme, bağımlılığın tedavisine ilişkin psiko-sosyal müdahaleler ve taburculuk planlaması olarak gruplandırılabilir. Çevresi içerisinde birey bakış açısıyla bağımlı birey ve ailesini değerlendiren sosyal hizmet uzmanı oluşturulacak tedavi planında sosyal müdahaleler için bir temel oluşturmaktadır (Polat, 2014, s.144). Literatürde sosyal hizmet uzmanlarının, çeşitli sorunların çözümünde uygulama aşamalarının neler olduğuna ilişkin çeşitli önerilere rastlanmaktadır. Bu öneriler genellikle altı aşamada yoğunlaşmaktadır. Bunlar;

- a. Sorunun ve müracaatçı sisteminin tanınması ve tanımlanması
- b. Veri toplama
- c. Durum saptama ve müdahale planının oluşturulması
- d. Müdahaleyi yerine getirme
- e. Değerlendirme
- f. Sonuçlandırmadır (Compton ve Galaway 1975'ten akt. Duyan, 2001).

Sosyal hizmet uzmanları madde bağımlılığının önlenmesinde ve madde bağımlılığının tedavisi ve tedavi sonrası izleme çalışmalarında bu uygulama adımlarını kullanarak müdahalelerini gerçekleştirebilmektedir. Bu uygulama adımları sosyal hizmet uygulamalarının belirli bir düzen içerisinde hayata geçirilmesinde ve sosyal hizmet uzmanları için iyi bir çalışma planı oluşturmada oldukça yararlı olacaktır.

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW, 2013, s. 13-17) madde bağımlılığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için bir dizi standart geliştirmiştir. Buna göre sosyal hizmet uzmanları mesleki müdahalelerini aşağıdaki standartlar çerçevesinde gerçekleştirmelidir. Bunlar;

- 1) *Etik ve Değerler*: Madde bağımlıları ile çalışan sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet mesleğinin etik ve değerlerine bağlı kalmalı, madde bağımlılığı ile sosyal hizmet uygulamasının kendine özgü bakış açısını ve madde bağımlılığı bulunan

müracaatçıların ve ailelerinin ihtiyaçlarını değerlendirirken Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliğinin etik kodlarını kullanmalıdırlar.

- 2) *Yeterlilik*: Madde bağımlısı müracaatçılarla çalışırken mesleki uygulamayla ilgili olarak, Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği tarafından belirlenen ve ulusal yasalarla uyumlu olan, sosyal hizmet mesleğinin temel bilgi ve anlayışa sahip olarak mesleki uygulama koşullarını yerine getirmelidirler.
- 3) *Değerlendirme*: Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıya uygun teşhis ve tedavi planı sağlamak için hali hazırda devam eden değerlendirmelerini yönetmelidirler.
- 4) *Müdahale*: Sosyal hizmet uzmanları müdahalelerinde değerlendirme ve kanıta dayalı uygulamalara dayanmalı ve bilgili olmalıdırlar.
- 5) *Karar Verme ve Uygulamayı Değerlendirme*: Sosyal hizmet uzmanları, hizmet sunumunda rehberlik etmek, uygulamalarını düzenli olarak değerlendirmek ve müracaatçıya yönelik hizmetleri geliştirmek ve genişletmek için veri kullanmalıdırlar.
- 6) *Kayıt Tutma*: Sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmetlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesiyle ilgili, yasalara ve etik kodlara uygun, doğru kayıt ve veri saklamalıdır.
- 7) *İş Yönetimi*: SHU'lar, madde bağımlısı müracaatçılara hizmet sağlarken sorumluluklarını yerine getirmek ve kritik rollerini netleştirmek için iş yüklerini organize etmelidir.
- 8) *Mesleki Gelişim*: Sosyal hizmet uzmanları madde bağımlısı ve ailesine en güncel, yararlı ve kültürel olarak en uygun servisi sağlamak için bilgi ve becerilerini sürekli arttırmalıdırlar.

- 9) *Kültürel Yeterlilik*: Sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarına ve ailelerine, kültürel bir anlayış ve yetki bağlamında hizmet vermelidirler.
- 10) *Disiplinlerarası Liderlik ve İş Birliği*: Sosyal hizmet uzmanları pozitif tedavi ortamları geliştirmede, diğer profesyonellerle süpervizyonda, madde bağımlılığı ile ilgili tedavi ve araştırmalarda ve idari yönetimde liderlik sağlamalıdır.
- 11) *Savunuculuk*: Sosyal hizmet uzmanları madde bağımlısı kişiler ve aileleri için en uygun hizmetlere zamanında erişim için savunuculuk yapmalıdırlar.
- 12) *İşbirliği*: Sosyal hizmet uzmanları madde bağımlısı bireyler ve ailelerine efektif hizmetler vermek için disiplinler arası ve örgütler arası iş birliğini geliştirmelidirler.

Bedensel ve ruhsal kökenli hastalıkların tedavisinde çok yönlü bir yaklaşım öne çıkmıştır. Bu yaklaşımın temelinde hastalıkların tedavisinde bireysel, kültürel, çevresel faktörlerin önemli belirleyiciler olması bulunmaktadır. Hasta bireyin tedavisi, onun kişilik özellikleri, sosyal destek sistemleri, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sosyo-ekonomik düzeyi ve içinde yaşadığı toplumun gelişmişlik düzeyi ve bunun gibi pek çok faktöre bağlı olarak biçimlenmektedir. Bu biçimlenişe göre tedavi ve müdahalenin etkisi daha yavaş ya da daha hızlı olabilmektedir. Örneğin madde bağımlılığı ile ilgili tedavi yalnızca zihinsel, duygusal, bilişsel ve ruhsal bileşenlerle değil, aynı zamanda sosyo-kültürel ve ekonomik bileşenlerin de dikkate alınması, tedavinin çok disiplinli ekip anlayışı çerçevesinde gerçekleştirilmesi ile daha işlevsel olabilmektedir. Böyle bir zorunluluk sosyal hizmet uzmanlarının tedavi ekibi içerisinde yer almalarını zorunlu kılmıştır (Arıkan, 2001, s. 27). Tüm madde bağımlılıklarında, bağımlılıktan mustarip olan kişiler ve çevresi tedavi sürecinde de sosyal hizmet uzmanlarının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Kimyasal bağımlılık sorununda yardım sürecinde sadece bağımlı kişiye değil, bağımlının ailesine, çalışma yaşamına odaklanmak gerekmektedir. Bu nedenle madde bağımlılığı için yapılacak mücadelede tedavi ekibinin bir üyesi olarak sosyal sosyal hizmet uzmanı önemli bir işlev görmektedir. Sosyal hizmet uzmanları birlikte çalıştığı ekip içinde mesleki

müdahaleler gerçekleştirerek madde bağımlılığının tedavi ve rehabilitasyonunda tedavi ekibinin bir parçası olarak görev almalı, ekip içinde koruyucu-önleyici, eğitici-destekleyici ve tedavi-rehabilitasyon edici düzeylerde çalışmalarını sürdürmelidir (Duman, 2001, s.93).Türkiye’de madde bağımlılığı tedavisi, oldukça net sınırlarla çizilmiştir ve tıbbi tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon hizmetlerinde önemli bir boşluk bulunmaktadır. Bu nedenle klinik ortamda çalışan sosyal hizmet uzmanının koruyucu önleyici nitelikte çalışmalarda, tedavi sırasında ve sonrasında kişinin sosyal yaşama dönme sürecinde oldukça önemli katkıları bulunmaktadır (Polat, 2012, s.146).

Sosyal hizmet uzmanlarının çalışmaları tedavi sonrası izleme boyutunda da devam etmektedir. Bu çalışmalar;

Değerlendirme: Hastanın mevcut ve potansiyel güçlü yanlarının, çeşitli ihtiyaçlarının ve zayıf yönlerinin belirlenmesine,

Planlama: Her hasta için ihtiyaç duyulan günlük faaliyetlere ilişkin özgün hizmet planı oluşturulmasına,

Bağlantılandırma: İhtiyaç duyulan, resmi ya da resmi olmayan tüm hizmetlere havale edilmesine,

İzleme: Hastanın gelişiminin sürekli izlenmesine,

Savunma: Birey ve bireyin dâhil olabileceği grup düzeyinde insancıl eşitliği sağlamayı amaçlayan ve hasta yararına aracılık yapılmasına yönelik çalışmalardır (Johnson ve Rubin 1983’den akt. Arıkan, 2001, s. 29).

Tedavi aşamasında sosyal hizmet uzmanlarının en önemli müdahale alanı madde bağımlılığı tedavisi sürecinde, bağımlı bireyin tedavi sürecinden maksimum

fayda sağlayacak şekilde çalışmalar gerçekleştirmektir. Hastanın/müracaatçının tedaviden yarar sağlaması birçok değişkenle ilişkilidir. Kişinin tedaviye ilişkin motivasyonun sağlanması, tedavi kuruluşunun işleyişi ve kurallarına dair bilgi sağlanması, tedaviye uyumun sağlanması, yapılan değerlendirme çerçevesinde müdahale planının oluşturulması, tedavide bireylerin katılımının önemsenerek kişilerinde tedaviye katılımın teşviki, tedavi sonraki sürece hazırlık yapılması sosyal hizmet müdahalelerinin önemli bileşenlerinden bazılarıdır. Yine bu süreçte bağımlı bireylerin tedavi sırasında kuruluş içinde sosyal ilişkilerin düzenlenmesi ve ayrıca tedavi ekibi ile kişinin kurdukları ilişki tedavinin etkililiği bakımından önem taşımaktadır. Bu nedenle kuruluş içinde profesyonel ekiple ve sosyal hizmet uzmanları ile olumlu ve yeterli etkileşimin desteklenmesi tedaviden maksimum fayda görülmesine olanak sağlayacaktır (Polat, 2012, s. 274-275).

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği'ne göre (NASW, 2013, s.6-19).Madde bağımlılığında tedavi öncesi, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında çeşitli sosyal hizmet uygulamaları gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda aşağıda sayılan spesifik bilgilerinin olması gerektiğini bildirmektedir. Bunlar;

- a) Madde bağımlılığı ve bağımlılıkla ilişkili psikolojik problemler ve madde kullanımının vücuttaki uzun dönemli etkilerini,
- b) Müracaatçının haklarının neler olduğunu ve madde bağımlılığına yönelik hizmetler ile ilgili yasal mevzuatı,
- c) Danışma müdahalelerini, uygulama metotlarını, tedavi modellerini,
- d) Madde bağımlılığı olan müracaatçılara yönelik müdahalelerde grup süreçlerini ve diğer dinamiklerin neler olduğunu,
- e) Madde bağımlısı bireylerin içinde yer aldığı sosyo-ekonomik koşulları, beslenme, barınma, ailesel ve toplumsal şiddet gibi konular ile ilişkili tedavi motivasyonunu,
- f) Bireylere, ailelere, gruplara ve topluma yönelik müdahalelerin neler olduğunu,
- g) Çeşitli müracaatçı kesimlerine yönelik (engelli, yoksul vb. özel nüfus gruplarına yönelik) müdahalelerin neler olduğunu,

- h) Aile, arkadaş, toplum ve diğer destek sistemlerine ilişkin bilgileri,
- i) Kendi kendine yardım ve akran destek grupları gibi oluşumları,
- j) Bağımlılığa yol açan maddeler ve çeşitli ilaçlar hakkındaki bilgileri içermektedir.

Bunlarla birlikte madde bağımlılığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları;

- a) Madde kullanan müracaatçı ve onların ailelerinin ihtiyaçlarını değerlendirebilmek için çoklu düzeyde sistematik değerlendirme, veri toplama ve bunları yorumlama, görüşme, doğrudan gözlem ve araştırma yapma, standart araçları kullanma becerilerine sahip olmalıdır.
- b) Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçılar için uygulanacak tedavi planı hakkında onları bilgilendirmek için güvenilir ve geçerli değerlendirme yapabilmelidir.
- c) Madde bağımlılığının karmaşık yönlerinin anlaşılması amacıyla değerlendirmelerini biyopsikososyal perspektif ve işlevsel yaklaşımlar etrafında yapmalıdır öncelikler müracaatçıların ihtiyaçları, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki becerileri, program ihtiyaçları, araştırmalar ve diğer kaynakların mevcudiyeti temel alarak oluşturmalıdır.
- d) Madde bağımlısı bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanları, en iyi uygulamalarını gerçekleştirmek için, rollerini ve sorumluluklarını mevcut çerçevede sürdürürken iş yükünü ve görevlerini gereği gibi yapabilmek ve iletişimi arttırmak için teknolojiyi kullanabilmeli, bilgiyi elde edebilmeli ve organize edebilmelidir.
- e) Madde bağımlılığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları hizmet ettiği popülasyonla ilişkili bilgi ve becerilerini arttırmaya yönelik mesleki gelişim faaliyetlerine katılmalıdır.
- f) Zaman olduğu sürece mesleğin gelişmesine katkı vermek için stajyer sosyal hizmet uzmanlarının eğitime ve süpervizyonuna katkı sağlamalıdır.

- g) Sosyal hizmet uzmanları madde bağımlılığı ile ilgili kültürel konuların etkilerine yönelik farkındalığa sahip olmalıdır (NASW, 2013, s. 9-19).

Madde bağımlısı bireylerin aileleriyle çalışan sosyal hizmet uzmanların mesleki müdahalelerini yerine getirirken sahip olduğu rol ve fonksiyonlarını aşağıdaki çalışmalar etrafında gerçekleştirmektedir;

- a) Aileyle mesleki ilişki sürecini başlatarak işbirliği yapmak ve ailenin problem çözme ve sorunla baş etme kapasitesini arttırmaya yönelik çalışmalar,
- b) Aileyi bağımlılık süreci, bağımlılık tedavisi hakkında bilgilendirmek ve ailenin tedaviye katılımını sağlamaya yönelik çalışmalar,
- c) Aile üyeleri arasında kısır döngüye dönüşen iletişimlerin yerine problem çözücü yeni iletişim tarzlarının oluşmasına yardımcı olmaya yönelik çalışmalar,
- d) Aile üyelerinin her birinin kendi yaşamlarıyla ilgili sorumluluk üstlenmelerine ve aile içindeki bağımlı bireyin sorumluluklarını üstlenmemelerine yardımcı olmaya yönelik çalışmalar,
- e) Aile bireylerinin bağımlı birey ve sistemle kurdukları, bağımlılığı besleyen sağlıklı ilişkilerinin sonlanmasına yardımcı olmaya yönelik çalışmalar ve
- f) Aileyi gerektiğinde toplumsal hizmet ve kaynaklardan yararlandırmak amacıyla yapılan çalışmalar olarak sıralanabilmektedir (Mutlu, 2015, s.16).

Madde kullanımı ve madde bağımlılığı soruna, toplumun bakışını belirleyen iki etken bulunmaktadır. Bunlar maddenin doğrudan etkileri ve maddenin oluşturduğu etkilere ilişkin bir grubun algısıdır. Bağımlılık yapıcı maddenin etkileri ile toplumun bu etkilerle ilgili algısı çoğu zaman örtüşmemektedir. Örneğin zarar verici maddenin etkileri bilindiği halde bu maddelerin kullanımı sürdürülebilmektedir. Bağımlılık yapıcı maddelere karşı toplumun verdiği tepki, maddenin bireyler üzerindeki etkisine, kullanıcıların toplumsal özelliklerine ve yaşam şekillerine bağlıdır. Toplum, çeşitli hapların orta yaşlarda stres ve kaygıyı azalmak için kullanılmasını genel olarak onaylarken, aynı hapın bir üniversite

öğrencisi tarafından kendisini iyi hissetmek için kullanmasını doğru bulmamaktadır (Zastrow, 2014, s. 359). Bununla birlikte toplum tarafından madde bağımlısı bireylere yönelik olumsuz algılar bulunmaktadır. Madde kullanan kişilere yönelik olumsuz tutumların bu kişilerin sosyal hayatta kabul edilmemelerine yol açmaktadır.

Madde bağımlılığı sosyal dışlanma, etiketlenme ve güven kaybı oluşturabilmektedir. Tedavi sonrasında madde bağımlısı bireylerin tekrar sosyal bütünleşmesine olanak verecek sosyal bir ağ oluşturulmasında sosyal hizmet uzmanları bireyler ve aileleri ile çalışabilmektedir. Bu amaçla uzmanlar bireylerin yapılandırılmış sosyal aktivitelere ve destek gruplarına yönlendirebilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları bu tür sosyal kuruluşlar ile madde bağımlısı bireylerin buluşturulmasında aracılık edebilmektedir. Madde bağımlısı bireylerin tekrar okul ve iş yaşamına dahil olması için sosyal hizmet uzmanları sosyal politika çalışmalarına katılabilmektedir. Tedavi sonrası yaşam planlarının oluşturulmasında, uygun yönlendirmelerin yapılmasında, tedavi sonrası izlemin geliştirilmesinde sosyal hizmet uzmanları temel müdahalelerini kullanabilmektedir (Polat, 2014, s. 275-276).

Madde bağımlısı kişiler bağımlılıktan, toplumdan izole bir halde yaşayarak kurtulamamaktadırlar. Bağımlılıktan kurtulma süreci, sosyal dışlanma ve yerel toplumlar içinde sosyal rollerin tam anlamıyla yerine getirilip getirilememesi durumuyla yakından ilişkilidir. Umut, bağımlılıktan kurtulmada esas olmaktadır ve kendi yaşamı üzerinde daha dinamik bir role sahip olan her kişi bağımlılıktan kurtulma noktasında daha umutlu olabilmektedir (Manchester Health 2015'den akt.Peters, 2015). Bu yüzden madde bağımlılığı konusu ele alınırken sosyal dışlanma ve sosyal bütünleşme hususları birlikte değerlendirilmeli, sorun sadece tıbbi bir tedavi gerektiren bir hastalık durumu olmaktan çok psikolojik, sosyal, ekonomik yönleriyle bir bütün olarak birlikte değerlendirilmelidir.

Bir sonraki bölümde araştırmanın amacına, önemine ve sınırlılıklarına yer verilmiştir.

1.3 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algılarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın alt amaçları çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

- I. Madde bağımlısı bireylerde sosyal olarak dışlandığını düşünen madde bağımlısı bireyler en fazla kim/kimler tarafından dışlandığını düşünmektedir?
- II. Madde bağımlısı bireylerin gibi demografik özellikleri (cinsiyeti, yaşı, medeni durumu) sosyal dışlanma algılarında belirleyici bir etken midir?
- III. Kullanılan maddenin çeşidi, başlama yaşı ve çoklu madde kullanımı sosyal dışlanma algısında belirleyici etkenler midir?
- IV. Madde nedeniyle ceza alma-ceza infaz kurumunda kalma sosyal dışlanma algısında belirleyici bir etken midir?
- V. Madde bağımlısı bireylerin ikamet ettiği çevre koşulları, ekonomik koşulları ile sosyal dışlanma algıları arasında bir ilişki var mıdır?
- VI. Madde bağımlısı bireylerin aile özellikleri (aile bütünlüğü ve aile biçimi) ile sosyal dışlanma algıları arasında bir ilişki var mıdır?
- VII. Ailede madde kullanan kişilerin varlığı ile sosyal dışlanma algıları arasında bir ilişki var mıdır?
- VIII. Kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında bir ilişki var mıdır?
- IX. Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenleri ile sosyal dışlanma algıları arasında ilişki var mıdır?

1.4 Araştırmanın Önemi

Çok sayıda insanı etkileyen madde bağımlılığı sorunu çok boyutlu, çok etkenli, karmaşık bir sorundur. Madde bağımlılığı normal işlev gösteren bireyin, ailenin, toplumun ve daha geniş kitlelerin işlevselliğinde sorun oluşturmakta ve işleyen sistemlerde bir bozulma ortaya çıkmaktadır.

Madde bağımlılığının ilişkili olduğu başka önemli bir sosyal sorun da sosyal dışlanmadır. Marjinalize edilmiş bir grup olarak madde bağımlıları, sosyal dışlanma riski altında bulunan gruplardan birisidir ve madde bağımlılığı bir sosyal dışlanma nedeni olarak görülmektedir. Hangi kişi ya da gruplara yönelik olursa olsun sosyal dışlanma tek başına bir sosyal sorun iken, bağımlı kişilerin sosyal dışlanması daha büyük bir sosyal sorun haline gelmektedir.

Bağımlılıkla ilgili yapılan her çalışma çok disiplinli bir değerlendirme ve müdahaleyi gerektirmektedir. Bu disiplinlerden biri de sosyal hizmettir. Madde bağımlılığı sorununda önemli bir mesleki işlevi olan sosyal hizmet mesleği, madde bağımlılığı sorununun önlenmesi, sorunla mücadele, sorunun çözümü gibi çeşitli aşamalarda geniş bir işlev görmektedir.

Bireyin toplumsal işlevlerini yerine getirmesinde sorunlar ortaya çıktığında, tekrar sosyal işlevselliğin sağlanabilmesi için bu sorunların ortadan kaldırılması ve kişinin tekrar işlevselliğinin sağlanıp, topluma kazandırılmasında mesleki müdahalelerde bulunmak, sosyal hizmet mesleğinin temel işlevlerinden birini oluşturmaktadır. Bu nedendir ki, madde bağımlılığı sorunu sosyal hizmet mesleğinin temel müdahale alanlarından birini oluşturmaktadır. Madde bağımlılığı ile ilişkili görülsün ya da görülmesin sosyal dışlanma konusu da mesleğin doğası gereği sosyal hizmetin müdahale alanında yer bulan önemli bir sorundur. Çünkü

meslek doğası gereği sosyal adalet, eşitlik, insan hakları kavramlarına sıkı sıkıya bağlıdır. Sosyal dışlanma ve madde bağımlılığı ilişkisi literatürde iki yönlü bir neden sonuç ilişkisi bağlamında ele alınmaktadır. Sosyal hizmet, iç içe geçen madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma sorununda önemli bir yere sahiptir.

Araştırma, madde bağımlılığı sorunu bağlamında çeşitli boyutlarıyla sosyal dışlanma olgusuna dikkat çekmesi, madde bağımlılığı ile mücadelede sosyal bütünleşmenin önemini sosyal hizmet perspektifinden ortaya koyması, konu hakkında yapılan az sayıdaki bilimsel çalışmalardan birisi olması bakımından önemli görölmektedir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Ankara AMATEM’de yatılı ya da ayaktan tedavi gören bağımlılarla sınırlı tutulmuştur.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Modeli

Araştırma ilişkisel tarama modeline göre yapılmış olup, bağımsız değişkenlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) araştırmanın bağımlı değişkeni olan madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları ile ilişkisi incelenmiştir. İlişkisel tarama modelleri iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Karasar, 2000, s.81). Diğer bir ifade ile ilişki açıklayıcı araştırmalarda amaç, araştırma konusu olan iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır (Aziz, 2014, s.27).

2.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM’de yatılı veya ayaktan tedavi gören madde bağımlısı bireyler oluşturmaktadır. AMATEM’in yatak kapasitesi 34 olup, yatarak tedavi görme süresi ortalama 21 gündür. Günlük ayaktan tedavi gören madde bağımlısı birey sayısı ortalama 30’dur. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde yatarak tedavi gören madde bağımlısı kişi sayısı 34’dür. Araştırmanın çalışma evreni, Kasım-Aralık 2016 tarihlerinde AMATEM’de tedavi gören 18-65 yaş arası ve araştırmaya gönüllü katılım sağlayan 110 madde bağımlısı bireyden oluşmaktadır. Yatılı hasta kapasitesi istatistiksel olarak anlamlı sonuç verecek yeterli sayıda olmadığından ayaktan tedavi gören poliklinik hastaları da çalışma evrenine dâhil edilmiş ve araştırmacının süre

olanaklarıyla bağlantılı olarak istatistiksel açıdan anlamlı sonuç alınabilecek sayıya ulaşıldığında çalışma sonlandırılmıştır.

2.3 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Veri Toplama Araçları: Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen ve 27 sorudan oluşan kişisel bilgilerin yer aldığı “Soru Formu” (Ek-2) ve Jehoel-Gijsberg ve Vrooman (2007) tarafından geliştirilen, Bayram ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçeye uyarlanan 5’li likert tipinde otuz beş maddeden oluşan “Sosyal Dışlanma Ölçek Formu” (Ek-3) kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırmacı tarafından geliştirilen soru formunun ilk bölümünde yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir durumu vb. sosyo-demografik sorular yer alırken (17 soru); ikinci bölümde bağımlılıkla ilgili (kullanma süresi, başlama nedenleri vb.) 10 soru yer almaktadır.

Sosyal Dışlanma Ölçeği, Bayram ve arkadaşları tarafından (2011) Türkçe ’ye uyarlanmıştır. Uyarlama çalışması, Bursa’daki 2493 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin boyutlarını belirlemeye yönelik kategorik temel bileşenler analizi, doğrulayıcı faktör analizi, ROC analizi, madde toplam korelasyonu kullanılmıştır. Ölçek, 1) maddi yoksunluk, 2) sosyal haklara erişim, 3) sosyal katılımcılık ve kültürel entegrasyon, 4) normlara uyma olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte sosyal haklara ulaşma boyutu iki ayrı alt boyut şeklinde ele alınmaktadır. Birinci boyut kurumlardan ve yardımlardan faydalanabilmeyi kapsarken, ikinci alt boyut ise uygun ev ve güvenli çevreden faydalanabilmeyi kapsamaktadır. Denekler ölçekteki maddelere her zaman (5 puan), sık sık (4 puan), nadir (3 puan), ara sıra (2 puan), hiçbir zaman (1 puan) seçeneklerine göre yanıt vermişlerdir. Ölçeğin

güvenilirliği için iç tutarlılık cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.85 olarak kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Cronbach alfa değeri ölçeğin birinci alt boyutu için 0.77, ikinci alt boyutun birinci alt boyutu için 0.82, ikinci alt boyutun ikinci boyutu için 0.80, üçüncü alt boyutu için 0.77 ve dördüncü alt boyutu için 0.67 olarak bulunmuştur(Bayram ve ark., 2011, s. 285-298).

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliği ve iç tutarlılığına ilişkin Cronbach alfa değeri toplam puanda 0.83 olarak kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur (Çizelge 2.1). Ancak ölçeğin üçüncü boyutu olan sosyal katılımçılık boyutu0.42 cronbach alfa değeri ile güvenilir değerler dışında kalmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin cronbach alfa değerleri çizelge 1’de gösterilmiştir. Çalışmada ölçek toplam puanı üzerinden analiz yapılmıştır.

Çizelge 2.1Çalışmada kullanılan ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler ve Cronbach Alfa değerleri

Ölçek Boyutları	Minimum- Maksimum	Ortalama±Std. Sapma	Cronbach Alfa
Boyut I: Maddi Yoksunluk	8-40	24,11±8.71	0.78
Boyut II A: Sosyal haklar (Kurumlardan ve yardımlardan faydalanabilme)	5-25	10,93±4,84	0.78
Boyut II B: Sosyal Haklar (Uygun ev ve güvenli çevre)	8-39	19,98±7,61	0.78
Boyut III: Sosyal katılımçılık	9-42	23,35±7,82	0.42
Boyut IV: Kültürel entegrasyon, normlara uyma	5-25	13,09±4,04	0.90
Toplam puan	43-152	90,56±25,04	0.83

Veri Toplama Süreci: Kasım ve Aralık 2016 tarihleri arasındapolikliniklerde ayaktan tedavi gören madde bağımlısı bireylerle hafta içi 5 gün09:00-16:00 saatleri arasında; yatarak tedavi gören madde bağımlısı bireylerleise hafta içi 16:00-19:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından,katılımcılarla yüzyüze görüşme yapılarak soru formu ve ölçek uygulanmıştır. Her görüşme gününde ortalama 5 kişiden veri

toplanmıştır. Katılımcıların hepsi yüz yüze görüşmeyi kabul etmemiştir. Form ve ölçeği tek başına doldurmak isteyen katılımcılarla birebir görüşme yapılmamış, form ve ölçekleri nasıl dolduracakları tarif edilerek cevaplamaları istenmiştir. Bu katılımcılardan 40 kişiye ait veriler, form ve ölçek sorularının çoğunluğunun boş bırakılması ve yeterli veri bulunmaması nedenlerinden dolayı geçerli ve güvenilir bulunmadığından değerlendirme dışı tutulmuştur. Kapalı bir ortamda katılımcılar formu işaretlemeye başlamadan önce çalışmanın amacı ve formların nasıl doldurulması gerektiğine ilişkin genel bir açıklama yapılmış ancak ölçekteki bazı sorular katılımcılar tarafından yeterince anlaşılır bulunmadığından kendilerine tekrar açıklayıcı bilgiler verilmiştir. Katılımcıların ölçek formunda bulunan 7. “derneklere üye olmak isterim ancak üyelik aidatı beni düşündürür”, 34. “işsizlik parası veya sosyal yardım parası alanların ek iş yapmalarını uygun karşılarım” ve 35. “başkalarının emekli veya sigorta karnelerinin kullanılarak ücretsiz muayene olunmasını veya ilaç alınmasını uygun karşılarım” maddelerinde yer alan soruları tam olarak anlayamadıkları görülmüş, örnekler verilerek kendilerine yeniden açıklama yapılmış ve formu doldurmaları sağlanmıştır.

Görüşmeler katılımcıların aynı zamanda muayene süreçlerini takip etmeleri nedeniyle uzun süreler almış, ortalama bir görüşme yaklaşık 40-50 dakikada tamamlanmıştır.

Etik Duyarlılık

Araştırmada 18-65 yaş aralığında bulunan madde bağımlısı bireylere öncelikle araştırma hakkında kısa bir bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere onam formları doldurulmuştur. Katılımcıların anlamadığı veya sormak istediği hususlarda ek açıklamalar yapılmıştır. Yüz yüze görüşme yapmak istemeyen ancak çalışmaya katılan kişilerin yeterli veri girmelerinin önemli olduğu hatırlatılmıştır.

Formda bulunan soruların, çalışmaya katılacak madde bağımlısı bireylerin özel yaşamlarına ilişkin bazı mahrem bilgileri sorgulaması nedeniyle, görüşme tedavi merkezinde bulunan, dışarıya ses geçirmeyen özelliklere sahip bir görüşme odasında gerçekleştirilmiştir.

2.4 Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Verilerin analizi için sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolünde Shaphiro Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip değişkenlerin iki bağımsız grup karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerin iki bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki den fazla grupta normal dağılan değişkenin karşılaştırılması için ANOVA ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerliğinin test edilmesinde doğrulayıcı faktör analizi, cronbach alfa değerleri ve madde toplam test korelasyonları bakılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 22.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

2.5 Çalışmanın Süresi

Çalışma 2016-2017 öğrenim yılında gerçekleştirilmiş olup, veriler 2016 yılının Kasım ve Aralık aylarında toplanmıştır.

3.BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanmış olan verilerin istatistiksel olarak çözümlenmesi sonucu ulaşılan bulgulara yer verilmiştir. Bulgular altı bölümde ele alınmıştır.

- a) Birinci bölümde,araştırmaya katılan madde bağımlısı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgulara,
- b) İkinci bölümde, bağımlı bireylerin aile özellikleri, yaşanılan çevreye ve sosyo-ekonomik koşullara ilişkin bulgulara,
- c) Üçüncü bölümde, madde bağımlısı bireylerin kullandıkları maddelere, maddeye başlama nedenlerine, sağlık durumlarına ve diğer değişkenlere ilişkin bulgulara,
- d) Dördüncü bölümde, madde bağımlısı bireylerin sosyo-demografik özellikleriile sosyal dışlanma algıları(Ölçek puanları)arasındaki ilişkilere ait bulgulara,
- e) Beşinci bölümde, madde bağımlısı bireylerin aile özellikleri, yaşanılan çevreye ilişkin özellikler, sosyo-ekonomik koşulları ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkilere ait bulgulara,
- f) Altıncı bölümde madde bağımlısı bireylerin kullandıkları maddeler, maddeye başlama nedenleri, sağlık durumları ve madde bağımlılığı ile ilişkili diğer değişkenler ile sosyal dışlanma algıları (Ölçek puanları) Arasındaki İlişkiye Ait Bulgulara yer verilmiştir. Tüm bulgular araştırma amaçları ile bu amaçlara uygun olarak ayrıntılı çizelgeler halinde sunulmuştur.

3.1 Araştırmaya Katılan Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Bu bölümde, madde bağımlılığı tedavisi için Ankara AMATEM'e başvuran madde bağımlısı bireylerin demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.1.1Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları

Değişkenler	Sayı (n)	%	
Cinsiyet	Erkek	103	93,6
	Kadın	7	6,4
Toplam	110	100.00	

Araştırmaya katılan 110 kişiden % 93,6'sı erkek, % 6,4'ü kadındır.

Çizelge 3.1.2Katılımcıların yaş dağılımları

Yaş Durumu	Sayı (n)	%
18-25 yaş	77	69,9
26-35 yaş	29	26,3
36-45 yaş	1	,9
46-55 yaş	2	1,8
56 ve üzeri	1	,9
Toplam	110	100,0

Yaş ortalama: 24,47 S: 6,30

Çizelge 3.1.2,'de katılımcıların yaş ortalamalarına yer verilmiştir. Katılımcıların yaş aralıkları 18 ve 56 yaş aralığında değişmekte olup, yaş ortalaması 24,47'dir. Araştırmaya, 18 yaşından küçük olanlar ve 65 yaş üstünde bulunan

bağımlı bireyler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmaya katılanların bireylerin % 69,9'u 18-25 yaş, % 26'ü 26-35 yaş, % 1,8'i 46-55 yaş, % 0,9'u 36-45 yaş, % 0,9'u 56 yaş ve üzerindedir.

Çizelge 3.1.3 Katılımcıların eğitim durumları

Eğitim Durumu	Sayı (n)	%
İlköğretim mezunu	62	56,4
Lise mezunu	41	37,3
Üniversite mezunu	4	3,6
Lisansüstü mezunu	1	,9
Cevap vermeyen	2	1,8
Toplam	110	100,0

Yapılan analizler sonucunda katılımcıların % 56,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, % 37,3'ünün lise mezunu olduğu, % 3,6'sının üniversite mezunu olduğu, % 0,9'unun lisansüstü bir programdan mezun olduğu, % 1,8'inin bu soruyu boş bıraktığı bulunmuştur.

Çizelge 3.1.4 Katılımcıların medeni durumları

Medeni Durum	Sayı (n)	%
Evli	90	82
Bekar	20	18
Toplam	110	100,0

Katılımcıların % 82'si evli, % 18'i bekârdır.

3.2 Bağımlı Bireylerin Aile Özelliklerine, Yaşanılan Çevreye ve Sosyo-Ekonomik Koşullara İlişkin Bulgular

Çizelge 3.2.1 Katılımcıların yaşadığı iller

Yaşanılan il	Sayı (n)	%
Ankara	104	94,5
Antalya	1	0,9
Çankırı	1	0,9
İstanbul	1	0,9
Konya	1	0,9
Bilinmiyor (cevapsız)	2	1,8
Toplam	110	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin % 94,5'i Ankara İlinde ikamet etmektedir. Bu sırayı, aynı oranlarda (% 0,9) Antalya, Çankırı, İstanbul ve Konya illeri izlemektedir. Sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların neredeyse tamamının Ankara ilinde ikamet ettiği görülmektedir. Çalışmanın Ankara AMATEM'de yapılması nedeniyle Ankara'da ikamet eden kişilerin sayısının yüksek oluşu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Çizelge 3.2.2 Katılımcıların yaşadığı konut tipi

Konut Durumu	Sayı (n)	%
Lüks villa/site	4	3,6
Apartman dairesi	96	87,3
Gecekondu	10	9,1
Toplam	110	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin % 3,6'sı villa veya sitede, % 87,3'ü apartman dairesinde, % 9,1'i gecekonduda yaşamaktadır. Katılımcıların tamamına yakınının apartman tipi konutlarda yaşamakta olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.2.3 Katılımcıların aynı adreste/çevrede oturma süreleri

Aynı adreste/çevrede oturma süresi	Sayı (n)	%
1 yıldan daha az	16	14,5
1-5 yıl arası	41	37,3
6-10 yıl arası	18	16,4
11-20 yıl arası	20	18,2
21 ve üzeri	11	10,0
Bilinmiyor (cevapsız)	4	3,6
Toplam	110	100,0

Oturma süresi (yıl)	Ortalama süre (yıl)	Std. sapma
Min =,08 (1 ay) Maks. = 56	8,17	8,00

Madde bağımlısı bireylerden yaşadıkları çevrede/ikametgâhta 1 yıldan daha az süredir oturanların oranı % 14,5, 1 ile 5 yıl arasındakilerin oranı % 37,3, 6 ile 10 yıl arasındakilerin oranı 16,4, 11 ile 20 yıl arasındakilerin oranı 18,2 ve 21 yıl ve üzerindekiilerin oranı % 10, cevap alınamayanların oranı ise % 3,6'dır. Aynı adreste veya çevrede oturma süreleri ortalama olarak 8 yıldan fazladır. Şu an yaşanan adreste/çevrede minimum oturma süresi 0,08 (1 ay) ve maksimum oturma süresi 30 yıl olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.2.4 Katılımcıların yaşadığı çevrenin sosyo-ekonomik koşulları

Yaşanılan Çevrenin Sosyo-Ekonomik Koşulları	Sayı (n)	%
Yüksek	14	12,7
Orta	87	79,1
Düşük	9	8,2
Toplam	110	100,0

Katılımcıların % 79,1'inin orta düzey sosyo-ekonomik koşullara sahip bir çevrede, % 12,7'sinin yüksek sosyo-ekonomik koşullara sahip bir çevrede, % 8,2'sinin düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip bir çevrede yaşadığı bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun orta düzey sosyo-ekonomik koşullara sahip bir yaşam çevrelerinin olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.2.5 Katılımcıların aile bütünlüğü durumları

Anne-baba durumu	Sayı (n)	%
Anne-babası sağ ve evli olanlar	66	72,6
Anne-babası sağ ve boşanmış olanlar	8	8,8
Ebeveynlerinden biri hayatta olanlar	14	15,3
Ebeveynleri hayatta olmayanlar	3	3,2
Cevapsız	19	-
Toplam	110	100,0

Araştırmaya katılan bireylerden anne-babası sağ ve evli olanların oranı % 72,6, anne-babası sağ ve boşanmış olanlar oranı % 8,8, ebeveynlerinden biri hayatta olanların oranı % 15,3, ebeveynleri hayatta olmayanların oranı % 3,2 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.2.6 Katılımcıların aile biçimi

Aile Biçimi	Sayı (n)	%
Çekirdek aile	61	67,3
Geniş aile	10	10,9
Parçalanmış	20	21,9
Cevapsız	19	-
Toplam	110	100,0

Çalışmaya katılan madde bağımlısı bireylerin % 67,3'ü çekirdek aile, % 21,7'si parçalanmış aile, %10,9'u geniş aile biçimine sahiptir.

Çizelge 3.2.7 Katılımcıların gelir getirici bir işte çalışma durumları

Çalışma Durumu	Sayı (n)	%
Evet	36	39,6
Hayır	55	60,4
Cevapsız	19	-
Toplam	110	100,0

Araştırmaya katılan bireylerden şu an itibariyle gelir getirici düzenli bir işte çalışan kişilerin oranı ise % 39,6, herhangi bir işte çalışmayan kişilerin oranı ise % 60'4 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.2.8 Çalışan kişilerin halen çalıştığı işte çalışma süreleri

Çalışma süresi (yıl)	Ortalama süre (yıl)	Std. sapma
Min = ,08 (1 ay) Maks. =23,00	5,14	6,20
Toplam Çalışma Süreleri	Sayı (n)	%
1 yıldan daha az	10	27,8
1-3 yıl arası	12	33,3
4-10 yıl arası	8	22,2
10 yıl ve üzeri	6	16,7
Toplam	36	100,0

Çalışmaya katılan ve düzenli bir işte çalışan 36 kişiden %27,8'inin 1 yıldan daha az, % 33,3'ünün 1-3 yıl arası, %22,2'sinin 1-4 yıl arası, % 16,7'ünün 10 yıl ve daha fazla süredir aynı işte çalıştığı bulunmuştur. Soruya cevap veren 36 kişiden, en az çalışma süresine sahip olanların çalışma sürelerinin 08 (1 aylık süre) olduğu ve en fazla çalışma süresine sahip olanların çalışma süresinin 23 yıl olduğu, ortalama çalışma süresinin 5,14 yıl olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.2.9 Çalışan kişilerin çalıştıkları işlerin türleri/gelir elde etme biçimleri

İşin Türü/Gelir Elde Etme Biçimleri	Sayı (n)	%
Düzenli (devamlı) iş	30	66,7
Geçici iş/mevsimlik iş	6	13,3
Kendi işinde çalışan	4	8,9
Dilencilik	1	2,2
Suç teşkil eden/yasal olmayan işler	4	8,9
Toplam	45	100,0

Çalışan 45 kişiden alınan cevaplara göre, düzenli bir işte çalışanların oranı %66,7, geçici/mevsimlik işlerde çalışanların oranı % 13,3, kendi işinde çalışanların oranı % 8,9, dilencilik yapanların oranı, % 2,2, konusu suç teşkil eden/yasal olmayan işler işlerde çalışanların oranı % 8,9 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.2.10 Halen bir işi bulunmayan kişilerin çalışmama nedenleri

Çalışmama Nedenleri	Sayı (n)	%
Eğitimime devam ediyorum	12	20,3
Emeklilik, başka gelirlerim var	9	15,2
Ailem/yakınlarım yardım ediyor /sosyal yardım alıyorum	5	8,4
Herhangi bir iş bulamıyorum	6	10,1
Sağlık yönünden çalışma engelim var	2	3,3
Bağımlılığım nedeniyle iş bulmakta, bulduğum işte de uzun süre çalışmakta zorlanıyorum.	25	42,3
Toplam	59	100,0

Şu an için herhangi bir işte çalışmadığını söyleyen kişilerden “bağımlılığım nedeniyle iş bulmakta, bulduğum işte uzun süre çalışmakta zorlanıyorum” diyenlerin oranı % 42,3, “eğitimime devam ediyorum” diyenlerin oranı % 20,3, “emeklilik ve/veya başka gelirlerim var” diyenlerin oranı % 15,2, “herhangi bir iş bulamıyorum” diyenlerin oranı % 10,1, “ailem/yakınlarım yardım ediyor /sosyal yardım alıyorum” diyenlerin oranı % 8,4,“sağlık yönünden çalışma engelim var” diyenlerin oranı ise % 3,3 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.2.11 Madde kullanım nedeniyle iş bırakma durumları

İş Bırakma	Sayı (n)	%
Evet	60	67,4
Hayır	29	32,6
Cevapsız	21	-
Toplam	110	100,0

Madde kullanım nedeniyle iş bırakmak zorunda kaldınız mı sorusuna katılımcıların % 67,4’ü evet, % 32,6’sı hayır yanıtını vermiştir.

Çizelge 3.2.12 Madde kullanım nedeniyle iş bırakma sayıları

İş Bırakma Sayısı	Sayı	%
1 defa	9	15
2-3 defa	19	31,6
4-5 defa	17	28,3
6-8 defa	10	15,8
9-11 defa	3	5
12 ve daha fazla defa	2	3,3
Toplam	60	100,0

İş Bırakma Sayısı (Kaç defa)	Ortalama	Std. sapma
Min = 1 Maks. =15	4,34	2,83

Araştırmaya katılan kişilerin % 31,6'sı 2-3 defa, % 28,3'ü 4-5 defa, % 15,'i 1 defa, % 10'u 6-8 defa, % 5'i 9-11 defa, % 3,3'ü 12 ve daha çok kez madde kullanımı nedeniyle iş bırakmak durumunda kalmıştır. Katılımcılardan en az iş bırakmak durumunda kalanların 1 defa, en fazla iş bırakmak durumunda kalanların 15 defa ve üzerinde iş bıraktığı, ortalama iş bırakma sayısının 4'ten fazla olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.2.13 Katılımcıların sosyal güvence durumları

Sosyal Güvence Durumu	Sayı (n)	%
Genel sağlık sigortası(GSS)	47	53,4
Bağ-kur/ SGK/ Emekli sandığı/ Özel sigorta	41	46,6
Cevapsız	22	-
Toplam	110	100,0

Araştırmaya katılanların % 53,4'ü Genel Sağlık Sigortası(GSS), % 46,6'sı Bağ-kur/ SGK/ Emekli Sandığı/ özel sigorta kapsamındadır.

Çizelge 3.2.14 Aylık gelir durumları

Aylık Gelir (TL)	Sayı (n)	%
Geliri yok	39	35,5
0-1.300	27	24,5
1.301-2.600	36	32,7
2.601-3.900	3	2,7
3.901-5.200	2	1,8
5.201-6.500	1	,9
6.500 ve üzeri	2	1,8
Toplam	110	100,0

Aylık Gelir (TL) n=110	Ortalama	Std. sapma
Min = 0 Maks. =10.000	1.242,27	1.471,24

Katılımcılardan herhangi bir geliri olmayanların oranı % 35,5, aylık geliri 0-1.300 TL olanların oranı % 24,5, 1301-2.600 TL olanların oranı % 32,7, 2.601-3.900 TL olanların oranı % 2,7, 3.901-5.200 TL olanların oranı % 1,8, 5.201-6.500 TL olanların oranı % 0,9, 6.500 TL ve daha fazla geliri olanların oranı % 1,8'dir. Araştırmada en düşük gelir 0 TL, en yüksek gelir 10.000 TL, aylık ortalama gelir 1.471, 24 TL olarak bulunmuştur.

3.3 Madde Bağımlısı Bireylerin Kullandıkları Maddelere, Maddeye Başlama Nedenlerine, Sağlık Durumlarına ve Diğer Değişkenlere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.1 Kullanılan maddeler ve çoklu madde kullanım durumları

Maddeler	Maddeyi Kullanan Kişi Sayısı	%
Kokain	44	40
Morfin	11	10
Eroin	82	75,4
Esrar	63	57,2
Uyuşturucu haplar (Captagon, Ekstazi, vs.)	46	41,8
Bağımlılık yapan çeşitli tıbbi ilaçlar	14	12,7
Bali/UHU/tiner/çakmak gazı vb.	33	30
Sigara/tütün	77	70
Alkol	46	41,8

Çoklu Madde Kullanım Durumu	Kişi Sayısı n=110	%
Yalnızca bir madde kullananlar	10	9,0
2 farklı madde kullananlar	83	75,4
3 farklı madde kullananlar	68	61,8
4 farklı madde kullananlar	51	46,3
5 farklı madde kullananlar	50	45,4
6 farklı madde kullananlar	47	42,7
7 farklı madde kullananlar	35	31,8
8 farklı madde kullananlar	16	15,4
9 farklı madde kullananlar	12	10,9

Katılımcılardan % 75,4'ünün eroin, % 57,2'sinin esrar, % 70'inin sigara, % 41,8'inin alkol, % 41,8'inin uyuşturucu hap, % 40'ının kokain, % 30'unun Bali/UHU/çakmak gazı vb. madde, % 12,7'sinin bağımlılık yapıcı ilaç, % 10'unun morfin kullandığı bulunmuştur.

Madde kullanan kişilerin % 9'unun yalnızca tek madde, % 75,4'ünün 2 farklı madde, % 61, 8'inin 3 farklı madde, % 46,3'ünün 4 farklı madde, % 45,4'ünün 5 farklı madde, % 42,7'sinin 6 farklı madde, % 31,8'inin 7 farklı madde, % 15,4'ünün 8 farklı madde, % 10,9'unun 9 farklı madde kullandığı bulunmuştur.

Çizelge 3.3.2Bağımlılık yapıcı maddelerin ilk kez kullanıldığı yaşlar

Maddeler	Kişi sayısı	Minimum (yaş)	Maximum (yaş)	Ortalama (yaş)	Std. sapma
Kokaine başlama yaşı	44	12	28	18	3,64
Morfine başlama yaşı	11	13	30	18	4,50
Eroine başlama yaşı	82	11	33	18	4,08
Esrara başlama yaşı	63	9	25	15	2,96
Uyuşturucu hapa başlama yaşı	46	10	22	16	2,44
Bağımlılık yapan çeşitli tıbbi ilaçlara başlama yaşı	14	8	25	18	4,58
Bali/UHU/tiner/çakmak gazı vb. başlama Yaşı	33	9	27	14	3,23
Sigara/tütüne başlama yaşı	77	7	25	13	3,57
Alkole başlama yaşı	46	12	25	15	2,71

Katılımcılardan 44 kişi kokaine ortalama 18 yaşında başlamıştır. Maddeye en erken başlama yaşı 12, en geç başlama yaşı 28'dir. 11 kişiden morfin kullanmaya en erken başlama yaşı 13, en geç başlama yaşı 30, ortalama başlama yaşı 18'dir. Eroin kullanan 82 kişinin ortalama maddeye başlama yaşı 18 olup, maddeye en erken

başlama yaşı 11 ve en geç başlama yaşı 33 olarak bulunmuştur. Esrar kullanan 63 kişiden bu maddeye en erken başlanılan yaş 9, en geç başlanılan yaş 25'dir. Esrara başlama yaşı ortalama 15'dir. Uyuşturucu hap kullanan 46 kişiden maddeye en erken başlama yaşı 10, en geç başlama yaşı 22'dir. Ortalama başlama yaşı 16 olarak bulunmuştur. Bağımlılık yapan tıbbi ilaçları kullanan 14 kişinin bu maddelere başlama yaşı ortalama 18 olarak bulunmuş olup, maddeye en erken başlama yaşı 8 en geç başlama yaşı 25'dir. Bali/UHU/tiner ve çakmak gazı gibi maddeleri kullanan 33 kişi bu maddeleri ilk defa ortalama 14 yaşında kullandıklarını belirtmiştir. En erken kullanma yaşı 9, en geç kullanma yaşı 27 olarak bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı en erken 7, en geç 25 olarak belirlenmiş olup, 77 kişi için ortalama başlama yaşı 13 olarak belirlenmiştir. Alkole başlama yaşı ortalama 15'dir. Katılımcılardan 46 kişi içinde alkole en erken 12 yaşında başlanılmış, en geç başlayanlar 25 yaşında başlamışlardır.

Çizelge 3.3.3Bağımlılık yapıcı maddelere başlama nedenleri

Başlama Nedenleri	Kişi sayısı	%
Kişisel merak	42	38,2
Televizyon/ İnternet/sosyal medya	1	,9
Arkadaş/komşu etkisi	72	65,5
Yaşanılan çevre	39	35,5
Ailede madde kullanımı	4	3,6
Psikolojik rahatsızlıklar	17	15,5
Kişisel ve ailevi sorunlar	35	31,8
Gelir elde etme	1	,9
Anne-babaya/topluma tepki	7	6,4
Cevapsız	3	2,7

Maddeye başlama nedenlerini katılımcılardan bazıları tek nedenle açıklarken, birden fazla nedeni işaretleyen katılımcılarda bulunmaktadır. Bu nedenle toplam cevap sayısı üzerinden yüzdeler dilimlere verilmiştir. Buna göre maddeye başlama nedenleri arkadaş/komşu etkisi olan 72 cevabın oranı % 65,5'dir. Kişisel merak olarak ifade edilen 42 cevabın % 38,2'dir. Yaşanılan çevre olarak ifade edilen 39 cevabın oranı % 35,5'dir. Kişisel ve ailevi sorunlar olarak ifade edilen 35 cevabın oranı % 31,8'dir. Psikolojik rahatsızlıklar olarak ifade edilen 17 cevabın oranı % 15,5'dir. Anne-babaya/toplum tepki olarak ifade edilen 7 cevabın oranı % 6,4, ailede madde kullanımı olarak ifade edilen 4 cevabın oranı % 3,6'dır. Boş bırakılan cevapların oranı % 2,7'dir. Televizyon/internet/sosyal medya olarak ve gelir etme şeklinde ifade edilen cevapların her birinin oranı % 0,9'dur.

Çizelge 3.3.4 Daha önce madde bağımlılığı tedavisi görme durumları

Tedavi Görme Durumu	Sayı (n)	%
Evet	64	58,2
Hayır	45	40,9
Cevapsız	1	0,9
Toplam	110	100,0

Katılımcıların % 58,2'sinin daha önce bağımlılık tedavisi gördüğü, tedavigörmeyenlerin oranının % 40,9 olduğu, katılımcıların % 0,9'unun soruyu cevapsız bıraktığı bulunmuştur.

Çizelge 3.3.5 Daha önce kaç kez tedavi görüldüğüne ilişkin bilgiler

Tedavi Görme Sayısı	Kişi sayısı	%
1-3	43	67,1
4-6	16	25
7-10	4	6,2
11 ve daha fazla	1	1,5
Toplam	64	100

Madde bağımlılığı tedavisi görenlerin %64,1'inin 1-3 kez , % 25'inin4-6 kez, % 6,2'sinin 7-10 kez, % 1,5'inin 11 ve daha fazla kez tedavi görmüşolduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.3.6 Kronik hastalık bulunması durumu

Kronik Hastalık	Sayı (n)	%
Evet	9	10,1
Hayır	80	89,9
Cevapsız	21	-
Toplam	110	100,0

Katılımcılardan herhangi bir kronik bir hastalığı bulunmayanların oranı % 89,9, kronik bir hastalığı bulananların oranı % 10,1'dir.

Çizelge 3.3.7 Kronik hastalıklar

Kronik Hastalık	Kişi sayısı	%
Akciğer rahatsızlığı	2	22,2
Astım	2	22,2
Bronşit	1	11,1
Epilepsi	2	22,2
Faranjit	1	11,1
KOAH	1	11,1
Toplam	9	100,0

Kronik hastalığı bulunan kişilerden, akciğer rahatsızlığı olanların oranı % 22,2, astım rahatsızlığı olanların oranı % 22,2, bronşit rahatsızlığı olanların oranı % 11,1, epilepsi hastalığı olanların oranı % 22,2, franjit hastalığı olanların oranı % 11,1, KOAH hastalığı olanların oranı % 11,1 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.3.8 Psikiyatrik hastalık bulunması durumu

Psikiyatrik Hastalık	Sayı (n)	%
Evet	9	10,1
Hayır	80	89,9
Cevapsız	21	-
Toplam	110	100,0

Madde bağımlısı bireylerden herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayanların oranı % 89,9, psikiyatrik bir hastalığı bulananların oranı % 9'dur.

Çizelge 3.3.9 Psikiyatrik hastalıklar

Psikiyatrik Hastalık	Kişi sayısı	%
Antisosyal kişilik bozukluğu	1	11,1
Bipolar bozukluk	1	11,1
Depresyon	2	22,2
Manik depresyon	2	22,2
Panikatak	2	22,2
Şizoaffektif bozukluk	1	11,1
Toplam	9	100,0

Psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcılardan, depresyon rahatsızlığı olanların oranı %22,2, manik depresyon rahatsızlığı olanların oranı % 22,2, panikatak rahatsızlığı olanların oranı % 22,2, anti sosyal kişilik bozukluğu rahatsızlığı olanların oranı % 11,1, bipolar bozukluk rahatsızlığı olanların oranı % 11,1 şizoaffektif bozukluk rahatsızlığı olanların oranı % 8,3 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.3.10Ailedeki başka kişilerde madde kullanım durumları

Ailede Madde Kullanan Kişilerin Varlığı	Sayı (n)	%
Evet	25	27,4
Hayır	66	72,6
Cevapsız	19	-
Toplam	110	100,0

Madde bağımlısı bireylerden aile bireylerinde başka madde kullanan bireyler olmadığını söyleyenlerin oranı % 72,6, ailede madde kullanan başka kişilerin olduğunu söyleyenlerin oranı ise % 27,4 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.3.11 Ceza alma ve/veya ceza infaz kurumunda kalma durumları

Ceza Alma Durumu-Ceza İnfaz Kurumu Deneyimi	Sayı (n)	%
Madde ya da başka nedenden ceza infaz kurumunda kalma	8	8,9
Madde nedeniyle ceza alma ve ceza infaz kurumunda kalma	14	15,6
Madde dışında bir nedenle ceza infaz kurumunda Kalma	5	5,5
Madde nedeniyle ceza alma fakat ceza infaz kurumu deneyimi olmaması	16	17,8
Madde nedeniyle ceza almama-ceza infaz kurumu deneyimi olmaması	47	52,2
Cevapsız	20	-
Toplam	110	100

Araştırmaya katılan kişilerden, madde nedeniyle ya da başka nedenle ceza almayan ve cezaevinde kalmayanların oranı % 52,2, madde nedeniyle ceza alan fakat ceza infaz kurumunda kalmayanların oranı % 17,8, madde nedeniyle ceza alıp, ceza infaz kurumunda kalanların oranı % 15,6, madde ya da başka nedenden ceza infaz kurumunda kalanların oranı % 8,9, madde dışında başka bir suçtan ceza alıp cezaevinde kalanların oranı % 5,5 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.3.12 Tedavi olmaya karar verme nedenleri

Tedavi Olmaya Karar Verme Nedenleri	Sayı (n)	%
Aile içinde sorunlara neden olması	74	67,2
Mahkeme/yasal zorunluluk	18	16,3
Sağlık sorunları	48	43,6
İş yaşamında yaşanan sorunlar	39	35,4
Dini inanışlar	16	14,5
Toplum tarafından dışlanma	36	32,7

Çizelge 3.3.12’de madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çok seçenekli olan soruya katılımcılar birden fazla neden belirtmişlerdir. Toplam alınan cevap üzerinden yüzdelik dilimlere yer verilmiştir. Buna göre, aile içinde sorunlara neden olması nedeniyle madde bağımlılığı tedavisi olmaya karar verme, cevapların % 67,2’sini, sağlık sorunları nedeniyle tedavi olma cevapların, % 43,6’sını, iş yaşamında karşılaşılan sorunlar, cevapların % 35,4’ünü, toplum tarafından dışlanma nedeniyle tedavi olmaya karar verme, cevapların % 32,7’sini, mahkeme ya da yasal zorunluluk nedeniyle tedavi görmeye karar verme, cevapların % 16,3’ünü, dini inanışlar nedeniyle tedavi olmaya karar verme, cevapların % 14,5’ini oluşturmuştur.

Çizelge 3.3.13 Madde kullanımı nedeniyle sosyal olarak dışlanma algıları

Dışlanma Durumu	Sayı (n)	%
Evet	85	77,3
Hayır	23	20,9
Cevapsız	2	1,8
Toplam	110	100,0

Madde kullanımı nedeniyle sosyal olarak dışlandıklarını düşünenlerin oranı % 77,3, sosyal olarak dışlandıklarını düşünmeyenlerin oranı % 20,9, cevap alınamayan kişilerin oranı ise % 1,8 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.3.14 Kimler tarafından dışlanıldığına ilişkin bulgular

Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	%
Aile	31	36,4
Akrabalar	45	52,9
Arkadaşlar	50	58,8
Komşular	34	40
Kamusal/sosyal alanlar	16	18,8

Madde bağımlısı bireylerden akrabaları tarafından dışlanıldığını düşünenlerin oranı% 52,9, arkadaşları tarafından dışlanıldığını düşünenlerin oranı58,8, komşuları tarafından dışlanıldığını düşünenlerin oranı % 40, ailesi tarafından dışlanıldığını düşünenlerin oranı% 36,4, kamusal/sosyal alanlardan dışlanıldığını düşünenlerin oranı % 18,8'dir.

3.4 Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan madde bağımlısı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.4.1 Cinsiyet ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Cinsiyet	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Erkek	103	91,23	25,23	235,5	0,383
Kadın	7	82,57	22,82		

Cinsiyete göre, sosyal dışlanma ölçeğinden alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında, her iki cinsiyet için ölçek toplam puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu, ancak erkeklerde kadınlara göre sosyal dışlama puan toplam ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre sosyal dışlanma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık ($p>0,05$) bulunmamıştır.

Çizelge 3.4.2 Yaş ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Yaş -Sosyal Dışlanma	r	-0,108
	p	0,308
	n	91

Katılımcıların yaşları ile sosyal dışlanma durumları arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.4.3 Eğitim durumu ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Eğitim Durumu - Sosyal Dışlanma	r	0,041
	p	0,700
	n	90

Bağımlı bireylerin eğitim durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.4.4 Medeni durum ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Medeni Durum	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Evli	90	102,89	22,63	2,392	0,019
Bekâr	20	87,52	24,82		

Madde bağımlısı bireylerin medeni durumları ile sosyal dışlanma puanından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, evli olan bireylerin ölçek toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Buna göre medeni durum ile sosyal dışlanma arasında anlamlı bir ilişki ($p < 0,05$) olduğu görülmektedir. Evli kişilerin algıladıkları sosyal dışlanmanın bekârlara göre yüksek olmasının evlilik ilişkisinin farklı dinamikler içermesi, bu dinamiklerde sorumluluk ve rollerin, bekar kişilere göre daha belirgin hissedilmesi ile ilgili olduğu sanılmaktadır.

3.5 Madde Bağımlısı Bireylerin Aile Özellikleri, Yaşanılan Çevreye İlişkin Özellikler, Sosyo-Ekonomik Koşullar ve Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Bu bölümde madde bağımlısı bireylerin yaşadığı çevre özellikleri, aynı çevrede oturma süreleri, anne-baba durumları, aile biçimleri, gelir getirici bir işte çalışma durumları, yaşadığı çevrenin sosyo-ekonomik koşulları, çalışma yaşamına ilişkin çeşitli durumlar, gelir elde etme biçimleri, aylık gelirleri, sosyal güvence durumları, aile özellikleri, sosyo-ekonomik koşulları ve yaşanılan sosyal çevre ile sosyal dışlanma durumları arasındaki ilişkilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.5.1 Oturulan konut tipleri ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Oturulan Konut Durumu – Sosyal Dışlanma	r	0,327
	p	0,002
	n	91

Madde bağımlısı bireylerden lüks-villa tipi evde oturanlarda ölçek toplam puan ortalaması 64, apartmanda oturan katılımcıların toplam ölçek puan ortalaması

89 ve gecekondü tipi evlerde oturan katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması 115 olarak bulunmuştur. Buna göre sosyal dışlanma durumu ile konut durumu arasında yüksek düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gecekondü tipi evlerde oturan madde bağımlılarında sosyal dışlanma algısı en fazladır. Bunu sırasıyla apartman tipi konutlarda oturanlar ve villa-site tipi evlerde oturanlar izlemektedir. Bu durumun maddi imkânlarla ve konut durumuyla değişen komşuluk ilişkileriyle ilgili olduğu, daha az komşuluk ilişkisinin sosyal dışlanmanın hissedilmesinde önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Çizelge 3.5.2 Aynı adreste oturma süreleri ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Aynı Adreste/Çevrede Oturma Süreleri –Sosyal Dışlanma	r	-0,221
	p	,037
	n	89

Çalışmaya katılan kişilerde aynı adreste oturma süreleri arttıkça ölçek puanlarında düşüş olduğu bulunmuştur. Aynı adreste oturma süresi ve sosyal dışlanma durumu arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durumun, madde bağımlısı bireylerin aynı yaşam çevrelerinde oluşturdukları kişisel ilişki ve aidiyetle bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 3.5.3 Yaşanılan çevrenin sosyo-ekonomik koşulları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Yaşanılan Çevrenin Sosyo-ekonomik Koşulları -Sosyal Dışlanma	r	0,125
	p	0,239
	n	91

Madde bağımlısı bireylerin yaşadığı çevrenin sosyo-ekonomik koşulları ile bağımlı bireylerin sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.5.4 Aile bütünlüğü ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Anne-baba Durumu-Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ölçek Puan Ortalamaları	Standart Sapma	Kruskal Wallis	p
Anne-babam sağ ve evli	66	90,42	23,16	0.027	0.999
Anne-babam sağ ve boşanmış	8	89,50	36,25		
Ebeveynlerimden biri hayatta	14	92,14	28,93		
Ebeveynlerim hayatta değil	3	89,00	26,90		
Toplam	91	90,56	25,05		

Madde bağımlısı bireylerin aile bütünlükleri ile sosyal dışlanma toplam ölçek puanlarına ait yukarıdaki sonuçlara göre, aile bütünlüğüne sosyal dışlanma toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.5.5 Katılımcıların aile biçimleri ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Aile Biçimi-Sosyal Dışlanma	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	f	p
Çekirdek aile	61	89,98	23,93	1,761	0.178
Geniş aile	10	103,60	17,72		
Parçalanmış aile	20	85,80	30,01		
Toplam	91	90,56	25,05		

Aile biçimlerine göre toplam ölçek puanları incelendiğinde, geniş aile yapısına sahip olan katılımcıların en yüksek sosyal dışlanma ölçek toplam puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Ancak sahip olunan aile biçimi ile sosyal dışlanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.5.6 Gelir getirici bir işte çalışma durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Gelir Getirici Faaliyet-Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Evet	36	84,67	23,81	-1,840	0.069
Hayır	55	94,42	25,29		
Toplam	91	90,56	25,05		

Çalışan ve çalışmayan bireylerin ortalama ölçek puanları arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Gelir getirici bir işte çalışma durumları ile sosyal dışlanma durumu arasında istatistiksel anlamda bir ilişki olmadığı bulgusu elde edilmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.5.7 Çalışılan işte çalışma süreleri ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Çalışma Süreleri Sosyal Dışlanma	r	0,040
	p	0,850
	n	25

Madde bağımlısı bireylerin halen çalıştıkları işte toplam çalışma süreleri ile sosyal olarak dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 3.5.8 Gelir elde etme biçimleri ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Gelir Elde Etme Biçimi – Sosyal Dışlanma	r	0,386
	p	0,014
	n	40

Madde bağımlısı bireylerin gelir elde etme biçimleri ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir elde etme biçimlerine göre, düzenli ve mevsimlik iş yapanlar ile kendi işinde çalışanlarda ölçek toplam puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın ve diğer gruba göre düşük olduğu, dilencilik ve yasal olmayan çeşitli işlerden gelir elde eden kişilerde ise toplam ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal dışlanmanın ekonomik koşullarla doğrudan ilgili bir kavram olduğu, dolayısı ile gelir elde etme biçiminin de ekonomik koşulların doğrudan belirleyicisi olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 3.5.9 Gelir getirici bir işte çalışmama nedenleri ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Aşağıda madde bağımlısı bireylerin gelir getirici bir işte çalışmama nedenleri ayrı tablolar halinde verilmiştir. Her bir neden için sosyal dışlanma ölçek toplam puan ortalamaları ve kişi sayıları bulunmaktadır.

Çalışmama Nedeni-Sosyal Dışlanma	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Eğitime devam ediyorum	12	80,92	27,82	-1.440	0.153

Eğitime devam ediyor olma nedeniyle herhangi bir işte çalışmadığını belirten 12 katılımcının sosyal dışlanma toplam ölçek puan ortalaması 80,92 olarak bulunmuştur. Eğitime devam ediyor olma nedeniyle herhangi bir işte çalışmama ile sosyal dışlanma algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmama Nedeni-Sosyal Dışlanma	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Emekliyim, başka gelirlerim var	9	84,89	22,49	329	0.595

Emekli maaşı olması nedeniyle yada başka bir gelire sahip olma nedeniyle çalışmadığını belirten 9 kişinin sosyal dışlanma toplam ölçek puan ortalaması 84,89 olarak bulunmuştur. Emekli maaşı olması nedeniyle ya da başka bir gelire sahip olma nedeniyle çalışmama durumları ve sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmama Nedeni-Sosyal Dışlanma	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Ailem/yakınlarım yardım ediyor /sosyal yardım Alıyorum	5	80,00	12,64	160	0,388

Aile veya yakınlarının yardımı ya da sosyal yardım alıyor olma nedenleriyle çalışmama durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmama Nedeni-Sosyal Dışlanma	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Herhangi bir iş bulamıyorum	6	88,17	20,41	252,5	0,968

Herhangi bir iş bulunamaması nedeniyle çalışmıyor olmak ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmama Nedeni-Sosyal Dışlanma	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Sağlık yönünden çalışma engelim var	2	98,00	2,82	67	0,551

Sağlık yönünden çalışma engelinin bulunması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmama Nedeni-Sosyal Dışlanma	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Bağımlılığım nedeniyle iş bulmakta, bulduğum işte uzun süre çalışmakta zorlanıyorum.	25	104,64	24,70	3,500	0,001

Bağımlılık nedeniyle iş bulmakta ve bulunan işte uzun süre çalışmakta zorlanma nedeniyle çalışılmıyor olması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Ekonomik yoksunluk-istihdam ve yoksulluk-sosyal dışlanma arasındaki ilişki nedeniyle, bağımlılık nedeniyle iş bulma ve sosyal dışlanma arasında beklenen bir sonuç bulunmuştur.

Çizelge 3.5.10 Madde kullanım nedeniyle iş bırakma durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

İş Bırakma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Evet	60	97,52	24,72	3,970	0,001
Hayır	29	76,62	19,87		

Madde kullanım nedeniyle iş bırakma durumunda kalma ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$). Ekonomik koşullara ilişkin yukardaki bulgularla beraber değerlendirildiğinde iş bırakma yoksulluk ve maddi olanaklarla ilgili görülmekte, madde nedeniyle işini kaybetmenin ise kişinin iyi oluş durumuna olumsuz etki ettiği düşünülmektedir

Çizelge 3.5.11 Madde kullanım nedeniyle iş bırakma sıklığı ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

İş Bırakma Sıklığı	Sayı (n)	Pearson Korelasyon (r)	p
Min:1 Maks: 12 defa	60	0,054	0,691

İş bırakma sıklığı ile sosyal dışlanma algıları arasında, sıklığı önemli olmaksızın, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.5.12 Sosyal güvence durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Sosyal Güvence	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Genel sağlık sigortası(GSS)	47	100,53	24,65	4,235	0,001
Bağ-kur/ SGK/ Emekli sandığı/özel	41	79,73	20,90		
Toplam	88	90,84	25,12		88

Sosyal güvencesi Genel Sağlık Sigortası (GSS) olanların sosyal dışlanma ölçek toplam puanları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur. Buna göre Genel Sağlık Sigortası kapsamında olma ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,01$) sosyal sigortanın GSS (genel sağlık sigortası) olması genel olarak kişinin çalışmadığının ya da kendisine ait bir gelirinin bulunmadığının göstergesidir. Buna karşılık diğer sosyal güvenceler maddi gelirin olduğuna ilişkin bir göstergedir. Tüm bunlar bir arada düşünüldüğünde sosyal dışlanmanın, ekonomik koşullarla yakın ilişkisini bu bulgu tekrar ortaya koymaktadır.

Çizelge 3.5.13 Aylık gelir durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Aylık Gelir	Sayı (n)	Pearson Korelasyon (r)	p
Gelir- Sosyal Dışlanma	58	0,067	-0,243

Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları ile aylık gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.6 Madde Bağımlısı Bireylerin Kullandıkları Maddeler, Maddeye Başlama Nedenleri, Sağlık Durumları ve Madde Bağımlılığı ile İlişkili Diğer Değişkenler ile Sosyal Dışlanma Algıları (Ölçek Puanları) Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde madde bağımlısı bireylerin kullandıkları maddenin türüne, maddeye başlama nedenlerine, daha önce madde bağımlılığı tedavisi görüp görmeme durumlarına, tedavi gördüyse kaç defa madde bağımlılığı tedavisi gördüğüne, kronik ve psikiyatrik bir hastalığın varlığına, ailede başka madde kullanan kişilerin olup olmamasına, madde veya başka nedenle ceza alma durumunun ve ceza infaz

kurumunda kalma deneyiminin olup olmamasına, tedavi görmeye karar verme nedenlerine, dışlanma algıları ve sosyal olarak dışlandıklarını düşündükleri kişilere göre sosyal dışlanma algılarına ilişkin bulgulara yer verilecektir.

Çizelge 3.6.1 Katılımcıların kullandıkları maddelerin türü ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Kullanılan Madde	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kokain	41	96,02	24,97	1.912	0.059
Morfin	10	97,30	23,90	0.901	0.370
Eroin	74	89,59	24,30	-0.766	0.446
Esrar	57	94,14	25,59	1.787	0.077
Uyuşturucu haplar (Captagon, Ekstazi, vs.)	43	92,26	24,96	0,609	0.544
Bağımlılık yapan çeşitli tıbbi ilaçlar	15	97,60	24,99	1.194	0.236
Bali/UHU/tiner/çakmak gazı vb.	31	92,81	26,41	0.613	0.542
Sigara/tütün	69	89,14	24,87	-0.954	0.343
Alkol	43	90,51	23,47	-0.017	0.986

Madde bağımlısı bireylerin kullandığı maddelerin türleri ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.2 Madde kullanmaya başlama yaşları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Kokain başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	-,264
	p	,105
	n	39
Morfin başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	,349
	p	,358
	n	9
Eroin başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	-,056
	p	,649

Çizelge 3.6.2'nin devamı

Esrar başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	,156
	p	,255
	n	55
Uyuşturucu hap başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	-,095
	p	,553
	n	41
Bağımlılık yapan çeşitli tıbbi ilaç başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	-,343
	p	,252
	n	13
Bali/UHU/tiner/çakmak gazı vb. başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	-,022
	p	,907
	n	30
Sigara/tütün başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	-,182
	p	,144
	n	66
Alkol başlama yaşı	Pearson Korelasyon (r)	-,492**
	p	,001
	n	39

Alkol dışındaki tüm maddelerde kullanılan maddeye başlama yaşı ile sosyal dışlanma algıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Alkole başlama yaşı ile sosyal dışlanma algıları arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p < 0,01$).

Çizelge 3.6.3 Katılımcıların madde kullanmaya başlama nedeni olarak ailesinde madde kullanımının olması ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Ailede Madde Kullanan Başka Kişilerin Varlığı	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Evet	4	116,75	26,83	76,5	0,059
Hayır	87	89,36	24,45		

Ailesinde madde kullanan kişilerin var olduğunu belirten kişilerin sosyal dışlanma toplam ölçek puan ortalamaları, olmadığını belirtenlere göre yüksek bulunmuştur. Ancak ailede madde kullanımının olması nedeniyle madde kullanmaya başlama durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.4 Madde kullanmaya başlama nedenlerine göre, psikolojik rahatsızlığa sahip olma nedeniyle madde kullanmaya başlama ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Psikolojik Rahatsızlıkların Varlığı	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Evet	16	108,69	20,58	3.366	0.001
Hayır	75	86,69	24,31		

Maddeye psikolojik bir hastalık nedeniyle başlamadurumları ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Psikiyatrik rahatsızlıkların başlı başına bir sosyal dışlanma algısı oluşturabileceği, bununla birlikte madde bağımlılığı ile bu durumun artabildiği sanılmaktadır.

Çizelge 3.6.5 Madde kullanmaya başlama nedenlerine göre, kişisel ve ailevi sorunlar yaşama nedeniyle madde kullanmaya başlama ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Kişisel ve Ailevi Sorunlar	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Evet	30	104,20	21,41	3,923	0,001
Hayır	61	83,85	24,10		

Kişisel ve ailevi sorunlar nedeniyle maddeye başlayanların sosyal dışlanma ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının diğer gruba göre belirgin bir farkla yüksek olduğu görülmektedir. Maddeye kişisel ve ailevi sorunlar nedeniyle başlama ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı

ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Madde kullanmaya başlama nedenlerinden biri olarak ifade edilen kişisel ve ailevi sorunlar ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, aile içi iletişim sorunları, aile işlevselliği, rol ve beklentilerin göz önüne alınmasının yerinde olacağı düşünülmektedir. Madde bağımlısı bireylerin işlevsiz aile ilişkileri içinde bir baş etme aracı olarak maddeye yönlendiği, bu süreçte kendisini dışlanmış olarak görebildiği sanılmaktadır.

Çizelge 3.6.6 Madde kullanmaya başlama nedenlerine göre, anne-babaya ve/veya topluma tepki nedeniyle madde kullanmaya başlama ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Anne-babaya ve/veya Topluma Tepki	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Evet	6	107,17	19,93	149,5	0,091
Hayır	85	89,39	25,05		

Anne-babaya ve/veya topluma tepki nedeniyle madde kullanmaya başlayanların sosyal dışlanma ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.7 Katılımcıların daha önce madde bağımlılığı tedavisi görmüş olması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Daha Önce Madde Bağımlılığı Tedavisi Görme	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Evet	57	96,19	23,63	2,888	0,005
Hayır	34	81,12	24,83		

Madde bağımlısı bireylerin daha öncet tedavi görmüş olmaları durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,01$)

Çizelge 3.6.8 Daha önce çok sayıda tedavi görülmüş olması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Tedavi Sayısı - Sosyal Dışlanma	Pearson Korelasyon (r)	-,022
	p	,907
	n	30

Madde bağımlısı bireylerin daha önce kaç kez madde bağımlılığı tedavisi gördükleri (çok sayıda tedavi görme) ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.9 Kronik bir hastalığa sahip olunması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Kronik Hastalık Durumu-Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Evet	9	89,11	24,46	0,346	0,849
Hayır	80	90,30	25,42		

Madde bağımlısı bireylerin kronik hastalığa sahip olmaları durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.10 Psikiyatrik bir hastalığa sahip olunması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Psikiyatrik Hastalık Durumu-Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	p
Evet	9	89,11	24,46	0,346	0,849
Hayır	80	90,30	25,42		

Madde bağımlısı bireylerin psikiyatrik bir hastalığa sahip olmaları durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.11 Katılımcıların ailesinde madde kullanan kişilerin varlığı durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Ailede Madde Kullanımı-Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	Mann-Whitney U	P
Evet	25	101,36	27,45	2,612	0,001
Hayır	66	86,47	22,99		

Ailede madde kullanan kişilerin olması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Bu durum sosyal dışlanma algısının sosyal öğrenmeyle ilişkili olabileceğini, madde bağımlısı bireylerin aile bireylerinden etkilenerek sosyal dışlanma algısı geliştirebileceği düşünülmektedir.

Çizelge 3.6.12 Madde ya da başka nedenle ceza alma, ceza infaz kurumunda kalma durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Ceza Alma Durumu-Ceza İnfaz Kurumu Deneyimi-Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	KW	p
Madde ya da başka nedenden ceza infaz kurumunda kalma	8	101,63	29,35	4,151	0,386
Madde nedeniyle ceza alma ve ceza infaz kurumunda kalma	14	99,29	25,84		
Madde dışında bir nedenle ceza infaz kurumunda Kalma	5	83,00	21,29		
Madde nedeniyle ceza alma fakat ceza infaz kurumu deneyimi olmaması	16	90,44	25,83		
Madde nedeniyle ceza almama-ceza infaz kurumu deneyimi olmaması	47	86,55	24,02		
Toplam	90	90,37	25,12		

Madde bağımlısı bireylerin ceza alma-ceza infaz kurumunda kalma durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.13 Tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, madde kullanımının aile içinde sorun oluşturması durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Ailede İçinde Sorunlara Neden Olma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	17	74,71	22,80	-3,002	0,003
Evet	74	94,20	24,24		

Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre aile içinde madde kullanımının aile içi sorunlara neden olması durumları ve sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Aile içinde madde bağımlılığının çeşitli sorunlara yol açması beklenen bir durum olarak görülmektedir. Çeşitli sorunlarla yüz yüze olmanın aile içi ilişki dinamiklerini değiştirdiği, kişiler arası çatışmanın ve iletişimsizliğin sosyal olarak dışlandığını düşünmeye yol açabileceği değerlendirilmektedir.

Çizelge 3.6.14 Katılımcıların tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, mahkeme ve yasal zorunluluk nedeniyle tedavi olmaya karar verme ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Mahkeme/yasal zorunluluk Nedeniyle Tedavi Olma –Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	73	87,49	23,69	-2,415	0,018
Evet	18	103,00	27,19		

Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre mahkeme ya da yasal nedenlerle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Mahkeme ya da adli süreç kişilerin sosyal ilişkilerine olumsuz etki eden süreçlerdir.

Suçluluk psikoloji kişinin sosyal olarak çekilmesine ve iletişim kurduğu kişilerle olan ilişkilerin yönünün değişmesine neden olabilecek bir olgu olarak görülmektedir. Bu süreç sosyal dışlanma algısı ile yakından ilişkili görülmektedir.

Çizelge 3.6.15 Tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, madde kullanımının sağlık sorunları oluşturması nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Sağlık sorunları oluşturması nedeniyle tedavi olma – Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	43	87,91	26,13	-0,956	0,342
Evet	48	92,94	24,06		

Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, madde kullanımının sağlık sorunları oluşturması nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.16 Tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, iş yaşamında sorunlar oluşturması nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

İş yaşamında yaşanan sorunlar – Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	52	87,44	26,17	-1,378	0,172
Evet	39	94,72	23,14		

Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, madde kullanımının iş yaşamında sorun oluşturması nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.17 Tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, dini inanışlar nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Dini inanışlar nedeniyle tedavi olmaya karar verme –Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	75	88,47	24,12	-1,746	0,084
Evet	16	100,38	27,72		

Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, dini inanışlar nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.18 Tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, toplum tarafından dışlanmaları (sosyal dışlanma) nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Toplum tarafından dışlanma (sosyal dışlanma nedeniyle tedavi görme)–Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	55	82,85	21,27	0,141	0,001
Evet	36	102,33	26,06		

Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenlerine göre, toplum tarafından dışlanma (sosyal dışlanma) nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumları ile sosyal dışlanma arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Çizelge 3.6.19 Katılımcıların dışlandıklarını düşündükleri kişi ve kişilere göre, aile tarafından dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Aile tarafından dışlanma ile–Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	60	84,37	23,94	-3,478	0,001
Evet	31	102,55	23,01		

Madde bağımlısı bireylerin dışlandıklarını düşündüğü kişilerden, ailesi tarafından dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,01$).

Çizelge 3.6.20Katılımcıların dışlandıklarını düşündükleri kişi ve kişilere göre, akraba tarafından dışlandığını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Akraba tarafından dışlanma ile- Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	46	85,61	23,26	-1,935	0,056
Evet	45	95,62	26,03		

Madde bağımlısı bireylerin akrabaları tarafından dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.21Katılımcıların dışlandıklarını düşündükleri kişi ve kişilere göre, arkadaşları tarafından dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Arkadaş tarafından dışlanma ile- Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	41	88,00	27,30	-0,882	0,380
Evet	50	92,66	23,10		

Madde bağımlısı bireylerin akrabaları tarafından dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6.22 Katılımcıların dışlandıklarını düşündükleri kişi ve kişilere göre, komşuları tarafından dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Komşu tarafından dışlanma ile–Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	57	85,09	24,87	-2,799	0,006
Evet	34	99,74	22,87		

Madde bağımlısı bireylerin komşuları tarafından dışlandığını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$).

Çizelge 3.6.23 Katılımcıların dışlandıklarını düşündükleri kişi ve kişilere göre, kamusal/sosyal alanlarca dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Kamusal/sosyal alanlar tarafından dışlanma ile–Sosyal Dışlanma	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hayır	75	88,73	24,77	-1,517	0,133
Evet	16	99,13	25,31		

Madde bağımlısı bireylerin kamusal/sosyal alanlarca dışlandıklarını düşünme durumları ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Bir sonraki bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ile konu hakkında daha önce yapılmış olan başka araştırmalardan elde edilen sonuçların karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

4. TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanmış olan verilerin istatistikçözümlemeleri sonucu ulaşılan bulgular, konuya ilişkin daha önce yapılmış olan bulgularla, madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma odağında karşılaştırılmış ve tartışılmıştır. Ancak literatürde madde bağımlılığına ilişkin oldukça fazla sayıda araştırma yapılmış olmasına karşılık, madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanmasına ilişkin araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Türkiye’de madde kullanıcıları ve onların toplum içinde ne tür kültürel yaptırımlara tabi tutuldukları ile ilgili araştırmalar yeterli sayıda değildir(Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, s. 93). Madde bağımlılığı sosyal dışlanmaya neden olmakta ve sosyal dışlanmayı pekiştirmektedir. Sosyal dışlanma ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi açıkça ortaya koyan çok az literatür çalışması olmasına rağmen, sosyal dışlanmanın kötü fiziksel ve ruhsal sağlık, evsizlik, işsizlik, suç ve komşuluk ilişkilerindeki azalma gibi anahtar göstergeleri ve madde bağımlılığı ile arasındaki ilişkiye ilişkin bir çok veri bulunmaktadır (Bradshaw ve ark.,2004, s.51). Bu nedenle araştırmadan elde edilen bulguların, doğrudan sosyal dışlanma odağında elde edilen bulgularla karşılaştırılması mümkün olamamaktadır. Araştırmamızda sosyal dışlanmaya ilişkin doğrudan ve dolaylı gösterge olarak değerlendirilebilecek birçok değişkene yer verilmiştir. Bu değişkenlere ilişkin bulgular bu nedenle sosyal dışlanmanın çeşitli görünümleri olarak ele alınabilecek olan madde bağımlılarına yönelik sosyal damgalanma, ayrımcılık, kötü muamele, sosyal izolasyon, baskı, ötekileştirme gibi kavramlarla ortaya konulmuş olan araştırma sonuçlarıyla da karşılaştırılmıştır.Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algılarını çeşitli değişkenlere göre ortaya koyan araştırma bulguları, kolay anlaşılabilirliği sağlamak ve okuyucuya araştırma sonuçlarına ilişkin özet bir bilgi sunmak amacıyla, bir tablo halinde aşağıda sunulmuştur. Araştırma sonucu elde edilen bulgular ve konuya ilişkin daha önce yapılan araştırma sonuçları 3 bölüm halinde verilmiştir.

Çizelge 4.1 Bağımsız değişkenler ile sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişki

DEĞİŞKEN	p
Cinsiyet	0,383 (ilişki yok)
Yaş	0,308 (ilişki yok)
Eğitim	0,700 (ilişki yok)
Medeni durum	0,019 (ilişki var) (erkeklerde ölç. puanı daha yüksek)
Konut	0,002 (yüksek düzeyde ilişki) (gecekondu enyüksek)
Aynı adreste/çevrede oturma	,037 (negatif yönde)
Yaşanılan çevrenin sosyo-ekonomik koşulları	0,239 (ilişki yok)
Anne-baba durumu	0,999 (ilişki yok)
Aile biçimi	0,178 (ilişki yok)
Gelir getirici faaliyet	0,069 (ilişki yok)
Çalışma Süreleri	0,850 (ilişki yok)
Gelir elde etme biçimi	0,014 (ilişki var) (dilencilik ve yasal olmayan işlerde ölç. puanl. yüksek)
Çalışmama nedeni	
Eğitime devam ediyorum	0,153 (ilişki yok)
Emekliyim, başka gelirlerim var	0,595 (ilişki yok)
Ailem/yakınlarım yardım ediyor /sosyal yardım alıyorum	0,388 (ilişki yok)
Herhangi bir iş bulamıyorum	
Sağlık yönünden çalışma engelim var	0,968 (ilişki yok)
Bağımlılığım nedeniyle iş bulmakta, bulduğum işte deuzun süre çalışmakta zorlanıyorum.	0,551 (ilişki yok)
Bağımlılık nedeniyle iş bırakma	0,001 (yüksek düzeyde ilişki)
İş bırakma sıklığı	0,691 (ilişki yok)
Sosyal güvence	0,001 (yüksek düzeyde ilişki)
Aylık gelir	-0,243 (ilişki yok)
Kullanılan madde	
Kokain	0,059 (ilişki yok)
Morfin	0,370 (ilişki yok)
Eroin	0,446 (ilişki yok)
Esrar	0,077 (ilişki yok)
Uyuşturucu haplar (Captagon, Ekstazi, vs.)	0,544 (ilişki yok)
Bağımlılık yapan çeşitli tıbbi ilaçlar	0,236 (ilişki yok)
Bali/UHU/tiner/çakmak gazı vb.	0,542 (ilişki yok)
Sigara/tütün	0,343 (ilişki yok)
Alkol	0,986 (ilişki yok)
Başlama yaşları	
Kokain	,105 (ilişki yok)
Morfin başlama yaşı	,358 (ilişki yok)
Eroin başlama yaşı	,649 (ilişki yok)
Esrar başlama yaşı	,255 (ilişki yok)
Uyuşturucu hap başlama yaşı	,553 (ilişki yok)
Bağımlılık yapan çeşitli tıbbi ilaç başlama yaşı	,252 (ilişki yok)
Bali/UHU/tiner/çakmak gazı vb. başlama yaşı	,907 (ilişki yok)
Sigara/tütün başlama yaşı	,144 (ilişki yok)
Alkol başlama yaşı	,001 (Negatif yönde orta düzeyde ilişki)
Başlama nedenleri	
Ailede madde kullanan başka kişilerin varlığı	0,059 (ilişki yok)
Psikolojik rahatsızlıkların varlığı	0,001 (yüksek düzeyde ilişki)
Kişisel ve ailevi sorunlar	0,001 (yüksek düzeyde ilişki)
Anne-babaya ve/veya topluma tepki	0,091 (ilişki yok)
Daha önce madde bağımlılığı tedavisi görme	0,005 (yüksek düzeyde ilişki)
Tedavi sayısı	,907 (ilişki yok)
Kronik hastalık durumu	0,849 (ilişki yok)
Psikiyatrik hastalık durumu	0,849 (ilişki yok)
Ailede madde kullanımı	0,001 (yüksek düzeyde ilişki)
Ceza alma durumu-ceza infaz kurumu deneyimi	0,386 (ilişki yok)
Tedaviye karar verme nedenleri	
Ailede içinde sorunlara neden olma	0,003 (yüksek düzeyde ilişki)
Mahkeme/yasal zorunluluk	0,018 (ilişki var)
Sağlık sorunları oluşturmaması	0,342 (ilişki yok)
İş yaşamında yaşanan sorunlar	0,172 (ilişki yok)
Dini inançlar nedeniyle	0,084 (ilişki yok)
Toplum tarafından dışlanma	0,001 (yüksek düzeyde ilişki)

Birinci bölümde, araştırmaya katılan madde bağımlısı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular ile sosyo-demografik özellikler ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular;

İkinci bölümde, bağımlı bireylerin aile özellikleri, çevre ve sosyo-ekonomik koşullarına ilişkin bulgular ile bağımlı bireylerin aile özellikleri, çevre/sosyo-ekonomik koşulları ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkilere ait bulgular;

Üçüncü bölümde, madde bağımlısı bireylerin kullandıkları maddelere, maddeye başlama nedenlerine, sağlık durumlarına/diğer değişkenlere ilişkin bulgular ile madde bağımlısı bireylerin kullandıkları maddeler, maddeye başlama nedenleri, sağlık durumları/madde bağımlılığı ile ilişkili diğer değişkenler ve sosyal dışlanma algıları (ölçek puanları) arasındaki ilişkiye ait bulgulardaha önce yapılan diğer araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan madde bağımlısı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular ile,bağımlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişkiye ait bulgular etrafında tartışma ve yorumlar;

Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algılarını belirlemek üzere Ankara AMATEM’de tedavi görmekte olan ve çalışmaya gönüllü katılan, 18-65 yaş aralığındaki 110 katılımcıdan, 103’ü erkek (% 93,6) ve 7’si (% 6,4) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 24,7, evli bireylerin oranı % 82, bekar kişilerin oranı, % 18’dir. Araştırmaya katılan kişilerin % 56,4’ünün ilköğretim mezunu, % 37,3’ünün lise mezunu, % 3,6’sının üniversite mezunu, % 0,9’unun lisansüstü program mezunu olduğu bulunmuştur.

Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulunu Faaliyet Raporu'ndaki (2014-2015, s. 12).2014-2015)bulgulara göre tedavi gören kişilerin cinsiyetlere göre dağılımı oransal olarak erkeklerde % 94,83, kadınlarda % 5,17'dir. Tot ve arkadaşlarının (2004, s. 77-81)yaptığı bir araştırmada kannabis kullanımı erkeklerde % 2 oranında bulunurken, kadınlarda aynı madde kullanımına rastlanmamıştır. Aynı araştırmada uçucu madde kullanımı erkeklerde % 9, kadınlarda % 1, diğer ilaçlar ise erkeklerde % 8, kadınlarda % 7 olarak bulunmuştur.İşıklı ve Irak (2002, s. 55-56)tarafından 72 ilde yüz yüze yapılan bir çalışmada yaşam boyu en az bir madde kullandığını belirtenlerin oranı % 1,3 olarak bulunurken, 15-24 yaş grubunda madde kullanımı kadınlara göre erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Evren ve arkadaşları tarafından (2003, s. 132-138) 1998-2002 yılları arasında İstanbul AMATEM'de yatarak tedavi gören madde bağımlıları ile yapılan bir çalışmada madde bağımlılarının büyük çoğunluğunun erkek olduğu, erkeklerde esrar ve uçucu madde kullanım oranlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yakın zamanlara kadar kadınların erkeklere göre madde kullanımının daha düşük olması nedeniyle, konuya daha az dikkat çekilmiştir. Yapılan son araştırmalar kadınların madde kullanımının arttığı yönündedir ve erkek ve kadın arasındaki fark hızlı bir şekilde kapanma eğilimi göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar daha çok ergenlere yönelik çalışmalar olup, bu çalışmaların birçoğunda cinsiyet ile ilgili analizler bulunmamaktadır. Ancak Amerika ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde cinsiyetler arası farkı ortaya koyabilecek tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışmalara ve bu doğrultuda cinsiyete özgü tedavi yöntemleri geliştirmeye yönelik bir yaklaşım dikkati çekmektedir (Kutlu, 2011, s.90-93).

Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu'na(2014-2015, s.12)görebağımlılık yapıcı maddelere başlama yaşı 2010-2014 yılları arasında 20-21 yaş aralığında değişkenlik göstermektedir.

Avşar ve arkadaşları (2015, s. 46) tarafından madde bağımlısı yüz kişi ile yapılan bir araştırmada katılımcıların % 85'i bekar % 15'i evli olarak bulunmuştur. Asan ve arkadaşları tarafından (2015, s. 2) yılında bir AMATEM birimine başvuran madde bağımlısı bireylerle yapılan bir araştırmada katılımcıların % 33,1'inin evli, % 59,3'ünün bekar, % 7,6'sının dul/boşanmış olduğu bulunmuştur.

Türkiye Uyuşturucu Raporu (2014)'e göre uyuşturucu madde kullanan bireylerin büyük bir çoğunluğu (% 69,74) ilköğretim mezunudur. Asan ve arkadaşları(2015, s. 2) tarafından AMATEM'de tedavi gören bağımlı bireylerle yapılan bir araştırmada bağımlıların % 59,6'sının eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu bulunmuştur.

Yaşa ilişkin ortalamalar araştırma yapılan gruba göre farklılık göstermektedir. Madde bağımlılığı ile yapılan çalışmalar daha çok ergenlere yönelik olduğundan yaş ortalamaları düşük bulunmaktadır. Bununla beraber tedavi görmekte olan bireylere ilişkin yaş ortalamaları 20-21 yaş aralığında değişmektedir. Araştırmamızda bulunan yaş ortalaması 24 olup, diğer araştırma oranlarına oldukça yakındır. Çalışmada evli bireylerin oranı diğer araştırma sonuçlarına göre yüksek bulunmuştur. Diğer araştırma sonuçları da birbirinden farklılık göstermektedir. Madde bağımlısı bireylerin büyük bir çoğunluğu (% 60-70) ilköğretim düzeyinde bir eğitime sahip olup, çoğunluğun eğitim düzeyi düşüktür. Araştırmamızda bağımlı bireylerin yaklaşık % 60'ı ilköğretim mezunu olup önceki araştırma sonuçlarına yakındır. Farklı çalışmalardaki oransal farklılığın ilköğretim-ilkokul-ortaokul gibi sınıflama karmaşasından kaynaklandığı sanılmaktadır.

Adlaf ve arkadaşları (2009) yaş ve damgalanma arasında ilişkinin karışık olduğunu, kamusal damgalanma ile cinsiyet arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığını bildirirken, Crisph ve arkadaşları (2000) yaş ve damgalanma arasında bir çalışmada

pozitif ilişki bulunurken bir başka çalışmada tersi sonuçlara ulaşıldığını belirtmiştir. Araştırmada yaş ile sosyal dışlanma algısı arasında ilişki bulunmamıştır.

Brown (2011) kadınların uyuşturucu kullanan bireylere yönelik toplumsal damgalanmanın üç göstergesinden ikisinde daha yüksek puan aldığını, O'Connor ve arkadaşları (1994) cinsiyet ve damgalama arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (akt. Kulesza, ve ark., 2013, s. 782). Araştırmamızda sosyal dışlanma algısı cinsiyete göre farklılık göstermemiştir.

2011 yılında 25 ilde yapılan Türkiye’de genel nüfusta madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırmasında medeni durum ile uyuşturucu kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, s. 21).Burton ve arkadaşları (1996, s. 75-90) tarafından Amerika’da 1996’da 1933 erkekle yapılan kokain araştırmasında, evlilik rolünün sosyalizasyon etkisinin, kokain kullanmaya başlamada olumsuz bir etkiye sahip olduğunu, kokaine başlatma ihtimalini önemli ölçüde azalttığını ortaya koymuştur.Keyes ve arkadaşları(2010, s. 1364-1372) alkol kullanan bireylere yönelik daha yüksek algılanan damgalanmanın bekar olanlara kıyasla daha önce evli olan bireylerde daha yüksek olabileceğini düşünmektedir. Araştırmada medeni durum ile sosyal dışlanma arasında anlamlı bir ilişki ($p<0,05$) olduğu bulunmuş olup, önceki araştırmaları destekler sonuçlara ulaşılmıştır. Bulunan ilişkinin, evli kişilerin madde kullanımına toplumun daha az tolerans göstermesi, toplumsal kuralların ve normların evli kişilerde daha net hissedilmesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Keyes ve arkadaşları (2010, s. 1364-1372) tarafından yapılan bir araştırmada alkol kullanan bireylere yönelik daha yüksek algılanan damgalanmanın, eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak araştırmada madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algılarının eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

Araştırma alt amaçlardan;“II. Madde bağımlısı bireylerin demografik özelliklerinin(cinsiyeti, yaşı, medeni durumu) sosyal dışlanma algılarında belirleyici etkenler olup olmadığının araştırılması sonucunda; cinsiyet, yaş ve eğitim durumunun sosyal dışlanma algısında belirleyici bir etken olmadığı ancak medeni durumun sosyal dışlanma algısında belirleyici bir etken olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bağımlı bireylerin aile özellikleri/çevre ve sosyo-ekonomik koşullarına ilişkin bulgular, bağımlı bireylerin aile özellikleri/ çevre ve sosyo-ekonomik koşulları ile sosyal dışlanma alguları arasındaki ilişkilere ait bulgular etrafında tartışma ve yorumlar;

Asan ve arkadaşları (2015, s.2) tarafından AMATEM’de yapılan bir araştırmada Ankara’da ikamet eden bağımlıların oranı % 71,5 olarak bulunurken, Konya ilinde ikamet etmekte olanların oranı % 12,3, Antalya’da ikamet edenlerin oranı % 1,7, Mersin ve Nevşehir illeri aynı oranda % 1,3 olarak bulunmuştur. Araştırmada tedavi gören kişilerin yaklaşık % 95’i Ankara’da ikamet etmektedir. Bu bulgu diğer araştırma bulguları ile aynı doğrultuda olup, araştırmanın Ankara AMATEM’le sınırlı tutulmasından dolayı bulgular beklenildiği gibidir. Ayrıca bağımlılık tedavi merkezlerinin sayısının artması ile il dışından tedavi için gelenlerin sayısında düşüş yaşandığı sanılmaktadır.

Doğanavşargil ve arkadaşları tarafından (2004, s. 117) yılında yapılan bir araştırmada bağımlı bireylerin % 33,7’sinin gecekondu tipi, % 56,47’sinin apartman tipi, % 9,8’inin müstakil evlerde oturduğu bulunmuştur.Araştırmada tedavi gören madde bağımlısı bireylerin büyük bir çoğunluğun (% 87,3) apartmanda oturduğu bulunmuş olup, 2004 yılında yapılan bir çalışmada bu oran daha düşük bulunurken, gecekonduda oturan sayısı daha fazla bulunmuştur. İldeki hızlı kentsel dönüşüm çalışmalarının gecekondu tipi evlerin sayısını azalttığı düşünülmektedir.

Aile Araştırma Kurumu (1997, s. 32) tarafından yapılan bir araştırmada bağımlıların % 60'ının anne ve babasının birlikte yaşadığı, bununla birlikte bağımlı bireylerin % 40'ının anne ve baba ile birlikte, % 12,1'inin tek , % 36,4'ünün eşi ile birlikte, % 11'inin başka kişilerle birlikte yaşadığı, bulunmuştur. Fawzy ve arkadaşlarının (1987, s. 79-83) 13-17 yaşında 262 gençle yaptığı araştırmada aile birleşiminin, aile gelirin ve ailenin sosyal sınıfının gençlerin madde kullanım davranışlarını yordamadığı bulunmuştur. Araştırmamızda anne-babası sağ ve evli olanların oranı % 72,6 bulunmuştur. Katılımcıların % 67,3'ü çekirdek aile, % 21,7'si parçalanmış aile, %10,9'u geniş aile biçimine sahiptir. Aile bütünlüğü ve aile biçimi bakımından oranların birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir.

Beyazyürek ve arkadaşları (1990, s. 56-61) tarafından 1988 yılında yine AMATEM'de 520 kişi ile yapılan bir çalışmada tüm olguların % 38'inin işsiz olduğu saptanmıştır. Evren ve Çakmak (2002, s. 23) tarafından 2002 yılında yapılan araştırmanın sonuçlarına göre madde bağımlısı bireylerin % 75,9'u hâlihazırda gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Türkiye Uyuşturucu Raporu (2014) madde bağımlılarının % 66,1'inin işsiz olduğunu göstermektedir. Avşar ve arkadaşları (2015, s. 46) tarafından yapılan bir araştırmada bağımlılık tedavisi gören bağımlı bireylerin % 33'ünün işsiz olduğu bulunmuştur. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Türkiye Ulusal Raporu'nda (2011, s. 90) tedavi gören madde bağımlısı bireylerin % 57,76'sının işsiz olduğunu, % 26,59'unun düzenli bir işinin olduğunu, % 3,10'unun öğrenci olduğunu belirtmiştir. Avrupa Uyuşturucu Raporu'nda (2014) Avrupa'da 2012 yılında madde bağımlılığı tedavisi görenlerin yaklaşık yarısının işsiz olduğu, yaklaşık 10'da birinin kalacak bir yerinin olmadığı ortaya konmuştur. Araştırmamızda herhangi bir işte çalışmayan kişilerin oranı % 60'4'dür. Katılımcıların % 42,3'ü çalışmama nedenini "bağımlılığım nedeniyle iş bulmakta, bulduğum işte uzun süre çalışmakta zorlanıyorum" şeklinde ifade etmiştir.

Asan ve arkadaşları (2015, s. 2) tarafından yapılan bir çalışmada tedavi gören hastaların % 78,1'inin aylık 1500 TL altında, % 21,9'unun ise aylık 1500 TL üstünde

gelire sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçlarına göre katılımcılardan herhangi bir geliri olmayanların oranı % 35,5, ortalama gelir 1.471,24 olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 79,1’i orta düzey sosyo-ekonomik koşullara sahip bir çevrede yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların % 53,4’ Genel Sağlık Sigortası kapsamındadır. Bulunan oranlar oldukça yakındır.

Aynı adreste oturma süresinin artmasıyla sosyal olarak dışlanma algısında dş görülmektedir. Bu durum yaşanılan çevreye alışma ve sosyal ilişkilerin gelişmesi sonucu sosyal dışlanma algısının ortadan kalkmasıyla açıklanabileceği sanılmaktadır.

Araştırmanın alt amaçlarından “ V. Madde bağımlısı bireylerin ikamet ettiği evre koşulları, ekonomik koşulları ile sosyal dışlanma algıları arasında bir ilişki var mıdır?” ve “VI. Madde bağımlısı bireylerin aile özellikleri (aile bütünlüğü ve aile biçimi) ile sosyal dışlanma algıları arasında bir ilişki var mıdır? ” soruları etrafında tartışılan bu bölümde; Sosyal dışlanma algısı ile oturu lan konu tipi, aynı adreste oturma süresi, gelir elde etme biçimleri, bağımlılık nedeniyle iş bulamama, iş bırakma durumunda kalma, GSS kapsamında olma ile sosyal dışlanma algısı arasında istatistiki anlamlı ilişki bulunurken, iş bırakma sıklığı ile, yaşanılan çevrenin sosyo-ekonomik koşulları, aile bütünlüğü ve biçimi, çalışıyor olma, çalışma süreleri, çalışmayan kişilerden eğitime devam etme, emekli olma, aile ve yakınlardan yardım alıyor olma, sağlık engeli nedeniyle çalışmama ve aylık gelir ile sosyal dışlanma algısı arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır.

Madde bağımlısı bireylerin kullandıkları maddelere, maddeye başlama nedenlerine, sağlık durumlarına/diğer değişkenlere ilişkin bulgular ile; madde bağımlısı bireylerin kullandıkları maddelere, maddeye başlama nedenlerine, sağlık durumları/madde bağımlılığı ile ilişkili diğer değişkenlere ve sosyal dışlanma algısı arasındaki ilişkiye ait bulgular etrafında tartışma ve yorumlar;

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2014 verilerine göre 2013 yılında tedavi gören madde bağımlısı bireylerin % 76,3'ünün opiyat (eroin, morfin, kodein v.b), % 12,7'sinin esrar, %3'ünün uçucu madde, % 1,1'inin kokain, % 0,8'inin ekstazi, % 0,6'sının benzodiazepin (sedatif ilaçlar) ve % 5,6'sının diğer madde kullanıcısıdır (akt.Mutlu ve ark. 2014, s. 62).Sağlık Bakanlığı 2014 verilerinde 2009-2013 yılları arasında opiyat grubu (eroin) maddelerin kullanımının diğer maddelere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Özcan, 2015, s.13).Aile Araştırma Kurumu tarafından (1997, s. 34) yapılan bir araştırmada bağımlıların % 73'ünün eroin, % 16'sının uçucu madde, % 7'sinin esrar ve % 1'inin uyuşturucu hap, % 1'inin kokain ve % 2'sinin aynı anda çoklu madde kullandığı, maddeler başlama yaşının ortalama 17,6 olduğu bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün (2014) verilerine göre madde bağımlılığı tedavisi gören 7265 hastanın % 10,9'u 15 yaşından önce, % 39,2'si 15-19 yaşları arasında, % 30,1'i 20-24 yaşları arasında, % 11,6'sı 25-29 yaşları arasında ilk kez madde kullanmıştır(akt.Mutlu ve ark. 2014, s. 62).

Araştırmada katılımcılardan % 75,4'ünün eroin, % 57,2'sinin esrar, % 70'inin sigara, % 41,8'inin alkol, % 41,8'inin uyuşturucu hap, % 40'ının kokain, % 30'unun Bali/UHU/çakmak gazı vb. madde, % 12,7'sinin bağımlılık yapıcı ilaç, % 10'unun morfin kullandığı, madde kullanan kişilerin % 9'unun yalnızca tek , % 75,4'ünün 2, % 61, 8'inin 3, % 46,3'ünün 4, % 45,4'ünün 5, % 42,7'sinin 6, % 31,8'inin 7, % 15,4'ünün 8, % 10,9'unun 9 farklı madde kullandığı bulunmuştur.Katılımcılardan madde kullanmaya başlama yaş ortalamaları kokain, eroin,tıbbi ilaçlar ve morfin için 18,esrar ve alkol için 15, uyuşturucu hap için 16, Bali/UHU/tiner ve çakmak gazı

gibi maddeler için 14'dür. Araştırmamızda daha önceki araştırma sonuçlarında olduğu gibi opiyat grubu (eroin) en fazla kullanılan madde olarak bulunmuştur. Maddeye başlama yaş ortalamaları maddenin türüne göre değişiklik göstermiştir.

Erdem ve arkadaşları tarafından(2006, s. 111) yılında yapılan bir araştırmada, öğrencinin madde kullanan arkadaşı bulunması madde kullanma riskini arttıran arkadaş özellikleri içinde bulunmuştur. Buna göre madde kullanan arkadaşları olanların, madde kullanma riskinin yaklaşık 6 kat daha fazla olduğu, madde kullanan kızların anti-sosyal arkadaşları olması riskinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu, madde kullananların %50,2'sinin madde kullanmayanlarınsa %15,2'sinin madde kullanan arkadaşlarının olduğu ortaya konulmuştur.Frauenglass ve arkadaşlarının (1997, s. 15-23) 236 öğrenciyle yaptığı madde bağımlılığı araştırmasında, yasadışı maddeleri kullanan akranları olan öğrencilerin herhangi bir yasadışı madde kullanması olasılığının daha fazla olduğu, aile desteğinin sapkın davranışlar gösteren akran etkisini azalttığı bulunmuştur (1990, s. 1179-1193).Levy ve Pierce'nin 1990 yılında Avustralya'da 996 adölesanla yaptığı araştırma, gencin içinde bulunduğu sosyal ağ içinde madde kullanımının olması ile gencin marihuana kullanımı ve bağımlılığı arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Crofts ve arkadaşlarının (1996, s. 187-196) yılında Avustralya'da 14-22 yaşındaki 237 genç ile yaptığı araştırmada, başkalarını maddeye başlatan bağımlıların işsiz olma ve çoklu madde kullanımının olasılıklarının yüksek olduğu görülmüştür.Boyd ve Mieczkowski (1990, s. 481-485) ABD'de 18 yaş üstü, tedavi gören 100 kişi ile yaptığı çalışmada katılımcıların % 21'inin ilk defa, bir aile üyesi aracılığıyla kokain kullandığını,% 50'sinin erkek arkadaşıyla başladığını belirtmiştir. Erkekler ve kadınların, erkek arkadaşlarıyla ve erkek aile üyeleriyle kokain kullanmaya başlama eğiliminde olduğu bulunmuştur. Aile Araştırma Kurumu (1997, s. 62) tarafından yapılan bir araştırmada, madde bağımlılığının nedenlerine ilişkin faktörlere bağımlı bireylerin önemli ve önemsiz olarak görüş bildirmeleri istenmiştir. Buna göre; madde kullanmaya başlamada sıralanan değişkenlere katılımcıların % 68'i ailevi sorunları, 74,2'si arkadaş etkisini, % 69,8'i çevre etkisini, % 63,9'u merak faktörünü, % 71,1'i sorunlarla başa

çıkabilmeyi, % 68,8'i zayıf iradeli olmayı, % 44,8'i toplum dışında olmayı önemli bir faktör olarak değerlendirmişlerdir.

Guo ve arkadaşlarının (2002, s. 838-845)808 gençle 2002 yılında yaptığı eroin araştırmasında aile içi çatışma ve yetersiz aile bağları ile madde bağımlılığı arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Blackson ve Tarter (1994, s. 813-821)tarafından Amerika'da çoklu madde kullanımına ilişkin 10-12 aşındaki 530 çocuk ve babaları ile yapılan araştırmada babaların madde kullanımı ile çocuklar arasındaki madde kullanımı ilişkili bulunmamıştır. Dawson (2006, s. 637-646) tarafından Amerika'da 18 yaş üstü 42,862 yetişkinle yapılan araştırmada alkolik akrabaların yüzdesi ile alkol kullanmaya daha erken başlama, alkolik olma arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Conwell ve arkadaşları (2003, s. 285-298)tarafından Avustralya'da 5427 adölesanla yapılan araştırmada adölesanın sigara içmesiyle, ana-babanın sigara içiyor olması, düşük okul başarısı, düşük hane halkı geliri ve düşük anne eğitim düzeyinin ilişkili olduğu bulunmuştur. Dube ve arkadaşları (2003, s. 564-572)tarafından 2003 yılında Amerika'da 8613 yetişkinle yapılan çoklu madde kullanımı araştırmasında, istismar, ihmal, ebeveyn boşanması vb. olumsuz çocukluk deneyiminin uyuşturucuya daha erken başlama olasılığını arttırdığı bulunmuştur. Guo ve arkadaşlarının (2002, s. 838-845).808 gençle 2002 yılında yaptığı eroin araştırmasında aile içi çatışma ve yetersiz aile bağları ile madde bağımlılığı arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Chassin ve arkadaşlarının(1993, s. 3-19). ABD'de 327 aile ile yaptığı çoklu madde kullanımı araştırmasında, ebeveynin alkolik olmasının, çocuklarının gözetimini azaltıcı bir etkisinin olduğunu ve kontrol edilemeyen olumsuz yaşam olaylarını arttırarak gencin madde kullanımını arttırabileceği bulunmuştur.

Araştırmamızda maddeye başlama nedenlerini katılımcılar maddeye başlama nedenleri; arkadaş/komşu etkisi % 65,5, kişisel merak % 38,2, yaşanan çevre % 35,5, kişisel ve ailevi sorunlar % 31,8, psikolojik rahatsızlıklar % 15,5, anne-babaya/topluma tepki % 6,4, ailede madde kullanımı % 3,6 televizyon/internet/sosyal

medya- gelir sağlama oranı % 0,9'dur.Madde bağımlısı bireylerden ailede madde kullanan başka kişilerin olduğunu söyleyenlerin oranı ise % 27,4 olarak bulunmuştur.Başlama nedenleri arasında arkadaş etkisi, ailevi nedenler ve yaşanan çevre en önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma sonuçları diğer araştırmaları desteklemektedir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinin verilerine göre 2013 yılında tedavi görenlerin, % 51,5'i daha önce madde bağımlılığı tedavisi görmemişken, daha önce tedavi görenlerin oranı % 45,8'dir. Son 5 yıl içinde tedaviye başvuranların % 45,92'si daha önce tedavi gören hastalardan oluşmaktadır(Mutlu ve ark., 2014, s. 60). Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu 2014-2015'e göre madde bağımlılığı tedavi gören kişilerin % 47,32'sinin daha önce madde bağımlılığı tedavisi gördüğü bulunmuştur (Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu 2014-2015, s. 12). Araştırmada katılımcıların % 58,2'sinin daha önce bağımlılık tedavisi gördüğü bulunmuştur. Araştırma sonuçları daha önceki araştırma sonuçlarına yakın oranlar vermiştir.

Shantna ve arkadaşları (2009, s. 87) tarafından yapılan bir çalışmada madde bağımlılarında en çok görülen psikiyatrik rahatsızlıkların defresif bozukluk, majör depresyon ve distimi olduğu, hastaların yaklaşık 3'te 1'inin majör depresyon, % 11'inin şizofreni ve % 16'sının bipolar bozukluk tanısı aldığını, vakaların % 6'sında anksiyete bozukluğunun olduğu, kişilik ve uyum bozukluğu olanların oranının sırayla % 9 ve % 16 olduğu bulunmuştur.İnce ve arkadaşlarının (2002, s. 85-86) 47 alkol bağımlısı hasta ile yaptığı bir çalışmada, hastaların %59,6'sında ek tanı bulunmazken, % 8,5'inde distimi, % 4,3'ünde uyum bozukluğu, %2,1'inde panik bozukluk, % 25,5'inde majör depresyon olduğu bulunmuştur. Araştırmada madde bağımlısı bireylerden psikiyatrik bir hastalığı bulunanların oranı % 9 olarak bulunmuştur. En fazla görülen psikiyatrik hastalık depresyondur (% 44,4). Bunu panikatac rahatsızlığı (% 22,2), antisosyal kişilik bozukluğu rahatsızlığı (%

11,1),bipolar bozukluk (% 11,1), şizoaffektif bozukluk (% 8,3) izlemektedir. Bulgular daha önceki araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Konya Kapalı Cezaevi'nde mahkumlarla yapılan bir araştırmada yaşam boyu madde bağımlılığı yaygınlığı %7,9 bulunmuştur. Cezaevine giriş sayısı fazla olan mahkumlarda herhangi bir madde bağımlılığı/kötüye kullanımı anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir (Kaya ve ark, 2004, s. 85-91).Aile Araştırma Kurumu tarafından (1997, s. 35) yapılan bir araştırmaya göre çalışmaya katılan madde bağımlılarının % 45'inin işledikleri bir suç nedeniyle ceza infaz kurumu deneyimi olduğu, ancak % 25'inin işlediği suçun madde ile ilgili, % 20'sinin madde ile ilgili olmayan bir suç olduğu bulunmuştur. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlıları Araştırma Merkezi'ne (AMATEM) 1991 -1995 yılları arasında tedavi gören 2180 madde bağımlısı birey ile yapılan bir çalışmada 1678 kişinin (% 77) suç nedeniyle ceza infaz kurumunda kaldığı ya da ceza aldığı, bunlardan 1120 olgunun (% 51) uyuşturucu madde bulundurmak ve kullanmak, suçunu işlediği bulunmuştur (Alpay ve ark., 1995, s. 17). 2004 yılında Çek Cumhuriyeti'nde gerçekleştirilen bir araştırmada ülkede uyuşturucu madde üretimi ve dağıtımı ile ilgili suçların % 62'sinin, dolandırıcılık suçlarının %25'inin, zimmete para geçirme suçlarının % 21'inin, hırsızlık suçlarının % 20'sinin madde kullanan kişilerin kendi madde kullanımını karşılamak amacıyla işledikleri ortaya konmuştur (Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve bağımlılık ile Mücadele 2006 Yılı Ulusal Raporu 2006'dan akt. Kamer, 2008, s. 306).Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü 2013 verilerine göre mahkemece haklarında uyuşturucu ve uyarıcı madde tedavisi ile denetimli serbestlik tedbiri uygulanan madde bağımlısı sayısı 141.454'dir (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, s. 18). Araştırmaya katılan kişilerden madde nedeniyle ceza alan fakat ceza infaz kurumunda kalmayanların oranı % 17,8, madde nedeniyle ceza alıp, ceza infaz kurumunda kalanların oranı % 15,6, madde ya da başka nedenden ceza infaz kurumunda kalanların oranı % 8,9, madde dışında başka bir suçtan ceza alıp cezaevinde kalanların oranı % 5,5 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları farklılık göstermesine bağımlı bireylerin yarısından fazlası madde ile ilgili olarak ceza almış ya da ceza infaz kurumunda kalmıştır.

Haddad ve arkadaşları (2010, s. 146) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların % 42,2'si madde bağımlılığının aile içi soruna, % 29'u iş kaybına, % 27,8'i ruhsal problemlere yol açtığını, % 26,8'i madde kullanımının toplum tarafından kabul edilmediğinden sosyal dışlanmaya neden olduğunu, % 33,8'i yasal sorunlara yol açtığını belirtmişlerdir.

ABD'de 1998 yılında yapılan bir tutum araştırmasında ABD halkının madde bağımlısı bireyler yönelik sosyal dışlayıcı tutumlarının olduğu, madde bağımlısı kişileri "tembel", "kaybeden" ve "geleceği olmayan bireyler" olarak niteledikleri bulunmuştur (Blendon ve Young, 1998, s. 827-832). Pescosolido ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları bir çalışmada, problemlili madde kullanımı olan bireylerin önemli miktarda toplumsal dışlanma yaşamakta olduğunu, alkol bağımlı bireyler, çoğunlukla birincil bakım verenler tarafından dışlandıkları gibi genel popülasyondan tarafından da sosyal olarak dışlandığını ortaya koymuştur (Pescosolido ve ark. 2010'dan akt. Buckingham ve ark., 2016, s. 555). Beck ve arkadaşları (2005, s. 68-72) tarafından Almanya toplumunda yapılan ve alkol bağımlılığı, depresyon ya da şizofreni hastası kişilerle komşuluk yapma istekliliğinin sorulduğu bir çalışmada alkol bağımlısı kişilerin % 60, şizofreni hastalarının % 37 ve depresyondaki kişilerin % 19 oranında reddedildiğini ortaya koymuştur.

Ögel ve arkadaşları (1998-1999, s.25-88) tarafından Türkiye'nin 10 ilinde ve Kıbrıs'ta yapılan "Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye'de Çok Merkezli Bir Araştırma" isimli çalışmada toplumun madde kullananlardan korku duydukları, bu kişiler güven duymadıkları, saygı duymayıp onları adeta yok saydıkları, madde kullanımını tasvip etmedikleri bunlarla birlikte onları suçlu olarak gördükleri bulunmuştur. Polis, sağlık çalışanı ve bağımlı kişiler madde kullanan kişilerin toplum tarafından dışlandığı konusunda aynı görüş bildirmişlerdir.

Ürdün’de yapılan bir araştırmada, madde bağımlılarına ilişkin uzun süredir devam eden sosyal damgalayıcı, ayıplayıcı, sosyal dışlayıcı ve suçlayıcı yaklaşım nedeniyle madde bağımlısı bireylerin ilk elden bilgi edinme imkanlarının olmadığı, ayrıca madde bağımlılığı ile ilgili olarak tedaviye ihtiyaç duyan kişilerin bile tedavi programlarını, damgalayıcı görebilmekte oldukları, madde bağımlılığı ile ilgili sosyal damgalayıcı iklimin nüfusun madde bağımlılığının doğası ve tedavi arama davranışı ile ilgili eğitilmesinde engel oluşturduğu bulunmuştur (Jabbour ve Fouad2004’den akt. Haddad ve ark., 2010, s. 148).

Keyes ve arkadaşları (2010, s. 1364-1372) tarafından bir aile üyesine alkol bağımlılığı tanısı konan katılımcılar arasında alkol kullananların, aile üyesi tanı almayan katılımcılardan daha az toplumsal damgalama bildirmişlerdir.

Araştırmamızda madde kullanımı nedeniyle sosyal dışlanmaya maruz kaldıklarını düşünenlerin oranı % 77,3 olarak bulunmuştur. Dışlandığını düşünen bireylerin verdikleri cevaplara göre; katılımcıların % 52,9’u akrabaları, 58,8’i arkadaşları, % 40’ı komşuları, % 36,4’ü ailesi, % 18,8’i kamusal/sosyal alanlar tarafından dışlanmaktadır.

Bazı araştırmacılar, bağımlılık yapıcı maddeler içinde crack (kokain) ve damardan uyuşturucu kullanıcılarının hem kendileri tarafından hem de toplum tarafından en damgalı hale getirildiğini öne sürmektedir (Gelabert ve ark., 2005, s. 802-813).Kulesza ve ark. (2013) toplum tarafından bağımlı kişilerin damgalanması ve sosyal olarak dışlanma düzeyinin kullanılan maddeye bağlı olduğunu, Crisp, Gelder, Rix, Meltzer ve Rowlands (2000) uyuşturucu bağımlısı olanların alkol bağımlılığından daha fazla damgalama ve sosyal dışlanma yaşadıklarını, Cunningham, Sobell ve Chow (1993) kamusal damgalamanın ve dışlamanın alkol veya kokain bağımlılığı olanlara (ikisi arasında fark yok) ve tütüne bağımlı olanlara

doğru en dūřuk seviyeye ulaştığını tespit ettiler (akt. Merrill ve Monti, 2015, s. 3).Damar yolu ile uyuşturucu kullanan madde bağımlıları en çok marjine edilmiş bağımlı gruptur. Bu kişiler sıklıkla yetersiz gelir, ciddi sağlık sorunları, sosyo ekonomik ve yasal zorluklarla yūz yūze gelmektedir. 2013 yılı itibariyle 12 milyondan fazla damardan uyuşturucu kullanan bağımlı olduğu tahmin edilmektedir (World Drug Report UNODC,2015, s. 4). Araştırmada madde bağımlısı bireylerin kullandığı maddelerin tūru ile sosyal dışlanma algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca alkol dışındaki tūm maddelerde kullanılan maddeye başlama yaşı ile sosyal dışlanma algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.Alkole başlama yaşı ile sosyal dışlanma algısı arasında negatif yōnde orta şiddette anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Sađlık Bakanlıđı Sađlık Hizmetleri Genel Mūdūrlūđū'nūn verilerine gōre;tedavi gōren kiřilerin būyuk çođunluđunu (% 66,54) kendi isteđi dođrultusunda, diđer yođunluklu bir bōlūmūn ise (% 30,6) aile ve arkadař etkisi ile tedaviye sevk edildiđi belirtilmiřtir (Őzcan, 2015, s.13). Bununla birlikte Semple ve arkadařları (2005, s. 367-380)tarafından yapılan bir arařtırmada tedavi gōren metamfetamin kullanicılarının, tedavi gōrmemiř olanlara gōre arkadař veya aileleri tarafından reddedilme ihtimalinin daha yūksek olduđu ortaya konmuřtur. Arařtırmada madde bađımlılıđı tedavisi olmaya karar verme nedenleri arasında madde kullanımının aile içi sorunlara yol açması en yūksek oran (% 67,2) olarak bulunmuřtur. Sađlık sorunları nedeniyle tedavi olma cevapların, % 43,6'sını, iř yařamında karřılařılan sorunlar, cevapların % 35,4'ūnū, toplum tarafından dıřlanma nedeniyle tedavi olmaya karar verme, cevapların % 32,7'sini, mahkeme ya da yasal zorunluluk nedeniyle tedavi gōrmeye karar verme, cevapların % 16,3'ūnū, dini inanıřlar nedeniyle tedavi olmaya karar verme, cevapların % 14,5'ini oluřturmuřtur.

Haddad ve arkadařlarının Ūrdūn'de yaptıđı bir arařtırmada katılımcılar, madde bađımlılıđı ile mūcadelede maneviyatın (inançların) önemli bir araç olduđuna iliřkin gōrūř bildirmiřlerdir (Jabbour ve Fouad, 2004'den akt. Haddad ve Ark., 2010, s. 148).

Madde kullanmaya başlama nedenlerine göre; ailede madde kullanımının olması, anne-babaya ve/veya topluma tepki nedeniyle madde kullanmaya başlama ile sosyal dışlanma algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, psikolojik rahatsızlık ve kişisel ve ailevi sorunlar nedeniyle madde kullanmaya başlama ile sosyal dışlanma algısı arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Madde bağımlısı bireylerin daha önce tedavi görmüş olması durumu, ailede madde kullanan kişilerin olması ile sosyal dışlanma algıları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken, daha önce çok sayıda bağımlılık tedavisi görme, kronik ve psikiyatrik hastalığa sahip olma, ceza alma-ceza infaz kurumunda kalma ile sosyal dışlanma algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Madde bağımlısı bireylerin tedaviye karar verme nedenlerine göre; madde kullanımının aile içi sorunlar oluşturması, mahkeme ya da yasal nedenlerle toplum tarafından dışlanma (sosyal dışlanma) nedeniyle tedavi olmaya karar verme ile sosyal dışlanma arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken, dini inançlar, sağlık sorunu, iş yaşamında problem oluşturması nedeniyle tedavi olmaya karar verme durumu ile sosyal dışlanma algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bağımlı bireylerin dışlandığını düşündüğü kişilere göre; aile ve komşular tarafından dışlandıklarını düşünme ile sosyal dışlanma algısı arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken akrabalar, arkadaşlar, kamusal/sosyal alanlarca dışlanma ile sosyal dışlanma algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmanın ana amacı, “Madde bağımlısı bireyler sosyal olarak dışlandıklarını düşünüyorlar mı?” sorusuna cevap bularak sosyal dışlanma algısının ortaya konulması olarak belirlenmiştir. Çalışmada madde bağımlısı bireylerin büyük bir çoğunluğunun (% 77,3) madde kullanımını nedeniyle sosyal dışlanma algıladıkları ortaya konulmuştur.

Araştırmanın “I. Madde bağımlısı bireylerde sosyal olarak dışlandığını düşünen madde bağımlısı bireyler en fazla kim/kimler tarafından dışlandığını düşünmektedir?” alt amacıyla; katılımcıların % 52,9’u akrabaları, 58,8’i arkadaşları, % 40’ı komşuları, % 36,4’ü ailesi, % 18,8’i kamusal/sosyal alanlarca dışlanma algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır.

“VII. Ailede madde kullanan kişilerin varlığı ile sosyal dışlanma algısı arasında bir ilişki var mıdır?” alt amacına; ailede madde kullanımı ile sosyal dışlanma algısı arasında ilişki bulunmadığı yönünde sonuçla bulunmuştur.

“III. Kullanılan maddenin çeşidi, başlama yaşı ve çoklu madde kullanımı sosyal dışlanma algısında belirleyici etkenler midir?” alt amacıyla; kullanılan maddenin çeşidinin önemli olmadığı, alkol dışındaki tüm maddelerde maddeye başlama yaşı, çoklu madde kullanımı ve sosyal dışlanma algısı arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

“VIII. Kronik ve psikiyatrik hastalık durumları ile sosyal dışlanma algısı arasında bir ilişki var mıdır?” alt amacıyla; hastalık durumu ile sosyal dışlanma algısı arasında ilişki olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

“VIII. Madde nedeniyle ceza alma-ceza infaz kurumunda kalma sosyal dışlanma algısında belirleyici bir etken midir?” alt amacıyla; cezai yaptırım alma ve sosyal dışlanma algısı arasında ilişki olmadığı yönünde bir sonuca varılmıştır.

“IX. Madde bağımlısı bireylerin tedavi olmaya karar verme nedenleri sosyal dışlanma algıları ile ilişkili midir?” alt amacıyla; yasal yaptırımlar, sağlık sorunları,

iş yaşamında sorunlar ve dini inançlar nedeniyle tedavi olmaya karar verme ile sosyal dışlanma arasında ilişki bulunmazken, madde bağımlılığının aile içinde sorunlara yol açması ve toplum tarafından dışlanma nedeniyle tedaviye karar verme ile sosyal dışlanma algıları arasında yüksek derecede ilişki bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algılarının belirlenmesi hedeflenmiş ve bu amaçla, madde bağımlısı bireylere soru formu ve ölçek uygulanmıştır. Bu bölümde araştırma sonuçları genel olarak ele alınmış, araştırma amaçları ve sonuçlar değerlendirilerek, sosyal hizmet müdahalesi odağında madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma sorununa yönelik öneriler sunulmuştur.

Araştırma madde bağımlılığı tedavisi görmek için bir bağımlılık tedavi merkezine başvuran madde bağımlısı 110 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin çok büyük bir çoğunluğunu erkek katılımcılar oluşturmuştur. Cinsiyet dağılımı bakımından iki grup arasında sayısal farklılıklar olmakla beraber sosyal dışlanma algısı bakımından gruplar arası farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu genç yaş grubundakiler oluşturmaktadır. Madde kullanan kişilerin eğitim durumlarının düşük olduğu ancak büyük bir çoğunluğun evli olduğu bulunmuştur. Bağımlı bireylerin büyük bir çoğunluğu ayaktan tedavi gören kişilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin çoğunlukla orta düzey sosyo-ekonomik koşullara sahip olduğu, aile bütünlüğünün bulunduğu, çoğunluğun işinin olmadığı, bağımlılık nedeniyle iş bulamadıkları, bulduğu işlerde uzun süreli çalışmadığı, madde nedeniyle birçok kez iş bırakmak durumunda kaldığı, bu durumlarla ilişkili olarak kişilerin gelirlerinin oldukça yetersiz olduğu, sosyal güvencelerin olmadığı (genel sağlık sigortası) bulunmuştur. Tüm maddeler içinde eroin en çok kullanılan maddedir. Eroine başlama yaşı 18 olarak bulunmuştur. Maddeye başlamada arkadaş etkisi oldukça fazladır. Madde ve maddeye ilişkili cezai yaptırımlarla karşı karşıya kalanların oranı yaklaşık tüm katılımcıların 3’de 1’ini oluşturmaktadır. Madde bağımlılığı tedavisine karar vermede aile içi sorunların ortaya çıkması önemli bir

nedendir. Madde bağımlılarının büyük bir çoğunluğunun sosyal olarak dışlandığını düşündüğü, yakın çevrelerinin dışlayıcı tutumlarıyla karşılaştıkları bulunmuştur. Gecekonuda oturma, yasal olmayan/toplumsal kabul görmeyen gelir elde biçimi, iş bulamama, sosyal güvence durumu, sosyal dışlanmada önemli bir etken olarak bulunmuştur. Maddeye psikolojik bir hastalık nedeniyle ve ailevi sorunlar nedeniyle başlama, ailede madde kullanan başka kişilerin olması sosyal dışlandığını düşünmede önemli etkenler olarak bulunmuştur. Madde kullanımının aile içinde sorun oluşturması, toplum tarafından dışlanma ve mahkeme ya da yasal zorunluluk nedeniyle tedavi olmaya karar verme ile sosyal dışlanma algısı arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile tarafından dışlandığını düşünme ile sosyal dışlanma algısı arasında çok yüksek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın temel amacı ve alt amaçlarıdoğrultusunda;

Madde bağımlısı bireyler sosyal olarak dışlanma algıları belirlenmiş, madde bağımlılarının kimlerin sosyal dışlayıcı tutumları ile karşılaştıkları, bireylerin demografik özelliklerinin, yaşadığı çevre koşulları ve sosyo-ekonomik koşullarının, çalışma yaşamı ve gelir elde etme biçimlerinin, ailenin yapısal ve işlevsel özelliklerinin, ailede madde kullanımının, maddenin çeşidi, başlama yaşı ve çoklu madde kullanımı gibi özelliklerin, kronik ve psikiyatrik hastalık durumları, ceza alma-ceza infaz kurumundadeneyimlerinin, tedaviye ilişkin hususların sosyal dışlanma algısında nasıl bir etkisinin olduğu sorularına ilişkin yeterli bulgu edinilmiştir.Araştırma sonunda, araştırmanın amaçlarına ulaşıldığı değerlendirilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular ve literatürden elde edilen bilgiler ışığında öneriler;

- Türkiye’de madde bağımlılığının profilini, boyutlarını, aynı zamanda yoksulluk ve dezavantajlılık durumlarını ortaya koyan istatistiksel analizler ve bilimsel çalışmalar yapılmalıdır. Elde edilen bulgular doğrultusunda bölge ve yerleşim özelliklerine göre yerel eylem planları oluşturularak, planlar kamu kurumları, STK’lar, üniversiteler ve diğer kurumlarla koordineli ve işbirliği içinde uygulanmalıdır.
- Madde bağımlılığının zararları ve sonuçları hakkında, eğitim kurumları, sivil toplum kuruluşları ve diğer ilgili kurumlar aracılığıyla toplumun eğitilmesi ve bilinçlenmesine yönelik sistemli çalışmalar yapılmalıdır.
- Çocukların aile içerisinde doğru disiplin yöntemleri kullanılarak, madde bağımlılığından, çeşitli zararlı alışkanlıklar ve davranışlardan uzak yetiştirilmelerini sağlamak amacıyla özellikle riskli yerleşim bölgelerinde “aile danışma merkezleri, toplum merkezleri, sosyal hizmet ve danışma merkezleri ” gibi birimler kurulmalıdır. Bu birimlerde ailelere, toplum kaynaklarına ulaşma, aile içi iletişim kanallarını doğru kullanma gibi konularda danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.
- Çocuk ve gençlere yönelik spor ve kültür etkinlikleri gibi boş zaman aktiviteleri düzenlemeli, bu aktiviteler için uygun mekânlar, çevre düzenlemeleri ve çeşitli sosyal tesis ve imkânlar sağlanmalıdır.
- Çocuk ve gençlerde madde bağımlılığının önlenmesi, suç davranışından uzaklaşması, doğru davranış kalıplarının öğrenilmesi, sağlıklı yaşam bilincinin oluşturulması amacıyla okullarda okul sosyal hizmet uzmanları, rehberlik öğretmenleri ve psikolog istihdamları arttırılmalı, konuyla ilgili hizmet içi eğitimler, çocuk ve gençlere yönelik eğitim ve izleme çalışmaları yapılmalıdır.

- Uyuşturucu pazarının denetlenmesi, satışının önlenmesi, kaçakçılıkla mücadele için etkin güvenlik hizmetleri yürütülmelidir.
- Toplumdaki çeşitli dezavantajlı gruplar (sokakta çalışan ve yaşayan çocuklar, boşanmış ailelerin çocukları, yoksul aileler, parçalanmış aileler vb.) ve başka risk grupları belirlenmeli, her kentin sosyal risk haritası çıkartılarak, sosyal hizmet kurumlarının sayısı artırılmalı, niteliği yükseltilmelidir. Bu grupların ihtiyaç duyulan sosyal hizmetlerden yararlandırılması sağlanmalıdır. Bu aileler ilgili kurumlarca takip edilmeli ve gerekli müdahaleler zamanında yapılmalıdır (Sağlık hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri, istihdam hizmetleri, sosyal güvenlik hizmetleri vb).
- Mevzuatta yer alan konu ile ilgili cezalar (madde temini, satışı vb.) caydırıcı hale getirilmeli, ceza infaz sistemleri aynı zamanda rehabilite edici nitelikte olmalıdır.
- Madde bağımlılığı konusunda hizmet kapasitesi değerlendirmelidir. Madde bağımlılığı tedavi hizmeti sunan merkez sayılarının yeterliliği ve işlevselliği değerlendirilmeli ve yeniden planlanmalıdır. Bağımlı bireylerin tedavi ve sosyal rehabilitasyonunu sağlamak amacıyla tedavi merkezlerinin sayıları arttırılmalı, tüm ülke düzeyinde herkesin kolay ulaşabileceği şekilde yaygın hale getirilmelidir. Bu merkezlerde ihtiyaç duyulan personel görevlendirilmesi yapılmalı, tıbbi tedavi ve rehabilitasyon, psikolojik ve sosyal destek, danışma vb. ihtiyaç duyulan tüm hizmetler gelişmiş ülkelerin standartlarına göre oluşturularak işlevsel hizmet sunumu sağlanmalıdır. Bunun için merkezlerde yeteri kadar doktor, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve başka ihtiyaç duyulan meslek elmanı ve yardımcı eleman görevlendirilmelidir.
- Uyuşturucuyla mücadelede eden yapılardaki insan kaynakları eksikliği acilen giderilmelidir. Bu doğrultuda madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde, danışma, eğitim ve iyileştirme merkezlerinde alanında uzman personel açıkları kapatılmalıdır. Bu alanlarda hizmet veren profesyonellere teşvikler sağlanmalıdır. Bu alanda çalışan meslek elemanlarının bağımlılık, bağımlılıkla

mücadele, tedavi ve rehabilitasyon konularında sürekli eğitim almalarının sağlanması ve tedavi programların işlevselliğinin sürekli gözden geçirilmesi sağlanmalıdır.

- Madde kullanım problemi olan bireyler bir hasta olarak görülmemeli ve ihtiyaç duyduğu her türlü yardım eşitlik çerçevesinde ve insan onuruna yakışır bir biçimde sağlanmalıdır. Sorunu olan kişilere hizmet sunarken bilgi mahremiyetine özen gösterilmeli, sosyal olarak dışlama, damgalama ve ayrımcılık yapılmamalıdır.
- Bağımlılık sorunu olan çocuk ve gençlerin okula devam etmesine, sağlık hizmeti ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimine özen gösterilmeli, bu konularda destekleyici çalışmalar ve aracılık çalışmaları yapılmalıdır. Madde bağımlılığı konusunda medyada yer alan haberler damgalamaya neden olmayacak, toplumu eğitici, duyarlılık oluşturacak şekilde verilmelidir.
- Madde bağımlılığı tedavisi sonrasında bireylerin, topluma kazandırılması amacıyla yeterli ve etkili psiko-sosyal destek hizmetleri oluşturulmalıdır. Bu hizmetler kişinin topluma uyumu, mesleki beceriler geliştirmesi, iş bulması, eğitime devam etmesine yönelik olmalı ve geçici bir süre maddi destek alma vb. konuları da içermelidir. Bunun için ilgili kurumlarla temas kurularak, somut çözümler üretilmelidir.
- Adaletsiz gelir dağılımını destekleyen faktörlerin ortadan kaldırılmasına ve toplumsal imkânlardan adil yararlanmanın sağlanmasına yönelik yasal düzenlemeler, ekonomi ve istihdam politikaları oluşturulmalıdır.
- Kayıt dışı ekonomi, gelir adaletsizliği, kamu kaynaklarının aşırı ve güç sahibi kesimlerin hizmetinde kullanılmasının önüne geçilmeli. Etkin denetim mekanizmalarıyla önlenmelidir.

- Ülke düzeyinde gelir dağılımının istikrarlı bir şekilde iyileştirilmeli toplumsal refahın yükseltilmesine yönelik yeni stratejiler ve planlamalar yapılmalıdır.
- Gelir dağılımının iyileştirilmesi için ekonomi politikaları oluşturulmalı, yoksullukla etkin mücadele edilmeli bu anlamda kaynakların etkin ve tüm kesimlerin lehine olacak şekilde kullanımı planlanmalıdır.
- İstihdam olanakları arttırılmalı, sosyal güvenlik hakları, işsizlik ücretleri, sosyal yardım ödemeleri daha yeterli aralıkta sunulmalıdır.
- İşgücü piyasasındaki esnek uygulamaların, adil olmayan çalışma şartlarının ortadan kaldırılması, iş ve emek piyasasında adil düzenlemelerin, yeterli ücret politikalarının oluşturulması gereklidir.
- İşsiz kalanların işsiz kaldıkları sürece uğrayacakları gelir kayıplarını kısmen önlemek üzere işsizlik sigortası uygulamalarında ücret miktarlarının ve koşullarının tekrar gözden geçirilmesi yerinde olacaktır.
- Sosyal güvenlik sisteminin nüfusun tümüne yaygınlaştırılması ve tüm vatandaşların sosyal güvenlik kapsamında olmasına yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.
- Temel kamu hizmetlerine erişimde fırsat eşitliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Toplumda insancıl değerlerin yerleşmesi, toplumsal duyarlılığın oluşması, sosyal bütünleşmenin sağlanması amacıyla çalışmalar yapılmalı, bilinç ve farkındalık oluşturan çeşitli araçlar yaygınlaştırılmalıdır.
- Sosyal adaleti pekiştirici önlemler alınmalı, sosyal yardımlaşma ve dayanışmateşvik edilmelidir.

- Çok boyutlu sosyal dışlanma yasayan dezavantajlı çeşitli gruplara(yoksullar, işsizler, göçmenler, bağımlı bireyler, vb.) yönelik sosyal içerme politikaları geliştirilmelidir.
- Yoksul bölgelerde bulunan korumasız gruplar için ivedilikle sosyal içermeci politikalar geliştirilmelidir.
- Yoksullukla mücadelede sivil toplumun katılımının artırılması ve yerel yönetimlerin rolünün güçlendirilmesi, sosyal yardım-istihdam bağlantısının güçlendirilerek yoksul kesimin istihdam edilebilirliğinin artırılması ve üretken duruma geçirilmesine yönelik programlar ve politikalar oluşturulmalıdır.
- Yoksulluk ve sosyal dışlanma riski taşıyan birey ve grupların ekonomik ve sosyal hayatta yer almalarının sağlanması, özellikle kırsal kesimde ve az gelişmiş bölgelerde girişimciliğin teşvik edilmesi, kırsal kesimdeki kız çocuklarının, engellilerin ve düşük gelirli ailelerin çocuklarının eğitime erişimleri kolaylaştırılmalıdır.
- Alt gelir gruplarının sosyal refahını artırmak için doğrudan yardım sistemlerinin geliştirilmeli ve bu kesimin yararlandığı eğitim, sağlık ve diğer sosyal hizmetlerin kalitesi artırılmalıdır. Bu kesimlerin vergi yükleri hafifletilmelidir.
- Kentlerde semtlerin gelişmişlik farklılıkları ortadan kaldırılmalı, kentin dezavantajlı bölgelerinde yaşayan halkın eğitim, sağlık ve sosyal hizmetlere ücretsiz ve kolayca ulaşabilmelerine olanakları oluşturulmalıdır.
- Kötü yaşam standartlarının, yetersiz alt yapının olduğu, temizlikten uzak malzemelerle yapılmış yerleşim yerleri(gecekondu ve benzeri yerleşim bölgelerinin) hızla boşaltılarak yaşam standartlarına uygun yerlere aktarılmalı ve mekânsal ayrışmanın önüne geçilmelidir.

- Kırsal kesimde yaşayan nüfusun, verimliliğini artıracak ve tarımsal üretim yelpazesini zenginleştirecek mesleki yönlendirme programları ve projelerle desteklenerek, iç göçü durdurmaya yönelik destekleyici politikalar yapılmalıdır.
- Özellikle büyük kentlerde yaşanan iç göçün nedenleri ve göçle gelen kişi ve ailelerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla incelemeler yapılarak çoğunlukla dezavantajlara sahip birey ve ailelere yönelik kente uyum sürecinin başarıyla sağlanabilmesi amacıyla sosyal destek ve danışmanlık hizmetleri geliştirilmelidir. Böylelikle birçok sorunun önüne geçilmesi ve birey ve ailelerin güçlendirilmesi mümkün olacaktır.
- Kadınların, çocukların, engellilerin, bağımlı bireylerin, yoksulların ve daha birçok dezavantajlı kesimin sosyal, kültürel ve ekonomik hayattaki yerini güçlendirici çalışmalar yapılmalı. Bu kesimlere yönelik koruyucu yasalar oluşturulmalı ve uygulanmasının sıkı takibi yapılmalıdır.
- Azınlıkların ve göçle gelenlerin haklarının korunması, bunun yanı sıra ayrımcılığı ortadan kaldıracak politikalar oluşturulmalı ve izlenmelidir.
- Yaş ve cinsiyet ayrımcılığının önüne geçilecek kamusal ve toplumsal önlemlerin alınması, eğitim ve emek piyasalarında cinsiyetten dolayı ortaya çıkan farkın kaldırılması yönünde politikalar geliştirilmeli, topluma yönelik duyarlılık, bilinç aşılama ve farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

ÖZET

Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları: Ankara Amatem Örneği

Madde bağımlılığı sadece bireysel bir hastalık değil, aynı zamanda, bağımlının ailesini, yakın çevresini ve toplumu olumsuz etkileyen çok boyutlu bir sosyal sorundur. Bağımlı kişilerde oluşan olumsuz tutum ve davranış çoğu zaman toplumsal yaşam içerisinde olumlu karşılanmayan, hoşgörü gösterilmeyen ve kabul edilmeyen tutum ve davranışlar olarak değerlendirilebilmektedir. Saldırganlık, suça yönelme, hırsızlık, yalancılık gibi bu olumsuz davranışlar sergileyen madde bağımlısı bireyler toplum tarafından dışlanabilmektedir. Sosyal olarak dışlanan madde bağımlıları, bu dışlanma karşısında daha güçsüz bir duruma gelerek, kendilerini toplumsal yaşamdan çekmekte ve maddeye daha çok sarılmaktadırlar. Böylelikle sosyal dışlamaya maruz kalan madde bağımlısı bireyler kısır bir döngü içine girmektedirler.

Bu çalışmada madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları araştırılmıştır. Araştırma Ankara AMATEM’de madde bağımlılığı tedavisi gören 110 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu ile Jehoel-Gijsberg ve Vrooman (2007) tarafından geliştirilen, Bayram ve arkadaşları(2011) tarafından Türkçeye uyarlanan sosyal dışlanma ölçeği uygulanmıştır. Değişkenler arasında ilişki ve anlamlı bir farklılık olup olmadığının belirlenmesi amacı ile Shaphiro Wilk testi, t testi, ANOVA ve LSD çoklu karşılaştırma testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U Testi, doğrulayıcı faktör analizi ve cronbach alfa istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda tedavi gören madde bağımlısı bireylerin yüksek oranda (% 77,3) sosyal dışlanma algıladıkları, bağımlıların en çok akrabaları ve arkadaşları tarafından dışlandıklarını düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan araştırmayla, medeni durum, oturulan konut tipi, gelir elde etme biçimleri, sosyal güvence, maddeye psikolojik bir hastalık ve/veya ailevi sorunlar nedeniyle başlama, daha önce madde bağımlılığı tedavisi görmüş olma, madde kullanımı nedeniyle iş bulamama, ailede madde kullanan başka kişilerin olması, madde kullanımının aile içinde sorun oluşturması, toplumsal dışlanma, mahkeme ve yasal zorunluluk nedenleriyle tedavi olmaya karar verme durumları, aile ve komşular tarafından dışlandığını algılama durumları ile sosyal dışlanma algısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bunlarla birlikte, çalışmada, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aile bütünlüğü, aile özellikleri, yaşanan sosyal çevre özellikleri, kullanılan maddenin türü, maddeye başlama yaşları, kronik ve psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma, ceza infaz kurumu deneyimi olması ile sosyal dışlanma algısı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma sorunu ile mücadelede etkili, sosyal bütünleştirici, yeterli sosyal hizmetler planlanmalı ve hizmet sunulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Madde Bağımlılığı, Sosyal Dışlanma, Sosyal Hizmet.

SUMMARY

Social Exclusion Perceptions of Drug Addicted Individuals: Ankara Alcohol and Substance Abuse Treatment and Training Center Pattern

Drug addiction is not only a personal disease but also a multidimensional social problem that affects family of addicted individuals, their immediate environment and once for all, social structure negatively. Negative attitudes, behaviors and approaches occurred in addicted individuals often may be considered as not tolerable and acceptable behaviors and attitudes in social life. Drug addicted individuals exhibiting negative behaviors such as lying, aggression or crime can be excluded by society. Socially excluded drug addicted individuals are become weaker due to exclusion, they isolate themselves from society and use more drug. Thus, socially excluded drug addicted individuals enter into a vicious circle.

In this study, social exclusion perceptions of the drug addicted individuals were analyzed. The sample of the study constituted 110 drug addicts who received substance abuse treatment in Ankara Alcohol and Substance Abuse Treatment and Training Center. The Social Exclusion Scale that was developed by Jehoel-Gijsberg and Vrooman (2007) and adapted to Turkish by Bayram et al. (2011) and questionnaire form created by researcher were applied to participants. Shaphiro wilk test, Student t test, ANOVA and LSD multiple comparison test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, confirmatory factor analysis and cronbach alpha statistical analysis were used to determine relationship between the variables and whether there is a meaningful difference.

As a result of the research, it was found that drug-addicted individuals treated had a high perception that they were socially excluded (77.3%) and drug addicts were mostly excluded by relatives and friends. With the research, it was found that there was a significant relationship between marital status, residential type, types of work, social security, inability to find a job due to substance use, presence of other people using the substance in the family, presence of problems related to substance use in the family, deciding to treatment because of drug-related family problems and social exclusion and legal obligations and social exclusion perception. In addition, there was no relationship between gender, age, educational status, family characteristics, social environment characteristics, family integrity, social environment characteristics, type of substance used, the age of onset of substance, having chronic and psychiatric disease, experience of penitentiary institution and social exclusion perception.

Effective, social integrative, adequate social services should be planned and served in the fight against substance abuse and social exclusion.

Key Words: Drug addiction, Social Exclusion, Social Work.

KAYNAKLAR

- AHERN J, STUBER J, GALEA S (1997). Stigma discrimination and the health of illicit drugusers. *Drug and Alcohol Dependence*, **88** (2-3):188-196.
- BRADSHAW J, KEMP P, BALDWIN S, ROWE A (2004). The Drivers of Social Exclusion Review of the Literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle Series. ODPM Publication, London.
- GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ E (2008). Kapkaç Suçundan Hüküm Giyenlerin, Sosyo-Demografik Özellikleri Sosyal Dışlanma Süreçleri Suç ve Diğer Sapma Davranışlar Açısından İncelenmesi Doktora Tezi, Ankara.
- HATZITASKOS P, SOLDATOS CR, KOKKEVİ A, STEFANIS CN (1999). Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, **40** (4):278–282.
- SMITH EE, HOEKSEMA SN, FREDRICKSON B, LOFTUS GR (2014). Psikolojiye Giriş. (Çev. Öznur Öncül-Deniz Ferhatoğlu). Arkadaş yayınları, 14. Baskı, Ankara.
- BAYRAM N, SAM N, AYTAÇ S, AYTAÇ M (2010). Yaşam tatmini ve sosyal dışlanma. *İş-Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, **4**:79-92.
- AÇIKGÖZ R, YUSUFOĞLU Ö Ş (2012). Türkiye’de yoksulluk olgusu ve toplumsal yansımaları. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, **1**(1) : 76-116
- ADAMAN F, KEYDER Ç (2006). Türkiye’de büyük kentlerin gecekondu ve çöküntü mahallelerinde yaşanan yoksulluk ve sosyal dışlanma. Erişim Adresi: [\[http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/study_turkey_tr.pdf\]](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/study_turkey_tr.pdf). Erişim Tarihi: 15/03/2017.
- ADAMAN F, KEYDER Ç (2007). Türkiye’nin büyük kentlerinin gecekondu ve çöküntü mahallelerinde yaşanan yoksulluk ve sosyal dışlanma, *Tes-İş Dergisi*, 83-89.
- AİLE ARAŞTIRMA KURUMU (1997). Uyuşturucu Bağımlılığının Aile Üzerine Etkisi. Takav Matbaası, Ankara.
- ALACAĞAN O, DUMAN B (2011). Dışlanma ayrımcılık mezhep ve etniklikler arası eşitsizlikler. *Sosyal Bilimler Dergisi*, **XIII** (1):1-29.,
- ALPAY N, KARAMUSTAFAOĞLU N, KÜKÜRT R (1995). Madde bağımlılarında suç. *Düşünen Adam*, **8**(2):16-17.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, USA.
- ANDREASEN NC, BLACK DW (2001). Alcohol-Related Disorders. Introductory textbook of Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- ARIKAN Ç (2001). Tedavi Kurumlarında Çok Disiplinli Ekiplere Yer Alan Sosyal Hizmet Uzmanlarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme. *İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet Prof. Dr.*

Nesrin Koşar'a Armağan.KarataşK., Arıkan, Ç., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 009 Ankara,s. 27-32.

ARIKAN Z (2012). Kafein ve Başka Uyarıcıların Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. *Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879,,Ankara.Bölüm 10

ARIKAN Z (2012). Madde Bağımlılığı Düzeltme (Remisyon) Nüks (relaps) ve Önlenmesi. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879,Ankara, Bölüm 19.

ARIKAN Z (2012). *Sedatif ve Hipnotik Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar.Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Ankara, Bölüm 6.

ASAN Ö, TIKIR B, OKAY İT, GÖKA E (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*,**16 (1)**:1-8.

AVRUPA UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI İZLEME MERKEZİ (2011). *Türkiye Ulusal Raporu: Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular*. Kom Yayınları, Ankara.

AVRUPA UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI İZLEME MERKEZİ (2012). *Türkiye Uyuşturucu Raporu: Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular*, KOM Yayınları **92**, Ankara.

AVRUPA UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI İZLEME MERKEZİ (2016). *Avrupa Uyuşturucu Raporu: Trendler Gelişmeler, Konular, Lüksemburg*: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, BELÇİKA.

AVRUPA UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI İZLEME MERKEZİ (2014).*Avrupa Uyuşturucu Raporu: Trendler ve Gelişmeler, Lüksemburg*: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Portekiz.

AVRUPA UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI İZLEME MERKEZİ (2015). *Avrupa Uyuşturucu Raporu. Lüksemburg*: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, 2015, İspanya.

AVŞAR G, KOÇ F, ASLAN G (2015). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *ACU Sağlık Bil Derg*,**1**:44-49

AYAN F (2008). Sigaranın Zararları ve Sigarayı Bırakmanın Yararları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri,*Kardiyoloji Gündemi Sempozyum Dizisi*,**64**: 43-52.

AYDIN İ, BEKAROĞLU M, BESİM T, COŞKUNOL H, ÇAKICI M, EVLİCE YE, HIZLAN C, KARA H, KUTEŞ M, ÖGEL K, ÖZKÜRÇÜGİL AÇ, SEYİDOĞLU M, TAMAR D, UĞUZ Ş, ULUĞ B, ÜNAL S (1998-1999). Madde kullanıcılarının özellikleri: Türkiye’de çok merkezli bir araştırma. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, **7**: 5-41.

AZİZ A (2014). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem ve Teknikleri. 9. Basım, Nobel Yayınları, Ankara.

BALSEVEN A, DOĞAN YB, HANCI H, ÖZDEMİR Ç, TUĞ A (2002). Madde kullanımı, bağımlılıktan korunma ve medya. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*,**11**:91-93.

- BARATA, P(2000), Social Exclusion In Europe: Survey of Literature, Laidlaw Foundation.
- BAŞBAKANLIK (2014-2015) *Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu*. Erişim Adresi: http://www.necdetunuvar.com.tr/FileUpload/bs445985/File/umk_faaliyet_raporu.pdf. Erişim Tarihi: 15.03.2015]. Erişim Tarihi: 15/03/2017.
- BAYINDIRLIK VE İSKAN BAKANLIĞI (2009) *Kentsel Yoksulluk, Göç ve Sosyal Politikalar Kentleşme Şurası Bildiri Kitabı*, Ankara.
- BAYRAM N, SAM N, AYTAÇ S, AYTAÇ M, BİLGEL N (2011). Measuring social exclusion: a study from Turkey. *Mediterranean Journal of Social Sciences*,**2**: 285-298.
- BECK M, ANGERMEYER MC, BRAHLER E (2005). Is There a connection between right-wing extremism and social distancing from mentally ill People? Results from a representative survey among the adult german population. *Psychiatr Prax*,**32(2)**:68-72.
- BERESNEVİËİÛTË V (2003). Dimensions of social integration: appraisal of theoretical approaches. *Ethnicity Studies*, s. 96-108.
- BEYAZYÛREK M, ALPKAN L, KARAMUSTAFALIOĞLU KO (1990). Uyuşturucu madde bağımlılarında sosyodemografik özellikler. *Düşünen Adam***3**: 59-61.
- BHALLA A, LAPEYRE F (2004). *Poverty and Exclusion in a Global World* (2nd Rev. Ed.). Hampshire: Macmillan.
- BHALLA A, LAPEYRE F (1997). Social exclusion: towards an analytical and operational framework. *Development and Change***28(21)**:413-433.
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER TÜRKİYE KALKINMA PROGRAMI (2006). Erişim Adresi : [Http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/presscenter/articles/2006/11/30/turkey-ranks-92th-among-177-countries.html]. Erişim Tarihi: 15/03/2017
- BLACKSON TC, TARTER RE (1994). Individual, family and peer affiliation factors predisposing to early-age onset of alcohol and drug use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research***18**:813-821.
- BLENDON, RJ, YOUNG JT (1998). The public and the war on illicit drugs. *Jama*, **279(11)**: 827-832.
- BOMBONGAN D (2010). Sosyal dışlanma kavramı: genel bir bakış. *Ethos. Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar***3 (1)** : 1-27.
- BORA T, NURALIN F, ŞENOCAK N, AYDIN H 2013. MDMA (ekstazi) içeren sentetik tabletlerdeki organik içeriklerinin belirlenmesi. *Adli Tıp Dergisi* **28 (2)**: 164-177.
- BOYD C J, MIECZKOWSKI T (1990). Drug use health family and social support in “crack” users. *Addictive Behaviors*, **15**:48-485.
- BÖLÜKBAŞI, B (2008). Türkiye’de Sosyal Dışlanma ve Yoksulluk, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- BUCHANAN J (2004). Missing links? problem drug use and social exclusion. *Probation Journal***51(4)**:387-397
- BUCHANAN J, YOUNG L (2000). *Examining the Relationship Between Material Conditions Long-term Problematic Drug Use and Social Exclusion, Experiencing Poverty*, Edited by Jonathan Bradshaw and Roy Sainsbury, Ashgate Publishing Limited, England.

- BUCKINGHAM J, MOSS A, GYURE K,RALPH N, HINDOCHA C, LAWN WILL, VALERIE H, CURRAN, FREEMAN TP (2016). A moderate dose of alcohol does not influence experience of social ostracism in hazardous drinkers. *Front Psychol*7:555.
- BULUT I (1999). Aile Tedavisi ve Sosyal Grup Çalışması. *Prof. Dr. Sema KUT'a Armağan*. Ed.: Karataş K., Arıkan Ç., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 004: 152-161 Ankara.
- BURTON RP, JOHNSON RJ, RITTER C (1996). The effects of role socialization of the initiation of cocaine use: an event history analysis from adolescence into middle adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*37:75-90.
- BUSSE GD (2006). *Drugs The Straight Facts, Morphine*. Infobase Publishing, New York.
- BUZRUL S(2016). Türkiye'de Alkollü İçki Tüketimi. *Journal of Food And Health Science*,2(3): 112-122.
- CHASSIN L, PILLOW DR, CURRAN PJ (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102:3-19
- CHOSSUDOVSKY M (1994). İstikrar, Yapısal Uyum, IMF ve Yoksulluk, *İktisat Dergisi*,67: 67-71.
- CILGA İ (2001). Türkiye'de İnsan ve Toplum Sorunları Karşısında Sosyal Hizmet. *İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan*. Ed.: Karataş K., Arıkan Ç., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 009:47-59 Ankara.
- CILGA İ. Erişim Adresi: [<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/risk1.htm>]. Erişim Tarihi: 14/8/2016.
- CLARK C (2005). *The Role of the Social Worker in the 21 st Century-A Literature Review*. Erişim Adresi:[<http://www.gov.scot/Resource/Doc/47121/0020821.pdf>]. Erişim Tarihi: 15/03/2017.
- CONWELL LS, O'CALLAGHAN MJ, ANDERSEN MJ (2003). Early adolescent smoking and a web of personal and social disadvantage. *Journal of Paediatrics and Child*,39:580-585.
- COX G, L AWLESS M (1999). *Wherever I Lay My Hat: A Study of Out of Home Drug Users*. The Merchant's Quay Project. Dublin.
- CROFTS N, LOUIE R, ROSENTHAL D (1996). The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction*,91:187-196.
- CRUM RM, LILLIE-BLANTON M, ANTHONY JC (1996). Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*,43:155-161.
- CULLY JA, TETEN AL (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston.
- ÇAKIR Ö (2002). Sosyal Dışlanma.*Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,4: 83-104.
- DAĞ A (2016). Toplumsal cinsiyet bağlamında yaşlılık ve sosyal dışlanma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*,4 (28): 480-500.
- DAŞDEMİR H, AKSOY M, AKÜNAL A, DAŞDEMİR DK, URVAYLIOĞLU İ, ASLAN MF (2015). Sosyal Dışlanma Sorunsalı ve Zonguldak Roman Araştırması. Batı Karadeniz Kalkınma Ajansı, ZONGULDAK.

- DAWSON DA (2006).The link between family history and early onset alcoholism: earlier initiation of drinking or more rapid development of dependence? *Journal of Studies on Alcohol***61(5)**:637-646.
- DE WIT ML, EMBREE BG, DE WIT D (1999). Determinants of the risk and timing of alcohol and illicit drug use onset among natives and non-natives: similarities and differences in family composition processes. *Social Biology*,**46**:100-121.
- DENİZ AÇ, BALCIOĞLU M, DİKTAŞ A (2016). Romanların maruz kaldıkları damgalanma ve dışlanma mekanizmaları: uşak örneği.*Tarih Okulu Dergisi (TOD)*,**9(XXV)**: 567-578.
- DİLBAZ N (2012). Madde Bağımlılığında Korunma ve Tedavi İlkeleri. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,Bakanlık Yayın Numarası: 879, Bölüm 1, Ankara.
- DİLBAZ N (2012). Uçucuların Kullanımına Bağlı Ruhsal Ve Davranışsal Bozukluklar.Madde Bağımlılığında Korunma ve Tedavi İlkeleri. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Bölüm 9, Ankara.
- DOĞAN YB (2014). Ruh Hekiminin Klinik Eğitiminde Hasta-Hekim İlişkisi. Kurgu Kültür Merkezi.
- DOĞAN YB, İHAN İÖ (2014). Madde Kullanımı ve Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ed.: Özgüven HD., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No: 444:191-208, Ankara.
- DOĞAN İ (2000). Sosyoloji, Kavramlar ve Sorunlar.Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- DOĞANAVŞARGİL Ö, SERTÖZ ÖÖ, COŞKUNOL H, ŞEN G (2004). EÜTF psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelemesi: madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*,**5(3)**: 115-120.
- DUBE SR, FELITTI VJ, DONG M (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, **111**: 564-572.
- DUBOIS B, MILEY K (2010). Social Work : An Empowering Profession. Boston: Allyn and Bacon.
- DUMAN N (2001). Uçucu Madde Bağımlılığı Olan Çocuk ve Gençlere Yönelik Sosyal Hizmet.*Prof. Dr. Nihal TURAN'a Armağan: Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları*. Ed.: Duyan V., Aktaş A M., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 008, 1. Basım, Aydınlar Matbaası, Ankara.s. 86-100.
- DUMAN N (2001). Türkiye İçin Yeni Bir Sosyal Hizmet Alanı Olan Okul Sosyal Hizmetinin Kapsamı ve Sosyal Hizmet Mesleğinin İçindeki Yeri. *Prof. Dr. Nihal TURAN'a Armağan: Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları*. Ed: Duyan V, Aktaş AM.,Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 008, 1. Basım, Aydınlar Matbaası, Ankara. s. 91-102.
- DUYAN V (2001). Sosyal Hizmette Sorun Çözme Yaklaşımı ve Tek Birimlik Araştırma Dizaynları. İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan. Ed.: Karataş K., Arıkan Ç., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No:009, Ankara. s. 111-121.
- DUYAN V, GÖVEBAKAN R (2015). Madde Bağımlılığı ve Aile. Yeni İnsan Yayınevi, Ankara.
- DUYAN, V (2012). Sosyal Hizmet: Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayın No: 020, Ankara.

- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (2005). Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü. (Çev: Prof. Dr. Nazmi Bilir, Dr. Gökhan Telatar) Tütünsüz Yaşam Derneği, Ankara.
- ECEVİT Y (2003). Toplumsal cinsiyetle yoksulluk ilişkisi nasıl kurulabilir?bu ilişki nasıl çalışılabilir?C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi,**25 (4)**: 83-88 Özel Eki, Sivas.
- EISER JC, MORGAN M, GAMMAGE P, GRAY E (1989). Adolescent smoking: attitudes norms and parental influence. *British Journal of Social Psychology*, **28**: 193-202.
- EMCDDA (2003). Annual Report: The State of the Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, Belgium.
- ERDEM G, EKE CY, ÖGEL K, TANER S (2006). Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **1**:19-25.
- ERDOĞDU S (2004). Sosyal politikada “avrupalı” bir kavram: sosyal dışlanma: *Çalışma Ortamı Dergisi***75**Erişim Adresi: [<http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/sosyal-politikada-%E2%80%9Cavrupali%E2%80%9D-bir-kavram-sosyal-dislanma/>]. Erişim Tarihi: 15/03/2017.
- SOSYAL HİZMET UZMMANLARI DERNEĞİ (2016). Erişim Adresi: [<http://www.shudernege.org/?pnum=242&pt=Sosyal+Hizmet+Nedir%3F>]. Erişim Tarihi: 26/03/2017.
- EROL SI (2013).İşsizliğin sosyal dışlanma üzerindeki etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*,**24 (3-4-5)**: 46-70.
- EŞKİNAT R (2009). Aile Ekonomisi. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 2657.
- European Commission (2002).Eurobarometer 2002. Public Opinion in The Candidate Countries. Report Number 2002, Directorate-General Press and Communication, Brussels.
- EVREN EC, SAATÇIOĞLU Ö, EVREN B, YANCAR C, EKEN B, ÇAKMAK D (2003). Madde kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: amatem'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **16**:132-138.
- EVREN VE ÇAKMAK (2002). Damar yolu ile eroin kullananlarda enjektör paylaşımı ve ilişkili özellikler. *Bağımlılık Dergisi*, 21-26.
- FAWZY F I, COOMBS R H, SIMON J M (1987). Family composition, socioeconomic status, and adolescent substance use. *Addictive Behaviors*,**12**:79-83.
- FRAUNENGLASS S, ROUTH DK, PANTIN HM (1997). Family support decreases influence of deviant peers on hispanic adolescents' substance use. *Journal of Clinical Child Psychology*,**26**:15-23.
- GARCIA, AB, GRUAT JV (2003). Social Protection, Version 1.0, International Labour Office, Geneva.
- GEÇGİN E (2009). Ankara-Polatlı örneğinde sosyal dışlanma açısından mevsimlik tarım işçiliği. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **1(1)** :1-35.
- GELABERT PM, MASLOW C, FLOM PL, SANDOVAL M, BOLYARD M, FRIEDMAN SR (2005). Keeping it together: stigma, response, and perception of risk in relationships between drug injectors and crack smokers, and other community residents. *AIDS Care*,**17(7)**:802-13.

- GENÇ Y, DALKILIÇ P(2013). Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri.*International Journal of Social Science*,**6 (4)**: 461-482.
- GENÇ Y, SEYYAR A (2010) . Sosyal Hizmet Terimleri Sözlüğü. Sakarya Kitabevi.
- Gökbayrak Ş (2010). Türkiye’de sosyal güvenliğin dönüşümü.*Çalışma ve Toplum Dergisi*,**2010(2)**:141-162.
- GÖKBAYRAK Ş (2006). Göçmen grupların sosyal hakları.*Çalışma Ortamı Dergisi*, **89**
- GÖNÜLLÜ OG, HACIOĞLU M, TARLACI N(2002). Egopsikolojisi ve Madde Bağımlılığı. *Düşünen Adam*, **15(2)**: 104-107.
- GUO J, HILL KG, HAWKINS JD (2002). A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,**41**:838-845.
- GÜROL DT (2012). Kendine Yardım Grupları. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Bölüm 18, Ankara.
- HADDAD L, SHOTAR A, UMLAUF M, ZYOUD SA (2010). Knowledge of substance abuse among high school students in Jordan. *Journal of Transcultural Nursing*,**21(2)** :143-150.
- HAN E veKAYA A A (2002). Kalkınma Ekonomisi: Teori ve Politika. Etam A.Ş. Matbaa, Eskişehir.
- HASIN DS, O'BRIEN CP, AURIACOMBE M, BORGES G, BUCHOLZ K, BUDNEY A, COMPTON WM, CROWLEY T, LING W, PETRY NM, SCHUCKIT M, GRANT BF (2013). DSM-5 Criteria for substance use disorders: recommendations and rationale.*Am J Psychiatry*,**170(8)**:834-851.
- HAWKINS JD, CATALANO RF, MILLER JY (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *APA Psychological Bulletin*,**112-1**: 64-105.
- HEKİMLER O(2012). Yoksulluk mu yoksunluk mu? sosyal dışlanma üzerine bir değerlendirme.*Tekirdağ S.M.M.M. Odası, Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-28.
- INPUD (2014). Stigmatising People who Use Drugs. Published by INPUD Secretariat, London.
- IŞIKLI S, IRAK M (2002). Türkiye’de Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Profili Araştırması: 2002 Yılı Madde Kullanımı Geniş Alan Araştırması Nihai Raporu, s.55-65, Ankara.
- İL S (2001). Alkol Bağımlılığı Sorunu ve Aile Yaşamı. *İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet Prof. Dr. Nesrin Koşar’a Armağan*. Ed.: Karataş K., Arıkan Ç., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 009,Ankara. 170-181.
- İNCE A, DOĞRUER Z, TÜRKÇAPAR H (2002). Erken ve geç başlangıç erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*,**5**:82-91.
- JILOHA RC (2009). Social and cultural aspects of drug abuse in adolescents. *Delhi Psychiatri Journal*,**12 (2)**:167-175.
- JOHNSON LC (1998). Social Work Practice: A Generalist Approach. 6th Ed. Allyn and Bacon, ABD.
- KADUSHIN C, REBER E, SAXE L, LIVERT D(1998). The substance use system: social and neighborhood environments associated with substance use and misuse. *Subst Use Misuse*,**33(1)**:681-710.

- KALYONCU H (2009). Psikozların etyopatogenezinde bağımlılık yapıcı maddeler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni***19(1)**:64-67.
- KALYONCU A, MIRSAL H (2000) Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*,**4** : 22-30.
- KAMER VK (2008). Madde bağımlılarının rehabilitasyonundayeni dönem denetimli serbestlik.*Türkiye Barolar Birliği Dergisi***79**: 275-308.
- KARASAR N (2000).Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler. Nobel Yayın Dağıtım, 10. Baskı, Ankara.
- KAYA N, ÇİLLİ NS(2002). Üniversite öğrencilerinde nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 12 aylık yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, **3(2)**:91-97.
- KAYA N, GÜLER Ö, ÇİLLİ A S (2004). Konya kapalı cezaevi'ndeki mahkûmlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı.*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **5(2)**:85-91, 2004.
- KEYES KM, HATZENBUEHLER ML, MCLAUGHLIN KA, LİNK B, OLFSON M, GRANT BF, HASİN D (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *Amerikan Journal of Epidemiology***172(12)**:1364-1372.
- KOCACIK F ve GÖKKAYA V (2005). Türkiye'de çalışan kadınlar ve sorunlar.*Celal Bayar Üniversitesi İİBF Dergisi***6 (1)**:195-219.
- KOÇYILDIRIM Ş (1999). Toplum Merkezleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Prof. Dr. Sema KUT'a Armağan*. Ed.: Karataş K., Arıkan Ç., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 004, Ankara, s. 21-32.
- KOM DAİRE BAŞKANLIĞI(2014) Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu. Kom Yayınları Yayın No: 117 Aydoğdu Ofset, Ankara.
- KOM DAİRE BAŞKANLIĞI (2014).Türkiye Uyuşturucu Raporu. Bakanlık Genel Yayın No: 76, .Ankara.
- KÖTEN E, ERDOĞAN B (2014). Engelli Gençler, Sosyal Dışlanma ve İnternet. İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları No:28, İstanbul.
- KUĞU N, AKYÜZ G, ERŞAN E, DOĞAN O (2000). Sanayi bölgesinde çalışan çıraqlarda madde kullanımı ve etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **1**:19-25.
- KULESZA M, LARIMER ME, RAO D (2013). Substance use related stigma: what we know and the way forward. *J Addict Behav Ther Rehabil*,**2(2)**: 782.
- KUTLU Y (2011). Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,**2(2)**:90-93.
- LARIMER ME, PALMER RS, MARLAT GA (1999). Relapse prevention an overview of Marlatt's cognitive-behavioralmodel. *Alcohol Research & Health* **23(2)**: 151-160
- LEEE(2000). Globalization and employment: the new policy agenda.*Development*,**43(2)**.
- LEVITAS R (2000). Breadline Europe: The Measurement of Poverty. The Policy Press,Bristol.
- LEVITAS R(1998). The inclusive society? social exclusion and the new labour.Palgrave Macmillan UK PUBLISHING, London.
- LEVITAS R (2005). The Inclusive Society-Social Exclusion and New Labour.Palgrave MacMillan, New York.

- LEVY S J, PIERCE JP (1990). Predictors of marijuana use and uptake among teenagers in Sydney, Australia. *International Journal Addiction*, **25**: 1179–1193.
- LINDERT K (2002). Survey of Social Assistance in OECD Countries, World Bank.
- MARTIN MJ, PRITCHARD ME (1991). Factors associated with alcohol use in later adolescence. *Journal of Studies on Alcohol*, **52**:5-9.
- MERRIL JE, MONTI PM (2015). Influencers of the Stigma Complex toward Substance Use and Substance Use Disorders. Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University.
- MILKMAN HB, SEDERER LI (1994). Alkolizm ve Madde Bağımlılığında Tedavi Seçenekleri. Ed.: Doğan YB. (Çev.:Yıldırım B. Doğan, Aykut Özden, Mutluhan İzmir). Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- MORRIS CG (2013). Psikolojiyi Anlamak. Çev. Ed.: Ayvaşık HB., Sayıl M., Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 23, 3. Basım, Ankara.
- MUTLU E (2015). Madde bağımlılığının tedavisinde sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleri: ankara numune eğitim ve araştırma hastanesi alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, **5** :16-23.
- MUTLU E, ÇETİN MK, SAÇAKLI G (2014). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Tedavisi. *Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi 2014 Ulusal Raporu*, s. 55-63.
- NASW (2013). NASW Standards for Social Work Practice with Clients with Substance Use Disorders.
- NURMEDOV S, TARHAN N (2013). Bağımlılık. Timaş Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.
- ONUR B (2000). Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm. İmge Kitabevi Yayınları. Ankara.
- ÖGEL K (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci***1(47)**: 61-64.
- ÖGEL K (2007). Madde Kullanımına Yaklaşım ve Tedaviler. Riskli Davranışlar Gösteren Çocuk ve Ergenler.Yeniden Yayınları, İstanbul.
- ÖGEL K (2014). Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap.Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları,1. Baskı, İstanbul.
- ÖGEL K, TANER S, YILMAZÇETİN C (2003). Ergenlerde Madde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Klavuzu, 1. Basım, IQ Kültür Yayıncılık, İstanbul.
- ÖZBUDUN S (2002). Küresel Bir ‘Yoksulluk Kültürü’ mü?”, Yoksulluk, Şiddet ve İnsan Hakları, Der.: Özdek Y., Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) İnsan Hakları Araştırma ve Derleme Merkezi Yayını, Ankara.
- ÖZCAN V (2015). Avrupa ve Türkiye’de maddekötüye kullanımı ve bağımlılık.*Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, **35-36**:7-15.
- ÖZDEN SY (1992). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul.
- ÖZER Ö A (1991). Ortaöğretimde Öğrencilerin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikler Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.

- ÖZGÖKÇELER S (2006). Sosyal Dışlanma Sorunsalı ve Engellilerin Sosyal Politikası Bağlamında Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- ÖZGÖKÇELER S, BIÇKI D (2010). Özürlülerin Sosyal Dışlanma Boyutları: Bursa ve Çanakkale Örneklerinden Yansıyanlar, Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu, Erişim Adresi: [<http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/ozgokcer.pdf>]. Erişim Tarihi: 11.03.2017.
- ÖZHASAR B, 2013, Yoksul Hanelerde Sosyal Dışlanmanın Boyutları: Aydın İli ÖrneğiYayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Aydın.
- ÖZPINAR S, ÖZPINAR Ö, ÇONDUR F (2013). Türkiye’de üç büyük kentte cinsiyete göre sosyal dışlanma. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, **5(2)**: 31-44.
- ÖZTÜRK MO, ULUĞ B (2015). Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ed.: Öztürk, MO., Uluşahin A., Bayt Yayınları, 13. Baskı, Ankara, s. 512-550.
- ÖZTÜRK MO, ULUŞAHİN NA (2015). Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ed.: Öztürk, MO., Uluşahin A., Bayt Yayınları, 13. Baskı, Ankara, s. 512-550.
- PETERS D (2015). Social exclusion and addiction: creating a sense of belonging (Paper Presented at the Australian-New Zeland Addiction Conference, Gold Coast).
- POLAT G (2012). Madde Bağımlısı Ergenlerin Tedavi Sonrası Toplumla Yeniden Bütünleşme Deneyimleri ve Sosyal Sermaye Yaklaşımı Temelinde Sosyal Hizmet Müdahalesi Doktora Tezi, Ankara.
- POLAT G (2014). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi***30**: 144-146.
- REAMER GF (1998). The Evaluation of Social Work Ethics. *Social Work***43(6)** :488-500.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803, Anıl Matbaacılık. Ankara.
- SANTROCK JW (2014). Ergenlik. 14. Basım (Çev.: Diğdem Müge Siyez). Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- SAPANCALI F (2005a). Avrupa Birliğinde sosyal dışlanma sorunu ve mücadele yöntemleri. *Çalışma ve Toplum Dergisi* 3:51-106.
- SAPANCALI F (2005b), Sosyal Dışlanma. Dokuz Eylül Yayınları, İzmir.
- SARACENO C (2001). Social Exclusion: Cultural Roots and Diversities of a Popular Concept. Conference Social Exclusion and Children, at the Institute for Child and Family Policy, Columbia University, New York.
- SCHUCKIT MA (1993). Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı Tanı ve Tedavi. Ed.: Koşay S., (Çev: Kutlu Kameroğlu). Saray Tıbbi Yayıncılık, İzmir.
- SEE NJ (2013). Models and Theories of Addiction and the Rehabilitation Counselor. Research Paper 478. Erişim Adresi : [http://opensiuc.lib.siu.edu/gs_rp/478]. Erişim Tarihi: 15/03/2017.
- SEMPLER SJ, GRANT I, PATTERSON TL (2005). Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: the role of social stigma. *Am J Addict***14(4)**:367-380.

- SEN A (2000). Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny. Social Development Papers No:1. Office of Environment and Social Development Asian Development Bank.
- SHANTNA K, CHAUDHURY S, VERMA A, SINGH AR (2009). Comorbid psychiatric disorders in substance dependence patients: a control study. *Industrial Psychiatry Journal*,**18(2)**:84-87.
- SHAW M, DORLING D, SMITH GD (2009). Yoksulluk Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*.Ed.: Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson (Çev. Ed. İlker Kayı ve Yeşim Yasin).İnsev Yayınları, İstanbul. s. 226-257.
- SHEAFOR BW, HOREJSI CJ (2014). Sosyal Hizmet Uygulaması: Temel Teknikler ve İlkeler. Ed. Durdu Baran Çiftçi (Çev: Ayşe Bilgen, Buse Kaynarkaya, Derman Gülmez, Durdu Baran Çiftçi, Erdem Türközü, Funda Çoban, Gizem Çelik, Hande Özen, Onur Uraz, Taha Raz, Yüksel Serdar Oğuz) Nika Yayınevi, 1. Baskı, Ankara.
- SILVER H (1994). Social exclusion and social solidarity. Three Paradigms. *International Labour Review*,**133**: 531-578.
- SILVER H, MILLER SM (2002). Social exclusion:the european approach to social disadvantage. *Poverty & Race Research Action Council*, **11(5)**: 1-24.
- SILVER H (1995). Social Exclusion Rhetoric, Reality, Responses Ed.: Gerry Rodgers, Charles Gore ve Jose B. Figueiredo. International Institute for Labour Studies, Geneva.
- SKINNER N, FEATHER NT, FREEMAN TR (2007). Stigma and discrimination in health-care provision to drug users: the role of values, affect, and deservingness judgments authors. *Journal of applied social psychology*, **37 (1)**: 163-186.
- SOCIAL EXCLUSION UNIT (2004) Tackling Social Exclusion: Taking stock and looking to the future - Emerging Findings, Crown Publications, London.
- SPOONER C, HETHERINGTON K (2004). Social Determinants of Drug Use. Technical Report Number 228, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australia.
- STANSFELD SA (2009). Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Ed.: Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson (Çev. Ed. İlker Kayı ve Yeşim Yasin).İnsev Yayınları, İstanbul. s. 173-200.
- SUNAL O (2006). Sosyal dışlanmaya kuramsal yaklaşımlar. Erişim Adresi: [<http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/soysal-dislanmaya-kuramsal-yaklasimlar/>]. Erişim Tarihi: 15/03/2015.
- ŞAHİN T (2009). Sosyal Dışlanma ve Yoksulluk İlişkisi Yayınlanmamış Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi.
- ŞENER Ü (2012). Kadın yoksulluğu.*Mülkiye Dergisi*,**36(4)**: 51-67.
- ŞENKAL A (2003). Küreselleşme, sosyal politikanın dönüşümü ve sivil toplum örgütleri.*İ.Ü. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, **45**: 97-126.
- TARTANOĞLU Ş (2010). Sosyal dışlanma: küreselleşme perspektifinden bir kavramsallaştırma çabası. *Sosyoloji Konferansları Dergisi*,**42**: 1-12
- TAŞÇI F (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: isveç, almanya, ingiltere ve italya örnekleri.*Çalışma ve Toplum Dergisi*,**1 (24)**: 175-202.

- TOPRAK MAHSULLERİ OFİSİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2014). Haşhaş Faaliyet Raporu 2014. Ankara .
- TOSUN M (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, s.201-219.
- TOT S, YAZICI A, YAZICI K, ERDEM (2004). Prevalance of smoking, drinking and illicit drug use among adolescents in mersin, turkey: comparison of secondary, high school and university students. *Yeni Symposium*,**42**:77- 81.
- U.S. CONGRESS OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT(1993). Biological Components of Substance, U.S. Government Printing Office. USA.
- ULUĞ B GÜREL ŞC (2012). Esrar Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Yayımlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Bölüm 7,Ankara.
- UNODC(2015).World Drug Report. United Nations Publication, Vienna.
- UNODC (2007). Leader’s Guide:Cognitive Cognitive Behavioural & Relapse Prevention Strategies.Treatnet Training Volume B, Module 3.
- UNODC (2009).Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach, Discussion paper,Newyork.
- UNODC (2015) World Drug Report , United Nations publication,Vienna.
- UZBAY İT(2009).Madde bağımlılığının tedavisi. *MİSED:Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*,**21-22**: 64-72
- VATANDAŞ C, CAN B MAHİTAPOĞLU H, YAMAN V, KIRBAŞOĞLU (2015).Türkiye’de Gençlik ve Uyuşturucu Madde Sorunu. Sekam Sosyal Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi. Sekam Yayınları 11, Sanatkar Ofset, İstanbul.
- WALKER A, WALKER C. (1997). Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the1980s and 1990s. Child Poverty Action Group Press, London,
- WOOD K (2012)The Social Determinants of Substance Abuse:The Social and Economic Causes of Substance Abuse Disorders and Implicationsfor International Human Rights, Ottawa.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, Switzerland.
- YAMAN ÖM (2014). Uyuşturucu madde bağımlısı gençlerin aile içi ilişkilere yönelik görüşleri: esenler-bağcılar örneği. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, **1**: 99-132.
- YAŞAR, MR. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **17 (1)**: 238-260.
- YENİGÜN M (2006). Alkol tüketimi ve tıp. Erişim Adresi:[<http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/3/335/article/2006-3-1.pdf>]. Erişim Tarihi: 15/03/2017.
- YEŞİLAY, Erişim Adresi:[<http://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/madde-bagimliliği>]. Erişim Tarihi: 15/03/2017].
- YUSUFOĞLU ÖŞ, KIZMAZ Z (2016). Parçalanmış ailelerde yoksulluk ve sosyal dışlanma: Elazığ örneği *social sciences*,**11(1)**: 27-40.

YÜKSEL N, DEREBOY Ç, ÇİFTER İ (1994). Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **5 (4)**: 283-286.

ZASTROW C (2014). Sosyal Hizmette Giriş. Ed.: ÇiftçiDB. (Çev: Aslıhan Aykara, Ayşe Beyazova, Burcu Yakut-Çakar, Can Evren, Çağlar Karaca, Durdu Baran Çiftci, Emek Yıldırım, Emine Bahşi, Gizem Albayrak, Mehmet Sinan Birdal, Sedat Yağcıoğlu, Seval Kurukafa, Volkan Yılmaz. Nika Yayınevi, 2. Baskı, Ankara.



EKLER



Ek-1.Gönüllü Onam Formu

“MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN SOSYAL DIŞLANMA ALGILARI: ANKARA AMATEM ÖRNEĞİ” ADLI ARAŞTIRMANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Madde bağımlılığının birey üzerinde fiziksel, ruhsal, sosyal olarak bazı yıkıcı etkileri bulunmaktadır ve bağımlılığı olan bireyler bağımlılık sürecinde birçok problem yaşayabilmektedir. Madde bağımlılığı sürecinde kişinin gündelik yaşamı, inançları, davranışları, sosyal ilişkileri, kişisel becerileri ve üretkenliği zarar görmekte ve işlevselliği azalmaktadır. Tüm bunlarla birlikte bağımlı kişilerin madde kullanımı nedeniyle, toplum tarafından dışlanması da söz konusu olabilmektedir. Dışlanan insanlar madde bağımlılığı olgusu karşısında daha güçsüz bir duruma gelerek, kendilerini toplumsal yaşamdan çekmekte ve maddeye daha çok sarılmaktadırlar. Buna karşılık madde bağımlılığı ile mücadelede bağımlı bireyin toplum tarafından kabul edilmesi, sosyal bütünleşmeyi başarması, tedaviden olumlu sonuç alınmasında önemli bir yere sahip olmaktadır. Bir meslek ve disiplin olan sosyal hizmetin, bağımlı bireylere yönelik dışlayıcı tutumlarla mücadelede ve bağımlı bireylerin sosyal bütünleşmeyi başarmasında önemli işlevleri bulunmaktadır. Bu çalışmada sosyal hizmet disiplini perspektifinden bağımlılık ve sosyal dışlanma konuları ele alınacak olup, ilişikteki “Sosyal Dışlanma Ölçeği” ve “Soru Formu” aracılığıyla madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma alguları araştırılacaktır. Çalışmayla madde bağımlısı bireylere yönelik sosyal dışlayıcı tutum ve davranışlara dikkat çekilerek, bağımlıların toplumsal bütünleşmeyi başarmasına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılmanız sadece sizin gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmanız halinde, hiç bir neden göstermeksizin çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz.

Yapılan görüşmelerin tedavi sürecinize her hangi bir etkisi bulunmayacak olup, uygulama için tarafınıza her hangi bir ödeme yapılmayacaktır. Katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı tarafından “Sosyal Dışlanma Ölçeği” ve “Soru Formu” uygulanacaktır. Araştırmada kullanılan form ve ölçek toplam 15-25 dakikanızı alacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi sırasında isminiz kaydedilmeyecek, hiç bir şekilde adınız anılmayacak ya da başka bir yerde belirtilmeyecektir. Bu cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışmada yer alan görüşme formu ve ölçekteki tüm sorulara gerçeğe uygun olarak cevap verilmesi araştırma sonuçlarının bilimsel ve güvenilir olması açısından önemlidir.

Araştırmanın gönüllü onam formunu okudum. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorumlularına tatmin edici cevaplar verilmiştir. Araştırmaya kendi rızam ile gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Gönüllünün adı-soyadı

İmzası

Tarih:

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onam alınmıştır.

Araştırmacının adı-soyadı

İmzası

Tarih:

Murat DERİN

→Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

Ek-2. Soru Formu

SORU FORMU

1. Cinsiyetiniz? Erkek Kadın
2. Yaşınız? (.....)
3. Kaçınıcı sınıfa kadar okudunuz? (.....)
4. Medeni durumunuz? Evli Bekâr
5. Hangi ilde yaşıyorsunuz? (.....)
6. Bir evde ikamet ediyorsanız Yaşadığınız konut durumu?
 Lüks villa/site Apartman dairesi Gecekondu Diğer, belirtiniz (.....)
7. Ne kadar zamandır aynı adreste oturuyorsunuz? (..... yılay)
8. Yaşadığınız çevrenin sosyo-ekonomik koşulları?
 Yüksek Orta Düşük
9. Anne-Baba durumu?
 Anne-babam sağ ve evli Anne-babam sağ ve boşanmış Ebeveynlerimden biri hayatta
 Ebeveynlerim hayatta değil
10. Aile biçiminiz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
 Çekirdek aile (anne, baba ve evlenmemiş çocuklarından oluşan aile biçimi)
 Geniş aile (anne, baba, kızlar, damatlar, oğullar, gelinler ve torunların aynı çatı altında yaşadığı aileler)
 Parçalanmış aile (tek ebeveynli-ayrı yaşama, boşanma, kayıp ve ölüm gibi nedenle, aile yapısı parçalanmış aile)
11. Gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 17. soruya geçiniz).
 Evet Hayır
12. Çalışıyorsanız, ne kadar zamandır bu işte çalışıyorsunuz? (..... yılay)
13. İşiniz/ gelir elde etme biçiminiz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).
 Düzenli (devamlı) iş Geçici iş/mevsimlik iş Kendi işinde çalışan
 Fuhuş Dilencilik Suç teşkil eden/yasal olmayan işler
 Sosyal yardımlar Emekli maaşı Diğer, belirtiniz (.....)
14. Herhangi bir işte çalışmıyorsanız, çalışmama nedeniniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).
 Eğitime devam ediyorum Emekliyim, başka gelirlerim var
 Ailem/yakınlarım yardım ediyor /sosyal yardım alıyorum
 Herhangi bir iş bulamıyorum Sağlık yönünden çalışma engelim var
 Bağımlılığım nedeniyle iş bulmakta, bulduğum işte de uzun süre çalışmakta zorlanıyorum.
 Diğer, belirtiniz (.....)
15. Madde kullanımı sebebiyle iş bıraktınız mı?
 Evet (Kaç kez?) (.....) Hayır
16. Sosyal güvenceniz?
 Genel sağlık sigortası(GSS) Bağ-kur/ SGK/ Emekli sandığı Özel sigorta
17. Aylık geliriniz? (.....TL)

→Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

18. Bağımlılık yapan maddelerden hangisini ya da hangilerini ne kadar süre kullandınız/ kullanıyorsunuz? Bu maddeleri ilk defa kaç yaşında kullandınız? Ne şekilde kullandınız?

Daha Önce yada Halen Kullandığım Maddeler	İlk Defa Kullandığım Yaş
<input type="checkbox"/> Kokain	
<input type="checkbox"/> Morfin	
<input type="checkbox"/> Eroin	
<input type="checkbox"/> Esrar	
<input type="checkbox"/> Uyuşturucu haplar (Captagon, Ekstazi, vs.) Belirtiniz.....	
<input type="checkbox"/> Bağımlılık yapan çeşitli tıbbi ilaçlar Belirtiniz.....	
<input type="checkbox"/> Bali/UHU/tiner/çakmak gazı vb. Belirtiniz.....	
<input type="checkbox"/> Sigara/tütün	
<input type="checkbox"/> Alkol	
<input type="checkbox"/> Diğer, belirtiniz	
<input type="checkbox"/> Diğer, belirtiniz	

19. Madde kullanmaya başlama nedenleriniz nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).

- Kişisel merak Televizyon/ İnternet/sosyal medya Arkadaş/komşu etkisi
 Yaşanılan çevre Ailede madde kullanımı Psikolojik rahatsızlıklar
 Kişisel ve ailevi sorunlar Gelir elde etme Anne-babaya/topluma tepki
 Diğer, belirtiniz (.....)

20. Daha önce madde bağımlılığı tedavisi gördünüz mü?

- Evet (Kaç kez ?) (.....) Hayır

21. Kronik (uzun süren) bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz?

- Evet, belirtiniz (.....) Hayır

22. Psikiyatrik bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz?

- Evet, belirtiniz (.....) Hayır

23. Ailenizde alkol ve/veya madde kullanan kimse var mı?

- Evet Hayır

→Lütfen diğer sayfaya geçiniz.

24. Alkol ve maddenin yol açtığı bir suçtan dolayı (madde temini, madde satışı vb.) herhangi bir ceza aldınız mı/ bir ceza infaz kurumunda kaldınız mı?

- Hayır madde nedeniyle yada başka nedenle cezaevinde kalmadım.

- Evet madde nedeniyle ceza aldım ceza infaz kurumunda kaldım.
- Madde dışında başka bir suçtan ceza aldım, cezaevinde kaldım.
- Evet madde nedeniyle ceza aldım fakat ceza infaz kurumunda kalmadım.
- Hayır madde nedeniyle ceza almadım, ceza infaz kurumunda kalmadım.

25. Tedavi görmeye karar verme neden(ler)iniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aile içinde sorunlara neden olması
- Sağlık sorunları
- Dini inanışlar
- Diğer, belirtiniz (.....)
- Mahkeme/yasal zorunluluk
- İş yaşamında yaşanan sorunlar
- Toplum tarafından dışlanma (sosyal dışlanma)

26. Toplum/aile/akraba/arkadaşlar vb. tarafından madde kullanımı nedeniyle dışlandığınızı düşünüyor musunuz?

- Evet (yanıtınız evet ise 31. soruya geçiniz)
- Hayır (yanıtınız hayır ise 32. soruya geçiniz)

27. (Kimler tarafından dışlandığınızı düşünüyorsunuz?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- Aile
- Akrabalar
- Arkadaşlar
- Komşular
- Kamusal/sosyal alanlar

Ek-3. Sosyal Dışlanma Ölçek Formu

EK-1: SOSYAL DIŞLANMA ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve sizi en iyi ifade eden cevabı işaretleyiniz. Cevabınız için çok düşünmeyiniz, aklınıza ilk gelen en doğrusu olacaktır	1. HİÇBİR ZAMAN	2. ARA SIRA	3. NADİR	4. SIK SIK	5. HER ZAMAN
1. Su, elektrik, gaz, telefon gibi zorunlu ödemelerimi güçlükle yaparım.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
2. Ödenmemiş faturalarım vardır.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
3. Maddi durumum hakkında endişelenirim.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
4. Gelirimi giderimle denkleştirmeyi 2 yıl öncesine kıyasla daha zor buluyorum.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
5. Buzdolabı, TV, çamaşır makinesi eskিয়েnce veya bozulursa kolayca yenisini alırım. (R)	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
6. Temel ihtiyaçlarımı (yemek, giyecek vb) karşılayamam.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
7. Derneklere üye olmak isterim ancak üyelik aidatı beni düşündürür.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
8. Benim için, kredi almak zordur.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
9. Kamu kurumlarında (hastane, vergi dairesi, nüfus müdürlüğü vb...) kötü muamele ile karşılaşırım.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
10. Kamu kurumlarında (hastane vb) randevu ve tedavi isteklerim çok uzak sürelerle verilir.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
11. Kamu kurumlarında (hastane, vergi dairesi, nüfus müdürlüğü vb...) sorun yaşarım.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
12. Kredi ve sigorta müracaatların reddedilir.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
13. Yararıma olacak uygulamalar hakkım olduğu halde sonlandırılır veya hakkım hiç verilmez.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
14. Yaşadığım çevrede olaylar çıkar.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
15. İki yıl içerisinde başka bir yere taşınmayı düşünüyorum.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
16. Yeni bir ev bulmam uzun sürdü ya da uzun sürebilir.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
17. Yaşadığım çevrede komşuluk ilişkileri iyi değildir.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
18. Yaşadığım çevrede kendimi güvende hissetmem	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
19. Evde tek başına olmaktan korkarım	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
20. Yaşadığım çevrede gürültü vardır	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman

21. Yaşadığım çevre kirlidir.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
22. Kendimi toplumdandan dışlanmış hissedirim.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
23. Eğlenmek için ev dışında faaliyetlere katılırım. (R)	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
24. Sosyal ilişki kurabileceğim kişi sayısı çok azdır.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
25. Çok sayıda arkadaşım vardır. (R)	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
26. Arkadaşlarımla toplanmayı, birlikte vakit geçirmeyi severim (R)	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
27. Sırlarımı paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur, ya da çok azdır.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
28. Arkadaşlarımdan çok az sosyal destek görürüm	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
29. Diğer insanlarla olan ilişkilerimde sorun yaşarım.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
30. 30. Sağlık sorunlarım nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerimde sorun yaşarım.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
31. Arkadaşımın yararına olacaksa yalancı şahitlik yaparım	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
32. Yakalanmadığım sürece kanunları çiğnemek sorun değildir	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
33. Ücretli olarak çalışanların ek bir işte daha çalışmalarını uygun karşılarım	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
34. İşsizlik parası veya sosyal yardım parası alanların ek iş yapmalarını uygun karşılarım.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman
35. Başkalarının emekli veya sigorta karnelerini kullanarak ücretsiz muayene olunmasını veya ilaç alınmasını uygun karşılarım.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Nadir	<input type="checkbox"/> Sık sık	<input type="checkbox"/> Her zaman

Bitti, lütfen boş bıraktığınız bir yer olup olmadığını kontrol ediniz!

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ek-4. Etik Raporu



GİZLİ
T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

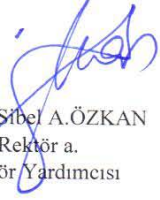
Sayı : 85434274-050.04.04 / 69340
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

03 Kasım 2016

Sayın Murat DERİN
Sağlık Bakanlığı
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı
Ulus/ANKARA

İlgi: 23/08/2016 tarihli başvurunuz.

“Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları: Ankara AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi) örneği” başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 31/10/2016 tarihli toplantısında alınan 23/296 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Sibel A. ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 31/10/2016

Toplantı Sayısı: 23

Karar Sayısı :296

296-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Sosyal Hizmet yüksek lisans öğrencilerinden **Murat Derin**'in "Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları: Ankara AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi) örneği" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili 23/08/2016 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Sosyal Hizmet yüksek lisans öğrencilerinden **Murat Derin**'in "Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları: Ankara AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi) örneği" başlıklı çalışması için önerilen değişiklikler yapılmıştır. Araştırmanın, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
31/10/2016



Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-5. Kurum İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu




Başvuru No : 1171/2016
Karar No : 2016/1171


07.09.2016

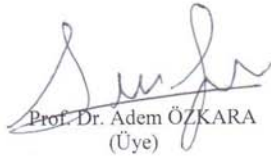
Sayın; **Murat Derin**
Ankara Üniversitesi
Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı

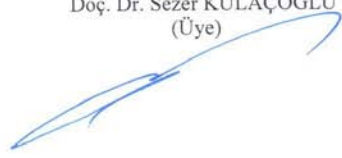
23.08.2016 tarih ve 51700877/806.01.03 sayılı yazısıyla genel sekreterliğimize bildirilen, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı öğrencisi Murat Derin'in "*Madde bağımlı bireylerin sosyal dışlanma algıları: Ankara AMATEM Örneği*" konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebiniz, Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Hürrem BODUR
(Başkan)


Prof. Dr. Adil ERYILMAZ
(Başkan Yrd.)


Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN
(Üye)


Prof. Dr. Adem ÖZKARA
(Üye)


Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU
(Üye)


Doç. Dr. Altuğ TUNCEL
(Üye)

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Murat DERİN
Doğum Yeri	Aksaray
Doğum Tarihi	1982

İLETİŞİM

Adres	Sağlık Bakanlığı, SHGM, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı
E-mail	meritduran@gmail.com

DEVAM EDENEĞİTİMLER

YÜKSEKLİSANS

Üniversite	Ankara Üniversitesi
Enstitü	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	Sosyal Hizmet Bölümü (Tezli Yüksek Lisans)
Başlama Tarihi	2014- devam ediyor.

Üniversite	Ankara Üniversitesi
Enstitü	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri (Tezli Yüksek Lisans)- Özel Öğrenci
Başlama Tarihi	2016- devam ediyor.

ÖNLİSANS

Üniversite	Ankara Üniversitesi
Fakülte	Hukuk Fakültesi
Bölüm	Adalet Yüksekokulu, Uzaktan Eğitim Programı
Mezuniyet	Devam ediyor.

LİSANS EĞİTİM BİLGİLERİ

Üniversite	Hacettepe Üniversitesi
Fakülte	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Bölüm	Sosyal Hizmet Bölümü
Mezuniyet	2004

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce	KPDS (X) ÜDS (....) TOEFL (....) EILTS (....)
2015	68,75

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurum	Hacettepe Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi- Aksaray
Görevi/Pozisyonu	Sosyal Hizmet Uzmanı
Görev Yılı	2004-2005

Çalıştığı Kurum	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-Bayburt İl Müdürlüğü
Görevi/Pozisyonu	Sosyal Hizmet Uzmanı
Görev Yılı	2005-2010

Çalıştığı Kurum	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-Nevşehir İl Müdürlüğü
Görevi/Pozisyonu	Sosyal Hizmet Uzmanı
Görev Yılı	2010-2011

Çalıştığı Kurum	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-Aksaray İl Müdürlüğü
Görevi/Pozisyonu	Sosyal Hizmet Uzmanı
Görev Yılı	2011-2015

Çalıştığı Kurum	Sağlık Bakanlığı-Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
-----------------	---

	Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı
Görevi/Pozisyonu	Sosyal Hizmet Uzmanı
Görev Yılı	2015-

KATILDIĞI KURSLAR/PROJELER

Tarih	Kurs/Projeler
2016	TOEFL English Language Education Program (Middle East Technical University (METU))
2016	Avrupa Birliği Temel Eğitim Kurs Sertifika Programı (Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi)
2014	İşitme ve Konuşma Engelli Kişilere Yönelik İşaret Dili Kursu (Aksaray Halk Eğitim Merkezi)
2014	Proje Döngü Yönetimi Kursu (Aksaray Valiliği)
2013	Ceza Adaleti Sisteminde Psiko-Sosyal Destek Faaliyetleri(Aksaray Cumhuriyet Başsavcılığı)
2013	Proje Döngü Yönetimi(Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği)
2001	Bilgisayar İşletim Kursu
Diğer Eğitimler	Çocuk ihmalinin ve istismarının önlenmesi, çocuk koruma politikalarının geliştirilmesi, koruyucu aile ve evlat edinme sistemi, engelliler, cinsiyet eşitliği, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, finansal okur-yazarlık gibi konularda mesleki eğitim, kurs ve programlar.