Tıbbi Sosyal Hizmet
El Kitabı

Genel Editör ve Proje Yürütücüsü
Prof. Dr. Hür Mahmut Yücer

Editör
Dr. Öğr. Üyesi Ümmügülsüm Aysan

Yazarlar
Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan Nişancı
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Kantaş Yılmaz
Dr. Öğr. Üyesi Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu
Doç. Dr. Ayhan Uludağ
Dr. Öğr. Üyesi Betül Akalın
Dr. Huriye İrem Kalaycı Kırlıoğlu
Uzm. Merve Gültekin
Prof. Dr. Vedat Işıkhan
Doç. Dr. Sinan Akçay
Arş. Gör. Berna Çalgı
Prof. Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik
Doç. Dr. Ergün Hasgül
Uzm. Ayşe Mine İşler
Doç. Dr. Buğra Yıldırım
Doç. Dr. Hasan Hüseyin Tekin
Prof. Dr. Emine Özmete
Doç. Dr. Zeki Karataş
Uzm. İlker Aktürk
Doç. Dr. Ömer Miraç Yaman

ISBN: 978-625-7305-37-2

1. Baskı
Ağustos, 2021 / Ankara
2200 Adet

Yayın Sertifika No
46683

Matbaa Sertifika No
46682

Grafiker®
Yayınları
Yayın No: 403
Web: grafikeryayin.com

Kapak, Sayfa Tasarımı,
Baskı ve Cilt
Grafiker®
Grafik-Ofset Matbaacılık Reklamcılık
Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.
Oğuzlar Mahallesi
1396. Cadde No: 6/A
06520 Balgat-ANKARA
Tel : 0 312. 284 16 39 Pbx
Faks : 0 312. 284 37 27
E-mail : grafiker@grafiker.com.tr
Web : grafiker.com.tr

Kitaptaki bölümlerin hukuksal ve bilimsel sorumluluğu yazarlarına aittir.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 5

BÖLÜM 1
TIBBİ SOSYAL HİZMET: GENEL BİR BAKIŞ 11
Aslıhan Nişancı

BÖLÜM 2
TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ 29
Fatma Kantaş Yılmaz

BÖLÜM 3
SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ 59
Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu

BÖLÜM 4
TIP ETİĞİ, HASTA HAKLARI VE SOSYAL HİZMET 85
Ayhan Uludağ

BÖLÜM 5
SAĞLIKTA İLETİŞİM 107
Betül Akalın

BÖLÜM 6
SAĞLIKTA SOSYAL HİZMET İLE İLGİLİ MEVZUAT 135
H. İrem Kalaycı Kırlıoğlu - Merve Gültekin

BÖLÜM 7
KANSER VE SOSYAL HİZMET 153
Vedat Işıkhan

BÖLÜM 8
KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE SOSYAL HİZMET 183
Ümmügülsüm Aysan

BÖLÜM 9
RUHSAL HASTALIKLAR VE SOSYAL HİZMET 209
Sinan Akçay

BÖLÜM 10
TÜRKİYE'DE ACİL SERVİS TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI 231
Berna Çalgı - Doğaç Niyazi Özüçelik

BÖLÜM 11
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SOSYAL HİZMET 247
Ergün Hasgül

BÖLÜM 12
YAŞAM SONU BAKIMDA SOSYAL HİZMET: PALYATİF VE HOSPİS BAKIM UYGULAMARI, ROLLER VE SORUMLULUKLAR 259
Ayşe Mine İşler - Buğra Yıldırım

BÖLÜM 13
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK ALANINDA TIBBİ SOSYAL HİZMET 281
Hasan Hüseyin Tekin

BÖLÜM 14
GERİATRİK SOSYAL HİZMET ve EKOLOJİK YAKLAŞIM 307
Emine Özmete

BÖLÜM 15
ENGELLİLER VE SOSYAL HİZMET 337
Zeki Karataş

BÖLÜM 16
BAĞIMLILIĞI VE TEDAVİSİNİ ANLAMAK 267
İlker Aktürk - Ömer Miraç Yaman

YAZAR ÖZGEÇMİŞLERİ 393

ÖNSÖZ

Sağlık, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, sağlık hizmetleri sunumunda hastalığın tedavi edilmesi anlayışının yerini hastanın genel iyi oluşunu artırmayı hedefleyen bütüncül bir anlayışa bıraktığının göstergesidir. Bireylerin sağlıklı ya da hasta olmasını belirleyen etkenler arasında beşeri, kültürel ve sosyal sermayenin düzeyi ve çevresel koşullar da bulunmaktadır. Bu yaklaşım hastaların sadece biyolojik açıdan değil, psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirilmesi ve desteklenmesi sonucunu doğurmuştur. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri sunumunda doktor, hemşire gibi sağlık çalışanlarının yanı sıra hastaların tıbbi tedavi dışındaki ihtiyaçlarıyla ilgilenecek diğer meslek mensupları da tedavi ekibine dahil olmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, sağlık kurumlarında hastalara bu bütüncül hizmeti sunan ekibin önemli üyelerindendir.

Sosyal hizmet, toplumun en savunmasız ve kırılgan üyelerine sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırmak için yardım etmeyi hedefleyen bir meslek ve disiplindir. Bu hedef doğrultusunda sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların beslenme, barınma, ulaşım, güvenlik gibi temel ihtiyaçları ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması; sorunlu biliş, duygu ve davranış kalıplarının değiştirilmesi; mevcut yetenek, beceri ve güçlerinin geliştirilmesi için çeşitli müdahalelerde bulunur. Hastaneler ve diğer sağlık kurumları da sosyal hizmet uzmanlarının bu müdahaleleri gerçekleştirdiği ortamlardandır. Sosyal hizmet uzmanları hastanelerde, tıbbi sosyal hizmet ve hasta hakları birimlerinde görev aldıkları gibi, Alkol Madde Bağımlılığı Merkezi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Çocuk İzlem Merkezi, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Krize Müdahale Birimi, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi gibi birimler ile onkoloji, diyaliz, geriatri gibi klinik ve servislerde de görev alabilmektedirler.

Tıbbi sosyal hizmet, hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte ortaya çıkan psikososyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesi için sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamaları olarak ta-

nımlanır. Tüm hastalar ve hasta aileleri, hastalığın etkileri sebebiyle kırılgan halde oldukları için sosyal hizmetin odağındadırlar. Bunun yanında yoksullar, kimsesizler, sosyal güvencesi olmayanlar, mülteci ve sığınmacılar, ihmal, istismar ve şiddet mağdurları, engelliler, kronik hastalar, alkol ve madde bağımlıları da sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan kesimlerdendir.

Sosyal hizmet uzmanları; sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların tedaviden en iyi şekilde istifade edebilmeleri için temel ihtiyaçların karşılanması, tedaviye ve tıbbi malzemelere erişimin önündeki engellerin kaldırılması, tedaviye uyumun sağlanması, hastanın ailesiyle ve çevresiyle etkileşimindeki sorunların giderilmesi, tedaviye etki eden sosyal ve psikolojik sorunların çözümlenmesi için çeşitli müdahaleler gerçekleştirir. Mikro boyutta hastayla ve aile üyesiyle bireysel veya grup düzeyinde çalışmalar yapar. Mezzo boyutta daha büyük gruplar, kurumsal ve küçük topluluklar düzeyinde hastaların sağlığa erişimleri önündeki engelleri kaldırmaya yönelik müdahaleler gerçekleştirirler. Makro düzeyde ise sağlık sistemindeki aksaklıkların giderilmesi ve dezavantajlı grupların tedavilerinin önündeki engellerin giderilmesi için girişimlerde bulunurlar. Tüm bu müdahaleleri gerçekleştirirken eğitmen, danışman, vaka yöneticisi, savunucu gibi farklı roller üstlenirler.

Tüm bu hizmetlerin kaliteli ve yaygın biçimde sunulabilmesinin ön şartlarından biri sağlık hizmet ortamlarında tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının sayıca yeterli düzeyde olmasıdır. Diğer bir koşul ise görev yapan uzmanların yeterli donanıma sahip olmalarıdır. Bu kitabın sağlık alanında çalışmalar yürüten sosyal hizmet uzmanlarına ve akademisyenlerine, sosyal hizmet öğrencilerine ve tüm sağlık profesyonellerine katkı sunması amaçlanmaktadır.

Bu kitabın ilk bölümünde tarihi süreç içinde sosyal hizmetin geçirmiş olduğu dönüşüm kısaca incelenmiştir. Bu dönüşüm içinde sosyal hizmet uzmanlarının sağlık kurumlarında üstlendikleri roller ve sağlık alanında artan sorumlulukları tartışılmıştır. İkinci bölümde, finansman yapısından hizmet sunumuna; örgütlenmeden insan gücüne yapılan pek çok reform ve dönüşüm Türkiye Sağlık Sistemi'nin bileşenleri dikkate alınarak incelenmiştir. Üçüncü bölümde, toplumsal koşulların insan sağlığı üzerindeki etkileri tartışılmıştır. İnsan sağlığının uygulanan ülkenin ekonomik, siyasi ve toplumsal politikaları ile doğrudan ve dolaylı etkileri ışığında bun-

ların sağlık üzerindeki etkileri tartışılmıştır. Dördüncü bölümde kısaca tıp etiği incelendikten sonra, hasta hakları ve sosyal hizmet ilişkisi üzerine vurgu yapılarak sosyal hizmetin savunuculuk rolünün hasta hakları uygulamalarına yansımaları ele alınmıştır. Sağlık iletişiminin tartışıldığı beşinci bölümde; sağlık iletişiminin sağlık hizmetlerindeki yeri, temel sağlık davranışı teorileri, temel sağlık iletişim becerileri incelenmiştir. Altıncı bölümde ise Türkiye'de sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kurumlar ve bu kurumlardaki çalışma esaslarını belirleyen yasal mevzuattan incelenmiştir. Yedinci ve sekizinci bölümlerde sırasıyla, kanser ve kronik böbrek hastalıklarının belirtileri, tedavi yöntemleri, hasta ve ailelerinin yaşadığı psikososyal sorunlar ve bunlara benzer kronik hastalıklarda sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve sorumlulukları tartışılmıştır. Dokuzuncu bölümde ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamaları; bireylere, ailelere, gruplara ve topluma yönelik sosyal hizmet uygulamaları kapsamında ele alınmıştır. Onuncu bölüm, acil servisteki; on birinci bölüm ise evde sağlık hizmetlerindeki sosyal hizmet uygulamalarına ayrılmıştır. On ikinci bölümde, palyatif ve hospis bakım sistemleri üzerinden yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumluluklarından bahsedilmektedir. On üçüncü bölümde, çocuk, adölesan ve kadın hastalara özgü ihtiyaç ve gereksinimler, bu hastalara yönelik sosyal hizmet müdahaleleri, müdahale sürecinde kullanılabilecek mesleki yöntemler ele alınmıştır. On dördüncü bölümde, yaşlı hastalar ve ailelerinin ihtiyaçları ile bu nüfus grubuna hizmet sunan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve sorumluluklarına yer verilmiştir. On beşinci bölümde, engellilerin karşılaştıkları sosyal riskler açıklandıktan sonra engellilerin sağlık hakları ve engellilere yönelik tıbbi sosyal hizmet uygulamaları incelenmiştir. Son bölümde ise bağımlılığın ve tedavisinin doğası ile bağımlılara yönelik sosyal hizmet uygulamaları ele alınmıştır.

Tıbbi sosyal hizmet alanını kapsamlı bir şekilde ortaya koymaya çalışan bu kitabın literatüre değerli bir katkı, okuyucularına faydalı bir kaynak olmasını dilerim. Kıymetli yazarlarımıza değerli katkılarından dolayı şükranlarımı sunarım.

Ümmügülsüm Aysan
İstanbul, 2021

BAĞIMLILIĞI VE TEDAVİSİNİ ANLAMAK

İlker Aktürk*
Ömer Miraç Yaman**

Giriş

Bağımlılık, birçok bileşeni bünyesinde barındıran kompleks bir beyin hastalığı ve sosyal bir sorundur. Kullanılan maddeler, beyinde geçici veya kalıcı pek çok hasara ve yıkıma neden olabilmektedir. Beyinde meydana gelen bozulmalar madde kullanımı kesilse de geçici veya kalıcı suretle iyileşemeyebilir. Dolayısıyla bağımlılığın bu anlamda kronik bir boyutu da bulunmaktadır. Bağımlılığın bir hastalık olarak görülmesindeki en büyük faktör beyinde meydana gelen geçici ya da kalıcı değişimlerdir. Bununla beraber bağımlılığı yalnızca bir beyin hastalığı olarak görmek yeterli olmayabilir (Leshner, 1997). Bu çerçevede bağımlılık, sosyal bağlamda sorunlara neden olan, davranış problemleriyle karakterize olmuş bir beyin hastalığı olarak tanımlanabilir. Hastalığa ek olarak sosyal bir sorun olarak ele alındığında bağımlılık sorununun çözümü için mikro, mezzo ve makro düzeyde pek çok faaliyet gerçekleştirildiği görülmektedir. Ancak bir sorunun çözümü için doğru adımları atmak ancak o sorunu iyi tanımak ile mümkündür. Bağımlılık gibi karmaşık bir konuyu yakından tanımak ve anlayabilmek adına öncelikle bu hastalık ile ilgili kavramları tanımak ve bilmek gerekmektedir.

* İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Sosyal Hizmet Uzmanı.
** Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü.

Bu bölümde, bu kavramlara ilişkin bilgiler verilirken bağımlılığın ve tedavisinin doğası anlatılmaya çalışılacaktır.

Bağımlılık Tanımı ve Temel Kavramlar

Bağımlılık kavramı genel olarak zararlı sonuçlara rağmen bir maddeyi kompulsif şekilde kullanma davranışı olarak tanımlanabilir. Bir semptomlar bütünü olarak bağımlılık, birçok semptomun görülmesiyle birlikte ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar DSM 5'te (American Psychiatric Association [APA], 2013) verilmektedir. Bununla beraber, bağımlılığı kendi bileşenleriyle birlikte tanımlamak kavramın anlaşılması açısından oldukça önemlidir. Dolayısıyla bağımlılığın temel kavramlarını anlamak aynı zamanda bize bağımlılığı tanımlamak adına önemli bir kolaylık sağlamaktadır. Bu bileşenlerden birisi olan *tolerans geliştirmek*, kişinin kullandığı madde miktarının giderek artış göstermesi olarak tanımlanabilir (Miller, Dackis ve Gold, 1987; APA, 2013). Başlangıçta bir birim madde kullanan biri, kullanıma devam ettikçe üç birim kullanmaya başlayacaktır. Çünkü bir birimlik madde miktarı artık kişiye hiç etki etmeyecek ya da daha az etki edecektir. Maddenin etkisinin artması için zamanla kullanılan madde miktarında da artış görülecek yani maddeye karşı tolerans gelişmiş olacaktır.

Bir diğer önemli bileşen ise *yoksunluktur*. Yoksunluk, madde etkilerinin vücuttan çekilmeye başlaması sonucunda vücudun bu sürece verdiği bir reaksiyondur. (Tetrault ve O'Connor, 2008). Kullanılan maddeye göre yoksunluk belirtileri değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, eroin kullanımında öne çıkan yoksunluk belirtileri terleme, burun akıntısı, kas ağrıları ve kramplar iken; ekstazi kullanımında öne çıkan yoksunluk belirtileri anksiyete, panik atak, durgun ve keyifsizlik olarak ifade edilebilir (Bireysel Bağımlılık Tedavisi Programı [Bibap], 2017). Yoksunluğun neden olduğu problemler, madde kullanımının sürdürülmesinde etkili olabilir. Kullanılan maddeye göre değişen yoksunluk belirtileri özellikle opiyat bağımlılarında acı çekme ile karakterize olmuştur. Bu dönemdeki tıbbi destek yoksunluk döneminin daha az sancılı geçmesini sağlayabilmektedir (Rong vd., 2016).

Zarar vermesine rağmen kullanım, bağımlılığın önemli diğer bir bileşenidir (APA, 2013). Kişi madde kullandığında zaman içerisinde pek çok açıdan zarar göreceğini bilir ancak yine de kullanımı

gerçekleştirir. Hayatın pek çok alanında yaşanan sorunlara rağmen madde kullanımının sürdürülmesi önemli bir bağımlılık göstergesidir. Örneğin, kişi madde etkisindeyken araç kullanımının kendisi için riskli olabileceğini bilmesine rağmen madde kullanımını sürdürmektedir (Martin vd., 2011).

Maddeyle aşırı meşgul olma, bir diğer tabir ile zamanın büyük bir kısmını maddeye ayırmak bağımlı kişilerde görülebilen özellikler arasında yer almaktadır (APA, 2013). Buradan kişinin tüm vaktini madde veya alkol kullanarak geçirmesi anlaşılmamalıdır. Elbette tüm vaktini alkol veya madde kullanarak geçiren kişiler de bu bileşene uymaktadırlar ancak madde veya alkol kullanımını hayal etmek, düşünmek, bulabilmek için çaba harcamak da buna dahil edilebilir.

Bağımlılık sürecinde kişinin hayatına *kontrolsüzlük* hakimdir. Madde kullanımında da bu kontrolsüzlük gözlemlenebilir. Kişiler genellikle planladıklarından daha fazla ve daha uzun süre madde kullanmaktadırlar. Bu da bağımlılık için önemli bir gösterge olarak ele alınabilir (APA, 2013). Bağımlılık sürecinde kontrollü davranışın ortadan kalktığı dürtüsellik ön plandadır (Garavan, 2011).

Bağımlılık sürecinde yaşanan problemlerden sonra kişide bırakma çabaları görülebilir. Bağımlılığa ilişkin en net göstergelerden biri söz konusu *bırakma çabalarının başarıya ulaşmamasıdır* (APA, 2013). Bırakma çabası bir dizi girişimden oluşur ve tekrarlayan bir yapıya sahiptir. Bağımlılar maddeyi bırakma konusunda birçok defa girişimde bulunabilirler ancak bunların çoğunda başarısız olmaktadırlar.

Bağımlılık söz konusu olduğunda değinilmesi gereken kavramlardan bir diğeri de *aşerme* (craving) kavramıdır. Aşerme temel olarak maddeye duyulan istek ve yoğun arzu olarak adlandırılabilir (Sayette, 2016). Aşerme beynin ödül mekanizmasına bağlı olarak gelişmektedir. Beynin yaşadığı hazzı yeniden yoğun biçimde arzulaması olarak ifade edilebilir (Sinha, 2013). Bağımlı kişilerde aşerme çok uzun süre devam edebilmekte ve kişi kullandığı maddeyi bırakmış olsa bile aşerme yaşayabilmektedir (Wang vd., 2013). Aşerme, en önemli relaps nedenlerinin başında gelmektedir (Tiffany ve Wray, 2012). Daha önce madde kullanılan yerleri görmek, kullanım arkadaşına denk gelmek gibi birçok faktör aşermeye neden olabilir (Ögel, 2010).

İnsanlar yalnızca illegal maddelere bağımlı olmazlar. Yasal olarak reçete edilebilen ilaçlar da bağımlılık yapabilmektedirler. Özellikle *ilaç bağımlılığı* söz konusu olduğunda önümüze çıkmakta olan bir diğer kavram ise kötüye kullanımdır. *Kötüye kullanım* temel olarak bir maddenin amacı dışında olumsuz sonuçlara neden olacak şekilde kullanılması olarak ifade edilebilir (Kaya, 2014). Özellikle bağımlılık yapıcı türde olan anksiyolitik ilaçların (xanax, diazem, rivotril, ativan vb.) kötüye kullanımı oldukça fazladır (Volkow vd., 2019; Uğurlu vd., 2012).

Bağımlılık sürecinde kişinin belirli bir süre temiz kalması ve bunun ardından yeniden madde kullanımına dönmesi çok sık görülen bir olgudur. Kişiler, bir süre temiz kaldıktan sonra istekle başa çıkamamak, yoksunluk çekmek gibi pek çok sebepten dolayı yeniden madde kullanımına dönebilir (Domino, 2005). Kişinin yeniden madde kullanması eğer tedavi sürecindeyse tedavisini sona erdirdiği veya süreci en başa döndürdüğü anlamına gelmez. Kişinin eski kullanım kalıbına dönme sürecinde geçirdiği bazı aşamalar bulunmaktadır (Hsu ve Marlatt, 2011). Belirli bir temizlik süresi sonrasında kişinin ilk madde kullanımına *kayma (lapse)* adı verilir. Örneğin, 4 aydır temiz olan bir eroin bağımlısını düşünecek olursak, bu kişinin 4 aylık temizliğin ardından bir kere eroin kullanması kişinin kayma yaşadığı anlamına gelir. Bu kişi daha sonra yeniden temiz kalabilir veya kullanımı sürdürebilir. Kişi kayma yaşadıktan sonra madde kullanmaya devam etmişse artık bu kişi için *prolapse* kavramından söz edilmesi gerekmektedir. 4 aylık temizliği sonunda bir bağımlının eski kullanım alışkanlığına ve yoğunluğuna dönmesine *relaps* adı verilmektedir (Hsu ve Martlatt, 2011). Relaps bağımlılık tedavisi sürecinde en önemli kavramlardan birisidir. Zira bağımlılık relapslar ile seyreden nüksü yüksek bir hastalıktır.

Burada üzerinde önemle durulması gereken bir diğer kavram ise *ayıklık* (abstinence)[1] kavramıdır. Ayıklık genel olarak madde/alkol kullanmamayı, temiz olmayı ifade etmektedir. Kullanılan maddenin kullanımının kesilmesi olarak da tanımlanabilir (Anderson vd., 1999; EMCDDA, 2017). Literatürde ayıklığın nasıl sağlanmış olaca-

[1] Abstinence, Türkçe'de yoksunluk olarak da kullanılabilse de literatürdeki bağlam göz önüne alındığında çevirinin ayıklık olarak alınması daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

ğına ilişkin farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar tedavi modalitelerine göre şekillenebilmektedir. Bir yaklaşıma göre kişinin yalnızca kullandığı maddeyi kesmesi, onun ayık olarak kabul edilmesi için yeterlidir. Örneğin, eroin kullanımını bırakan bir kişinin esrar kullanmaya başlaması onun kaydığını göstermez zira kişi eroin kullanmadığı için hala ayıktır. Burada tercih maddesi özelinde bir süreç söz konusudur. Bir diğer yaklaşıma göre kişinin reçete edilmiş ilaçlar dışında legal veya illegal hiçbir maddeyi kullanması ayıklığın sağlanmış olduğunu göstermektedir.

Bağımlılık tedavisinde tedaviye *katılım* (engagement) ve *tedaviyi sürdürme* (retention) tedavinin etkililiği açısından iki önemli kavram olarak değerlendirilebilir. Tedaviye katılım bir kişinin dahil olduğu tedavi programının gereklerini tam olarak yerine getirmesi ve iyileşmesinin sorumluluğunu alması olarak tanımlanabilir (Fiorentine vd., 1999). Yapılan çalışmalar, terapiler, diğer görüşmeler ve aktivitelere katılım sağlayanların diğerlerine göre daha uzun süre tedaviye devam ettiklerinden bahsetmektedir (Fiorentine vd., 1999). Danışanın tedaviye katılımını artırmak için etkili terapötik ilişki kurma, empatik ve destekleyici bir yaklaşım sergilemek ve motivasyonel görüşme tekniklerini kullanmak işlevsel olabilir (Grenson, 2008; Martin, Garske ve Davis, 2011; National Treatment Agency, 2015). Bağımlılık tedavisinde danışan tedaviye girmek istemezse ve tedavi sürecine aktif katılım sağlamazsa tedavinin işe yaramayacağı belirtilmektedir (Onken, Blaine ve Boren, 1997). Bu anlamda, tedaviye katılımın anlaşılması ve desteklenmesi tedavi süreci açısından oldukça önemlidir. Bu süreç içerisinde tedaviyi sürdürmek en az tedaviye katılım kadar önem taşımaktadır. Tedaviyi sürdürme bağımlılık tedavisinde iyileşmenin seyrini belirleyen en önemli unsurların başında gelmektedir (Condelli ve Leon, 1993). Stark (1992) tarafından yapılan bir araştırmada 90 gün süresince bağımlılık tedavisi alanların daha az süre tedavi alanlara göre iyileşme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Tedavi modeli açısından bakıldığında ise yatılı tedavilerin ayaktan tedavilere göre sürdürüm oranları daha yüksektir (Bell, Williams, Nelson ve Spence, 1994). Tedaviyi sürdürme kavramının anlaşılabilmesi adına danışanın terapisti ile görüşmelerine düzenli devam ediyor olması örnek olarak verilebilir. Tedavi başarısını etkileyen faktörler arasında olması sebebiyle, kişinin görüşmelerine düzenli devam etmesi tedavi başarısını artı-

racaktır. Danışanlar ile yapılan görüşme sayısı ve danışanın tedavide kalma süresi arttıkça iyileşme düzeyleri de artmaktadır

Tedaviyi sürdürme ve tedavi başarısının önündeki en büyük engel *tedavi terki*dir. Tedavi terki (drop out), tedaviye başlamış bir danışanın tedaviyi sürdürmemesi ve tedaviden ayrılması olarak tanımlanabilir. Tedavi terki, bağımlılık tedavisinin en önemli problemlerinden birini temsil etmektedir (Şimşek, Aktürk, Dinç, Işık ve Ögel, 2019a). Tedavi terk oranlarının bağımlılık tedavisinde oldukça yüksek olarak seyrettiği bilinmektedir (Condelli ve Leon, 1993). Yapılan bir araştırmaya göre bağımlılık tedavisine başvuran danışanların %10-30'u tedaviden ayrılmaktadır (McKeller, Kelly ve Harris 2006). Türkiye'de bir bağımlılık tedavi merkezinde 554 kişilik örneklemle yapılan etkililik çalışmasında danışanların ikinci görüşmeye gelme oranı %57,5 (N:319), üçüncü görüşmeye gelme oranı %43,6 (N:242), altıncı görüşmeye gelme oranı ise %21,8 (N:121) olarak bulunmuştur (Şimşek, Dinç ve Ögel, 2019b). Görüldüğü üzere tedaviye katılım ve devamlılık giderek düşmektedir. Bu çalışmada danışanların ikinci görüşmeye gelmelerinin önemli bir eşik olduğu görülmektedir. Zira ikinci görüşmeye gelenlerin tedavi devamlılıklarının arttığı gözlemlenmiştir. Tedavi terki, tedavinin herhangi bir aşamasında gerçekleşebilmektedir. Bağımlılık tedavisi danışanların tedaviden ayrılmasına neden olacak pek çok riskin barındığı bir çevrede gerçekleştirilmektedir. Literatürde bağımlılık sürecinde tedaviden ayrılmaya neden olan en önemli faktörlerin danışanın relaps yaşaması ve eşlik eden bir psikolojik problemin varlığı olarak ifade edilmiştir. (Şimşek vd., 2019a; Andersson, Wenaas ve Nordfjaern, 2018). Uzun süre yoğun madde kullanımı olanlarda, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde, suç öyküsü olanlarda tedaviden ayrılma daha çok görülmekte ve bu özelliklere sahip kişilerin tedaviyi sürdürme noktasında problemli oldukları bildirilmektedir (Mitchell ve Selmes, 2007).

Bağımlılık tedavisi sürecinde *zarar azaltma* (harm reduction) kavramı oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Zarar azaltımı bir müdahale metodu ve tedavi yaklaşımıdır. Buna göre bağımlılıkta zarar azaltımı genel olarak programlar, politikalar ve uygulamalar aracılığı ile madde kullanımının sağlık, sosyal ve yasal açıdan neden olduğu negatif sonuçların azaltılması olarak tanımlanabilir (McKeganey, Morris, Neale ve Robertson, 2004; Wormer, 1999). Tüm bağımlılık

tedavisi modellerinin temel amacı ayıklığa ulaşmaktır. Kişilerin maddeden uzak kalmış olması en önemli amaçtır. Ancak bu hedef doğrultusunda kullanılan maddenin tamamen kesilmesi herkes için her zaman makul bir yöntem olamayabilir. Bazen tedavinin amacı belli davranışların topluma ve bireye verdiği zararların azaltılmasıdır (Riley ve O' Hare, 2000). Zarar azaltım çalışmalarının yapıldığı ülkelerde madde kaynaklı ölümlerin ve bulaşıcı hastalıkların azaldığı belirtilmektedir (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2010). Örneğin, şırınga yoluyla eroin kullanımının bulaşıcı hastalık yapma riski taşıması sebebiyle bazı ülkeler temiz şırınga dağıtımı yapmaktadırlar. Bu bir zarar azaltımı stratejisi olarak değerlendirilebilir. Zarar azaltımı genellikle tedaviye yanıt alınamayan durumlarda uygulanabilmektedir (Ögel, 2010; Martlatt, 1996).

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının pek çok davranış sorunuyla ilişkisi bulunmaktadır. Dürtü kontrol problemleri de bu davranış sorunları arasında yer almaktadır. Dürtüsellik, sonucu düşünmeden, hızlı ve plansız hareket etmek gibi davranışlarla ilişkilendirilebilmektedir (Köksal, Karaca ve Çıtak, 2020). Genel olarak bakıldığında dürtüsellik, plansız ve aniden yapılan hareketler yapmak (motor aktivitive), bir işe yeterince odaklanamamak, bir iş hakkında yeterince düşünememek olarak ifade edilebilir. İnsan davranışı açısından bakıldığında dürtüsellik, uzun vadeli büyük ödüllerden ziyade kısa vadede elde edilebilecek daha küçük ödüllerin tercih edilmesi davranışı olarak da tanımlanabilmektedir (Özdemir, Selvi ve Aydın, 2012).

Bağımlılıkta Riskli Gruplar

Herkes bağımlı olabilir. Ancak bazı gruplar bağımlı olma potansiyeli açısından daha riskli bir durumdadır. Ergenler (Hussong, 2002), yaşlılar (Benshoff, Harrawood ve Koch, 2003; Abrams ve Alexopoulos, 2006), sokak ile ilişkisi güçlü olan çocuklar (Kızmaz ve Bilgin, 2010), bağımlı ebeveyne sahip çocuklar (Laurie vd., 1997), LGBTİ bireyler (Roxburgh vd., 2016;) madde kullanımı ve bağımlılık noktasında riskli gruplar arasında gösterilmektedir. Bu grupların bağımlılık ve madde kullanımı açısından daha riskli olmalarına neden olan pek çok faktör bulunmaktadır. Bunların anlaşılması, bağımlılıkta riskli gruplara yönelik yaklaşımın şekillenmesinde ve önleyici müdahale çalışmalarının yapılmasında önem taşımaktadır.

Ergenler

Ergenler, ergenlik döneminin getirmiş olduğu şartlar ve gelişimsel özellikler sebebiyle bağımlılık açısından riskli bir konumda bulunmaktadır (Swadi, 1999). Risk alma davranışının sıklıkla görüldüğü bu dönemde ergenler, kendilerini tehlikeye atmaktan çekinmeyen ve olayların sonucu düşünmeyen bir yapıya sahip olabilirler (Feldstein ve Miller, 2006). Bu noktada ergen beyninin gelişmekte olan yapısını anlamak önem arz etmektedir. Ergenlerde prefrontal korteksin henüz gelişimini tam anlamıyla tamamlayamaması sebebiyle dopamin ve dolayısıyla ödül duyarlılığı oldukça yüksektir. Bu madde kullanımı için önemli bir risk faktörü niteliği taşımaktadır (Casey ve Jones, 2010; Ögel, Koç, Aksoy, Basabak ve Evren, 2012). Ergenlerdeki dürtüsellik madde deneme oranlarını artırmaktadır. Ergenlerde madde deneme oranları yüksek ancak bağımlılık oranları düşük düzeyde seyretmektedir (Gullo ve Dawe, 2008). Ergenlik genellikle maddenin ilk kez denendiği ve kullanımın başlandığı bir dönem olması sebebiyle ergenler maddenin zararını yeterince görmemiş ve bunların sonuçlarıyla yüzleşmemiş olabilirler, bu durum da değişim motivasyonu önündeki önemli bir engeldir (Ögel, 2010; Çiftçi 2019).

Yaşlılar

Bağımlılık konusunda riskli olan bir diğer grup ise yaşlılardır (Benshoff vd., 2003; Abrams ve Alexopoulos, 2006). Yaşlılar ve madde kullanımı düşünüldüğünde Halihazırda yaşlı olan kişilerin madde kullanımı ve bağımlılıkları oldukça önemli bir problem olmakla birlikte, genç madde bağımlılarının yaşlanması da üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Tedavi olmamış ve madde kullanımı devam eden bireylerin yaşlanmaya başlaması yaşlı-bağımlı bir popülasyonun ortaya çıkmasına neden olabilir. Yaşlılar için sorunun temel sebebi yaşlılarda yoğun alkol kullanım belirtilerinin diğerlerine göre farklı olabilmesidir. Bunun sebebi fizyolojik açıdan yaşanan farklılaşma ve sorunlar olarak gösterilebilir (Çavuşoğlu ve Demirkol, 2008). Komorbid bozuklukların varlığı, ilaç veya madde kötüye kullanım öyküsü, sosyal açıdan izole ve içe kapanık bir yapıda yaşanması, zorunlu sebeplerden dolayı ya da erken emeklilik yaşamak bir yaşlı için bağımlılığa ilişkin risk faktörleri arasında sayılabilmektedir (Clay, 2010). Yaşlıların metabolik zayıflıkları kulla-

nılan madde veya alkolden daha çok etkilenmeye veya ölümlerin yüksek olmasına neden olabilmektedir (O'Connel, 2003).

Sokak ile İlişkisi Güçlü Çocuklar

Erken yaşta riskli madde kullanımının yüksek olduğu bir diğer grup sokak ile ilişkisi güçlü ve zararlı düzeyde olan çocuklardır. Bu çocuklar sokakta yaşayabilmekte veya sokakta çalışabilmektedir. Her iki durumda da sokak çocuklar için ciddi risk teşkil edebilmektedir. Cinsel istismar, duygusal istismar, yasal problemler, fiziksel şiddet bu riskler arasında gösterilebilir (Ögel, Aksoy ve Yücel, 2005a; Şişman 2006). Bunlara ek olarak, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı da bu gruptaki çocuklar için çok büyük bir risk unsurudur. Sokakta en çok kullanılan maddelerin başında bali ve tiner gibi uçucu maddeler gelmektedir. Pek çok uçucu madde bulunmakla birlikte genellikle bali, tiner ve çakmak gazı yoğunlukla kullanılmaktadır (Ögel, Taner, Tosun, Gürol ve Liman, 2005b; Boztaş ve Arısoy, 2010). Bu maddelerin yapısında Toulen adı verilen bir madde kullanılmaktadır. Toluen çok hızlı tolerans geliştiren ve bağımlılık yapıcı etkisi çok yüksek olan zehirli bir maddedir. Uçucu maddeler hızlı etki edip, hızla etkisini kaybederler. Kullanılan doza göre etkiler farklılaşabilmektedir.

Eşcinsel Bireyler

Eşcinsel bireyler, madde kullanımı açısından riskli gruplar arasında yer almaktadır. Eşcinsel bireyler arasında madde kullanımının daha yoğun olduğuna ilişkin bazı çalışmalar mevcuttur. Bunlar arasında Bux (1996) tarafından yürütülen çalışma bazı metodolojik sınırlılıkları barındırıyor olsa da (Green ve Feinstein, 2012) bu konuyla alakalı önemli vurgular içermektedir. 20 ile 34 yaş arasındaki eşcinsel kadınların haftalık ve aylık yoğun alkol kullanımının ve tekrarının eşcinsel olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Eşcinsel olmayan erkeklerin ve kadınların, eşcinsel olanlara göre alkol kullanımını bırakmaya daha yatkın oldukları, eşcinsel kadınların eşcinsel olmayanlara göre alkol ile ilgili daha çok sorun yaşadıkları (yasal sorunlar, ilişki problemleri vs.) önemli bulgular arasında yer almaktadır. Tedavi arayışı açısından bakıldığında eşcinsel kadınların, eşcinsel olmayanlara göre alkol kullanım problemleri için tedavi girişimlerinin daha çok olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Gruskin, Hart ve Ackerson, 2001; Cochran, Ackerman,

Mays ve Ross, 2004; Burgard, Cochran ve Mays, 2005; Drabble, Midanik ve Trocki, 2005). Eşcinsel bireylerin yaşamış oldukları etiketlemenin, fiziksel ve psikolojik saldırıların, aile reddinin madde kullanımları üzerinde önemli etkisi olduğu bilinmektedir (Meyer 2003; McCabe, Hughes, Bostwick, West ve Boyd, 2009).

Kadınlar Riskli Grupta Yer Alıyor mu?

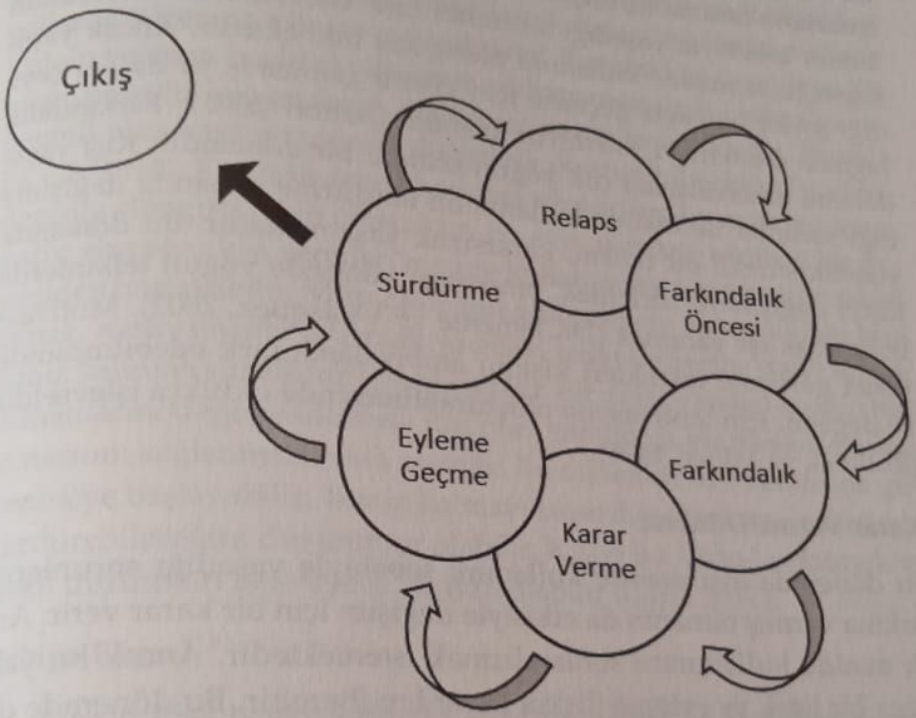
Kadınların bağımlılıklarına ilişkin verilerin net bir değerlendirme yapabilmek için yetersiz olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların bağımlılık tedavisine katılımlarının erkeklere göre daha az olduğu görülmektedir. Şimşek ve arkadaşlarının (2019) ülkemizde faaliyet gösteren bağımlılık danışma merkezinde uygulanan tedavinin etkililiğini incelemek için yaptığı çalışmada 554 kişilik örneklemin %93,7'sinin erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Kadın bağımlıların bu alanda görünürlüklerinin az olması, kadınların daha az bağımlı oldukları anlamına gelmemektedir. Kadınların tedaviye katılımlarının önünde erkeklere göre daha fazla engel bulunmasının tedavide kadınların oranının düşük kalmasına neden olabileceği düşünülmektedir (Kutlu, 2011). Yapılan çalışmalar, kadınların madde kullanımından erkeklere göre daha fazla etkilendiklerini ve bağımlılığa yatkın olabileceklerini ortaya koymaktadır. Kadınların cinsel kötüye kullanıma erkeklere göre çok daha fazla maruz kalması, madde kullanımının erken başlaması ve sürdürülmesi üzerinde etkisi olabilmektedir (Tuchman, 2010).

Bağımlılık Tedavisinde Değişim ve Temel Yaklaşım

Bağımlılık tedavisi tıpkı bağımlılıkta olduğu gibi bir döngüyü kapsamaktadır. Bağımlılık tedavisinde bu döngü değişim süreci ile karakterize olmuştur. Döngü olarak ifade edilmesinin sebebi ise değişimin evreleri arasında sürekli geçişin olabileceğini, ileri ve geriye gidişlerin sürecin bir parçası olarak ele alınabileceğini vurgulamaktır. Değişim döngüsü, bir değişimin evreler halinde ele alınmasını ve bu evrelere özgü müdahalelerin uygulanmasını mümkün kılabilmektedir.

Değişim bağımlılık tedavisi için oldukça kritik bir kavramdır. Zira bağımlılık tedavisinin bir süreç olarak ele alınmasındaki en önemli etkenlerden birisi değişim için zamana ihtiyaç duyulmasıdır. Tedavinin temel amacı da kişide pek çok açıdan değişimin başlamasını

sağlamaktır. Değişim sürecinin en bilinen modellemesi Prochaska ve DiClemente (1983) tarafından geliştirilmiştir (Şekil 1). Buna göre değişimin; *farkındalık öncesi, farkındalık, karar verme, eyleme geçme, sürdürme ve relaps* olmak üzere altı evresi bulunmaktadır. Bağımlılığın ve değişim sürecinin doğası gereği bu evreler arasında sürekli geçişler olabilmektedir.



Şekil 1. Bağımlılıkta Değişim Döngüsü

Kaynak: Prochaska, J. O. ve DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), s. 283.

Farkındalık Öncesi Dönem

Danışan bu dönemde madde kullanımının kendisine herhangi bir zararı olmadığını düşünmektedir. Değişim için motivasyon oldukça düşüktür. Madde kullanımı sebebiyle herhangi bir zarar yaşaması sebebiyle kişi değişime hazır değildir (Prochaska ve Norcross, 2001). Aileler bu dönemde yakınlarının madde kullandıklarını fark ederlerse çözüm çabalarının yoğunlaştığı bir dönem başlayabilir. Bu dönemde kişiler kendi istekleriyle tedaviye başvurmazlar çünkü tedavi olacakları bir problemin olmadığını düşünürler. Bu dönem-

de tedaviye başvuran kişilerin aile baskısı ile sürece başlamış olma ihtimalleri göz önüne alınmalıdır.

Farkındalık Dönemi

Bu dönemde kişi artık kullandığı maddenin kendisine verdiği bazı zararların farkına varmıştır. Hayatında pek çok açıdan madde kullanımı sebebiyle yaşadığı sorunları fark edebilmekte ve sorunun kaynağının madde kullanımı olduğunu bilmektedir. Ancak yaşadığı şeyler harekete geçmesi için yeterli gelmemiş ya da her şeye rağmen bırakmayı istemiyor olabilir (Sutton 2001). Farkındalık dönemi ambivalansın çok yoğun olduğu bir dönemdir. Kişi yaşadığı sorunlar ile madde kullanımını sürdürme arasında değişime yönelik sürekli bir ikilem, kararsızlık yaşamaktadır. Bu dönemde kişiyi değişmeye zorlamak, bırakması yönünde yoğun telkinlerde bulunmak işe yaramaz (DiClemente ve Velasquez, 2002). Motivasyonel görüşme teknikleri kişinin ambivalansı fark edebilmesinde ve değişim için motivasyon oluşturabilmesinde oldukça işlevseldir (Rollnick ve Miller, 1995).

Karar Verme Dönemi

Bu dönemde kişi madde kullanımı sebebiyle yaşadığı sorunların farkına varmış olmanın da etkisiyle değişim için bir karar verir. Artık madde kullanımını sonlandırmak istemektedir. Ancak bu yalnızca bir istek ve eyleme ilişkin karardan ibarettir. Bu dönemde de kişinin madde kullanımında herhangi bir azalma görülmeyebilir. Bu dönemde kişinin maddeyi bırakmak için hazırlık yaptığı düşünülebilir. Maddeyi bırakmak adına çeşitli planlar yapılır ancak uygulanmaz (Prochaska, Redding ve Evers, 2015). Bu dönemde kişinin harekete geçmesi için ona destek olunması önem taşımaktadır. Verilen kararlar ile ilgili adım atılmazsa tekrar farkındalık öncesi döneme dönüş sağlayabilir (Ögel, 2010).

Eyleme Geçme Evresi

Bu dönemde kişi artık madde kullanımını sonlandırmıştır. Verdiği karar ile eyleme geçmiş ve kullandığı maddeyi bırakmıştır. Bu dönemde kişide çeşitli yoksunluk belirtileri ve yoğun madde kullanım isteği görülebilmektedir (DiClemente, 2006). Dolayısıyla bu dönemde yeniden madde kullanımı görülebilir. Süreci takip etmek ve te-

davinin içinde iniş çıkışlar olabileceğini hatırlamak ve hatırlatmak önemlidir (Ögel, 2017).

Sürdürme Evresi

Kişi bu dönemde temiz kalmayı sürdürmektedir. Bu dönemin sağlıklı bir şekilde geçebilmesi için kişinin varsa yoksunluk belirtileri ve eş tanılı rahatsızlıkları için tıbbi destek alması, istekle başa çıkma yollarını öğrenmesi önem taşımaktadır. Buradaki en önemli faktör kişinin yeniden madde kullanımına dönmemesidir. Bu sebeple kaymayı önleyici çalışmaların yapılması önem taşımaktadır. Burada önemli olan yaşam tarzında değişiklik oluşturabilmektir (Prochaska vd., 2015). Kişi eğer temiz kalmayı sürdürürse bu evreden sonra değişim döngüsünden çıkacaktır. Bu evre oldukça tehlikeli bir evredir; zira eğer kişi yeniden madde kullanımına dönerse tüm süreç yeniden başlayabilir. Müracaatçının görüşmelere devamlılığını sağlamak, motivasyonu artırmak ve aileyi tedavi sürecine dahil etmek temiz kalmayı sürdürmeyi sağlayabilir. Bir diğer yandan kişinin boş zamanlarını değerlendirmesi için plan yapılması, bir meslek eğitimi almasının sağlanması etkili olabilir. Bu dönemde kişi kendisine güvenmeye başlayabilir. Temiz kalmayı başardığı için bunu rahatlıkla sürdürebileceğini düşünüyor olabilir. Kişiyi bu konuda eğitmek ve riskli durumları belirlemek faydalı olabilir (Ögel, 2017).

Relaps Evresi

Bu evrede kişi temiz kalmayı sürdürememiş ve yeniden madde kullanımına başlamıştır. Kişi eğer madde kullanımının kendisine zarar verdiğinin farkındaysa ve yeniden bırakmaya karar vermişse değişim basamaklarını çok hızlı bir şekilde geçebilir. Ancak bir süre temiz kaldıktan sonra belirli bir dönem kullanmanın kendisine bir zararı olmayacağını, bunu kontrol edebileceğini düşünülebilir (DiCelemente, 2006; Ögel, 2010). Bu durum kişinin yeniden farkındalık öncesi döneme döndüğünün bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu dönemde kişiye herkesin hata yapabileceği, önemli olanın hatalardan ders çıkarabilmek olduğu vurgusunu yapmak önemlidir. Tedavinin doğasında iniş ve çıkışların olduğu, önemli olanın tedaviye devam etmek olduğu vurgulanmalıdır. Eğer kişi farkındalık öncesi döneme dönmüşse kişiye sorunları fark etmesini sağlayacak yaklaşımlarda bulunmak yani süreci en başından almak gerekebilir (Prochaska vd., 2015).

Tablo 2. Değişim Evreleri için Tanımlar ve Davranış Özellikleri

Evreler	Özellikler	Döneme Özgü Davranış
Farkındalık Öncesi	Son 30 gün içerisinde madde kullanımı vardır. Gelecek 6 ay içinde harekete geçme niyeti bulunmaz.	Problem hakkında farkındalık yoktur. Yakın dönemde davranış değişikliği için istek görülmez.
Farkındalık	Son 30 gün içinde madde kullanımı vardır. Gelecek 6 ay içinde harekete geçme niyeti bulunur.	Problemin farkına varılmıştır ve davranış değişikliği ciddi anlamda düşünülür ancak henüz harekete geçilmemiştir.
Karar Verme	Son 30 gün içerisinde madde kullanımı vardır. Gelecek 30 gün içerisinde harekete geçme ve bazı davranışsal değişikliklerde bulunma niyeti vardır.	Harekete geçmek ve davranış değişikliği sağlamak için adımlar atılmaya başlanır.
Eyleme Geçme	Son 30 gün içerisinde madde kullanımı yoktur. 6 aydan kısa bir süre için davranışlarda değişiklik meydana gelir.	Davranış değişikliğini sağlamak için ve problemin üstesinden gelmek için aktif olarak çaba harcanır.
Sürdürme	Son 6 ay içerisinde madde kullanımı yoktur. 6 aydan uzun bir süre için davranışlarda değişiklik meydana gelir.	Değişiklik sağlanan davranışlarda kalıcılığı sağlamak için çaba gösterilir.
Çıkış	Yeniden kullanım girişimi az, kendine güven oldukça yüksektir.	

Kaynak: Belding, M.A., Iguchi, M.Y., Lamb, R.J., Lakin, M. ve Terry, R. (1995) Stages and Processes of Change among Polydrug Users in Methadone Maintenance Treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 39; Sutton, S. (2001). Back to the Drawing Board? A Review of Applications of the Transtheoretical Model to Substance use. *Addiction*, 96 ve Prochaska, J. O., Redding, C. A. ve Evers, K. E. (2015). The Transtheoretical Model and Stages of Change. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*'nin çalışmalarından oluşturulmuştur.

Değişim döngüsü aslında bağımlılık tedavisinin nasıl bir yapı arz ettiğini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Bağımlılık, nükslerle ilerleyen bir hastalıktır. Bağımlılık tedavisi de iniş ve çıkışlara duyarlı, herhangi bir zorlama olmadan takip edilen bir süreci kapsamalıdır. Tedavide önemli olan kişinin görüşmelere devamlılığını sağlamaktır. Yapılan araştırmalarda kişinin tedaviye katılımı ve devamlılığı arttıkça iyileşme oranının arttığı görülmektedir. Türkiye'de bağımlılık tedavisi hizmeti vermekte olan bir danışma merkezinin etkililik çalışmasında üç ve daha fazla görüşmeye gelen kişilerin iyileşme konusunda daha çok mesafe aldıkları görülmüştür (Şimşek vd., 2019b). Dolayısıyla önemli olan kişiyi sistem içerisinde tutabilmek ve tedavinin sürekliliğini sağlamaktır. Bu süreç bir yıl sürebileceği gibi beş yıl da sürebilir. Bağımlılıkta tedavi ömür boyu devam edebilen bir süreci kapsamaktadır.

Bağımlılık Tedavisinde Sosyal Hizmet Müdahalesi

Bağımlılık tedavisi sürecinde tedavi ekibi multidisipliner bir prensip ile oluşturulmalıdır. Bu ekip içerisinde yer alan sosyal hizmet uzmanı tedavi süreci içerisinde önemli boşlukları doldurmaktadır (Straussner, 2001; Smith, Whitaker ve Weismiller, 2006). Sosyal hizmet uzmanının tedavi sürecinde temel amacı ise sosyal iyileşmenin sağlanması ve işlevselliğin geliştirilmesidir (Raheb, Khaleghi, Moghanibashi-Mansourieh, Farhoudian ve Teymouri, 2016). Bağımlılık tedavisi bir süreçtir ve değişimi öngörmektedir.

Değişimin sağlanabilmesi için tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirme yapılmalı ve bu alanlara ilişkin riskler ve ihtiyaçlar belirlenerek bu doğrultuda müdahaleler planlanmalıdır. Sosyal hizmet uzmanı bağımlılık tedavisinde tedavi ekibine ve tedavi modeline göre çeşitli rollerde bulunabilmektedir (Lander, Howsare ve Byrne, 2013). Örneğin tedavi modeli, psikoterapi sürecinin klinik psikolog tarafından yürütülmesi şeklinde kurgulanmışsa, sosyal hizmet uzmanının süreci sosyal açıdan değerlendirmesi ve mikro ve mezzo düzeyde sosyal problemlere odaklanması gerekmektedir. Tedavi modeli sosyal hizmet uzmanının psikoterapi yapmasına uygun kurgulanmışsa ve sosyal hizmet uzmanı da yeterli yetkinliğe sahipse danışanın klinik süreci sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülebilmektedir. Tedavi ekibine ve tedavi modeline göre değişiklik gösterebilmekle beraber sosyal hizmet uzmanı genel olarak;

değerlendirme, risk ve ihtiyaç analizi yapma, kaynak oluşturma, vaka yöneticiliği yapma gibi sorumlulukları yerine getirebilmektedir (Aktürk vd., 2020).

Değerlendirme Yapmak

Sosyal hizmet uzmanının müdahalesini iyi bir şekilde planlayabilmesi için öncelikle iyi bir değerlendirme yapması gerekmektedir. Bu değerlendirme, danışanın öyküsünün alınmasını ifade etmektedir. Öykü alırken en önemli kural, kişinin tedaviye karşı direnç geliştirmesini sağlayabilecek soruları sormamaktır (Lessa ve Scanlon, 2006). Bu sebeple fiziksel ve duygusal problemlerden önce yasal sorunlar, aile yaşantısı, iş, okul, arkadaş ilişkileri gibi (Hall, Amodeo, Shaffer ve Bilt, 2000) daha somut sorunlara ilişkin bilgi alınmalıdır. Bir bağımlı ile yapılan görüşmede iyi bir değerlendirme yapabilmek için bazı bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Değerlendirme Yaparken Bilgi Alınması Gereken Noktalar

Size başvurma nedeni	**Sosyal riskler** • Boş zaman • Yaşamdan beklenti ve amaçlar • Güçlü ve zayıf yanlar • Akademik başarı • Arkadaş ilişkileri • Kullanan arkadaşlarıyla olan ilişkisi
Görüşmelerden beklentisi (bırakmak mı, azaltmak mı, başka bir şey mi ?)	**İş yaşamındaki sorunlar** • Yapılan işler • Çalışma süresi • Maaşı • Meslek eğitimi ve tecrübesi • İş memnuniyeti • İş yerinde madde veya alkol kullanımı vb.

Detaylı kullanım öyküsü • **İlk kullanım yaşı** • **Kullanılan ilk madde (nasıl kullandı, kimle kullandı vb.)** • **Düzenli kullanıma başlama (hangi maddeler, ne kadar, ne sıklıkta, kullanım miktarı, kullanımı sürdürme nedeni, yalnız mı arkadaşlarıyla mı, nerelerde vb)** • **Son dönemdeki kullanım öyküsü (ne kadar, ne sıklıkta, miktar, yoksunluk belirtileri, yaşanan kayıp maddi kayıplar** • **Temiz kaldığı dönemler** • **Relapslar ve nedenleri vb.**	**Aile öyküsü** • Ebeveynler ve kardeşler hakkında bilgi • Ebeveyn ve kardeşlerin madde, alkol kullanımı ve psikolojik rahatsızlıklarına ilişkin bilgi • Ailenin yasal sorun geçmişi • Ailenin bağımlıya, bağımlılığa ve tedaviye tutumu • Bireyler arasındaki ilişki • Kullanımı öğrenme öyküsü • İlişkideki değişiklikler • Ebeveynlik becerilerinin tespiti • Ailenin tedaviye katılımı • Sosyal destek vb.
Tedavi girişimleri • **Zorla yaptırılanlar** • **Gönüllü girişimler** • **Ayaktan ve yatılı tedavi öyküsü (ne kadar süre devam etti, ne kadar süre yattı vb.)** • **Kullanılan ilaçlar vb.**	**Yasal sorunlar** • Denetimli Serbestlik • Adli kontrol • Yakalanma • Cezaevi öyküsü • Diğer adli süreçler vb.
Fiziksel hastalıklar	**Psikolojik rahatsızlıklar** (geçmiş tanılar, görülen tedaviler, mevcut tanılar vs.)

Kaynak: Lessa, N. R. ve Scanlon, W. F. (2006). *Wiley Concise Guides to Mental Health: Substance Use Disorders*; Douaihy, A. ve Daley, D. C. (2013). *Substance Use Disorders*; Bibap. (2017). *Bireysey Bağımlılık Tedavisi Programı*; Ögel, K., Koç, C. ve Aksoy, A. (2017). *Bireysel Bağımlılık Tedavi Programı*.

Bu değerlendirme sonrasında danışan ile tedavi sürecinin nasıl ilerletilebileceği ortaya çıkacaktır. Uzman, görüşmeden elde ettiği veriler ile kişinin risklerini ve ihtiyaçlarını belirleyebilir ve müdahalesini buna göre planlayabilir.

Risk ve İhtiyaçlarını Belirleme

Bağımlılık sürecinde kişinin tüm hayatını etkileyebilecek pek çok risk bulunmaktadır. Bu risklerin çözümüne ilişkin bazı ihtiyaçlar söz konusu olabilir. Uzman bunu belirlemeli ve bu yönde planlan-

mış müdahalelerde bulunabilmelidir. Bu müdahaleler tedaviye katılımı ve devamlılığı artırabilir ve daha etkili sonuçların alınmasını kolaylaştırabilir (Dodgen ve Shea, 2000). Travmatik deneyimleri, ruhsal sorunlar, bağımlılık hakkında zayıf bilgi, aile içi bağların zayıflığı, sosyal sorunlar, dürtüsellik madde kullanımı için ele alınabilecek riskler arasında yer almaktadır (Morgen, 2016; Bibap, 2017).

Risk ve ihtiyaç analizinden sonra tedavi modeline göre süreç devam ettirilir. Eğer klinik görüşmeleri bu konuda yeterli ve yetkin olan bir sosyal hizmet uzmanı değil, model gereği klinik psikolog yapıyor ise sosyal hizmet uzmanı sosyal açıdan bir değerlendirme yapar ve kalan kısımlar ile ilgili aldığı bilgileri psikoloğa aktarır. Her durumda tedavide risklerin ortadan kaldırılması ve ihtiyaçların karşılanması için kaynak oluşturmak oldukça önemli bir süreçtir.

Kaynak Oluşturmak

Bağımlılık tedavisinde bireyin ihtiyaçları çoğu zaman tedavi veren kurum/kuruluş veya merkez tarafından karşılanamayabilir. Bu sebeple toplumdaki kaynakları tespit etmek ve bireyin bunlara ulaşımını kolaylaştırmak oldukça kritik bir role sahiptir (Horejsi, Horejsi ve Sheafor, 2010). Ailesi ile arasını düzeltmiş, tedavi sürecinde iyi bir mesafe almış ve motivasyonu yüksek bir bağımlının ekonomik sorunlar yaşadığını varsayalım. Çocukları sebebiyle bu ekonomik sorunun çeşitli kuruluşlar tarafından çözüme ulaştırılması mümkündür. Bu anlamda yapılması gereken; kaynağın nerede olduğunu bilmek, kaynağın ihtiyaca uygunluğunu tespit etmek ve birey ile kaynak arasında bağlantı kurmaktır. Her kaynak oluşturma faaliyeti aslında bir savunuculuk faaliyetidir. Kişiyi ulaşılamamış kaynaklara ve bunların sağlayıcılarına ilişkin savunmak kaynak oluşturma sürecinin önemli bir parçasıdır (Miley, O'Melia ve DuBois, 2001). Tedavi sürecinde danışanın; merkeze ulaşımı için ulaşım desteğinin sağlanması, ekonomik desteğin sağlanması, gıda yardımlarının yapılması, tıbbi tedaviye ilişkin ödenek bulunması, meslek eğitimlerinin sağlanması, istihdam fırsatlarının geliştirilmesi kaynak oluşturmaya örnek verilebilecek faaliyetlerdir (Wells, Kristman-Valente, Peavy ve Jackson, 2013). Kaynak oluşturma ciddi gayret isteyen bir faaliyettir. Bu sebeple süreç iyi bir şekilde planlanmalı ve ihtiyaçlara ilişkin kaynakların tespiti yapılarak harekete geçilmelidir (Polat, 2014; Aktürk vd., 2020).

Vaka Yöneticiliği Yapmak

Sosyal hizmet uzmanının bir bağımlılık tedavisinde genellikle yaptığı şey bir vakayı tüm yönleriyle ele alıp yönetmektir. Sosyal hizmet uzmanı, bireyin risk ve ihtiyaçlarını analiz ettikten sonra gerekli müdahaleyi planlar, kaynakları oluşturur ve süreci bu şekilde iletir. Burada kişinin ihtiyaçlarına ilişkin yapılan müdahaleler vaka yöneticiliği kapsamında değerlendirilir (Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert ve Fridell, 2007). Örneğin, alkol/madde kullanımına ek olarak psikolojik problemler yaşayan bireyin psikiyatrik tedavisinin organize edilmesi, ilaçlarını alacak ekonomik durumu yoksa bu anlamda bazı kaynakları harekete geçirmesi, yatış gerekiyorsa gerekli adımları atması ve süreci tekrar bağımlılık tedavisine çevirmesi bir vaka yönetimi örneğidir. Kişiyi tüm ihtiyaçlarıyla ele almak, gerekli yönlendirmeleri yapmak ve bunların takiplerini sağlayarak hizmetlerin alınıp alınmadığını kontrol etmek vaka yöneticiliğine ilişkin bir diğer örnek olarak verilebilir.

Sonuç

Sosyal hizmet uzmanı, bağımlılık tedavisinde önemli bir ekip üyesidir. Sosyal hizmet uzmanının niteliklerine ve tedavi modelinin özelliklerine göre ekip içerisindeki görevleri değişiklik gösterebiliyor olsa da önemli olan ekip çalışmasını sürdürebilmek ve bireyi bir bütünlük içerisinde ele alabilmektir. Bu anlamda, tedavi sürecine dahil olacak sosyal hizmet uzmanı veya herhangi bir meslek elemanının bağımlılığı ve bağımlılık tedavisini *anlaması* ve buna yönelik olarak çalışmalarını sürdürmesi gerekmektedir. Tedavi sürecinin önemli bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanları; değerlendirme yapmak, risk ve ihtiyaçları belirlemek, kaynak oluşturmak ve vaka yöneticiliği yapmak gibi rol ve sorumluluklar üstlenmektedirler. Bunların her biri, çalışılan gruba ve uzmanın çalıştığı ekibe göre değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, sosyal hizmet uzmanı tedavi ekibinin bir parçası olarak görev yapıyorsa değerlendirme süreci diğer meslek elemanlarıyla birlikte yürütülmesi gereken bir yapıdan oluşmalıdır.

Bağımlılık ve tedavisi sürecinde sosyal hizmet uzmanları için temel gündem, bağımlı kişinin sosyal işlevselliğini pek çok yönden artırmaktır. Bu şekilde tedavinin diğer aşamalarını destekleyici ve besleyici müdahalelerde bulunulmaktadır. Dolayısıyla, bağımlılık

tedavisi sürecinde özellikle sosyal iyileşmenin sağlanmasında ve bunu desteklenmesinde sosyal hizmet uzmanlarına önemli görevler düşmektedir.

Kaynakça

Aktürk, İ., Bozdoğan, Ö. F., Çuhacı, G., Ögel, K., Şimşek G. M. ve Tokluoğlu, N. (2020). *Bağımlılıkta Sosyal Hizmet Uygulamaları*. İstanbul: Yeşilay Yayınları.

Anderson D. J., McGovern J. P. ve Dupont, R. L. (1999). The Origins of the Minnesota Model of Addiction Treatment: A First Person Account. *Journal of Addictive Diseases, 18*(1), 107-114.

Andersson, H. W., Wenaas, M. ve Nordfjaern, T. (2018). Relapse After Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study Among Users of Illicit Substances. *Addictive Behaviors, 90*, 222-228.

APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publication.

APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publication

Belding, M. A., Iguchi, M. Y., Lamb, R. J., Lakin, M. ve Terry, R. (1995). Stages and Processes of Change Among Polydrug Users in Methadone Maintenance Treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 45-53.

Bell, D. C., Williams, M. L., Nelson, R. ve Spence, R. T. (1994). An Experimental Test of Retention in Residential and Outpatient Programs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 331-340.

Benshoff, J. J., Harrawood, L. K. ve Koch, D. (2003). Substance Abuse and the Elderly: Unique Issues and Concerns. *Journal of Rehabilitation, 69*(2), 43-48.

Bibap. (2017). *Bireysey Bağımlılık Tedavisi Programı*. Erişim adresi: http://www.bibap.org/

Boztaş, M. H. ve Arısoy, Ö. (2010). Uçucu Madde Bağımlılığı ve Tıbbi Sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.

Burgard, S. A., Cochran, S. D. ve Mays, V. M. (2005). Alcohol and Tobacco Use Patterns Among Heterosexually and Homosexually Experienced California Women. *Drug & Alcohol Dependence*, 77, 61-70.

Cochran, S. D., Ackerman, D., Mays, V. M. ve Ross, M. W. (2004). Prevalence of Non-Medical Drug Use and Dependence Among Homosexually Active Men and Women in the US Population. *Addiction*, 99, 989-998.

Condelli, W. S. ve DeLeon, G. (1993). Fixed and Dynamic Predictors of Client Retention in Therapeutic Communities. *J Subst Abuse Treat*, 10, 11-16.

Çitfçi, A. (2019). Ergenlerde Madde Kullanım Bozuklukları. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren ve R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme* içinde. İstanbul: Yeşilay Yayınları.

DiClemente, C. C. ve Velasquez, M. M. (2002). Motivational Interviewing and the Stages of Change. *Motivational Interviewing: Preparing People For Change*, 2, 201-216.

DiClemente, C. C. (2006). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York: Guilford Press.

Dodgen, C. E. ve Shea, W. M. (2000). *Substance Use Disorders: Assessment and Treatment*. Cambridge: Academic Press.

Douaihy, A. ve Daley, D. C. (2013). *Substance Use Disorders*. Oxford: Oxford University Press.

Drabble, L., Midanik, L. T. ve Trocki, K. (2005). Reports of alcohol consumption and Alcohol-Related Problems Among Homosexual, Bisexual and Heterosexual Respondents: Results From the 2000 National Alcohol Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 111-120.

EMCDDA. (2010). *Annual Report 2010: The State of the Drugs Problem in Europe*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. Erişim adresi: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA_AR2010_EN_242720.pdf

EMCDDA. (2017). *Health and Social Responses to Drug Problems: A European Guide*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. Erişim adresi: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf

Fiorentine, R., Nakashima, J. ve Anglin, M. D. (1999). Client Engagement in Drug Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3), 199-206

Garavan, H. (2011). Impulsivity and Addiction. B. Adinoff ve E. A. Stein (Ed.), *Neuroimaging in Addiction* içinde (ss. 159-176). Hoboken: Wiley-Blackwell.

Green, K. E. ve Feinstein, B. A. (2012). Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 265.

Greenson, R. R. (2008). The Working Alliance and the Transference Neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, *77*(1), 77-102.

Gruskin, E. P., Hart, S. ve Ackerson, L. (2001). Patterns of Cigarette Smoking and Alcohol Use Among Lesbians and Bisexual Women Enrolled in a Large Health Maintenance Organization. *American Journal of Public Health*, *91*, 976-979.

Güleç, G., Köşger, F. ve Eşsizoğlu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.

Hall, M. N., Amodeo, M., Shaffer, H. J. ve Bilt, J. V. (2000). Social Workers Employed in Substance Abuse Treatment Agencies: A Training Needs Assessment. *Social Work*, *45*(2), 141-155.

Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., Broekaert, E. ve Fridell, M. (2007). Case Management for Persons with Substance Use Disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Erişim adresi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD006265.pub2

Horejsi, C. R., Horejsi, G. A. ve Sheafor, B. (2010). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Boston: Allyn and Bacon.

Humeniuk, R., Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V. ve Monteiro, M. (2010). Kısa Müdahale: Tehlikeli ve Zararlı Madde Kullanımı için Bağlantılı Kısa Müdahale, Birinci Basamak Tedavi için El Kitabı. (Ed. R. Bilici, B. Ünübol, E. Çinka, G. Akülker ve K. F. Yılmaz). Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü.

Jon, G., Potenza, M. N., Weinstein, A. ve Gorelick, A. D. (2010). Introduction to Behavioral Addictions, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*(5), 233-241.

Kaya, B. ve Özcan, M. E. (1999). Uçucu Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımı: Epidemiyoloji, Risk Grupları ve Önleme Programlarının Gerekliliği. *Klinik Psikiyatri*, *2*, 189-96.

Kaya, E. (2014). Madde Kullanım Bozuklukları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, *30*(2), 79-83.

Kizmaz, Z. ve Bilgin, R. (2010). Sokakta Çalışan/Yaşayan Çocuklar ve Suç: Diyarbakır Örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(32), 269-311.

Köksal, B., Karaca, S. ve Çıtak, S. (2020). Madde Bağımlılığında Dürtüsellik ve Saldırganlığın İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 23-33.

Kutlu, Y. (2011). Kadının Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2), 90-93.

Lander, L., Howsare, J. ve Byrne, M. (2013). The Impact of Substance use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Social Work İn Public Health*, *28*(3-4), 194-205.

Laurie, D. J., Bartke, I., Schoepfer, R., Naujoks, K. ve Seeburg, P. H. (1997). Regional, Developmental and Interspecies Expression of the Four NMDAR2 Subunits, Examined Using Monoclonal Antibodies. *Brain Res. Mol. Brain Res. 51*, 23-32.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a Brain Disease, and It Matters. *Science, 278*(5335), 45-47.

Lessa, N. R. ve Scanlon, W. F. (2006). *Wiley Concise Guides to Mental Health: Substance Use Disorders*. New York: John Wiley & Sons.

Marlatt, G. A. (1996). Harm Reduction: Come as You Are. *Addictive Behaviors, 21*, 779-788.

Martin, D. J., Garske, J. P. ve Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.

McCabe, S., Hughes, T., Bostwick, W., West, B. ve Boyd, C. (2009). Sexual Orientation, Substance Use Behaviors and Substance Dependence in the United States. *Addiction, 104*, 1333-1345.

McKeganey, N., Bloor, M., Robertson, M., Neale, J. ve MacDougall, J. (2006). Abstinence and Drug Abuse Treatment: Results from the Drug Outcome Research in Scotland Study. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 13*(6), 537-550.

McKeganey, N., Morris, Z., Neale, J. ve Robertson, M. (2004). What are Drug Users Looking for When They Contact Drug Services: Abstinence or Harm Reduction? *Drugs: Education, Prevention and Policy,11*(5), 423-435.

Miley, K. K., O'Melia, M. ve DuBois, B. (2001). *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*. Londra: Pearson.

Miller, N. S., Dackis, C. A. ve Gold, M. S. (1987). The Relationship of Addiction, Tolerance, and Dependence to Alcohol and Drugs: A Neurochemical Approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4(3-4), 197-207

Mitchell, A. ve Selmes, T. (2007). Why Don't Patients Attend Their Appointments? Maintaining Engagement with Psychiatric Services. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*(6), 423-434.

Morgen, K. (2016). *Substance Use Disorders and Addictions*. Thousand Oaks: Sage Publishing.

Najavits, L. M., Crits-Christoph, P. ve Dierberger, A. (2000). Clinicians Impact on the Quality of Substance Use Disorder Treatment. *Substance Use and Misuse, 35*(1214), 2161-2190.

Murray, T. (2005). *Retaining Clients in Drug Treatment: A Guide for Providers and Commissioners. National Treatment Agency for Substance Misuse.* London: National Treatment Agency.

Onken, S., Blaine, D. ve Boren, J. (1997). Treatment for Drug Addiction: It Won't Work If They Don't Receive It. *National Institute on Drug Abuse Reaserch Monograph, 165*, 1-3.

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

Ögel, K., Aksoy, A. ve Yücel, H. (2005a). *Sokakta Yaşayan ve Madde Kullanan Çocuklara Yaklaşım İlkeleri*. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Taner, P. D. S., Tosun, M. D., Gürol, D. T. ve Liman, P. O. (2005b). Yatarak Tedavi Gören Ergen Uçucu Madde Kullanıcılarında Madde Kullanım Özellikleri: Cinsiyet ve Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırma. *Journal of Dependence, 6*, 76-83.

Ögel, K., Koç, C. ve Aksoy, A. (2017). *Bireysel Bağımlılık Tedavi Programı (Bibap)*. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Aksoy, A., Basabak, A. ve Evren, C. (2012). *Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA)*. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Özdemir, P. G., Selvi, Y. ve Aydın, A. (2012). Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4*(3), 293-314.

Polat, G. (2014). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi, 30*(2), 143-148.

McKellar J, Kelly J, Harris A,. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. Addict Behav. 31(3):450–460.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull, 129*(5), 674-697.

Prochaska, J. O. ve DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*(3), 276-288.

Prochaska, J. O. ve Norcross, J. C. (2001). Stages of Change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 443-448.

Prochaska, J. O., Redding, C. A. ve Evers, K. E. (2015). The Transtheoretical Model and Stages of Change. K. Glanz, B. K. Rimer ve K. V. Viswanath (Ed.), *Health Behavior: Theory, Research, And Practice* içinde (ss. 125-148). San Francisco: Jossey-Bass.

Raheb, G., Khaleghi, E., Moghanibashi-Mansourieh, A., Farhoudian, A. ve Teymouri, R. (2016). Effectiveness of Social Work Intervention with a Systematic Approach to Improve General Health in Opioid Addicts in Addiction Treatment Centers. *Psychology Research and Behavior Management, 9*, 309-315.

Riley, D. ve O' Hare, P. (2000). Harm Reduction: History, Definition and Practice. Inciardi, J. A. ve Harrison, L. D. (Ed.), *Harm Reduction National and International Perspective* içinde (ss. 1-26). Thousand Oaks: Sage Publishing.

Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Grau-López, L., Barral, C., Pérez-Pazos, J., Voltes, N. ... Roncero, C. (2016). Impulsivity and Addiction Severity in Cocaine and Opioid Dependent Patients. *Addictive Behaviors, 58*, 104-109.

Rollnick, S. ve Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325-334.

Rong, C., Jiang, H. F., Zhang, R. W., Zhang, L. J., Zhang, J. C., Zhang, J. ve Feng, X. S. (2016). Factors Associated with Relapse among Heroin Addicts: Evidence from a Two-Year Community-Based Follow-Up Study in China. *International Journal of Environmental Research And Public Health, 13*(2), 177-188.

Roxburgh, A., Lea, T., Wit, J. ve Degenhardt, L. (2016). Sexual Identity and Prevalence of Alcohol and Other Drug use Among Australians in the General Population. *International Journal of Drug Policy*, 76-82.

Sinha, R. (2013). The Clinical Neurobiology of Drug Craving. *Current Opinion in Neurobiology, 23*(4), 649-654.

Smith, M. J. W., Whitaker, T. ve Weismiller, T. (2006). Social Workers in the Substance Abuse Treatment Field: A Snapshot of Service Activities. *Health & Social Work, 31*(2), 109-115.

Stark, M. J. (1992). Dropping Out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review, 12*(1), 93-116.

Straussner, S. L. A. (2001). The Role of Social Workers in the Treatment of Addictions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 1*(1), 3-9.

Sutton, S. (2001). Back to the Drawing Board? A Review of Applications of the Transtheoretical Model to Substance Use. *Addiction, 96*, 175-186.

Şimşek, G. M., Aktürk, İ., Dinç, M., Işık, S. ve Ögel, K. (2019a). Bir Bağımlılık Danışma Merkezinde Uygulanan Tedavi Programına Yönelik Etkililik Değerlendirmesi: YEDAM Örneği. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 6*, 795-817.

Şimşek, G. M., Dinç M. ve Ögel K. (2019b). Determinants of the Addiction Treatment Drop-Out Rates in an Addiction Counseling Centre: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29*(4), 446-454.

Tetrault, J. M. ve O'Connor, P. G. (2008). Substance Abuse and Withdrawal in the Critical Care Setting.*Critical Care Clinics, 24*(4), 767-788.

Tiffany, S. T. ve Wray, J. M. (2012). The Clinical Significance of Drug Craving. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1248*, 1-17.

Tuchman, E. (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases, 29*(2), 127-138.

Uğurlu, T. T., Şengül, C. B. ve Şengül, C. (2012). Bağımlılık Psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4*(1), 37-50.

Ünübol, B., Ünübol, H. ve Bilici, R. (2019). Kadın Bağımlılarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın Bağımlılık Özelliklerine ve Algılanan Sosyal Desteğe Olan Etkisinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20*(4), 377-384.

Volkow, N. D., Jones, E. B., Einstein, E. B. ve Wargo, E. M. (2019). Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. *JAMA Psychiatry, 76*(2), 208-216.

Wang, G., Shi, J., Chen, N., Xu, L., Li, J., Li, P., ... Lu, L. (2013). Effects of Length of Abstinence on Decision-Making and Craving in Methamphetamine Abusers. *Plos One, 8*(7), 1-7.

Wells, E. A., Kristman-Valente, A. N., Peavy, K. M. ve Jackson, T. R. (2013). Social Workers and Delivery of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Substance Use Disorders. *Social Work in Public Health, 28*(3-4), 279-301.

Wormer, K. V. (1999). Harm Induction vs Harm Reduction: Comparing American and British Approaches to Drug Use. *Journal of Offender Rehabilitation, 29*(1/2), 35-48.