



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



YATAKLI ARINDIRMA MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN KADIN BAĞIMLILARA YÖNELİK TUTUMU

Gamze SAÇAKLI

**DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN**

**ANKARA
2021**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YATAKLI ARINDIRMA MERKEZLERİNDE
GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN
KADIN BAĞIMLILARA YÖNELİK TUTUMU**

Gamze SAÇAKLI

**ADİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN**

**ANKARA
2021**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Yataklı Arındırma Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Kadın Bağımlılara Yönelik Tutumu” 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: Gamze SAÇAKLI

Tarih: 16.01.2021

İmza:

KABUL VE ONAY



İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix

1. GİRİŞ	
1.1 Kuramsal Çerçeve	4
1.1.1 Bağımlılığın Tarihçesi	4
1.1.2 Bağımlılık İle İlgili kavramlar	7
1.1.2.1 Madde Bağımlılığı	8
1.1.3 Bağımlılık Yapıcı Maddeler	8
1.1.3.1 Alkol	10
1.1.3.2 Opioidler	11
1.1.3.3 Esrar ve Türevleri	12
1.1.3.4 Sedatif-Hipnotikler	13
1.1.3.5 Kokain	13
1.1.3.6 Amfetaminler ve Metamfetaminler	14
1.1.3.7 Tütün	14
1.1.3.8 Halüsinojenler	15
1.1.3.9 İnhalanlar	15
1.1.4 Bağımlılık Süreci	16
1.1.4.1 Tolerans Gelişmesi	16
1.1.4.2 Yoksunluk	16
1.1.5 Epidemiyoloji	17
1.1.6 Bağımlılık Döngüsü	21
1.1.7 Bağımlılık ve Genetik	23

1.1.8	Bağımlılığın Nedenleri	25
1.1.9	Damgalanma (Stigmatizasyon)	26
1.1.10	Travma	30
1.1.11	Tedavi	31
1.1.12	Önleme	41
1.1.12.1	Birincil Önleme	42
1.1.12.2	İkincil Önleme	42
1.1.12.3	Üçüncül Önleme	42
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	
2.1	Araştırmanın Modeli	44
2.2	Evren ve Örneklem	45
2.3	Veri Toplama Araçları	45
2.4	Veri Toplama Yöntemi	46
2.5	Verilerin Analizi ve Yorumlanması	47
3.	BULGULAR	
3.1	Betimleyici İstatistikler	48
3.2	Hasta Tutum Puanlarına İlişkin Testler	66
3.3	Regresyon Analizi	98
4.	TARTIŞMA	104
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	111
	ÖZET	120
	SUMMARY	121
	KAYNAKLAR	122
	EKLER	
Ek-1.	Aydınlatılmış Onam	129
Ek-2.	Soru Formu	130
Ek-3.	Etik Raporu	132
Ek-4.	Kurum Onay Yazısı	133
	ÖZGEÇMİŞ	134

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, bağımlılık tedavisinde yer alan personelin kadın bağımlılarına olan tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma ile sağlık çalışanının bağımlı kadına tutumuna yönelik az sayıda çalışma bulunmakla birlikte toplumun bir parçası olan sağlık çalışanlarının da tedavi sunumu sırasında kadına yönelik genel toplum algısı gibi davrandığı öngörüldüğünde kadına özgü tedavi modelinin oluşturulması, hizmet sunumunda kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin öncelenmesi tedavideki başarı oranını artıracakı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada yataklı arındırma merkezlerinde çalışan sağlık personelinin kadın madde bağımlılarına yönelik tutumlarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Araştırma sürecinde; Emegini ve değerli zamanını benden esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN'a araştırma sürecindeki destekleri için kamu, üniversite ve özel hastaneler bünyesinde yer alan yataklı arındırma merkezi çalışanlarına,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca katkıları için T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dr. Muhammed Ertuğrul EĞİN'e, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Semra ULUSOY KAYMAK'a

Çalışmama önemli katkıları bulunan saygı değer arkadaşlarım Dr. Mustafa Kemal ÇETİN ve Uzm. Sosyal Çalışmacı Aybüke KAPLAN'a, çalışmanın istatistiksel analizlerinde yardımlarını eksik etmeyen Sağlık Uzmanı Aslı YILDIZ'a ve canım aileme,

Çok teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ASAM: Association for Solidarity with Asylum Seekers and Migrants (Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği)

ASI: Bağımlılık Şiddet İndeksi

EMCDDA: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

KESİ (CAGE): Tarama Testi

MDMA: 3,4-metilendioksimetamfetamin

NIDA: National Institute on Drug Abuse (Ulusal Madde Bağımlılığı Enstitüsü)

RSSHH: Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)

WHO: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER

Şekil 1.1: Dopamin ve Seretonin Yolları	10
Şekil 1.2: Standart İçki Miktarı	11
Şekil 1.3: Cinsiyet Dağılımı	20
Şekil 1.4: Bağımlılık Döngüsü	22
Şekil 3.1.1. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre dağılımları	49
Şekil 3.1.2. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	50
Şekil 3.1.3. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı	51
Şekil 3.1.4. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre dağılımı	52
Şekil 3.1.5. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre cinsiyet dağılımı	53
Şekil 3.1.6. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının görev yaptıkları kurum türüne göre dağılımı	55
Şekil 3.1.7. Sağlık çalışanının cinsiyetine göre olumlu tutum ortalama puanları	61
Şekil 3.1.8. Sağlık çalışanının cinsiyetine göre olumsuz tutum ortalama puanları	62
Şekil 3.1.9. Sağlık çalışanının mesleklerine göre olumlu tutum ortalama puanları	63
Şekil 3.1.10. Sağlık çalışanının mesleklerine göre olumsuz tutum ortalama puanları	64
Şekil 3.1.11. Sağlık çalışanının psikiyatride çalışma yılına göre olumlu tutum ortalama puanları	65
Şekil 3.1.12. Sağlık çalışanının psikiyatride çalışma yılına göre olumsuz tutum ortalama puanları	66

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1: Yataklı arındırma merkezleri ve bu merkezlerde görev yapan sağlık çalışanı sayısı	45
Çizelge 3.1.1. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşlarına ilişkin istatistikler	49
Çizelge 3.1.2. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyetlerine göre yaş istatistikleri	50
Çizelge 3.1.3. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine ve cinsiyete göre dağılımları	53
Çizelge 3.1.4. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine ve psikiyatri alanında çalışma süresine göre dağılımları	56
Çizelge 3.1.5. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının erkek ve kadın hasta için tutum ölçek sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	57
Çizelge 3.1.6. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının erkek ve kadın hasta için tutum ölçek sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	59
Çizelge 3.1.7. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının erkek ve kadın hasta için ortalama tutum puanları ve standart sapmaları	60
Çizelge 3.2.1. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	67
Çizelge 3.2.2. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	68
Çizelge 3.2.3. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	69
Çizelge 3.2.4. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre erkek hasta ortalama tutum puanı Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar	70
Çizelge 3.2.5. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	71
Çizelge 3.2.6. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre erkek hasta tutum puan ortalamalarının varyans homojenliği ve puan ortalamaları arasındaki fark testleri	72
Çizelge 3.2.7. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	73
Çizelge 3.2.8. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	73
Çizelge 3.2.9. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	74
Çizelge 3.2.10. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	75

Çizelge 3.2.11. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	75
Çizelge 3.2.12. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	76
Çizelge 3.2.13. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	77
Çizelge 3.2.14. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	78
Çizelge 3.2.15. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	78
Çizelge 3.2.16. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	79
Çizelge 3.2.17. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre kadın hasta tutum puanı Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar	80
Çizelge 3.2.18. Cinsiyete göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	81
Çizelge 3.2.19. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre kadın hasta puan ortalamalarının varyans homojenliği ve puan ortalamaları arasındaki fark testleri	82
Çizelge 3.2.20. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	82
Çizelge 3.2.21. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	83
Çizelge 3.2.22. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	84
Çizelge 3.2.23. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	85
Çizelge 3.2.24. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	86
Çizelge 3.2.25. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	86
Çizelge 3.2.26. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanları Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar	87
Çizelge 3.2.27. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	88
Çizelge 3.2.28. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	89
Çizelge 3.2.29. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	89
Çizelge 3.2.30. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	90

Çizelge 3.2.31. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanları Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar	91
Çizelge 3.2.32. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	92
Çizelge 3.2.33. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre toplam hasta ortalama puan varyans homojenliği ve puan ortalamaları arasındaki fark testler	93
Çizelge 3.2.34. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	94
Çizelge 3.2.35. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi	94
Çizelge 3.2.36. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi	95
Çizelge 3.2.37. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	96
Çizelge 3.2.38. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre Toplam Hasta tutum puanlarının karşılaştırılması	97
Çizelge 3.2.39. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı	98
Çizelge 3.3.1. Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının erkek, kadın ve Toplam Hasta Tutum Puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları	100
Çizelge 3.3.2. Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının erkek bağımlı hasta tutum puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları	101
Çizelge 3.3.3 Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının kadın bağımlı hasta tutum puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları	102
Çizelge 3.3.4. Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının Toplam Hasta Tutum Puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları	103

1.GİRİŞ

Madde kullanımı ve bağımlılığı sorunu ülkemizde ve dünyada yenilerde yaşanan bir sorun değildir hatta bu sorunun insanlık tarihi kadar eski olduğunu söylemek abartı olmaz. Birey, herhangi bir sebeple ruh sağlığını, tutum ve davranışını etkilemek ve değiştirmek üzere bazen bilinçli bazen de tam tersi bilinçsizce madde kullanmaya yönelmiştir (Doğan, 2001).

Madde kullanmaya başlayan kişide bazı değişiklikler gözlenebilir. Bunlar; arkadaşlarında ve iş/sosyal çevrelerindeki değişiklikler, bazen neşeli, sakın bazen de öfkeli ve saldırgan davranışlar, ailesi ile ilişkilerinde değişiklikler, sık banyoya gitme, fazla para harcama, akademik başarısında düşme gibi belirtiler sayılabilir (Ögel, 2010).

Kadınların madde kullanımı başlamaları, madde kullanımını sürdürmeleri ve tedaviye başvurmaları farklılık gösterdikleri iyi bilinmektedir. Örneğin kadınların partnerlerinin madde kullanması durumunda ilk kez uyuşturucu denemeleri daha olasıdır. Ancak bunun aksine, erkekler daha çok akran çevresinde madde kullanımının varlığında uyuşturucuyu denedikleri bilinmektedir. Kadınlar genellikle erkeklere göre daha erken daha sık madde kullanmaya başlarlar. Madde kullanımını sürdürmek için farklı nedenler belirtirler. Erkeklere göre daha erken tedaviye başvurular. Kadınlar da ayrıca komorbid psikiyatrik bozuklukların (örn. depresyon ve anksiyete) prevalansı erkeklerden daha yüksek olma eğilimindedir (Covington, 2008).

“Teleskop” olgusu, cinsiyet ve madde bağımlılığı araştırmalarında sürekli olarak ele alınmıştır. Teleskop, madde kullanımının ilk deneyiminden bağımlılığın başlangıcına ve tedaviye ilk girişe kadar kadınlarda hızlandırılmış bir ilerlemeyi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Özellikle kadınlar, opioid, esrar ve alkol tedavisine başvurmada erkeklerden daha fazladır. Bu nedenle, kadınlar madde kullanım bozukluğu için tedaviye başvurduklarında, daha kısa bir süre için maddeyi kullanmış olmalarına rağmen, daha şiddetli klinik tablo sergilerler (Ross, 2010).

2017 yılında yapılan bir araştırmada, ilk madde kullanımı yaşı kadınlar erkeklerden yaklaşık 7 yıl sonra madde kullanmaya başladığı, ve bir yıldan kısa bir süre sonra düzenli kullanıma geçtiği, erkeklerin ise kadınlara göre daha erken yaşta madde kullanmaya başladığı ancak düzenli kullanıma kadınlara göre daha geç geçtiği saptanmıştır (Grander ve ark., 2017).

Madde kullanım bozukluklarının nörobiyolojik korelasyonlarındaki cinsiyet farklılıkları ile ilişkili bir araştırma alanında, stres ve ödül sistemlerine nöroendokrin adaptasyonlarındaki cinsiyet farklılıkları, kadınların madde bağımlılığına ve relapsa daha yatkın olduğunu göstermiştir (Ross, 2010).

Anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu olan kadınlar arasında en sık rastlanan psikiyatrik durumlardandır. Epidemiyolojik çalışmalar, madde kullanım bozukluğu olan kişilerde duygudurum ve anksiyete bozukluklarının yaşam boyu oranlarının erkeklere göre kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin madde kullanım bozukluğu olan bireylerde majör depresyon oranları kadınlarda %30,1 ile % 48,5, erkeklerde %9,0 ile %30,1 arasında değişmektedir (Ross, 2010).

Son alışmalar da, tedaviye katılan erkek bağımlılara göre kadınlar arasında yaşam boyu kötü muamele ve cinsel istismar geçmişinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu durum, bağımlı kadınların tedavisinde psikopatolojik komorbiditenin daha fazla olduğu, yani mevcut klinik tablonun daha karmaşık olduğu anlamına gelmektedir. Buna karşılık, erkek bağımlılar madde tüketiminden kaynaklanan daha fazla yasal sorunla karşılaşmakta ve kadın bağımlılara göre daha yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu yaşama eğilimindedirler (Fernandez ve ark.,2016).

Yeme bozuklukları madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda erkeklere göre 2 ila 3 kat daha sık görülür (Ross, 2010).

Madde kullanım bozukluğu olan bireyler arasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) sıklığı madde kullanım bozukluğu olmayanlara göre 1.4 ila 5 kat daha yüksektir. Araştırmalarda, tedaviye başvuran kadınlarda fiziksel ya da cinsel istismar oranlarının %99 gibi yüksek bir oranda olduğu bildirilmiştir (Ross, 2010).

Kadınlar ve erkekler arasında bir diğer farklılık tedaviye sevk yollarında bulunmaktadır. Adli yollardan tedaviye yönlendirilen kadınların oranı erkeklere göre daha düşüktür (%40 erkek %28 kadın). Ancak aile ve toplum kurumu, ruh sağlığı ve diğer sağlık sunucuları gibi diğer kurumlara yönlendirmede ise kadınlar erkeklerin yaklaşık iki katıdır (%15 kadın %6 erkek). Kadın sağlığı ve doğum kliniği üzerinde yapılan bir çalışmada, gebe kadınların %13'ünün kesintinin üzerinde puan aldığı ve riskli alkol kullanımı sorunu belirtmiştir (Ross, 2010).

Gelecek nesillerin yetişmesini sağlayacak olan kadınların madde kullanımı ile ilgili verilerinin bilinmesi, kadının madde kullanımı ile ilgili yapılacak çalışmaları planlamak, kullandıkları madde nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunları önlemek ve

kadına özgü yaklaşımı belirlemek açısından önemlidir. Literatür taraması yapıldığında cinsiyete özgü araştırmaların azlığı dikkat çekmektedir. Ancak elde olan kısıtlı veriler doğrultusunda, madde kullanım sorunun erkeklerde daha sık görülmesine rağmen bu farkın giderek kapanacağı ve kadınların da madde kullanımı açısından yüksek risk taşıdığı söylenebilir (Kutlu, 2011).

Madde kullanımında kadınların erkeklere göre daha fazla damgalandığı bilinmektedir. Çünkü kadın, toplumda ahlaki değerleri koruyan, geleneksel aile yapısını temsil eden ve en önemlisi de gelecek nesilleri yetiştirendir. Ayrıca toplumdaki genel kanı kadının masum olma algısı nedeniyle daha fazla damgalanmasına sebep olmaktadır. Kadının stigmatı içselleştirmesi suçluluk, utanç, korku, ümitsizlik hissetmesine neden olmaktadır. Sağlık çalışanının bağımlı kadına tutumuna yönelik az sayıda çalışma bulunmakla birlikte toplumun bir parçası olan sağlık çalışanlarının da tedavi sunumu sırasında kadına yönelik genel toplum algısı gibi davrandığı öngörüldüğünde kadına özgü tedavi modelinin oluşturulması, hizmet sunumunda kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin öncelenmesi tedavideki başarı oranını artıracakı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada yataklı arındırma merkezlerinde çalışan sağlık personelinin kadın madde bağımlılarına yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.1.Kuramsal Çerçeve

1.1.1 Bağımlılığın Tarihçesi

Dünyada yaygın olarak kullanılan, psikoaktif madde olan esrarın kullanımı 5000 yıl kadar önceye dayanır. Hem tıbbi amaçlı ve hem de birçok sanayi alanında ham madde olarak da kullanılmaktadır. Esrarın ilk kullanımı Asya'da başlamış ve sonrasında Hindistan'a kadar yayılmıştır. Esrarın ilk medikal kullanımı ise Çin'de gerçekleşmiştir (Sarıkaya, 2018).

Oldukça güçlü uyarıcı maddelerden olan kokain, binlerce yıldır koka bitkisinin sık görüldüğü Peru, Bolivya, Kolombiya gibi yerlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. 1880'lerde tedavi amaçlı kullanılmaya başlanılan kokain Sigmund Freud tarafından depresyon, astım gibi durumlarda tedavi amaçlı olarak önerilmiştir (Çengel, 2018).

Merkezi sinir sistemi üzerine uyarıcı etkisi olan amfetamin ve metamfetamin 1800'lü yılların sonlarına doğru sentezlenmiştir. 1930'larda reçetesiz kullanılabilen ilaç formları üretilmiş yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. II. Dünya savaşı sırasında askerlerin uzun süre uyanık kalmalarını sağlamak amacıyla kullanılmıştır (Bozkurt ve ark.,2018).

Kimyasal olarak amfetaminlerle bağlantılı ancak çok farklı etkilere sahip 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA) ya da bilinen adıyla ecstasy ilk olarak 1912'de sentezlenmiştir (Alınak, 2018).

Opioid ve türevleri, Papaver Somniferum adıyla bilinen gelincikgiller ailesinden olan psikoaktif etkileri ve bağımlılık yapıcı özellikleri olan maddeler olarak bilinir. Milattan önce (MÖ) 6. yüzyılda Batı Akdeniz bölgesinde ilk afyon

üretimi yapılmıştır. Opiyum hakkında en eski bilgiler ise Sümerlere ait olduğu bilinen tabletlerde yer almaktadır. Hipokrat da MÖ 5. yüzyılda ağrı tedavisi için afyon şarabı kullanmış ancak risklerinden de söz etmiştir (Evren ve ark.,2017).

Alkol kullanım bozukluklarının insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinmektedir. Alkol kelimesi Arapça cevher, esans, öz anlamına gelen alkühl sözcüğünden gelmektedir. Önceleri sarhoş olmayacak derecede alkol kullanımı ilkel çağlarda dinsel törenlerde yer almıştır. Eski yunan içki tanrısı Dionysos adına düzenlenen şenliklerde şarap içildiği bilinmektedir. MÖ 2000 yıllarında Hammurabi Yasalarında alkol alımı ve satımı için kurallar yazılmıştır. Mezopotomya ve diğer Akdeniz ülkelerinde yaşamış olan ulusların alkollü içkileri çok önceden beri kullandıkları bilinmektedir. Hristiyanlıkta şarap İsa'nın kanını temsil eden kutsal bir içkidir. İslamiyet'te ise zararlı olduğu için yasaklanmıştır. Hipokrat'tan başlayarak pek çok hekim ve uzman alkollü içeceklerin insan sağlığına pek çok zararı olduğunu söylemişlerdir. Fakat alkolün zararlı kullanımı sonucu oluşan bağımlılığın bir hastalık olarak değerlendirilmesi ise son yüzyıla denk gelmektedir. “Alkolizm” terimi ilk kez 1849 yılında İsviçreli bir bilim adamı tarafından kullanılmış ve halen kullanılmaya devam edilmektedir. Ayrıca alkolizm 1900'lü yılların başlarında bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Arıkan, 2012).

Tütünün tarihçesinin ise 4000 yıl kadar öncesine dayandığı bilinmektedir. Tütün bitkisinin ilk olarak M.Ö.6000 yılında Amerika kıtasında yetiştirildiği ve 4.500 yıl sonra bu kıtada yaşamış olan Mayalar'ın, tütün kullandığı tarih kitaplarında yer almaktadır (Bulunmaz, 2018).

1.1.2 Bağımlılık İle İlgili Kavramlar

“...Bağımlısı’ kelimesi, bir kişinin borç ödeme yerine alacaklısına bağlı olduğu Roma Yasasından gelir. Gerçekten de bu bireyin antik çağda bir köle olmasının bir yoluydu. Drugs ‘uyuşturucuya bağımlı köle’ kavramının daha güncel olması, uyuşturucu bağımlılığının sorunlarını ele almak için önemli bir bakış açısı sağlar (Ross, 2010).

Madde kavramı, XIV. Yüzyıl Fransızcasında “kuru madde” anlamında kullanılan “drogue” kelimesinden gelir. O dönemde birçok ilaç kuru otlardan hazırlandığı için bu ismin verildiği düşünülmektedir. Madde bağımlılığı önceleri “irade sorunu” ya da “ahlaki bozukluk” olarak adlandırılırken, günümüzde artık diğer hastalıklar gibi tedavi edilebilen karmaşık bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (Işık, 2013).

Uyuşturucu madde bağımlılığı kavramı damgalama, yasa dışı olma ve zarar görme/zarar verme gibi pek çok olumsuz yargıyı da beraberinde getirir. Bağımlılık kavramı ile tıbbi amaçla kullanılan maddenin amacı dışında kullanıldığını ya da maddenin aşırı kullanımını anlatmak için kullanılır. Böylelikle, bu kavramla toplumun madde kullanan kişilere olan yargıları da ifade edilebilir. Önceden madde bağımlılığı ve madde alışkanlığı farklı kavramlar olarak ifade edilirdi. Madde bağımlılığı, maddeye karşı duyulan yoğun istek, kullanılan miktarın giderek artması ve kullanılan maddenin oluşturduğu tüm zararlar nedeniyle madde alışkanlığından daha ağır olarak değerlendirilirdi (Ögel, 2010).

1.1.2.1 Madde Bağımlılığı

Keyif verici bir maddenin belirgin bir etkiyi elde etmek için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde alınımının devam etmesi, maddeyi alma isteğinin durdurulamaması ve madde alınamadığı zaman yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması durumudur. Yani bağımlılık geliştiğinde o madde kişinin ruhsal ve bedensel bir ihtiyaç haline gelir (Arıkan, 2012).

Bireyin kötü bir davranışı zararlı sonuçlarını bilmesine rağmen o davranışı sürdürmekten alıkoymama hali olarak da tanımlanabilir (Arıkan, 2012). Association for Solidarity with Asylum Seekers and Migrants (ASAM) tarafından önerilen tanıma göre; bağımlılık sadece davranışsal değil aynı zamanda kronik bir beyin hastalığıdır (Ögel, 2014).

World Health Organisation (WHO) tarafından yapılan tanımda ise; madde bağımlılığı, alkol ve yasadışı ilaçlar dahil olmak üzere psikoaktif maddelerin zararlı veya tehlikeli kullanımlarının tekrarlanması sonucu gelişen ve tipik olarak ilacı almak için güçlü bir istek içeren, zararlı sonuçlara rağmen kullanılmasına devam eden, kullanımının kontrol edilmesindeki zorlukları içeren davranışsal, bilişsel ve fizyolojik olay kümesi olarak tanımlanmıştır (https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/).

1.1.3 Bağımlılık Yapan Maddeler

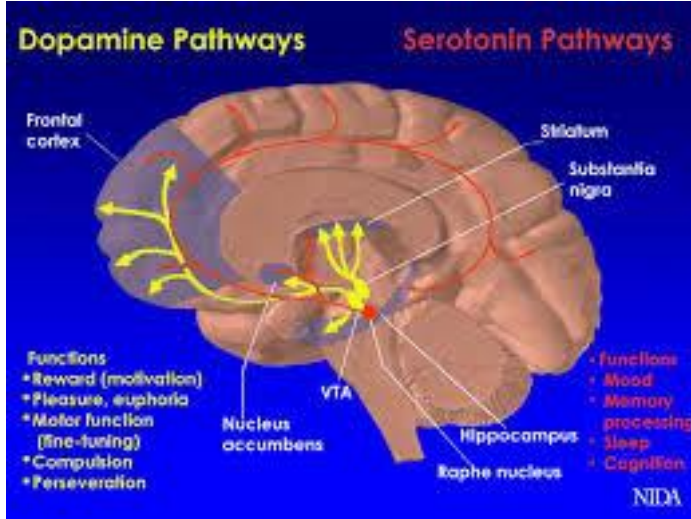
Bağımlılık yapıcı maddeler şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Alkol

- Opiyatlar
- Kannabinoidler (Esrar ve Türevleri)
- Sedatif-hipnotikler (Benzodiazepinler)
- Kokain
- Amfetaminler (Uyarıcılar)
- Tütün
- Halüsinojenler
- İnhalanlar (Uçucular)

Yukarıda da görüldüğü üzere pek çok madde uyuşturucu kapsamında yer almaktadır. Aslında alkol ve tütün uyuşturucu kavramının içine alınmasa de yüksek bağımlılık yapma özelliği nedeniyle tüm dünya da uyuşturucu kapsamına alınmasına karar verilmiştir (Ögel, 2010).

Yukarıda sayılan maddelerin bir bölümü doğal bir bölümü de sentetiktir. Örneğin morfin, kokain, esrar doğada bulunan maddelerdir. Ancak bazı işlemlerden geçirilerek yeni bir madde edilmektedir. Buna örnek olarak eroïn verilebilir. Bazı maddeler de vardır ki onlar tamamen laboratuvar ortamında çeşitli kimyasallarla oluşturulur. Buna örnek olarak da extacy verilebilir. Bağımlılık yapıcı maddelerin hepsi yasal olmayan maddeler değildir. Bunların bir kısmı ise hekim tarafından reçete edilebilen veya bir kısmı yasal olarak eczanelerden alabildiğimiz ilaçlardır (Ögel, 2010).



Şekil 1.1: Dopamin ve Serotonin Yolları
(<https://sites.google.com/neurotransmittersdopamine>)

Şekil 1.1’de de görüldüğü üzere, bağımlılık potansiyeli olan ilaçlar ve kimyasallar farklı mekanizmalarla, farklı reseptör sistemleriyle etkileşime geçmelerine rağmen etkilerini mezolimbik dopaminerjik ödül yolağını aktive ederek ve nucleus accumbens’deki dopamin miktarını artırarak ortak bir şekilde göstermektedir (Çınar ve Çınar, 2012).

1.1.3.1 Alkol

Alkoller kimyasal olarak alifatik hidroksil grupları içeren bileşiklerdir. Yaygın olarak kötüye kullanılan psikostimülan, alkol yapımında kullanılan etil alkoldür (Uzbay, 2009). Bir bardak şarap 10-12 gr, sert içki 28 gr etanol içerir. Bir bardak içki kan alkol düzeyini 15-20 mg/dl artırır. Alkol kullanımının miktarını belirtmek için standart içki tanımını kullanıyoruz. Çeşitli içki türleri için standart içki miktarları aşağıda gösterilmiştir. Aşağıdaki resimde görüldüğü gibi, bir küçük kutu biranın içerdiği alkol miktarı, bir tek rakı, cin ya da viskiye ve bir kadeh şaraba eşittir. Bunların tümü “bir standart içki” olarak adlandırılmaktadır. Bir standart içkide 8-13 gram (ortalama 10 gram) alkol vardır (www.alkol.info.tr).



Şekil 1.2: Standart İçki Miktarı (www.alkol.info.tr)

En önemli metabolik etkiler alkol yıkımı sırasında oluşan asetaldehit ve hidrojen ile oluşur. Hidrojen karaciğerde yağ metabolizmasını bozar ve lipid birikmesine, lipoprotein yapılmasına, glikoneo-genezisi etkileyerek kan şekerinin düşmesine, kan laktat düzeyinin artmasına, ürik asid atılımının azalmasına neden olur. Beyinde korteks hücreleri üzerine inhibitör etki yapan alkol, üst merkezlerin denetimi zayıflar (Arıkan, 2012). İnce barsaktan emilen alkolün %98'i karaciğer tarafından işlenir (Ögel, 2010).

1.1.3.2 Opioidler

Morfin, heroin (diasetilmorfin) ve diğer opioid ilaçların kötüye kullanımı çabuk gelişen bir bağımlılığa neden olur (Uzbay, 2009). Opioid kullanım bozukluğu gelişmesinde ilk basamak ödül öğrenme sürecidir. Madde ile ilk karşılaşmada santral sinir sisteminde ortaya çıkan hiper-dopaminerjik etki öğrenilir. Sonraki aşamalarda ödül yanıtı tekrarlanır ve madde kullanımı artar. Artan miktarda madde kullanımı sonucunda prefrontal kortekste ortaya çıkan hipo-dopaminerjik durum kontrol ve ödül erteleme sistemini devre dışı bırakır (Evren ve ark., 2017).

Opioid ve türevlerine karşı tolerans çok hızlı gelişir. İlk başlarda görülen keyif verici etki giderek kaybolur ve kişi zevk almadan madde kullanır. Alındıktan kısa bir süre sonra etki göstermeye başlayan opioidlerin etkisi 4-6 saattir. Bu nedenle günde en az 3 kez kullanımı gerekebilir. Kullanılmaması durumunda yoksunluk belirtileri ağır seyreder (Ögel, 2010). Eşitli opioid ilaçların bağımlılık yapma potansiyelleri farklı dereceldedir. Güçlü öfori yapıcı etkisi olan heroin en yüksek bağımlılık yapma potansiyeli gösteren maddedir ve ilaç olarak kullanılması pek çok ülkede yasaklanmıştır. Buna karşılık, bazı opioidler, örneğin öksürük ilacı olarak kullanılan kodein (metilmorfin) ile benzomorfan türevi sentetik opioidler bağımlılık potansiyeli nispeten düşük olan ilaçlardır (Uzbay, 2009).

1.1.3.3 Esrar ve Türevleri

Tarih boyunca yetiştirildiği ve kullanıldığı bilinen esrar, en yaygın kullanılan ve kullanımı giderek artan bir maddedir (Ögel, 2010). Esrar ve türevleri THC (delta-9 tetrahydrocannabinol) ve CBD (kannabidiol) maddeler nedeniyle psikoaktif etkiler gösterir ve bu maddelerin konsantrasyonlarına göre de farklı dozlarda farklı etkiler göstermektedir. Psikoaktif etkiden asıl sorumlu olan madde THC'dir. THC yağda çözünen, hızlı bir şekilde beyin ve diğer organlara geçen bir maddedir. Etkisini santral sinir sistemi ve diğer dokularda hücre membranda bulunan kannabinoid reseptörlerine bağlanarak endojenkannabinoidler yoluyla göstermektedir (Sarıkaya, 2018).

Esrar içildiğinde 1-2 dakika içerisinde etkisini göstermektedir. Yarım saat içerisinde etkisi en yüksek düzeye gelmekte ve 2-4 saat içerisinde de sonlanmaktadır (Ögel, 2010). Esrar alındıktan kısa bir süre sonra kalp hızında artış, kan basıncında düşme ve kaslarda gevşemeye yol açar. Gözlerde kızarıklık, ağız kuruluğu ve iştah artışı da görülür. Uzun süreli kullanımda dikkat ve konsantrasyonda bozulma, iletişimde zorlanma, içgöründe azalma görülür. Bu bulguların şiddeti ve sıklığı kullanım miktarına ve kişilerin özelliklerine göre değişebilir (Sarıkaya, 2018).

Son 10 yılda kullanımı yaygın hale gelen sentetik kannabinoidler kontrollü laboratuvar ortamında üretilen yeni bir psikoaktif maddedir. Ortaya çıktığı il zamanlarda esrara alternatif olarak gösterilmekteydi. Ancak esrardan çok daha tehlikeli, daha fazla yan etkisi, intoksikasyon ve yoksunluk bulguna sahip bir maddedir. Sentetik kannabinoidler de endokannabinoid sistemin reseptörleri CB1 ve CB2 reseptörleri üzerinde etkinlik gösterir (Bozkurt ve Evren, 2018).

1.1.3.4 Sedatif-Hipnotikler

Barbitüratlar ve diğer hipnosedatif ilaçların (örneğin benzodiazepinler, meprobamat ve kloral gibi) kullanılması sonucu meydana gelir. Barbitüratlardan bağımlılık yapma potansiyeli yüksek olanlar kısa ve orta etki süreli olanlardır (pentobarbital ve sekobarbital gibi); uzun etki süreli olanların (fenobarbital gibi) bağımlılık yapma potansiyeli düşüktür. Benzodiazepinlerin de kısa etkili olanları, uzun etkili olanlarına göre genellikle daha yüksek bağımlılık yapma potansiyeline sahiptirler. Bütün bu ilaçların öfori yapıcı ve sedatif etkilerine karşı tolerans oluştuğu halde, diğer santral etkilerine karşı oluşmaz; bu nedenle, alkol bağımlılığında olduğu gibi, kişide bilinç, bulanıklığı, motor in- koordinasyon, usa vurma bozukluğu ve diğer mental bozukluklar mevcuttur (Uzbay, 2009).

1.1.3.5 Kokain

Dünyada esrardan sonra ticareti en çok yapılan psikoaktif madde olan kokain, çok hızlı ve güçlü bağımlılık geliştirir. Etkileri kısa sürede ortaya çıkar ve kaybolur. Temel etkisi dopamin adı verilen maddenin geri alımını engellemesidir. Böylece hem D1 hem de D2 reseptörleri aktive olur. Dopamin geri alımını engellemesi yanında serotonin gibi diğer nörotransmitterlerin de alımını engeller (Ögel, 2010).

Kokainin etkileri kullanım şekline, kullanım süresine ve dozuna, bireysel etkenlere bağlı olarak çeşitlilik gösterir. Kişi kendisini öforik hisseder, inhibisyonların kalkmasıyla kendine güvende artış söz konusu olur, daha konuşkan, daha enerjiktir (Çengel, 2018).

1.1.3.6 Amfetamin ve Metamfetamin

Amfetaminler aslında hala günümüzde tıbbi amaçlı kullanılan uyarıcı ve zihin açıcı olarak bilinen ilaçlardır. Presinapstan dopamin salınımına neden olarak etki gösterir. Bu grup maddeler içerisinde en bilineni ektasydir. Ektasy ve diğer türevleri dopamin ve serotonin beyinde salınımına sebep olur (Ögel, 2010). Yorgunluk ve iştahta azalma, ağrı eşiğinde yükselme, öfori, atiklik, uyanıklık, artan güven ve hiperaktivite sık görülen klinik belirtilerdir (Bozkurt ve Eslek, 2018).

1.1.3.7 Tütün

Tarihçesi 4000 yıl öncesine dayanan tütün kolaylıkla temin edilmesi ve yasal bir kullanımı olması nedeniyle en sık görülen madde bağımlılığı çeşididir. Tütün ürünleri arasında en sık kullanımı olan, ince kıyılmış tütünün kâğıda sarılması ile hazırlanan sigaradır. Sigara bağımlılığında en önemli psikoaktif ve bağımlılık yapıcı madde nikotindir. Nikotinin az bir kez deneme ile bağımlılık yapma potansiyeli %32 dir (Bulunmaz, 2018).

Nikotin, kısa bir sürede beyine ulaşarak uyarıcı ve yatıştırıcı etki eder. Nikotin beyindeki nikotine özgül nikotinik asetilkolin reseptörlerine etki ederek nikotinin anlık ödüllendirici etkisinden sorumlu olduğu düşünülen dopamin salınımını uyarmaktadır. Artan dopamin salınımının kişide öforik bir etki oluşturarak, nikotinin

keyif verici, konsantrasyonu arttırıcı ve gevşetici etkisinin, sigara kullanımı için pozitif pekiştireç oluşturduğundan bahsedilmektedir (Bulunmaz, 2018).

1.1.3.8 Halusinojenler

Hayal gördüren psikoaktif maddeler için kullanılan bir terimdir. Halusinojenik etki temel de serotonin reseptörleri üzerinden ortaya çıkar. Psikedelik maddelerin temel etki düzeneği presinaptik ve postsinaptik reseptörlerine kısmi agonist etki ile ortaya çıkar. Halusinojenik etkinin nasıl olacağı maddenin kullanım dozuyla ilgilidir. Başlangıç etkileri ile en yüksek doz etkileri birbirinden farklıdır (Öyekçin, 2018). Bu maddelerin etkisi altında kişiler olmayan şeyleri görür, sesler duyar, hisler hisseder (Soykut, 2008).

1.1.3.9 İnhalanlar

Psikoaktif ve zihin değiştirici bir etki uyandırmak için solunabilen kimyasal maddelerdir. Benzin, çakmak gazı, saç boyası, eter, tiner bally gibi pek çok formu vardır. Kullanım nedenleri arasında ucuz olması, kolay taşınabilmesi, satışının yasal olması ve kolay ulaşılabilmesi sayılabilir. Kötüye kullanılan birçok inhalan madde beynin dopamin sistemini harekete geçirmektedir (Umut, 2018).

Solunan kimyasallar akciğerden emilerek kan dolaşımına geçerler ve vücutta hızlı bir şekilde dağılırlar. İnhalasyondan sonra kişi alkolle oluşana benzer sarhoşluk hali yaşar. Dil sürçmeleri, hareket bozukluğu, öfori, baş dönmesi diğer etkileri arasında sayılabilir (Soykut, 2008).

1.1.4 Bağımlılık Süreci

Bağımlılık birdenbire gelişen bir hastalık değildir. İnsanların çoğunlukla farkında olmadığı yavaş yavaş gelişen süreçtir. Farkına varıldığında da çoğunlukla bağımlılık gelişmiştir. Bu nedenle bağımlılığın gelişme aşamalarını bilmek, bağımlılık gelişimini durdurmak için bizlere imkan sunar. Madde kullanımı denemeye başlayıp bağımlı olmaya kadar devam eden bir süreçtir. Bireyin bu sürecin neresinde olduğunu bilmemiz uygulayacağımız müdahale için önemlidir (Ögel, 2014).

1.1.4.1 Tolerans Gelişmesi

Bütün bağımlılar kullandıkları maddeyi önce düşük dozlarda alır, ancak kısa sürede aldığı dozu artırmak zorunda kalır. Çünkü aldığı ilk dozda ulaştıkları etkiyi hep yaşamak isterler. Bunu sağlamak için de dozu devamlı artırmaktan başka çareleri kalmaz (Ögel, 2014). Başka bir deyişle, kullanılan maddeden başlangıçta elde edilen etki ile aynı seviyede etki elde etmek için maddenin daha yüksek dozunu almak demektir (NIDA, 2019). Örneğin kişi 1 bardak birayla sarhoş olurken zamanla ikiye üçe çıkarır ve bir süre sonra on bardakla sarhoş olur. İşte bu duruma tolerans gelişimi denilmektedir.

1.1.4.2 Yoksunluk

Genellikle uzun süre ve / veya yüksek dozlarda, art arda alınmış bir psikoaktif maddenin kullanımının bırakılması veya azaltılması durumunda ortaya çıkan bir grup belirtidir. Yoksunluk sendromuna fizyolojik rahatsızlık belirtileri eşlik edebilir. Yoksunluk sendromu, bağımlılık sendromunun göstergelerinden biridir (WHO,

2019). Bulantı, kusma, halsizlik ya da kas ağrıları, sıkıntı, depresyon, zevk alamama bu belirtilerdendir. Bu belirtilerin tipi kullanılan maddeye göre değişmektedir (Ögel, 2014).

1.1.5 Epidemiyoloji

Ülkemizde genel popülasyonda ve kadınlar arasında alkol ve madde kullanım bozukluklarının yaygınlığını araştıran geniş tabanlı, yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Ülkemizde alkol ve madde bağımlılığı üzerine yapılan çalışmaların çok önemli bir kısmı orta öğretim ve lise öğrencileri, az bir kısmı da üniversite öğrencileri arasında yapılmıştır (Altıntoprak ve ark., 2008).

Madde kullanım yaygınlığının ülkemiz ve dünyada yaygınlığının bilinmesine rağmen bazı önemli hususlar nedeni ile epidemiyolojik araştırmaların yapılması oldukça güç hale gelmektedir. Madde kullanımının gizli tutulması, madde kullanan kişilerin anketleri yanlış cevaplama eğilimleri, madde kullanan gruba ulaşmada yaşanan zorluklar, bazı bölgelerdeki yoğun madde kullanımı sebebiyle buradaki oranların az kullanılan bölgelerde de çok kullanılıyor gibi bir dağılım yaratması gibi etkenler yaygınlığın belirlenmesinde oldukça zorlayıcıdır (Avcı, 2017).

Çalışmalardaki yöntem ve uygulama farklılıkları; karşılaştırmalı değerlendirme yapmayı, alkol ve madde bağımlılığının yaygınlığının belirlenmesini, ülkemizdeki genç kadınlar arasındaki bağımlılığın ve bağımlılığa bağlı sorunlara ilişkin bilgiye ulaşmayı güçleştirmektedir. Ancak çalışmaların çoğunda alkol, uçucu ve yasal

olmayan madde kullanım riskinin erkekler arasında daha yüksek olduğu saptanmıştır (Altıntoprak ve ark., 2008).

Uyuşturucu kullanımında cinsiyet farklılıkları oldukça önemlidir. Avrupa Birliği ülkelerinde yasa dışı uyuşturucu kullanımı kadınlara göre erkeklerde daha fazladır. Bu durum tedavi merkezlerinden alınan verilere de yansımaktadır. Verilerde kadınların oranı sadece %20 civarındadır (EMCDDA, 2005). Veriler incelendiğinde yaş, cinsiyet ve kullanılan maddeye göre farklılıkların Ülkemizde yapılan çalışmaların yöntemsel olarak farklılıkları bulunmasına rağmen sonuçlarının benzer olduğu söylenebilir (Ögel, 2010). Bütün uyuşturucu maddelerin kullanımında erkek sayısı daha yüksektir. Bu durum genellikle daha yoğun ve düzenli kullanımın daha çok olmasıyla ilişkilendirilebilir (EMCDDA, 2018).

Avrupa’da uyuşturucu kullanımı daha geniş madde dizisini kapsamaktadır. Bu nedenle madde kullanıcılarında çoklu madde kullanımı daha yaygındır. 2017 yılı verilerine göre 15-34 yaş arası 18,9 milyon genç yetişkinin uyuşturucu kullandığı tahmin edilmektedir. Bu verilerde erkekler kadınların iki katıdır. (EMCDDA, 2018).

Avrupa’da 15-64 yaş aralığındaki 92 milyonun üzerindeki yetişkinin yasa dışı uyuşturucuyu denediği tahmin edilmektedir (EMCDDA, 2018). Bu deneyimin kadınlara göre (yaklaşık 36 milyon) erkeklerde (yaklaşık 56 milyon) daha sık olduğu görülmüştür (EMCDDA, 2018). SAMHSA’nın 2014 yılı raporunda 2013 yılında 18 yaş ve üzeri 15,8 milyon kadın yasadışı madde, 4,6 milyon kadın ise reçete dışı analjezik ilaç kullanmaktadır (Arıkan, 2012).

Avrupa’da esrar kullanım yaygınlığı diğer maddelerden 5 kat fazladır. Yine en sık denenen uyuşturucunun esrar olduğu bunu kokain, MDMA ve amfetaminler takip etmektedir 15-64 yaş arası 17 milyon yetişkinin kokain denediği tahmin edilmektedir. 15-64 yaş arası 13,5 milyon yetişkinin MDMA kullandığı, 11,9 milyon yetişkinin ise amfetamin kullandığı tahmin edilmektedir (EMCDDA, 2018).

2010 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada gebelerde yasadışı ilaç kullanımı %4,4, opiyat kullanımı ise %0.1 bulunmuştur (Genç, 2014).

Eroin ve diğer opiyatların kullanımı diğer maddelere göre daha az olmakla birlikte damar içi kullanımı nedeniyle daha zararlı olduğu kabul edilmektedir. 2017 yılı Avrupa verileri incelendiğinde 1,3 milyon yüksek riskli opioid kullanıcı olduğu tahmin edilmektedir (EMCDDA, 2018). Yine raporda Ülkemizde 13.000 kişinin yüksek riskli opioid kullanıcısı olduğu belirtilmektedir.

EMCDDA 2017 Raporunda yer alan Ülkemiz 2011 yılı verileri incelendiğinde, 15-64 yaş arası yetişkin nüfusta esrar kullanımı en yaygın yasadışı uyuşturucu maddedir. Bunu amfetaminler ve extacy izlemektedir. Raporda 15-34 genç erkek nüfusunda kullanımın daha yaygın olduğu belirtilmiştir. 2017 yılı verilerine göre Avrupa’da 15-64 yaş arası 87,6 milyon yetişkinin esrar denediği tahmin edilmektedir (EMCDDA, 2018).

Küresel düzeyde, erkekler esrar, kokain veya amfetamin kullanan kadınlardan üç kat daha fazladır. Buna karşılık, kadınların reçeteli ilaçları, özellikle reçeteli opioidleri ve sakinleştiricileri kötüye kullanmaları erkeklerden daha olasıdır (Özbay, 2018). Alkol bağımlılığı tüm sosyoekonomik sınıflarda görülmektedir. Beyaz ırkta daha yaygın, erkeklerde kadınlara göre 2 ila 3 kat daha sık görülmektedir. Erkeklerde

alkole bağılı sorunlar genç erişkinlikte başlasa bile sosyal bir problem haline gelmesi otuzlu yaşlarında başlar (Bayar, 2008).

Ülkemiz durumu ise aşağıda gösterilmiştir:

2018 yılında İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından 26 ilde 14-64 yaş arası 42.754 hane halkı ile yüz yüze yapılan Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması verilerine göre: Katılımcıların %52’si kadın, %48’i erkektir. Katılımcıların %47’si hayatında bir kere bir tütün ürünü kullandığı, erkeklerde bu oran %61,9 iken, kadınlarda %32,2’dir. Katılımcıların %22’si hayatında bir kez alkol kullandığı, erkeklerde bu oran %34,3 iken, kadınlarda %10,7’dir. Yine aynı araştırmaya göre, hayatında bir kez madde kullanan yaşam boyu prevalansı %3,1’dir.



Şekil 1.3: Cinsiyet Dağılımı (İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü)

Yine Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından 2018 yılında uygulanan NARKOLOG Projesi Analiz Raporunda haklarında madde kullanımı sebebiyle adli işlem yapılmış kişilerin verileri yer almaktadır. 81 ilden 6143 kişiye uygulanan formların analizine göre; örneklemin %94,1’i erkek, %5,9’u kadındır.

Yine Türkiye Uyuşturucu Raporu 2018’e göre; 2017 yılında yatarak tedavi görenlerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde %95,67’sinin erkek, %4,33’ünün kadın olduğu görülmektedir. Bu durumun, kadınlarda madde kullanım sorununun

daha az oluşundan mı yoksa tedavi başvurularının daha az oluşundan mı kaynaklandığı tartışmalı bir konudur (EMCDDA, 2017).

Yine aynı rapora göre, bağımlılık tedavisi sunan merkezlere başvuran sayısında opioid kullanıcıları yoğunluktadır. Bu durum opioid kullanıcılarının tedaviye olan gereksinimiyle ilgili olduğu düşünülebilir. Sonrasında kannabis ve üçüncü olarak çoklu madde kullanımı gelmektedir. Opioid kullanıcıları kannabis kullanıcılarının 3 katı daha fazladır. Yatarak tedavi gören 6.976 opioid kullanıcısının %34'ü damar yolu ile maddeyi kullanmaktadır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2018).

1.1.6 Bağımlılık Döngüsü

Kişi maddeye karşı bir yandan korku hissederken bir yandan da merak etmektedir. Eğer korku ağır basarsa kişi maddeyi hiç denemez, merak ağır basarsa kişi “bir kereden bir şey olmaz” diyerek maddeyi denemeye karar verir. Hoşuna giderse “ben bağımlı olmam” diye düşünür ve kullanıma devam eder. Bir süre sonra kişi kullandığı maddenin olmadığı bir hayatı sürdürmekte zorlanır ve “bu meret bırakılmaz ki!” diye düşünür. Bir sonraki adım kişinin kullanım sebebiyle zarar görmesi sonucu “bırakmak zorundayım” noktasıdır. Kişi bu aşamada yeteri kadar çabalarsa bırakır ve “bıaktım artık bir daha başlamam” diye düşünür. Bir süre sonra farklı sebeplerle tekrar “bir kereden bir şey olmaz” diye düşünerek kullanımı tekrarlar ve döngü yeniden başlamış olur. Eğer bağımlı birey “istersem bırakırım” aşamasındaysa, aslında bunu bırakamayacağını ona anlatmak gereklidir. Eğer maddeyi bırakmış ise, “bir kereden bir şey olmaz” diye düşünebileceği öngörülerek bir daha denememesi için gerekli girişimlerin yapılması gerekir (Dilbaz, 2013).



Şekil 1.4: Bağımlılık Döngüsü (<https://lti-adx.adelaide.edu.au>)

Şekilde görüldüğü gibi “eylem” adımı kişi artık karar vermiştir, kullandığı maddeyi bırakır. “Tedavi” adımı kişi artık maddeyi bırakmıştır, yakaladığı iyilik halinin devamlılığı sağlamak ve madde kullanım isteğiyle başa çıkmak için çaba gösterir. Hastalığın doğasında bulunan “nüks” durumu beklenen bir durumdur. Yaşanan bu durumu başarısızlık olarak değerlendirmemek gerekir. Nüksün yaşanması sonrası yeniden madde kullanımının zararları ve olumsuz deyimler konusunda “karar verme” adımı yer alır. Son olarak kişinin tedavi olmak, maddeyi bırakmak ve daha olumlu davranışlar geliştirmek için “hazırlık” aşamasına geçer. Bu durum birden çok kez tekrarlanabilir. Kişi kullandığı maddeyi bırakmaya karar verebilir, tedavi olabilir, madde kullanım isteğiyle başa çıkarak iyilik halini uzun süreli sürdürebilir. Ancak bu süreçte tüm direnci kırılıp yeniden madde kullanabilir (<https://lti-adx.adelaide.edu.au>).

Bağımlılığın davranışsal ve fiziksel olmak üzere iki yönü vardır. Uyuşturucu maddelere duyulan bağımlılık başlangıçta psikolojik olarak devam etmektedir. Yani alıştığı maddeyi almadığı zaman kendisini oyalayacak bir şeyler bulduğu ya da kendisini o maddeyi almaya iten psikolojik sorunların üstesinden geldiği zaman geçici bir sıkıntı dönemi yaşamakla beraber çok fazla sıkıntı yaşamadan süreci atlatabilir (Ögel, 2014, Dilbaz, 2013). Psikolojik bağımlılıkta madde alınması ile doyum, rahatlama ve haz meydana gelir (Ögel, 2014).

Fiziksel bağımlılık ise tekrarlayan madde kullanım dönemlerinin fiziksel etkilerini içerir (Ögel, 2014). Yani kullanılan maddenin uzun ya da kısa süreli olarak vücutta bulunmaması durumunda beyinde onun etkilediği reseptörlerde oluşan fizyolojik değişimlerdir (Dilbaz, 2013).

Bu iki kavramı birbirinden ayırt etmek zordur. Çünkü birey kullandığı maddeye hem ruhsal olarak hem fiziksel olarak bağımlılık geliştirmiş olabilir. Fiziksel bağımlılık tedavide öncelenmektedir. Oysaki hastalığın fiziksel belirtileri çeşitli ilaçlarla birlikte kısa sürede ortadan kaldırılabilir. Örneğin tütün bağımlılığında fiziksel belirtileri ilk on beş gün içerisinde kaldırabilirsiniz, ancak kişinin stres anında sigara kullanmamasını öğretmek zaman alır (Ögel, 2014, Şimşek ve ark., 2018). Yoksunluk belirtilerine bakıldığında bazı belirtilerin hangi gruba girdiği tam anlaşılamamaktadır. Örneğin, uykusuzluk, sinirlilik, rahatlayamama gibi belirtiler hem fiziksel hem psikolojik belirtiler içerisinde sayılabilir (Şimşek ve ark., 2018).

1.1.7 Bağımlılık ve Genetik

Neden bazı insanlar bağımlı olur? Madde bağımlılığında yapılan araştırmalar, ikiz, aile ve evlat edinme çalışmaları bir kişinin nikotin, alkol ya da uyuşturucu maddelere bağımlı olma riskinde genetiğin rolünün büyüklüğünü ortaya koyar (NIH, 2016). Bağımlılık gibi etiolojisinde hem genetik hem de çevresel faktörlerin etkin olduğu düşünülen hastalıklarda, bu etkilerin gücünü araştırmak için yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmaları bağımlılıkta genetik bir aktarıma sahip olduğuna ilişkin kanıt olarak değerlendirilmekle beraber, genetiğin etkisinin cinsiyetler açısından fark olup olmadığı hala çok tartışılan bir konudur. Çünkü ikiz çalışmalarının bir kısmı, kadınlarda bağımlılıkta genetiğin etkisinin çok düşük olduğunu, bazıları kadınlarda genetiğin etkisinin erkekler kadar belirgin olmadığı belirtilmektedir. Diğer yandan ise bağımlılığın gelişmesinde genetiğin etkisinin kadınlarda ve erkeklerde eşit olduğu, hatta kadınlarda genetiğin etkisinin biraz daha belirgin olduğunu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Altıntoprak ve ark., 2008).

Yine araştırmalar kişinin sağlığının genler ve evre arasındaki dinamik etkileşimin sonucu olduğunu gösterir. Örneğin, okul sonrası sağlıklı faaliyetler sunan bir topluluğun uyυřturucu bağımlılığına karşı savunmasızlığı azalttığı söylenebilir. İnsanın evresel maruziyetleri ya da seçimleri DNA'nın yapısını biçimlendirir ya da değiştirir. Yani insan vücudundaki her bir hücre tipi aynı genetik bilgiyi içermesine rağmen epigenetik düzenleyici sistemler çevreye tepki olarak farklı hücre tiplerinin gelişmesini mümkün kılar. Örneğin, bir kişi kokain kullandığında, bağımlılıkta yaygın olan proteinlerin üretimini artırarak DNA'sını işaretleyebilir (NIH, 2016).

Yapılan araştırmalara göre anne ya da babadan birinin alkol ya da madde bağımlılığı varsa, bu bireylerin çocuklarının bağımlılık geliştirme ihtimali 8 kat fazla olduğu bulunmuştur. Araştırmalar 50 ve daha fazla genin bağımlılıkla ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak her bağımlı aynı geni taşımak ya da her aynı geni taşıyan kişi de bağımlı olmak durumunda değildir (şimşek ve ark., 2018). Genel olarak çalışmalar bağımlılıkta kalıtımın %40 ila %60 arasında (Wang ve ark., 2012), kalıtsal tahminlerin hem erkekler hem de kadınlarda %50 ila %60 arasında değiştiği söylenebilir (Danielle ve ark., 2008). Erkekler ve kadınlar arasındaki farklara bakıldığında; erkekler kadınlara göre alkol ve maddeyi daha çok tolere ederken, kadınlar için daha az madde ya da alkol daha kısa sürede etki edebilmekte ve bağımlılık riskini artırmaktadır. Bu durumda benzer kullanımı olan kadın ve erkeği karşılaştırdığımızda kadınların bağımlılık riski daha fazla ve bağımlı olma süreci daha kısadır diyebiliriz. Bunun sonucu olarak da bağımlılığın getirdiği olumsuz etkilerle daha erken tanışırlar (şimşek ve ark., 2018). Erkeklerin sosyal ortam içerisinde alkol, madde ve sigara kullanımına başlamaları kadınlara göre daha erken yaşlarda olmaktadır. Kadınlar daha uzun süre ailelerinin kontrolünde olduğundan alkol ya da maddeyle daha geç yaşta tanışmaktadır (şimşek ve ark., 2018).

Esrar kullanımı ile ilgili yakın tarihli bir meta analizinde hem başlama hem de kalıcı kullanımda genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu, örneğin genetik

faktörlerin kadınlarda sigara kullanma girişiminde etkili olduğu, erkeklerde ise sigaraya başlamadan daha çok sigara bağımlılığında etkili olduğu bulunmuştur (Wang ve ark., 2012).

1.1.8 Bağımlılığın Nedenleri

Madde kullanımına yatkınlığın bazı ortak özellikler bulunmaktadır. Ailesel özellikler, çevresel ve sosyoekonomik faktörler, davranış sorunları ya da olumsuz ergenlik deneyimleri gibi bazı temel konular etki etmektedir. Ancak bunlar mutlak nedenler değildir. Sadece madde kullanma riskini arttırmaktadırlar (Ögel, 2014).

Ailevi Faktörler; ailede madde kullanımı, psikiyatrik sorunu olan aile üyeleri, geniş ve kalabalık aileler, aile içi stresin ve şiddetin olması, ailenin parçalanmış olması, ebeveynlerden birisinin ya da her ikisinin de kaybı, baskıcı ya da aşırı koruyucu/kollayıcı aile, idealize edilecek bir ebeveynin olmaması gibi faktörler (Dilbaz, 2013).

Çevresel Faktörler; gelir durumu, uygunsuz barınma ve sağlık koşulları, bir işinin bulunmaması madde kullanımının yaygın olduğu muhitlerde yaşamak gibi faktörler (Dilbaz, 2013).

Davranışsal Faktörler; duygularını ifade etmede güçlük, aşırı duyarlılık, stres ile başa çıkmada yetersizlik, ilişki kurmakta güçlük, özgüven düşüklüğü, isyankârlık, otoriteye tahammülsüzlük, dürtüsellik, kendini kontrol edememe, okul başarısızlığı, saldırgan davranışlarda bulunma, içe dönüklük, suç işlemeye yatkınlık, psikiyatrik sorunlar (Dilbaz, 2013).

Kadınların madde kullanımında öne çıkan risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır (Poole, 2005):

- Kadınlar kullandıkları maddelerin etkilerine daha yatkındır.
- Kadınlar bazı geçiş dönemlerinde (örn: üniversite kazanarak başka şehirde yaşama, evlenme) daha fazla risk altındadır.
- Kadınlar, ruh hallerini iyileştirmek, güvenlerini arttırmak, gerginliğini azaltmak, problemlerle başa çıkmak, ya da kilo vermek gibi sebeplerden dolayı madde kullanmaya yatkındır.
- Kadınların erkeklerden daha sık istismara uğraması madde kullanımı ile ilgili problemlerle yakından ilişkilidir. Cinsel istismara uğramış olan kadınların madde kullanması hem daha erken yaşlarda hem de daha şiddetli şekilde kullanması olasıdır.

1.1.9 Damgalanma (Stigmatizasyon)

Geçtiğimiz on yıllarda psikiyatride damgalamanın ağır bir yük olduğu bilinci arttı. Eğer psikiyatride başarılı bir tedavi isteniyorsa damgalama ile de baş etmek gerekir. Burada sadece bireysel düzeyde bir çabadan değil uluslararası meslek birlikleri, uluslararası toplum, hastalıklarla ilgili sivil toplum örgütlerinin mücadelesi gerekir (Finzen, 2017).

Amerikalı sosyolog Erving Goffman, stigma konusunda klasik olan kitabında; kişinin ahlaki olarak zayıflığı ya da sahip olduğu kötü şeyleri gösterebilmek için bazı bedensel işaretleri ilk olarak Yunanlılar tarafından kullanıldığını ve bunu göstermek için de bedenlerini keserek ya da yakarak damgalandığını belirtmiştir. Böylece işaretlenen bu kişiler toplumsal olarak dışlanmışlardır (Goffman, 1963).

Madde kullanımında kadınların erkeklere göre daha fazla damgalandığı söylenebilir. Çünkü toplumda kadın ahlaki değerleri koruyan, geleneksel aile yapısını temsil eden ve en önemlisi de gelecek nesilleri yetiştiren annedir. Kadının madde kullanımıyla aile değerlerinin zarar göreceği endişesi artmaktadır. Ayrıca toplumdaki kadının masum olma algısı daha fazla damgalanmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Bu gibi sebeplerle damgalanan kadınlar da kendilerine karşı olumsuz duygular geliştirip tedaviye başvurmadıkları ve gizlenerek madde kullanmaya devam etmelerine sebep olmaktadır (Ögel, 2004).

Kadın ve erkeğin sosyal rollerindeki farklılıklar maruz kalınan stigmada farklılaşmaya neden olmaktadır. Toplumun; kadınlığa, kadının eş ve anne rolüne bakış açısı kadın bağımlının olumsuz çağrışımlarla birlikte anılmasına yol açmaktadır. Örneğin bağımlı olan kadın “kötü anne” yargısıyla karşılaşmaktadır. Kadının stigmatı içselleştirmesi suçluluk, utanç, korku, ümitsizlik hissetmesine neden olmaktadır (Covington, 2008).

Bağımlı anneler çevrelerindeki insanların bakış açıları nedeniyle değersizleştirildiklerini ve güvenilmediklerini düşünmektedir. Kadın doğum servislerinde çalışan sağlık personelinin bağımlı olduklarını öğrendikleri andan itibaren onları stigmatize ettiklerini, etiketlendiklerini ve yargılandıklarını ifade etmektedirler. Sağlık personeliyle olumsuz deneyim yaşayan bağımlı kadınların sağlık personellerine duydukları güven azalmaktadır. Bağımlı bir anne olmanın sadece bağımlı bir kadın olmaktan daha fazla stigmaya neden olduğu ve kendilerini sorgulamalarını arttırdığı ve kararlarına güvenlerini azalttığı görülmüştür (Howard, 2015).

Korku ve stigma gebe bağımlılarda da tedavi için çok önemli bir bariyer oluşturmakta ve ihtiyaçlarının karşılanamamasına neden olmaktadır. Bağımlı olduğunun ortaya çıkma korkusu bundan kaçınma stratejilerine yol açmaktadır.

Bunlardan bir kısmı sağlık personeline dürüst olurken diğer kısmının kendini izole ettiği, hamileliğini sakladığı veya inkar ettiği, kontrol randevularını geciktirdiği, doğum öncesi bakımı tamamen reddetme gibi daha zarar verici stratejiler geliştirdiği görülmektedir (Verisimo, 2016).

Hayatın her alanında yaşanabilecek stigmada en kötü boyutlardan biri sağlık tesisinde yapılan damgalamadır. Sağlık tesisleri, hastaların kendilerini en savunmasız hissettiği ve yardıma en çok ihtiyaç duyduğu yerdir. Sağlık tesisinde damgalama hastalığın önlenmesinin, akut ya da kronik hastalığın tedavisinin önünde engeldir (Nyblade, 2017). Sağlık tesisinde var olan damgalama sonucunda sağlık profesyonelinin de benzer bir durum yaşadığında tedaviye başvurmasının önünde engeldir (Kebede, 2013). Ayrıca sağlık sistemi içindeki stigma sunulan hizmetin kalitesini ve başarılı sonucun elde edilmesini azaltır (Nyblade, 2017).

Sağlık mesleği mensupları madde bağımlısı olan ve tedavi olmak için başvuran kişileri çoğunlukla zorlayıcı, stresli ve zor vaka olarak tanımlar (Boekel ve ark., 2014). Avrupa’da yapılan çeşitli çalışmalarda bağımlı bireyle çalışan tedavi ekibinin diğer hastalık alanlarına göre (diyabet, depresyon vb.) hastalarına daha az saygı duyduğu ve bunun verilen tedavinin etkinliğine önemli lde etki ettiğini ortaya koymuştur. Bu durum aynı zamanda bağımlı kişinin tedaviye başvurmasında da engellerden biridir (Muhrrer, 2010).

Hollanda’da 2012 yılında yapılan pratisyen hekimleri, ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ve bağımlılık alanında uzmanlaşmış hekimleri içeren kapsamlı bir araştırmada; madde bağımlısı bireyle çalışmada 3 sektöründe birbirinden önemli lde farklılık gösterdiği, bu alanda uzmanlaşmış profesyonellerin bağımlı hastaya yönelik saygı düzeyinin daha yüksek olduğu ve pratisyen hekimlerin en düşük saygı düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (Boekel ve ark., 2014).

Sağlık çalışanlarının bağımlı bireye yönelik olumsuz tutumları, profesyonelle hasta arasında iletişimin zayıf olmasına, kurulması gereken terapötik ilişkinin yetersiz kalmasına ve bağımlılıktan kaynaklanan diğer ruhsal ya da fiziksel hastalıkların semptomlarının doğru değerlendirilmemesine yol açabilir (Thornicroft ve ark., 2007, Palmer ve ark., 2009).

2013 yılında 28 çalışma ile yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, madde bağımlısı hasta ile çalışmada sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumlarının olduğu, bu hasta grubu ile sadece bu alanda profesyonelleşmiş uzmanların çalışması gerektiği ve bu hasta grubu ile çalışırken motivasyonlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Boekel ve ark., 2013).

Çalışmalar, ruh sağlığı ile ilgili damgalamanın diğer alanlara göre daha fazla olduğunu, ruh sağlığı içerisinde ise alkol ve madde bağımlısı bireylere olan damgalamanın da daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna gerekçe olarak ise alkol ve madde kullanıcısı kişilerin daha fazla sosyal ve yasadışı soruna sebep olduğu, fiziksel ve psikiyatrik olarak daha fazla olumsuz duruma sahip olması gösterilmektedir (Rasheed ve ark., 2016).

Günümüz toplumlarında madde bağımlılığı bir hastalık olarak görülmemekte, madde kullanmanın kişisel bir seçim olduğu düşünülmektedir. Bu tür toplumlarda sağlık profesyonelleri toplumun bir üyesi olarak etkilenip, bağımlı bireylere adaletsizce yaklaşılmasına ve kötü hizmet sunulmasına yol açabilir (Rasheed ve ark., 2016).

Ülkemizde 2017 tarihinde X ve Y kuşağı hemşireleri karşılaştırılarak yapılan bir çalışmada, hem X hem de Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı

tutumlarının olumlu yönde, alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumlarının ise olumsuz yönde olduğu belirtilmiştir (Büyükbayram ve ark., 2017).

Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumsuz yönde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu, ruhsal bozukluğu olan bireyleri, “Sorumluluk alamaz, iyileşemez, tehlikeli ve suç işleyebilir” olarak görmektedir (Çam ve Arabacı, 2014).

Mutlu ve ark. tarafından bir çalışmada, Katılımcıların bağımlılık hakkındaki algıları bağımlılığın hastalık olduğunu kabul etmek yönündedir. Ancak büyük bölümü “bağımlılığın bir ruhsal zayıflık olduğu” görüşüne katıldıklarını bildirmiştir. Kendiliğinden tedavi arayışı düşük olan bağımlı hasta grubunda sağlık çalışanlarının da tedavi etmekten kaçınması, bağımlılık sorununun hem bireysel hem toplumsal sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Mutlu ve ark., 2014).

1.1.10 Travma

Madde kullanıcıları toplumda daha yüksek oranda travmaya maruz kalmaktadırlar. Toplumda yaşam boyu travmaya maruz kalma %36 ile %51 arasında değişirken, madde kullanıcılarında bu oranlar %99'lara kadar çıkmaktadır. Travma ve madde kullanımı arasında iki yönlü ilişki vardır. Bir yandan travmatik yaşantılar madde kullanımına sebep olabilirken, diğer yandan madde kullanımı travmatik yaşantılara sebep olabilmektedir (Ağaçhanlı, 2016).

Bağımlı kadınlar ve travma üzerine yapılan ilk araştırmalardan birinde; bu kadınların %74'ü cinsel istismara, %52'si fiziksel istismara, %72'si duygusal

istismara uğradıkları söylenmiştir (Covington, 2008). Kadınların yaşadığı istismar öyküsü bu kadınların, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer ruhsal bozukluklarla karşılaşma olasılığını arttırabilir (UNODC, 2004).

Araştırmalar, madde kullanan kadınlarda erkeklere göre yaşam boyu anksiyete ve duygu durum bozuklukları görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikiyatrik komorbiditeler, kadınlarda erkeklerle karşılaştırıldığında sorunlu alkol kullanımı ile daha yüksek derecede ilişkili bulunmuştur (Ünübol ve ark., 2019).

Birçok kadın travma yaşatan durumu ve kişileri hatırladıklarında bu durumla başa çıkmak için alkol ya da madde kullanmaktadırlar bu sebeple de bağımlılık ile ilgili tedavileri başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Bu gibi travmatik durumlarda kişinin yeterli desteği alamaması, alkol ve madde kullanarak travmayla başa çıkmaya çalışmasını arttırmaktadır (EMCDDA, 2009).

1.1.11 Tedavi

Uyuşturucu madde kullanımına yönelik tedavi prosedürleri diğer psikiyatrik ve fiziksel bozukluklara göre farklılık göstermektedir. Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde uyuşturucu madde kullanan tüm bireylerde etkili tek bir tedavi yaklaşımından bahsetmek imkansızdır. Tedavinin başarısında bireye özgü tedavi yaklaşımının benimsenmesinden söz edilirken, uygun tedavi alan kişilerde de hastalık süreci oldukça iyi seyretmektedir (Ögel, 2010).

Pek çok çalışmada, bağımlılık ile tedavi, tedavi etkinliği ve tedavi sonuçları için motivasyon incelenmiştir. Bazı çalışmalar kadınların tedaviye daha uyumlu olduğu, kendi kendine yardım faaliyetlerine katılmada daha istekli olduğu ve daha iyi bir tedavi sonucuna sahip olduğunu göstermiş olsalar da (Grella, Scott ve Foss 2005; Najavits ve Lester 2008), bazı çalışmalar cinsiyetin tedaviye etkisinin doğrudan ilişkili olmadığını bildirmiştir (Fernandez- ve ark., 2007; Greenfield ve ark. 2007).

Kadınlar erkeklerden daha geç madde kullanmaya başlarlar ancak, bağımlılıklarından kaynaklanan sorunlarda (özellikle tıbbi, iş, ekonomik, yasal, aile ve sosyal) (Fernandez-Montalvo ve ark., 2014) ve bağımlılıkla ilişkili psikopatolojik semptomlar (ör: anksiyete ve duygudurum bozuklukları daha ağır sonuçlar meydana getirir (Colpaert ve ark., 2013; Greenfield ve ark., 2010). İyileşmede tedavi süreci ve tedaviye uyum, yardım arayan kişinin özellikleri, tedaviyi gerçekten isteyip istemediği, sorunlarının özelliği ve bunlar arasındaki etkileşim gibi birçok etmenin varlığından söz edilebilir. Tedaviye uzun süre uyum ve başarı arasında doğrusal ilişki vardır. Alkol ve madde kullanımının olmadığı süre uzadıkça, yaşamdaki diğer alanların işlevleri de düzelmektedir (Ögel, 2010).

Tedavinin ana hedefleri arasında bireyin kullandığı maddeyi bıraktıktan sonra ailesi ve toplum içerisinde daha uyumlu olması, daha üretken olması ve aktif günlük yaşamına geri dönmesi yer alır. Uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde en az diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların tedavisi kadar başarı sağlanmaktadır. Ayrıca, çalışmalar tedavinin bireyin kullandığı maddeyi bırakmasını sağlamanın yanında suç işleme ve enfeksiyon bulaştırma gibi diğer sosyal sorunları azalttığı ve bireyin aktif çalışma hayatına katılımını önemli oranda artırdığını göstermektedir (Ögel, 2010).

Bireyin tedavi olmakla ilgili düşüncesi, tedaviye devam etmesi ve tedaviden maksimum fayda sağlayabilmesi için önemlidir. Bireye sunulan tedavi kişinin belirli

ihtiyaçlarını karşılıyorsa bu durum hastanın tedaviye uyumunu artıracadından tedaviden olumlu sonuçlar alınmasını kolaylaştırır (Ögel, 2010).

Bağımlı kişinin öyküsünü doğru bir biçimde almak önemlidir. Çünkü kişi kullandığı maddeye devam edebilmesi için maddeden kaynaklı sorunlarını oldukça minimize edebilir ya da yalan söyleyebilir. Madde kullanımının kapsamlı olarak değerlendirilebilmesi için Bağımlılık şiddet İndeksi (ASI), alkol kullanımının tehlikeli boyutta olup olmadığını ise KESİ (CAGE) ölçeği uygulanabilir. ASI kullanılan maddenin şiddeti, kullanımdan kaynaklı tıbbi, yasal, ailevi, çalışma durumu gibi sorunları saptamak üzere geliştirilmiş, 45 dakika süren yapılandırılmış araştırma aracıdır. KESİ ise kesmek, eleştiri, suçluluk ve ilk iş'in baş harflerinden oluşan araştırma aracıdır. Bu sorulardan en az birisine “evet” yanıtı veren kişilerin alkol kullanımı ile ilgili sorun yaşadığı düşünölmelidir (Ögel, 2010).

Kullanılan maddenin saptanması için hastanın verdiği bilgi, idrar ya da diğer biyolojik materyallerinin incelenmesi veya diğer kanıtlar göz önüne alınır (Kaya, 2013).

Bağımlılık tedavisinde bireyin güçlü bir motivasyonu olması tedavi sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Tedavide mutlak gönöüllölük esasđ aranmamalıdır. Ancak bazı kişilerde ailesinin, iş yerinin veya yasanın getirdiği zorunluluklar kişinin tedaviye başvurmasına, belirlenen tedavi programına uyum sağlamasına ve tedaviden olumlu kazanımlar elde etmesine neden olabilir. Bir tedavi programı, kişinin ihtiyaçlarına cevap vermeli ve kişiye özü şekilde planlanmalıdır. Eğer tedavi programın etkili ve başarılı olması isteniyorsa kişinin sadece bağımlılığının tedavisine odaklanılmamalı, bağımlılığından kaynaklı ya da bağımlılığa sebep olan diğer tıbbi, psikolojik, sosyal ve yasal sorunlarını da dikkate alınmalıdır (Otiashvili, 2013).

Bağımlılığın ortaya çıkmasında birden fazla neden rol oynadığından bağımlılık tedavisi de buna bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir (Arıkan, 2012). Önceden kişinin hiç madde kullanmaması tedavinin temel amacıydı ve tedavinin başarısı olarak görülmekteydi. Ancak şimdilerde tam remisyona, kısmi remisyona gibi kalıcı ya da kısmi düzelme durumu tedavide yer almaktadır. Buna bağlı olarak bağımlılık sendromunun nüks, laps ve remisyonlarla seyreden bir bozukluk olduğu görüşü ağırlık kazandığı söylenebilir (Karataşoğlu, 2013).

Bağımlılık tanı kriterleri DSM-5'te "**Madde Kullanım Bozukluğu**" adı altında geçmektedir. Bu kriterler: birleştirilmiştir.

- Bir yıl içinde aşağıdakilerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır:
1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
 2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
 3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
 4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
 5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememeye (işte, okulda, evde)
 6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
 7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
 8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
 9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
 - Maddeye tolerans gelişmiş olması
 - İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi

- Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu

10. Yoksunluk belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez.

1 yıl içinde bulguların 2 veya 3'ü varsa hafif, 4 veya 5'i varsa orta, 6 veya daha fazlası varsa şiddetli kabul edilir.

Detoksifikasyon: vücudun zararlı olan uyuşturucu maddeden arındırılmasına denilmektedir.

İlaç destekli tedavi: Bireyin ayakta ya da yatarak tedavisinde kullanılan ve oldukça başarılı sonuç alınan tedavidir. İki şekilde yapılabilir; kullanılan uyuşturucu maddenin etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik maddenin antagonisti ile yapılan ve -özellikle opioid hastaların tedavisi için önemli olan- kullanılan madde ile benzer özellik gösteren yarı antagonist ilaç tedavisidir.

Psikososyal tedavi: ilaç destekli tedaviyi güçlendirmek ve bireyin yeniden uyuşturucu madde kullanımını (relaps) önlemek amacıyla uygulanan tedavidir. Genellikle bireyin yatarak tedavisi esnasında uygulanmaktadır. Ancak günümüzde ayakta tedavinin etkinliğini artırmak amacıyla ayakta tedavi alan gruba da uygulanmaktadır. Her iki şekilde uygulanırken yapılandırılmış bir program dahilinde uygulanması önem arz etmektedir.

Yapılan çalışmalarda başarılı psikososyal tedavi yöntemleri ile madde kullanımında %40-60 oranında azalma görülmüştür (Otiashvili, 2013).

Yapılan alışmalar; sosyal faktörler tedaviye başlama, tedaviyi sürdürme ve tamamlama süreleri, ek psikiyatrik tanılar, tıbbi ve biyolojik nedenler gibi parametrelerin madde kullanımında cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir (Dişsiz, 2018).

Bağımlılık dünya genelinde erkeğe özgü bir hastalık görölmekte, önleme ve tedavi programlarını da bu gruba yönelik planlamaktadır. Ancak kadınların değişen dünyada toplum içindeki yeri, konumu ve geleneksel kadın rolünde değişimler kadınların bağımlılık sorunu yaşamasına neden olmaktadır. Epidemiyolojik verilerde madde bağımlısı olan kadınların erkeklere göre daha sık ruhsal sorunlar yaşadığını göstermektedir (SAMSHA, 2005).

Farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin gebe hastalara ve çocuklarına gerekli bakım hizmetlerini vermek için bir arada çalışmaları gerekir. Her bir hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş, koordineli tıbbi ve psikososyal müdahaleler ideal olarak tıp doktoru, psikolog, sosyal çalışmacı ve hemşireden oluşan bir ekip tarafından verilebilir. Ayrıca, sürece katılması gerekebilecek yasal birimler, kadın doğum/jinekoloji ve pediatri birimleri gibi diğer kurumlarla/araflarla gerekli bağlantılar kurulmalı ve bu hizmetlere erişim kolaylaştırılmalıdır. Bununla birlikte, bu özellikle stresli ve zorlayıcı çalışma ortamında görev yapan hizmet sunucuların kendi ruh sağlıklarını koruyabilmeleri için personel gözetimi şarttır. Klinik prosedür kesinlikle oluşturulmalıdır. Bağımlıya yönelik müdahaleler kişinin özelliklerine göre belirlense de tedavinin etkinliğini artırmak için standart çalışma planlarının hazırlanması önerilmektedir. Bireyin tedavisinde yer alan ekip tedavi protokollerine her zaman ulaşabilmeli ve ekipte yer almadan önce bu protokoller hakkında gerekli eğitimleri almalıdırlar (Tuchman, 2010).

Kadınlar için servis yetersizliği; Sosyal stigma, tedavi imkânlarının yetersizliği, erkek bağımlıların yoğun olduğu geleneksel tedavi şeklinde yaşayacağı sıkıntılar, eşlik eden ruhsal sıkıntılar ya da travmatik yaşantıları, aynı zamanda evsizlik gibi sorunlar madde bağımlısı kadının tedaviye gelmesinde bariyer oluşturmaktadır (Ünüböl ve ark., 2019).

Kadınlara yönelik tedavi programının esnek olması gerekir. Böylece tedavi, kadınların günlük yaşam aktiviteleriyle daha uyumlu olur. Kadın odaklı tedavi hizmeti sunan merkezlerin kadınlar tedaviye devam ederken çocuk bakım hizmetini vermesi zorunlu olmalıdır. (Özbay, 2018).

Madde bağımlılığı tedavisi gören kadınların çoğunluğu annelerdir. Dolayısıyla, çocuklarıyla olan ilişkileri ve sorumlulukları, kadınların tedaviye başvurma ve tedaviyi sürmeleri konusundaki kararlılığında önemli bir etkiye sahip olabilir. Metadon bakım tedavisine katılan kadınlarla yapılan bir çalışmada, çocuklarıyla birlikte yaşayan ve tedaviye alınan kadınların, tedaviye başvurma durumları diğerlerine göre o anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Covington, 2008).

Bağımlı kadınlarla yapılan araştırmalar, anne-çocuk ilişkisi için bağlanma temelli müdahalelerin, geleneksel ebeveynlik yeteneği geliştirme modeline göre daha etkili sonuçlar verdiğini saptamıştır. Anne ve yeni doğan için uygulanacak tedavi müdahalelerinin seçimi bu hasta grubunda bilhassa önemlidir. Gebe bağımlıların tedavi ihtiyacı çok belirgin olmakla birlikte, sıklıkla görülen gebelik komplikasyonları veya yeni doğanlarda doğum sonrası morbidite nedeniyle uygulanan tedaviler oldukça maliyetlidir. Bağımlı anne-bebek ikilisinin tıbbi ve psikososyal ihtiyaçlarının karşılanabileceği bakım servislerinin olması güvenli bağlanmanın gelişmesi açısından önemlidir (Ünüböl ve ark., 2019).

Bağımlı kadınlarda kontrolsüz cinsel ilişki sonucu cinsellikle bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler, aynı enjektörün paylaşılmasından dolayı kan yoluyla bulaşan hastalıklar, madde veya alkol etkisinde araç kullanıma bağlı oluşacak kazalar riskli davranış ve durumlar içinde yer almaktadır. Araştırmalar madde kullanan kadınların HIV'e karşı erkeklerden daha savunmasız olduğunu göstermektedir. Kadınların birden fazla damar içi uyuşturucu kullanan partnerle birlikte damar içi uyuşturucu kullanma, madde kullanan partnerinin kullandığı enjeksiyon araçlarını kullanma, uyuşturucu ya da para karşılığında cinsel ilişkiye girme ve cinsel partnerlerini prezervatif kullanmaya ikna etmede sorunlar yaşama ihtimali daha yüksektir (Greenfield, 2010).

Yine Ülkemizde madde kullanıcıları ile yapılan bir araştırmada %32'sinin korunmasız cinsel ilişkiye girdikleri gösterilmektedir (SAMSHA, 2016). Bu durum bulaşıcı hastalık taşıma ve bulaştırma riskini ortaya koymaktadır.

Kadınlar arasında enjektör paylaşımı yüksek riskli bir davranış olarak görülmektedir. Buna sebep olan bazı etkenler ise kadınların enjeksiyon materyallerine daha az ulaşabilmesi veya bu konuda daha az deneyimli olmalarıdır. Hem kadın hem de erkekte cinsel partnerle enjektör paylaşımı görülmekle birlikte kadınların cinsel partneriyle enjektör paylaşımı daha sıktır (UNODC, 2016).

Ailenin ve toplumun beklentileri ve kuralları madde kullanan kadınların tedaviye başvurmamalarında temel belirleyici olmaktadır (Greenfield, 2010). Tedaviye başvurmayı geciktiren ya da engelleyen faktörler konuşulduğunda; tedavi merkezlerindeki kadınlara ayrılmış yatak sayısının az, bekleme sürelerinin uzun olması gibi yatarak tedaviye ulaşma zorluğu, ekonomik sıkıntılar, nereye başvurabileceklerine ve tedavi kurumlarına dair bilgilendirme eksikliği, geçmişte deneyimlediği tedavi hizmetleriyle ilgili olumsuz düşünceler, bağımlılık sürecinden

dolayı utanç ve suçluluk hissetmeleri ve ülkemizde bağımlı kadın olmak ile ilgili deneyimlerinin etkisinden bahsetmişlerdir (Ünübol ve ark., 2019).

Yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu kriterlerini karşılayanların yalnızca yarısının bağımlılık tedavisi gördükleri belirlenmiştir. Tedavi olmayanların tedavi olmama nedenleri ise işten atılma korkusu, damgalanma ve ayrımcılıkla ilgili nedenler ile tedavinin sosyal sonuçlarından korkmadır (Demirbaş, 2020).

Birçok araştırmada kadınların tedaviye erkeklerden daha az başvurdukları gösterilmiştir. Kadınların tedavi arayışında, çocuklarıyla ilişkileri ve çocukları için sorumlulukları özellikle önemlidir. Madde kullanan kadınlar için çocuklarının bakımı, finansal konular ve diğer durumlar tedaviye başvurmasını etkilemektedir. Sosyal stigma, tedavi imkânlarının yetersizliği, erkek bağımlıların yoğun olduğu geleneksel tedavi şeklinde yaşayacağı sıkıntılar, eşlik eden ruhsal sıkıntılar ya da travmatik yaşantıları, aynı zamanda evsizlik gibi sorunlar madde bağımlısı kadının tedaviye gelmesinde bariyer oluşturmaktadır (Ruiz, 2011). Gebe bağımlı hastalar da geleneksel tedavi sistemine başvurmamaktadır. Bunun sebeplerinden bazıları; gebe kadınlara özgü bağımlılık servislerinin olmayışı, bebeği doğduğu zaman bebeğin velayetini kaybetme korkusu, ya da hakkında dava açılacağı korkusu sayılmaktadır (Ruiz, 2011).

ABD'de 2014 yılında Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlığı Araştırmasında (NSDUH), bir önceki yıl madde kullanım bozukluğu tedavisine ihtiyaç duyan 12 yaş ve üstü 19.9 milyon kişinin olduğu ancak, sadece %4'ünün tedavi olduğu bildirilmektedir. Bu düşük sayı, sağlık alanındaki mevcut olan damgalamanın yanı sıra tedaviye ihtiyaç duyulmamasına atfedilmektedir. Bununla birlikte, tedaviye ihtiyaç duyduğunu düşünenlerin %22.7'si kendilerini tedavi aramaktan alıkoyan damgalama ile ilgili nedenler bildirmiştir; buna, istihdam üzerindeki olumsuz etkiler (%11.6) ve

komşuların / toplumun (%1.1) olumsuz görüşleri ile ilgili damgalanma da dahildir (Demirbaş, 2020).

SAMSHA, yakın zamanda (2016) kadınların tedaviye başvurmasını zorlaştıran etmenleri aşağıdaki şekilde gruplandırmıştır:

- İçsel etmenler: Sağlık problemleri, fizyolojik unsurlar, bilişsel işlevsellik, motivasyon düzeyi, tedaviye hazır olma vb., içeren bireysel faktörler.
- Dışsal etmenler: özel hayat, aile dinamikleri, destek sistemlerini içeren ilişkisel konular.
- Sosyokültürel etmenler: Kültürel farklılıklar, stigmanın rolü, önyargı, ırkçılık, sosyal tutumlar, sağlık servislerinde yansıtılan ayrımcılık, sağlık hizmet verenlerinin kadın hastalara karşı tutumları ve diğerlerini içeren sosyal faktörler.
- Yapısal etmenler: Tedavi politikaları ve prosedürleri, program dizaynı, tedavi koşullarını içeren yapısal faktörler.
- Sistemik etmenler: Yerel ve genel yasaları içeren adli mekanizma, sağlık güvencesi ve ekonomi, uyuşturucu trafiği gibi konuların dahil olduğu genel faktörleri içeren daha geniş sistemler (Kaye, 2015).

1.1.12 Önleme

Önleme programlarında, uyuşturucu maddeyle tanışmamış grupta madde kullanımını önlemek, uyuşturucu maddeyi denemiş olanlarda ise bağımlılığı önlemek temel hedeftir. Buradan yola çıktığımızda önlemeyi, kişilerin madde kullanmasını ya da eğer kullandı ise bağımlı hale gelmesini önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlayabiliriz. Son yıllarda önleme programları madde bağımlılığı ile mücadelede önemli bir yer almıştır (Metz, 2012). Bunun nedeni

bağımlılığın oldukça uzun ve çok aşamalı tedavi sürecinin olması ve hem tedavi merkezlerinin tam donanımlı olması hem de buralarda çalışan personelin nitelikli olması sebebiyle bağımlılık tedavisinin oldukça maliyetli olmasıdır (Otiashvili, 2013).

Önleme programlarında genel amaçlar; uyuşturucu maddeler hakkında bilgilendirme yapılması, risklerin anlatılması, kişilerin sorumluluk duygusu ve karar verme becerisinin artırılması, sorunlarla başa çıkabilmesinin öğretilmesi, hayır deme becerileri geliştirilmesi ve sosyal becerilerin kazandırılmasıdır (Metz, 2012).

Ülkemizde uyuşturucu ile mücadelede arzı önleme çalışmaları kadar önemli bir konu da proaktif olarak yapılan önleme çalışmalarıdır. Önleme çalışmalarında amaçlanan, toplumun genelinin bağımlılık hakkında bilgi sahibi olması, madde bağımlılığının başlamadan önlenmesi ve toplumun her kesiminin bağımlılıkla mücadele çalışmalarına dahil edilmesi sağlanarak devlet tüm kurumlarıyla işbirliğinin geliştirilmesinin sağlanmasıdır (EMCDDA, 2017).

2016-2018 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Eylem Planında öncelikle çocuklar ve gençler olmak üzere toplumun tamamının uyuşturucudan korunması için okul, aile, sokak düzeyinde önlemler almak ve toplumun tümüne yönelik çalışmalar yürütülmesine öncelik verilmesi vurgulanmıştır (EMCDDA, 2017).

Madde kullanımı ile mücadele ve koruma çalışmalarında üç önleme yöntemi vardır. Bunlar (Metz, 2012):

1.1.12.1 Birincil önleme: Burada hedef henüz hiç madde kullanmamış ama risk taşıyan gruplardır (ergenler, işyerleri vb). Eğitim yolu ile madde kullanımının

engellenmesine çalışılmaktadır. Kitle iletişim araçlarının bu amaçla kullanımı önem taşımaktadır.

1.1.12.2 İkincil önleme: Bu aşama erken tanı koymayı, bağımlılık gelişmeden önlemlerin alınmasını içerir.

1.1.12.3 Üçüncül önleme: Bu aşamada amaç madde kullanan kişilerin madde kullanmayı bırakması ve bıraktıktan sonra tekrar bu maddeleri kullanmaya başlamasının önlenmesidir. Bunun bir diğer parçası ise, madde kullanımı ile ortaya çıkan zararların önlenmesidir. Bulaşıcı enfeksiyonlardan korunmaya, suça iten nedenleri azaltmaya ve zararları en az düzeye indirmeye çalışılır.

Önleme çalışmalarında süreklilik sağlanması önemlidir. Sürekliliği sağlanmamış bir önleme çalışmalarının başarısızlıkla sonuçlanması kaçınılmaz bir durumdur. Çalışmalar, anlık etkinlikler, kampanyalar gibi çalışmaların başarılı olamadığı gösterilmiştir. Gönüllü bireylerin bu çalışmalarda yer alması başarıyı artırmaktadır. Önleme programlarının temel hedefi, bireylerin temel yaşam becerilerini geliştirmesini destekleyerek daha sağlıklı yaşam sürmelerini sağlamaya yardım etmektir. Günümüzde maddeye erişimin oldukça kolay ve ucuz olmasından dolayı kişinin maddeye ulaşımını engellemek yerine madde ile karşılaştığında reddedebilmesi ve kendisini bu maddeden koruyabilmesini sağlamak önem kazanmıştır (Janilus, 2016).

Uyuşturucu kullanımını önlemede ulusal ve uluslararası stratejiler tüm nüfusu hedefler, bazı seçenekli önlemler risk altındaki grubu, bazı yerinde önlemler ise risk altındaki bireyi hedefler. Önleme yaklaşımlarının başarılı olmasında profesyonellerin bağımlılık konusunda eğitim almış olmaları önemlidir (Coşkun, 2006; EMCDDA, 2016).

Ülkemizde yer alan önleme faaliyetleri, bireylerin uyuşturucu ve bağımlılık hakkındaki farkındalıklarını artırmaya odaklanmaktadır. Bazı çalışmalarda gençler arasında bireysel ve sosyal becerileri arttırmak ve riskli popülasyon arasında uyuşturucu kullanımını önleyecek ortamları desteklemek amaçlanmaktadır (Coşkun, 2006). Toplum düzeyinde, önleme faaliyetleri esas olarak bilgilendirici niteliktedir.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın problemi ve alt problemlerinin çözümüne ilişkin yöntem açıklanmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın modeli, evren (yığın) ve örnekleme, veri toplama araçlarının geliştirilmesi, verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması ele alınmıştır.

2.1 Araştırma Modeli

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi hizmeti veren bağımlılık arındırma merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının (ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, ebe ve sağlık memuru) bağımlı bireylere ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik planlanmıştır. Sağlık personelinin konuya ilişkin tutumlarının Ekim 2020 döneminde alındığı kesitsel araştırmadır.

Araştırma ilişkisel tarama modeline göre yapılmış olup, sağlık personelinin özelliklerinin (meslek, yaş, cinsiyet, çalışma vb.) araştırmanın bağımlı değişkeni olan madde bağımlısı bireylere yönelik tutum puanları ile ilişkisi incelenmiştir. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir. Bu düzenlemede, aralarında ilişki aranacak değişkenler ayrı ayrı sembolleştirilir (Karasar, 2006).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu, üniversite ve özel hastaneler bünyesinde yer alan, yataklı olarak hizmet veren 52 bağımlılık arındırma merkezinde görev yapan 682 sağlık çalışanı (Hekim, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, ebe ve sağlık memuru) oluşturmaktadır.

Yataklı arındırma merkezleri ve bu merkezlerde görev yapan sağlık çalışanı sayısı Çizelge-2.1'de gösterilmiştir.

Kurum Türü	Hizmet Tipi	Merkez Sayısı	Yatak kapasitesi	Personel Sayısı
Sağlık Bakanlığı	Erişkin	29	743	391
	Çocuk-Ergen	9	132	104
Üniversite	Erişkin	7	113	82
	Çocuk-Ergen	0	0	0
Özel	Erişkin	6	178	94
	Çocuk-Ergen	1	16	11
TOPLAM		52	1182	682

Araştırmanın örnekleme olasılıklı örnekleme yöntemlerinden sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak her meslekten ve her yaştan sağlık çalışanının örnekleme dahil edilmesi hedeflenmiştir. Evreni (N=682) %95 güven düzeyinde temsil eden 138 kişi (n), k=5 sistematiklik katsayısı ile örnekleme seçilmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Veriler veri toplama araçları ile on-line yöntemle toplanacaktır. Veri toplamak amacıyla iki araç kullanılacaktır:

Sosyodemografik Bilgi Formu: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerini (doğum yılı, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma süreleri, merkezde ne kadar süre çalıştıkları, ruhsal bir hastalığa yaklaşımla ilgili bir eğitim alıp almadıkları, mesleki deneyim); özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan sorudan oluşmaktadır.

Sağlık Personelinin Bağımlılara Yönelik Tutum Anketi: Araştırmanın bağımlı değişkeni sağlık personelinin madde bağımlısı bireylere yönelik tutum puanıdır. Konu ile ilgili literatürde bulunan benzer çalışmalarda kullanılan tutum, damgalama vb. ölçek ve çalışma soru formlarından araştırmacı tarafından 53 sorudan oluşan bir madde havuzu oluşturulmuş bağımlılık alanında çalışan beş uzmandan alınan görüşler ile 20 madde belirlenmiştir. Beşli likert ölçeği ile verilen yanıtlar 1'den 5'e puanlanmıştır. Tutum sorularından alınan puanlar 20 ile 100 arasında değişmektedir. Puan yükseldikçe bağımlı bireye yönelik olumsuz tutum artmaktadır.

2.4. Veri Toplama Yöntemi

İki bölümden oluşan anket formu on-line forma dönüştürülmüş, katılımcılara telefon yolu ile iletilmiştir. 12 Ekim-26 Ekim 2020 tarihleri arasında örnekleme çıkan bireylere iletilmiştir.

Tüm soruların cevaplanması zorunlu şekilde hazırlanan anket formunda üç katılımcının meslekleri ile eğitim durumları uygun cevaplanmadığından, 3 katılımcının çalıştığı kurum olarak araştırmacı tarafından araştırmaya dahil edilmeyen kurum türü olarak cevaplandığından dolayı geçerli ve güvenilir bulunmadığından değerlendirme dışı tutulmuştur.

2.5. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

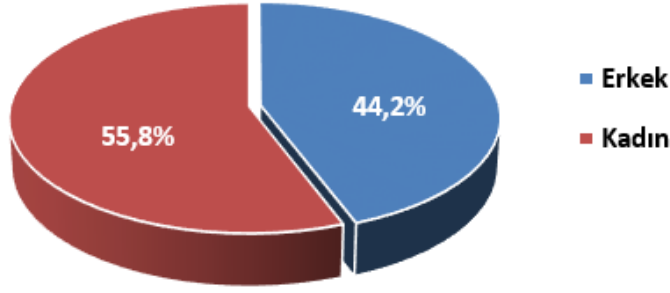
Verilerin analizi için sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolünde Shaphiro Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip değişkenlerin iki bağımsız grup karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerin iki bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann Whitney 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. Çoklu analizde tek yönlü analizde anlamlı bulunan değişkenler için üç farklı modelde regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 22.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Bu bölümde, bağımlılık arındırma merkezinde görev yapan sağlık personelinin erkek ve kadın bağımlılara yönelik tutumlarını incelediğimiz araştırmamıza katılan 138 kişiye ait veriler betimleyici özellikleri, erkek ve kadın bağımlılara yönelik tutumları ve tutumlarını etkileyen etmenler olmak üzere üç aşamada ele alınmıştır. Bulgular, n dağılımları, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, ortanca değer ve karşılaştırmalar tablo ve grafikler ile sunulmuştur. Veri analizine geçilmeden önce verilerin, normallik varsayımına uyum istatistikleri incelenmiştir. Normal dağılım göstermemesi nedeniyle non-parametrik testler ile hipotezler sınanmıştır.

3.1. Betimleyici İstatistikler

Bu bölümde, bağımlılık arındırma merkezlerinden araştırmaya katılmış olan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilmiştir.



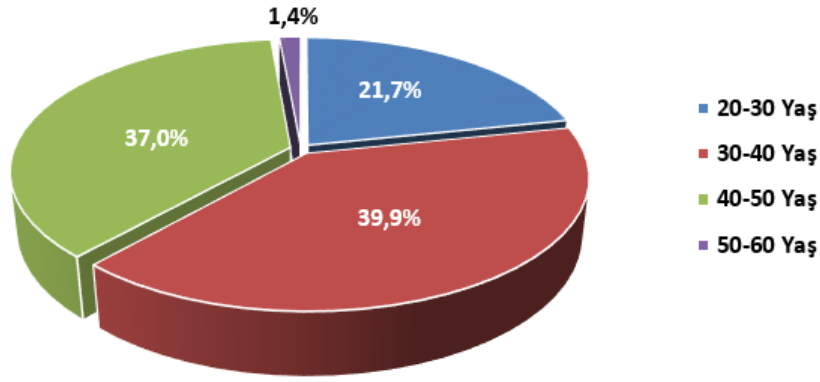
Şekil 3.1.1. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre dağılımları

Araştırmaya katılan 138 arındırma merkezi personelinin %56'sı (n=77) kadın %44'ü (n=61) erkektir.

Çizelge 3.1.1. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşlarına ilişkin istatistikler

Yaş	Maksimum	Minimum	Medyan	Ortalama
	60,0	21,0	37,5	36,2

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşları 21 ile 60 yaş aralığında değişkenlik göstermekle birlikte, ortalaması 36.2'dir.



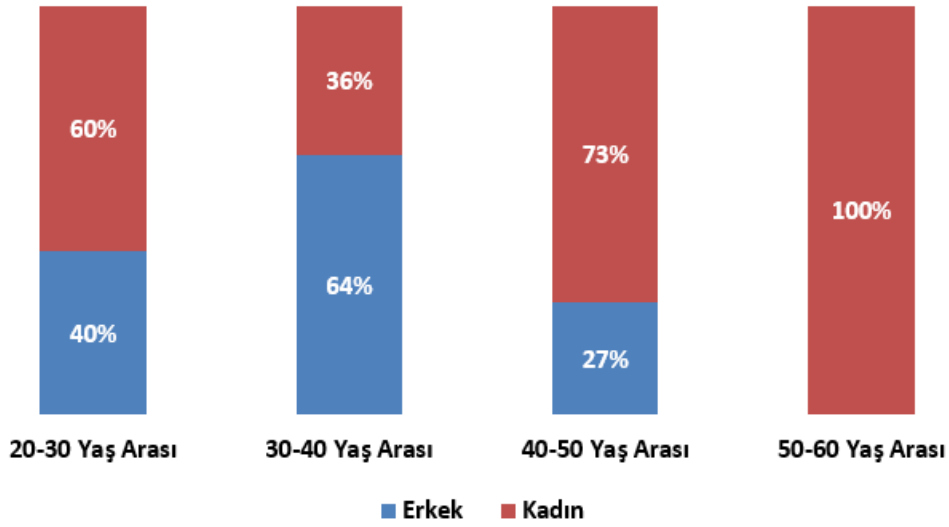
Şekil 3.1.2. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 3.1'e göre sağlık çalışanlarının yaklaşık %40'ı 30-40 yaş aralığında iken, yalnızca %1.4'ü 50-60 yaş aralığında bulunmaktadır.

Çizelge 3.1.2. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyetlerine göre yaş istatistikleri

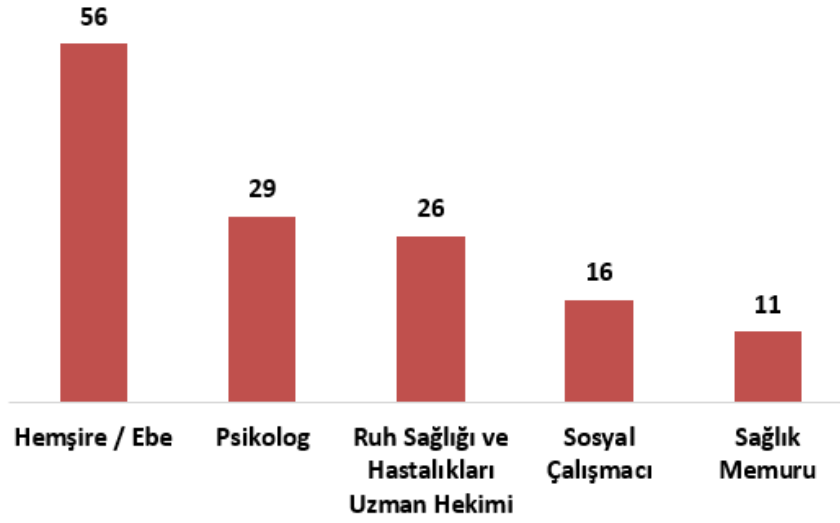
Cinsiyet	Minimum	Maksimum	Medyan	Ortalama
Erkek	21,0	49,0	35,0	34,6
Kadın	21,0	60,0	40,0	37,5

Çizelge 3.1.2'den kadınların erkeklere göre yaş ortalaması daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.



Şekil 3.1.3. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı

Sağlık personelinin yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde, 20-30 yaş aralığında %60'ının, 30-40 yaş aralığında %36'nın, 40-50 yaş aralığında %73'ünün ve 50-60 yaş aralığında ise 100,0'ünün kadın çalışan olduğu görülmektedir.



Şekil 3.1.4. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre dağılımı

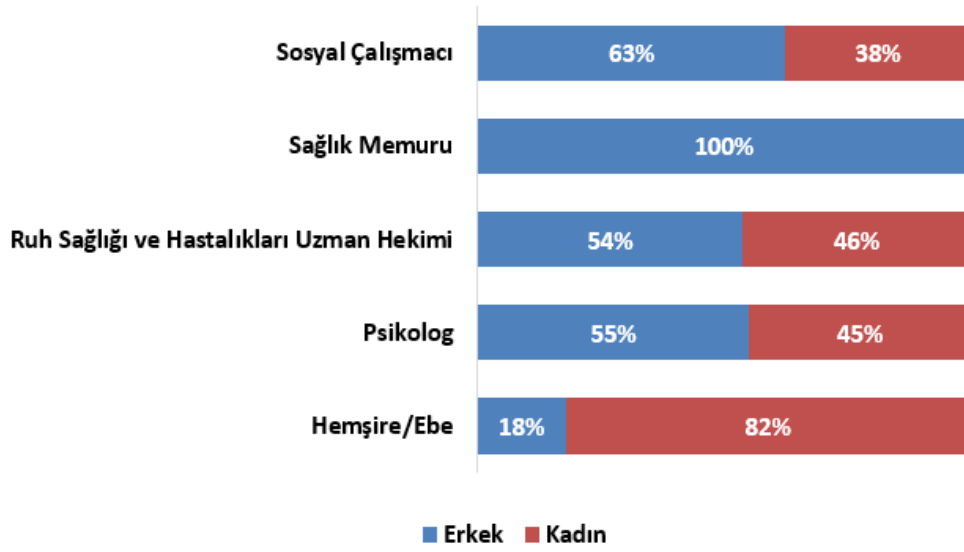
Bağımlılık arındırma merkezinde çalışan, araştırmamıza katılan personelin 56'sı hemşire ve ebe, 29'u psikolog, 26'sı ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi, 16'sı sosyal çalışmacı ve 11'i sağlık memurudur.

Çizelge 3.1.3. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine ve cinsiyete göre dağılımları

Meslek	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde*
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	14	53,8	12	46,2	26	18,8
Psikolog	16	55,2	13	44,8	29	21,0
Hemşire/Ebe	10	17,9	46	82,1	56	40,6
Sosyal Çalışmacı	10	62,5	6	37,5	16	11,6
Sağlık Memuru	11	100,0	-	-	11	8,0
TOPLAM	61	44,2	77	55,8	138	100,0

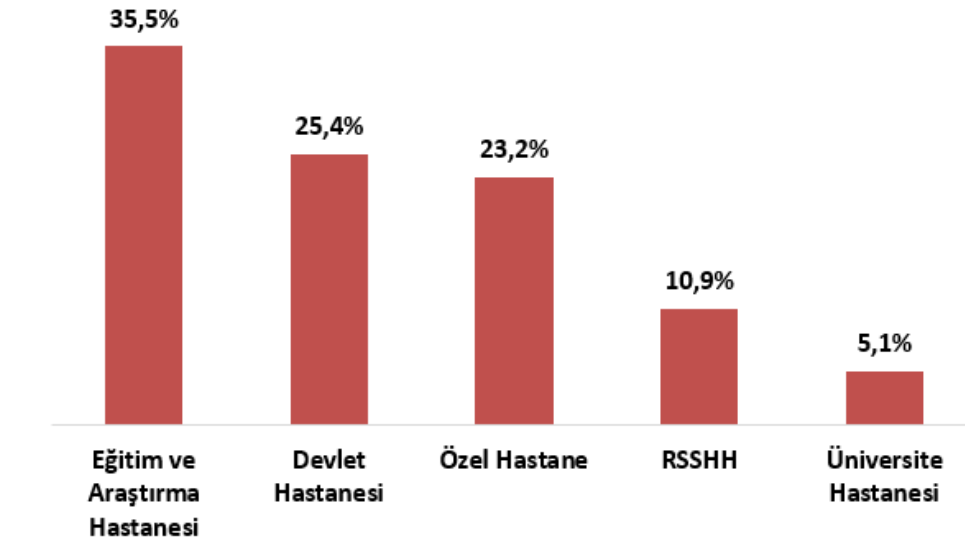
*Sütun yüzdesi iken diğer yüzdeler satır yüzdesidir.

Bağımlılık arındırma merkezlerinde görev yapan personelin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin %53,8', (n=14), psikologların %55,2'si (n=16), hemşire ve ebelerin %17,9'u (n=10), sosyal çalışmacıların %62,5'i (n=10) ve sağlık memurlarının tamamı erkektir.



Şekil 3.1.5. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre cinsiyet dağılımı

Yataklı arındırma merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %82'sinin, ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin %46'sının, psikologların %45'inin ve sosyal çalışmacılarının %38'inin kadın personel olduğu görülmüştür.



Şekil 3.1.6. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının görev yaptıkları kurum türüne göre dağılımı

Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının görev yaptıkları kurum türüne göre dağılımı Şekil 3.2’de verilmiştir. Sağlık çalışanlarının % 36’sı (n=49) eğitim araştırma hastanesi, %25’i (n=35) devlet hastanesi ve % 11’i (n=15) ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanesi olmak üzere Toplamda %72’si (n=99) kamuya ait hastanelerde görev yapmakta olup, % 23’ü (n= 32) özel hastane, %5’i (n=7) üniversite hastanesinde görev yapmaktadır.

Yataklı arındırma merkezinde halihazırda görev yapan sağlık personelinin ruh sağlığı alanında mesleki deneyimleri incelendiğinde aşağıdaki şekilde bulunmuştur:

Çizelge 3.1.4. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine ve psikiyatri alanında çalışma süresine göre dağılımları

Psikiyatri Alanında Çalışma Süresi	Meslek											
	Uzman Hekim		Psikolog		Hemşire/Ebe		Sosyal Çalışmacı		Sağlık Memuru		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0-4 Yıl	-	-	15	51,7	27	48,2	7	43,8	5	45,5	54	39,1
5-9 Yıl	9	34,6	6	20,7	13	23,2	5	31,3	3	27,3	36	26,1
10-14 Yıl	11	42,3	7	24,1	13	23,2	4	25,0	3	27,3	38	27,5
15 Yıl ve Üzeri	6	23,1	1	3,4	3	5,4	-	-	-	-	10	7,2
TOPLAM*	26	100,0	29	100,0	56	100,0	16	100,0	11	100,0	138	100,0

*Sütun yüzdesi

Bağımlılık arındırma merkezlerinde çalışan personelin %39,1'inin (n=54) psikiyatri alanında 0-4 yıl deneyimi bulunmaktadır. Uzman hekimlerin %34,6'sının (n=9) 5-9 yıl, %42,3'ünün (n=11) 10-14 yıl ve %23,1'inin (n=6) 15 yıl ve üzerindedir. Diğer meslek gruplarının ağırlıklı olarak 0-4 yıldır psikiyatri alanında çalıştığı görülmüştür. Hekim dışı sağlık personelinin mesleklerine göre 0-4 yıldır psikiyatri alanında çalışma oranı ele alındığında; psikologların %51'i (n=15), hemşire ve ebelerin %48'i (n=27), sağlık memurlarının %45'i (n=5) ve sosyal çalışmacıların %44'ü (n=7) 0-4 yıldır psikiyatri alanında çalıştığını belirtmiştir. Bu verilere göre, bağımlılık arındırma merkezinde görev yapan sağlık personelinin büyük çoğunluğunun düşük deneyime sahip olduğu dikkat çekici bir sonuçtur.

Çizelge 3.1.5. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının erkek ve kadın hasta için tutum ölçek sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Açıklama		Erkek Hasta					Kadın Hasta				
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1) Evinizin bir sitede olduğunu farz edelim. Bu kişinin oturduğum sitede görevli olarak çalışması beni rahatsız eder.	n %	19 13,1	28 20,3	47 34,1	21 15,2	23 16,7	26 18,8	29 21,0	43 31,2	22 15,9	18 13,0
2) Bu kişi yakın arkadaşım olabilir,	n %	21 15,2	18 13,0	39 28,3 (*)	38 27,5	22 15,9	22 15,9	31 22,5	37 26,8 (*)	31 22,5	17 12,3
3) Bu kişiyle aynı sosyal etkinlik grubu ya da kulüpte etkinliklere katılmak beni rahatsız etmez,	n %	17 12,3	19 13,8	34 24,6 (*)	36 26,1	32 23,2	10 7,2	23 16,7	32 23,2 (*)	42 30,4	31 22,5
4) Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması beni rahatsız eder,	n %	22 15,9	23 16,7	39 28,3	25 18,1	29 21,0	22 15,9	25 18,1	40 29,0	25 18,1	26 18,8
5) Altı yaşında bir çocuğunuz olduğunu farz edelim, Bu kişinin aynı yaştaki çocuğunun benim çocuğumla oynamasından rahatsız olmam,	n %	25 18,1	17 12,3	29 21,0	32 23,2	35 25,4	19 13,8	18 13,0	38 27,5	26 18,8	37 26,8
6) Bu kişiyle aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim, Aynı odayı onunla paylaşmak beni rahatsız eder,	n %	46 33,3	27 19,6	24 17,4	26 18,8	15 10,9	39 28,3	26 18,8	35 25,4	25 18,1	13 9,4
7) Bu kişiyi işe almakta tereddüt etmem,	n %	31 22,5	27 19,6	51 37,0	17 12,3	12 8,7	25 18,1	35 25,4	50 36,2	16 11,6	12 8,7
8) Madde bağımlısı olan bu kişi tehlikelidir,	n %	40 29,0	38 27,5	32 23,2	18 13,0	10 7,2	50 36,2	33 23,9	37 26,8	13 9,4	5 3,6
9) Bu kişi ahlaki olarak zayıf karakterdedir,	n %	63 45,7	27 19,6	34 24,6	8 5,8	6 4,3	66 47,8	32 23,2	25 18,1	11 8,0	4 2,9
10) Bu kişi geçimini gayrimeşru yollardan sağlar,	n %	54 39,1	32 23,2	40 29,0	10 7,2	2 1,4	56 40,6	32 23,2	38 27,5	9 6,5	3 2,2
11) Bu kişi çocuk sahibi olmamalıdır,	n %	43 31,2	30 21,7	36 26,1	17 12,3	11 8,0	47 34,1	22 15,9	41 29,7	16 11,6	12 8,7
12) Bu kişi tedavi olamaz,	n %	94 68,1 (*)	27 19,6	12 8,7	4 2,9	1 0,7	100 72,5 (*)	26 18,8	8 5,8	3 2,2	1 0,7
13) Bağımlı kişinin cinsiyeti sunacağım sağlık hizmetini etkilemez,	n %	21 15,2	4 2,9	8 5,8	22 15,9	83 60,1	14 10,1	8 5,8	6 4,3	24 17,4	86 62,3
14) Madde bağımlılığı bir hastalıktır,	n %	6 4,3	0 0,0	4 2,9	23 16,7	105 76,1 (*)	5 3,6	1 0,7	5 3,6	25 18,1	102 73,9 (*)
15) Bu kişi toplum içerisinde serbest dolaşmamalıdır,	n %	71 51,4	44 31,9	16 11,6	4 2,9	3 2,2	71 51,4	38 27,5	21 15,2	7 5,1	1 0,7
16) Bu kişiler topluma kötü örnektir,	n %	39 28,3	39 28,3	28 20,3	24 17,4	8 5,8	44 31,9	37 26,8	29 21,0	21 15,2	7 5,1
17) Bağımlılık iradesizliğin göstergesidir,	n %	75 54,3	25 18,1	17 12,3	13 9,4	8 5,8	75 54,3	23 16,7	17 12,3	13 9,4	10 7,2
18) Başına gelenlerden kendisi sorumludur,	n %	38 27,5	40 29,0	29 21,0	18 13,0	13 9,4	43 31,2	39 28,3	26 18,8	21 15,2	9 6,5
19) Anlaşılmayı ve sempatiyi hak etmiyorlar,	n %	93 67,4 (*)	30 21,7	9 6,5	3 2,2	3 2,2	101 73,2 (*)	25 18,1	8 5,8	2 1,4	2 1,4
20) Bağımlıların tedavisi için harcanan paralar boşadır,	n %	90 65,2 (*)	34 24,6	8 5,8	3 2,2	3 2,2	98 71,0 (*)	24 17,4	11 8,0	3 2,2	2 1,4

Çizelge 3.1.5'e göre 'bağımlıların tedavisi için harcana paralar boşadır' ifadesi için sağlık çalışanlarının %65,2'si erkek hastalar için. %71'i kadın hastalar için "kesinlikle katılmıyorum" yanıtını vermiştir.

"Bu kişi tedavi olamaz" ifadesi için sağlık çalışanlarının %68,1'i erkek hastalar için. %72,5'i ise kadın hastalar için "kesinlikle katılmıyorum" yanıtını vermiştir. Yine aynı tabloda "Bağımlılık bir hastalıktır" ifadesi için "kesinlikle katılıyorum" yanıtı %70'in üzerindedir.

"Anlaşılmayı ve sempatiyi hak etmiyorlar" ifadesi için Sağlık çalışanlarının %67,4'ü erkek hastalar için. %73,2'si kadın hastalar için "kesinlikle katılmıyorum" yanıtını vermiştir.

Sağlık çalışanları "Bu kişi yakın arkadaşım olabilir". "Bu kişiyle aynı sosyal etkinlik grubu ya da kulüpte etkinliklere katılmak beni rahatsız etmez" gibi olumlu yargı içeren iki ifadede çekimser kaldığı ve "kararsızım" yanıtı vermesi de dikkat çekicidir.

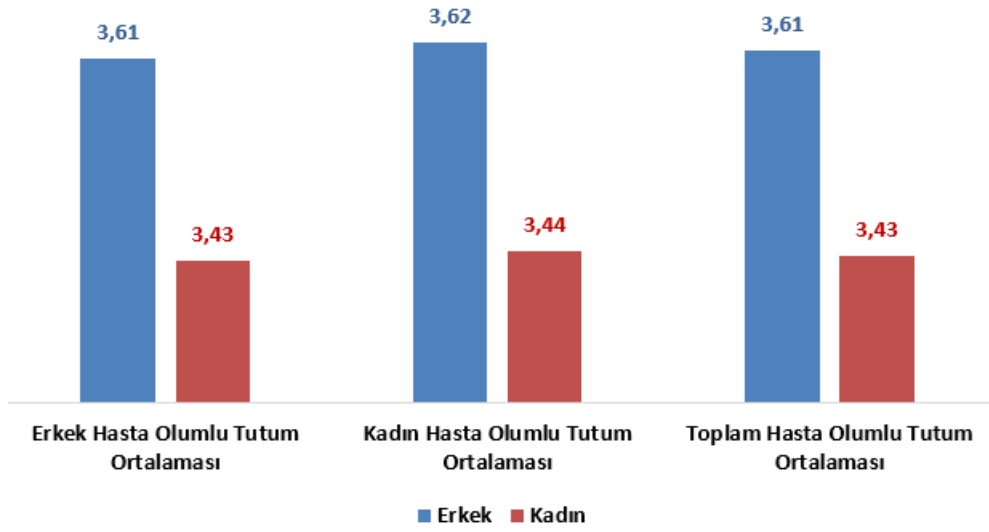
Çizelge 3.1.6. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının bazı demografik özellikleri

Demografik Özellik	Tanımlayıcı özellikleri				
	n	$\bar{X}$	SS	Min	Maks
Yaş	138	36,3	7,52	21	60
Çocuk sayısı	138	1,02	1,02	0	4
Psikiyatri alanında çalışma süresi (yıl)	138	7,12	5,64	0	33
Bağımlılık alanında çalışma süresi (yıl)	138	4,13	3,71	0	20

Çizelge 3.1.6'ya göre sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $36,3 \pm 7,52$ yıldır. Sağlık çalışanının sahip olduğu ortalama çocuk sayısı yaklaşık $1,02 \pm 1,02$ 'dir. Yataklı arındırma merkezinde görev yapan sağlık çalışanının psikiyatri alanında ortalama çalışma süresi $7,12 \pm 5,64$ yıl olup, bağımlılık arındırma merkezinde ortalama çalışma süresi ise $4,13 \pm 3,71$ yıldır.

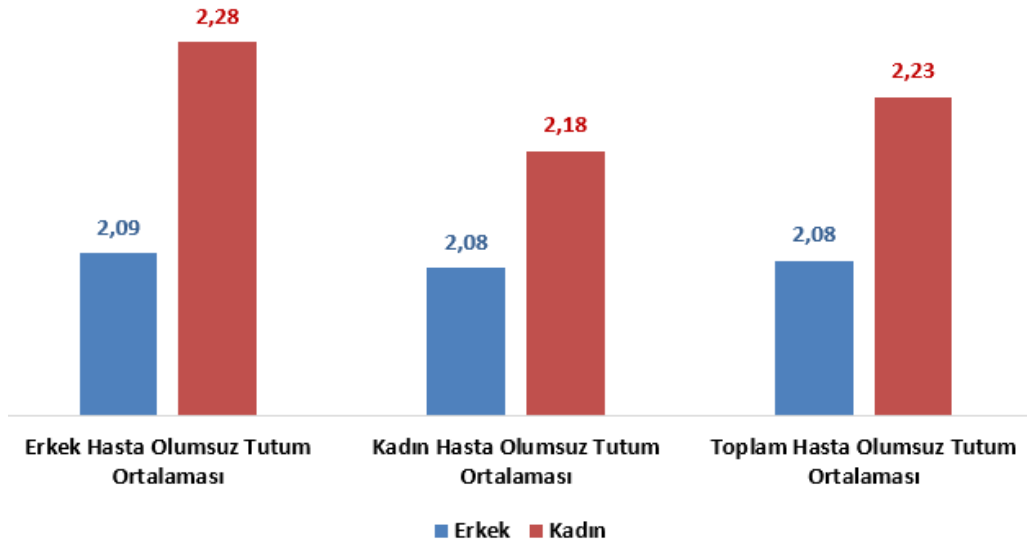
Çizelge 3.1.7. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının erkek ve kadın hasta için ortalama tutum puanları ve standart sapmaları

Ölçek		Erkek Hasta		Kadın Hasta	
Soru No	Hasta Tutum Soruları	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
1	Evinizin bir sitede olduğunu farz edelim. Bu kişinin oturduğum sitede görevli olarak çalışması beni rahatsız eder.	3.01	1.26	2.83	1.28
2	Bu kişi yakın arkadaşım olabilir.	3.16	1.28	2.93	1.26
3	Bu kişiyle aynı sosyal etkinlik grubu ya da kulüpte etkinliklere katılmak beni rahatsız etmez.	3.34	1.31	3.44	1.21
4	Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması beni rahatsız eder.	3.12	1.35	3.06	1.33
5	Altı yaşında bir çocuğunuz olduğunu farz edelim. Bu kişinin aynı yaştaki çocuğunun benim çocuğumla oynamasından rahatsız olmam.	3.25	1.43	3.32	1.36
6	Bu kişiyle aynı iş yerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak beni rahatsız eder.	2.54	1.40	2.62	1.32
7	Bu kişiyi işe almakta tereddüt etmem.	2.65	1.21	2.67	1.16
8	Madde bağımlısı olan bu kişi tehlikelidir.	2.42	1.24	2.20	1.14
9	Bu kişi ahlaki olarak zayıf karakterdedir.	2.04	1.16	1.95	1.12
10	Bu kişi geçimini gayrimeşru yollardan sağlar.	2.09	1.05	2.07	1.07
11	Bu kişi çocuk sahibi olmamalıdır.	2.44	1.27	2.45	1.30
12	Bu kişi tedavi olamaz.	1.49	0.83	1.40	0.76
13	Bağımlı kişinin cinsiyeti sunacağım sağlık hizmetini etkilemez.	4.03	1.47	4.16	1.34
14	Madde bağımlılığı bir hastalıktır.	4.60	0.91	4.58	0.89
15	Bu kişi toplum içerisinde serbest dolaşmamalıdır.	1.72	0.93	1.76	0.94
16	Bu kişiler topluma kötü örnektir.	2.44	1.23	2.35	1.22
17	Bağımlılık iradesizliğin göstergesidir.	1.94	1.25	1.99	1.31
18	Başına gelenlerden kendisi sorumludur.	2.48	1.28	2.38	1.25
19	Anlaşılmayı ve sempatiyi hak etmiyorlar.	1.50	0.88	1.40	0.79
20	Bağımlıların tedavisi için harcanan paralar boşadır.	1.51	0.87	1.46	0.85
Tüm Sorular		2.59	1.44	2.55	1.43



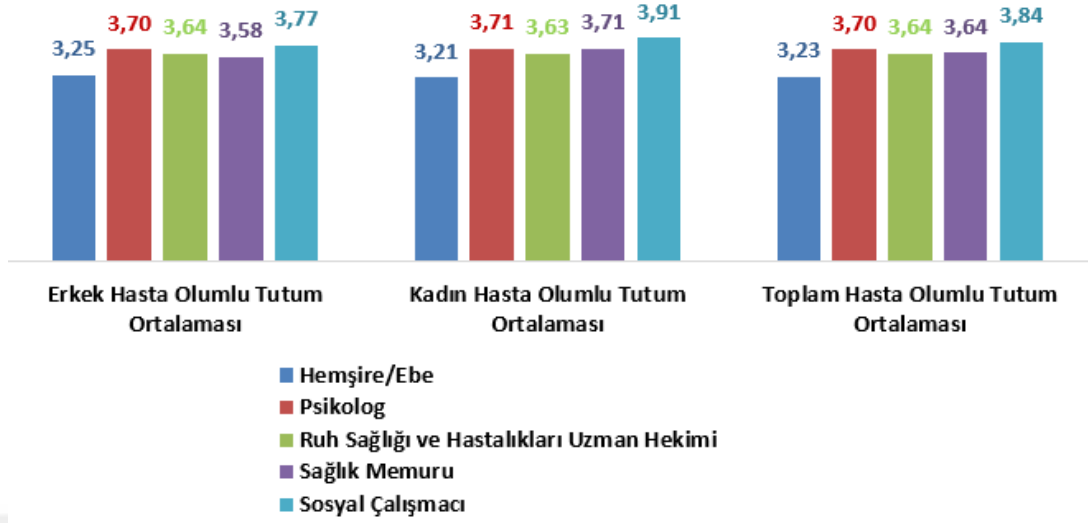
Şekil 3.1.7. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyetine göre olumlu tutum ortalama puanları

Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre Toplam Hasta olumlu tutum ortalaması erkek sağlık çalışanında %3.61 iken, kadın sağlık çalışanında 3.43'tür.



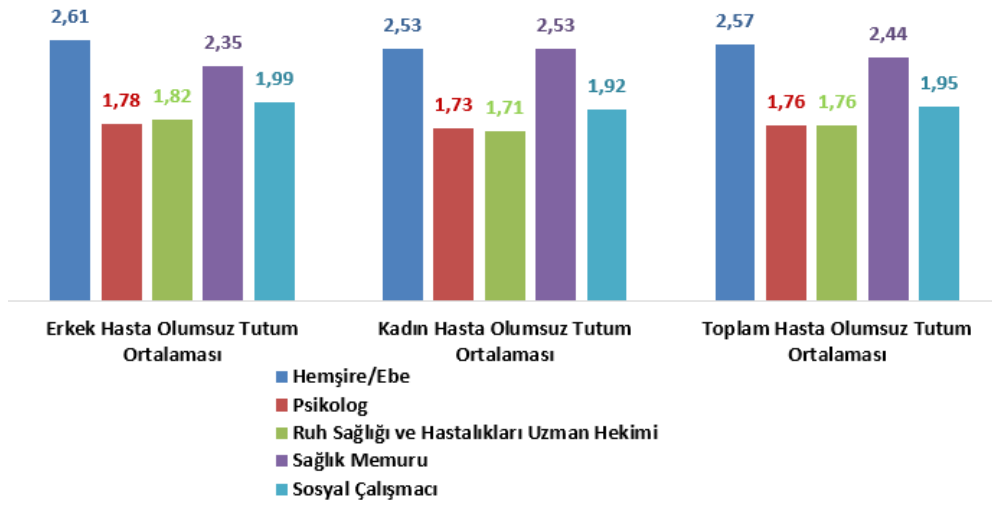
Şekil 3.1.8. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyetine göre olumsuz tutum ortalama puanları

Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre olumsuz tutum ortalaması Toplam Hasta olumsuz tutum puanlarına göre erkek sağlık çalışanında %2.08 iken, kadın sağlık çalışanında %2.23'tür.



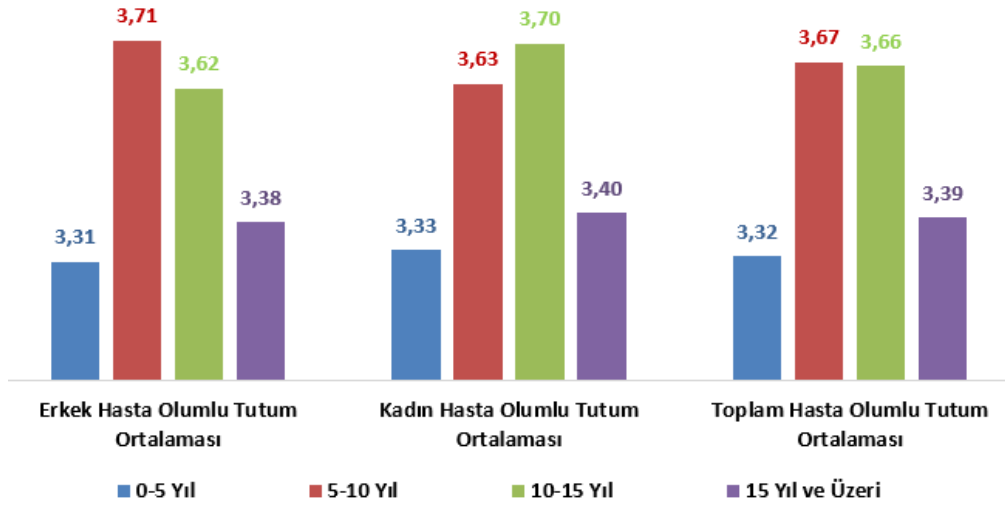
Şekil 3.1.9. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre olumlu tutum ortalama puanları

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bağımlı hastalara yönelik olumlu tutum ortalaması incelendiğinde, hastanın cinsiyeti fark etmeksizin sosyal çalışmacıların daha olumlu tutuma sahip olduğu, hemşire ve ebelerin daha en az olumlu tutuma sahip olduğu söylenebilir.



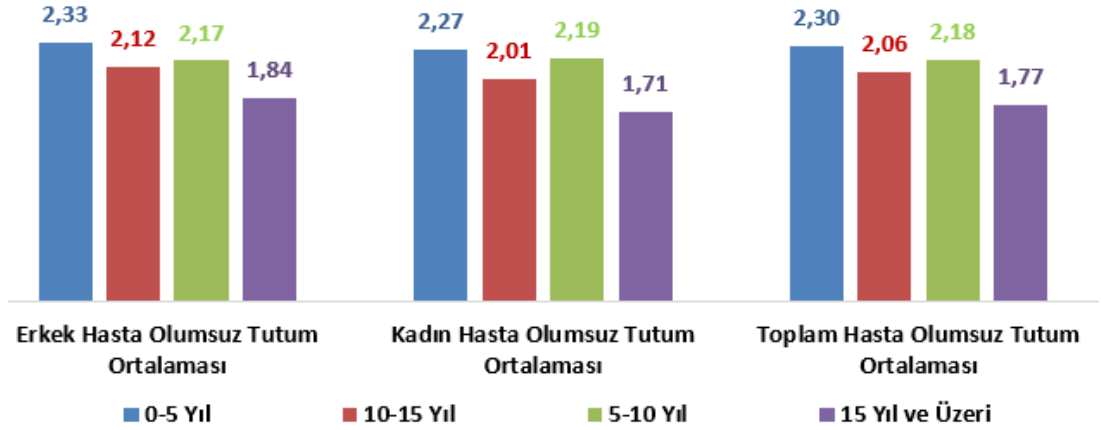
Şekil 3.1.10. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre olumsuz tutum ortalama puanları

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bağımlı hastalara yönelik olumsuz tutum ortalaması incelendiğinde, erkek ve kadın bağımlı hastaya en olumsuz tutuma sahip meslek sırasıyla hemşire ve ebe, sağlık memurudur. Olumsuz tutum ortalaması en düşük meslek ise psikologlardır.



Şekil 3.1.11. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma yılına göre olumlu tutum ortalama puanları

Sağlık çalışanlarının psikiyatride çalışma yılına göre bağımlı hastalara yönelik olumlu tutumu değerlendirildiğinde, 0-5 yıl aralığında çalışanlar en az olumlu tutuma sahip olduğu, 5-10 yıl aralığında ve 10-15 yıl aralığında çalışanların ortalama %3.70 en yüksek düzeyde olumlu tutuma sahip olduğu söylenebilir.



Şekil 3.1.12. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma yılına göre olumsuz tutum ortalama puanları

Sağlık çalışanlarının psikiyatride çalışma yılına göre TOPLAM bağımlı hastalara yönelik en yüksek düzeyde olumsuz tutum ortalaması sırasıyla 0-5 yıl, 5-10 yıldır. 15 yıl ve üzeri deneyimi olan sağlık çalışanı ise cinsiyet fark etmeksizin en düşük olumsuz tutuma sahiptir.

3.2. Hasta Tutum Puanlarına İlişkin Testler

Bu bölümde sağlık personelinin mesleğine, cinsiyetine, yaşına ve psikiyatride çalışma süresine göre hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının istatistiksel olarak normal dağılıma yakınsayıp yakınsamadığına ilişkin Kolmogorov-Smirnov ve Shaphiro-Wilk testleri yapılmıştır. Verilerin dağılımına ilişkin karar verirken, bu testlerin yanında Box-Whisker kutu grafiği, histogram grafiği basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) katsayıları da incelenerek dağılıma ilişkin karar verilmiştir.

Yapılan normallik testleri sonucuna göre tutum puanlarının sağlık personelinin mesleğine, Cinsiyetine, yaşına ve psikiyatride çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği ise gerekli testler uygulanarak ortaya konulmuştur.

Erkek Hasta Tutum Puanlarına İlişkin Testler:

H₀: Mesleklere göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir. (X dağılımı $N(\mu, \sigma^2)$)

H₁: Mesleklere göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir. (X dağılımı diğer)

Çizelge 3.2.1. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Meslek	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	2.36	0.31	0.106	0.200	0.982	0.906
Psikolog	2.36	0.28	0.117	0.200	0.952	0.208
Sosyal Çalışmacı	2.52	0.27	0.133	0.200	0.925	0.199
Hemşire/Ebe	2.83	0.42	0.090	0.200	0.983	0.629
Sağlık Memuru	2.72	0.32	0.159	0.200	0.945	0.579

*p<0.05 **p<0.01

Mesleklere göre erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir. Sonuç olarak, mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında fark olup olmadığını karşılaştırırken parametrik testlerin kullanılması uygundur.

Meslek, yaş ve çalışma Süresine göre ortalama tutum puanları arasındaki farklılık incelenirken ANOVA (F-testi) yapılacağından öncelikle varyans homojenliği incelenmelidir.

H₀: Mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.2. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
2.006	4	133	0.097

*p<0.05 **p<0.01

Mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$)

H₁: Mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. (En az bir μ_i farklıdır (i=1.2.3.4.5))

Çizelge 3.2.3. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	6.465	4	1.616	13.054**	0.000
Grup İçi	16.466	133	0.124		
TOPLAM	22.931	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

Yapılan F-testine göre mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre, farklılığın hangi meslek grubundan kaynaklandığını tespit etmek için çoklu karşılaştırma testleri uygulanmıştır.

H₀: $\mu_i = \mu_j$ (i=1....5 ; j=1....5 olmak üzere)

H₁: $\mu_i \neq \mu_j$

Çizelge 3.2.4. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre erkek hasta ortalama tutum puanı Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar

	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Psikolog	Sosyal Çalışmacı	Hemşire/Ebe	Sağlık Memuru
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	-	1.000 -0.00348	0.618 0.15841	0.000 0.47136**	0.045 0.35472*
Psikolog	1.000 0.00348	-	0.579 0.16189	0.000 0.47484**	0.037 0.35820*
Sosyal Çalışmacı	0.618 -0.15841	0.579 -0.16189	-	0.018 0.31295*	0.613 0.19631
Hemşire/Ebe	0.000 -0.47136**	0.000 -0.47484*	0.018 -0.31295*	-	0.853 -0.11664
Sağlık Memuru	0.045 -0.35472*	0.037 -0.35820*	0.613 -0.19631	0.853 0.11664	-

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, hemşire ve ebelerin erkek hasta tutum puanları ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi, psikolog ve sosyal çalışmacılardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Yani hemşire ve ebelerin erkek hastalara ilişkin tutum puanları bahse konu mesleklere göre daha yüksektir. Sağlık memurlarının tutum puanları ise ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ve psikologlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

H₀: Cinsiyete göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Cinsiyete göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.5. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Cinsiyet	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
Kadın	2.54	0.41	0.094	0.092	0.972	0.086
Erkek	2.53	0.42	0.064	0.200	0.986	0.729

*p<0.05 **p<0.01

Cinsiyete göre erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Cinsiyete göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Cinsiyete göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

H₀: Cinsiyete göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Cinsiyete göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 3.2.6. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre erkek hasta tutum puan ortalamalarının varyans homojenliği ve puan ortalamaları arasındaki fark testleri

	Levene Testi		t-test değeri	p-değeri
	F-test değeri	p-değeri		
Varyanslar homojen	1.279	0.260	1.404	0.163
Varyanslar homojen değil			1.421	0.158

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre sağlık personelinin cinsiyetine göre erkek hasta tutum puanlarının varyansları homojendir. Ayrıca cinsiyete göre sağlık personelinin erkek hastalara ilişkin tutum puanları %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

H₀: Yaşa göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Yaşa göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.7. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Yaş Grupları	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
20-29	2.62	0.44	0.118	0.200	0.955	0.230
30-39	2.52	0.36	0.101	0.200	0.967	0.136
40-49	2.68	0.44	0.081	0.200	0.970	0.214
50+	2.59	0.28	0.260			

*p<0.05 **p<0.01

Yaş gruplarına göre erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.8. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
0.752	3	134	0.523

*p<0.05 **p<0.01

Yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Yaşı göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Yaşı göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 3.2.9. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	0.694	3	0.231	1.394	0.247
Grup İçi	22.237	134	0.166		
TOPLAM	22.931	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre, yapılan F-testine göre yaşa göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Bu sonuç, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının %40 oranla 30-40 yaş aralığında (ortalama yaş 36.2, medyan yaş 37.5), yani yaş dağılımının homojen olması ile açıklanabilir.

H₀: Psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Psikiyatride çalışma süresine erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.10. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Psikiyatride Çalışma Yılı	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
0-4 Yıl	2.65	0.46	0.080	0.200	0.968	0.150
5-9 Yıl	2.63	0.37	0.088	0.200	0.985	0.886
10-14 Yıl	2.57	0.37	0.125	0.141	0.952	0.105
15 Yıl ve Üzeri	2.30	0.24	0.161	0.200	0.966	0.854

*p<0.05 **p<0.01

Psikiyatride çalışma yılına göre erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.11. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
2.367	3	134	0.074

*p<0.05 **p<0.01

Psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₁: Psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 3.2.12. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	1.136	3	0.379	2.327	0.077
Grup İçi	21.795	134	0.164		
TOPLAM	22.931	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

Yapılan F-testine göre psikiyatride çalışma süresine göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₀: Bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre erkek hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.13. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre erkek hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Bağımlılık Merkezinde Çalışma Yılı	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
0-4 Yıl	2.60	0.42	0.072	0.200	0.983	0.279
5-9 Yıl	2.68	0.31	0.137	0.173	0.952	0.209
10 Yıl ve Üzeri	2.42	0.44	0.182	0.162	0.830	0.007

*p<0.05 **p<0.01

Bağımlılık merkezinde çalışma yılına göre erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

Kadın Hasta Tutum Puanlarına İlişkin Testler:

H₀: Mesleklere göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Mesleklere göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.14. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Meslek	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	P-değeri	SW test değeri	P-değeri
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	2.28	0.38	0.155	0.109	0.931	0.081
Psikolog	2.33	0.32	0.102	0.200	0.961	0.343
Sosyal Çalışmacı	2.52	0.35	0.102	0.200	0.939	0.340
Hemşire/Ebe	2.76	0.43	0.103	0.200	0.989	0.899
Sağlık Memuru	2.89	0.42	0.215	0.164	0.930	0.415

*p<0.05 **p<0.01

Mesleklere göre kadın hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Mesleklere göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Mesleklere göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.15. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
0.616	4	133	0.652

*p<0.05 **p<0.01

Mesleklere göre kadın hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Mesleklere göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Mesleklere göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 3.2.16. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre erkek hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	7.061	4	1.765	11.592**	0.000
Grup İçi	20.252	133	0.152		
TOPLAM	27.313	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

Yapılan çoklu karşılaştırma testine göre mesleklere göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Yapılan F-testine göre mesleklere göre erkek hasta ortalama tutum puanları arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre farklılığın hangi meslek grubundan kaynaklandığını tespit etmek için çoklu karşılaştırma testleri uygulanmıştır.

H₀: $\mu_i = \mu_j$ (i=1....5 ; j=1....5 olmak üzere)

H₁: $\mu_i \neq \mu_j$

Çizelge 3.2.17. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklerine göre kadın hasta tutum puanı Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar

	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Psikolog	Sosyal Çalışmacı	Hemşire/Ebe	Sağlık Memuru
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	-	0.995 -0.04125	0.342 -0.23101	0.000 -0.47788**	0.000 -0.60175**
Psikolog	0.995 -0.04125	-	0.525 -0.18976	0.000 -0.43664**	0.001 -0.56050**
Sosyal Çalışmacı	0.342 -0.23101	0.525 -0.18976	-	0.174 -0.24687	0.115 -0.37074
Hemşire/Ebe	0.000 -0.47788**	0.000 -0.43664**	0.174 -0.24687	-	0.871 0.12386
Sağlık Memuru	0.000 -0.60175**	0.001 -0.56050**	0.115 -0.37074	0.871 0.12386	-

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda hemşire ve ebelerin kadın hasta tutum puanları ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekim ve psikologlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Sağlık memurlarının tutum puanları ise ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ve psikologlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

H₀: Cinsiyete göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Cinsiyete göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.18. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Cinsiyet	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
Kadın	2.58	0.44	0.074	0.200	0.976	0.157
Erkek	2.54	0.46	0.066	0.200	0.988	0.795

*p<0.05 **p<0.01

Cinsiyete göre kadın hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Cinsiyete göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Cinsiyete göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

H₀: Cinsiyete göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Cinsiyete göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 3.2.19. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre kadın hasta puan ortalamalarının varyans homojenliği ve puan ortalamaları arasındaki fark testleri

	Levene Testi		t-test değeri	p-değeri
	F-test değeri	p-değeri		
Varyanslar homojen	0.001	0.980	0.134	0.894
Varyanslar homojen değil			0.134	0.894

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre sağlık personelinin cinsiyetine göre kadın hasta tutum puanlarının varyansları homojendir. Ancak cinsiyete göre sağlık personelinin kadın hastalara ilişkin tutum puanları %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

H₀: Yaşa göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Yaşa göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.20. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Yaş Grupları	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
20-29	2.54	0.41	0.117	0.200	0.976	0.724
30-39	2.53	0.42	0.105	0.200	0.970	0.192
40-49	2.61	0.49	0.081	0.200	0.975	0.340
50+	2.42	0.53	0.260	-	-	-

*p<0.05 **p<0.01

Yaş gruplarına göre kadın hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Yaşı göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Yaşı göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.21. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşı göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
0.305	3	134	0.822

*p<0.05 **p<0.01

Yaşı göre kadın hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Yaşı göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₁: Yaşı göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 3.2.22. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	0.276	3	0.092	0.456	0.713
Grup İçi	27.036	134	0.202		
TOPLAM	27.313	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

Yapılan çoklu karşılaştırma testine göre yaşa göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Bu sonuç, yaşa göre erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının fark testinde olduğu gibi, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının %40 oranla 30-40 yaş aralığında (ortalama yaş 36.2, medyan yaş 37.5), yani yaş dağılımının homojen olması ile açıklanabilir.

H₀: Psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.23. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Psikiyatride Çalışma Yılı	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
0-4 Yıl	2.63	0.45	0.089	0.200	0.974	0.297
5-9 Yıl	2.63	0.40	0.068	0.200	0.981	0.781
10-14 Yıl	2.54	0.35	0.128	0.121	0.949	0.084
15 Yıl ve Üzeri	2.25	0.22	0.178	0.200	0.943	0.584

*p<0.05 **p<0.01

Psikiyatride çalışma yılına göre kadın hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.24. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
1.408	3	134	0.243

*p<0.05 **p<0.01

Psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₁: Psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 3.2.25. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	1.589	3	0.530	2.759*	0.045
Grup İçi	25.724	134	0.192		
TOPLAM	27.313	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

Yapılan çoklu karşılaştırma testine göre psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bir farklılık vardır.

Yapılan F-testine göre psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanları arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre farklılığın hangi deneyim grubundan kaynaklandığını tespit etmek için çoklu karşılaştırma testleri uygulanmıştır.

H₀: $\mu_i = \mu_j$ (i=1....5 ; j=1....5 olmak üzere)

H₁: $\mu_i \neq \mu_j$

Çizelge 3.2.26. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre kadın hasta ortalama tutum puanları Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar

	0-4 Yıl	5-9 Yıl	10-14 Yıl	15 Yıl ve Üzeri
0-4Yıl	-	1.000 -0.00602	0.692 0.10180	0.042 0.40259*
5-9 Yıl	1.000 -0.00602	-	0.716 0.10782	0.049 0.40861*
10-14Yıl	0.692 0.10180	0.716 0.10782	-	0.220 -0.30079
15 Yıl ve Üzeri	0.042 0.40259*	0.049 0.40861*	0.220 -0.30079	-

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda psikiyatride çalışma süresi 0-5 yıl ve 5-10 yıl olan sağlık personelinin kadın hastalara ilişkin tutum puanları 15 yıl ve üzeri deneyimi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

H₀: Bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre kadın hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.27. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre kadın hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Bağımlılık Merkezinde Çalışma Yılı	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
0-4 Yıl	2.56	0.45	0.071	0.200	0.992	0.859
5-9 Yıl	2.67	0.43	0.110	0.200	0.966	0.453
10 Yıl ve Üzeri	2.34	0.39	0.254	0.007	0.825	0.006

*p<0.05 **p<0.01

Bağımlılık merkezinde çalışma yılına göre kadın hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

Toplam Hasta Tutum Puanlarına İlişkin Testler:

H₀: Mesleklere göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Mesleklere göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.28. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Meslek	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	P-değeri	SW test değeri	P-değeri
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	2.32	0.33	0.151	0.134	0.954	0.289
Psikolog	2.34	0.30	0.122	0.200	0.945	0.137
Sosyal Çalışmacı	2.52	0.29	0.150	0.200	0.919	0.164
Hemşire/Ebe	2.80	0.40	0.101	0.200	0.979	0.445
Sağlık Memuru	2.80	0.34	0.193	0.200	0.949	0.628

*p<0.05 **p<0.01

Mesleklere göre tüm hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Mesleklere göre Toplam Hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Mesleklere göre Toplam Hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.29. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
0.774	4	133	0.544

*p<0.05 **p<0.01

Mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 3.2.30. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	6.614	4	1.654	13.505**	0.000
Grup İçi	16.284	133	0.122		
TOPLAM	22.898	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

Yapılan F testi sonucunda mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

F-testi sonucuna göre mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre farklılığın hangi meslek grubundan kaynaklandığını tespit etmek için çoklu karşılaştırma testleri uygulanmıştır.

H₀: $\mu_i = \mu_j$ (i=1....5 ; j=1....5 olmak üzere)

H₁: $\mu_i \neq \mu_j$

Çizelge 3.2.31. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının mesleklere göre toplam hasta ortalama tutum puanları Tukey HSD testine ilişkin p-değerleri ve ortalamalar arası farklar

	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Psikolog	Sosyal Çalışmacı	Hemşire/Ebe	Sağlık Memuru
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	-	1.000 -0.01889	0.406 -0.19471	0.000 -0.47462**	0.002 -0.47823**
Psikolog	1.000 -0.01889	-	0.491 -0.17582	0.000 -0.45573**	0.003 -0.45935**
Sosyal Çalışmacı	0.406 -0.19471	0.491 -0.17582	-	0.043 -0.27991*	0.240 -0.28352
Hemşire/Ebe	0.000 -0.47462**	0.000 -0.45573**	0.043 -0.27991*	-	1.000 0.00361
Sağlık Memuru	0.002 -0.47823**	0.003 -0.45935**	0.240 -0.28352	1.000 0.00361	-

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda hemşire ve ebelerin Toplam Hasta Tutum Puanları ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi, psikolog ve sosyal çalışmacılardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Yani hemşire ve ebelerin erkek hastalara ilişkin tutum puanları bahse konu mesleklere göre daha yüksektir. Sağlık memurlarının tutum puanları ise ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ve psikologlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

H₀: Cinsiyete göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Cinsiyete göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.32. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Cinsiyet	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
Kadın	2.63	0.41	0.85	0.200	0.969	0.060
Erkek	2.54	0.41	0.068	0.200	0.986	0.703

*p<0.05 **p<0.01

Cinsiyete göre tüm hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Cinsiyete göre Toplam Hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Cinsiyete göre Toplam Hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

H₀: Cinsiyete göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H₁: Cinsiyete göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 3.2.33. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının cinsiyete göre toplam hasta ortalama puan varyans homojenliği ve puan ortalamaları arasındaki fark testleri

	Levene Testi		t-test değeri	p-değeri
	F-test değeri	p-değeri		
Varyanslar homojen	0.279	0.599	0.643	0.522
Varyanslar homojen değil			0.624	0.535

*p<0.05 **p<0.01

Çizelgeye göre sağlık personelinin cinsiyetine göre Toplam Hasta tutum puanlarının varyansları homojendir. Ancak cinsiyete göre sağlık personelinin toplam hastalara ilişkin tutum puanları %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

H₀: Yaşa göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Yaşa göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.34. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaş gruplarına göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Yaş Grupları	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
20-29	2.58	0.42	0.082	0.200	0.969	0.525
30-39	2.52	0.38	0.106	0.182	0.966	0.118
40-49	2.65	0.44	0.093	0.200	0.971	0.247
50+	2.51	0.40	0.260	-	-	-

*p<0.05 **p<0.01

Yaş gruplarına göre tüm hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Yaşa göre Toplam Hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojendir.

H₁: Yaşa göre Toplam Hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyanslar homojen değildir.

Çizelge 3.2.35. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşa göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin varyans homojenliği testi

Levene test istatistiği	sd1	sd2	p-değeri
0.131	1	136	0.718

*p<0.05 **p<0.01

Yaşa göre toplam hasta ortalama tutum puanları varyanslarının homojenliğine ilişkin yapılan Levene testine göre varyanslar %95 güven düzeyinde homojendir.

H₀: Yaşıa göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₁: Yaşıa göre toplam hasta ortalama tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 3.2.36. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının yaşıa göre toplam hasta ortalama tutum puanlarına ilişkin F-testi

	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F test istatistiği	p-değeri
Gruplar Arası	0.157	1	0.157	0.937	0.335
Grup İçi	22.741	136	0.167		
TOPLAM	22.898	137	-		

*p<0.05 **p<0.01

F testi sonucuna göre yaşıa göre Toplam Hasta Tutum Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Bu durum sağlık çalışanlarının yaş dağılımlarının homojen olması ile açıklanabilir (Bkz. Çizelge 3.1, Şekil 3.2).

H₀: Psikiyatride çalışma süresine göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Psikiyatride çalışma süresine göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.37. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Psikiyatride Çalışma Yılı	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
0-4 Yıl	2.63	0.45	0.07	0.200	0.97	0.18
5-9 Yıl	2.63	0.40	0.09	0.200	0.98	0.70
10-14 Yıl	2.54	0.35	0.13	0.097	0.93	0.02
15 Yıl ve Üzeri	2.25	0.22	0.11	0.200	0.98	0.97

*p<0.05 **p<0.01

Psikiyatride çalışma yılına göre tüm hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) geldiği söylenebilir.

H₀: Toplam hasta tutum fark puanlarının medyanlarından en az biri psikiyatride çalışma süresine göre aynıdır. ($M_1=M_2=M_3=M_4$)

H₁: Toplam hasta tutum fark puanlarının medyanlarından en az biri psikiyatride çalışma süresine göre farklıdır. (En az bir M_i farklı)

Çizelge 3.2.38. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre Toplam Hasta tutum puanlarının karşılaştırılması

Boyut	Çalışma Yılı	n _i	Sıra Sayıları Ortalaması	χ^2	p-değeri	Fark
Psikiyatride Çalışma Süresi	0-4 Yıl	54	74.15	9.029*	0.029	(1)-(4)
	5-9 Yıl	36	76.01			(2)-(4)
	10-14 Yıl	38	65.50			(3)-(4)
	15 Yıl ve Üzeri	10	36.15			

*p<0.05 **p<0.01

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre Toplam Hasta tutum puanlarının psikiyatride çalışma süresine göre anlamlı derecede farklılık gösterdiği söylenebilir (p<0.05).

Mann-Whitney U testi ile yapılan çoklu karşılaştırma ve sıra sayıları ortalamalarına göre psikiyatride çalışma deneyimi 0-5 yıl olanların Toplam Hasta Tutum Puanları psikiyatride çalışma deneyimi 15 yıl ve üzeri olanlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde psikiyatride çalışma deneyimi 5-10 yıl ve 10-15 yıl olanların da Toplam Hasta Tutum Puanları psikiyatride çalışma deneyimi 15 yıl ve üzeri olanlara göre daha yüksektir.

H₀: Bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmiştir.

H₁: Bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre Toplam Hasta ortalama puanları normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmemiştir.

Çizelge 3.2.39. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezi çalışanlarının bağımlılık arındırma merkezinde çalışma süresine göre toplam hasta ortalama puanlarının normallik dağılımı

Bağımlılık Merkezinde Çalışma Yılı	$\bar{X}$	SS	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			KS test değeri	p-değeri	SW test değeri	p-değeri
0-4 Yıl	2.58	0.42	0.060	0.200	0.989	0.664
5-9 Yıl	2.68	0.35	0.100	0.200	0.972	0.607
10 Yıl ve Üzeri	2.38	0.39	0.215	0.046	0.779	0.001

*p<0.05 **p<0.01

Bağımlılık merkezinde çalışma yılına göre tüm hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir yığından (evrenden) gelmediği söylenebilir. Bu durumda bağımlılık merkezinde çalışma yılına göre tüm hastalara ilişkin ortalama tutum puanlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin non-parametrik testlerin kullanılması uygundur.

3.3. REGRESYON ANALİZİ

Bu bölümde veriye ilişkin modeller kurulmuş ve model parametrelerinin anlamlılığı test edilmiştir. Modeller kurulurken bağımlı değişkenleri, sağlık personelinin erkek hasta tutum puanları, kadın hasta tutum puanları ve Toplam Hasta Tutum Puanları oluşturmuştur.

Bağımlı değişkenler aşağıdaki gibidir:

EHT: Erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanı

KHT: Kadın hastalara ilişkin ortalama tutum puanı

THT: Toplam hastalara ilişkin ortalama tutum puanı

Bağımsız değişkenler ise:

YAS: Sağlık personelinin yaşı

CS: Çocuk sayısı

PÇY: Psikiyatride çalışma yılı

BMÇY: Bağımlılık merkezinde çalışma yılı

Modeller

Model-1:

$$EHT = \beta_0 + \beta_1.YAS + \beta_2.CS + \beta_3.PCY + \beta_4.BMCY$$

Model-2:

$$KHT = \beta_0 + \beta_1.YAS + \beta_2.CS + \beta_3.PCY + \beta_4.BMCY$$

Model-3:

$$THT = \beta_0 + \beta_1.YAS + \beta_2.CS + \beta_3.PCY + \beta_4.BMCY$$

Modellerin Anlamlılıkları

H₀: Model-1 anlamlı değildir. ($\beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = 0$)

H₁: Model-1 anlamlıdır. (En az bir β_i sıfırdan farklı)

H₀: Model-2 anlamlı değildir.

H₁: Model-2 anlamlıdır.

H₀: Model-3 anlamlı değildir.

H₁: Model-3 anlamlıdır.

Çizelge 3.3.1. Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının erkek, kadın ve Toplam Hasta Tutum Puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları

Model No	F-değeri	p-değeri
1	4.26**	0.003
2	5.11**	0.001
3	5.19**	0.001

*p<0.05 **p<0.01

Her üç model için de $p<0.01$ olduğundan H_0 reddedilir yani modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu %99 güven düzeyinde söylenebilir.

Yukarıdaki üç model de anlamlı olduğu için bu modellere ilişkin parametre tahminleri yapılabilir.

Parametre Tahminleri ve Parametrelerin Anlamlılık Testleri

1.modelin parametre tahminleri ve parametrelerin anlamlılık testleri:

H_0 : 1. Model için β_1 parametresi anlamlı değildir.

H_1 : 1. Model için β_1 parametresi anlamlıdır.

H_0 : 1. Model için β_2 parametresi anlamlı değildir.

H_1 : 1. Model için β_2 parametresi anlamlıdır.

H_0 : 1. Model için β_3 parametresi anlamlı değildir.

H_1 : 1. Model için β_3 parametresi anlamlıdır.

H_0 : 1. Model için β_4 parametresi anlamlı değildir.

H_1 : 1. Model için β_4 parametresi anlamlıdır.

Çizelge 3.3.2. Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının erkek bağımlı hasta tutum puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişken	Parametre Tahmini	t-değeri	p-değeri
Sabit terim	2.479	13.283**	0.000
Sağlık personelinin yaşı	0.005	0.725	0.470
Çocuk sayısı	0.086	2.281*	0.024
Psikiyatride çalışma yılı	-0.023	-2.656**	0.009
Bağımlılık Merkezinde Çalışma Yılı	0.007	0.602	0.548

*p<0.05 **p<0.01

Yukarıdaki çizelgeye göre %99 güven düzeyinde β_0 ve β_3 katsayıları %95 güven düzeyinde β_2 katsayısı anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre erkek hasta tutum puanlarındaki değişim sağlık personelinin çocuk sayısı ve psikiyatride çalışma yılı ile açıklanabilmektedir.

Anlamlı çıkan parametrelere göre Model-1 tekrar ifade edilecek olursa:

$$EHT = 2,479 + 0,086.(CS) - 0,023.(PCY)$$

2.modelin parametre tahminleri ve parametrelerin anlamlılık testleri:

H₀: 2. Model için β_1 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 2. Model için β_1 parametresi anlamlıdır.

H₀: 2. Model için β_2 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 2. Model için β_2 parametresi anlamlıdır.

H₀: 2. Model için β_3 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 2. Model için β_3 parametresi anlamlıdır.

H₀: 2. Model için β_4 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 2. Model için β_4 parametresi anlamlıdır.

Çizelge 3.3.3. Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının kadın bağımlı hasta tutum puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişken	Parametre Tahmini	t-değeri	p-değeri
Sabit terim	2.394	11.889**	0.000
Sağlık personelinin yaşı	0.007	1.008	0.315
Çocuk sayısı	0.091	2.235*	0.027
Psikiyatride çalışma yılı	-0.028	-3.042**	0.003
Bağımlılık Merkezinde Çalışma Yılı	0.006	0.491	0.624

*p<0.05 **p<0.01

Yukarıdaki çizelgeye göre %99 güven düzeyinde β_0 ve β_3 katsayıları %95 güven düzeyinde β_2 katsayısı anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre kadın hasta tutum puanlarındaki değişim sağlık personelinin çocuk sayısı ve psikiyatride çalışma yılı ile açıklanabilmektedir.

Anlamlı çıkan parametrelere göre Model-2 tekrar ifade edilecek olursa:

$$KHT = 2,394 + 0,091.(CS) - 0,028.(PCY)$$

3.modelin parametre tahminleri ve parametrelerin anlamlılık testleri:

H₀: 3. Model için β_1 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 3. Model için β_1 parametresi anlamlıdır.

H₀: 3. Model için β_2 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 3. Model için β_2 parametresi anlamlıdır.

H₀: 3. Model için β_3 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 3. Model için β_3 parametresi anlamlıdır.

H₀: 3. Model için β_4 parametresi anlamlı değildir.

H₁: 3. Model için β_4 parametresi anlamlıdır.

Çizelge 3.3.4. Araştırmaya katılan arındırma merkezi çalışanlarının Toplam Hasta Tutum Puanları ile ilgili regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişken	Parametre Tahmini	t-değeri	p-değeri
Sabit terim	2.436	13.228**	0.000
Sağlık personelinin yaşı	0.006	0.918	0.360
Çocuk sayısı	0.089	2.377*	0.019
Psikiyatride çalışma yılı	-0.026	-3.008**	0.003
Bağımlılık Merkezinde Çalışma Yılı	0.007	0.573	0.567

*p<0.05 **p<0.01

Yukarıdaki tabloya göre %99 güven düzeyinde β_0 ve β_3 katsayıları %95 güven düzeyinde β_2 katsayısı anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre Toplam Hasta tutum puanlarındaki değişim sağlık personelinin çocuk sayısı ve psikiyatride çalışma yılı ile açıklanabilmektedir.

Anlamlı çıkan parametrelere göre Model-3 tekrar ifade edilecek olursa:

$$THT = 2,436 + 0,089.(CS) - 0,026.(PCY)$$

Her üç modelde de sağlık personelinin çocuk sayısı hastalara ilişkin tutum puanını pozitif yönde etkilerken psikiyatride çalışma yılı hastalara ilişkin tutum puanını negatif yönde etkilemektedir.

4. TARTIŞMA

Yapılan çalışmada öncelikle sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özelliklerine ve bağımlı hastalara karşı tutumlarına ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilmiştir. Ardından sağlık çalışanlarının tutum puanlarının demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği uygun testleri ile ortaya konulmuştur. Son olarak ise, yapılan regresyon analizi ile sağlık çalışanlarının tutum puanlarının sağlık personelinin bazı demografik özelliklerinden ne yönde ve ne derecede etkilendiği ortaya konulmuştur.

Araştırmaya katılan 138 arındırma merkezi personelinin %56'sı (n=77) kadın %44'ü (n=61) erkektir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşları 21 ile 60 yaş aralığında değişkenlik göstermekle birlikte, yaş ortalaması 36.2'dir. Sağlık çalışanlarının yaklaşık %40'ı 30-39 yaş aralığında, %37'si 40-49 yaş aralığında, yaklaşık %22'si 20-29 yaş aralığında ilen, yalnızca %1.4'ü 50 yaş üstündedir. Cinsiyete göre yaş dağılımı incelendiğinde kadınların erkeklere göre yaş ortalaması daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan bağımlılık arındırma merkezinde çalışan kadın sağlık personelinin %73'ü 40-49 yaş aralığında, erkek personelin ise %64'ü 30-39 yaş aralığında olduğu görülmüştür.

Bağımlılık arındırma merkezinde çalışan, araştırmamıza katılan personelin 56'sı hemşire ve ebe, 29'u psikolog, 26'sı ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi, 16'sı sosyal çalışmacı ve 11'i sağlık memurudur. Sağlık Bakanlığı tarafından Mart 2019 tarihinde yayınlanan Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelikte merkezlerde yatak kapasitesine göre bulundurulması zorunlu personel ve sayısı belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2019). Buna göre, merkezlerde çalışması zorunlu personel arasında bulunan hemşire ve ebe sayıca fazla olması ile açıklanabilir. Mesleklerine göre cinsiyet değerlendirmesi yapıldığında araştırmaya katılan erkek sağlık personelinin %26'sı psikolog, %23'ü ise ruh sağlığı ve hastalıkları

uzman hekimidir. Kadın sağlık personelinin ise %60'ı hemşire ve ebe, %17'si psikologdur.

Yataklı arındırma merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %82'sinin, ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin %46'sının, psikologların %45'inin ve sosyal alışmacılarının %38'inin kadın personel olduğu görülmüştür.

Sağlık alışanlarının % 36'sı (n=49) eğitim araştırma hastanesi, %25'i (n=35) devlet hastanesi ve % 11'i (n=15) ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanesi olmak üzere Toplamda %72'si (n=99) kamuya ait hastanelerde görev yapmakta olup, % 23' (n=32) zel hastane, %5'i (n=7) niversite hastanesinde görev yapmaktadır.

Bağımlılık arındırma merkezlerinde çalışan personelin psikiyatri alanında çalışma deneyimi incelendiğinde, psikologları %51'i, hemşire ve ebelerin %48'i, sosyal çalışmaların %43' ve sağlık memurlarının ise %45'i 0-4 yıl aralığında deneyimli olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinde ise yaklaşık %77'sinin 5-15 yıl aralığında olduğu görülmüştür.

Mesleklere göre stigma değerlendirmesi yapıldığında, hemşirelerin en yüksek olumsuz tutum puanına; sosyal çalışmacıların en yüksek olumlu tutum puanına; psikologların ise en düşük olumsuz tutum puanına sahip oldukları görülmüştür. Bununla ilgili, araştırmanın dikkat çekici bir sonucu, psikologların %82,8'inin hizmet içi eğitim almış olması ve %69'unun ise bağımlılık alanında kendi isteği ile eğitim almış ve/veya araştırma yürütmüş olmasıdır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bağımlı hastalara yönelik olumlu tutum ortalaması incelendiğinde, hastanın cinsiyeti fark etmeksizin sosyal çalışmacıların daha olumlu tutuma sahip olduğu, hemşire ve ebelerin daha en az olumlu tutuma sahip olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bağımlı hastalara yönelik olumsuz tutum ortalaması incelendiğinde ise, erkek ve kadın bağımlı hastaya en olumsuz tutuma sahip meslek sırasıyla hemşire ve ebe, sağlık memurudur. Olumsuz tutum ortalaması en düşük meslek ise psikologlardır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının psikiyatride çalışma yılına göre bağımlı hastalara yönelik olumlu tutumu değerlendirildiğinde, 0-4 yıl aralığında çalışanlar en az olumlu tutuma sahip olduğu, 5-9 yıl aralığında ve 10-15 yıl aralığında çalışanların ortalama %3.70 en yüksek düzeyde olumlu tutuma sahip olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanlarının psikiyatride çalışma yılına göre toplam bağımlı hastalara yönelik en yüksek düzeyde olumsuz tutum ortalaması sırasıyla 0-4 yıl, 5-9 yıldır. 15 yıl ve üzeri deneyimi olan sağlık çalışanı ise cinsiyet fark etmeksizin en düşük olumsuz tutuma sahiptir.

Gilchrist ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, Bulgaristan, Yunanistan, İtalya, Polonya, İskoçya, Slovakya, Slovenya ve İspanya'da 2011 yılında yapılan çok disiplinli bir çalışmada; bağımlı hastalara yönelik psikologlar ve sosyal çalışmacılar hekimler ve hemşirelere göre daha olumlu tutuma sahip olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bu çalışmada da benzer şekilde ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi, psikolog ve sosyal çalışmacıların, hemşire ve sağlık memurlarından daha olumlu tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bağımlılık merkezlerinde çalışan ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin tüm meslekler arasında bağımlı hastalara karşı ortalama bir tutum sergilediği sonucuna ulaşılmış olup, Pinikahana ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çoğunlukla madde bağımlısı hastaya karşı olumlu ve ayrımcı olmayan tutum sahibi olduğunu belirtmiştir. Farklı olarak Mayda ve ark. (2015), hekimler ve genel popülasyonun alkol bağımlısı kişilere yönelik tutumlarını karşılaştırdığı çalışmalarında, genel popülasyonla benzer

olarak hekimlerin de alkol bağımlısı kişilere karşı olumsuz tutum sahibi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Özer ve ark. (2017) ise, Bakırköy Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde 2017 yılında yapılan ruh sağlığı çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ile ilgili yapılan çalışmada; psikiyatristlerin diğer ruh sağlığı çalışanlarından daha az olumsuz tutuma sahip olduğu bildirilmiştir. Farklı bölgelerdeki 9 ilde görevli 88 pratisyen, uzman doktor ve asistanla yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına olan olumsuz yargı ve tutumların toplumda olduğu gibi yaygın olduğu görülmüştür (Yüksel ve Taşkın, 2005). Ülkemiz genelinde 245 pratisyen hekimle yapılan bir çalışmada ise, hekimlerinin çoğunlukla şizofreni hastalarını reddedici oldukları ve olumsuz tutuma sahip oldukları belirtilmiştir (Yüksel ve Taşkın, 2005).

Hastalığa yönelik olarak tutumlar değerlendirilirken yukarıdaki bahsi geçen araştırmalarda cinsiyete yönelik bir ayrım söz konusu değildir. Fakat yaşanan toplumun toplumsal cinsiyet algılarına yönelik olarak hastaların cinsiyete göre sağlık çalışanlarının ve toplum üyelerinin farklı tutumlar sergiledikleri bilinmektedir. Özellikle ataerkil toplumlarda, toplumsal her alanda kadın erkek ayrımını belirgin şekilde görmekteyiz. Bu durum bireylerin sahip oldukları hastalıklara yönelik olarak da cinsiyetçi bakış açısını pekiştirmektedir. Bununla birlikte deneyim süresinin de hastalıklara bakış açısı üzerinde anlamlı değişikliklere sebep olduğu araştırmalar ile ifade edilmiştir. Yine deneyim süresinin artması hastalığın cinsiyete göre farklı değerlendirilmemesi düşüncesini de olumlu yönde etkilemektedir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre yapılan değerlendirmelerde, erkek sağlık çalışanlarının kadınlara göre daha yüksek olumlu tutum puanına sahip olduğu görülmektedir. Bağımlılık merkezlerindeki sağlık çalışanlarının cinsiyete göre *erkek hasta*, *kadın hasta* ve *Toplam Hasta* ortalama tutum puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %82'sinin kadın olması ve hemşirelerin %48.2'sinin psikiyatri alanında 0-4 yıldır çalışıyor olması, bulguları destekler niteliktedir. Yani, mesleklere göre hemşireler, cinsiyete göre kadınlar ve psikiyatride çalışma süresine göre 0-4 yıl deneyime sahip olan sağlık çalışanlarının bağımlı hastaları stigmatize etme eğilimi daha yüksek bulunmuştur.

Gilchrist ve ark. (2011) ve Howard ve ark. (2000) yaptıkları literatür çalışmalarında 10 yıldan az mesleki deneyime sahip personel, madde bağımlısı kişilere karşı önemli ölçüde daha olumlu tutum sahibi olarak bulunmuştur. Bu durum mesleki eğitimlerinde madde bağımlılığına yer verilmesi ve genç neslin sosyal açıdan madde kullanımını daha kabul edilebilir bulması ile açıklanmıştır. Yapılan bu çalışmada ise farklı olarak, psikiyatride 0-5 yıl arası deneyime sahip olan sağlık çalışanlarının olumsuz tutum puanlarının ise diğer sağlık çalışanlarına göre en yüksek değerde olduğu görülmektedir. Ayrıca kadın bağımlı hastalara ilişkin olumsuz tutum, psikiyatride 0-4 yıl ve 5-9 yıl deneyimi olan sağlık çalışanlarında 15 yıl ve üzeri deneyimi olan sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir. Psikiyatri alanında ve bağımlılık merkezlerindeki deneyim sonuçlarının hastalara karşı tutum yönünden farklılığı dikkat çekicidir. Literatürde yer alan çalışmalarda, bağımlı hasta ile birebir çalışanların, bağımlı hastaya daha olumlu tutuma sahip olacağı yönünde bilgi yer almaktadır (Boekel ve ark., 2014).

Rasheed ve ark. (2006) çalışmasında, hekimlerin ortalama deneyim süresinin $0,7 \pm 0,6$ yıl olduğu, hemşirelerde ise $6,4 \pm 3,5$ yıl olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hekimlerin % 42.3'ü 10-14 yıllık psikiyatri alanında çalışma deneyimine sahipken, hemşirelerin % 23.2'si bu alanda 10-14 yıl deneyime sahiptir. Bu çalışma için hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek olumsuz tutuma sahip olmasının nedeni bununla açıklanabilir.

Alpan ve ark. tarafından öğrencilerle yapılan çalışmada damgalayıcı tutum sergiledikleri bulunmuştur (Alpan ve ark., 2018). 2015 yılında üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada, öğrencilerin madde bağımlısı kişilere karşı olumsuz tutum sahibi oldukları hatta yakın ilişki içerisinde olmak istemediklerini beyan etmişlerdir (Sungu, 2015). 2002’de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ilk ve son sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada, cinsiyetler arasında tutumlar açısından fark olmadığı, birinci sınıf öğrencilerinin altıncı sınıf öğrencilerine göre daha olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür (Birdoğan ve Berksun, 2002). Gargari (2015), İzmir ilinde 3 farklı fakültenin öğrencileri ile yaptığı alkol ve madde bağımlılarına yönelik tutum araştırmasında katılımcıların %60’ının ve erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha yüksek olumsuz tutuma sahip olduğu sonucunu vurgulamıştır. Buradan da anlaşılabacağı üzere, hastalığa karşı cinsiyetçi bakış açısının sadece hastalığa sahip olan kişilerin cinsiyetlerinden kaynaklanmadığı, sağlık çalışanlarının cinsiyetlerinden de etkilendiği söylenebilir.

Dünya Psikiyatri Birliğinin şizofreni nedeniyle ortaya çıkan damgalama ve ayrımcılıkla küresel savaş kampanyası için yaptırdığı anketle toplumun şizofreni hastalarına yaklaşımı incelenmiştir. Katılımcıların %20’si şizofren biriyle arkadaşlığını sürdüremeyeceğini, %50’si aynı odayı paylaşamayacağını belirtmiştir (Çoban, 2008). Benzer bir yön olarak, bu çalışmada sağlık çalışanlarının %35.5’inin bağımlı hastalara karşı olumsuz tutuma sahip olduğu ve onları stigmatize ettiği sonucuna varılmıştır. Gilchrist ve ark. (2011) da sağlık çalışanlarının alkol bağımlısı bireyleri stigmatize ettiği ve bu hastalarla çalışmayı diyabet ve depresyon gibi diğer hastalıklara sahip bireylere kıyasla daha az tercih ettiği saptanmıştır.

Altıntaş ve ark. tarafından 2004 yılında tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %59.2’si “bağımlılık yapıcı madde kullananlar toplumdan dışlanır” ve %69’u ise “bağımlılık yapıcı madde kullananlar zayıf iradeli” ifadelerine katıldıklarını belirtmiş olup, bu durum aslında öğrencilerin madde kullanıcılarına karşı olumsuz tutum içerisinde olduğunu göstermektedir (Altıntaş ve ark., 2004).

Bilge ve ark. tarafından 2013 yılından ebelik öğrencileri ile yapılan çalışmada, ruh sağlığı ve hastalıkları dersini almamış üçüncü sınıf öğrencilerinin bu dersi alan dördüncü sınıf ebelik öğrencilerine göre ruhsal hastalığı olan kişileri tehlikeli gördüklerini ve ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olarak belirtmişlerdir (Bilge ve ark., 2013)

Erbaydar ve Çilingiroğlu tarafından 2009 yılında tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, tıp eğitimi sürecinin öğrencinin ruhsal sorunlu bireyin toplumun bir parçası olması konusunda olumlu tutum geliştirmesine katkı sağlamadığı belirtilmiştir (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2009). Bu durum gösteriyor ki tıp eğitimi ve sağlık alanında verilen eğitimlerde daha fazla ruhsal hastalıklar, madde bağımlılığı ile ilgili bilgiye yer verilmeli ve ayrıca bu hastalıklara ve hastalara yönelik stigmatı önleyici programlar yer almalıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaygınlık çalışmaları, önleme ve tedaviye yönelik çalışmalar toplumsal cinsiyet sorunlarını ele almayacağından kadınlarda madde kullanımı ve bununla ilişkili olan sorunları tam olarak bilmek mümkün olmadığı düşünülmektedir. Mevcut literatürde, kadınların genellikle yasadışı madde kullanma olasılığı erkeklerden daha azdır. Buna karşılık, kadınların farmasötik ilaçları hem tıbbi hem de tıbbi olmayan şekilde kullanma olasılığı erkeklerden daha fazladır. Fizyolojik bazı farklılıklardan dolayı kadınların erkeklere kıyasla birçok yasadışı maddeye daha hızlı bağımlı hale gelebileceklerine, daha fazla riskli davranışta bulunabileceklerine ve madde kullanımına bağlı daha fazla sorun yaşayacaklarına dair söylemler vardır. Yine elimizdeki literatür incelendiğinde madde kullanımı olan kadınların erkeklere oranla daha az kaynağa (eğitim, istihdam, gelir vb) sahip olduğu, çoğunlukla partnerlerinin de madde kullanımı olduğu, fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldığı ve komorbit birçok ruhsal hastalığa sahip olduğu söylenebilir.

Çoğu toplumda madde kullanan kadınlar ağır şekilde damgalanıyor ve kabul görmeleri, ihtiyaçlarının karşılanması ve tedaviye yönlendirilmesi konusunda gerekli desteği almakta güçlük çekiyorlar. Kadınların çoğu partneleri ya da aile bireyleri ile madde kullandıkları için tedaviye yönlendirilme konusunda da yeterli desteği alamıyorlar.

Araştırmalar ve klinik deneyimler, kadınların kadın odaklı tedavilere daha iyi yanıt verdiğini göstermiştir. Aslında, tedavide ihtiyaç karma bir cinsiyet programından daha çok kadınlara yönelik programlardır. Kadın odaklı bir program, kadınların karşılaştıkları sorunları daha iyi tanımlayabilir. Bu programlar, kadınların tedaviye erişimlerinde ve katılmalarındaki zorlukları, sosyal ve yapısal engelleri ve tedavi hizmeti sunanların bakış açısını içerebilir. Kadın odaklı merkezlerde, ihtiyacı olan

kadınlara travmaya özgü müdahaleler sağlanır. Ayrıca bu merkezler her hastanın kendine özgü güçlü ve savunmasız yanları görülerek güçlü yanlarını güçlendirmek ve olumsuz savunmasız yanlarını ise azaltmak için hizmet vermektedir (Covington, 2008).

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının meslekleri, cinsiyeti, yaşı, çocuk sayısı, psikiyatri alanında çalışma süresi ve bağımlılık merkezlerinde çalışma süresinin bağımlı hastalara karşı tutumlarını ne yönde etkilediği sorusuna cevap aranmıştır.

Hemşire ve ebelerin *erkek hastalara ilişkin ortalama tutum puanları* ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri, psikolog ve sosyal çalışmacılara göre; *kadın hastalara ilişkin ortalama tutum puanları* ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ve psikolog göre; *Toplam Hasta ortalama tutum puanları* ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri, psikologlar ve sosyal çalışmacılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. Sağlık memurlarının ise ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri ve psikologlara göre *erkek hasta, kadın hasta ve tüm hastalara ilişkin ortalama tutum puanları* anlamlı şekilde yüksektir.

Bağımlılık merkezlerindeki sağlık çalışanlarının yaşına göre *erkek hasta, kadın hasta ve Toplam Hasta ortalama tutum puanlarının* istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum sağlık çalışanlarının %40 gibi bir oranla 30-39 yaş aralığında olması, yani çalışmada yaş dağılımının homojen olması ile açıklanabilir.

Sağlık çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre yapılan değerlendirmelerde, 5 ilâ 15 yıl arasında deneyime sahip olanların olumlu tutum

puanları (kadın, erkek ve toplam hastalara ilişkin) diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatride 0-5 yıl arası deneyime sahip olan sağlık çalışanlarının olumsuz tutum puanlarının ise diğer sağlık çalışanlarına göre en yüksek değerde olduğu görülmektedir.

Bağımlılık merkezlerindeki sağlık çalışanlarının psikiyatride çalışma süresine göre *erkek hasta ortalama tutum puanları* arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bununla birlikte, 0-4 yıl ve 5-9 yıl olan sağlık çalışanının *kadın hastalara ilişkin tutum puanları*, 15 yıl ve üzeri deneyimi olanlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Ayrıca, psikiyatride çalışma süresi 0-5 yıl, 5-10 yıl ve 10-15 yıl olan sağlık çalışanlarının *Toplam Hasta Tutum Puanları* psikiyatride çalışma deneyimi 15 yıl ve üzeri olanlara göre daha yüksektir.

Yapılan regresyon modellemeleri sonucunda, erkek ve kadın hastalara ilişkin ve tüm hastalara ilişkin tutum puanlarının çocuk sayısı ve psikiyatride çalışma süresinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Kurulan modellere göre, sağlık çalışanlarının çocuk sayısı, hasta tutum puanlarını pozitif yönde artırmaktadır. Ayrıca psikiyatride çalışma süresi, hasta tutum puanlarını negatif yönde artırmaktadır. Yani çocuk sayısının artması sağlık çalışanlarının bağımlı hastalara ilişkin olumsuz tutumunu artırırken, psikiyatride çalışma süresinin artması ise bağımlı hastalara ilişkin olumsuz tutumunu azaltmaktadır.

Elde edilen sonuçlara göre, bağımlılıkla mücadelenin temel taşı olan sağlık çalışanları eğitimler ve motive edici uygulamalar ile desteklenmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Özellikle bağımlılık merkezinde çalışma süresi arttıkça, bağımlı hastalara karşı olumsuz tutuma sahip olmanın da artması bu gerekliliği güçlendirmektedir. Bağımlı hastaların bakımına en çok katılım gösteren ve çoğunluğu kadınlardan oluşan

hemşireler, sosyal destek ve motivasyona önemli derecede ihtiyacı olan meslek grubudur. Büyükbayram ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada ulaştıkları X ve Y kuşağı hemşirelerin bağımlı hastalara ilişkin olumsuz tutumlarının yüksek olması sonucu ile bu ihtiyacı desteklemiştir.

Bağımlılık alanında kendi isteği ile eğitime katılma ve araştırma yapma oranları hemşireler için %32.1, sağlık memurları için %27.3'tür. Bu meslek gruplarının bağımlı hastalara ilişkin en yüksek olumsuz tutum puanına da sahip olması dikkat çekicidir. Bu sonuç yine motivasyon eksikliği problemini gündeme getirmektedir.

Ruhsal hastalığı olan kişilerle madde bağımlısını olan kişilere yönelik damgalama benzerdir. Ruhsal hastalıklarda olduğu gibi bağımlılıkta da damgalama hastanın tedaviye başvurması ve etkin bir tedavi hizmeti alması önünde en önemli engellerden biridir.

Madde bağımlılarına yönelik damgalama, bağımlıların yaşadıkları komorbid durumlar, kullanılan maddenin özellikleri, suça yatkınlık, sosyal ve ailevi sorunlar gibi pek çok nedenden kaynaklanmaktadır. Bu nedenler arttıkça bağımlı hastaya yönelik tutuma etki etmektedir. Bu kişilerin hastalığın doğası gereği yaşamakta oldukları sık relaps, tedaviye uyumsuzluk, isteksizlik gibi konular kişinin kendi seçimi olduğu ya da ahlaki ya da kişilik olarak zayıf karakterde olduğu algısı sebebiyle damgalamayı artırmaktadır.

Bu damgalamanın sonucu olarak bağımlı hasta tedaviye başvurmakta isteksiz kalarak madde kullanımını sürdürmeye devam etmesi, daha fazla ailesel, sosyal ve yasal sorun yaşaması kaçınılmaz olacaktır. Toplumdaki bu algıyı önlemek için

bağımlılığı bir “hastalık” olarak değerlendirmek, toplumsal farkındalığı artırmak, bu alanda yapılacak araştırmaları desteklemek ve sağlık çalışanının gerek yükseköğrenimde, gerekse hizmet içi eğitimlerde bağımlılık konusuna önem vermek yararlı olacaktır.

Toplumun kadın ve erkeğe atfettiği sosyal rollerindeki farklılıkları maruz kalınan stigmanın da farklı olmasına neden olmaktadır. Alkol alan ya da madde kullanılan kadına olumsuz söylemlerde bulunulmasına karşın erkek için çoğunlukla bu tip söylemler bulunmamaktadır. Toplumun kadına eş ve anne rolü vermesi bağımlı kadına daha olumsuz tutuma neden olmaktadır.

Kadınların pek çok sorunu bulunmaktadır. Bunlar yoksunluk, yoksulluk, yetersiz temel sağlık hizmetleri ve üreme bakımı, düşük okuryazarlık oranları, hanehalkı parasına erişim eksikliği ve şiddet mağduru olmak ile karakterizedir. Bazı toplumlarda, kadınların yaşam koşullarını değiştirmek için çok az gücü veya kaynağı olabilir. Toplum tarafından kadınların yaşam koşullarını değiştirmek için adım atmaları ve cinsiyet eşitsizliğinin hayatlarındaki etkisini en aza indirmeleri veya ortadan kaldırmaları için kadınların yetkilendirilmesi gerekir (Covington, 2008). Madde kullanan kadınların ağır damgalandığı, katı kültürel tabuları olan toplumlarda kadınların tedaviye erişimi zorlaşmakta ve tedavide kalma süreleri de kısalmaktadır. Bunun önüne geçebilmek için toplumu konu hakkında daha fazla bilgilendirmek ve eğitmek yararlı olacaktır. Özellikle tedavide başarının önemli basamağı olan sağlık çalışanlarının kadın bağımlılara yaklaşım konusunda bilgilendirmek önemlidir. Sağlık çalışanının tutumu, kadın bağımlının tespit edilmesinde, tedavisinde ve varsa gebelik durumunda ya da varolan çocuklarının korunması konusunda belirleyici olacaktır.

Son araştırmalar, yalnızca kadınlara yönelik tedavi, çocuk bakımı, doğum öncesi bakım, ebeveynlik becerisi ve yalnızca kadınlara yönelik atölye çalışmalarının yer aldığı kapsamlı kadına özgü sunulan tedavinin etkinliği konusunda klinik bilgileri desteklemektedir (UNDOC, 2004).

Gebe ya da çocuğu olan kadınların tedaviye dahil edilmesi, tedaviye katılımının sürdürülmesi, doğum öncesi bakımı ya da varolan çocukları için yapılması gerekenler çok sektörlü bir yaklaşımı gerektirir. Çok sektörlü yaklaşım, hamile ya da ebeveynlik yapan kadınlar için tedaviden daha fazla yarar sağlamasına ve tedavide kalma süresinin uzamasına sebep olabilir. Birden fazla kurumunun, kuruluşun dahil olduğu bu sistemin tek elden yürütülmesi ve kadının kolay erişebileceği şekilde yapılandırılmalıdır.

Madde bağımlısı kadınların ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesinde nereden yardım alacağı konusunda çok az şey bilmektedir. Bu nedenle, bu programlar sistematik bir ihtiyaç analizi, izleme ve değerlendirme faaliyetlerini de içermelidir.

Madde kullanıcıları, kendi fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkları, ailevi ve sosyal sorunları, tedaviye erişim gibi pek çok zorlukla karşı karşıyadır. Çocuk sahibi olan uyuşturucu kullanıcıları ise özel bir alt grup oluşturmaktadır. Çünkü yaşanan tüm zorluklara ek olarak tedavide iken çocuk bakımı ve ebeveynlikle ilgili konularda yaşanan zorluklar eklendiği gibi çocuklarının yasal olarak kurum bakımına alınması, velayetlerini kaybetmek gibi zorluklarla da karşılaşabilmektedir. Aslında Ülkemizde ve Avrupa’da çocuğun ailesi ile bir arada tutulması yaklaşımı söz konusudur. Ancak bunun tam olarak sağlıklı bir şekilde sağlanması kapsamlı bir organizasyonla mümkün olacaktır.

Gebe kadınlar arasında uyuşturucu kullanımının yaygınlığına ilişkin veriler Ülkemizde de çoğu Avrupa ülkesinde de mevcut değildir. Bu nedenle gebe uyuşturucu bağımlılarına yönelik bu programlarda hedef grubun büyüklüğünü bilememekteyiz. Bu alanda yapılacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yukarıdakilerin ışığında, hedef grubun büyüklüğünün belirlenmesi, izleme ve değerlendirme çalışmalarının olması, hedef grubun ihtiyaçlarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve bu ihtiyaçların çok sektörlü ve eşgüdüm içerisinde karşılanması programların içeriklerinin oluşturulmasında faydalı olacaktır. Hazırlanan programlar içerisinde en iyi uygulamaların belirlenmesi ve teşvik edilmesi Ülkemiz genelinde yaygınlaştırılmasında kolaylık sağlayacaktır.

Bağımlılıkla mücadelede en önemli adım önleme/eğitim faaliyetleri ve bağımlı bireylerin iyileştirilmesi ve yeniden topluma kazandırılması sürecini içeren tedavi ve rehabilitasyon sürecidir. Bu sürecin iyi yönetilmesi, etkin ve sürdürülebilir olması önemlidir. Bağımlılık tedavisinde cinsiyetin önemli bir farklılık olduğu kabul edilmelidir ve güvenli bir tedavi ortamı sağlanmalıdır. Hazırlanan programlar ulusal politikalar tarafından desteklenmeli, çocuklar, aileler, bireyin hayatında önemli kişileri de kapsamalıdır. Tedavi merkezlerinde sunulan hizmetler kapsamlı, bütünlük ve içerisinde bulunan toplumun kültürel yapısına uygun olmalıdır.

Tüm kadınlar için ve özellikle fiziksel veya cinsel istismara uğrayan kadınlar için güvenlik önemli bir sorundur. Ne yazık ki, bu alandaki literatüre göre birçok kadının erkeklerle birlikte kaldığı tedavi merkezinde tacize uğradıkları bildirilmiştir (UNDOC, 2004). Kadın ve erkeklerin birlikte kaldıkları tedavi merkezlerinde, kadınlara ayrı giriş, ayrı yaşam alanı ve hasta odaları ve ayrı günlük aktivite programlarının sağlanması ile tedavi merkezlerinde daha güvenli ortam yaratılması

sağlanabilmelidir. Ayrıca tedavi merkezinde ki tüm vardiyalarda kadın personel bulundurulmalıdır.

Kadınlara profesyonel, güven verici ve empatik bir ilişki kurma önemlidir. Aynı zamanda yargılayıcı olmayan bir tavırla, kadının tutum ve inançlarını anlayan, kadının duygularını tanıyan ve mahremiyet ve gizliliğe önem veren bir yaklaşım sergilenmelidir.

Kadınlara özellikle bireysel terapilerde kadın ya da erkek danışman konusunda seçim hakkı sağlanmalıdır. Bu durumda tedavi merkezlerinde bağımlılık konusunda eğitilmiş kadın personel bulundurulması önemlidir. Tedavi ekibinde yer alan personel sadece bağımlılık tedavisi konusunda yetkin olmamalı, ayrıca bu hasta grubunda olması muhtemel komorbid durumlar, çocuk velayeti gibi yasal sorumlulukları, ailesiyle ve çevresiyle sağlıklı ilişki kurabilmesi gibi kapsamlı ve profesyonel bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.

Bağımlı kadınların özellikleri ve tedavi süreçleri hakkında erkeklerden daha az şey bilinmektedir. Bu, bizim gibi kadınlara yönelik tabuları olan ülkelerde özellikle geçerli bir durumdur. Bu grup hasta için hazırlanan projeler, programlar, izleme ve değerlendirme çalışmaları gibi ihtiyaçların belirlenerek sistematik olarak değerlendirilmesi ileride yapılacak çalışmalara ışık tutabilir.

Bağımlı kadınlara tedavi sonrasında sunulacak sosyal uyum faaliyetleri tedavinin önemli bir parçasıdır. Toplumla yeniden bütünleşmenin odağı eğitim ve bir takım sosyal becerilerin geliştirilmesidir. Sosyo-ekonomik koşulların iyileştirilmesi, ihtiyaç halinde iş ve barınma ihtiyacının giderilmesi yine önemli adımlardan biridir.

Kadınlar arasında madde kullanımının şiddeti ve komplikasyonlarının erkeklere göre nispeten daha düşük olduğu söylene de bu durum gerçeği yansıtmamaktadır. Son yıllarda kadınlar arasında da madde bağımlılığında ve beraberinde getirdiği sorunlarda artış söz konusudur. Erkeklerle karşılaştırıldığında, bağımlı kadınların tedaviye girme olasılığı daha düşüktür. Ayrıca literatürde tedaviye başvuran kadınların daha genç yaşta oldukları, genelde bir kurum aracılığıyla yönlendirildikleri (mahkemeler, yurtlar, ruh sağlığı klinikleri vb.), erken yaşta gebe kalmaları ve anne olmaları, cinsel istismara maruz kalmaları gibi daha fazla problemi olduğu bildirilmiştir.

Kadının bağımlı olması sadece kendi sağlıklarını, güvenliklerini ve refahlarını etkilememektedir, ailelerini, çevrelerini ve toplumu önemli ölçüde etkileyen halk sağlığı sorunudur. Madde bağımlısı kadınlara yönelik cinsiyete duyarlı hizmetler geliştirilmesi için, ulusal ve uluslararası alanda politika düzenlemeleri yapılması, ulusal düzeyde uyğşturucu strateji belgelerine eklenmesi, etkili tedavi uygulamaları geliştirilmesi ve buna yönelik klavuzlar, standartlar hazırlanması, toplumsal farkındalık geliştirilmesi, daha fazla araştırma ve bilimsel organizasyonların (sempozyum vb) desteklenmesi gerekmektedir.

Sağlık personelinin kadınlara yönelik inanç ve tutumlarının toplumun geneline göre daha olumlu olması sunulan sağlık hizmetinin daha etkin olmasına yarayacaktır. Personelin, kadın bağımlıların özelliklerini, yaşadıkları ek fiziksel ve sosyal sorunlarını anlaması, hastalığın seyrinin kadınlarda daha zorlaştııcı unsurları barındırdığını bilmesi cinsiyete duyarlı tedavi modelinin en önemli parçasıdır. Cinsiyete duyarlı tedavi modeli detaylı olarak planlanmış kadına özel özerk bir merkezde, karma cinsiyetli program içerisinde kadınlara özel programları içerebilir.

ÖZET

Yataklı Arındırma Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Kadın Bağımlılara Yönelik Tutumu

Madde kullanımı ve bağımlılığı sorunu ülkemizde ve dünyada yenilerde yaşanan bir sorun değildir hatta bu sorunun insanlık tarihi kadar eski olduğunu söylenebilir. Kişi, bir nedenle madde kullanmaya yönelmiştir. Kadınların madde kullanımı başlamaları, madde kullanımını sürdürmeleri ve tedaviye başvurmaları farklılık gösterdikleri iyi bilinmektedir. Örneğin kadınların partnerlerinin madde kullanması durumunda ilk kez uyuşturucu denemeleri daha olasıdır. Ancak bunun aksine, erkekler daha çok akran çevresinde madde kullanımının varlığında uyuşturucuyu denedikleri bilinmektedir. Kadınlar genellikle erkeklere göre daha erken daha sık madde kullanmaya başlarlar. Madde kullanımını sürdürmek için farklı nedenler belirtirler. Erkeklere göre daha erken tedaviye başvurular. Kadınlar da ayrıca komorbid psikiyatrik bozuklukların (örn. depresyon ve anksiyete) prevalansı erkeklerden daha yüksek olma eğilimindedir.

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 dağılım değişkenin karşılaştırılması için ANOVA ve LSD çoklu karşılaştırma testleri, normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu analizde tek yönlü analizde anlamlı bulunan değişkenler için üç farklı modelde regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 22.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Mesleklere göre stigma değerlendirmesi yapıldığında, hemşirelerin en yüksek olumsuz tutum puanına; sosyal çalışmacıların en yüksek olumlu tutum puanına; psikologların ise en düşük olumsuz tutum puanına sahip oldukları görülmüştür. Bununla ilgili, araştırmanın dikkat çekici bir sonucu, psikologların %82,8'inin hizmet içi eğitim almış olması ve %69'unun ise bağımlılık alanında kendi isteği ile eğitim almış ve/veya araştırma yürütmüş olmasıdır.

Elde edilen sonuçlara göre, bağımlılıkla mücadelenin temel taşı olan sağlık çalışanları eğitimler ve motive edici uygulamalar ile desteklenmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Özellikle bağımlılık merkezinde çalışma süresi arttıkça, bağımlı hastalara karşı olumsuz tutuma sahip olmanın da artması bu gerekliliği güçlendirmektedir.

Anahtar Sözcükler: Damgalama, kadın madde bağımlısı, madde bağımlılığı, sağlık çalışanı

SUMMARY

The Attitude of the Health Personnel Working in Treatment Centers Towards Women Addicts

It is known that there are significant differences in the reasons for starting substance use, continuing drug use and seeking treatment. Women are mostly reported in the literature where they start substance abuse either by the influence of their partners or after a trauma. The prevalence of comorbid psychiatric disorders (eg depression and anxiety) in women tends to be higher than in men. In addition, when women seek treatment for substance use disorder, they exhibit a more severe clinical picture, although they have used the substance for a shorter period of time.

It is known that women are more stigmatized in substance use than men. Because women protect moral values in society, represent the traditional family structure, and most importantly, raise future generations. In addition, the general belief in the society causes women to be stigmatized more because of their perception of innocence. The internalization of the stigma causes guilt, shame, fear and hopelessness. Although there is no study on the attitudes of health workers towards dependent women, it is assumed that health workers, who are a part of the society, behave like general public perception towards women during treatment delivery, creating a woman-specific treatment model, prioritizing the physical, mental and social well-being of women in service delivery. It is thought to increase.

Therefore, the aim of this study was to determine the attitudes of health personnel working in inpatient treatment centers towards drug addicts.

The population of the cross-sectional study was composed of 682 health personnel working as specialists, physicians, psychologists, social workers, nurses and health officers in 52 purification centers affiliated to the Ministry of Health, Universities and Private Health Institutions.

After obtaining the necessary permission and approval of the Ethics Committee, the data will be collected by the researcher by face to face method.

Data analysis In the SPSS 22.0 program, t-test for the normal distribution, ANOVA and Pearson correlation analysis, Mann Whitney U test and Spearman correlation analysis will be used for the data not suitable for the normal distribution. Statistical significance level will be taken as $p < 0.05$.

Keywords: Stigma, substance abuse, woman

KAYNAKLAR

- AĞAÇHANLI, R (2016). Opioid Tedavisindeki Kadın Hastalar ile Opioid Kullanım Bozukluğu Olmayan Kadınların Cinsel İşlev Bozukluğu ve Travmatik Yaşantılar Açısından Karşılaştırılması. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- ALDEMİR S., TAN S., (2011). Travma ve Bağımlılık Sendromu. Yeni Tıp Dergisi. 28(4):198-202
- ALNIAK İ (2018). Ecstasy (MDMA) Bir Gözden Geçirme. Madde Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu.
- ALTINTOPRAK E., AKGÜR SA., YÜNCÜ Z., SERTÖZ ÖÖ., COŞKUNOL H (2008). Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. Türk Psikiyatri dergisi, 19(2):197-2008.
- ARIKAN Z (2012). Alkol Kullanım Bozukluğu. Bağımlılık Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Ankara, Bölüm 4.
- ARIKAN Z (2012). Madde Bağımlılığı, Düzeltme (Remisyon), Nüks (Relaps) ve Önlenmesi. Bağımlılık Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Ankara, Bölüm 19.
- ARIKAN Z (2012). Bağımlılık Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler ve Bunlarla Başa Çıkma. Bağımlılık Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Ankara, Bölüm 17.
- AVCI E (2017). Madde Bağımlılığı Tedavisi Görmüş Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisinin Relaps Eğilimi Üzerindeki Etkisinin Sınanması. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
- BAYAR R (2008). Yavuz M. Alkol Bağımlılığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, No:62: 221-230
- BARRY C., MCGINITY E., HOLDMAN H., (2014). Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and Policy: Public Views About Drug Addiction and Mental Illness. Psychiatric Services. October, Vol. 65.
- Bağımlılık Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Ankara, 2012, Giriş Bölümü.

- BOEKEL L., BROUWERS E., WEEGHEL J., GARRETSEN H. (2014). Healthcare Professionals' Regard Towards Working with Patients with Substance Use Disorders: Comparison of Primary Care, General Psychiatry and Specialist Addiction Services. *Drug and Alcohol Dependence* 134, 92-98.
- BOEKEL L., BROUWERS E., WEEGHEL J., GARRETSEN H. (2013). Stigma among Healthcare Professionals Towards Patients with Substance Use Disorders and Its Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence* 131, 23-35.
- BOZKURT M, ESLEK A, EVREN C (2018). Amfetamin ve Metamfetaminin Dünü ve Bugünü. *Madde Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu*.
- BOZKURT M, EVREN C (2018). Değişen Yüzüyle Sentetik Kannabinoidler. *Madde Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu*.
- BULUNMAZ S (2018). Duygusal Zeka ve Duygusal Şemaların Sosyal Medya Kullanımı, Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ve Sigara Bağımlılığı İle İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BÜYÜKBAYRAM A., ARABACI L., ARABACIOĞLU İ., AYYILDIZ C., ACAR K (2017) Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları. *Bağımlılık Dergisi*. 18(4):122-134
- COLPAERT, K., J. De MAEYER, E. BROEKAERT, and VANDERPLASSCHEN W., (2013). Impact of Addictions Severity and Psychiatric Comorbidity on the Quality of life of Alcohol-, Drug-, and Dualdependent Persons İn Residential Treatment. *European Addiction Research* 19:173–83. doi:10.1159/000343098.
- COŞKUN S (2006). Uçucu Madde Kullanan Ergenlerde Bilinçlendirme Eğitiminin Etkinliği. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- COVINGTON S (2008). Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach. *Journal of Psychoactive Drugs, SARC Supplement* 5; 377-385.
- COVINGTON S (1984). Kohen, J. Women, alcohol, and sexuality. *Advances in Alcohol and Substance Abuse. Journal of Addictive Diseases*.4 (1): 41-56. http://dx.doi.org/10.1300/J251v04n01_05.
- ÇAM O., ARABACI L (2012). Bölge Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 4;6(1)
- ÇENGEL HY (2018). Kokain: Kullanım Özellikleri, etkileri ve Tedavisine Genel Bakış. *Madde Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu*.
- ÇINAR ÖG., ÇINAR R (2012). Kannabinoid Tıp 1 Reseptör ve (CB1) ve Terapötik Yaklaşımlara Genel Bakış-II. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. Cilt 2, Sayı:1.

- DEMİRBAŞ, H., (2020). Madde Kullanımı ve Bağımlılığında Kullanılan Dilin Önemi. Bağımlılık Dergisi. 21(2):149-162
- DICK DM., AGRAWAL A (2008). The Genetics of Alcohol and Other Drug Dependence. Alcohol Research&Health. Vol. 31, No:2.
- DİLBAZ N (2013). Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma. Yayınlayan: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN: 978-605-4628-53-7, Ankara.
- DİLBAZ N (2012). Madde Bağımlılığı Korunma ve Tedavi İlkeleri. Bağımlılık Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Yayınlayan: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası: 879, Ankara, Bölüm 1.
- DİŞSİZ M (2018). Üreme Sağlığı ve Kadında Zararlı Madde Kullanımı. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 9(3):201-206.
- DOĞAN B (2001). Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. Aile ve Toplum.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017). Turkey: Country Drug Report.
- EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2009). The State of the Drugs Problems in Europe. Annual Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union— ISBN 978-92-9168-384-0.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Differences in Patterns of Drug Use Between Women and Men, 2005.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018). European Drug Report.
- EVREN C, BOZKURT M, UMUT G (2017). Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Giriş Bölümü.
- EVREN C., ÇETİN R., DURKAYA M., DALBUDAK E., ÇAKMAK D., (2009). Yatarak Tedavi Gören Alkol Bağımlısı Hastalarda Alkol Aşermesinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Genel Psikopatolojinin Şiddeti ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 46:3-7
- FERNANDEZ, M., GONİ L, AZANZA P., and CACHO R. (2014). Gender Differences in Drug-Addicted Patients in a Clinical Treatment Center of Spain. The American Journal on Addictions 23 (4):399–406. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.12117.x.
- FERNANDEZ, M., GONİ L, AZANZA P., and CACHO R. (2016). Gender Differences in Treatment Progress of Drug-Addicted Patients. Women&Health. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1160967>.

- FERNANDEZ, M., GONİ L., ILLECAS C., LANDA L., and LOREA L., (2007). Relapse Precipitants in Addictions: Results in a Therapeutic Community. *Journal of Addictive Diseases* 26:55–61. doi:10.1300/J069v26n04_07-.
- FİNZEN A (2017). The Stigma of Mental Illness-End of the Story?. Bölüm-2. (eBook) Doi:10.1007/978-3-319-27839-1.
- GENÇ S., MİHMANLI V (2014). Madde Bağımlılığı ve Gebelik. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 120-123. Doi:10.5222/otd.supp2.2014.120
- GHADER A., MOTMAEN M., ABDİ I., AZAD RM., (2017). Gender Differences in Substance Use Patterns and Disorders Amond an Iranian Patient Sample Receiving Methadone Maintenance Treatment. *Electronic Physician*. Volume 9,
- GREENFIELD S., BROOKS AJ., GORDON SM., GREEN CM, KROPP F., MCHUGH RK., LİNCOLN M., HİEN D., and MİELE GM., (2007). Substance Abuse Treatment Entry, Retention and Women & Health doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012.
- GREENFIELD S., BACK S., LAWSON K., et al (2010). Substance Abuse in Women. *Psychiatr Clin. North Am.* 33(2): 339-355. <http://doi:10.1016/j.psc.2010.01.004>.
- GRELLA CE., SCOTT CK., and FOSS MA., (2005). Gender Differences in Long-term Drug Treatment Outcomes in Chicago Pets. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28:S3–S12. doi:10.1016/j.jsat.2004.08.008.
- GOFFMAN E (1963). Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- HOWARD H (2015). Reducing Stigma: Lessons from Opioid-Dependent Women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 15(4): 418-438.
- İŞİK M (2013). Türkiye'nin Madde Kullanımı ve Bağımlılığı İle Mücadele Politikasının Stratejik İletişim Yaklaşımı Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü.
- İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2019). 2018 Genel Nüfusta Tütün, alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu. Ankara.
- İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2019). 2019 Nakolog Projesi Analiz Raporu. Ankara.
- JANİLUS P (2016). The Micro-Social Risk Environment for Injection Drug Use: An Event Specific Analysis of Dyadic, Situational, and Network Predictors of Injection Risk. *Int J Drug Policy*. 27: 56-64. doi:10.1016/j.drugpo.2015.09.006.

- KARATAŞOĞLU S (2013). Sosyal Politika Boyutuyla Madde Bağımlılığı. Türk İdare Dergisi. Sayı:476
- KAYA Y., ŞAHİN N (2013). Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin rolü. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(1):3-7
- KAYE A., VADİVELU N., URMAN R (2015). Substance Abuse: Inpatient and Outpatient Managament For Every Clinician. New York. DOI 10.1007/978-1-4939-1951-2^[1]_{SEP}
- KEBEDE B, ABATE T, MEKONNEN D. (2013). HIV self-testing practices among health care workers: feasibility and options for accelerating HIV testing services in Ethiopia. Pan Afr Med J. 15:50.
- KURAL S., EVREN C., CAN S., ÇAKMAK D., (2004). Alkol ve Madde Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 14:1-8.
- KUTLU Y (2011). Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. Journal Psychiatric Nursing, 2011, 2 (2):90-93.
- METZ V., KÖCHL B., FİSCHER G (2012). Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? Neuropsychiatry (London); 2(1): 29–41.
- MUHRER, J.C (2010). Detecting and Dealing with Substance Abuse Disorders in Primary Care. J. Nurse Pract. 6, 597–605.
- MUTLU, E., BİLİCİ R., ÇETİN MK. (2014). Sağlık Çalışanlarının Bağımlılık Tutumları. Bağımlılık Dergisi. Cilt:15, Sayı:3, 118-123.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE(NIH) (2016). Genetics and Epigenetics of Addiction.
- NAJAVİTS LM., LESTER KM., (2008). Gender Differences in Cocaine Dependence. Drug and Alcohol Dependence 97:190–94. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.04.012.
- NAJAVİTS LM., LESTER KM., (2019). Finding Your Bestself:Recovery from Addiction, Trauma, or Both. London.
- NYBLADE L., STOCKTON MA., GİGER K., BOND V., EKSTRAND ML., ve diğerleri (2019). Stigma in Health Facilities: Why it Matters and How We Can Change it. BMC Medicine. 17:25, <https://doi.org/10.1186/s1916-019-1256-2>
- OTİASHVİLİ D., KİRTADZE I., GRADY K., ZULE W., KRUPİTSKY E., WECHSBER W., JONES H (2013). Int. J. Drug Policy, 24(6). Doi:10.1016/j.drugpo.2013.05.04
- ÖGEL K (2010). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul.

- ÖGEL K (2014). Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap: Alkol, Uyuşturucu, Bilgisayar, Sigara ve Diğer Bağımlılıkları Olanların Yakınlarına Bilgiler. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- ÖGEL K (2004). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Damgalanma.3P Dergisi, Eylül, Cilt:12.
- ÖYEKÇİN DG (2018). Halusinojenler (Varsandıranlar). Madde Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu.
- ÖZBAY Y., YILMAZ S., BÜYÜKÖZTÜRK Ş., ALİYEV R., TOMAR İ., EŞİCİ H., YANCAR C., AKYILMAZ F (2018). Madde Bağımlılığı: Temiz Bir Yaşam İçin Bireyin Güçlendirilmesi. Addicta: The Journal On Addictions, (1) 81-130. Doi: <http://dxdoi.org/10.15805/addicta.2018.5.1.0001>
- PALMER, R.S., MURPHY, M.K., PISELLİ, A., BALL, S.A (2009). Substance User Treatment Dropout from Client and Clinician Perspectives: A Pilot Study. Subst. Use Misuse 44, 1021–1038.
- POOLE N., DELL C (2005). Girls, Women and Substance Use. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). ISBN 1-896323-67-7
- RASHEED AH., ELSHEİKH MM., ELMİSSİRY MA., HATATA HA., AHMED N (2016). Addiction Stigma Among Mental Health Professionals and Medical Students in Egypt. Addictive Disorders&Their Treathment. Volume 15, Numner 4.
- ROSS D., KİNCAİD H., SPURRETT D., COLLİNS P (2010). What is Addiction?. Abraford Book. Londra.
- RUIZ P., STRAIN E (2011). Substance Abuse A Comprehensive Textbook. Fifth Edition.
- SAMSHA. The NSDUH Report (NSDUH Raporu). [Erişim: 7 Eylül 2011] Substance use during pregnancy–2002 and 2003 update 2005. <http://oas.samhsa.gov/2k5/pregnancy/pregnancy.htm>.
- SARIKAYA ÖÖ (2018). Esrar. Tüm Zamanların En Çok Tercih Edileni. Madde Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu.
- SOYKUT B (2008). Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Etkilerinin Toksikolojik Yönden Analizi. Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü.
- ŞEKER BÇ., DİNÇ M., IŞIK S., ÖGEL K., (2019). Bağımlı Olgularda Ruhsal Travma Görülme Sıklığı ve Görünümü. Adiccta: The Journal on Addictions. 6(2).315-336
- ŞİMŞEK GM, DEĞİRMENCİ G, SOLMAZ NK, SARAÇ MS, KAHRAMAN B, YILMAZ E, AYDIN O, SÖNMEZ H, KABİL M, KASSEM N, VATANSEVER Z, KOÇER B, BOZDOĞAN ÖF (2018). 101 Soruda Bağımlılık. Elma Basım, İstanbul.

- THORNİCROFT, G., ROSE, D., KASSAM, A (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *Int. Rev. Psychiatr.* 19, 113–122
- TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2018). Türkiye Uyuşturucu raporu.
- TUCHMAN E (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *J Addict Dis.* 29(2):127-38. doi: 10.1080/10550881003684582.
- UMUT G (2018). İnhalan (Uçucu) Maddeler: Güncelliklerini Yitirmediler. Madde Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu.
- UNODC (United Nations Office On Drugs And Crime). Guidelines On Drug Prevention And Treatment For Girls And Women, 2016.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2004). Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned. New York: United Nation Publications. Available at www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf.
- UZBAY İT (2009). Bağımlılık Yapan maddeler ve Özellikleri. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*.
- ÜNÜBOL B., CİNKA E., BİLİCİ R., HİDİROĞLU S., (2019). Bağımlı Kadınların Ruhsal, Ailesel ve Çevresel Sorunlarının İncelenmesi. *Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi*, Vol. 5, No. 1. s. 99- 131.
- VERİSSİMO O., GRELLA E (2016). Influence of Gender and Race/Ethnicity on Perceived Barriers to Help- Seeking for Alcohol or Drug Problems. *Journal of Substance Abuse Treatment* 75: 54-61. DOI:10.1016/j.jsat.2016.12.013.
- YÜKSEL E (2017). Ne Demek Lazım; Uyuşturucu Mu Madde Bağımlılığı Mı? Uyuşturucuyla Mücadelenin Temel Kavramlarına Yönelik Uygulama ve Tartışmalar. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi. Sağlık İletişimi Sempozyumu Özel sayısı*.
- WANG JC., KAPOOR M., GOATE AM (2012). The Genetics Of Substance Dependence. 13:241-261. DOI:10.1146/annurevgenom-090711-163844.
- 10 Mart 2019 Tarihli Resmi Gazete Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik (Erişim Tarihi:21.12.2019)
- Erişim Tarihi: 13.06.2019 https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/).
- Erişim Tarihi: 13.06.2019 <https://iti-adx.adelaide.edu.au>.