

© 2024 ANTALYA NOBEL KİTABEVİ

BAĞIMLILIK VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE
Koruma, Önleme, Tedavi ve Rehabilitasyon Yönüyle

ISBN: 978-605-2369-70-8

Editör: Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (Kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemi ile çoğaltılamaz, resim, şekil, sema, grafik vb.'ler kopya edilemez) tüm hakları Antalya Nobel Kitabevine aittir.



Antalya Nobel Kitabevi

Tel : 0 242 238 1555

Kültür Mah. Hürriyet Cd. Abdi Çavuş Sitesi 1 D Blok No: 34/A Kepez Antalya

Bu kitabın tüm bölümleri kanuni olarak telif kapsamında olup her hakkı korunmuştur. Sınırlandırılmış telif hukuku çerçevesi ve basımevinin onay ve rızası dışında her türlü kullanımı yasak olup cezai müeyyideye tabiidir. Cezai müeyyide fotokopi yolu ile çoğaltma, mikrofilm, mimeografi, mikrofilm hazırlanması, elektronik veri işleme ve depolanmasını da kapsamaktadır

Dizgi Düzenleme : Ufuk Biroğlu

Bulut Dijital Matbaa

San. Tic. Ltd. Şti.

Musalla Bağları, İnciköy Sk.

Dinçtaş Plaza No:1 A,

Selçuklu / KONYA

BAĞIMLILIK VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

Koruma, Önleme, Tedavi ve Rehabilitasyon Yönüyle

Editör: Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Kapak Tasarımı: Kesim KESGİN

2024

“Editör Görevlendirme: Yükseköğretim Genel Kurulu’nun 17.08.2023 tarihli 12 sayılı oturumunda alınan 2023.12.218 sayılı karara göre, “YÖKSİS veri tabanına kayıtlı öğretim üyelerinin editör olduğu kitapların kabul edileceği” belirtilmiştir. Bu doğrultuda, “Bağımlılık ve Bağımlılıkla Mücadele: Koruma, Önleme, Tedavi ve Rehabilitasyon Yönüyle” adlı kitapta öğretim üyesinin editör olarak görev almasına ilişkin izin, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Üniversite Yönetim Kurulu’nun 07.09.2023 tarihli ve 28 sayılı toplantısında 2023/264 karar numarasıyla alınmıştır.”

ÖNSÖZ

Bağımlılık, bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşamlarını derinden etkileyen karmaşık bir sağlık sorunudur. Ancak bağımlılık sadece bireyi değil, aynı zamanda aileleri, toplumu ve daha geniş anlamda ulusları da etkileyen çok boyutlu bir problemdir. “Bağımlılık ve Bağımlılıkla Mücadele: Koruma, Önleme, Tedavi ve Rehabilitasyon Yönüyle” başlıklı bu kitap, bağımlılığın nörobiyolojik ve nörogenetik temellerinden farklı bağımlılık türlerine, tedavi yöntemlerinden rehabilitasyon süreçlerine kadar geniş bir yelpazede bilgi sunarak bu karmaşık konuyu kapsamlı bir şekilde ele almayı hedeflemektedir.

Bu kitapta, bağımlılığın sadece kimyasal maddelere yönelik olmadığını, günümüzde kumar, teknoloji, yeme bozuklukları ve hatta cinsellik gibi davranışsal bağımlılıkların da yaygın bir sorun haline geldiğini göreceksiniz. Bu geniş kapsamlı yaklaşım, bağımlılığın toplumlarda ne denli yaygın olduğunu gözler önüne sermektedir. Özellikle, bağımlılığın beynimiz üzerindeki derin etkileri, bireyin bağımlılık döngüsüne nasıl girdiğini ve bu döngüden nasıl çıkabileceğini anlamak açısından oldukça önemlidir.

Bağımlılıkla mücadelede en önemli aşamalardan biri, koruma ve önleme stratejilerinin geliştirilmesidir. Erken müdahale ve toplumsal farkındalık çalışmaları, bağımlılığın gelişmesini engellemek için büyük önem taşımaktadır. Bu kitapta, toplumun risk gruplarını belirleme, erken müdahale sağlama ve bağımlılığın önlenmesine yönelik stratejilere geniş yer verilmiştir. Ayrıca, bağımlılık tedavisinde bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, aile terapisi ve psikodrama gibi güncel ve etkili tedavi yaklaşımları detaylı bir şekilde incelenmiştir.

Bağımlılığın yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal bir sorun olduğu gerçeği de kitapta önemli bir şekilde vurgulanmaktadır. Kadınlar, çocuklar, ergenler, sağlık çalışanları, göçmenler ve yaşlılar gibi özel grupların bağımlılıkla ilgili yaşadığı sorunlar ele alınarak toplumsal farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

Rehabilitasyon süreci, bağımlılıkla uzun vadede başa çıkmak için önemli bir adımdır. Bu süreç, yalnızca bağımlılıktan uzak durmayı değil, bireyin topluma yeniden uyum sağlamasını da amaçlamaktadır. Kitapta, rehabilitasyonun nasıl sürdürülebileceği ve bu süreçte bireye nasıl destek olunabileceği konusunda da bilgiler yer almaktadır.

Bu eserin bağımlılıkla mücadele eden bireylere, ailelerine ve bu alanda çalışan profesyonellere ışık tutmasını diliyoruz. Bağımlılığın yalnızca bir hastalık değil, aynı zamanda sosyal bir sorun olduğunu vurgulayan bu kitap, bilimsel temellere dayanan içeriğiyle hem akademik hem de pratik açıdan değerli bir rehber niteliğindedir.

Teşekkür

Bu kitaba kapak fotoğraflarıyla katkıda bulunan değerli fotoğraf sanatçısı Kesim Kesgin'e derin teşekkürlerimi sunmak isterim. Ön kapaktaki, karlı ağaçların sıralandığı uzun yol, bağımlılıkla mücadelenin önleme, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarının zorlu ve sabır gerektiren bir süreç olduğunu simgelemekte, ancak bu yolun sonunda aydınlığa ulaşıldığını göstermektedir. Arka kapaktaki karanlık, girintili ve küçük ışıkların yer aldığı siyah fotoğraf ise, bağımlılığın karmaşık bir süreç olduğunu ancak bağımlılıktan kurtulmanın her zaman mümkün bulunduğunu ve umudun daima var olduğunu vurgulamaktadır.

Bu kitaba emeği geçen tüm yazarlarımıza ve Antalya Nobel Yayınevine en içten teşekkürlerimi sunarım.

Editör Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin

İçindekiler

Konu	Yazar	Sayfa
ÜNİTE 1- BAĞIMLILIK		
1.1. Bağımlılık	Makbule Tokur Kesgin Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bağımlılıkla Mücadele Uygulama ve Araştırma Merkezi ORCID: 0000-0003-2729-8612	1 18
1.2. Bağımlılığın Nörobiyolojisi ve Nörogenetiği	Eylem Suveren Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0003-1730-6463	19 36
ÜNİTE 2- BAĞIMLILIK TÜRLERİ		
2.1. Bağımlılıkla İlgili Kavramlar ve Bağımlılık Türleri	Hümevra Hançer Tok Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0003-3283-4192	37 48
2.2. Tütün Bağımlılığı	Sebahat Gücük Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bağımlılıkla Mücadele Uygulama ve Araştırma Merkezi ORCID: 0000-0003-3194-6221	49 60
2.3. Alkol Bağımlılığı / Alkol Kullanım Bozukluğu	Betül Aktepe Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ORCID:0000-0001-9347-8086 Mehmet Hamid Boztaş Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı ORCID: 0000-0001-6541-0666	61 78
2.4. Madde Bağımlılığı / Madde Kullanım Bozukluğu	Ayşegül Koç Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ORCID: 0000-0002-2686-4734	79 128
2.5. Kumar Bağımlılığı	Şenay Akgün Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-6604-4343	129 148

2.6. Teknoloji Bağımlılığı	Songül Çağlar Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID:0000-0002-5412-0708	149 166
2.7. Yeme ve Gıda Bağımlılığı	Taha Gökmen Ülger Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü ORCID:0000-0002-7751-9789	167 178
2.8. Cinsel Bağımlılık	Fatma Yener Özcan Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID:0000-0003-4929-4102 Burcu Ceylan Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0002-0795-6174	179 194
ÜNİTE 3- BAĞIMLILIĞIN TIBBİ TEDAVİ ve REHABİLİTASYONU		
3.1. Sigara Bağımlılığında Danışmanlık, Arındırma, Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri	Sebahat Gücük Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bağımlılıkla Mücadele Uygulama ve Araştırma Merkezi Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0003-3194-6221	195 206
3.2. Alkol Bağımlılığında Danışmanlık, Arındırma, Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri	Mehmet Hamid Boztaş Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı ORCID:0000-0001-6541-0666 Betül Aktepe Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ORCID:0000-0001-9347-8086	207 232
3.3. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları	Hüseyin Altuğ Yenice Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-6841-3464	233 262
3.4. Kumar Bağımlılığının Tedavisine ve Rehabilitasyonuna İlişkin Uygulamalar	Şenay Akgün Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-6604-4343	263 276

3.5. Teknoloji Bağımlılığının Tedavisine ve Rehabilitasyonuna İlişkin Uygulamalar	Evgin Miçoğulları Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Kültür Spor Dairesi Başkanlığı, Mediko – Sosyal Merkezi ORCID: 0000-0003-4809-1039	277 298
ÜNİTE 4- ÖZEL GRUPLARDA BAĞIMLILIK		
4.1. Kadın Gebelik ve Bağımlılık	Nevin Çıtak Bilgin Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID:0000-0003-4367-215X Mervenur Büyük Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0003-4889-0383	299 312
4.2. Çocuk, Ergenlik ve Bağımlılık	Bedriye Ak Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-4277-6355	313 342
4.3. Sağlık Çalışanları ve Bağımlılık	Kadir Atlı Atılım Üniversitesi, Sağlık İşleri Koordinatörlüğü ORCID:0009-0006-0894-3072	343 378
4.4. Seks İşçileri ve Bağımlılık	Yurdagül Günaydın Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0002-7914-8328 Betül Özen Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0003-0499-3524	379 398
4.5. Göç ve Bağımlılık	Zeynep Pehlivan Köksal Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID:0000-0002-7318-9153 Ayten Yılmaz Yavuz Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-5861-4254	399 420
4.6. Yaşlılık ve Bağımlılık	Hacer Alpteker Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0002-8337-4088	421 442

ÜNİTE 5- BAĞIMLILIK ve PSİKO-SOSYAL YAKLAŞIMLAR		
5.1. Mindfulness / Bilinçli Farkındalık	Nuriye Yıldırım Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0003-3745-3751	443 456
5.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Aile Terapisi	Hüseyin Altuğ Yenice Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-6841-3464	457 468
5.3. Bilişsel Davranışçı Terapi	Aysel Karaca Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0003-4507-0726	469 484
5.4. Psikodrama	Burcu Ceylan Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0002-0795-6174	485 492
5.5. Motivasyonel Görüşme	Gülay Taşdemir Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-8075-7155	493 514
5.6. Toplumsal Destek Yaklaşımı	Gülseren Çıtak Tunç Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0003-1329-1719 Emine Dura Budak İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0001-5122-6809	515 528
5.7. Kendi Kendine Yardım Grupları	Nazmiye Yıldırım Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0003-2279-2865 Melisa Bulut Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-2031-6454	529 548

5.8. Bağımlılık Tedavisinde Egzersiz	Devrim Bulut Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Spor Yöneticiliği Bölümü, Spor Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı ORCID: 0000-0001-8871-6182	549 570
5.9. Maneviyat ve Bağımlılık	İsa Ceylan University of Aberdeen The School of Divinity, History, Philosophy & Art History Centre for Spirituality, Health and Disability ORCID: 0000-0002-6163-5689	571 594
ÜNİTE 6- BAĞIMLILIK AİLE ve TOPLUM		
6.1. Aileyi ve Toplumu Bağımlılıktan Koruma	Gamzegül Altay Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-4895-5338 Ayten Yılmaz Yavuz Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-5861-4254	595 616
6.2. Ailenin Tedavi ve Rehabilitasyon Sürecinde Desteklenmesi	Hümevra Hançer Tok Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Şuşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü ORCID: 0000-0003-3283-4192	617 632
6.3. Alkol ve Madde Bağımlısı Ebeveynlerin Çocukları	Rabia Keçialan Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0002-2137-0655	633 648
6.4. Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Sahip Olan Aile	Nazmiye Yıldırım Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0003-2279-2865 Hüseyin Figen Bolu İl Sağlık Müdürlüğü İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Erişkin Arındırma Merkezi ORCID:0000-0003-2580-2301	649 664
6.5. Sokak Çocukları ve Bağımlılık	Media Subaşı Baybuğa Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0001-8584-9991	665 685

BÖLÜM 1.1

Bağımlılık

Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bağımlılıkla Mücadele Uygulama ve Araştırma
Merkezi

İçindekiler

Giriş

1.1.1. Bağımlılıkla Mücadelede İyi Alışkanlıkların Rolü

1.1.2. Bağımlılık Modelleri

1.1.2.1. Biyolojik, psikolojik ve sosyal perspektiften bağımlılık modelleri

1.1.3. Bağımlılıkla Önleme Stratejileri: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
(UNODC) Örneği

1.1.4. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu

1.1.5. Bağımlılıkla Mücadelede Çok Disiplinli Yaklaşım

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık, insanlık tarihi boyunca bireyleri ve toplumları derinden etkileyen karmaşık bir olgudur. Bağımlılık, yüzyıllar boyunca farklı kültürlerde ve dönemlerde çeşitli şekillerde anlaşılmış ve tanımlanmıştır. İlk çağlardan itibaren pek çok insanın yaşadığı bağımlılık, çoğunlukla ahlaki bir zaaf olarak değerlendirilmiştir (Rosenthal ve Faris, 2019). Bu kavram, zamanla tıbbi bir sorun, psikolojik bir bozukluk ve nihayetinde biyopsikososyal bir olgu olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Bu kapsamda, bağımlılığın genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve bireyin psikolojik özellikleri gibi birçok etkenin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul görmektedir (Rosenthal ve Faris, 2019, Griffiths, 2005).

Kökeni, Latince “addictus” (bağımlı, bağlı, teslim olma, köleleşme) kelimesine dayanan bağımlılık kavramının tarih boyunca farklı anlamlar kazandığı görülmektedir. İlk çağlarda bağımlılık, bir borçlunun alacaklısına köle olarak devredilmesi gibi hukuki bir anlam taşıırken, daha sonra bir kişinin bir amaca veya uğraşa olan yoğun bağlılığını ifade etmek için kullanılmıştır. Bağımlılığın, alkol ve uyuşturucu gibi maddelere yönelik tıbbi bir model olarak ortaya çıkması ise 19. yüzyıla dayanmaktadır. Günümüzde ise, sadece alkol ve madde bağımlılığı değil, aynı zamanda davranışsal bağımlılıklar (kumar, internet oyunları, sosyal medya, alışveriş gibi) da bağımlılık kavramının bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım, bağımlılığın çok boyutlu ve karmaşık bir olgu olduğunu, hem biyolojik, psikolojik hem de sosyal faktörlerin etkisi altında geliştiğini göstermektedir (Rosenthal ve Faris, 2019).

Toplumda bağımlılık kavramının genellikle olumsuz ve damgalayıcı bir anlam taşıdığı görülmektedir, ancak bu olumsuz algının yanı sıra, bağımlılık kelimesi günlük dilde geniş bir anlam yelpazesinde de kullanılmaktadır. Bağımlılık, sadece maddelere veya zararlı davranışlara değil, aynı zamanda herhangi bir güçlü istek, tutku veya ilgi alanı için de kullanılabilir. Örneğin, pazarlama dilinde bir ürün veya aktivite «bağımlılık yapıcı» olarak tanımlanırken, bunun çekici ve sürekli ilgi uyandırıcı olduğu vurgulanmaktadır. Bu kullanım, bağımlılığın bazı durumlarda arzu edilen ve olumlu bir özellik olarak algılanabileceğini de göstermektedir (Rosenthal ve Faris, 2019).

Bağımlılık, günümüzde çok boyutlu bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık etkileşimi bu sorunun ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, bağımlılık hem bireysel yaşamları hem de toplumsal yapıyı derinden etkileyen çok değişkenli bir sorun olarak görülmektedir. Bağımlılık üzerine yapılan araştırmalarla, genetik, beyin görüntüleme gibi teknolojiler sayesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olursa da, bağımlılığın hala tam olarak anlaşılmayan birçok yönü bulunmaktadır (Wiens, Walker, 2014; Heather vd., 2017; Rosenthal ve Faris, 2019). Bağımlılığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları, sadece bağımlılık yapan madde ve davranışlardan uzak durmayı değil, aynı zamanda bireylerin hayatında kalıcı ve olumlu değişiklikler yapmayı da gerektirmektedir. Bu bağlamda, bağımlılıkla mücadelede iyi alışkanlıkların geliştirilmesi ve sürdürülmesi önemlidir.

1.1.1. Bağımlılıkla Mücadelede İyi Alışkanlıkların Rolü

Bağımlılık ve bağımlılıktan iyileşme, her ikisi de alışkanlıkların oluşumu ile ilgili olduğundan birçok yönden benzetilmektedir. Bağımlılığın kötü alışkanlıkların oluşumundan kaynaklandığı, iyileşmenin ise iyi alışkanlıkların geliştirilmesiyle sürdürülebileceği belirtilmektedir. Bağımlılığı destekleyen kötü alışkanlıklar uzun sürede

oluşmaktadır. Benzer şekilde, iyileşmeyi destekleyen iyi alışkanlıklar da uzun sürede güçlenmektedir. İyileşmenin devam etmesi için, için iyi alışkanlıkların sürdürülmesine yönelik çok çalışmak gerekmektedir. İyi alışkanlıklar günlük yaşamın bir parçası haline getirilmelidir. İyi alışkanlıklar arasında; “anlamli sosyal bağlantılar kurmak, egzersiz yapmak, sağlıklı beslenmek, hobiler edinmek, okumak ve yazmak” sayılabilir (MavKey, 2018).

Alışkanlık ve bağımlılık nedir ve nasıl anlaşılmalıdır?

Alışkanlık, belirli bir davranışın tekrarlandıkça otomatik hale gelmesi anlamına gelmektedir. Bu durumda, birey bilinçli bir karar vermeden, belirli bir tetikleyiciye (örneğin stres) yanıt olarak bu davranışı sergilemektedir. Örneğin, bir fare bir düğmeye bastığında yemek alacağını öğrenirse ve bu davranışı tekrarlarsa, düğmeye basmak bir alışkanlık haline gelmektedir. Alışkanlık öğrenimi genellikle ödül (örneğin yemek) veya ceza (örneğin elektrik şoku) gibi sonuçlarla pekiştirilmektedir (Ostlund ve Balleine, 2008; Ersche vd., 2017).

Bağımlılık ise alışkanlıklardan daha karmaşık bir durumdur ve genellikle kontrol edilemeyen, zararlı olabilecek davranışlara yönelik yoğun bir arzu ve zorlayıcı (kompulsif) davranışlarla karakterize edilmektedir. Bağımlılık durumunda, birey olumsuz sonuçları bilmesine rağmen madde kullanımı veya bağımlılık yaratan davranışları sürdürmektedir. Bağımlılığın arkasındaki temel mekanizmalardan biri, beyin ödül ve öğrenme sistemlerindeki bozulmadır. Bağımlılık, beyindeki ödül sistemini bozarak, bağımlılık yapan madde veya davranışı güçlü bir şekilde pekiştirmektedir. Böylece bağımlılar için madde arayışı ve kullanımı öğrenilmiş bir alışkanlık haline gelmektedir. Bu süreçte, alışkanlıklar normalden daha hızlı öğrenilmekte ve kontrol yetisi azalmaktadır. Bu durum bireyin sağlığını, sosyal hayatını ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Ostlund ve Balleine, 2008, National Institute on Drug Abuse [NIDA], (2011).

Bağımlılık ve alışkanlık arasındaki temel fark, bağımlılığın genellikle bir madde veya davranışa yönelik yoğun bir arzu ve kontrol kaybı ile ilişkili olmasıdır. Alışkanlıklar belirli bir uyarıcıya bağlı olarak otomatikleşmiş davranışlar olarak kalabilirken, bağımlılık bu davranışların kontrol edilemez bir şekilde tekrarlanmasına ve bireyin hayatında önemli problemlere yol açmasına neden olmaktadır. Normalde, alışkanlıklar esneklik gösterirken ve çevresel değişimlere uyum sağlayabilirken, bağımlılıkta bu esneklik kaybolmakta ve alışkanlıklar katılaşmaktadır. Bu durum, bağımlılığın neden bu kadar dirençli olduğunu açıklamaktadır (Ostlund ve Balleine, 2008, Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]- Office of the Surgeon General, 2016).

Bağımlılık tedavisinde, alışkanlıkların yeniden şekillendirilmesi hedeflenmektedir. Örneğin, bilişsel davranışçı terapi, bağımlı bireylere bağımlılık yapan davranışları tetikleyen düşünce ve duygu kalıplarını fark etmeleri ve değiştirmeleri konusunda yardımcı olmaktadır. Ayrıca, farkındalık temelli terapi gibi yöntemler, bireylerin anlık deneyimlerine odaklanarak, otomatik davranış kalıplarını kırmayı ve daha sağlıklı seçimlerde bulunmayı öğrenmelerini sağlamaktadır (Bkz. Bölüm 5.1, Bölüm 5.3, Bölüm 5.4, Bölüm 5.5) (Ostlund ve Balleine, 2008; Tanrıku ve Kayaoğlu, 2024, Chand, Kuckel ve Huecker, 2024). Bağımlılıktan kurtulmak için yeni ve sağlıklı alışkanlıkların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu süreç, bireyin çevresini düzenlemesi, düşünce kalıplarını değiştirmesi ve yeni davranışlar öğrenmesini içermektedir: (Ostlund ve Balleine, 2008)

- 1. Hedefe Yönelik Davranışların Güçlendirilmesi:** Bağımlı bireylerin, bağımlılık yaratan davranışların yerine sağlıklı ve olumlu sonuçlar doğuran alternatif aktiviteler (örneğin spor yapmak, sanatla ilgilenmek) bulmaları ve bu aktiviteleri teşvik eden bir çevre oluşturmaları gerekmektedir.
- 2. Çevresel Uyarıların Kontrolü:** Bağımlılık yapan davranışları tetikleyen çevresel uyarılar (örneğin belirli yerler veya insanlar) belirlenmeli ve bu uyarılardan kaçınılmalıdır. Ayrıca, olumlu davranışları destekleyen yeni uyarılar geliştirilmelidir.
- 3. Bilinçli Farkındalık ve Davranışsal Kontrol:** Mindfulness (bilinçli farkındalık) teknikleri ve bilişsel-davranışçı terapi gibi yaklaşımlar, bireylerin bağımlılık yapan davranışlarını fark etmelerine ve bu davranışların olumsuz sonuçlarını düşünmelerine yardımcı olmaktadır.
- 4. Alışkanlık Değiştirme Teknikleri:** Bağımlılık yapan alışkanlıkların yerine sağlıklı alışkanlıklar koymak için belirli bir plan oluşturulmalı ve bu plana uyulmalıdır. Örneğin, sigara bağımlılığına alternatif olarak su içme alışkanlığı geliştirilebilir.
- 5. Sosyal Destek ve Çevresel Düzenlemeler:** Bağımlılık tedavisi sürecinde, bireyin etrafında ona destek olacak ve pozitif davranışlara yönlendirecek bir sosyal çevre oluşturmak büyük önem taşımaktadır.
- 6. Beyin Fonksiyonlarının Düzenlenmesi ve İyileştirilmesi:** İlaç tedavileri, beyin stimülasyon teknikleri ve terapi yöntemleri kullanılarak beyin işlevleri üzerinde olumlu değişiklikler yapılabilir. Bu tür müdahaleler, bireylerin daha esnek ve uyum sağlayabilir davranışlar geliştirmesine yardımcı olmaktadır.

Bağımlılıktan kurtulmak için alışkanlıkları kontrol altına almak ve olumlu davranışları teşvik etmek gereklidir. Bağımlılık tedavisi, yalnızca bağımlılık yapan davranışları durdurmaya odaklanmakla kalmamalı; aynı zamanda yeni ve sağlıklı alışkanlıklar geliştirmeye ve bireylerin çevresini ve düşünce kalıplarını değiştirmeye yönelik stratejiler içermelidir. Bu süreç sabır, çaba ve profesyonel destek gerektirmektedir (Ostlund ve Balleine, 2008).

Bağımlılığın önlenmesi ve tedavisi için çok disiplinli bir yaklaşım benimsenmeli, biyolojik, psikolojik, sosyal ve toplumsal faktörlerin tümü dikkate alınmalıdır. Bağımlılıkla mücadelede başarılı olabilmek için, bağımlılık modellerinin nasıl çalıştığını anlamak kritik öneme sahiptir. Bu modeller, bağımlılığın gelişim sürecini, risk faktörlerini ve bağımlılık yapan davranışların nasıl sürdüğünü açıklamaya yardımcı olur. Sonuç olarak, bağımlılık hem bireyleri hem de toplumları derinden etkileyen karmaşık bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, bağımlılıkla mücadelede etkili stratejiler geliştirmek için bilimsel bilginin yanı sıra toplumsal farkındalığın artırılması ve çok yönlü politikaların benimsenmesi büyük önem taşımaktadır. Bağımlılık modelleri üzerine odaklanarak, bu karmaşık durumun anlaşılmasına ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine katkı sağlanabilir.

1.1.2. Bağımlılık Modelleri

Bağımlılık, bireylerin ve toplumların karşılaştığı karmaşık bir sorundur ve bu sorunu anlamak için farklı modeller geliştirilmiştir. Bu modeller, bağımlılığın nasıl geliştiğini, nasıl sürdürüldüğünü ve nasıl tedavi edilebileceğini, bağımlılığı etkileyen faktörleri açıklamaya çalışmaktadır. Buna ek olarak modeller bu süreçlerin birey

ve toplum üzerindeki etkilerini anlamak için kullanılmaktadır Bağımlılık modelleri, bireysel düzeydeki yaklaşımlar ve nüfus/grup düzeyindeki yaklaşımlar olarak iki ana sınıfa ayrılmaktadır: (Simon ve West, 2015)

1. Bireysel bağımlılığın modellemesi (Individual Modeling)

Bireylerin bağımlılık davranışlarını nasıl geliştirdiğini ve sürdürdüğünü açıklamaya odaklanılmaktadır.

- Otomatik İşleme Teorileri (Automatic Processing Theories): Bağımlılık davranışlarının bilinçli kararlar veya niyetler olmadan, otomatik süreçlerle şekillendiğini varsayılmaktadır. Bu model grubuna örnek olarak edimsel koşullanma, aşırı istek ve sosyal öğrenme verilebilir.
- Yansıtıcı Seçim Teorileri (Reflective Choice Theories): Bu modeller bireylerin bilinçli analiz ve karar verme süreçleriyle bağımlılık geliştirdiğini öne sürmektedir.
- Hedef Odaklı Teoriler (Goal-Focused Theories): Bağımlılık davranışlarının arkasındaki itici gücün, bağımlılık yapan davranıştan alınan haz veya ihtiyaçların karşılanması olduğu savunulmaktadır.
- Bütünleştirici Teoriler (Integrative Theories): Farklı faktörleri bir araya getirerek, bireyin çevresiyle etkileşimlerini ve içsel durumlarını dikkate almaktadır.
- Biyolojik Teoriler (Biological Theories): Bağımlılığı bir “beyin hastalığı” olarak ele alarak, beyin işlevlerindeki farklılıkların bağımlılığa neden olduğunu vurgulamaktadır.
- Değişim süreci teorileri (Process of Change Theories): Bağımlılığın nasıl geliştiğinden çok, insanların bağımlılıktan nasıl kurtulduklarına odaklanmaktadır. Bu teoriler, insanların davranışlarını ve düşüncelerini adım adım değiştirmeyi hedeflemektedir. Değişim süreci teorilerinin en önemli özelliklerinden biri, nüks yani bağımlılığa geri dönmeyi, bu değişim sürecinin doğal bir parçası olarak görmeleridir. Bu süreçte, kişi birden fazla kez nüks yaşayabilir ve bu durum, karar verme sürecinin bir aşaması olarak kabul edilir. Bu nedenle, bu teorilere göre yapılan müdahaleler, kişinin hangi aşamada olduğuna ve yaşadığı duruma göre özel olarak uyarlanmalıdır.

2. Nüfus/Grup düzeyindeki teoriler (Population/Group level theories)

Bağımlılık davranışlarının topluluklar içinde nasıl geliştiğini ve yayıldığını inceleyen modelleri içermektedir.

- Sosyal Ağ Teorileri (Social Network Theories): Bireylerin bağımlılığa geçişlerini sosyal bağlantılar ve grup normları üzerinden açıklamaktadır.
- Ekonomik Modeller (Economic Models): Bu modeller bağımlılık davranışlarının, ekonomik faktörlerle (fiyat, erişilebilirlik) tahmin edilebileceğini, vergi ve yasal düzenlemelerle bağımlılık yapan maddelerin tüketiminin azaltılabileceğini açıklamaktadır.
- İletişim/Pazarlama Teorileri (Communication/Marketing Theories): Bağımlılık yapan maddelerin ve davranışların, pazarlama ve iletişim yoluyla tüketicilere nasıl cazip hale getirildiğini incelemektedir.
- Organizasyonel Sistem Modelleri (Organizational Systems Models): Bağımlılı-

lığın, hükümet ve toplum gibi sosyal bileşenlerin etkileşimleri içinde nasıl şekillendiğini incelemektedir ve sistemdeki değişikliklerin etkilerini değerlendirmeye çalışmaktadır. Bu modeller, tüm sistemin etkili bir şekilde anlaşılması ve müdahalelerin buna göre planlanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Yukarıda da açıklandığı gibi bağımlılık ile mücadelede kullanılan müdahale türleri, bireysel ve toplumsal düzeyde farklı bağımlılık modellerine dayanarak, belirli bağımlılık davranışlarının azaltılması veya ortadan kaldırılması amacıyla tasarlanmıştır. Davranışsal müdahaleler (eğitim, modelleme) bireyin davranışlarını doğrudan hedeflerken, çevresel müdahaleler (çevresel yeniden yapılandırma) bireyin davranışlarını dolaylı olarak etkilemek üzere çevreyi değiştirmektedir. Özellikle halk sağlığı politikalarında bu müdahalelerin etkin kullanımı, toplumsal düzeyde bağımlılıkla mücadelede önemli bir rol oynamaktadır (Simon ve West, 2015). Bağımlılıkla mücadelede başarı kazanmak için bireyin içsel motivasyonu, çevresindeki fırsatlar ve sahip olduğu beceriler de oldukça önemlidir.

Bağımlılıkla mücadele yöntemleri: Fırsat, motivasyon ve yetenek yaklaşımları: (Mitchie, van Stralen, ve West, 2011, Simon ve West, 2015).

- **Fırsat (Opportunity):** Bağımlılıkla mücadelede, insanların bağımlılık davranışlarına katılma fırsatlarını azaltmak için kısıtlama ve çevresel yeniden yapılandırma gibi yöntemler kullanılmaktadır. Örneğin, alkol satış yerlerinin sayısını sınırlandırmak veya opiat ilaçlarının arzını kontrol etmek gibi.
- **Motivasyon (Motivation):** İnsanları bağımlılıktan uzak durmaya motive etmek için modelleme, ikna, teşvik etme ve zorlayıcılık gibi yöntemler kullanılmaktadır. Örneğin, finansal ödüller sunmak veya sigaranın zararlarını gösteren görüntüler kullanmak.
- **Yetenek (Capability):** Eğitim ve beceri geliştirme yöntemleriyle, insanların bağımlılıkla mücadele edebilme kapasiteleri artırılmaktadır. Örneğin, sigarayı bırakma yöntemleri hakkında bilgi vermek veya bar personeline eğitim vermek.
- **Fırsat, Motivasyon ve Yetenek:** Bağımlılıkla mücadelede, bireylerin yeteneklerini artırmak ve bağımlılıktan uzak durmalarını sağlamak için olanaklar sağlanmaktadır. Örneğin, eroin kullanımını sınırlamak için metadon tedavisine başlamak. Bağımlı bireylere sosyal destek gruplarına katılma fırsatı sunarak dayanışma ağları oluşturmak. Bağımlı bireylere mesleki eğitim vererek toplumda daha aktif rol almalarını sağlamak.

1.1.2.1. Biyolojik, psikolojik ve sosyal perspektiften bağımlılık modelleri

Bağımlılık, sadece bireyi değil, toplumu da etkileyen karmaşık bir konudur. Bu çalışmada, bağımlılığın farklı yönlerini anlamak için kullanılan biyolojik, psikolojik ve sosyal perspektiflerden türetilmiş bazı modeller incelenecektir.

1. Bağımlılığa Beyin Hastalığı Modeli

Bağımlılık kavramının anlaşılmasında, özellikle beynin rolünü vurgulayan Beyin Hastalığı Modeli son yıllarda yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Beyin Hastalığı Modeli, bağımlılığı biyolojik bir bozukluk olarak ele almaktadır. Bu modele göre bağımlılık, bağımlılık yapan maddelerin tekrarlı kullanımı sonucu ortaya çıkan nörolojik değişiklikler nedeniyle oluşan kronik, tekrarlayıcı bir beyin hastalığıdır. Bu model, bağımlılık yapan maddelerin beyinde, özellikle ödül sistemi gibi belirli alanlarda kalıcı değişikliklere yol açtığını ve bu değişikliklerin bireyde madde kullanımı üzerinde

kontrol kaybına yol açtığını savunmaktadır (NIDA, 2011; SAMHSA- Office of the Surgeon General, 2016). Beyin Hastalığı Modeli, bağımlılığın biyolojik ve nörolojik temellerini açıklayarak, bağımlılığın bir irade zayıflığı veya ahlaki bir başarısızlık olarak görülmemesi gerektiğini savunmaktadır. Bu, bağımlılara karşı olan sosyal damgalanmayı azaltma potansiyeline sahip bir görüş olarak ortaya çıkmaktadır. Bu modelin güçlenmesinde araştırma sonuçlarının önemli katkısı vardır. Özellikle beyin taramaları ve nörolojik araştırma sonuçları, bağımlı bireylerde beyin işlevinde belirgin değişiklikler olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, bağımlılığın bir beyin hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği görüşünü desteklemektedir (SAMHSA- Office of the Surgeon General, 2016; Heather vd., 2017).

Ancak, bu görüşe karşı çıkanlar, bağımlılığın sadece biyolojik bir rahatsızlık olarak ele alınmasının yetersiz olduğunu savunmaktadır. Beyin Hastalığı Modeli'ne karşı çıkanlar, bağımlılığın sosyal, psikolojik, kültürel ve çevresel faktörlerin de güçlü bir şekilde etkili olduğu çok boyutlu bir süreç olduğunu ve bu sürecin, bireylerin bağımlılıkla başa çıkma şekillerinde büyük farklılıklara yol açtığını ileri sürmektedir. Örneğin, sosyal destek gruplarına katılan alkol bağımlısı çok sayıda bireyin, bu gruplardan aldığı destekle alkol kullanımını bıraktığı bilinmektedir (Bölüm 5.7). Beyin Hastalığı Modeli'ne yapılan eleştirilerden biri de, bağımlılığın bir "beyin hastalığı" olarak etiketlenmesinin, bağımlılıkla ilgili toplumsal damgalamayı ve ahlaki yargıları azaltmak yerine artırabileceği yönündedir. Bağımlılığı biyolojik bir hastalık olarak görmek, bireylerin bağımlılık süreçlerindeki sorumluluklarını göz ardı etmelerine, tedavi sürecinde kendi kararlarını verme özgürlüklerinin kısıtlanmasına ve daha çok başkalarına bağımlı hale gelmelerine yol açabilmektedir. Bu yaklaşım, bağımlılığın daha karmaşık ve çok yönlü bir durum olduğunu savunan ve bireylerin kendi iyileşme süreçlerinde sosyal desteğin ve topluluk temelli yaklaşımların önemi vurgulayan iyileşme anlayışlarıyla çelişmektedir (Heather vd., 2017).

Sonuç olarak, Beyin Hastalığı Modeli bağımlılığı açıklamak için önemli bir model sunmaktadır, ancak bu model bağımlılığın tüm boyutlarını açıklamakta yetersiz kalabilir. Bu nedenle, daha kapsamlı ve multidisipliner yaklaşımlar benimsenmesi önerilmektedir (Bkz. Bölüm 5.6, Bölüm 5.7, Bölüm 5.8, Bölüm 5.9, Bölüm 6.1, Bölüm 6.2) (Heather vd., 2017).

2. Bağımlılıkta Kronik Hastalık Modeli

Kronik Hastalık Modeli bağımlılığı bir tür kronik, tekrarlayıcı bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Bu modele göre bağımlılık, diyabet veya kalp hastalığı gibi yönetilmesi gereken uzun süreli bir sağlık sorunudur. Kronik Hastalık Modeli, bağımlılığın beyindeki belirli yapısal ve işlevsel değişikliklerle ilişkili olduğunu ve bu değişikliklerin kişinin bağımlılık yapan maddeye olan kontrolünü kaybetmesine neden olduğunu savunmaktadır (Wiens ve Walker, 2014). Örneğin bu model alkolizmi bir hastalık olarak kabul etmektedir ve tedaviye odaklanmaktadır. Modele göre, alkolizmin nedenleri biyolojik olup, genetik ve fizyolojik faktörlere dayanmaktadır. Alkolizmin belirleyici belirtisi, ilk içkiyi aldıktan sonra tüketimi kontrol edememe durumudur. Bu, fiziksel anormallikten kaynaklanan kaçınılmaz bir reaksiyon olarak kabul edilmektedir (Start2Stop, 2022).

Bu modele göre bağımlılık tıpkı diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi uzun süreli, sürekli bir bakım ve tedavi gerektirmektedir (Wiens ve Walker, 2014, Start2Stop, 2022). Bununla birlikte, Kronik Hastalık Modeli'ni eleştirenler, bu modelin bağımlı bireylerin içsel kontrol duygusunu, motivasyonunu ve bağımlılıkla başa çıkma ye-

teneklerine olan inançlarını zayıflatabileceğini ve kendilerini çaresiz hissetmelerine yol açabileceğini savunmaktadır. Bağımlılığın kronik bir hastalık olarak görülmesinin, bağımlı bireylerin kendi davranışları üzerinde kontrol sahibi olma duygusunu azaltabileceği ve bu durumun, kişinin tedaviye olan inancını zayıflatabileceği belirtilmektedir (Wiens ve Walker, 2014).

Beyin Hastalığı Modeli ile Kronik Hastalık Modeli Arasındaki Ortaklıklar ve Farklılıklar: (Wiens ve Walker, 2014; Heather vd., 2017).

- Kronik Hastalık Modeli ve Beyin Hastalığı Modeli, bağımlılığı anlamada biyolojik temelli yaklaşımlar sunmaktadır ve her ikisi de bağımlılığı bir hastalık olarak ele almaktadır.
- Her iki model de bağımlılığı tedavi edilebilir bir hastalık olarak kabul etmektedir ve tedavi sürecinin uzun süreli bir yaklaşım gerektirdiğini belirtmektedir.
- Beyin Hastalığı Modeli bağımlılığı, beyindeki nörolojik, biyokimyasal değişikliklere, özellikle de ödül sistemindeki kalıcı hasara bağlamaktadır.
- Kronik Hastalık Modeli, bağımlılığın tıpkı diyabet veya hipertansiyon gibi yaşam boyu sürebilecek bir durum olduğunu kabul etmektedir.
- Beyin Hastalığı Modeli tedavide daha çok biyolojik müdahalelere (ilaçlar, beyin stimülasyonu gibi) odaklanmaktadır.
- Kronik Hastalık Modeli ise tedavide hem biyolojik hem de psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri dikkate alan çok yönlü bir yaklaşım benimsemektedir.

3. Bağımlılıkta Biyopsikososyal Model

Kronik Hastalık Modeli, sağlık profesyonelleri tarafından bağımlılığı uzun süreli bir beyin hastalığı olarak ele alan bir yaklaşım olarak yaygın biçimde benimsenmiş olsa da, bağımlılığın karmaşık doğasını tam anlamıyla kavrayabilmek için Biyopsikososyal Model gibi daha bütüncül yaklaşımları da göz önünde bulundurmamak önemlidir. Biyopsikososyal Model, bağımlılığı ve diğer hastalıkları anlamak ve tedavi etmek için biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimini temel alan kapsamlı bir yaklaşımdır. 1977 yılında psikiyatrist George Engel tarafından geliştirilen bu model, bağımlılığın yalnızca biyolojik bir bozukluk olmadığını, aynı zamanda bireyin psikolojik durumu ve sosyal çevresiyle de yakından ilişkili karmaşık bir durum olduğunu vurgulamaktadır. Engel, geleneksel biyomedikal modelin hastalıkları yalnızca biyolojik faktörlerle açıklamada yetersiz kaldığını belirterek, biyopsikososyal yaklaşımın hem bağımlılığın anlaşılmasında hem de tedavisinde daha bütüncül bir bakış açısı sunduğunu savunmuştur (Skewes ve Gonzalez, 2013).

DİKKAT

Biyopsikososyal Model, bağımlılığın karmaşık yapısını tüm yönleriyle ele alarak, tedavi süreçlerine daha kapsamlı ve etkili bir yaklaşım sunmaktadır. Örneğin; bir bağımlının ilaç tedavisinin yanında aile terapisi ve sosyal beceri eğitimi gibi gereksinimleri de olabilir.

Biyopsikososyal Model, bağımlılık tedavisinde biyolojik yaklaşımların yanı sıra sosyal destek grupları, psikoterapi ve çevresel düzenlemelerin de önemini vurgulamaktadır. Bu kapsamda, motivasyonel görüşme, bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi ve kısa müdahaleler gibi psikososyal müdahaleler önemli bir yer tutmaktadır.

Bu müdahaleler, bireylerin tedavi sürecine bağlı kalmalarını, davranış değişikliklerini sürdürmelerini ve topluma yeniden entegrasyonlarını desteklemektedir (Wiens ve Walker, 2014; European Union Drugs Agency [EUDA], 2016).

Biyopsikososyal Model, bireyin bağımlılıkla başa çıkma sürecinde aktif rol almasını sağlarken, aynı zamanda bağımlılığın öngörülemeyen ve değişmez olduğu algılarını azaltarak bireyin tedaviye katılımını artırmaktadır ve damgalanma ile utanç duygularını hafifletmektedir. Bu nedenle, bağımlılıkla mücadelede daha etkili sonuçlar elde etmek için bu modelin sunduğu bütüncül yaklaşımlar göz önünde bulundurulmalıdır (Wiens ve Walker, 2014). Tablo 1.1.1'de modelin özellikleri, güçlü ve zayıf yönleri açıklanmaktadır:

Tablo 1.1.1. Biyopsikososyal Modelin Özellikleri

<p>Bütüncül Yaklaşım: Bağımlılık gibi karmaşık durumları anlamak için biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir arada değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır.</p> <p>Etkileşimsel Model: Bu model, bireyin genetik yatkınlıkları, kişilik özellikleri, stres faktörleri ve sosyal çevresi arasındaki etkileşimlerin bağımlılık üzerindeki etkilerini incelemektedir.</p> <p>Kişiselleştirilmiş Tedavi: Biyopsikososyal model, her bireyin farklı biyolojik, psikolojik ve sosyal dinamiklere sahip olduğunu kabul ederek tedavi yaklaşımlarının bu farklılıklara göre uyarlanmasını önermektedir.</p>	
Güçlü Yönleri:	Zayıf Yönleri:
<p>Kapsayıcılık: Biyopsikososyal model, bağımlılık gibi karmaşık durumları daha geniş bir perspektiften ele alarak, tedavi sürecinde gözden kaçabilecek faktörleri de dikkate almaktadır.</p>	<p>Karmaşıklık: Biyopsikososyal modelin çok yönlü yapısı, uygulamada bazen karmaşık hale gelebilmektedir ve tüm faktörlerin dengeli bir şekilde ele alınmasını zorlaştırabilmektedir.</p>
<p>Bireye Özgü Tedavi: Bu model, bireylerin farklı ihtiyaçlarına yönelik daha esnek ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarının geliştirilmesine olanak tanımaktadır.</p>	<p>Test Edilebilirlik Sorunu: Modelin çok geniş bir çerçeve sunması, belirli hipotezlerin test edilmesini ve sonuçların doğrudan ölçülmesini zorlaştırabilmektedir.</p>
<p>Bilimsel Destek: Hem biyolojik hem de psikososyal faktörlerin bağımlılık üzerindeki etkilerini gösteren çok sayıda araştırma, bu modelin geçerliliğini desteklemektedir.</p>	

Kaynak: Skewes ve Gonzalez, 2013

Sonuç olarak, biyopsikososyal model hem bireyin biyolojik yapısını hem de psikolojik ve sosyal çevresini dikkate alarak, bağımlılığın daha derinlemesine anlaşılmasını sağlamaktadır. Model Tedavi süreçlerinde bu faktörlerin tümünü göz önünde bulundurmaktadır.

4. Brenda Modeli (Yaşlılarda Alkol Bozukluklarını Tanıma ve Tedavi Etmek İçin Psikososyal Bir Bağımlılık Modeli)

Brenda Modeli, alkol bağımlılığı ve diğer bağımlılık türlerinin tedavisinde kullanılan bir psikososyal müdahale modelidir. Özellikle yaşlı bireylerde alkol bağımlılığı gibi sorunların tedavisinde etkili bir yöntem olarak geliştirilmiştir. Modelin temel amacı, hastanın biyopsikososyal durumunu değerlendirmek, bu değerlendirme sonuçlarını empatik bir yaklaşımla hastaya bildirmek, hastanın ihtiyaçlarını belirlemek, doğrudan tavsiye vermek ve bu tavsiyelerin uygulanabilirliğini değerlendirmektir (Tablo 1.1.2). Brenda Modeli, 1999 yılında Pennsylvania Üniversitesi Araştırma Merkezi'nde Gail Kaempf, Charles O'Donnell ve David W. Oslin tarafından geliştirilmiştir. Modelin geliştirilmesi, yaşlı bireylerde bağımlılık tedavisinde etkili bir yöntem eksikliğinden doğmuştur ve bu ihtiyacı karşılamak amacıyla oluşturulmuştur. Yaşlılarda alkol bağımlılığı sık görülen ancak genellikle göz ardı edilen veya yanlış teşhis edilen bir sorundur. Bu model, yaşlı hastalarda bağımlılık tedavisinde başarılı olmuştur, ancak modelin farklı yaş gruplarındaki bağımlılık tedavilerinde de uygulanabilir olduğu belirtilmektedir (Kaempf, O'Donnell, ve Oslin, 1999).

Tablo 1.1.2. Brenda Modelinin Basamakları ve Açıklaması

Modelin Basamakları	Açıklama
B - Biyopsikososyal Değerlendirme	Hastanın biyolojik, psikolojik ve sosyal durumunun değerlendirilmesi.
R - Değerlendirme Sonuçlarının Hastaya Bildirilmesi	Değerlendirme bulgularının empatik bir yaklaşımla hastaya iletilmesi.
E - Empatik Yaklaşım	Hastanın duygusal ihtiyaçlarına duyarlı ve destekleyici bir tutum sergilenmesi.
N - Hastanın İhtiyaçlarının Belirlenmesi	Değerlendirme sırasında belirlenen hastanın ihtiyaçlarının tanımlanması.
D - Doğrudan Tavsiye	Hastanın ihtiyaçlarına göre spesifik ve doğrudan tavsiyeler verilmesi.
A - Tavsiyelerin Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi	Verilen tavsiyelerin etkili olup olmadığının ve hastanın bu tavsiyelere uyumunun değerlendirilmesi.

Kaynak: Kaempf, O'Donnell, ve Oslin, 1999

Brenda Modeli, yaşlı bireylerde alkol bağımlılığının tedavisinde empati odaklı, esnek ve uygulanabilir bir yaklaşım sunmaktadır. Bu model, hastaların tedaviye uyumunu artırmayı hedeflemektedir. Özel bir bağımlılık eğitimi gerektirmeden birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kolaylıkla uygulanabilmesi, modelin erişilebilirliğini artırmaktadır. Ancak, modelin bazı karmaşık vakalarda uzman müdahalesine ihtiyaç duyulabilecek olması ve öncelikle yaşlı popülasyona odaklanması gibi bazı sınırlamaları da bulunmaktadır (Kaempf, O'Donnell, ve Oslin, 1999).

5. Sosyal Öğrenme Teorisi ve Bağımlılık:

Sosyal Öğrenme, bağımlılık konusundaki önemli teorilerden biridir ve ilk olarak Albert Bandura tarafından 1950'lerde geliştirilmiştir. Bu teori, insanların davranışlarının büyük ölçüde başkalarını gözlemleyerek ve model olarak öğrenildiğini savunmaktadır. Bandura, insan davranışını belirleyen üç temel faktör arasında karşılıklı bir etkileşim olduğunu belirtir: Kişisel faktörler (inançlar, düşünceler), davranışlar ve çevresel faktörler. Bu etkileşime karşılıklı determinizm denir. Sosyal öğrenme teorisi, bağımlılığın da bu etkileşimli süreçler sonucu gelişebileceğini öne sürmektedir (Smith, 2021).

DİKKAT

Sosyal öğrenme teorisi bağımlılığın çevresel faktörler ve sosyal öğrenme tarafından şekillendirildiğini öne sürer. Aile üyelerinin bağımlılık davranışları, arkadaş çevresinin baskısı ve kolay erişilebilir bağımlılık maddeleri, bağımlılık riskini artırabilir. Bu model, bağımlılıktan kurtulmak için destekleyici bir çevre oluşturma'nın önemini vurgular (Aegis Medical. 2024).

Sosyal öğrenme teorisi, bağımlılığı sadece bireysel bir problem olarak değil, aynı zamanda sosyal ve çevresel faktörlerin bir sonucu olarak ele alması nedeniyle kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır. Bu teori, model olarak öğrenme, taklit ve sosyal pekiştirme gibi mekanizmalarla bağımlılık davranışlarının nasıl geliştiğini açıklayarak, bağımlılıkla mücadelede sosyal çevre ve grup terapilerinin önemini vurgulamaktadır. Bandura'nın teorisi, bağımlılığın sürekli değişen bir süreç olduğunu kabul ederek, müdahale stratejilerinin de bu değişime uyum sağlaması gerektiğini savunmaktadır (Smith, 2021).

DİKKAT

Çocukken, yakın bir arkadaşımın ailesinde içki tüketimi ciddi bir sorun haline gelmişti. Her gün işten dönen anne babası aşırı miktarda alkol alıyor ve bu durum sağlıklarını tehdit ediyordu. Zamanla, arkadaşım da bu duruma alışarak içkiyi, uzun ve yorucu günlerin ardından stres atmanın bir yolu olarak görmeye başladı. Ailesinin içki alışkanlıklarını gözlemleyerek, sanki bu durumun normal bir parçasıymış gibi davranmaya başlamıştı. Bu durum, arkadaşımın sosyal çevresini de etkiledi. Zamanla, içki içmeyen veya az içen arkadaşlarıyla olan bağları zayıfladı ve yerine, ailesi ve kendisi gibi içkiyi hayatının merkezine alan yeni bir arkadaş çevresi oluştu. Tıpkı bağımlılık yaşayan birçok kişi gibi, o da içki içmeyen insanlarla iletişim kurmakta zorlanmaya başladı (PENNSTATE, 2014).

6. Davranışsal Model: Bağımlılık davranışlarının tekrarlanması, bu davranışlardan elde edilen haz veya rahatlama nedeniyle güçlendiğini savunur. Bu model, bağımlılıktan kurtulmak için baş etme mekanizmaları ve tekrarlama önleme stratejileri geliştirmenin önemini vurgular (Aegis Medical. 2024).

7. Manevi Model (Spiritüel Model): Bağımlılığı, daha derin bir manevi kopukluk veya varoluşsal krizin bir belirtisi olarak görür. Bu model, iyileşme için hayatta anlam ve amaç bulmanın önemini vurgular (Aegis Medical. 2024).

8. Holistik Model: Bağımlılığın çok yönlü bir süreç olduğunu kabul eder ve tüm modelleri içeren kapsamlı bir çerçeveye sunar. Bu model, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerinin tamamını ele alan kişiselleştirilmiş tedavi planları gerektiğini vurgular (Aegis Medical. 2024).

9. Zarar Azaltma Modeli: Bağımlılığın tamamen ortadan kaldırılmasının her zaman mümkün olmadığını kabul eder ve bağımlılığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmeyi hedefler. Bu model, iğne değişimi programları, ilaç destekli tedavi ve daha güvenli madde kullanımı hakkında eğitim gibi zarar azaltma stratejilerini vurgular (Aegis Medical. 2024).

Bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyon sürecinde tek bir modelin değil, farklı modellerin kullanılması ve bu alandaki araştırmaların sürekli devam etmesi, yeni modellerin bağımlılıkla mücadelede daha etkili sonuçlar alınmasını sağlayabilir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Pickard ve diğerlerinin (2015) yazdığı “Bağımlılığın alternatif modelleri” isimli editör yazısında özetle şunlar belirtilmektedir:

Bağımlılık, uzun yıllardır toplumun ve bilim dünyasının ilgi odağında olan karmaşık bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Geleneksel olarak, bağımlılık ya bir ahlaki zaaf olarak görülmüş ya da tamamen biyolojik bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Ancak, günümüzde bağımlılığın çok daha karmaşık bir yapıya sahip olduğu ve tek bir faktörle açıklanamayacağı anlaşılmaktadır. Yeni bir bakış açısı, bağımlılığı sadece bir hastalık veya bir karakter zayıflığı olarak değil, aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu koşullar, karar verme süreçleri ve sosyal çevresiyle etkileşim içinde ortaya çıkan bir durum olarak ele almaktadır. Bu yeni perspektif, bağımlılığın karmaşık doğasını daha iyi anlamamızı sağlayarak daha etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Pickard ve diğerlerinin (2015) yazısında bağımlılığın yalnızca bir hastalık olarak değil, aynı zamanda bir seçim olarak da ele alınması gerektiği öne sürülmektedir. Bağımlılığın bir seçim olarak değerlendirilmesinin, bireyin özgür iradesi ile çevresel faktörlerin etkilerinin bir arada göz önünde bulundurulmasına olanak tanıyarak daha kapsamlı bir açıklama sunacağı düşünülmektedir. Makalede bazı araştırmacıların, bağımlı bireylerin uyuşturucu kullanımını bir tercih olarak yaptıklarını ve tedavi süreçlerinde bu seçimin önemli olduğunu savundukları belirtilmektedir. Bu görüş, bağımlılığın bir hastalık değil, bireyin yaptığı bir seçim olduğunu iddia etmektedir. Böylece bağımlılık davranışının kişinin hem iradesine bağlı olduğu hem de dış etkenlerden etkilendiği belirtilmektedir. Makalede diğer araştırmacıların ise bağımlılığın sosyal ve günlük yaşamda nasıl ortaya çıktığını incelediği ve bazı deneylerin bağımlı hayvanların bile daha cazip bir seçenek sunulduğunda uyuşturucuyu bırakabildiklerini gösterdiği vurgulanmaktadır. Bu da, bağımlılık davranışının sadece beynin kimyasal yapısıyla değil, aynı zamanda sosyal etkileşimlerle de ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak, bu derlemedeki çalışmalar, bağımlılığı sadece bir hastalık veya ahlaki bir sorun olarak değil, bir seçim olarak da değerlendirmemiz gerektiğini göstermektedir. Bağımlılığı bir seçim olarak görmek, tedavi yaklaşımlarına yeni perspektifler sunarak daha etkili tedavi yöntemleri geliştirilmesine yardımcı olabilir (Pickard, Ahmed ve Foddy, 2015).

1.1.3. Bağımlılıkta Önleme Stratejileri: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) Örneği

Uyuşturucu kullanımı, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu sorunun üstesinden gelmek için etkili önleme stratejileri geliştirmek büyük önem taşımaktadır. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından yayınlanan Önleme Rehberleri (Prevention Guidelines) bu konuda kapsamlı bir kaynak sunmaktadır. Bu rehber, uyuşturucu kullanımının önlenmesi için aile, okul ve topluluk düzeyinde uygulanabilecek stratejilere odaklanmaktadır. Özellikle çocuklar ve gençlerin uyuşturucu kullanımından korunması için çeşitli programlar ve yöntemler önermektedir. Aşağıda UNODC'nin rehberinde aile, okul ve topluluklara yönelik açıklamalar yer almaktadır: (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC¹], t.y).

Ailelerin Rolü

Ailelerin, çocuklarının uyuşturucu kullanımı riskini azaltmada önemli bir rolü vardır. UNODC'nin rehberinde, ailelerin çocuklarına uyuşturucunun tehlikeleri konusunda doğru bilgileri vermesi, açık iletişim kurması ve sıcak bir aile ortamı oluşturmasının önemi vurgulanmaktadır. Ailelerin çocuklarının yaşam becerilerini geliştirmelerine yardımcı olması, onların bağımsız kararlar alabilmelerini ve olumsuz etkilerden korunmalarını sağlayacaktır (UNODC¹, t.y).

Okulların Rolü

Okullar, çocukların önemli bir kısmını günün büyük bir bölümünde geçirdikleri yerlerdir. Bu nedenle, okulların uyuşturucu kullanımı konusunda farkındalık yaratmak ve önleyici programlar düzenlemek için aktif rol oynaması gerekmektedir. Rehberde, okullarda uygulanabilecek çeşitli eğitim programları, öğrencilerin yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik etkinlikler ve öğretmenlerin bu konuda nasıl desteklenebileceği gibi konulara değinilmektedir (UNODC¹, t.y).

Toplulukların Rolü

Topluluklar, uyuşturucu kullanımının önlenmesinde önemli bir rol oynayabilirler. Topluluk merkezleri, gençlik merkezleri ve sivil toplum kuruluşları gibi kurumlar, gençlere yönelik sosyal ve kültürel etkinlikler düzenleyerek onları uyuşturucu kullanımından uzak tutabilirler. Rehberde, toplulukların bu konuda nasıl organize olabileceği ve etkili projeler geliştirebileceği konusunda bilgiler verilmektedir (UNODC¹, t.y).

Bilimsel Temellere Dayalı Yaklaşım

UNODC'nin rehberi, uyuşturucu kullanımının önlenmesi konusunda bilimsel verilere dayalı bir yaklaşım benimsemektedir. Bu sayede, etkili ve sürdürülebilir önleme programları geliştirmek mümkün hale gelmektedir. Rehberde yer alan programlar, farklı kültür ve toplumsal yapılara uyum sağlayabilecek şekilde tasarlanmıştır (UNODC¹, t.y).

CHAMPS Programı: Çocukları Uyuşturucu Kullanımından Korumak İçin Kapsamlı Bir Yaklaşım

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından geliştirilen CHAMPS (Children Amplified Prevention Services, Çocuklar İçin Güçlendirilmiş Önleme Hizmetleri), çocukları uyuşturucu kullanımı riskinden korumayı amaçlayan kapsamlı bir önleme programıdır. Bu program, doğumdan ergenliğe kadar olan dönemdeki çocukları güçlendirmeyi ve böylece uyuşturucu kullanımını önlemeyi hedeflemektedir. CHAMPS programı, UNODC'nin uyuşturucu kullanımı önleme konusundaki uluslararası standartlarına dayanmaktadır. Bu standartlar, çocukların gelişimsel ihtiyaçlarına ve uyuşturucu kullanımının önlenmesi için en iyi uygulamalara uygun olarak oluşturulmuştur. CHAMPS programı, mevcut hizmetleri bu standartlara uyumlu hale getirerek ve güçlendirerek çocukların daha iyi korunmasını sağlamayı amaçlamaktadır. CHAMPS programı, dünya genelinde birçok ülkede uygulanmaktadır. Program, farklı kültürel ve sosyal bağlamlara uyarlanabilir olması sayesinde geniş bir uygulama alanına sahiptir. Özellikle, dezavantajlı bölgelerde yaşayan çocuklar için önemli bir destek kaynağı olmaktadır (UNODC², t.y).

CHAMPS Programının Temel İlkeleri: (UNODC², t.y)

- **Bütüncül Yaklaşım:** CHAMPS programı, çocukların fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimini destekleyen bütüncül bir yaklaşım benimsemektedir. Bu yaklaşım, çocukların sadece uyuşturucu kullanımı konusunda değil, aynı zamanda genel olarak sağlıklı bir yaşam sürmeleri için gerekli becerileri kazanmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır.
- **Erken Müdahale:** Program, çocukların erken yaşlardan itibaren risk faktörlerine karşı korunması gerektiği prensibine dayanmaktadır. Bu sayede, uyuşturucu kullanımının önlenmesi için daha etkili sonuçlar elde edilmesi hedeflenmektedir.
- **Toplum Tabanlı Yaklaşım:** CHAMPS programı, aileler, okullar, topluluk merkezleri ve diğer ilgili kurumların işbirliğiyle uygulanmaktadır. Bu sayede, çocukların yaşamlarının her alanında korunmaları sağlanmaktadır.
- **Bilimsel Temellere Dayalı:** Program, uyuşturucu kullanımı ve önleme konularında yapılan bilimsel araştırmalara dayanmaktadır. Bu sayede, etkili ve kanıtla dayalı müdahalelerin uygulanması sağlanmaktadır.

CHAMPS Programının Hedefleri: (UNODC², t.y)

- Çocukların uyuşturucu kullanımına karşı direncini artırmak.
- Çocukların yaşam becerilerini geliştirmek.
- Ailelerin çocuklarına destek olmalarını sağlamak.
- Okulların uyuşturucu önleme programlarını güçlendirmek.
- Toplulukların uyuşturucu kullanımına karşı duyarlılığını artırmak.

UNODC'nin "Prevention Guidelines" adlı rehberi, bilimsel verilere dayalı bir yaklaşım sunarak, politika yapıcılara, uzmanlara ve topluluklara uyuşturucu ile mücadelede yol göstermektedir. Bu rehberde yer alan öneriler, hem bireysel düzeyde hem de toplumsal düzeyde uygulanabilecek etkili stratejiler içermektedir (UNODC1, t.y).

1.1.4. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu

Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK), Türkiye'de bağımlılıkla mücadele-yi yöneten en üst düzey organizasyondur. 2019'da yeniden yapılandırılan bu kurul, Cumhurbaşkanlığı Yardımcısı başkanlığında 11 bakan ve ilgili kurumların temsilcilerinden oluşmaktadır. Kurul, bağımlılık ile mücadele politikalarını belirlemektedir ve bu konuda yapılan uygulamaları denetlemektedir. Yerel düzeyde valilik ve kaymakamlıklar aracılığıyla koordine edilen çalışmalar, bağımlılıkla mücadelede farkındalık, önleme, tedavi ve rehabilitasyonu kapsayan geniş kapsamlı stratejilerle yürütülmektedir (Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu [BMYK], 2020).

BMYK'nın altında faaliyet gösteren Bağımlılıkla Mücadele Kurulu (BMK) BMYK kararlarının uygulanmasını sağlamak, bağımlılık politikalarına katkı sunmak ve tüm kurumların bağımlılıkla mücadele çalışmalarını koordine etmek gibi önemli görevler üstlenmiştir. BMK, Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı başkanlığında toplanmaktadır ve ülke genelindeki bağımlılık sorunuyla ilgili çok yönlü bir yaklaşım ortaya koymak için çalışmaktadır (BMYK, 2020).

Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu (BMTK), BMK'nın kararlarını teknik düzeyde hayata geçirmek ve bağımlılıkla mücadele çalışmalarının etkinliğini artırmak için kurulmuştur. BMTK, uluslararası gelişmeleri takip etmek, kurumlar arası işbirliğini güçlendirmek ve BMK'ya raporlar sunmakla görevlidir. Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe

Koordinasyon Kurulları (BMİKK) ise valilerin ve kaymakamların başkanlığında toplanmaktadır. BMİKK, yerel düzeyde koordinasyonu sağlayarak, merkezi kararların yerel koşullara uygun olarak yürütülmesi için çalışmaktadır. Bu sayede, bağımlılıkla mücadele çalışmaları, ülke genelinde eşitlikçi ve kapsayıcı bir şekilde yürütülmektedir.

Sonuç olarak; BMYK ve alt kurulları, ülkemizde bağımlılıkla mücadele çalışmalarının sistematik ve etkili bir şekilde yürütülmesini sağlayan önemli bir yapıdır (BMYK, 2020).

1.1.5. Bağımlılıkla Mücadelede Çok Disiplinli Yaklaşım

Bağımlılıkla mücadele, tıpkı bağımlılığın nedenleri gibi çok faktörlü ve karmaşık bir süreçtir. Bağımlılıkla mücadele, biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin yanı sıra birey, aile, toplum ve farklı meslek disiplinlerinin birlikte çalışmasını da gerektirmektedir. Bu iş birliği, bağımlılıktan korunma, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin daha etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamaktadır. Ayrıca, hem bireylerin bağımlılıktan korunmasında hem de bağımlı bireylerin topluma yeniden kazandırılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu süreçte sağlık profesyonellerinin rolü büyük önem taşırken, sağlık profesyonellerinin ve bağımlılıkla mücadele eden diğer disiplinlerin özel olarak eğitilmeleri de gerekmektedir. Bu eğitim, bağımlılıkla mücadele eden disiplin üyelerinin bu süreci daha iyi yönetebilmek için ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarını ve karşılamalarını sağlar.

Birinci Basamak sağlık personeliyle yapılan çalışmada, bağımlılık, güvenli opioid reçetesi, opioid dışı tedavi seçenekleri ve zorlayıcı görüşmelerde iletişim stratejileri gibi konularda uzmanlığa ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. İlk başta fark etmedikleri ek ihtiyaçlar ise tıbbi kararlarını onaylama, duygusal destek, kontrol hissi, yönetim yükünün paylaşılması ve hasta odaklı yaklaşımı yeniden yapılandırmayı içermektedir (Sokol, Pines ve Chew, 2021). Birinci basamak sağlık personelinin ihtiyaç duyduğu destek türleri, St. Charles Hastanesi'nde 2014 yılında hemşirelerin başarıyla uyguladıkları stratejilerle örtüşmekte, hemşirelerin bu alandaki kritik rolünü bir kez daha ortaya koymaktadır. St. Charles Hastanesi'nin Yatılı Çekilme ve Stabilizasyon Ünitesi'nde yapılan iyileştirme ve değerlendirme faaliyetlerinde, hemşireler disiplinlerarası ekip çalışmasını destekleyerek programın başarısında kritik bir rol oynamışlardır. Hemşireler, yüksek güvenilirlik ilkelerinin uygulanmasında, politika ve prosedürlerin geliştirilmesinde, hemşirelik personeline eğitim ve koçluk sağlanmasında, kültür değişimini teşvik eden eğitim programları düzenlenmesinde ve geri bildirimler yoluyla sürekli iyileştirmeler yapılmasında aktif olarak görev almışlardır. Bu katkılar, hasta bakım kalitesini önemli ölçüde artırmış ve programın başarısını desteklemiştir (Fiore-Lopez ve Shea-Lewis, 2020).

Bağımlılıkla mücadelede yeni bilgilere ve yöntemlere olan ihtiyaç sürmektedir. Bu nedenle bağımlılıkla mücadele araştırmalarında da farklı bilim dallarının ortak çalışması ve işbirliği önemlidir. Bağımlılığın karmaşık doğası gereği, çeşitli disiplinlerin (psikoloji, nöroloji, sosyoloji, tıp vb.) işbirliği ile kapsamlı çözümler geliştirilmesi gerekmektedir. Disiplinlerarası işbirlikleri, bağımlılığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarını anlamak ve bu konudaki tedavi yöntemlerini geliştirmek için kritik öneme sahiptir. Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) organizasyonunda Bağımlılık Araştırmaları Enstitüleri (Ulusal Uyuşturucu Madde İstismarı Enstitüsü-NIDA ve Ulusal Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizm Enstitüsü-NIAAA), bağımlılığın farklı yönlerini incelemek için çeşitli bilim dallarından araştırmacıları bir araya getirmektedir. Bu

enstitülerde farklı disiplinlerden gelen bilim insanları araştırmaları ile (davranış, genetik ve terapötik müdahaleler gibi) bağımlılığın daha iyi anlaşılmasına ve bağımlılıkla mücadelede daha iyi sonuçlar elde edilmesine yardımcı olmaktadır (NIDA, 2015).

Bağımlılık tedavisinde çok disiplinli yaklaşım, soruna çeşitli disiplinlerin birleşimiyle kapsamlı bir çözüm getirmeyi amaçlamaktadır. Bu yaklaşımda, hemşireler, doktorlar, psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, beslenme ve diyetetik uzmanları, yaşam koçları, spor eğitmenleri ve eczacılar gibi çeşitli profesyonellerden oluşan bir ekip, danışanın tedavi sürecinde aktif rol oynamaktadır. Ekip üyeleri, danışanla bireysel görüşmeler yaparak test sonuçlarını değerlendirmekte ve danışanın doldurduğu anketleri incelemektedir. Bu bulgular, düzenlenen grup toplantılarında tartışılmakta ve kişiselleştirilmiş tedavi planları oluşturulmaktadır. Her profesyonel, tedavi sürecinde sürekli geri bildirim almakta ve danışanın ihtiyaçlarına yönelik uyumlu ve etkili bir tedavi süreci yürütmektedir. Multidisipliner yaklaşım, bağımlılığın zihin, beden ve ruh üzerindeki etkilerini bütünsel bir şekilde ele almakta ve tedavi sürecinin her aşamasında eş zamanlı bozuklukları göz önünde bulundurarak iyileşme sürecini desteklemektedir. Bu yaklaşım, bağımlılıkla mücadelede yüksek başarı oranları sağlamaktadır ve iyileşmenin temel taşlarını oluşturan umut, kişiye özgü yaklaşım, bütünsel sağlık ve destek sistemlerini merkezine almaktadır (Wu, 2021; RehabCenter, t.y.). Aydın ve Serefoglu (2023), dijital bağımlılıkla mücadelede disiplinler arası işbirlikçi müdahale modeli önermişlerdir. Bu model, aileyi, bireyin sosyal çevresini, eğitim kurumlarını ve uzman terapistleri kapsayan bir yapıyı içermektedir (Aydın ve Seferoğlu, 2023).

Bağımlılıkla mücadelede etkili sonuçlar elde etmek için, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir araya geldiği karmaşık yapıyı anlamak ve farklı disiplinlerin işbirliğiyle çok yönlü tedavi planları oluşturmak gerekmektedir. Bu sayede, bireyler bağımlılıktan kurtularak daha sağlıklı ve üretken bir yaşam sürebilirler ve toplumu-muzun genel sağlığı da olumlu yönde etkilenebilir. Bağımlılıkla mücadele sadece tedaviyle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda önleyici çalışmalara da önem verilmelidir. Okullarda, işyerlerinde ve topluluklarda düzenli olarak farkındalık programları düzenlenmeli, teknolojinin sunduğu imkânlar bu mücadelede etkin bir şekilde kullanılmalı, devlet politikaları ve yasal düzenlemeler de bu süreçte önemli bir rol oynamalıdır.

Özet noktalar

Bağımlılık, insanlık tarihi boyunca farklı kültürlerde ve dönemlerde değişik şekillerde anlaşılmıştır. Başlangıçta ahlaki bir zaaf olarak görülen bağımlılık, zamanla tıbbi, psikolojik ve biyopsikososyal bir sorun olarak ele alınmıştır. Bağımlılığın gelişiminde genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve bireyin psikolojik durumu önemli rol oynar. Hem biyolojik hem de sosyal etkilerin dikkate alındığı çok boyutlu bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir.

Bağımlılık sadece bireyin davranışlarını değil, ilişkilerini, eğitimini, istihdamını ve genel yaşam kalitesini de etkileyen bir durumdur. Bu nedenle, etkili bir tedavi, bireysel ihtiyaçlara uygun olarak planlanmalı, sürekli değerlendirilerek yeniden düzenlenmelidir. Ayrıca, bağımlılığın kronik bir hastalık olduğu göz önünde bulundurulurken, tedavi sürecinde nüks riski ve uzun vadeli bakım ihtiyacı da dikkate alınmalıdır. Önleme ve tedavi hizmetleri, herkes için eşit, güvenli ve kanıta dayalı olmalı; bireyin kültürel değerleri, inançları ve dili göz önünde bulundurulmalıdır. Bu

süreçte, sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliği ve sürekli eğitim de önem taşımaktadır. Önleme ve tedavide çok disiplinli yaklaşım önemlidir.

Bağımlılıkla mücadelede iyi alışkanlıkların geliştirilmesi ve sürdürülmesi önemlidir. Bu süreçte sosyal bağlantılar, egzersiz ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları bağımlılıktan kurtulmayı destekler. Alışkanlıklar, tetikleyicilere yanıt olarak otomatik hale gelirken, bağımlılık, kontrol edilemeyen bir arzuya dönüşebilir ve bireyin yaşamını olumsuz etkileyebilir.

Bağımlılığın anlaşılmasında çeşitli teoriler ve modeller geliştirilmiştir. Beyin hastalığı modeli, bağımlılığı bir nörolojik bozukluk olarak değerlendirirken, kronik hastalık modeli bağımlılığı uzun vadeli bir sağlık sorunu olarak ele almaktadır. Ancak bu yaklaşımlar bağımlılığın tüm boyutlarını tam olarak açıklamakta yetersiz kalabilir.

Biyopsikososyal model, bağımlılığı hem biyolojik hem de psikososyal etkenlerin bir araya geldiği karmaşık bir durum olarak ele alır. Bu model, sosyal destek grupları ve terapi gibi yöntemlerin bağımlılık tedavisinde önemini vurgular ve bireyin tedavi sürecine aktif katılımını destekler. Bu kapsamlı yaklaşım, bağımlılıkla mücadelede daha etkili çözümler sunar.

KAYNAKLAR

- Aegis Medical. (2024). What are the 7 Models of Addiction? Erişim Tarihi:02.09.2024. <https://aegismedical.org/what-are-the-7-models-of-addiction/>
- Aydın, B., Seferoğlu, S. S. (2023). A Suggestion for Combating Digital Addiction: An Interdisciplinary Collaborative Intervention Model (CoDAIM). *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2023(20):202-253. <https://doi.org/10.46778/goputeb.1210734>
- Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK). (2020). BMYK. Erişim Tarihi: 04.09.2024. <https://bmyk.gov.tr/TR-67156/bmyk.html>
- Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. (2024). Cognitive Behavior Therapy. [Updated 2023 May 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Erişim Tarihi: 03.09.2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>
- Ersche, K. D., Lim, T. V., Ward, L. H. E., Robbins, T. W., Stochl, J. (2017). Creature of Habit: A self-report measure of habitual routines and automatic tendencies in everyday life. *Personality and individual differences*, 116, 73–85. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.024>
- European Union Drugs Agency (EUDA). (2016). Update date: 31.05.2016. Perspectives on drugs: the role of psychosocial interventions in drug treatment. Erişim Tarihi:04.09.2024. https://www.euda.europa.eu/topics/pods/psychosocial-interventions_en
- Fiore-Lopez, N., & Shea-Lewis, A. (2020). Nurse-Led Initiative to Improve Addiction Services: An Interdisciplinary Approach. *Nursing administration quarterly*, 44(3), 192–197. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000421>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., ... Heim, D. (2017). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 249–255. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1399659>
- Kaempf, G., O'Donnell, C., Oslin, D. W. (1999). The BRENDA model: a psychosocial addiction model to identify and treat alcohol disorders in elders. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 20(6), 302–304. <https://doi.org/10.1053/gn.1999.v20.103922001>
- MavKey, B. (2018). Top 4 Habits That Keep You in Recovery Rehab4addiction. Erişim Tarihi:03.09.2024. <https://www.rehab4addiction.co.uk/blog/top-4-habits-keep-you-in-recovery>
- Mitchie, S., van Stralen, M. M., West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new

- method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(42). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2011). Drug Misuse and Addiction. What is drug addiction? Erişim Tarihi:03.09.2024. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
- National Institutes of Health. (NIDA) (2015, October 15). Interdisciplinary approaches to addiction research. Erişim Tarihi:03.09.2024. <https://irp.nih.gov/blog/post/2015/10/interdisciplinary-approaches-to-addiction-research>
- Ostlund, S. B., Balleine, B. W. (2008). On habits and addiction: An associative analysis of compulsive drug seeking. *Drug discovery today. Disease models*, 5(4), 235–245. <https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2009.07.004>
- PENNSTATE. (2014). Social Learning Theory and Addiction. PSYCH 424 blog. Erişim Tarihi: 03.09.2024. <https://sites.psu.edu/aspsy/2014/12/01/social-learning-theory-and-addiction/>
- Pickard, H., Ahmed, S.H., Foddy, B. (2015). Alternative models of addiction. *Front. Psychiatry* 6:20. doi: 10.3389/fpsy.2015.00020
- RehabCenter. (t.y.). Multidisciplinary approach to addiction treatment. Erişim Tarihi: 17.09.2024. <https://www.rehabcenter.net/mulidisciplinary-approach-addiction-treatment/>
- Rosenthal, R. J., Faris, S. B. (2019). The etymology and early history of ‘addiction.’ *Addiction Research & Theory*, 27(5), 437–449. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1543412>
- Wiens, T. K., Walker, L. J. (2014). The chronic disease concept of addiction: Helpful or harmful? *Addiction Research & Theory*, 23(4), 309–321. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.987760>
- Simon, R., West, R. (2015). Models of addiction and types of interventions: An integrative look. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4(1), 13-20. <https://doi.org/10.7895/ijadr.v4i1.198>
- Skewes, M.C., Gonzalez, V.M. (2013). The Biopsychosocial Model of Addiction. Miller, P.M.(Eds) *Principles of Addiction*, Volume 1, Chapter 6. Elsevier. Academic Press. p. 61-70. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-398336-7.00006-1>
- Smith, M.A. (2021). Social Learning and Addiction. *Behavioural brain research*, 398, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112954>
- Sokol, R. G., Pines, R., Chew, A. (2021). Multidisciplinary Approach for Managing Complex Pain and Addiction in Primary Care: A Qualitative Study. *Annals of family medicine*, 19(3), 224–231. <https://doi.org/10.1370/afm.2648>
- Start2Stop (2022). Models of Addiction. Erişim Tarihi:02.09.2024. <https://start2stop.co.uk/models-of-addiction/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (US)- Office of the Surgeon General (US) (2016). Facing Addiction in America: The Surgeon General’s Report on Alcohol, Drugs, and Health [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2016 Nov. Chapter 2, The Neurobiology of Substance Use, Misuse, and Addiction. Erişim Tarihi:03.09.2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424849/>
- Tanrikulu, A.B, Kayaoğlu, K. (2024). Effect of Mindfulness on Treatment Motivation in Patients with Substance Use Disorder. *Bağımlılık Dergisi*. 25(3):286-294. doi:10.51982/bagimli.1396776
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC¹). (t.y). Prevention. Erişim Tarihi: 04.09.2024. <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-guidelines.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC²). (t.y). Children Amplified Prevention Services (CHAMPS). Erişim Tarihi: 04.09.2024. <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/champs.html>
- Wu, J., (2021). Interdisciplinary approach to recovery. National Health Corps. Erişim Tarihi: 17.09.2024. <https://www.nationalhealthcorps.org/story/interdisciplinary-approach-recovery>

BÖLÜM 1.2

Bağımlılık Nörobiyolojisi ve Nörogenetiği

Dr. Öğr. Üyesi Eylem SUVEREN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

İçindekiler

Giriş

1.2.1. Bağımlılık ve Nörobiyoloji

1.2.2. Bağımlılığın Nörotransmitterleri

1.2.3. Bağımlılık ve Genetik Faktörlerin Etkileşiminde Temel Öğeler

1.2.4. Dopamin ve Dopaminerjik Sistem

1.2.5. Serotonin ve Serotonerjik Sistem

1.2.6. GABA ve GABAerjik Sistem

1.2.7. Glutamat ve Glutamaterjik Sistem

1.2.8. Endojen Opioid Peptidler

1.2.9. Noradrenalin ve Noradrenerjik Sistem

1.2.10. Adenozin ve Adenozinerjik Sistem

1.2.11. Santral Nitrik Oksid ve Nitrerjik Sistem

1.2.12. Kannabinoidler

1.2.13. Nörobiyolojik Araştırmaların Bağımlılık Tedavisi Üzerindeki Etkileri

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık, dünyada ve ülkemizde halk sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biridir. Bağımlılık sinir hücreleri arasındaki iletiyi etkileyen; davranışsal, duyuşsal, bilişsel, sosyal, nörobiyolojik ve genetik nedenleri olabilen kronik bir beyin hastalığıdır. Bağımlılık, merkezi sinir sisteminin ödül mekanizmasının etkilenecek kronik ve tekrarlayıcı tipte belirtilerin ortaya çıkması ile karakterizedir. Bireysel yanıtların farklı olabildiği bağımlılık türlerinde ortak moleküler, hücresel, nörobiyolojik ve nörofarmakolojik mekanizmalar karmaşık nöron cevaplarına neden olmaktadır. Bu bölümde bağımlılığın nörobiyolojik ve nörojenetik kavramları anlatılacaktır.

1.2.1 Bağımlılık ve Nörobiyoloji

Bağımlılık bireylerde fiziksel, fizyolojik ve psikolojik sorunların ortaya çıkabildiği biyopsikososyal bir bozukluktur. Bağımlılık tüm olumsuz etkilerine rağmen bir madenin amacı dışında ve o maddeye karşı geliştirilen tolerans sonucu, zamanla artan miktarlarda alınması ve azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin (disfori, anksiyete, irritabilite) ortaya çıktığı durumdur. Bağımlılık, uyutucu, uyarıcı, keyif verici psikotrop madde veya davranışların artan miktarlarda tekrarlanmasıyla oluşmaktadır (Uğurlu vd., 2012; Uluğ, 2007). Bağımlılık; alkol, tütün, uyuşturucu ve uyarıcı gibi bir maddeye belli bir uyarıma, uyarım sağlayan etkinliğe psikolojik olarak dayanılmaz derecede bağımlı olma durumu olarak tanımlanabilmektedir (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015). Bağımlılık yapıcılarının ortak özelliği, beyindeki ödül ceza mekanizmasını tetikleyerek keyif, haz gibi pozitif değerli duyguları sağlamak ve bu duyguların sürekli pekiştirilmesi isteği oluşturmasıdır (Uzbay, 2009).

Nörobilimde ödül mekanizması, ödülle ilişkili bilişten sorumlu beyin yapıları ve sinir hücre gruplarından oluşan mezokortikolimbik devrelerdir. Bilişsel olarak ödül; çağrışımsal öğrenme, teşvik edicilik ve pozitif değerlikli duyguları içermektedir. Ödül, bir uyarının iştah ve tüketme davranışlarına neden olan çekici özellikleridir. Bağımlılık türlerinin çoğunda mezolimbik dopamin sistemi, ödül yolu üzerindeki etkileri nedeniyle ödüllendirici ve pekiştiricidir. Ancak sürekli ödül peşinde koşmayı kontrol eden ödül karşıtı bir mekanizma aşırı ödül peşinde koşmayı frenler. Bağımlılığın ilerleyen evresinde ödül karşıtı mekanizmanın, olumsuz pekiştirmelerle ödül peşinde koşmayı motive ederek hâkimiyeti aldığı, bu sebeple de bağımlılık ve yoksunluk belirtilerinde rolü olduğu düşünülmektedir (Koob ve Le Moal, 2008). Bağımlılık yapıcı madde ve eylemler ödül sisteminin önemli bir parçası olan mezo-kortikolimbik bölgeyi etkin biçimde uyarı ve/veya engellemeler ile algılama, duygu, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda değişimlere neden olurlar. Bağımlı kişi, bağımlı olduğu maddeye veya eyleme karşı tekrarlayan düşünceler ve takıntılar (obsesyon) geliştirir ve tekrarlayan davranışlar (kompulsiyonlarla) ile eylemi yapma ya da madde alımıyla rahatlar. Bu obsesyon ve kompulsiyon kısır döngüsü sürekli artan haz duygusuna neden olmaktadır ve tüm olumsuzluklara rağmen bağımlı kişi, bağımlılık davranışını sürdürmektedir (Koob ve Volkow., 2016).

Amerikan Bağımlılık Tıbbi Derneği (ASAM) (2022) bağımlılığı; beyin ödül mekanizması, hafıza ve ilgili bağlantıların işlevinin bozulması sonucu ortaya çıkan kronik bir hastalık olarak tanımlamıştır. Bu bağlantılarda ortaya çıkan işlev bozuklukları bağımlı bireylerde, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal belirtilere neden olmaktadır. Bağımlılık, tekrarlı bağımlılık yapan eylem veya maddeden uzak duramama, davranışsal kontrolde bozulma ve aşırma ile karakterizedir. Koob'a göre Squire ve arkadaşları (2008) dürtü kontrol bozukluklarında, dürtüsel eylemden önce artan

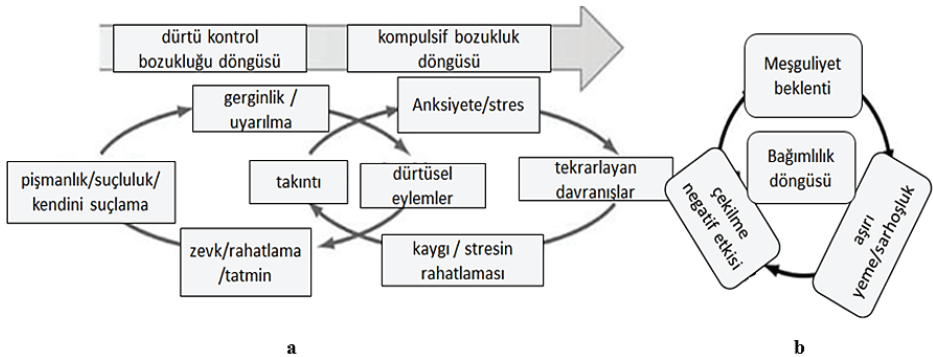
bir gerilim ve uyarılma, eylem sırasında ise zevk, doyum ya da rahatlama ve eylemin ardından pişmanlık veya suçluluğun ortaya çıkabileceğini göstermişlerdir. Kompulsif bozukluklarda, belirgin kaygı ve strese neden olan yineleyici ve kalıcı düşünceler (obsesyonlar) ve ardından sıkıntıyı önlemeye veya azaltmaya yönelik yineleyici davranışlar (kompülsiyonlar) vardır (Bkz. Şekil 1.2.1.a). Olumlu pekiştirme (zevk/tatmin) dürtü kontrol bozukluklarıyla yakından ilişkili olarak olumsuz pekiştirme (anksiyetenin veya stresin hafifletilmesi) kompulsif bozukluklarla ilişkilidir. Dürtüsel ve kompulsif döngülerdeki bozukluklar bağımlılık döngüsünün üç ana bileşeni ile sonuçlanır: meşguliyet/beklenti, aşırı yeme/sarhoşluk ve geri çekilme/olumsuz duygulanım (Koob vd., 2008; Bkz. Şekil 1.2.1.b).

DİKKAT

Bağımlılık:

- Uyutucu, uyarıcı, keyif verici psikotrop madde veya davranışların artarak tekrarlanmasıyla ortaya çıkan bozukluktur (Uğurlu vd., 2012; Uluğ, 2007).
- Alkol, tütün, uyuşturucu ve uyarıcı bir maddeye ya da uyarım sağlayan etkinliğe psikolojik olarak dayanılmaz derecede bağımlı olma durumudur (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015).
- Beyin ödül mekanizmasının sinirsel ileti bağlantılarının bozulması sonucu ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (ASAM).

Bağımlılık ilerleyicidir, koruyucu ve tedavi edici önlemler alınmazsa ciddi sağlık sorunlarına hatta erken ölümlere neden olabilir (ASAM, 2022). Madde kullanımının bağımlılığa dönüşmesinde birçok etken olmasına rağmen, temelde biyolojik bir süreçtir. Kişinin ruhsal özellikleri, genetik yatkınlık, çevresel faktörler, maddeye ulaşılabilirlik, aile yapısı, toplumsal çevre ve kültürel özellikler kişinin madde kullanmaya başlaması ve bağımlılığa dönüşmesinde en önemli etkenlerdir.



Şekil 1.2.1: a. Dürtü Kontrol Bozukluğu ve Kompulsif Bozukluk Döngülerinin Pekiştirme Kaynaklarıyla İlgili Aşamaları, b. Bağımlılık Döngüsü

(Squire vd., 2008: 987-1016).

Bağımlılık, vücuttaki etkilerine göre psikolojik ve fiziksel bağımlılık olarak sınıflandırılmaktadır. Psikolojik bağımlılık, bazı durumlarda hem psikolojik hem fiziksel ya da nadiren fiziksel bağımlılık gelişebilir (Kayaalp ve Uzbay,2012). Fiziksel bağımlılık, maddenin belli bir süre kullanımından sonra ani kesilmesinin ardından gelişen “yoksunluk krizi” bulgularıdır. Bağımlı, “haz duygusu için değil”, “kriz geçirmemek için” bağımlılık davranışını sürdürür ve kısır döngüye girer (Uzbay,2009).

Bağımlılık psikolojik ve biyolojik bir süreçtir. Dopamin, glutamat, Gama Aminobütirik Asit (GABA), asetilkolin, noradrenalin, serotonin, kannabinoid sistem ve glukokortikoidlerin bağımlılık biyolojisinde önemli rolleri bulunmaktadır. Bağımlılığın nörobiyolojisi, farklı bağımlılık türlerinin farklı nörobiyolojik tanımlamalara ve moleküler sinyallere sahip olduğunu göstermektedir. Beyin bağımlılık yapıcı maddelerin ve davranışların hedef organıdır. Bağımlılığın merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri henüz net olarak açıklanamamıştır (Uhl vd.,2019).

Bağımlılığın patofizyolojisi beyin ödül sisteminin etkinliği ile ilişkilendirilmektedir. Bağımlılık yapıcıların ödül sistemine olan etkileri keyif verici maddenin özelliklerine bağlıdır ve kişinin tekrarlanan kullanımları ile bağımlı olmasına neden olur (Işık, 2009; Uluğ, 2017). Beyin ödül sisteminin patofizyolojisinde etkili olan pek çok nörotransmitter, hem madde hem de davranışsal bağımlılık tiplerinde rol oynamaktadır (Tablo 1.2.1). Bu nörotransmitterler; dopaminerjik, serotonerjik, noradrenerjik, opioiderjik, glutamarjik sistemlerdir (Potenza vd., 2011). Suistimal edilen maddeler, vücudumuzda görev alan nörotransmitter maddelerin yapılarını ve parçalarını taklit ederek etki göstermektedirler. Bağımlılık türlerinin farklı nörobiyolojik mekanizmalara sahip olması, bağımlılık tedavisi araştırmalarının psikiyatrinin diğer alanlarına göre yavaş ilerlemesine sebep olmaktadır. Bağımlılığın nörobiyolojik ve genetik mekanizmaları açıklandıkça tedavi seçenekleri de paralel olarak artış göstermektedir. Bağımlılığın tedavisinde nörotransmitter ve reseptör düzeyinde bilgilerin artmış olması, özellikle istek ve nüsklerin önlenmesinde daha fazla çalışmayı teşvik etmekte, tedavi arayışları devam etmektedir (Koob ve Le Moal, 2008).

Tablo 1.2.1.Madde Bağımlılığın Patofizyolojisinde Etkili Nörotransmitterler ve Fonksiyonel Etkileri

Nörotransmitter	Fonksiyonel etki
↓ Dopamin	Disfori
↓ Serotonin	Disfori
↓ GABA	Anksiyete, panik atak
↓ Nöropeptid Y	Anti-stres
↑ Dinorfin	Disfori
↑ Kortikotropin-salgilayan faktör (CRF)	Stres
↑ Norepinefrin	Stres

↑ = artış; ↓ = azalma

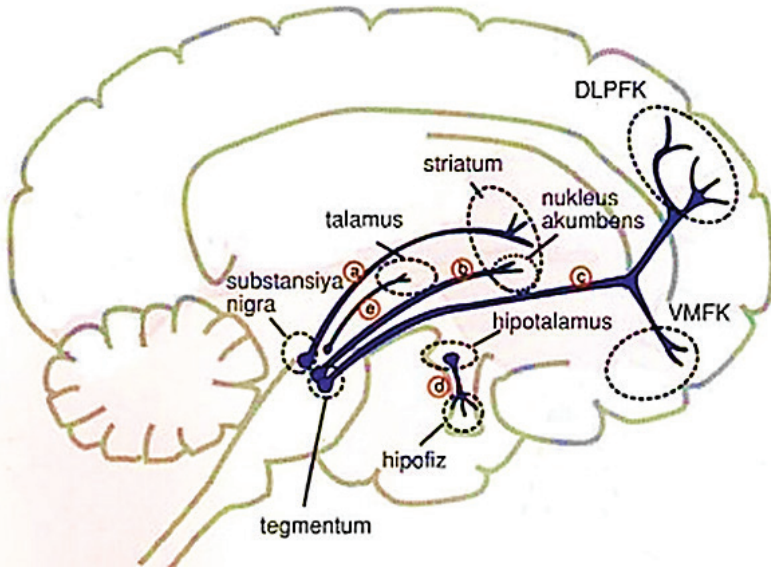
Kaynak: Koob ve Le Moal, 2008:36.

1.2.2. Bağımlılığın Nörotransmitterleri

Bağımlılık nörobiyolojisi, son yıllarda artarak devam eden çok sayıda nörobiyoloji araştırmaları için dikkat çekici bir konudur. İnsanlarda ve deney hayvanlarında nöronal aktiviteyi ve nörokimyayı yansıtan gelişmiş görüntüleme teknikleri bağim-

lılık nörobiyolojisi ile ilgili orta ölçekli beyin değişiklikleri hakkında önemli bilgiler vermektedir. Optogenetik (hedeflenen canlı hücrelere ışığa duyarlı proteinlerin yerleştirilmesi ile hücrelerin davranışlarını ışık ile kontrol edebilen bilim dalı) ve kemogenetik (hedeflenen hücrelere yerleştirilen özel kimyasal alıcılar sayesinde, çeşitli kimyasallar kullanarak hücrelerin faaliyetlerinin yönetilebilen bilim dalı) yaklaşımlar, bağımlılığın davranış ve fizyoloji üzerindeki moleküler etkilerinin mekanizmasını anlamaya yardımcı olmaktadır (Boyden, 2011).

Bağımlılığın nörobiyolojik süreci; dürtüsel ve kompulsif döngülerdeki bozukluklar nedeniyle bağımlılık döngüsünün üç ana bileşeni olan aşırı yeme/sarhoşluk, geri çekilme/olumsuz etki ve meşguliyet/beklenti aşamalarını kapsamaktadır (Bkz. Şekil 1.2.1. b). Bu döngü üç alandaki çoklu nöroadaptasyonlarla desteklenir: (1) artan teşvik belirginliği, (2) azaltılmış beyin ödülü ve artan stres ve (3) risk altındaki yürütücü işlevdir. Ana sinir devresinde ise bazal ganglionlar, genişletilmiş amigdala ve prefrontal korteks dikkat çekmektedir (Bkz. Şekil 1.2.2). Bağımlılığın nörobiyolojik araştırmalarında özellikle aşırı yeme/içme/zehirlenme aşamasındaki akut ödül sisteminin nöroadaptasyonları ve dopaminerjik mezokortikolimbik sistemin nörokimyasal sinyalleri incelenmektedir. Deneysel çalışmalar, dopaminin ödüllendirme ve pozitif pekiştirmeyi tetiklediğini göstermektedir (Wise ve Robble, 2020).



Şekil 1.2.2. Dopaminerjik Beyin Yolakları (a). nigrostriatal yolak (b). mezolimbik yolak (c). mezokortikal yolak (d). tuberoinfundibuler yolak (e). yeni dopaminerjik yolak, DLPFK: Dorsolateral prefrontal korteks, VMFK: Ventromedial prefrontal korteks.

Kaynak: Stahl SM. Stahl'ın temel psikofarmakolojisi çev. İ. Tayfun Uzbay. 3. baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012

Beyin ödül sistemi, teşvik edici, çağrışımsal öğrenme ve haz içeren duygulardan sorumlu sinir hücre (nöron) grubu içeren mezokortikolimbik devredir. Ödül sistemi, bireyin hayatta kalmasını destekleyen faaliyetlere tepkileri düzenler, planlar ve işlevlerini kontrol eder. Yaşam faaliyetlerinin ödüllendirilmesi zevk ve tatmin duygularının oluşumunu sağlar ve gerçekleştirir. Beyin ödül sistemi yemek ve su alımı, cin-

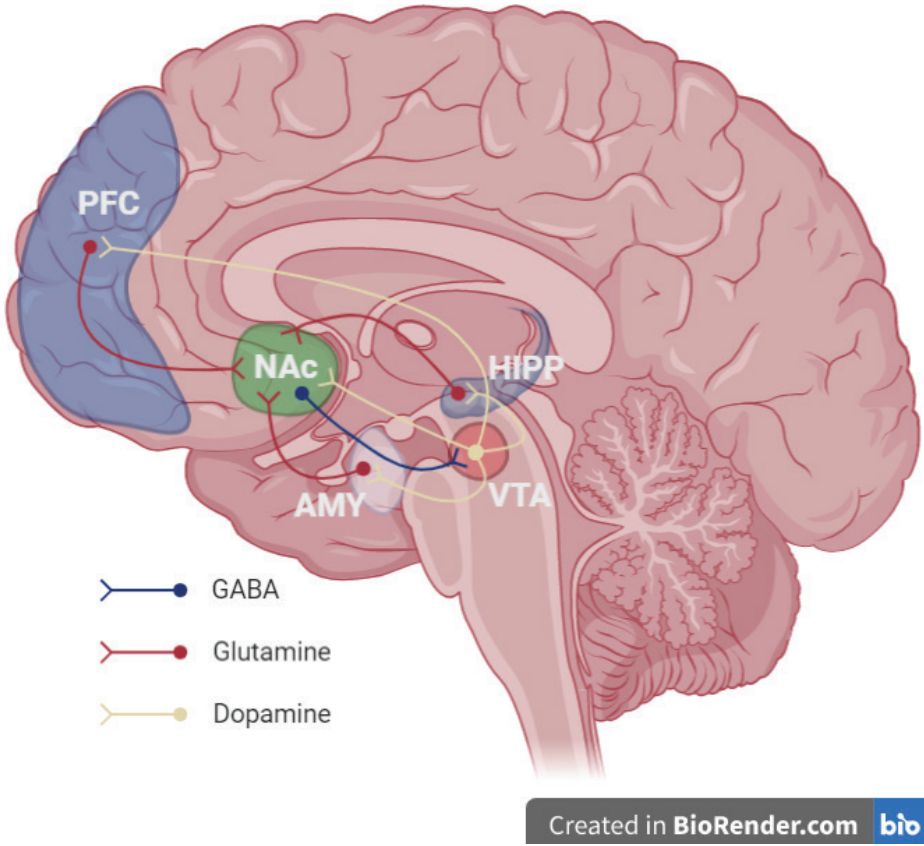
sel aktivite ve öfke (agresyon) gibi temel davranış olgularında anahtar role sahiptir. Örneğin, düşük kan şekeri ile oluşan açlık duygusu, bireyi yemek aramak için motive eder ve yemek ödül sistemini güçlü bir şekilde uyararak bireyin zevk duymasını sağlar. Beyin ödül sistemi ile ilişkilendirilen öfke, zevk ile sonlandığında mevcut tehlike duygusuna rağmen devam eder. Ancak, zevk ile sonlanmayan öfke, bir dönem sonra kaybolur. Bu, ödül sistemi tarafından pekiştirilmeyen öfkeli davranışların zamanla azaldığını göstermektedir. Ödül sistemini, dopamin ve serotonin uyarırken, opioid peptidler ise düzenlemektedir (Tablo 1.2.2). Bağımlılık yapıcı maddeler bu nörotransmitterlerin salınımını artırır ya da reseptörlerini taklit etmektedirler. Ödül sistemindeki anormalliklerin bulimia, anoreksiya ve aşırı agresyon gibi davranış bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir (Vetulani, 2001:303-317).

Tablo 1.2.2. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Pozitif Pekıştirici Etkileri ve Nörobiyolojik Mekanizmaları

Kullanılan madde	Nörotransmitter	Etki bölgesi
Kokain ve amfetaminler	Dopamin GABA (γ -aminobutirik asid)	Nukleus Akkumbens (NAC) Amigdala
Opiatlar	Opioid peptidleri Dopamin Endo-kanabinoidler	Nukleus Akkumbens (NAC) Ventral tegmental alan (VTA)
Nikotin	Nikotinik-asetil kolin Dopamin GABA Opioid peptidleri	Nukleus akkumbens (NAC) Ventral tegmental alan (VTA) Amigdala
Δ 9- Tetrahidrokanabinol	Endo-kanabinoidler Opioid peptidleri Dopamin	Nukleus akkumbens (NAC) Ventral tegmental alan (VTA)
Alkol	Dopamin Opioid peptidleri GABA Endo-kanabinoidler	Nukleus akkumbens (NAC) Ventral tegmental alan (VTA) Amigdala

Kaynak: Koob ve Le Moal, 2008:36.

Beyin ödül sistemi; mezolimbik dopamin sisteminden (Ventral tegmental alan, VTA), nukleus akumbens (NAC), prefrontal korteks (PFC), bazolateral amigdala (AMY), lateral hipokampus ve medial ön beyin demetinden oluşmaktadır (MacNicol 2017:142; Bkz. Şekil 1.2.3). Mediyal ön beyin demeti, VTA ve hipotalamus ile olfaktör tüberkül, septum ve NAC'ı birbirine bağlar ve daha çok miyelinli liflerden oluşmuştur. VTA ödül varlığında glutamata yanıt veren mezolimbik yoldan, ön beyin, NAC ve PFC'ten dopamin salıveren dopaminerjik nöronlardan oluşmaktadır (Koob vd., 2013). NAC, limbik bilgileri ekstrapiramidal motor sistem ile motivasyona dönüştüren anatomik yapıdır ve ödül devresinin merkezidir. NAC bağlantılı amigdala, frontal korteks ve hipokampus gibi limbik yapılar ödül sisteminin kodlama ve koşullandırma basamaklarında etkindir (Yager vd., 2015:539). Bu anatomik yapılar alkol, opioidler, sempatomimetik stimülanlar ve sigara gibi bağımlılığa neden olabilecek maddelerin oluşturduğu pozitif pekıştirici ve ödüllendirici etkinliklerin nörobiyolojik mekanizmalarında kritik rollere sahiptir (Leeman vd., 2009:241; Koob ve Le Moal, 2008:29-53).

Created in BioRender.com **bio**

Şekil 1.2.3. Mezokortikolimbik Devresinin Bazı Temel Bileşenleri

PFC: Prefrontal Korteks, NAC:Nukleus Akumbens, AMY: Bazolateral Amigdala, VTA: Ventral Tegmental Alan, HIPP: Hipokampus
 Görselin kaynağı: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mesocorticolimbic_Circuit.png
 Erişim tarihi:19.06.2024

1.2.3. Bağımlılık ve Genetik Faktörlerin Etkileşiminde Temel Ögeler

Bağımlılığın biyolojik nedenlerinin en önemlisi genetik ile ilgilidir. Bağımlılık genetiği çalışmaları klasik ikiz ve aile araştırmaları ile başlamıştır. Bağımlıların birinci derece akrabalarında, ikizlerinde (özellikle tek yumurta ikizlerinde) genetik geçişlerin olduğu ve bağımlılık oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (Hurd, 2006). Bağımlılık riskinin yüksek olduğu bazı bireyler genetik yatkınlığa sahiptir. Genetik yatkınlık aile geçmişi ve genetik faktörlerle ilişkilidir. Örneğin, alkolizm, madde kullanım bozuklukları veya kumar bağımlılığı gibi bağımlılık türleri ailesel geçiş gösterebilir (Duaux, 2000). Genetik faktörler, nörotransmitter sentez ve salınımını etkileyebilir. Örneğin, dopamin reseptörlerindeki genetik varyasyonlar, dopamin seviyelerini ve dopaminle ilişkili ödül mekanizmalarını değiştirebilir. Varyasyonlar, özellikle madde bağımlılığı gibi ödül temelli bağımlılıklar için önemlidir (Blum vd., 1996). Genetik faktörler, bir kişinin belirli maddelere karşı metabolizma hızını ve tolere edilebilirliğini etkileyebilir. Örneğin, alkol metabolizması ile ilgili genetik varyasyonlar, alkolün etkilerini ve bağımlılık riskini etkileyebilir. Genetik faktörler, birey-

lerin belirli uyarıcılara veya ödüllere olan davranışsal tepkilerini değiştirebilir. Bazı insanlar, özellikle belirli genetik profillere sahipse, madde kullanımı veya kumar gibi bağımlılıkla ilişkilendirilen davranışlara daha çabuk tepki verebilirler. Ayrıca çevresel faktörler örneğin, stres, travma, kötü çocukluk deneyimleri ve erken yaşta madde kullanımı genetiği yatkın bireylerde bağımlılık riskini artırabilir ya da tetikleyebilir (Goldman vd., 2005).

1.2.4. Dopamin ve Dopaminerjik Sistem

Bağımlılık yapıcıların tümü ve doğal ödüller, mezokortikolimbik alandaki dopamin seviyesindeki artışla etkinlik göstermektedir. Merkezi sinir sisteminde dopamin nörotransmitteri, nöronlar arası iletiyi sağlar. Dopaminin G proteine bağlı, beş tip reseptörü (DRD 1-5) tanımlanmıştır (Oak vd., 2000:303). Dopamin, orta beyin, VTA, serebral korteks ve hipotalamustan salgılanmaktadır ve özellikle motivasyon, hafıza, motor davranış, ödül sisteminden sorumludur (Koob ve Volkow, 2016: 760). Dopamin motive edilmiş davranışları yönlendirmede, ödüllendirici, caydırıcı, yeni ve beklenmedik uyarılara tepki de, ödülü ve ödüksüzlüğü tatmin etmede, göze çarpan olaylar için hafızanın kısa vadeli bellekten uzun vadeli belleğe aktarımını kolaylaştırma da görev alır. Ödül beklentisi ve ödüle ulaşmak beyinde bu molekülün miktarını artırır (Wise ve Robble, 2020:79).

Beyindeki ödül merkezinde yer alan akumbens çekirdeğinde, bağımlılık yapıcı maddeler dopamin seviyelerini arttırmaktadır. Uyarıcı ve bağımlılık yapıcı maddeler dopaminin nöronlar arası iletimini engelleyebilir ya da daha fazla salınmasını tetikleyebilir. Bu artış ile bağımlılık yapıcı maddeler sağlıklı insan beyindeki dopamin sistemini ele geçirmektedir (Goodman, 2008:298). Çoğu bağımlılık yapan ilacın hedef aldığı nörotransmitter dopamindir. Dopamin beyin kendini ödüllendirmesini sağlar. Bu yüzden çoğu uyuşturucu ve keyif verici madde dopamin salınımını artırır. Normal koşullarda dopamin nöronları yavaş ve tonik ateşlenerek düşük seviyeli, kararlı bir dopamin akışı sağlamaktadır. Olağanüstü bir ödül veya çok rahatsız edici ani bir olay yaşandığında dopamin nöronları çok hızlı ateşlenmektedir. Bu ani fazik ateşleme, dopaminde de ani artışa neden olur fakat bu artış geçici bir artıştır. Fazik ateşleme sırasında elde edilmiş olan yüksek dopamin seviyeleri D1 reseptörlerini uyarmaktadır (Uhl vd., 2019:21). Bağımlılık yapıcı etkileri olan örneğin psikostimülan grubu ilaçlar fazik ateşleme sırasında salgılanan yüksek dopamin konsantrasyonlarını taklit ederek, D1 ve D2 reseptörlerini uyarmaktadırlar (Wise ve Robble, 2020)

Ödülden koşullandırmaya giden süreçte, maddeye ve diğer ipuçlarına yanıt olarak madde isteğine ve kompulsif madde kullanımına yol açan dopaminin fazik ateşlenmesidir (Wise ve Robble, 2020). Bağımlılık yapıcı maddelerin sürekli aranması, alınması kısmen D2 reseptör sayılarını azaltarak, duygu düzenleme ve karar vermeyle ilgili beyin alanlarında anormalliklere ve zorlayıcı davranışlara sebep olmaktadır (Uhl vd., 2019). Bağımlılığın tedavisinde D2 ve D3 reseptör antagonistlerinin klinik etki gösterme düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Dopamin sistemlerinin etkilendiği uyuşturucu bağımlılığında dopamin iletimini etkileyen bazı ilaçların (haloperidol) bağımlılık tedavisinde fazla başarı gösteremediği bilinmektedir (Grant vd., 2012).

DİKKAT

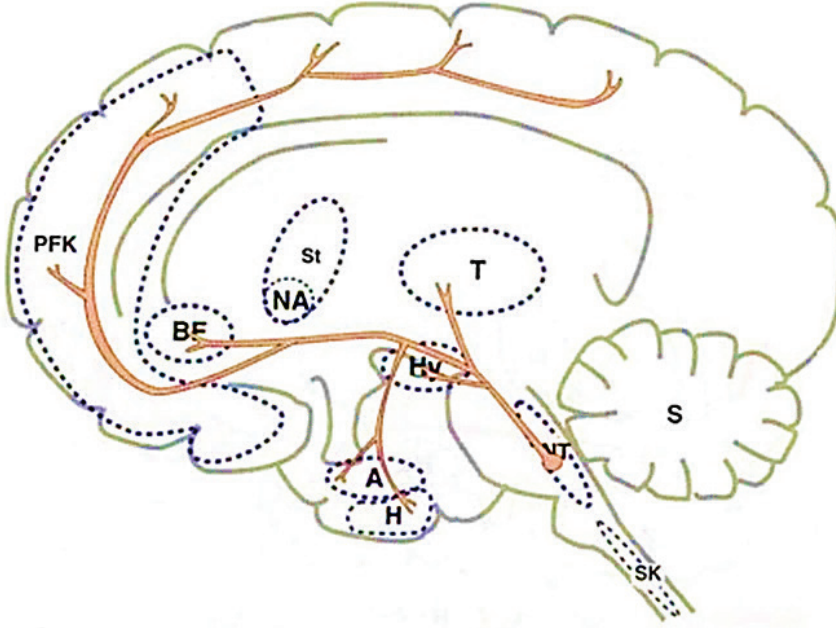
Bağımlılıkta mezokortikolimbik dopamin sistemi, ödüllendirici ve pekiştirici etkilerle baskın rol oynar.

DeneySEL çalışmalar dopaminin ödüllendirme ve pozitif pekiştiriciye aracılık ettiğini göstermektedir. Alkol bağımlılarında yapılan araştırmada, ödül eksikliğine neden olan D2 reseptör bozukluğunun gen mutasyonlarından kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir. Araştırmalar bağımlılığın bir “ödül eksikliği sendromu” olduğundan bahsetmektedir. Ödül eksikliği sendromu sadece alkol ve madde bağımlılığını değil, abartılı düzeyde kumar oynama ve hiperseksüalite gibi başka bağımlılıkların yanı sıra dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, Tourette sendromu, şizofreni ve anti-sosyal davranışlar gibi abartılı dürtüsel kompulsif davranışlarla karakterize hastalıkların da bir parçası olabileceği ileri sürülmektedir (Uzby, 2005:68, Noble 2003). Dopamin D2 geni izole edilmiş beş dopamin reseptör geninden biridir. Yapılan geniş ölçekli araştırmalarda bu genin TaqIA1 aleline (Alel: Aynı genin farklı varyasyonları veya alternatif formlarıdır) sahip kişilerde azalmış D2 reseptör bağlama kapasitesi gözlenmiştir. TaqIA1 aleline sahip bireylerin alkolik olma oranı bu alele sahip olmayan aynı etnik kökenli bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Blum vd., 1996). Alkol ve madde bağımlılarındaki D2 reseptörlerinin, dopamin bağlama kapasitesindeki düşüş hipodopaminerjik aktiviteyle karakterize edilir. Bu durum bağımlıların dopaminerjik sistemi uyaran agonistlere (örneğin alkol) yönelecek ödül eksikliğini telafi ettiği düşünülmektedir (Eşel ve Dinç, 2017).

1.2.5. Serotonin ve Serotonerjik Sistem

Serotonin beyinde sentezlenen monoamin yapıda ve nöromodülatör görevleri olan bir nörotransmitterdir. Merkezi sinir sisteminde, serotonerjik sinir yolları ve serotonin bulunmaktadır (Abosch vd., 2011; Bkz. Şekil 1.2.4). Serotonerjik sistemi oluşturan nöronların büyük bir bölümü dorsal raphe çekirdeği ile bitişik çekirdeklerde bulunmaktadır ve beynin dürtüsellik, ödül, stres, kaygı ve beslenme ile ilgili bölgelerine yansır. Dorsal raphe çekirdekleri ve hipokampusta özellikle serotonerjik reseptör 5-HT1A bulunmaktadır. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) prefrontal yapılarda inhibisyonla antidepresan ilaçlarda, bazal ganglionlarda benzer etkiler yaparak antiobsesyonel, limbik sistem korteksinde ve hipokampusteki inhibisyonla antipanik, hipotalamik inhibisyon yaparak yeme bozuklukları ve buna benzer etkiler de meydana getirebilmektedir. Çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların nedeninin serotonin bozuklukları olduğu bilinmektedir. Anksiyete ve depresyonu hafifletmek için yaygın olarak tedavide kullanılan Prozac ve Zoloft bir SSRI'dır (Goodman, 2008).

Beyinde serotonin rolü oldukça karmaşıktır. Bağımlılığın nörobiyolojisinde kuşkusuz serotoninin etkileri bulunmaktadır. Serotonin aktivitesi davranışsal inhibisyon, duygusal stabilizasyon, iştahın düzenlenmesi, duyuusal reaktivasyon, ağrı duyarlılığı, bilişsel işlev, uyku ve cinsel davranış ile ilişkilidir. Serotonin reseptörünün en az 14 alt tipi kopyalanmıştır ve tanımlanmıştır (Goodman, 2008). Özellikle madde arayışı davranışları ile ilişkili direk veya dolaylı etkilere neden olduğu düşünülmektedir. Deney hayvanlarında kronik etanol kullanımı ve etanol yoksunluk sendromu sırasında beyin çeşitli bölgelerinde serotonerjik döngüde önemli değişiklikler gözlemlenmiştir (Uzby vd., 2000: 257- 262).



Şekil 1.2.4. Serotonerjik Beyin Yolakları

PFK: Prefrontalkorteks, BF: Bazal ön beyin, St: Striatum, NA: Nukleus akumbens, T:Talamus, A: Amigdala, H: Hipokampus, Hy: Hipotalamus, NT: Beyin sapı nörotransmitter merkezleri, SK: Spinal kanal, S: Serebellum.

Kaynak: Stahl SM. Stahl'ın temel psikofarmakolojisi çev. İ.Tayfun Uzbay. 3.baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.

1.2.6. GABA ve GABAerjik Sistem

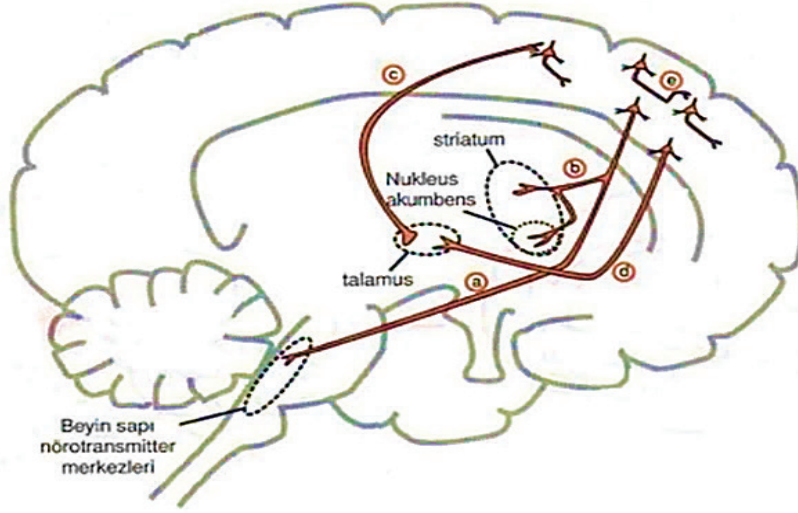
Gama aminobütirik asit (GABA) merkezi sinir sistemi nöronlarında klor geçişini artırarak hiperpolarizasyon yapan inhibitör bir nörotransmitterdir. GABA sistemi bozuklukları, madde bağımlılığı dâhil diğer bağımlılık türlerinin nöropatolojik gelişiminde oldukça önemlidir. GABAerjik sistem aynı zamanda endojen opioid ve kanabinoid sistemlerle yakından bağlantılı olan mezolimbik dopaminerjik ödül devresinin modülasyonunda da önemli bir rol oynar (Wolkov vd., 2019). Mezolimbik sistemin düzenlenmesinde görev alan GABA, iki tip GABA reseptörüne bağlanır: GABAA ve GABAB. GABAA reseptörleri, merkezi sinir sistemi boyunca hızlı inhibitör sinir iletimine aracılık eden iyonotropik, ligand kapılı iyon kanallarıdır. Ventral tegmental alan, nukleus accumbens ve prefrontal korteks gibi beyin mezokortikolimbik ödül devresinde geniş dağılımları nedeniyle, uyuşturucuya bağlı ödül ve pekiştirici davranışlarda önemli bir engelleyici rol oynadıkları düşünülmektedir. Literatür, GABAB reseptörlerinin sedasyon, hipotermi ve gıda alımının azalması gibi davranışsal toksisiteye neden olmadan bağımlılık davranışlarını baskıladığını göstermektedir (Loi vd., 2013). Fiziksel bağımlılığa neden olabilen sedatif hipnotikler gibi ilaçlar ve alkolün, GABAerjik sistemdeki nöron iletimi değişiklikleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Tran vd., 1981). GABA'nın bağlandığı GABA-A reseptörüne anksiyolitik etkili benzodiazepinler, etanol, barbitüratlar, nöroaktif steroidler, inhalasyon anesteziikleri de bağlanabilmektedir (Johnston, 1996). Bu sebeple GABA'nın etkileri anksiyolitiklerin etki gücünü arttırmaktadır. Benzodiazepin reseptör antagonistlerinin doza ba-

ğimli alkol yoksunluk sendromunun bazı semptomlarını olumsuz etkilemesi GABA sistemi ile ilişkilendirilmiştir (Uzbay vd., 1995:120-24). Anksiyolitik ve sedatif etkileri olan maddelere karşı gelişen bağımlılıkta ödüllendirici ve pozitif pekiştirici rolü olduğu ileri sürülmüştür (Uzbay, 2009:34-48). Alkol bağımlılarında yapılan çalışma da GABA'nın etkili olduğu bildirilmiştir (Tran ve ark., 1981).

1.2.7. Glutamat ve Glutamaterjik Sistem

Glutamat, beyindeki ana uyarıcı nörotransmitterdir ve değişen çevreye davranışlarımızın uyumunu sağlayan öğrenme ve hafıza işlemlerinin sinaptik plastisitesinin önemli bir aracıdır. Glutamaterjik sistem ve glutamatın fiziksel bağımlılık gelişiminde rol oynadığına ilişkin bilgiler, lokomotor duyarlılığın nörobiyolojisine yönelik çalışmalar ile ortaya çıkmıştır. Bağımlılık davranışlarının gelişimi, glutamat reseptörünün uyarılması ve dopamin hücrelerinde artan glutamat salınımı ile gerçekleşmektedir bu sebeple kortiko-striatal glutamat iletimi, lokomotor duyarlılığı ve uyuşturucu arama gibi bağımlılıkla ilgili davranışların hem başlatılmasında hem de ifade edilmesinde kritik bir öneme sahiptir (Kalivas ve O'Brien, 2008). Çok sayıda deneysel araştırma, glutamatın bağımlılık nörobiyolojisindeki moleküler potansiyeli nedeniyle farmakoterapötik hedef olabileceğini göstermektedir. Glutamaterjik sistem antidepresan ve anksiyolitik ilaçların etki mekanizmalarıyla ilişkilendirilmektedir. Aynı zamanda obsesif kompulsif bozukluklar, alzheimer, şizofreni gibi nörodejeneratif hastalıkların patofizyolojinde dikkat çekmektedir (Liu vd., 2019; Bukke vd., 2020). Glutamat reseptörlerinin; NMDA ve AMPA olmak üzere başlıca iki sınıfı bulunmaktadır. Literatürde NMDA reseptörlerindeki adaptasyonun özellikle morfin ve alkol bağımlılarında ortaya çıkan yoksunluk sendromu ile ilişkili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Glutamat sisteminin; alkolün akut davranışsal etkilerinde, alkol bağımlılığının gelişmesinde, yoksunluk sendromunda ve alkol bağımlılığının ailesel yatkınlığında önemli rolü bulunmaktadır (Tsai vd., 1995). Glutamaterjik sistemin amigdala, prefrontal korteks ve hipokampus, nucleus accumbens ve ventral tegmental alana kadar uzanarak özellikle nöksleri tetiklemede etkin rol oynadığı ileri sürülmektedir (Kalivas vd., 2009; Bkz. Şekil 1.2.5). NMDA reseptörleri tüm glutamat reseptörleri içerisinde alkole en hassas reseptördür ve akut alkol kullanımı başladığı dönemde tüm glutamat reseptörlerinin doza bağlı inhibe edildiği bilinmektedir (Eşel ve Dinç, 2017). Bu sebeple Glutamat etkinliğini düzenleyen ilaçların bir kısmının alkolizm tedavisinde kullanılması başarı sağlamıştır. Bu ilaçlar, alkol tüketimini azaltma, alkol yoksunluk belirtilerini baskılama, alkole bağlı nörodejenerasyonu engelleme, alkol intoksikasyon ve yoksunlukları ile ilişkili nöroplastisiteyi azaltarak bağımlılık gelişimini engellemektedir (Krystal vd., 2003; Banerjee, 2014).

Ana Glutamat Yolakları

**Şekil 1.2.5. Glutamaterjik Beyin Yolakları**

(a) korteks beyin sapı glutamat projeksiyonu, (b) kortiko-striatal glutamat yolağı, (c) talamo-kortikal glutamat yolakları, (d) kortiko-talamik glutamat yolakları, (e) kortiko-kortikal glutamaterjik yolaklar.

Kaynak: Stahl SM. Stahl'ın temel pskofarmakolojisi çev: İ.Tayfun Uzbay. 3.baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.

1.2.8. Endojen Opioid Peptidler

Endojen opioidler morfine benzeyen nörotransmitterler olarak bilinmektedir. Opioid reseptörlerinin keşfiyle uyuşturucu bağımlılığı araştırmalarının başladığı düşünülmektedir. Endojen opioid reseptörler; “mü (μ), kappa ve delta (δ)’dir”. Bu reseptörlerin agonistleri sırasıyla;

- β -endorfin (beta-endorfin), öforik ve analjezik etkilere neden olur.
- Dynorfin, disforik etkilere neden olur.
- Enkefalin, analjezik etkilere neden olur (Grant vd., 2012).

Bağımlılık ile ilişkili araştırmalar, beta-endorfin, enkefalinler ve dinorfin gibi endojen opioid peptidlerin ödüllendirici ve pozitif pekiştirici etkinlikleri olduğunu göstermektedir (Grant vd., 2012). Opioid işlevi, VTA'dan nükleus akumbens veya ventral striatuma uzanan mezolimbik yoldaki nöron iletimini etkileyebilmektedir (Grant vd., 2006). Literatür, mezolimbik sistemde yer alan dopamin ve endojen opioid sistemlerin arasındaki etkileşimin özellikle alkol, kokain, ilaç bağımlılığında etkili olduğunu göstermektedir. Endojen opioid reseptör antagonistlerinin, naltrekson ve nalokson ile yapılan çeşitli hayvan modellerinde alkol ve nikotin takviyesini azalttığı ve naltreksonun de insanlarda alkol tüketiminin nüksetme sıklığını ve kullanımını azaltmakta başarı gösterdiği bilinmektedir (Roberts ve Koob 2019). Opioid peptidlerin en önemli etkisi dopamin salınımını artırarak pozitif pekiştirici yanıtla neden olmalarıdır. Pozitif pekiştirici yanıtlarda daha çok μ tipi opioid reseptörler baskındır, δ reseptörler ise D2 reseptörlerine bağlı motor stimülasyonda ve ödüllendirmede anahtar bir role sahip olduğu bildirilmektedir (Uzbay, 2009).

1.2.9. Noradrenalin ve Noradrenerjik Sistem

Noradrenalin (norepinefrin) dopaminden sentezlenen nörotransmitter ve stres hormonudur. Beyin sapında locus coeruleus (LC)'dan üretildiğinde bir nörotransmitter, adrenal medulla sentezlendiğinde hormon olarak görev yapmaktadır (Godman, 2008). Noradrenalin ve adrenalin, G-proteinine bağlı özgül α -adrenerjik veya β -adrenerjik reseptörlerle etkileşirler (Leeman vd., 2009). Noradrenerjik sistemin yoksunluk sendromunun agresif bulgularında rolü olabileceği düşünülmektedir. Bağımlılık yapıcı maddelerin bir süre kullanımından sonra beyinde noradrenerjik iletimin değiştiği ve bu değişikliklerin maddenin ani kesilmesinden sonra ortaya çıkan hiperaktivite, ajitasyon gibi yoksunluk bulgularında etkili olduğu gösterilmektedir (Linnoila vd., 1987). Araştırmalar noradrenerjik işlevin; pek çok suistimal edilen ve bağımlılık oluşturan ilaç sınıfları için de stres kaynaklı uyuşturucu arayışının eski haline getirilmesinde de kritik olduğunu bildirmektedir. Farklı bağımlılık türlerinde dopamin ve norepinefrin reseptör duyarlılıklarında artış ve azalış olabilmektedir (Goodman, 2008). Merkezi sinir sisteminin presinaptik α_2 adrenerjik reseptör duyarlılığındaki artış alkol yoksunluk sendromunun ajitasyon, hiperaktivite ve hipereksitabilite gibi semptomlarından sorumlu olabileceğini düşündürmektedir. Alkol yoksunluk sendromu sırasında artmış noradrenalin döngüsü, presinaptik α_2 agonistlerinin, alkol yoksunluk sendromunda faydalı olabileceğini desteklemektedir (O'Brein, 2001).

1.2.10. Adenozin ve Adenozinerjik Sistem

Beyinde kendine özgü A1 ve A2a reseptörleri olan adenozin riboza bağlı pürin yapısında inhibitör bir nörotransmitterdir ve birçok nöronun ateşlenmesini inhibe eder. Bazı deneysel çalışmalarda adenozin reseptörlerinin inhibe edilmesi anksiyete semptomlarına neden olduğunu göstermektedir (Jain vd., 1995). İnsan ve deney hayvanlarında yapılan araştırmalarda alkol, barbitürat ve opioid tipi bağımlılıklarda, anksiyete ve anksiyeteye bağlı davranışlar yoksunluk sendromunun önemli belirtilerinden biridir. Bağımlılık sırasında gözlenen yoksunluk sendromuna merkezi adenozinerjik sistemin katkısı olduğuna inanılmaktadır. Adenozin antagonisti olan kafeinin de amfetamin ve kokain gibi diğer stimülanlara benzer olarak motor stimülasyon ve öforizan etkiler oluşturmaktadır (El Yacobui vd., 2000).

1.2.11. Santral Nitrik Oksid ve Nitrerjik Sistem

Merkezi nitrerjik sistemin bağımlılık ile ilişkilendirildiğini gösteren çalışmalarda, nitrik oksit sentaz (NOs) inhibitörlerinin deney hayvanlarında morfin ve alkol yoksunluk sendromunda ortaya çıkan semptomların şiddetini azalttığını göstermektedir (Uzby vd., 1997). Sıçanlarda yapılan çalışmalar, alkol yoksunluk sendromunda ortaya çıkan nitrik oksidin önemli endojen bir mediyatör olabileceğini ve NOs inhibitörlerinin, amfetamin, kafein gibi psikostimulanlarla gelişen lokomotor hiperaktiviteyi bloke ettiğini savunmaktadır (Kayır ve Uzby, 2004). Etanol ile opioidlere fiziksel bağımlılık gelişiminde nitrik oksidin (NO) glutamaterjik sistem ile etkileşmesinin NOS'u aktive ederek NO sentezinin arttırmaktadır. Artan NO sentezi, cGMP aracılı glutamat salınımını uyarır. Özellikle alkol ve opioid bağımlılığı çalışmalarında merkezi uyarıcı amino asiderjik stimülasyonun yoksunluk sendromu belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (Uzby ve Oglesby, 2001).

1.2.12. Kannabinoidler

En etkin psikoaktif maddelerden biri olan kannabinoidler antik çağlardan günümüze kadar kullanılan hint keneviri bitkisinin alkaloidleridir. Tıbbi olarak kullanılan Delta 9-tetrahidrokannabinol ($\Delta 9$ - THC) ve türevleri yalnızca madde bağımlılığı değil, potansiyel terapötik kullanımı açısından da son zamanlarda araştırmacılar için büyük önem taşımaktadır. Bilinen kannabinoid reseptörlerinden, CB1 reseptörü beyin kannabinoid reseptörü olarak bilinmektedir ve ventral tegmental alanda (VTA) ve nükleus akkumbenste önemli miktarlarda bulunmaktadır (Alıcı ve Uzbay, 2007). $\Delta 9$ - THC ve diğer kannabinoid agonistleri, nükleus akkumbensin kabuk alanlarında dopamin salınımını artırmaktadır (Cheer vd., 2004). Depresyon, stres, anksiyete olgularında endokannabinoid sistemin etkili olduğu bilinmektedir. Endokannabinoid sistemin yokluğu strese karşı bizi savunmasız bırakarak anksiyete ve depresyona sebep olmaktadır. Kronik stres düzeyinin artması bağımlılık yapan bir bozukluğun gelişme ve ilerleme olasılığını arttıracaktır (Grant ve ark., 2012). Yapılan çalışmalarda, CB1 reseptörlerinin esrarın yoksunluk sendromlarında fiziksel bağımlılığa, hiperirritabilite, tremor ve anoreksi gibi yoksunluk belirtilerine neden olduğu kaydedilmiştir (Mas Nieto M vd., 2001). Bazı deneysel çalışmalarda etonal ve $\Delta 9$ - THC arasında çarpaz tolerans geliştiği ve kannabinoid reseptör blokörlerinin, alkol opiyat bağımlılığı tedavisinde fayda sağlayabileceğini göstermektedir (Cheer vd., 2004).

DİKKAT

Bağımlılık yapıcıların etkilediği hedef organ beyindir ve dopamin, glutamat, GABA, noradrenalin, serotonin, kannabinoid sistem bağımlılık nörobiyolojisinin önemli sinyallerini oluşturmaktadır.

1.2.13. Nörobiyolojik Araştırmaların Bağımlılık Tedavisi Üzerindeki Etkileri

Bağımlılığın nörobiyolojik mekanizmaları açıklandıkça farmakolojik çalışmalar ve tedavi seçeneklerinin sayısı da artmaktadır. Alkol ve opiyat bağımlılığı tedavisinde kliniklerde kullanılan naltrekson, akamprosot, metadon ve buprenorfin gibi çeşitli ilaçların kullanımına izin verilmiştir. Nörotransmitter ve reseptör düzeyinde artan bilgiler, bağımlılık tedavilerinde özellikle istek ve nükslerin önlenmesi konusunda pek çok çalışma imkânı yaratmakta, farklı bağımlılık tiplerinde kullanılmak üzere birçok farmakolojik ajanın geliştirilmesi ve tedavi arayışları devam etmektedir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Alkol bağımlıları ile yapılan klinik bir çalışmada alkol yoksunluğunun erken ve geç dönemlerindeki bağımlıların glutamat taşıyıcısı mRNA düzeyleri kontrollerine göre yüksek bulunmuştur. Alkol bağımlılarında, glutamat düzeylerinin artışı hiperglutamerjik etkiyi kanıtlamaktadır. Glutamat etkinliğini düzenleyen ilaçların alkol tüketimini azaltma, alkol yoksunluk belirtilerini baskılama, alkole bağlı nörodejenerasyonu engelleme, alkol intoksikasyon ve yoksunlukları ile ilişkili nöroplastisiteyi azaltarak bağımlılık tedavisinde faydalı olacağı gösterilmiştir. Glutamat etkinliği düzenleyen ilaçların bir kısmı alkolizmin tedavisinde kullanılmaktadır (Ozsoy vd., 2016).

Özet noktalar

Bağımlılık, beyin ödül sisteminin bir diğer adıyla mezokortikolimbik yolların etkilenecek kronik ve tekrarlayıcı tipte belirtilerin ortaya çıkması ile karakterizedir. Mezokortikolimbik yollar, teşvik edici, çağrışımsal öğrenme ve haz içeren duygulardan sorumlu nöral hücre grubudur. Bağımlılık yapıcıların ortak özelliği, beyindeki ödül ceza mekanizmasını tetikleyerek keyif, haz duygularını sağlamak ve bu duyguların sürekli pekiştirilme isteği oluşturmalarıdır. Bağımlılığın patofizyolojisinde beyin ödül sisteminde etkili nörotransmitterler olan dopamin, serotonin, noradrenalin, opioid, glutamat hem madde hem de davranışsal bağımlılık tiplerinde rol oynamaktadır. Bağımlılık özelliği olan maddeler genellikle bu nörotransmitterlerin salınımını artırır ya da reseptörlerini taklit etmektedirler.

KANAKLAR

- Alici, T., Uzbay, I.T. (2007). Kannabinoidler: Ödüllendirici ve bağımlılık yapıcı etkilerinin nörobiyolojisi üzerine bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi* 7: 140-149.
- Amerikan Bağımlılık Tıbbi Derneği (American Society of Addiction Medicine; ASAM). (2022). What is the definition of addiction? 2021 Nov 22. Erişim tarihi:26.03.2022 <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- Arıkan, Z. (2010). Alkol ve madde bağımlılığında tedavi ve genel ilkeleri. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel*, 3(1), 28-38.
- Banerjee, N. (2014). Neurotransmitters in alcoholism: a review of neurobiological and genetic studies. *Indian. J. Hum. Genet.* 20:20–31.
- Blum, K., Braverman, E.R., Wood, R.C., Gill, J., Li, C., Chen, T.J., Taub, M., Montgomery, A.R., Sheridan, P.J., Cull, J.G. (1996). Increased prevalence of the Taq I A1 allele of the dopamine receptor gene (DRD2) in obesity with comorbid substance use disorder: a preliminary report. *Pharmacogenetics*. 1996 Aug;6(4):297-305.
- Boyden, E.S. A history of optogenetics: the development of tools for controlling brain circuits with light. *Biol Rep.* 2011;3:11.
- Bukke, V. N., Archana, M., Villani, R., Romano, A. D., Wawrzyniak, A., Balawender, K., Orkisz, S., et al. (2020). The Dual Role of Glutamatergic Neurotransmission in Alzheimer's Disease: From Pathophysiology to Pharmacotherapy. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7452.
- Cheer, J.F., Wassum, K.M., Heien, M.L., Phillips, P.E., Wightman, R.M. (2004). Cannabinoids enhance subsecond dopamine release in the nucleus accumbens of awake rats. *J Neurosci* 24: 4393-4400.
- Duaux, E., Krebs, M. O., Loo, H., Poirier, M. F. (2000) Genetic vulnerability to drug abuse. *Eur Psychiatry* 15(2): 109-114.
- El Yacobui, M., Ledent, C., Parmentier, M., Costentin, J., Vaugeois, J.M.(2000). The anxiogenic-like effect of caffeine in two experimental procedures measuring anxiety in the mouse is not shared by selective A(2A) adenosine receptor antagonists. *Psychopharmacology* 148: 153-163.
- Eşel, E.,Dinç, K. (2017). Alkol bağımlılığının nörobiyolojisi ve tedaviye yansımaları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(1), 51-60.
- Goldman, D., Oroszi, G., Ducci, F. (2005) The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet* 6:521–532
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 266-322.
- Grant, J.E., Brewer, J.A., Potenza, M.N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS spectrums*, 11(12), 924–930.
- Grant, J.E., Schreiber, L., Harvanko, A. M. (2012). Neurobiology of addiction: Support for a syndrome model of addiction. In H. J. Shaffer, D. A. LaPlante, & S. E. Nelson (Eds.), *APA addiction syndrome handbook, Vol. 1. Foundations, influences, and expressions of addiction* (pp. 121–146). American Psychological Association.

- Hemşirelik Terimleri Sözlüğü (2015). Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara.
- Hurd, Y. L. (2006) Perspectives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors. *CNS Spectr* 11(11): 855-862
- Jain, N., Kemp, N., Adeyemo, O., Buchanan, P., Stone, T.W. (1995). Anxiolytic activity of adenosine receptor activation in mice. *Br J Pharmacol* 116: 2127-2133.
- Kalivas, P.W., Lalumiere, R.T., Knackstedt, L., Shen, H. (2009). Glutamate transmission in addiction. *Neuropharmacology*.56 Suppl 1(Suppl 1):169-73.
- Kalivas, P.W., O'Brien, C. (2008). Drug addiction as a pathology of staged neuroplasticity. *Neuropsychopharmacol Rev.*;33:166-180.
- Kayir, H., Uzbay, I.T. (2004). Evidence for the role of nitric oxide in caffeine-induced locomotor activity in mice. *Psychopharmacology* 172: 11-15.
- Koob, F.G. (1992). Drugs of abuse: anatomy, pharmacology and function of reward pathways. *Trends Pharmacol Sci* 13: 177-184.
- Koob, F.G., Bloom, F.E. (1988). Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science* 242: 715-723.
- Koob, G. F., Le Moal, M. (2008) Addiction and the brain anti-reward system. *Annu Rev Psychol* 59(1): 29-53.
- Koob, G.F. (2020). Neurobiology of Opioid Addiction: Opponent Process, Hyperkatifeia, and Negative Reinforcement. *Biological psychiatry*, 87(1), 44-53.
- Koob, G.F., Colrain, I.M. (2020). Alcohol use disorder and sleep disturbances: a feed-forward allostatic framework. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 141-165.
- Koob, G.F., Everitt, B.J., Robbins, T.W. 'nin izniyle alınmıştır: Ödül, motivasyon ve bağımlılık, *Fundamental Neuroscience*, 3. baskı. Düzenleyen: Squire, L.G., Berg, D., Bloom, F.E., Du Lac, S., Ghosh, A., Spitzer, N. Amsterdam, Academic Press, 2008, s. 987-1016.
- Koob, G.F., Everitt, B.J., Robbins, T.W. (2013). Reward, Motivation, and Addiction. In: *Fundamental Neuroscience: 4th eds.*
- Koob, G.F., Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773.
- Krystal, J.H., Petrakis, I.L., Krupitsky, E., Schutz, C., Trevisan, L., D'Souza, D.C. (2003). NMDA receptor antagonism and the ethanol intoxication signal: from alcoholism risk to pharmacotherapy. *Ann N Y Acad Sci. Nov*;1003:176-84.
- Leeman, R. F., Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2009). Behavioral and neurological foundations for the moral and legal implications of intoxication, addictive behaviors and disinhibition. *Behavioral sciences & the law*, 27(2), 237-259.
- Leeman, R. F., Grant, J.E., Potenza, M. N. (2009). Behavioral and neurological foundations for the moral and legal implications of intoxication, addictive behaviors and disinhibition. *Behavioral sciences & the law*, 27(2), 237-259.
- Linnoila, M., Mefford, I., Nutt, D., Adinoff, B. (1987). NIH conference. Alcohol withdrawal and noradrenergic function. *Annals of internal medicine*, 107(6), 875-889.
- Liu, J., Chang, L., Song, Y., Li, H., Wu, Y. (2019). The Role of NMDA Receptors in Alzheimer's Disease. *Front. Neurosci.*, 13- 43.
- Loi, B., Maccioni, P., Lobina, C., Carai, M.A., Gessa, G.L., Thomas, A.W., Malherbe P, Colombo, G. (2013). Reduction of alcohol intake by the positive allosteric modulator of the GABAB receptor, rac-BHFF, in alcohol-preferring rats. *Alcohol*. 47:69-73.
- Mac, Nicol., B. (2017). The biology of addiction. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 64(2), 141-148.
- Mas-Nieto, M., Pommier, B., Tzavara, C., Nascimento, S., Le Fur, G., Roques, B.P., Noble, F. (2001). Reduction of opioid dependence by the CB1 antagonist SR141716A in mice: evaluation of the interest in pharmacotherapy of opioid addiction. *Br J Pharmacol* 132: 1809-1816.
- Mora, F., Ferrer, J. M. (1986). Neurotransmitters, pathways and circuits as the neural substrates of self-stimulation of the prefrontal cortex: facts and speculations. *Behav Brain Res* 22(2): 127-140.
- Noble, E.P. (2003). D2 dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorders and its phenotypes. *American journal of Medical Genetics part B: Neuropsychiatric Geneti-*

cs.;116(1):103-25.

O' Brein, C.P. (2001). Drug addiction and drug abuse. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics.

Oak, J.N., Oldenhof, J., Van Toll, H. (2000). The dopamine D(4) receptor: one decade of research. *Eur J Pharmacol* 405(1-3): 303-327.

Ozsoy, S., Asdemir, A., Karaaslan, O. (2016). Expression of glutamate transporters in alcohol withdrawal. *Pharmacopsychiatry* 49:14-17.

Roberts, J.A. Koob, F.G. (2019). Neurobiology of addiction *Clinical Obstetrics and gynecology*, Vol: 62 (1), 118–127.

Stahl, S.M. (2008). Stahl's Essential Psychopharmacology. (Stahl'ın temel psikofarmakolojisi, İ.Tayfun Uzbay). 3.baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.

Tran, V.T., Snyder, S.H., Major, L.F., Hawley, R.J. (1981). GABA receptors are increased in brains of alcoholics. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 9(3), 289-292.

Tsai, G., Gastfriend, DR., Coyle, J.T.(1995). The glutamatergic basis of human alcoholism. *The American journal of psychiatry*. 152(3), 332–340.

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

Uhl, G.R., Koob, G.F., Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5-28.

Uluğ, B. (2007). Alkol Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 3, 161-172.

Uzbay, I.T. (2005). Madde Bağımlılığı ve Dopaminerjik Sistem. *Türkiye Klinikleri journal of Internal Medical Sciences*. 1(47):65-72.

Uzbay, I.T. (2009). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Özellikleri, *Meslek İçi sürekli Eğitim Dergisi*,16-33.

Uzbay, I.T. (2009). Madde bağımlılığı ve Hiperikum perforatum'un madde bağımlılığı üzerine etkileri. *Fitoterapi*,

Uzbay, I.T. (2012). Atypical antipsychotic drugs and ethanol withdrawal syndrome: a review. *Alcohol and alcoholism*, 47(1), 33-41.

Uzbay, I.T., Akarsu, E.S., Kayaalp, S.O. (1995). Effects of flumazenil (Ro 15-1788) on ethanol withdrawal syndrome in rats. *Arzneim Forsch-Drug Res* 45: 120-124.

Uzbay, I.T., Erden, B.F., Tapanyigit, E.E., Kayaalp, S.O. (1997). Nitric oxide synthase inhibition attenuates signs of ethanol withdrawal in rats. *Life Sci* 61: 2197-2209.

Uzbay, I.T., Oglesby, M.W. (2001). Nitric oxide and substance dependence. *Neurosci Bio-behav Rev* 25: 43-52.

Uzbay, I.T., Usanmaz, S. E., Tapanyigit, E. E., Aynacioglu, S., Akarsu, E. S. (1998). Dopaminergic and serotonergic alterations in the rat brain during ethanol withdrawal: association with behavioral signs. *Drug and alcohol dependence*, 53(1), 39-47.

Uzbay, I.T., Usanmaz, S., Akarsu, E.S. (2000). Effects of chronic ethanol administration on serotonin metabolism in the various regions of the rat brain. *Neurochem Res*, 25: 257-262.

Uzbay, I.T., Yüksel, N. (2003). Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. in: Yüksel, N. *Psikofarmakoloji, Değiştirilmiş 3. baskı* pp 485-520. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara.

Vetulani, J. (2001). Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Pol J Pharmacol* 53(4): 303-317.

Volkow, N.D., Michaelides, M., Baler, R.(2019). The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol. Rev.* 99:2115–2140.

Wise, R.A., Robble, M.A. (2020). Dopamine and addiction. *Annual review of psychology*, 71, 79-106.

Yager, L.M., Garcia, A.F., Wunsch, A.M., Ferguson, S.M. (2015). The ins and outs of the striatum: role in drug addiction. *Neuroscience*. 20;301:529-41.

BÖLÜM 2.1

Bağımlılıkla İlgili Kavramlar ve Bağımlılık Türleri

Dr. Öğr. Üyesi. Hümevra HANÇER TOK

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

İçindekiler

Giriş

2.1.1. Bağımlılık ile İlgili Kavramlar

2.1.1.1 Bağımlılık

2.1.1.2. Madde kötüye kullanımı

2.1.1.3. Yoksunluk-çekilme

2.1.1.4. Tolerans

2.1.1.5. Relaps-nüks etme-depreşme

2.1.1.6. Remisyon

2.1.1.7. Aşerme (Craving)

2.1.2. Bağımlılığın Tanılanması

2.1.3. Bağımlılık Türleri

2.1.3.1. Madde bağımlılığı

2.1.3.2. Davranışsal bağımlılık

2.1.4. Alkol Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi

2.1.5. Bağımlılık İçin Risk Faktörleri

2.1.6. Bağımlılığın Birey Üzerine Etkileri

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılıklar toplumun her kademesinden pek çok insanı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bağımlılıklar bireyler, aileler ve toplumları doğrudan etkilemektedir. Bu bölümde bağımlılık, bağımlılık çeşitleri ve bağımlılıkla ilgili bazı kavramların yanı sıra bağımlılık epidemiyolojisi, risk faktörleri ve birey üzerine etkileri incelenecektir.

2.1.1. Bağımlılık ile İlgili Kavramlar

2.1.1.1. Bağımlılık

Amerikan Bağımlılık Tıbbi Derneği (American Society of Addiction Medicine [ASAM], 2022) bağımlılığı; “beyin ödül mekanizması, hafıza ve ilgili bağlantıların işlevinin bozulması sonucu ortaya çıkan kronik bir hastalık” olarak tanımlamıştır. Bu bağlantılarda ortaya çıkan işlev bozukluğu sonucunda bağımlı bireylerde, biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Hasta bireyler, madde veya davranışsal bağımlılıklar neticesinde, ödül ve/veya rahatlama arayışına girebilirler. Bağımlılık, sürekli olarak tekrarlanan, bağımlılık yapan eylem veya maddeden uzak duramama, davranışsal kontrolde bozulma ve aşırma ile karakterizedir. Bağımlılık ilerleyicidir, koruyucu ve tedavi edici önlemler alınmazsa sakatlık veya erken ölümle sonuçlanabilir. Bağımlılık, diğer psikiyatrik hastalıklara benzer biçimde **nüks ve remisyon** döngülerini içerir (ASAM, 2022).

2.1.1.2. Madde kötüye kullanımı

Tedavi sürecinde kullanılan ilaçların çeşitli nedenlerle (ağrıyı/anksiyeteyi yönetmek/azaltmak, enerjiyi düzeyini artırmak, uyuyabilmek veya uyanıklık süresini uzatmak vb.) kötüye kullanma durumudur. Bu ilaçlar, stres ve gerginliği hafifletebilir ve geçici bir kaçış yolu olarak kullanılabilir (Duyan, Gövebakan, 2021).

2.1.1.3. Yoksunluk-çekilme

Kullanılan bağımlılık yapıcı maddenin vücuda alınmadığı da vücudun gösterdiği tepkiler bütünüdür. Yoksunluk belirtileri kullanılan maddenin cinsine göre değişmektedir. Örneğin; kannabinoidler 'in yoksunluğunda taşikardi, baş ağrısı, uykusuzluk vb. belirtiler ortaya çıkarken, opiyat yoksunluğunda; diyare, dehidratasyon, hipoglisemi, hipotansiyon vb. belirtiler görülebilmektedir (Kardeş, 2019; Bozkurt, 2019).

2.1.1.4. Tolerans

Madde kullanımı esnasında istenilen etkiyi elde edebilmek için alınan dozun fazlasına gereksinim duyulması ve her alımda bir önce alınan dozun üzerine çıkılmasıdır ya da aynı miktarda alınan maddenin etkisinin azalmasıdır (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.1.5. Relaps-nüks etme-depreşme

Bağımlı bireyin bağımlılık yapıcı maddeyi bıraktıktan belli bir süre sonra tekrar başlamasıdır (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.1.6. Remisyon

Bağımlılık yapıcı madde kullanılmadan veya davranış yapılmadan geçirilen süredir (Kardeş, 2019; Bozkurt, 2019) .

2.1.1.7. Aşerme (Craving)

Bağımlılık yapıcı maddenin aşırı istenmesidir (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.2. Bağımlılığın Tanılanması

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association,1952), bağımlılığın ilk kez DSM-I'de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) bir hastalık olarak tanımlamıştır. Kitabın bu baskısında bağımlılık, sosyo-patik kişilik bozukluğu başlığı altında değerlendirilmiştir, ancak DSM-I'de bağımlılık ve tanılanması konusunda yeterli düzeyde bilgi bulunmamaktadır (American Psychiatric Association, 1952). İlerleyen zamanlarda DSM-II'de (1966) bağımlılık tanımında büyük bir değişiklik olmamasına rağmen, DSM-III (1980) bağımlılık tanılanmasında önemli bir genişleme ve birçok değişiklik ve yenilik getirmiştir (American Psychiatric Association, 1966 ve 1980). Bu basımda hastalıklar ve bozukluklar, bağımlılık ve kötüye kullanım kavramları geniş ve açık bir şekilde tanımlanmıştır ve bu terimler arasındaki farklar belirtilmiştir. Bağımlılığın tanılanmasında fizyolojik belirtilerin ve değişimlerin ölçülmesinin ve takibinin gerekliliği vurgulanmıştır (American Psychiatric Association, 1980). Madde kullanım bozukluğuna hiyerarşik bir yaklaşım ise DSM-IV ile ortaya konmuştur, bağımlılığın başlangıç noktası olarak madde kullanım bozukluğu belirtilmiştir (American Psychiatric Association, 1994). Madde bağımlılığı, DSM-V'e göre "madde kullanım bozukluğu" başlığı altında incelenmiş ve kategorilere ayrılmıştır. **DSM-V'e göre on iki ay içerisinde aşağıda belirlenen durumlardan; iki-üçü varsa hafif, dört-beşi varsa orta, altı ve fazlası mevcutsa şiddetli "madde kullanım bozukluğu" olarak tanımlanır:** (American Psychiatric Association, 2013).

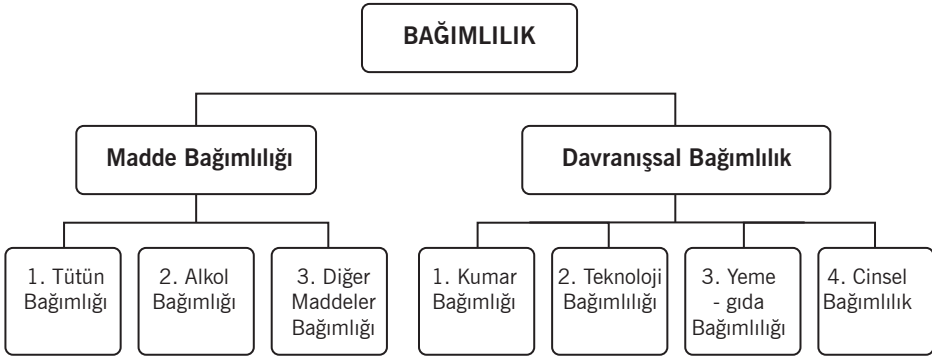
1. Bağımlılık yapıcı maddenin kullanımını kontrol etme becerisinin bozulması,
2. Bağımlılık yapıcı maddenin kullanımını bırakmak/denetim altında tutmak için devamlı bir arzu ve/veya sonuçsuz çabanın olması,
3. Günlük yaşamda içerisinde, bağımlılık yapıcı maddeyi/eylemi kullanmaya/gerçekleştirmeye öncelik verilmesi,
4. Günlük yaşamda içerisinde (ev, okul, iş) bireyin yükümlülüklerini yerine getirmemesi,
5. Madde veya eylemin Kullanımı/gerçekleşmesi sonucunda olumsuz durumların meydana gelmesine karşın; kullanıma-eyleme devam etme arzusunun bulunması,
6. Madde veya eyleme karşı tolerans geliştirilmesi,
7. İstenenden-planlanandan daha fazla miktarda bağımlılık yapıcı madde/eylem kullanılması/gerçekleştirilmesi,
8. Bağımlılık yapıcı madde/eylemin etkilerinin neden olduğu veya alevlendirdiği, sürekli/yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın madde/eylem kullanılması/gerçekleştirilmeyi sürdürmesi,

9. Tekrarlı olarak tehlikeli olmasına karşın madde kullanımına/eyleme devam etmesi,

10. Bağımlılık yapıcı madde/eylem kesilmesi veya azaltılması sonrasında yoksunluk belirtilerinin görülmesi.”

2.1.3. Bağımlılık Türleri

Bu kitapta bağımlılık türleri iki temel çerçevede değerlendirilmektedir. Bunlar; madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklardır. Madde bağımlılıkları tütün, alkol ve madde (uyarıcılar, halüsinojenler vd.) bağımlılıkları başlığı altında değerlendirilirken, davranışsal bağımlılıklar ise kumar, teknoloji, yeme-gıda ve cinsel bağımlılıklar olarak değerlendirilmiştir.



2.1.3.1. Madde bağımlılığı

Dünya Sağlık Örgütü, madde bağımlılığını tanımlarken tipik fenomenlerden faydalanmaktadır. Bu fenomenler; “istek duyma, madde kullanımı konusunda kontrolün kaybedilmesi, sonuçların zararının fark edilmesine karşın kullanımın sürdürülmesi, madde kullanımının ailesel ve sosyal konuların/olayların önüne taşınması, tolerans gelişmesi ve geri çekilme belirtilerinin görülmesidir”. Bağımlılık belirtileri, bir madde cinsi (tütün, alkol vb.) veya sınıfıyla (opiyatlar vb.) ilgili olabilir (World Health Organization (WHO), 2018) . Madde bağımlılığı DSM-V'e (2013) göre; “madde kullanım bozukluğu” başlığı altında değerlendirilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Dünyada yaklaşık 270 milyondan fazla insan en az bir defa bağımlılık yapıcı madde kullanmış olduğu bilinmektedir (European Union Drugs Agency [EUDA], 2020).

DİKKAT

Madde bağımlılığı, bireyin madde kullanımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, zararlı sonuçlara rağmen kullanımı sürdürmesi ve çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtiler göstermesi ile karakterize edilen, dünya genelinde yaygın bir sağlık sorunudur.

● **Tütün bağımlılığı**

Tütün pek çok coğrafi bölgede yetişebilen yeşil yapraklı bir bitkidir. Tütün bitkisinin sıvısı, kendisine has koku, tat ve renge sahiptir. Bu tütün sıvısı oldukça zehirlidir ve nikotin olarak adlandırılır. İnhaler yolla kullanıldığında çok hızlı (8-10 saniye) bir şekilde kana geçebilmekte ve epinefrin, norepinefrin ve seratonin salınımını arttırmaktadır. Tütün kullanımı kalp, akciğer ve diğer organlarla ilgili hastalıklarda riski büyük oranda arttırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sigara kullanımına bağlı olarak her yıl beş milyon ölüm gerçekleştiğini, bu sayının 2030 yılında iki katına çıkacağını tahmin etmektedir (Fouad et al., 2021; Şimşek, 2019; Weekly, 2020).

● **Alkol bağımlılığı**

Alkol; üzüm, elma vb. (şarap), arpa (bira) ve patates (votka) gibi bitkilerin fermentasyonu ile elde edilir. Rengi ve kokusu olmayan bu içeceğe çeşitli maddeler katılarak (metanol, aldehit, fenol vb.) tadı, kokusu ve yaşı belirlenir. Alkol içildikten 5-10 dakika sonra etkisini gösterebilir. Düşük dozlarda öfori ve konuşma miktarında artış yaparken, yüksek dozlarda sedasyon yapabilir. Alkol vücutta karaciğer ve böbreklerde metabolize edilir yani bu organlar alkolün parçalanmasında önemlidir ancak uzun süre aşırı alkol kullanımı bu organlarda olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. Bunun yanında uzun süre alkol kullanımı; dolaşım, bağışıklık, sinir, sindirim, solunum gibi sistemlerin işleyişini olumsuz etkileyebilir ve hastalıklara neden olabilir (WHO, 2019).

● **Diğer maddeler bağımlılığı**

Madde vücudun işleyişini olumsuz etkileyen ve kullanımı bağımlılık yapıcı her türlü şeydir. Bağımlılık yapıcı maddenin alımı kişiye zarar vermesine karşın, kişi kullanımı terk edemez. Yaygın olarak kullanılan bağımlılık yapıcı maddeler; esrar, sentetik kannabinoidler, opiyatlar, kokain, amfetamin, uçucular, halisinojenler ve ekstazi (MDMA) vb. maddeler olarak sıralanabilir (Eselek, 2019; Tamar, 2019; Kardeş, 2019; Bozkurt, 2019; Sarıkaya, 2019; Sönmez, 2019).

-*Esrar*

Tüm dünyada en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir, her iklim ve coğrafyada yetişebilmektedir. Esrar "hint keneviri" bitkisinin çiçek, sap ve yaprakları vb. hazırlanır. Ot, mary jane, weed, çay vb. adlarla bilinmektedir. Esrarın etken maddesi Delta-9-tetrahydrocannabinol (HTC)'dir. Esrar, sigara gibi sarılarak veya nargileye benzer biçimde (kova) kullanılabilir. Yoksunluğunda öfke, uyku sorunları, huzursuzluk, ateş ve kilo kayıpları ortaya çıkmaktadır. Esrar, diğer bağımlılık yapıcı maddelere geçiş noktasında aracı bir maddedir (Sarıkaya, 2019)

-*Sentetik kannabinoidler*

Sentetik kannabinoidler, kökeni Çin ve Hindistan'a dayanan yeşil yapraklı bitkilere püskürtülerek kurutulmak üzere toz aseton ve metanol gibi çözücülerin kullanıldığı sentetik maddelerdir. Türkiye de bu işlem için "yavşan otu" kullanılmaktadır. Ülkemizde "bonzai" diye bilinen bu grup "spice, K2, jameika vb." adlarla tanınmaktadır. Sentetik kannabinoidler sigara gibi tütürülerek kullanılmaktadır. Sentetik kannabinoidleri kullanan bireylerin, diğer bağımlılık yapıcı maddeleri de (esrar, kokain, eroin) kullandığı bilinmektedir. Yoksunluğunda belirtileri; ateş, taşikardi, anksiyete, uyku sorunları, bulantı-kusma, çökkün duygu durumudur (Bozkurt, 2019)

- Opiyatlar

Opiyatlar, morfin, tabain, kodein vb. doğal ve sentetik ürünlerin tamamını kapsayan bağımlılık yapıcı özelliği çok yüksek olan madde türüdür. Opiyatlar gelincikgillerden “papaver somniferum” bitkisinin sıvı formudur. “Opium gelinciği, afyon, haşhaş vb.” isimlerle anılmaktadır. Bitki kapsülünde 20 farklı alkaloid ortaya çıkar. Ortaya çıkan bu ürünler sağlık alanında da kullanılır. İlaç formunda bağımlılık yapma özelliği nedeniyle, bu maddeler önemli bir halk sağlığı sorunudur. Opiyat türleri; morfin, eroin, kodein, peridin, fentalin, difenoksilat, tramadol HTC, metadon, buprenorfin'dir. Esneme, huzursuzluk, hipertansiyon, ateş, bulantı-kusma, dehidratasyon, kıvrılma pozisyonu bazı yoksunluk belirtileridir (Kardeş, 2019)

-Kokain

Güney Afrika kökenli bir uyuşturucu olan kokain COCA bitkisinin yapraklarından üretilir. Koka macunu-yaprağı, freebase, crack ve kakain hidroklorid formları bulunmaktadır. Ülkemizde “taş” olarak adlandırılmaktadır. Dünya genelinde 15 milyondan fazla kullanıcısı olduğu kabul edilen kokain önemli bir halk sağlığı ve yasal sorundur. Kokainin fiyatı yüksek olduğu için üst sosyo-ekonomik duruma sahip olan gruplarca tüketilir. Kokain; oral, damar içi, yakılarak duman yoluyla, sigara gibi tütürülerek tüketilir. Kokainin en riskli olan kullanım tarzı damar içi ve sigara gibi sarılarak içilmesidir. Yoksunluğunda halsizlik, enerji azlığı, uyku sorunları, iştah azalma, zevk alamama, psikomotor yavaşlama vb. belirtiler görülmektedir (Sönmez, 2019)

-3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin (MDMA)

Halk arasında ecstasy olarak bilinen MDMA'nın etken maddesi “3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin”dir. Sentetik kökenli bir uyuşturucu maddedir ve laboratuvar ortamında amfetamin ve meskalin karışımından üretilir. İlk zamanlar Alman laboratuvarlarında enerji artışı ve cinsel uyarılma amacıyla üretilmiştir, ancak zamanla MDMA'nın kötüye kullanımı artmış ve yasa dışı uyuşturucu kategorisine dahil edilmiştir. Uzun süre kullanımının sonucunda bellek bozulmaları, basit sorunları çözememe, tekrarlayan paranoya, sanrı, psikotik ataklar vb. ortaya çıkmaktadır (Tamar, 2019) .

-Amfetamin ve Metamfetamin

Amfetamin ve metamfetamin, sentetik yapıda olan bir uyuşturucu maddedir ve merkezi sinir sistemini etkiler. Amfetamin ve metamfetamin oral, nazal ve damar içi olarak kullanılabilir. Halk arasında met, kristal ve met amca gibi isimlerle bilinmektedir. Yoksunluğunda; anksiyete, titreme, intihar düşüncesi, canlı rüyalar, baş ağrısı, iştah azalması, psikomotor yavaşlama vb. belirtiler ortaya çıkmaktadır (Eslek, 2019).

2.1.3.2. Davranışsal bağımlılık

Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (2022) davranışsal bağımlılıkları; bir maddenin alımından ziyade, davranışa dayalı bağımlılıklar olarak tanımlanmaktadır. Davranışsal bağımlılık; tartışmalı bir kavramdır. Toplum içerisinde davranışsal bağımlılıklara kötü alışkanlıklar olarak görülebilmektedir. Bu durum profesyonel yardım arayışının önüne geçebilmektedir. Ancak, kumar, teknoloji, seks, yemek gibi davranışlarda aşırı gerçekleştirilmesi sonucunda olumsuz durumlar meydana gelebilmektedir. Bu nedenle profesyonel yardım önemlidir. Tanılama sürecinde ise,

DSM-5 kriterlerinde teknoloji ve kumar bağımlılığı yer almaktadır. Tanılama da bu kriterlere uygun olarak yapılmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı, 2022). Davranışsal bağımlılıkların tedavi ve rehabilitasyonu sürecinde, alkol-madde bağımlılığı ile benzer psikolojik ve sosyal destek süreçleri izlenmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

DİKKAT

Davranışsal bağımlılıklar, madde bağımlılığına benzer olarak dopamin salınımının bozulması ile karakterizedir. DSM-5 de davranışsal bağımlılıkların tanı kriterlerini belirtilmiştir.

● Kumar bağımlılığı

Kumar insanlık tarihinin en eski uğraşlarından biridir. Kumar da bir oyundan kazanç elde etmek amacı bulunmaktadır. Kişiler değerli bir eşya veya parayı kumarda ortaya koyarlar. Kişiler kumarda bilerek ve isteyerek risk alma davranışı güderler. Yazı-tura, at yarışı, zar atma, poker vb. gibi türleri bulunmaktadır (Çakıcı, 2019) .

● Teknoloji bağımlılığı

Teknoloji bağımlılığı altında; dijital oyun, çevrimiçi alışveriş ve sosyal medya bağımlılığı vb. alanlar bulunmaktadır. DSM-5 kriterlerine göre; teknoloji bağımlılığı “ileri düzey araştırmalar yapılması önerilen” alan olarak vurgulanmaktadır. Teknolojik bağımlılıklar, fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara yol açabilir (American Psychiatric Association, 2013; TC. Sağlık Bakanlığı, 2022).

● Yeme- gıda bağımlılığı

Yeme- gıda bağımlılığı DSM-5'e göre göre bağımlılıklar başlığı altında tanımlanmamaktadır. Buna karşın, “Beslenme ve Yeme Bozukluğu” bölümünde tanımlanmış ve belirtileri madde bağımlılığı belirtilerine benzediği vurgulanmıştır (American Psychiatric Association, 2013). Bağımlılık mekanizmasına benzer olarak yeme bağımlılığında haz alma davranışı ön plandadır (Kafes et al., 2018).

● Cinsel bağımlılık

Cinsel bağımlılıklar bireyin, yaptığı eylem karşısında olumsuz sonuçlarının olduğunu bilmesine karşın, cinsel davranışları yapmaya devam etmesidir. Bir davranışın cinsel bağımlılık olarak belirlenmesi için son altı ay içerisinde tekrarlayan biçimde cinsel eylemler, mastürbasyon, pornografi vb. eylemlerinin ve partner sayısının çok olması gereklidir (Gökbakan, 2019). Cinsel bağımlılık bozukluğunun kesin bir tanımının ve geçerli ölçüm yöntemlerinin olmaması, bu bozukluğun görülme sıklığına ve yaygınlığına ilişkin tahminleri önemli ölçüde etkilemektedir (Sahithya, Kashyap, 2022).

2.1.4. Alkol Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Son yıllarda bağımlılık yapıcı maddelerin çeşitliliğinin artması ve teknolojik gelişmeler sonucunda bağımlılık türlerinin görülme sıklığında artışlar meydana gelmiştir. Amerika uyuşturucu kullanım istatistiklerine göre; 12 yaş ve üzerinde olan her iki kişiden biri yasa dışı uyuşturucu kullanmıştır. Son 22 yılda bir milyondan fazla insan aşırı doz nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Amerika'da 12 yaş ve üzerinde bulunan bireylerin yaşamının herhangi bir döneminde esrar kullanımı %47, kokain kullanımı %14.2, ecstasy kullanımı %7.4, metamfetamin kullanımı %5.6 olarak belirtilmiştir-

tir. Amerikan toplumunun %20,4'ü (28.320 milyon) alkol kullanım bozukluğuna sahiptir (National Center for Drug Abuse Statistics, 2022).

EUDA (2020) verine göre; Avrupa ülkelerinde alkol veya herhangi bir madde kullanım yaygınlığı %3.1 ile %38.0 arasında değişmektedir. Bağımlılık yaygınlığının en yüksek olduğu ülke İspanya'dır. Avrupa ülkelerinde yaşam boyu, esrar kullanım sıklığı %2.7-44.8, kokain kullanım sıklığı %0.2-11.0 arasında, amfetamin kullanımı %0.02-8.6, ekstazi kullanımı %0.4-12.0, alkol kullanım sıklığı ise %22.1 ile %97.6 arasında değişmektedir. Madde kullanım yaygınlığı açısından ülkeler değerlendirildiğinde; esrar kullanımının en yaygın olduğu ülke Fransa, kokain İspanya, amfetamin Birleşik Krallık, ekstazi Hollanda, alkol kullanımın en yaygın olduğu ülke ise Yunanistan'dır. Aşırı doz nedeniyle ölümler her geçen yıl artarak meydana gelmektedir. Bu ölümlerin çoğunu 30-55 yaş aralığında olanlar ve erkekler oluşturmaktadır (EUDA, 2020).

Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) tütün ürünü kullanmaktadır (Öntaş, Aslan, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (2019) verilerine göre; ülkelerin yıllık kişi başı saf alkol tüketimi ortalamaları; Türkiye de 1.4, Fransa'da 12.33, Almanya'da 12,91, Rusya'da 11.19 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 9.87 litredir (WHO, 2019). Türkiye de 2020 yılı hasta tedavi kayıtlarına incelendiğinde, hastaların %55.1'i eroin, %15.3'ü metamfetamin, %11.7'sinin esrar, %1.9 ektasy ve %16.0 diğer madde kullanımı nedeniyle tedavi görmüşlerdir. İçişleri Bakanlığı 2021 yılında Türkiye Uyuşturucu Raporunu yayınlamıştır. Bu rapora göre, Türkiye'de (2021) 314 adet madde bağımlı ölüm olayı meydana gelmiştir. Bu ölümlerin %36.9'unda (n=116) eroin, %31.2'sinde (n=98) metamfetamine, %29.6'sında (n=93) ise ekstazi rastlanmıştır. Türkiye de 2020 yılında 211.991 kişi alkol kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi merkezlerine başvuru yapmışlardır. Bu başvuruların 74.315'i denetimli serbestlik aracılığı ile olmuştur (T.C.İçişleri Bakanlığı, 2021). Davranışsal bağımlılıklarla ilgili istatistikler de şu şekilde sıralanabilir. Gıda bağımlılığı prevalansı, bariatrik cerrahi adaylarında %42'ye, obezite ve tıknırcasına yemek yiyen erişkinlerde %57'ye kadar olabileceği bildirilmiştir (Mack et al., 2016; Sevinçer et al., 2016). Toplumun "hiperseksüellik" prevalansı %2 ila %6 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Sahithya, Kashyap, 2022). Dünya genelinde, ergenler arasında internet bağımlılığı prevalansı % 10-20 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Chia et al., 2020). Sistemik derleme çalışmalarında, kumarbazlık prevalanslarını %2.5 ile %11.1 arasında olduğu belirtilmiştir (Gartner et al., 2022; Mora-Salgueiro et al., 2021).

2.1.5. Bağımlılık İçin Risk Faktörleri

Bağımlılık yapıcı madde kullanımı için pek çok risk faktöründen bahsetmek söz konusudur. Bu risk faktörlerinden bazıları,

- 10 yaş ve üstünde olan bireyler,
- Düşük eğitim düzeyine sahip olan bireyler,
- Erkek cinsiyetine sahip olanlar,
- Bekar olanlar,
- Meslek,
- Düzenli işi olmayanlar veya işsizler,

- Evsizler- sokakta yaşayan insanlar,
- Alkol ve madde kullanımının yanı sıra, kişilik bozukluğu tanısı alanlar,
- Aile ve yakın çevresinde bağımlı/olar olan bireyler,
- Sigara kullanımı bulunan bireyler vb.'dir (Tekin, 2021).

2.1.6. Bağımlılığın Birey Üzerine Etkileri

Bağımlılık yapıcı davranışlar ve maddeleri bireylerin, fiziksel, ruhsal, sosyal ve toplumsal alanlarında olumsuz sonuçları- yansımaları bulunmaktadır. bu olumsuz sonuçların bazıları;

- İş kayıpları-maddi kayıplar
- Sosyal destek sistemlerinin kayıpları
- Kanser vb. fiziksel hastalıklar,
- Obezite,
- İnfertilite,
- Sosyal izolasyon ve damgalanma,
- Okuldan ayrılma,
- Aile içi şiddet ve saldırılar
- Hırsızlık, gasp, alıkoyma gibi suçlar
- Saldırganlık,
- Trafik kazalarına sebebiyet verme,
- İstismar türlerini uygulama/maruz kalma
- Kendine ve bir başkasına zarar verebilecek şekilde iş kazalarına neden olma,
- Silahlı-silahsız saldırılar, şantaj ve tehdit,
- Adam öldürme (Dellazizzo et al., 2020; Huecker , Smock, 2020; Karakartal, 2020; Messing et al., 2016; White, Gorman, 2000)(Augood et al., 1998; Bacchus et al., 2018; Devries et al., 2014; Erdim, 2019; Koç, Hançer Tok, 2020; Lewis et al., 2012; WHO, 2005; Samplaski et al., 2014).

DİKKAT

Bağımlılıklar, bireyleri sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak doğrudan etkilemektedir. Ek olarak, madde ve para arayışı sürecinde suça bulaşma ve suç işleme olasılıkları artmaktadır.

Özet noktalar

Bağımlılığın tanımını ve tanılama kriterleri zaman içerisinde gelişmiş ve sistematik bir hale getirilmiştir. Bağımlılık, bireyin madde kullanımı üzerindeki kontrolünü kaybederek tekrarlı ve artan bir biçimde devam etmesi ile karakterizedir. DSM-5 tanı kriterlerine göre belirlenen 10 maddeden altı ve fazlası bulunması madde kullanım bozukluğu olarak tanılanmaktadır. Bu bölümde bağımlılıklar madde ve davranışsal bağımlılıklar olarak iki ana başlıkta konuşulmuştur. Madde bağımlılığı

altında tütün, alkol, madde, davranışsal bağımlılık başlığı altında kumar, teknoloji, yeme-gıda ve cinsel bağımlılıklardan bahsedilmiştir. Bağımlılık epidemiyolojisi incelendiğinde Amerika'da 12 yaş üstü bireylerin %47'si, Avrupa'nın ise %2.7-44.8 esrar kullanmaktadır. Bağımlılık için düşük eğitim düzeyi, erkek cinsiyeti, düzensiz gelir ve iş risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bağımlılık sonucunda bireylerde maddi, Sağlık ve sosyal kayıplar ortaya çıkabilmekte, suç oranlarında artış meydana gelebilmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1966). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II). American Psychiatric Press, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition (DSM-IV) American Psychiatric Association. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviri Editörü: Koroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2022, July 5). What is the definition of addiction? Erişim tarihi:05.06.2023, <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- Augood, C., Duckitt, K., Templeton, A. A. (1998). Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction (Oxford, England), 13(6), 1532–9.
- European Union Drugs Agency (EUDA). (2020). 2022 — prevalence of drug use. Erişim tarihi:04.06.2023, https://www.Emcdda.Europa.Eu/Data/Stats2022/Gps_en
- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ Open, 8(7), e019995.
- Bozkurt M. (2019). Sentetik kannabinoidler. . In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınlar. p.241–251.
- Chia, D. X. Y., Ng, C. W. L., Kandasami, G., Seow, M. Y. L., Choo, C. C., Chew, P. K. H., Lee, C., Zhang, M. W. B. (2020). Prevalence of internet addiction and gaming disorders in Southeast Asia: A meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(7), 2582.
- China CDC Weekly (2020). The 33rd World No-Tobacco Day. Erişim tarihi:20 Mayıs 2023, <https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day>
- Çakıcı, M. (2019). Kumar . In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınlar.p.739–749.
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Dou, B. Y., Beaudoin, M., Luigi, M., Giguère, C.-É., Dumais, A. (2020). Association between the use of cannabis and physical violence in youths: a meta-analytical investigation. American Journal of Psychiatry, 177(7), 619–26.
- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis. Addiction, 109(3), 379–91.
- Duyan, V., Gövebakan, R. (2021). Madde bağımlılığı ve aile. İstanbul. Yeni İnsan Yayınevi.
- Erdim, L. (2019). Alkolizmin aile ve çocuk üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(1), 193–200.
- Eslek A. (2019). Amfetamin ve Metamfetamin. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınlar.p.291–301.
- Fouad, H., Commar, A., Hamadeh, R., El-Awa, F., Shen, Z., Fraser, C. (2021). Estimated and projected prevalence of tobacco smoking in males, Eastern Mediterranean Region, 2000–2025. Eastern Mediterranean Health Journal, 27(1), 76–82.

- Gartner, C., Bickl, A., Härtl, S., Loy, J. K., Häffner, L. (2022). Differences in problem and pathological gambling: A narrative review considering sex and gender. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 267–289
- Gökbakan, A. M. (2019). Diğer bağımlılıklar. . In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme*. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınları. p. 757–787.
- Huecker, M. R., Smock, W. (2020). Domestic violence. Erişim tarihi:04.06.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>
- Kafes, A. Y., Ülker, S., Sayar, G. H. (2018). Yeme bağımlılığı. *Güncel Bağımlılık Araştırmaları*, 2(2).
- Karakartal, D. (2020). Uyuşturucu Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 6(14), 614–7.
- Kardeş, Ö. (2019). Opiyatlar. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme*. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınları. p.251–269.
- Koç, A., Tok, H.H. (2020). İçselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek ve bağımlılık boyutları arasındaki ilişki tercih maddesine göre değişir mi? *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(6).
- Lewis, S. E. M., Rapino, C., Di Tommaso, M., Pucci, M., Battista, N., Paro, R., Simon, L., Lutton, D., Maccarrone, M. (2012). Differences in the endocannabinoid system of sperm from fertile and infertile men. *PLoS ONE* 7(10):e47704
- Mack, I., Ölschläger, S., Sauer, H., von Feilitzsch, M., Weimer, K., Junne, F., Peeraully, R., Enck, P., Zipfel, S., Teufel, M. (2016). Does laparoscopic sleeve gastrectomy improve depression, stress and eating behaviour? A 4-year follow-up study. *Obesity Surgery*, 26(12), 2967–73.
- Messing, J. T., Mendoza, N. S., Campbell, J. C. (2016). Alcohol use and latent profiles of intimate partner violence. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16(1–2), 160–75.
- Mora-Salgueiro, J., García-Estela, A., Hogg, B., Angarita-Osorio, N., Amann, B. L., Carlbring, P., Jiménez-Murcia, S., Pérez-Sola, V., Colom, F. (2021). The prevalence and clinical and sociodemographic factors of problem online gambling: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 37(3), 899–926.
- National Center for Drug Abuse Statistics. (2022). Drug Abuse Statistics. Erişim tarihi:01 Haziran 2023, <https://drugabusestatistics.org/>
- Öztürk, Y. E., Kırloğlu, M., Kırac, R. (2015). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 18(2), 97–118.
- Öntaş, E., Aslan, D. (2018). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016- HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63). Erişim: 01 Haziran 2023, <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/>
- Sarıkaya, Ö.Ö. (2019). Esrar. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme*. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınlar. p. 229–239.
- Şimşek M. (2019). Tütün. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme*. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınları. 211–21.
- Sahithya, B. R., Kashyap, R. S. (2022). Sexual Addiction Disorder—A Review With Recent Updates. *Journal of Psychosexual Health*, 4(2), 95–101.
- Samplaski, M. K., Bachir, B. G., Lo, K. C., Grober, E. D., Lau, S., Jarvi, K. A. (2014). Cocaine use in the infertile male population: a marker for conditions resulting in subfertility. *Current Urology*, 8(1), 38–42.
- Sevinçer, G. M., Konuk, N., Bozkurt, S., Coşkun, H. (2016). Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year: Prospective observational study. *Psychiatry Research*, 244, 159–164.
- Sönmez, M. B. (2019). Kokain. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme*. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınları. 270–6.
- Tamar DG. (2019). MDMA. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme*. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınları. p.277–287.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Davranışsal Bağımlılık. Erişim tarihi:22 Mayıs 2023, <https://Bmyk.Gov.Tr/TR-67183/Davranissal-Bagimlilik.Html>.

- T.C. İçişleri Bakanlığı. (2021). Türkiye Uyuşturucu Raporu. Erişim tarihi:22 Mayıs 2023, <https://bmyk.gov.tr/TR-84882/turkiye-uyusturucu-raporu-2021-yayinlandi.html>
- Tekin, K. (2021). Bağımlılığa etki eden sosyal faktörler. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınlar. p.47-57.
- White, H. R., Gorman, D. M. (2000). Dynamics of the drug-crime relationship. National Institute of Justice Washington, DC.
- World Health Organization (WHO). (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2023, <https://www.who.int/publications/i/item/924159358X>
- World Health Organization (WHO). (2019). Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+. Erişim tarihi:20 Mayıs 2023, <https://www.gateway.euro.who.int/en/datasets/>
- World Health Organization (WHO). (2018). International classification of diseases. Erişim tarihi:20 Mayıs 2023, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

BÖLÜM 2.2

Tütün Bağımlılığı

Prof. Dr. Sebahat GÜCÜK

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bağımlılıkla Mücadele Uygulama ve Araştırma
Merkezi

İçindekiler

Giriş

2.2.1. Tütün Kullanımının Gelişmesini Etkileyen Faktörler

2.2.2. Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi

2.2.3. Tütün Yoksunluğu ve Belirtileri

2.2.4. Pasif İçicilik

2.2.4.1. İkinci el tütün dumanına maruz kalma

2.2.4.2. Üçüncü el tütün dumanına maruz kalma

2.2.5. Tütün Bağımlılığının Yol Açtığı Sağlık Sorunları

2.2.6 Yeni Tütün Ürünleri ve Sağlığa Etkileri

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Tütün kullanımı dünya genelinde sağlık sorunlarının ve ölümlerin en önemli nedenlerindedir. Tütün ürünleri tüketicisine ciddi sağlık zararları verirken aynı zamanda maddi ödeme gerektirir, yasal olmasına karşın bağımlılığa neden olur. Bunun bilinmesine rağmen tütün, dünyada ve ülkemizde hala yaygın şekilde kullanılmaktadır (Özcan vd.,2013:2).

Bu bölümde tütün bağımlılığı konusu işlenecektir.

2.2.1. Tütün Kullanımının Gelişmesini Etkileyen Faktörler

Tütün kullanımı, önemli bir halk sağlığı sorunu olup, dünyada önlenebilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmektedir. Dünyada tütün kullanımı 2007 yılında %22,7'den 2019'a gelindiğinde %19,6'ya gerilemiş gibi görünmesine rağmen tütün kullanımı devam etmektedir (The Tobacco Atlas,2021).

Toplumsal dinamikler gereği tütün kullanımını belirleyen çok farklı koşullar bulunmaktadır. Sigara nedeniyle erken ölümlerin 2030 yılına kadar dünyada 8,4 milyon kişiye, Türkiye'de ise 240.000 kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir. Sigara içme oranlarının bugünkü seviyelerde devam etmesi durumunda sigara nedeni ölümlerin; kazanılmış immün yetmezlik sendromu, tüberküloz, trafik kazaları, anne ölümleri, intihar ve cinayetlerin toplamından daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (A US Public Health Service Report, 2000).

Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına göre 13-15 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %15'i tütün ürünü kullanmaktadır (KGTA,2017). Ergenleri çok genç yaşta bu yıkıcı alışkanlıkları edinmeleri için etkileyen faktörlerin farkına varmak önemlidir çünkü gelişim çağında bir ergenin yalnızca biyolojik, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimi değil, aynı zamanda aile, kültür ve toplum bütünü (olarak ilişkileri de vardır. Ebeveynler, bir çocuğa ulaşmak için en önemli kişilerdir. Bu ilişki, çocuğun kişiliğinin, olası yaşam tarzının ve genel davranışının temelini oluşturur, ayrıca sosyal, fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlıklarının gücünü etkiler. Bugünün gençleri yarının büyükleri olarak karşımıza çıkacaklardır. Yetişkin tütün kullanıcılarının çoğunun çocukluk veya ergenlik döneminde tütün kullanmaya başladığı bilinmektedir. Tütün kullanmaya başlamak için en savunmasız grup olmaları nedeniyle çocuklarda ve ergenlerde tütün kullanımı, pandemilere yol açabilmektedir. (Kattimani vd, 2022:15).

Aile, akran etkisi, medyada tanınmış kişilerin tütün kullandığının görülmesi ve tütün ürünlerine kolay ulaşılabilirlik tütün kullanımını etkileyen önemli faktörlerdendir (Kattimani vd., 2022:15). Tütün kullanan bireylerin yakın arkadaşlarının da önemli ölçüde tütün kullandığı saptanmıştır (Telli vd.,2004:6). Erken yaşlarda sigarayı denemenin ileri yaşlarda sigara kullanım riskini anlamlı derecede arttırdığı bildirilmiştir. Tütün ürünlerinin kolay bulunabilirliği, aynı zamanda ülkenin her köşesinde serbestçe bulunabiliyor olması da kullanımın artmasına neden olabilmektedir. Tütün tanıtımları, sigara içenlerin moda, uygun, sportif ve başarılı olduğu imajına sahip gençleri hedef almaktadır. Filmlerdeki veya televizyon dizilerindeki karakterler genellikle sigara içmeyi günlük hayatın bir rutini olarak anlatır. Bu sahneler genellikle bireylerin zihinlerini etkileyerek tütün kullanımını artırabilmektedir (Marschall-Lévesque, 2014:39).

Cinsiyetin tütün kullanımı üzerindeki etkisi literatürde üzerinde durulan bir diğer

konu olmuştur. Tütün kullanımı ve pasif olarak dumana maruziyet kadınlara büyük bir sağlık yükü getirmektedir. Sigara içen kadınlar, sigaranın zararlı etkilerine karşı erkeklere göre daha çok etkilenmektedir. Bazı toplumlarda alkol ve tütün kullanımı sosyal, çevresel ve kültürel baskılar nedeniyle uygun görülmemektedir. Kadınlarda bu tür maddelerin kullanım oranının düşük olmasının kaçınılmaz nedenlerinden biri de toplum tarafından onaylanmama olarak kabul edilmektedir. Özellikle geleneksel toplumlarda tütün kullanımının kadınlara atfedilen ve ilişkilendirilen özelliklere aykırı olduğu düşünülmektedir (Alkan vd., 2021:28). Yapılan bir çalışmada her ne kadar toplum tarafından onaylanmasa da kadınların yaşları ilerledikçe alım güçlerinin artmasından dolayı sigaraya ulaşabilirliklerinin artmasından dolayı kullanım oranlarının arttığı gösterilmiştir (Ogbuabor vd.2023:18)

Sigaraya başlama nedeni olarak stres ve merak başlıca nedenler arasında sayılabilmektedir (Aksu ve Uğraş 2022;3). Kişisel ve sosyal algılanan stresin ve başa çıkma yöntemlerinin de tütün alışkanlığı kazanma ve devam ettirilmesinde etkili olduğunu tespit eden araştırmalar bulunmaktadır. İlerleyen yaşta tütün kullanmaya başlayan bireylerin, stresi yönetmek veya depresyonu azaltmak için sigaraya başlama olasılığı da bulunabilmektedir (Lee ve Lee, 2019:52). Sigara içme oranlarındaki cinsiyet farkı zamanla daralmış olsa da 2019'da Amerika Birleşik Devletleri'ndeki erkeklerin herhangi bir tütün ürünü kullanmaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde her gün tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı 2019 yılında %28,0 iken 2022 yılında artarak %28,3 olarak saptanırken, bu oran 2022 yılında erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2023). Farklı mesleklerde ve endüstrilerde çalışan yetişkinler arasında tütün ürünü kullanım oranları ve türlerinde önemli farklılıklar bulunabilmektedir. Örneğin inşaat, konaklama ve yemek hizmetleri endüstrisinde çalışanların sigara içme oranlarının, eğitim sektöründe çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Syamlal vd., 2017; 66). Her yaş grubunun farklı şekilde tütün kullanmaya başlama nedeni olabilmektedir. Nedenleri belirleyebilmek tütün kullanımına hiç başlama konusunda yapılacak programların ve tütün bırakma tedavilerinin başarısını artırabilmek için çok önemlidir (Schepis vd.,2016:24).

2.2.2. Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi

Sadece bir "yaşam tarzı" olarak görülen tütün kullanımı artık kronik, tekrarlayan bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Tütünün (*Nicotiana tabacum*) yapraklarından elde edilen nikotin, haz verici etkisi nedeniyle yüzyıllardır kullanılmaktadır. Nikotin ilk olarak 1828'de elde edilirken, adını ilk kez 1560'ta Fransız sarayına tanıtan Jean Nicot'tan almıştır (Cunha-Oliveira vd., 2008:58).

Nikotin bağımlılığı, nikotin adı verilen bir kimyasal maddeye bağımlılık yoluyla oluşur. Nikotin, bir alkaloiddir ve sinir sistemimiz için uyarıcıdır. Bağımlılık yapan tüm ilaçlar gibi, nikotin de karmaşık psikolojik, biyokimyasal ve hücresel etkilere neden olmaktadır. Sigara içenlerin genellikle tatmin edici bulduğu zevk, ruh halindeki değişikliklere yol açmasıdır. Nikotin koklama, çiğneme veya sigara içme yoluyla alınabilir. Son bulgular, nikotin yoluyla oluşturulan bağımlılığın çok etkili olduğunu ve kokain, eroin gibi kötüye kullanılan maddelere olan bağımlılıklara benzer olduğunu ortaya koymuştur (Zhu ve Chiappinelli, 1999:82).

Sigara içildiğinde nikotin aynılır ve partikülleri akciğerlere ulaşır ve mukozalardan kolaylıkla emilerek hızla sistemik dolaşıma katılarak beyine ulaşır. Sürekli içenlerde plazma nikotin düzeyi 20-40 ng/mL dir. Metaboliti kotininin yarılanma ömrü 14-

20 saattir. Başlıca karaciğerde metabolize olur ve böbrekten atılır (Benowitz vd., 2009:192). Alındıktan sonra hızla beyin dokusuna geçerek nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Nikotin etkisini esas olarak beyinde bulunan spesifik nikotinik asetilkolin reseptörleri aracılığıyla gösterir. Presinaptik asetilkolin reseptörlerini uyararak asetilkolin salınımını ve metabolizmasını artırır. Dopaminerjik sistemin uyarılmasıyla dopamin konsantrasyonu artar. Çeşitli araştırmacılara göre nikotinin bu özelliği, davranış değişikliğini ve nikotin bağımlılığını güçlendirmekten sorumludur. Nikotinin çoğu (%70-80) hepatozomal mikroenzimler tarafından kotinin'e parçalanır ve bu bozunmanın %90'ından sitokrom P450 2A6 (CYP2A6) sorumludur (Hopkins vd.,2012:37). Kronik olarak uygulanmasından sonra, plazma nikotin, kotinin ve nornikotin miktarı bir şekilde sabit kalırken, merkezi sinir sistemindeki nikotin ve nornikotin miktarı yaklaşık dört kat artar (Heishman vd., 2010:210). Tekrarlanan dozlarda bağımlılık yapıcı bir maddenin alımı ile ilk dozdan daha az etki görülmesi tolerans olarak tanımlanır. Yani, aynı etkinin sürekliliğini sağlamak için giderek artan dozlarda sigara içme gereksinimi oluşur. Nikotine tekrarlayan maruziyetlerle nikotinik asetilkolin reseptörlerinin artışına bağlı olarak nöroadaptasyon gelişir. Bu artış, reseptörlerin nikotin aracılı duyarsızlaşması ve nikotine karşı yanıtta upregülasyonu sonucu oluşur (Wang ve Sun, 2005: 48). Duyarsızlaşmanın nikotine karşı toleransta ve bağımlılığın artışında çok önemi bir rolü vardır (Brody vd., 2006:63). Bağımlılarda koşullu sigara içiminin beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini doymun halde tutmaya yönelik olduğu belirtilmektedir (Balfour,2004:6). Gerçekten de sigara bağımlıları nikotin seviyelerini ve nikotinin ödüllendirici etkilerini sabit tutmaya çalışmaktadırlar. Nikotin, uyarandır, zevk verir stres ve kaygıyı azaltır. Bağımlı sigara içmeyi bırakırsa, tekrar içmesi yönünde onu zorlayabilecek ve baş etmesi gereken yoksunluk bulguları ortaya çıkabilecektir (Hughes,2006:8).

Sonuç olarak nikotin dopaminerjik sistemin aktivitesini arttırmakta, salınımı içme arzusuna ve yoksunluk etkisine yol açmaktadır. Ayrıca kolinerjik, serotonerjik, GABAerjik ve noradrenerjik gibi farklı beyin sistemleri üzerinde nikotinin etkisinin incelenmesi ile nikotinin zevk verici etkisinin açıklanması sağlanabilir. Nikotin bağımlılığının moleküler mekanizması hala çalışılması gereken aktif bir konudur.

2.2.3. Tütün Yoksunluğu ve Belirtileri

Tütün yoksunluğu, DSM-5'te "tütün kullanım bozuklukları" başlığının altında bir alt başlık olarak yer almaktadır. Tütün yoksunluğu, her gün ya da en az birkaç hafta tütün kullanımının bırakılmasından ya da ölçüsünün azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, kolay kızma, katlanamazlık duygusu ya da öfke, bunaltı, odaklanma güçlüğü, yeme isteğinde artma, huzursuzluk, çökkün duygu durumu, uykusuzluk gibi dört (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi, esriklik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamayan bu belirti ve bulguların klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye neden olması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA],2014). Nikotin yoksunluğu kişinin nikotin alımına ara vermesi sonucunda, nikotine olan isteğinin artması dolayısıyla yaşadığı nikotin ihtiyacı durumudur. Yoksunluk pek çok bağımlılık yapıcı maddede olduğu gibi sigarada da oldukça çeşitli etkilerde bulunmaktadır. Sigara içmek vücudun pek çok bölümünü etkilediğinden, nikotin yoksunluğu fiziksel, zihinsel, duygusal ve davranışsal semptomları içerir. Nikotin yoksunluğu semptomları genellikle bıraktıktan sonraki günlerde zirve yapar ve yaklaşık 2-3 hafta sürer. Yoksunluk belirtilerini yaşayanlar nikotinin uyarıcı tarzda etkisi ile belirtilerin azalmasını rahatlama olarak hisseder ve yanlış bir algıya

yönelirler (Tanfer ve Pakyürek, 2020:4).

Sigara iştah kesicidir ve sigara içildiğinde kişiler kendini tok hissedebilir. Sigara içmek aynı zamanda koku ve tat duyularını da etkiler, bu nedenle gerçek yemek yeme deneyiminden alınan zevk azalır. Sigaranın metabolizmayı biraz hızlandırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bütün bunlar sigara içme bırakıldıktan sonra kilo alma nedenleri olarak sayılabilir. Yapılan bir çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenler, sigarayı bıraktıktan sonra dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olmayanlara göre daha fazla yoksunluk semptomu bildirmişlerdir (Bidwell vd.,2018:235). Sigara içen hamile kadınlar, sigara içen hamile olmayan kadınlara kıyasla, sigarayı bıraktıktan sonra daha fazla aşırma ve yoksunluk semptomları göstermişlerdir (Berlin vd., 2016:63).

2.2.4. Pasif İçicilik

2.2.4.1. İkinci el tütün dumanına maruz kalma

İkinci el tütün dumanı, sigara içmeyen bireylerin istemsiz olarak soludukları duman için kullanılan farklı terimlerden biridir. Genellikle “ikinci el tütün dumanı” veya bazen “çevresel tütün dumanı” olarak adlandırılır. Yanan sigara (veya pipo veya puro) tarafından verilen yan akım dumanı ile aktif olarak sigara içenler tarafından havaya geri verilen ana akım dumanının bir karışımıdır. Dumanda bulunan toksik bileşiklerin birçoğu yüksek konsantrasyonlarda bulunabilmektedir. Sigaradan uzaklaştıkça seyrelerek yakın çevreyi kirletir. İkinci el tütün dumanı maruziyeti her yıl dünya genelinde 1.2 milyon ölüme neden olmaktadır (World Health Organization [WHO], 2022). Bu ölümlerin çoğu düşük-orta gelirli ülkelerde görülmektedir (Öberg vd., 2011:377). Bu oran kentte yaşayanlarda kırsalda olanlara göre daha fazladır (Bekalu vd., 2020: 37).

Sigara içilen ortamlarda, akciğere nüfuz eden boyut aralığındaki küçük parçacıklar, karbon monoksit, nikotin ve benzen dâhil olmak üzere tütün dumanının bileşenleri havada kolayca ölçülebilir. Duman bileşenlerinin konsantrasyonları, sigara içen kişilerin sayısına, sigara içme şekillerine, sigara içilen alanın büyüklüğüne, bu alanın havasının dış hava ile değişim hızına ve havanın mevcudiyetine ve etkinliğine bağlıdır. Sigara içen bir kişinin kucağındaki bir bebek yoğun ve neredeyse seyreltilmemiş dumanı solurken, daha büyük çocuklar birisi sigara içerken odadan çıkmayı tercih edebilir ve tütün dumanı maruziyetini azaltabilir. Yapılan bir araştırma, sigara içilen evlerde sigara içilmeyenlere kıyasla ortalama hava nikotin düzeylerinin 17 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (Wipfli vd., 2008:98). Sigara içmeyenlerde, tütün dumanı karsinojenlerinin hücrese DNA'ya ve albümine bağlandığı ve sigara içmeyenlerin, sigara içen insanlarla yaşayarak, tütün dumanında bulunan kanserojenlere maruz kaldığı deneysel olarak gösterilmiştir (Hecht,1999: 91).

2.2.4.2. Üçüncü el tütün dumanına maruz kalma

Üçüncü el tütün dumanı terimi, yüzeylerde biriken duman bileşenlerini ve bu bileşenlerin metabolitlerini ifade etmek için kullanılmıştır. Kanserojen olabilen duman bileşenlerinin ve metabolitlerinin dermal veya oral absorpsiyonu yoluyla potansiyel halk sağlığı etkisi vardır (Samet vd., 2015:2).

Laboratuvar araştırmaları, kanserojen toksinlerin kimyasal reaksiyonlar sonucu oluşabileceğini göstermektedir. Bu toksinler, gaz halindeki bileşenlerin ve havadaki

asılı tozların solunması veya deri yoluyla emilmesi yoluyla vücuda alınabilir ve potansiyel sağlık riskleri oluşturabilir. İkinci el sigara dumanının bazı bileşikleri kapalı alandaki yüzeylere yapışır, bazıları yeniden oda havasına salınır ve atmosferdeki bileşiklerle etkileşerek orijinal dumanda bulunmayan yeni toksinleri yaratır. Kimyasal reaksiyonlar sigara içimiyle başlar ve haftalarca devam eder. Üçüncü el ve ikinci el sigara dumanı birbirleriyle yakından ilişkilidir. Üçüncü el sigara dumanı oluşumunun başladığı ilk periyotta ikisine birden maruziyet varken sonraları ikincil sigara dumanı havalandırma ile ortamdan çekilmekte; üçüncü el sigara dumanı toksinleri günlerce hatta aylarca ortamda kalmaktadır (Bahl vd., 2016:32).

Üçüncü el dumanının içerdiği toksik maddeler tozda, yüzeylerde, giysilerde ve sigara içen bireylerin ellerinde bulunur. Yapılan bir çalışmada, yenidoğan yoğun bakım üniteleri gibi özellikli yerlerde sigara içen ziyaretçilerin eldiven, önlük gibi uygun korumalar olmadan gördükleri bebekleri üçüncü el tütün dumanına maruz bırakabilecekleri belirtilmiştir. Bu nedenle, risklerden koruma amacıyla uygun protokollerin belirlenmesi önerilmiştir (Northrup vd.,2022:39).

2.2.5. Tütün Bağımlılığının Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Tütün, kullanıcısı olanlarda ve doğrudan kullanıcısı olmayanlarda ciddi sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Tütün ürünü kullananlar kullanmayanlara göre daha fazla hastalanabilirler, daha fazla okul devamsızlığı ve iş gücü kaybı yaşayabilirler (Karlıkaya vd.,2006:7). Tütün ürünleri, dünya genelinde her yıl milyonlarca kanser ölümüne neden olan nikotin bağımlılığı ve kanserojen maruziyetin ölümcül bir kombinasyonunu sunar. Çok sayıda **dumansız tütün ürünü de** (tütün sakızı, enfiye,çiğnenen tütün, elektronik sigara gibi), kullanıcılarını birden fazla kanserojene maruz bırakabilir. Sigara dumanındaki çoklu kanserojenler, kritik kanser genlerinde gözlenen mutasyonlardan sorumludur. Tütün ve tütün dumanı bileşenleri genellikle hidrokarbonlar, oksijen içeren bileşenler, nitrojen içeren bileşenler ve diğer çeşitli bileşenler olarak sınıflandırılabilir. Tütün ürünlerinin kansere neden olduğu konusunda genel bir farkındalık olmasına rağmen, yine de dünyada bu ürünlerin bir milyardan fazla kullanıcısı bulunmaktadır. Dumansız tütün ve sigara içmenin kansere neden olduğu tüm mekanizmaları önlemek için düzenleyici yaklaşımlara odaklanılmalıdır (Hecht ve Hatsukami, 2022:22).

Dünya çapında akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık üçte ikisinin sigaradan kaynaklandığı tahmin edilmektedir. 2020'de yaklaşık 2,2 milyon yeni akciğer kanseri vakası ve akciğer kanserinden 1,8 milyon ölüm yaşanmıştır. Akciğer kanseri, dünya çapında erkeklerde kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedeni ve kadınlarda (meme kanserinden sonra) ikinci önde gelen nedendir (Sung vd.,2021:71). Sigara içmek aynı zamanda ağız boşluğu, farinks, gırtlak, yemek borusu, burun boşluğu, pankreas, mesane, mide, karaciğer, böbrek, üreter, serviks, kolorektum, over ve miyeloid kanserlerinin de bir nedenidir. Sigara içmenin yıkıcı etkileri, nikotinin beyne hızlı bir şekilde iletilmesinin birleşiminden kaynaklanır, bu da nikotinin yüksek düzeyde güçlendirici etkilerine ve yüksek bağımlılık potansiyeline yol açar (Duong vd.,2017:5).

Sigara, nargile kullanımı popüler tütün kullanım uygulamalarıdır (Duong vd.,2017:5). Dünyada milyonlarca nargile kullanıcısı bulunmaktadır. Nargile içiminde, tütün ısıtılır ve duman, tatlandırıcı katkı maddeleri içerebilen sudan çekilir (Bhatnagar vd.,2019:139). Bu alışkanlıkların her biri, tütün dumanı toksik maddelerine ve kanserojen maddelere maruz kalmaya neden olur.

Tütün kullanımı ölümcül olmayan ancak yaşam kalitesini düşüren hastalıklarla da ilişkilidir. Sigara içmek, kalp sağlığına zararlı etkileri olan önemli bir risk faktörüdür. Tütün kullanan kişilerde kalp hastalıkları riski diğer insanlara göre daha yüksektir. Tütün dumanı, kan damarlarını daraltır ve kalp atış hızını artırır. Bu, kalbin daha fazla çalışmasına neden olur ve zamanla kalbin zayıflamasına yol açabilir. Tütün kullanmak, kan pıhtılaşmasını artırır. Bu, kan damarlarındaki kan akışını azaltır ve kalp krizi riskini artırır, kalp ritim bozukluklarına neden olabilir (Centers for Disease Control and Prevention,, 2023).

Tütün kullanan kişilerde birçok solunum sistemi hastalığı riski artar. Tütün kullanmak kronik öksürük, balgam üretimi ve nefes darlığına neden olabilir. Akciğerlerdeki alveoller zarar görebilir. Bu, akciğerlerin oksijen alışverişindeki verimliliğini azaltabilir ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi ciddi solunum sistemi hastalıklarına yol açabilir. Sigaranın astımla olan ilişkisi de tartışma konusudur. Sigaranın astımı olan yetişkinler üzerindeki etkisinin tam anlaşılmasının bir nedeni, bu hastaların aynı zamanda KOAH olabileceği endişesiyle çalışmalara dâhil edilmemeleridir. Ancak, sigara içmek astım semptomlarını kötüleştirebilir ve astım ataklarına yol açabilmektedir (American Lung Association, 2023).

Sigara, sindirim sistemi üzerindeki etkilerini ilk olarak tükürük salgısında göstermeye başlar. Sigaranın içindeki nikotin, ağızdaki tükürük salgısını azaltır ve ağız kuruluğuna sebep olur. Nikotin damarları daraltarak ağız bölgesine kan akımının azalmasıyla dişeti bölgesine yeterince oksijen gitmemesine yol açar. Sigara içmek ağız kanseri, periodontal hastalıklar ve peri-implantitis insidansını ve şiddetini artırdığı ve diş hastalarının tedaviye yanıtını olumsuz etkilediği için ağız sağlığına zararlıdır. Bu nedenle, sigara içme davranışının dikkate alınması ve sigaranın bırakılmasının önerilmesi dental tedavi planlamasının önemli bir parçasıdır (Ramôa vd.,2017:52).

Peptik ülser hastalığı bulunan bireyler sigara içiyorsa hastalık daha da ilerleyebilir. Bunların dışında ülseratif kolit, crohn hastalığı, irritabl bağırsak sendromu gibi hastalıkları artırabilmektedir. Sigara içimi ile mide sıvısındaki nikotin miktarının arteriyel kandakinden 10 kat, venöz kandakinden 80 kat daha fazla olduğu tarif edilmiştir. Kanıtlar, kronik sigara içmenin mide asidi salgısını artırabileceğini ve mide pH'ını düşürebileceğini düşündürmektedir. Bu fikre uygun olarak, bazı çalışmalar sigara içme ile helicobakter pilori enfeksiyonu olasılığı ve hastalığın ilerlemesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ek olarak, kronik sigara içimi mide ve bağırsak mukozasının mukus üretimini ve bağırsaktaki mukozal onarımı değiştirebilmektedir (Berkowitz vd.,2018:30).

Annenin sigara içmesi hem ani bebek ölümü sendromu hem de intrauterin ani bebek ölüm sendromu için bir risk faktörüdür ve sigara içen annelerin bebeklerinde daha sık görülmektedir. Hamilelik sırasında sigara içmenin küresel yaygınlığı %1,7'dir ve Avrupa'daki kadınların %8,1'i hamilelik sırasında sigara içmektedir ve dünya çapında 250 milyon kadın hamilelik sırasında sigara içmektedir. Sigara içen annelerden doğan bebeklerin hipoksi ve hiperkarbiye (kanda yüksek karbondioksit seviyesi) anormal tepkileri vardır. Tütün dumanının zararlı etkilerine esas olarak karbon monoksit ve nikotin salınımı aracılık etmektedir. Nikotin fetal dolaşıma girebilir ve akciğerler, adrenal bezler ve beyin dahil olmak üzere birçok gelişmekte olan organı etkileyebilir (Bednarczuk vd.,2020:11).

Tütün kullanan kişi tarafından ortama verilen ve tütünün yanmakta olan ucun-

dan çıkan dumana çevresel tütün dumanı denilir. Bu dumanı soluyan kişiler de pasif içicilerdir. Pasif içicilerin çoğunu çocuklar ve kadınlar oluşturur. Çevresel duman maruziyeti çocuklarda beyin tümörü, orta kulak hastalığı, lenfoma ve lösemi, akciğer fonksiyon bozukluğu, astım ve alt solunum yolu hastalıklarına, ani bebek ölümü sendromuna neden olabilir. Pasif içicilik yetişkenlerde inme (felç), burun iritasyonu, nazal sinüs kanseri, meme kanseri, koroner kalp hastalığı, akciğer kanseri, arterioskleroz, KOAH ve astım, reproduktif bozukluklar ile ilişkili olabilmektedir (Karadağ, 2010).

2.2.6 Yeni Tütün Ürünleri ve Sağlığa Etkileri

Geleneksel tütün ürünlerinin zararlarının daha iyi anlaşılması ve tütün kontrol önlemlerinin uygulanmasıyla birlikte tütün pazarı daralmaya başlamıştır. Bu durum, satıcı firmaları üretimden ve satıştan vazgeçmek yerine, dünya genelinde sigara içicilerini kaybetmemek amacıyla yeni ürünler geliştirmeye yönlendirmiştir. Sigara kullanımına göre daha az zararlı olduğu iddia edilen bu ürünler, bir tür “sigara bırakma ürünü” olarak tanıtılmaya çalışılmıştır. Ancak, bu ürünlerin tütün kontrolündeki rolü ile uzun vadede gençler ve sağlık üzerindeki etkileri konusunda henüz yeterli veri bulunmamaktadır. Bu yeni ürünler arasında e-sigaralar (Elektronik Nikotin Sağlayıcı Sistemler, ENDS olarak da bilinir), ısıtılmış tütün ürünleri (HTP’ler) ve dumansız tütün ürünleri (snus ve nikotin keseleri) yer almaktadır (WHO, 2020). Ne yazık ki, bu ürünleri kullanan gençlerin kısa sürede sigara bağımlısı olmaları bilinen bir gerçektir (Glantz, 2018).

DİKKAT

Toplumsal dinamikler gereği tütün kullanımını belirleyen çok farklı koşullar bulunmaktadır. Tütün kullanımının yol açtığı hastalık ve ölüm oranları artmaya devam etmektedir. Ürün düzenlemesi yoluyla nikotin dâhil olmak üzere temel kanserojenlere ve toksik maddelere maruz kalmanın azaltılması, sigarayı bırakma ve erken teşhis için önleyici yaklaşımların düzenlenmesi önemlidir.

E-sigaralar, kanserojen maddeler de dâhil olmak üzere toksik maddeler yayabilmekte olup, zehirlenmeler, yaralanmalar, yanıklar ve solunum ile kardiyovasküler sistem üzerinde çeşitli sağlık riskleriyle ilişkilendirilmektedir. Örneğin, ENDS yüksek seviyelerde nikotin içerebilir ve hamile bir kadında fetüsün gelişimini olumsuz etkilerken, çocuklarda ve ergenlerde beyin gelişimini bozabilmektedir. Üstelik kullanıcıların hem geleneksel sigaraları hem de yeni nesil ürünleri birlikte kullanmaları yaygın bir durum olup, bu durum yalnızca birini kullanmaktan daha tehlikeli olmaktadır (WHO, 2023). Bu nedenle, önümüzdeki yıllarda tütün kontrolü alanındaki çalışmaların, sigara kullanımını azaltmaktan ziyade, bu yeni ürünlerin kullanımını önlemeye odaklanacağı öngörülmektedir (Bilir ve Özcebe, 2022).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Aksu ve arkadaşları bir fabrikada yaptıkları çalışmalarında sigaraya başlama nedenlerini sıklıkları %20 stres, %54,5 özenti, %25,5 ise merak olarak saptamışlardır. Halen sigara kullanan çalışanlardan 93'ü (%60) son bir yıl içerisinde sigarayı bırakmayı denemiştir. Tütün kullanan ve ankete cevap veren kişilerin 22'sinin (%46,8) alışkanlık nedeniyle, 12'sinin (25,5) ise stres nedeniyle devam ettiği görülmüştür. Tütüne başlamada ve bu davranışı sürdürmede aynı ortamda bulunma ve meslekteki kıdem süresi etkisi ön planda olduğundan sigarayı bırakma kampanyaları sadece bireysel değil çalışma gruplarına yönelik olarak da planlanmalıdır (Aksu 2022:3).

Özet noktalar

Tütün, dünyada ve ülkemizde hala yaygın şekilde kullanılmaktadır. Tütün bağımlılığı, nikotin adı verilen bir kimyasal maddeye bağımlılık yoluyla oluşur. Nikotin, tütün bitkisinde bulunan bir alkaloiddir ve sinir sistemimizi etkileyen zevk verip stresi ve kaygıyı azaltan bir uyarıcıdır. Tütün kullanmayanlar için yanan sigara tarafından verilen yan akım dumanı ile aktif olarak tütün kullananlar tarafından havaya geri verilen ana akım dumanının karışımı oldukça tehlikelidir. Tütün, kullanıcı olanlarda ve doğrudan kullanıcısı olmayanlarda ciddi sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Her yaş grubunun farklı şekilde tütün kullanmaya başlama nedeni olabilir. Nedenleri belirleyebilmek bırakma tedavilerin başarısını artırabilmek bakımından çok önemlidir.

KAYNAKLAR

- A US Public Health Service Report. (2000). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA, 283, 3244-3254.
- Aksu, E.E., Uğraş, Dikmen, A.(2022). Ankara'da askeri bir fabrikada sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. SOYD, 3(1), 11-18.
- Alkan Ö, Abar H, Gençer Ö.(2021). Analysis of factors affecting alcohol and tobacco concurrent use by bivariate probit model in Turkey. Environ Sci Pollut Res Int, 28(23), 30168-30175.
- American Lung Association. Tobacco Facts. Erişim tarihi: 11 Nisan 2023, <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). DSM 5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Çeviri (E. Köroğlu). Ankara: HYB Yayıncılık. (İlk baskı. 1952). s.280-283.
- Bahl, V., Shim, H.J., Jacob, P, 3rd., Dias, K., Schick, S. F., Talbot, P.(2016). Thirdhand smoke: Chemical dynamics, cytotoxicity, and genotoxicity in outdoor and indoor environments. Toxicology in vitro, 32, 220-31.
- Balfour, D.J.(2004). The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens. Nicotine Tob Res, 6(6), 899-912.
- Bednarczuk, N., Milner, A., Greenough, A. (2020). The Role of Maternal Smoking in Sudden Fetal and Infant Death Pathogenesis. Frontiers in neurology, 11, 586068.
- Bekalu, M. A., Gundersen, D. A., Viswanath, K.(2022). Beyond educating the masses: The role of public health communication in addressing socioeconomic- and residence-based disparities in tobacco risk perception. Health communication, 37(2), 214-21.
- Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P, 3rd. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. Handb Exp Pharmacol. 2009(192): 29-60.
- Berkowitz, L., Schultz, B. M., Salazar, G. A., Pardo-Roa, C., Sebastián, V. P., Álvarez-Lobos, M.M., Bueno, S.M. (2018). Impact of cigarette smoking on the gastrointestinal tract

- inflammation: Opposing effects in crohn's disease and ulcerative colitis. *Frontiers in immunology*, 30(9), 74.
- Berlin, I., Singleton, E.G., Heishman, S.J.(2016).Craving and withdrawal symptoms during smoking cessation: Comparison of pregnant and non-pregnant smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*,63,18-24.
- Bhatnagar, A., Maziak, W., Eissenberg, T., Ward, K.D., Thurston, G., King, B.A., Sutfin, E.L., Cobb, C.O., Griffiths, M., Goldstein, L.B.,Rezk-Hanna, M.(2019). Water pipe (hoo-kah) smoking and cardiovascular disease risk: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 139(19), e917–e936.
- Bidwell, L. C., Balestrieri, S. G., Colby, S. M., Knopik, V. S., Tidey, J. W. (2018). Abstinence-induced withdrawal severity among adolescent smokers with and without ADHD: disentangling effects of nicotine and smoking reinstatement. *Psychopharmacology*, 235(1),169–178.
- Bilir N, Özcebe H. Elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı 2022. Erişim tarihi: 01 Ağustos 2024, <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2022/05/Elektronik-Sigara-ve-Isitilmis-Tutun-Urunleri.pdf>
- Brody, A. L., Mandelkern, M. A., London, E. D., Olmstead, R. E., Farahi, J., Scheibal, D., Jou, J., Allen, V., Tiangson, E., Chefer, S. I., Koren, A. O., Mukhin, A. G. (2006). Cigarette smoking saturates brain alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptors. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 907–915.
- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and Heart Disease and Stroke.
- Cunha-Oliveira, T., Rego, A. C., Oliveira, C. R. (2008). Cellular and molecular mechanisms involved in the neurotoxicity of opioid and psychostimulant drugs. *Brain research reviews*, 58(1), 192–208.
- Duong, M., Rangarajan, S., Zhang, X., Killian, K., Mony, P., Swaminathan, S., Bharathi, A. V., Nair, S., Vijayakumar, K., Mohan, I., Gupta, R., Mohan, D., Rani, S., Mohan, V., Iqbal, R., Kazmi, K., Rahman, O., Yusuf, R., Pinnaka, L. V., Kumar, R., Yusuf, S.(2017). Effects of bidi smoking on all-cause mortality and cardiorespiratory outcomes in men from south Asia: an observational community-based substudy of the Prospective Urban Rural Epidemiology Study (PURE). *The Lancet. Global health*, 5(2), e168–e176
- Erişim tarihi: 09 Nisan 2023, <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/diseases/heart-disease-stroke.html>
- Glantz SA, Bareham DW (2018). E-cigarettes: use, effects on smoking, risks, and policy implications. *Annual review of public health*, ;39:215-235.
- Hecht, S. S., Hatsukami, D.K.(2022). Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. *Nature reviews. Cancer*, 22(3), 143–155.
- Hecht, S.S.(1999). Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 91(14), 1194–1210.
- Heishman, S.J., Kleykamp, B.A., Singleton, E.G.(2010). Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology*, 210(4), 453–469.
- Hopkins, T.J., Rupprecht, L.E., Hayes, M.R., Blendy, J. A., Schmidt, H.D.(2012) Galantamine, an acetylcholinesterase inhibitor and positive allosteric modulator of nicotinic acetylcholine receptors, attenuates nicotine taking and seeking in rats. *Neuropsychopharmacology: Official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 37(10), 2310–2321.
- Hughes, J.R.(2006). Clinical significance of tobacco withdrawal. *Nicotine Tob Res*, 8(2),153-56.
- Karadağ, B.(2010). Pasif içicilik ve prenatal-çocukluk dönemi etkileri. In: Aytemur Z.A., Akçay Ş, Elbek O. Tütün ve tütün kontrolü. İstanbul:AVES Yayıncılık. s. 372-78.
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z., Özkan, M., Örsel O.(2006).Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*,7;51-64.
- Kattimani, S., Thimmegowda, U., Nagarathna, C.(2022). Knowledge, attitude and behavior regarding the hazards of tobacco use and cigarette and other tobacco products act among parents visiting pediatric dental clinic: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Clin Pediatr Dent*,15(1),47-53.

- Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA 2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2024, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-ve-madde-bagimlilik-ile-mucadele-db/dokumanlar/KGTA-2017_pdf.pdf
- Lee, Y., Lee, K.S.(2019). Factors related to smoking status among young adults: An analysis of younger and older young adults in Korea. *J Prev Med Public Health*, 2019,52(2),92-100.
- Marschall-Lévesque, S., Castellanos-Ryan, N., Vitaro, F., Séguin, JR.(2014). Moderators of the association between peer and target adolescent substance use, *Addictive Behaviors*, 3, 48–70.
- Northrup, T. F., Stotts, A. L., Suchting, R., Khan, A. M., Klawans, M. R., Green, C., Hoh, E., Hovell, M. F., Matt, G. E., Quintana, P. J. E. (2022). Handwashing results in incomplete nicotine removal from fingers of individuals who smoke: A Randomized controlled experiment. *American Journal of Perinatology*, 39(15), 1634–1642.
- Ogbuabor, D. C., Ogbuabor, A. O., Igwe, M. C. (2023). Determinants of cigarette smoking and smoking frequency among women of reproductive age in Nigeria: evidence from a nationwide cross-sectional survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 18(1), 20.
- Öberg, M., Jaakkola, M.S., Woodward, A., Peruga, A., Prüss-Ustün, A.(2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, 377, 139–46.
- Özcan, S., Taş, Y.H, Çetin, Y.(2013). Sigara ile mücadelede toplumsal bilinç. *Emek ve Toplum Dergisi*, 2(2),152-75.
- Ramôa, C.P., Eissenberg, T., Sahingur, S.E. (2017). Increasing popularity of waterpipe tobacco smoking and electronic cigarette use: Implications for oral healthcare. *Journal of periodontal research*, 52(5), 813–823.
- Samet, J. M., Chanson, D., Wipfli, H.(2015). The challenges of limiting exposure to THS in vulnerable populations. *Current Environmental Health Reports*, 2(3), 215–225.
- Schepis, T.S., Tapscott, B.E., Krishnan-Sarin, S.(2016). Stress-related increases in risk taking and attentional failures predict earlier relapse to smoking in young adults: A pilot investigation. *Exp Clin Psychopharmacol*, 24(2),110-119.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F.(2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*,71(3), 209–249.
- Syamlal, G., King, B.A., Mazurek, J.M.(2017). Tobacco use among working adults - United States, 2014-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 66,1130.
- Tanfer, M.C., Pakyürek, G.(2020). Sigara kullanan bireylerde yoksunluğun dikkat türleri üzerindeki etkisi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 4(8), 181-94.
- Telli,C.G.,Solak, Z.A., Özol, D., Sayiner, A.(2004). Üniversiteye başlayan öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları. *Solunum*, 6, 101-06.
- The Tobacco Atlas. The tobacco epidemic continues. Erişim tarihi: 15 Nisan 2023, <https://tobaccoatlas.org>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Haber Bülteni. Erişim tarihi: 01 Ağustos 2024, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Health-Survey-2022-49747>
- Wang, H., Sun, X.(2005).Desensitized nicotinic receptors in brain. *Brain Res Brain Res Rev*, 48(3), 420-437.
- WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products; Geneva: World
- Wipfli, H., Avila-Tang, E., Navas-Acien, A., Kim, S., Onicescu, G., Yuan, J., Breysse, P., Samet, J.M., Famri Homes Study Investigators.(2008). Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health*, 98(4), 672–79.
- World Health Organization (WHO). E-cigarettes are harmful to health, Erişim tarihi: 01 Ağustos 2024, <https://www.who.int/news-room/detail/05-02-2020-e-cigarettes-are-harm->

ful-to-health

World Health Organization (WHO). Health Topics: Tobacco. 2022. Erişim tarihi: 08 Nisan 2023, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/tobacco>

World Health Organization (WHO). Technical note on Call to action on electronic cigarettes.2023. Erişim tarihi: 01 Ağustos 2024, <https://www.who.int/publications/m/item/technical-note-on-call-to-action-on-electronic-cigarettes>

Zhu, P.J., Chiappinelli, V.A.(1999). Nicotine modulates evoked GABAergic transmission in the brain. *Journal of neurophysiology*, 82(6), 3041–3045.

BÖLÜM 2.3

Alkol Bağımlılığı / Alkol Kullanım Bozukluğu

Uz. Dr. Betül AKTEPE¹

Prof. Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ²

¹Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

2.3.1. Alkolün Birey, Aile ve Toplum Üzerindeki Etkileri

2.3.2. Alkol Kullanım Bozuklukları: Tanı Kriterleri ve Sınıflandırmalar

2.3.3. Alkol Kullanım Bozukluğunda Genetik Faktörlerin Rolü

2.3.4. Alkol Kullanım Bozukluklarının Klinik Değerlendirmesi

2.3.4.1. Alkol kullanım özellikleri

2.3.4.2. Alkol metabolizması

2.3.4.3. Alkolün santral etkileri

2.3.4.4. Alkol Kullanım Bozukluğunda Bazı kavramlar ve Alkolün Genel Bedensel Etkileri

2.3.4.5. Alkole bağlı ruhsal bozukluklar

2.3.5. Alkol Kullanım Bozukluklarının Belirlenmesinde Laboratuvar Bulguları

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Alkol bağımlılık yaptığı bilinen en eski maddelerden biridir. İnsanlar ve bazı hayvanlar tarafından doğada meyvelerin fermantasyonundan kolayca kendiliğinden oluştuğu fark edilmiştir. Besleyici özellikleri olduğu için tüketildiği dönemler olmuştur. Alkol kullanımına yönelik ilk izler yaklaşık 12 bin yıl öncesine tarafından dayanmaktadır. Babil, Yunan Uygarlıklarında ve antik Roma'da tıbbi uygulamalarda, törenlerde keyif verici, antiseptik özellikler gibi farklı amaçlarla kullanıldığı görülmektedir (Schuckit, 2024). Tarihsel metinlerin birçoğunda alkol kullanımının etkileri o zamanlardan beri tanımlanmıştır. Günümüzde kentleşme ve kolayca erişilebilirlik halk sağlığına olumsuz etkisini artırmıştır. Modern yaşamda alkolün sosyal etkileri ve sonuçları kitaplar, romanlar, şiirler ve filmlerin tematik öğelerinden biridir. İncil, Kuranı Kerim gibi kutsal metinlerde alkolle ilgili öyküler aynı zamanda alkolün olumsuz yönlerini, çeşitli kısıtlamaları da kapsamaktadır. İngilizler tarafından alkolün psikososyal, keyif verici ve kendi kullanımını pekiştiren etkileri fark edilince 16. yüzyılda vergilendirilerek tüketimi teşvik edilmiştir. Kapitalizmin gelişimi ve kentleşmenin artışı ile kent merkezlerine toplanan kitlelerin üretici güçlerine yoğun alkol tüketiminin zarar vermeye başladığı fark edilince birçok ülkede ciddi kısıtlamalara konu olmuştur (Zein ve Danovits, 2023). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) de 1920-1933 arası dönemde alkol kullanımını tamamen yasaklamayı denemiş ancak bu engellemenin illegal faaliyetlere önemli bir kaynak aktarma aracı haline geldiği fark edilince yoğun tartışmalar sonunda prohibition diye adlandırılan kısıtlama uygulamasından vazgeçilmiştir (Roos, 2024; National Archives, 2021). Ancak tamamen yasaklamanın kalkması alkolle ilgili hiçbir kısıtlama olmadığı anlamına gelmemektedir. Ülkeler alkol kullanımı ile ilgili sınırları kendileri belirlemektedir.

Bu bölümde alkol kullanım bozukluklarına ilişkin temel kavramlar, fenomenolojisi, yol açtığı temel tıbbi ve ruhsal bozukluklar laboratuvar bulguları ve tanısında kullanılan ölçütlerden bahsedilecektir. Alkol kullanım bozukluklarının tedaviyle bağlantılı kısımları ise kitabın sonraki bölümlerde ayrıntılı tartışılmıştır.

2.3.1. Alkolün Birey, Aile ve Toplum Üzerindeki Etkileri

Alkol bireyde, ailede, toplumda işlev kaybına, ciddi sağlık sorunlarına yol açar. Alkolün zararlı etkilerinden korunması gereken çocuklar, yaşlılar, hamileler gibi kişiler gözetilerek alkolün ulaşılabilirliğine ve tüketilmesine yönelik yasa yönetmelikler ülkemiz dâhil birçok ülkede çıkarılmış ve olası kontrolsüzlüklerle ilgili kanuni sonuçlar tanımlamıştır. Erkeklerin kadınlara göre daha sık ve fazla miktarda alkol kullandığı belirtilmektedir. Bu sürecin doğal sonucu olarak daha fazla alkol ilişkili bozukluklara maruz kalmaktadır. Ancak aynı beden kütle indeksi ve yağ dağılımına sahip kadınlar erkeklere göre aynı miktarda alkolün olumsuz etkilerinde daha fazla duyarlıdır (Carr, 2024).

Alkol kullanım bozukluğuna yatkınlıkta bireysel özellikler önemli olmakla birlikte sosyal-kültürel ve genetik faktörler de rol oynamaktadır. Alkol kullanım bozukluklarında başlama yaşı, yoğunluğu gibi etmenler riski etkilemektedir. Alkol kullanım bozukluğuna yatkınlıkta bireysel özellikler önemli olmakla birlikte sosyal-kültürel ve genetik faktörler de rol oynamaktadır (Carr, 2024).

Kültür sosyal çevre alkol kullanım özelliklerini değiştirir. Doğu Asyalı topluluklarda, Amerikan yerlilerinde alkolü metabolize eden enzimlerde olan farklılıklar bağımlılık ve olumsuz etki riskini artırabilmektedir. Alkol kullanım özelliklerinin gerçekleştiği

bir tablosunu sunması açısından Amerika ABD'de Alkol Kullanım Özellikleri Tablo 2.3.1'de sunulmuştur (Schuckit, 2024)

Tablo 2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri'nde Alkol Kullanım Özellikleri Epidemiyolojisi

Bir kez bile olsun alkol kullanma sıklığı	90
Hâlihazırda alkol kullanma	60-70
Alkolle ilgili geçici sorunlar	40
Ömür boyu alkol kullanım bozukluğu	Erkek: 15+ Kadın: 10
Psikiyatri Hastalarında Alkol Kullanım Bozukluğu	30

Alkol bağımlılık dışında birçok genel sağlık sorununa yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre 2019 yılında 2,6 milyon kişi alkol ile ilişkili bozukluklara bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Ölüm nedenleri yakından irdelendiğinde 1,6 milyon kişi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar, 700 bin kişi yaralanmalar, 300 bin ise bulaşıcı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Yine DSÖ'nün alkolle ilgili güncel bilgi notunda, 15 yaş üstü 400 milyon kişinin alkol kullandığı ve alkol bağımlısı olanların oranının ise yaklaşık %3,7 olarak tahmin edildiği ifade edilmiştir. Alkol kullanımı ölüm dışında birçok aşamada sağlıkla ilgili sorunlara yol açmaktadır (WHO, 2018). Lancet dergisinin 2024 yılındaki alkol kullanım bozukluklarının mevcut halini gözden geçiren bir editöryel yazısında 2010 yılından beri tüm dünyada alkol bağımlılığı ve ölüm oranlarının etkili tedbirlerle düşmesine rağmen sağlıkla ilgili yarattığı sorunlar kabul edilemeyecek kadar halen yüksek olduğu belirtilmiştir (The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2024).

Erişkinlerde alkol kullanımına sık rastlanmaktadır. ABD 2019 verileri, >12 yaş bireylerin %80'inin yaşamları boyunca alkol kullandığını, %51'inin son 30 gün içinde en az bir kez, %24'ünün önceki ay içinde aşırı derecede (bir defada beş veya daha fazla içki) ve %6'sının ise önceki ay aşırı alkol kullandığını belirtmiştir. ABD gibi gelişmiş ülkelerde alkol tüketim seviyeleri nispeten aynı seviyede iken, kaynakları kısıtlı birçok ülkede alkol tüketimi artmaktadır. Türkiye ile ABD kültürel özellikler dinsel faktörler nedeniyle alkol kullanım farklılıkları göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun Sağlık araştırması 15 yaş üstü bireylerin verilerine göre Alkol kullanım oranı daha önce kullanmış ancak şimdi kullanmayan kimseler ve güncel olarak alkol kullanan kişiler toplam olarak hesaplandığında 2022 yılı için 16.7 lik bir sıklığa ulaşılmaktadır. Bu durum, bu ülkelerin alkole bağlı artan sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalacağını göstermektedir (Burki, 2010).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Alkol Kullanım Bozukluğu 10,1 lik görülme oranıyla ABD de en sık görülen kullanım bozukluğu türüdür. Naltrexon, Akamprosat gibi etkin tedavileri olmasına rağmen nadiren reçete edilirler. Erişkin Alkol kullanım Bozukluklarının yalnızca 2,1 o yıl için tıbbi tedavi almış gibi gözükmektedir (Uscher-Pines, 2024).

DSÖ'nün 2022-2030 hedeflerinin birisi de alkol bağımlılığını 2010'a göre yüzde %20 düşürmektir ancak 2024 itibarıyla alkol bağımlılığı oranlarında azalma olmasına rağmen hedefe ulaşılabilmiştir. Alkolün ulaşılabilirliğini azaltma, alkollü ürün-

lere ek vergi koyma gibi uygulamalar birçok ülkede yetersizdir. Teknolojinin gelişimi ile alkol reklamları birçok yerde zedelenebilir grupların önüne çıkmaktadır. İnternet üzerinden reklamlar birçok bağımlılık türünde en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Alkol içeren ürünlerin etiketi olması kuralı da yeterince iyi işlememektedir. Hamileler, araç kullananlar, yaşı küçük bireyler bu anlamıyla istenen düzeyde korunmamaktadır. Hekimlerin sağlık çalışanlarının alkol kullanım bozukluklarına müdahale becerileri kısıtlıdır. Etkin tedavi yöntemleri geliştirilmesine rağmen kanıta dayalı müdahaleler konusunda yetkili kişilerin kendini geliştirme becerileri düşüktür (Nolan, 2024).

Alkole ilgili sorunlar ortaya çıktığında gerekli müdahaleler konusunda yetişmiş insan gücünde geliştirilmesi gereken yönler bulunmaktadır. Hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına müdahalede beceri eksikliğini araştıran bir gözden geçirme en önemli eksik nedenlerinin kurumsal desteğin eksikliği, bilgi, beceri azlığı olarak tespit etmiştir. Danışanlara bağımlılığı sorma, tarama, zararlı kullanımlara erken müdahale fırsatlarının kaçırılması ve hastalığın daha ciddi aşamalara ulaşmasının engellenememesi alkol kullanım sorunlarının maliyetini büyötmektedir. Psikososyal müdahaleler alkol kullanılmadan geçirilen süreleri anlamlı olarak uzatmaktadır (Ghosh. 2024, Carvalla, 2019).

2.3.2. Alkol Kullanım Bozuklukları: Tanı Kriterleri ve Sınıflandırmalar

Alkole bağılı sorunların fark edilmesinin tarihi çok eskidir ancak müdahalenin çok boyutlu ve dinamik olması gerektiği toptan yasaklamanın ek sorunlara yol açabildiği fark edilmesiyle sorunun tanımı da ülkeden ülkeye kültürden kültüre değişmektedir. Alkol kullanım sorunlarını tanımlayan ilgili tanı ölçütleri zaman içerisinde değişime uğramıştır. DSM V'de, DSM IV'de bulunan Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı tanıları birleştirilerek "alkol kullanım bozuklukları" şeklinde yeni bir tanı oluşturulmuştur. Bağımlılık kavramı yerine daha yansız bir kavram olan kullanım bozukluğu ibaresinin tercih edilmesinin damgalanma kaynaklı sorunların azalacağını düşündürmektedir. Daha önce tanı kölcütleri içerisinde belirtilmeyen "aşerme (craving)" ölçüt olarak eklenmiştir. Kriter sayısına dayalı şiddet ölçütü getirilmiştir. İki ölçütün bulunması alkol kullanım bozukluğu tanısı için yeterli hale getirilerek erken tanı şansı artırılmıştır. Tolerans ve kesilme belirtileri olmasa da alkol kullanım bozukluğu tanısı konulabilir hale gelmiştir. Tolerans ve kesilme gibi alkole bağılı tıbbi değişiklikler kadar psikososyal etmenler de tanıda belirleyici hale gelmiştir. Etkin bir tedavi için alkol bağımlılığının bireysel toplumsal sosyal etkilerine yönelik kapsamlı bir müdahale gerekecektir (American Psychiatric Association, 2013).

Günümüzde alkol kullanım bozukluğu için DSM V ölçütleri kullanılmaktadır. Bu ölçütlere göre 12 aylık bir süre içinde, aşağıdaki ölçütlerden en az ikisine sahip ise, klinik olarak bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalma ile kendini gösteren, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü göstermektedir. Bu ölçütler: (American Psychiatric Association, 2013).

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da alkole bağılı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi, alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.

7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım, toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürme.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınmasıdır.

International Classification of Diseases 11'de (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması 11- ICD 11) belirtilen alkol nedenli nörogelişimsel, ruhsal davranışsal özellikler Tablo 2.3.2'de sunulmuştur (Saunders et al.,2019).

Tablo 2.3.2. ICD 11 Alkol nedenli ruhsal, davranışsal nöro gelişimsel bozukluklar

Zararlı alkol kullanımına bağlı tek dönem
Zararlı alkol kullanım bozukluğu örüntüsü
Alkol bağımlılığı
Alkol intoksikasyonu
Alkol çekilmesi
Alkol tarafından başlatılan deliryum
Diğer alkol tarafından başlatılan bozukluklar:
Alkole bağlı duygu durum bozukluğu
Alkole bağlı kaygı bozuklukları
Alkole bağlı demans
Alkole bağlı amnestik bozukluk
Alkole bağlı diğer özgül bozukluklar
Alkole bağlı özgül olmayan bozukluklar

2.3.3. Alkol Bağımlılığında Genetik Faktörlerin Rolü

Hastalar, aileleri ve genel olarak toplum, alkol kullanım bozukluklarının, herhangi bir bireysel zayıflığın sonucu olmadığını, bireysel, sosyal, kültürel ve biyolojik faktörlerin karmaşık etkileşiminden kaynaklandığını farkında olmalıdır. Aile ve ikiz çalışmaları, bu bozukluklarda genetiğin rolünü gösteren ilk çalışmalardır (Cloninger, 1981). 18-29 yaş aralığındaki erkek bireylerde, duygu-durum ve kişilik bozuklukları, diğer madde kullanım bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğuna sahip olma, risk faktörleri arasındadır. Alkol dehidrojenaz (ADH) ve aldehit dehidrojenazın (ALDH2) mitokondriyal formu, alkol metabolizmasında yer alan karaciğer enzimleridir. ALDH2 geni, ALDH2*1 ve ALDH2*2 olarak bilinen iki birincil alele sahiptir. ALDH2*2 alelinin taşıyıcıları ve özellikle homozigotlar, bozulmuş alkol metabolizmasına sahiptir ve bu bireyler alkol aldığı anda, asetaldehit birikir ve baş ağrısı, taşikardi, kızarma, terleme, mide bulantısı ve kusmaya neden olur ve bu semptomlar alkol kullanım bozukluklarının gelişmesine karşı koruma sağlamaktadır (Edenberg, 2019, Li, 2012). Bununla birlikte, ADH gen grubundaki polimorfizmler de alkol kullanım bozukluklarına karşı koruma sağlamaktadır (Tawa, 2016). GABA-A reseptörünün gama 1 ve alfa 2 alt birimlerini kodlayan GABRG1 ve GABRA2 genleri, dopamin reseptör duyarlılığını etkileyebilen COMT Val158Met ve DRD2 Taq1A'yı ve KIAA0040 genleri alkol kullanım bozuklukları ile ilişkili diğer önemli genetik unsurları oluşturmaktadır (Ittiwut, 2012; Schellekens, 2012; Zuo, 2012). ADH genetik varyantları dışında bireysel genlerin etkisi düşük bulunmuştur (Edenberg, 2019) Alkol kullanım bozukluklarının genetik çalışmaları genellikle Avrupalı kimselerle yapıldığı için farklı genetik örüntülerin olduğu farklı uluslarda yapılacak çalışmalara gereksinim bulunmaktadır (Edenberg, 2019).

DİKKAT

Alkol kullanım bozuklukları, herhangi bir bireysel zayıflığın sonucu oluşan bir bozukluk değil bireysel, sosyal, kültürel ve biyolojik faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucu meydana gelen bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir.

2.3.4. Alkol Kullanım Bozukluklarının Klinik Değerlendirmesi

2.3.4.1. Alkol kullanım özellikleri

Alkol sık kullanılır, toksikasyon olmadığı koşullarda ise sorunların gelişimi belli bir zaman alır. Alkolle ilgili sorun yaratacak kullanımları mutlaka taramak, tanımlamak ve zamanında müdahale etmek gerekir. Tarama için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. DSÖ tarafından alkolün zararlı etkilerini tespit edebilmek için AUDIT (Alkol Kullanım bozuklukları Tanıma Testi) riskli ve zararlı kullanım için geliştirilmiş bir tarama testidir. AUDIT dışında CAGE (Mnemonic; Cut Down (Azaltma), Annoyed (Sinirlilik), Guilty (Suçluluk), Eye opener (Gözünün açar açmaz içme isteği), kelimelerinin baş harflerinden üretilmiştir ve Michigan Alkolizm Tarama testi (MAST) yaygın kullanılmaktadır. Farklı aşamalara yönelik farklı ölçekler kullanılmaktadır (Schuckit, 2024; Akvardar, 2012; Şengül, 2012).

DSM V alkol kullanım bozukluğu tanısı için gerekli ölçüt sayısını ikiye indirmiştir ancak karşılanan ölçüt sayısı arttıkça şiddet artmaktadır şeklinde bir derecelendirme yapmıştır. DSM V te 2-3 bulgu varsa hafif, 4-5 semptom varsa orta, 6 ve daha fazla semptom varsa ciddi alkol kullanım bozukluğu olduğu ifade edilmektedir. Sayılan ölçeklerin dışında yoksunluk dönemi, aşerme dönemi veya başka alkolle ilişkili özellikleri ölçen çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Ruhsal değerlendirme sırasında alkol ve sigara ile ilgili sorular mutlaka yer almalıdır. Rutin muayene dışında alkol birçok ilaçla etkileşebilmekte, acil sorunlara yol açabilmektedir. Alkolün yol açtığı veya kötüleştirdiği sağlık sorunları ile karşılaştığımızda veya riskli alkol kullanım örüntüsü olabilecek ergenler, ağır içicilik öyküsü olan kişilerin değerlendirilmesinde alkolle ilgili tarama yapmak gerekir (Schuckit, 2024; Akvardar, 2012; Şengül, 2012).

DSÖ AUDIT i birinci basamak sağlık hizmetinde tarama ve izlemede kullanılacak şekilde geliştirilmiştir, kullanım kolaylığı nedeniyle ruh sağlığı uzmanı olmadan da değerlendirme imkânı sağlamaktadır. AUDIT Puanı erkeklerde 65 yaşa kadar sekiz ve üzeri, kadınlarda ve 65 yaş üstü erkeklerde dört ve üzeri standart içki kullanımı riskli alkol kullanımı olarak değerlendirilmektedir. Risk ise alkol kullanımının sorun üretmesi, olan sorunları ağırlaştırması veya sağlık sorunlarına neden olması olarak basitleştirilebilir (Akvardar, 2012).

Ortalama kullanım sayılan bir büyük bira miktarı gibi düşünülen 20 gr/gün alkol kullanımı alkol kullanım bozukluğu riskini 3 kat artırmaktadır. Alkol kullanım bozuklukları ise alkol kullanmayanlara göre yaklaşık 2 kat fazla ölüm oranına sahiptir (Carr, 2024).

DSÖ AUDIT puanlarına göre riskli alkol kullanımını dört seviyeye ayırmıştır. 1. Seviyede alkolle ilgili eğitim, 2. Seviyede basit öneriler, 3. Seviyede sadece basit öneri yeterli olmamakta, kısa danışmanlık ve sürekli izlem gerekmektedir 4. seviyede tanı, tedavi ve izlem için uzman takibine yönlendirme önerilmektedir (Tablo 2.3.3) (Saatçioğlu et al., 2002).

Tablo 2.3.3. AUIDIT Skoru ve Risk Derecesi

Risk Derecesi	AUDIT Skoru
1	0-7
2	8-15
3	16-19
4	20-40

Standart içki kavramı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Ülkemiz İngiltere'ye göre (8 gr) yüksek Japonya'ya göre (19,75 gr) düşük Amerika (14 gr) ve Kanada (13,6) ya göre benzer bir düzeyi standart kabul etmektedir (12-14 gr) (Schuckit, 2024; Akvardar, 2012; Şengül, 2012).

Bir içki de olan alkol miktarı hacim x alkol oranı x dönüştürme katsayısı (1 ml etanoldeki saf alkol miktarı: 0,79) formülüyle hesaplanır (Schuckit, 2024; Akvardar, 2012; Şengül, 2012).

Bu durumda bir şişe 330 ml bira alkol oranına göre değişmekle beraber kabaca bir standart içki, 500 ml bira ise bir buçuk standart içki kabul edilir. Benzer şekilde bir kadeh şarap (kabaca 140 ml), bir tek rakı, votka, cin (kabaca 40 ml) bir standart içki, bir duble rakı iki standart içki kabul edilir (Akvardar, 2012). Tablo 2.3.4de sunulan bilgiler, alkolün kan düzeyindeki artışın motor beceriler, düşünme, koordinasyon ve yargılama gibi birçok önemli zihinsel ve fiziksel fonksiyonu nasıl etkilediğini göstermektedir. Özellikle yüksek kan alkol düzeyleri, yaşamı tehdit eden durumlar yaratabileceği için oldukça risklidir.

Tablo 2.3.4. Kan Alkol Düzeyi ve Etkileri

Kan düzeyi	Olası Bozukluk
20–30 mg/dL (0.02– 0.03 g/dL)	Motor becerilerde yavaşlama ve düşünme becerisinde azalma
30–80 mg/dL	Motor ve bilişsel becerilerde azalma
80–200 mg/dL	Koordinasyonsuzlukta ve yargılama hatalarında artma, duygusal labilite, bilişte bozulma
200–300 mg/dL	Nistagmus, konuşmanın belirgin düzeyde bozulması alkolik blackoutlar
>300-400 mg/dL*	Yaşamsal işlevlerin bozulması olası ölüm

*Alkol kullanım süresi, alkolün yıkımı tolerans gelişimi gibi etmenlere bağlı olarak değişebilir (Carr, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

2.3.4.2. Alkol metabolizması

Ethanol sıvı halde sindirim sistemi mukozasından emilir. Başta ince bağırsakların mideye yakın ucu olmak üzere ağız, özofagus ve mideden emilerek kana karışır. Duedonum üst 1/3 alanı tiamin emilimi için önemli bir bölgedir. Bu bölgede kronik dönemde mukozayı değiştirerek yaptığı emilim sorunları tiamin yetersizliğinin

ana sebeplerinden biridir. Etanolla beraber içki çeşidine göre alkole tadını veren metanol, butanol, aldehidler, demir, kurşun gibi elementlerde vücuda girerek etki oluşturur (Mackowiak B, 2024; Schuckit, 2024).

1 standart içki ortalama 70 kg olan bir bireyde (yağ dağılım özelliklerinin de ortalama olduğu varsayılırsa) kan alkol düzeyini 15-20 mg /dl veya 0.015- 0.020 g/dl artırır. 1 standart içkinin artırdığı miktar yaklaşık 1 saatte vücuttan atılır. Mide boşsa karbonatlı alkollü içecekler tüketiliyorsa alkol sindirim sisteminden çok daha hızlı emilerek olumsuz sonuçlar üretir. Alkolün yaklaşık %2-10 u böbrek, akciğer ve terleme yoluyla atılır ancak çok büyük bölümü karaciğerde metabolize edilerek atılır. Olağan koşullarda sitozoldeki Alkol Dehidrogenaz ile asetaldehit oluşur. Ancak yüksek konsantrasyonlarda karaciğerde mikrozom endoplazmik retikulumunda mikrozomal ethanol okside edici sistemle metabolize olur. Aldehit Dehidrogenaz enzimi Nikontin amid adenin nükleotid kofaktörü hidrojenin temini zaman aldığından hız kısıtlayıcı enzimdir. Asetaldehit aldehit dehidrogenaz tarafından hem karaciğer hücre sitozolün de hem de mitokondride yıkılır. Japonlar, Çinliler gibi doğu Asya uluslarında bu enzimlerdeki farklılıklardan dolayı alkol bağımlılığı riski farklılaşır (Mackowiak B, 2024; Schuckit, 2024) (Bkz. Bölüm 3.2).

2.3.4.3. Alkolün santral etkileri

Alkol etkin bir Santral Sinir Sistemi (SSS) depresanıdır. Diğer SSS depresanı olan Barbiturat ve benzodiazepinlerle benzer şekilde GABA üzerinden etki gösterir. Birçok başka nörotransmitter üzerine etkisi olmasına rağmen en belirgin etkisi GABA A üzerinedir. GABA A uyku verici, kas gevşetici, antikonvulzan etkilere aracılık eder. (Schuckit, 2024; Stahl 2012).

Toksikasyon ve yoksunluk döneminde nörotransmitterler üzerine etkisi tam zıt olabilir. Alkol NMDA resptörleri üzerinden Glutamat etkisine sebep olur. Çekilme döneminde glutamatın eksite edici özellikleri kuvvetlenirken, toksikasyon döneminde zayıflar (Schuckit, 2024; Stahl 2012).

Alkolün aşırma ve toksikasyon döneminde beynin haz merkezlerinden biri olan ventral tegmental alandaki Dopamin reseptörlerinin sayı ve duyarlılığını değiştirerek klinik tabloya katkıda bulunur (Schuckit, 2024; Stahl 2012).

Sinaptik aralıkta serotonin seviyesi alkol kullanımı ile artar ve reseptörler upregüle olur. Serotonin seviyesi düşükse alkole daha az yanıt alınır bu nedenle bir seferde daha fazla alkol alınarak alkolün zararlı etkilerine maruziyet artışı olur. Alkolün ayrıca Adenozin, asetilkolin ve cannabinoid 1 reseptörleri üzerine etkisi vardır, Opiod ilişkili sistemlerin etkisini akut dönemde artırır (Schuckit, 2024; Stahl 2012).

2.3.4.4. Alkol Kullanım Bozukluğunda Bazı kavramlar ve Alkolün Genel Bedensel Etkileri

Alkol kullanım bozuklukları, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Bu konuyu daha iyi kavramak için, temel kavramlar ve alkolün vücuttaki etkileri detaylı bir şekilde incelenmelidir:

● Tolerans

Biyolojik bağımlılıklarda aynı öforizan keyif verici etkiyi sağlamak için bağımlılık maddesinin gittikçe daha fazla dozda alınması kavramına tolerans denilmektedir. Alkol bağımlılığı tolerans gelişimine tipik örneklerden birisidir. Alkol bağımlılığında

davranışsal, farmakokinetik ve farmakodinamik tolerans birlikte oluşmaktadır. Kişi davranışsal olarak daha yüksek dozlarla nasıl baş edeceğini öğrenir. Farmokinetik olarak alkolün atılım mekanizmaları aktive olur ve daha hızlı atılır. Farmakodinamik olarak alkol sinir hücresinde değişiklikler yaparak alkol etkisine tolerans geliştirir. Ayrıca alkol kendisine benzer şekilde GABA reseptörleri üzerinde etki gösteren benzodiazepin barbiturat gibi ilaçlara çapraz tolerans geliştirir. Benzodiazepin alkol kombinasyonunun ölümcül olabilen ciddi yan etkilerine yol açma nedenlerinden birisi bu fenomendir (Anthenelli, 2021).

● **Black out**

Kişi nöbet geçirmediği ve bilinci açık olduğu koşullarda alkollü olduğu dönemlerde anterograd amnezi geliştirmesidir. Alkollüyken yaptığı, konuştuğu şeyleri hatırlayamamaktadır. Alkolün belleğin edinim ve konsolidasyon süreçlerinde yol açtığı bozulmaya bağlıdır. Benzodiazepinler gibi başka beyinde inhibitör etki gösteren ilaçlarla da oluşur. Yüksek dozlarda oluştuğu bilinmektedir. Alkol kullanım bozukluğu işareti olarak görülmelidir. Alkol kullanım bozukluklarının yaklaşık yarısında görülebilmektedir (Struder, 2019).

Alkol de serebellar dejenerasyon hem alkol hem asetaldehit hem de tiamin eksikliğine bağlıdır. Santral etkiler birden fazla mekanizmayla klinik tablolara yol açar. Anterograd amnezinin ciddileşmesi, 6.sinir paralizi ve genel konfüzyon Wernicke Korsakof psikoza oluşabilir (Eva L, 2023). Alkol demansa yol açan koruyucu önlemlerle azaltılabilen ana etmenlerden birisidir (Schuckit, 2024;Eva L,2023). Alkol sadece santral olarak nöropatik etki oluşturmaz. Aynı zamanda el ve ayaklarda %10 olguda periferik nöropati geliştirir. Ellerde ve ayaklarda çoğunlukla iki taraflı duyuşal küntlük, karıncalanma, hissizlik belirtisi verebilir. Her ne kadar alkol kullanım sorunu yaşayan bireyler alkol almayınca uyuyamıyorum gibi açıklamalar getirirse de alkol uykunun birden fazla aşamasında bozukluğa yol açar. Uyku sorunları depresyonun öncüsü olabilir. Rapid Eye movement (REM) uykusunu, 4.faz uykuyu dolayısıyla uyku kalitesini bozar (Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

● **Alkole bağlı tıbbi sorunlar**

Alkol kullanım bozukluklarında özellikle baş boyun, özofagus, mide, karaciğer, kolon, akciğer ve meme kanserleri sık görülür (IARC, 2024). İki neden suçlanabilir: İlki alkolün bağışıklık üzerine olumsuz etkisi, diğeri ise alkol ile metaboliti asetaldehitin mukozal membranlarda oluşturduğu kronik hasardır. Üstelik bu doğrudan etki oral hijyenin bozulması ve kötü beslenme ile birleşince kanserler alkolden ölümlerin ikinci büyük sebebinin oluşturmaktadır. Uluslararası kanser araştırmaları ajansı (IARC, 2009; Polednak, 2005). Alkol kullanımının oral, orofaringeal, hipofaringeal, özofagusun squamöz hücreli kanseri, kolon, rektum, larinks, karaciğer ve safra yolları ve meme kanseri oluşumunda nedensel rol oynadığını belirtmiştir (IARC, 2009). IARC etkili bir şekilde alkol kullanımının azaltılması veya kesilmesinin oral kavite, farinks, larinks, özofagus, kolorektum, karaciğer ve kadın meme kanseri riskini azalttığını belirtmiştir (IARC, 2024).

Alkol temelde oral yolla kullanıldığı için emilim ve metabolizmasında işlevi olan gastrointestinal sistemde birçok sorun görülür. Ağır içicilerde akut dönemde özofagus ve midede ciddi inflamasyon bulantı kusma görülebilir. Eğer siroz sonucu genişlemiş özofagus damarları varsa abondan kanamalarla bu süreç ölüme neden olabilir (Mackowiak, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

Alkol hem karaciğere hem de pankreasa ciddi zarar verir. Akolün eşlik ettiği karaciğer hastalığı alkole bağlı hepatosteatoz, siroz, hepatosellüler kanser, safra taşına bağlı sarılık görülebilir (Mackowiak, 2024). Ağır alkol kullanımında karaciğer hücrelerinde yağ ve proteinler birikerek geri dönüşlü olabilen karaciğer yağlanması tablosuna yol açar. Alkol karaciğerde infalamasyona (alkolik hepatit) yol açar. Alkole Bağlı hepatosteatozların yaklaşık % 8-10 u siroza, alkol ilişkili sirozların yaklaşık %3-10 u hepatosellüler kansere neden olur (Mackowiak, 2024). Alkole bağlı sirozlar tüm dünyada siroza bağlı ölümlerin yaklaşık % 25 ini oluşturur (Vos, 2020). Hepatitlerde karaciğer hücre içi enzimleri olağan seviyelerinin üstünde kanda tespit edilir. Aspartat amino transferaz 50 mg/dl den fazla 400'den düşük, bilirübin 3 mg/dl den fazla alkole bağlı hepatitten şüphelenmek gerekir. İnflamasyon sonrası hasar gören karaciğer hücrelerinin iyileşirken oluşturduğu fibrozis ve karaciğer damarları çevresinde biriken hyalin ve kollojen siroz sürecini başlatır. Skar dokusu oluşan karaciğer ve damar yapısının bozulması venlerin genişlemesine karın içi basınç artışına, karaciğerden karın içine sıvı sızmasına ve asit oluşumuna neden olur. Artan portal basınç kalbe ve akciğerlere yük oluşturur. Karaciğer işlevini yerine getiremeyince oluşan toksik metabolitler bilişsel bozukluklarla seyreden hepatik ensefalopati dediğimiz tabloya yol açarlar (Mackowiak, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

Alkol kullanım bozukluğu pankreasta da inflamasyon yapar. İnflamasyon sonucu diyabet gelişimine neden olabilir. Alkol lökosit üretimini yapısını bozar ve enfeksiyonlara yatkınlık sağlar (Mackowiak, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

Yüksek doz alkol kullanımı hemen hemen tüm sistemleri etkiler. Testiküler atrofi, katarakt, kaza riskinde artış, iskelet kaslarında zayıflık, kemik kırıkları yapar (Schuckit, 2024; WHO,2018; Şengül, 2012).

Alkol çok sayıda hastalık nedeniyle yeti yitimi veya ölüme neden olur. Direnç azalır, beslenme bozulur, riskli davranışlar artar. Cinsel yolla bulaşan veya bağışıklık sistemini baskılanması sonucu oluşan bazı hastalıkların görülme sıklığı artar (Carr, 2024). Alkol düşük dozlarda HDL miktarını artırarak dolaylı olarak tromboz eğilimini azaltır diye ifade edilse bile orta ağır içicilik de stroke riskini artırır. Alkol depresyon ve atrial fibrilasyon riskini artırmaktadır (Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

WE, bilinç bozukluğu, oftalmopleji ve ataksi ile karakterize, ani başlangıçlı bir konfüzyon durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu vakalar genellikle atlanabilmekte olup, tanı için öncelikle yüksek bir şüphe gereklidir (Eva, 2023; Day, 2013). DT'li her hastaya sanki yeni tanı WE gibi yaklaşılmalıdır (Alvanzo, 2020). Daha sonra aynı klinik mekanizmanın başka fazları oldukları düşünülen Korsakof Psikoza ile beraber alkol kullanım bozukluğu sonucu kötü beslenmeye bağlı B1 vitamini (ti-amin) eksikliği ve bağırsak emilimi üzerindeki olumsuz etkisi, ana patofizyolojik mekanizmayı oluşturmaktadır (Eva,2023).

● **Alkolün doz bağımlı sınırlı koruyucu etkileri ve koruyucu etkinin istisnaları**

Alkolün günde bir ya da iki standart içki boyutunda kalmak şartıyla myokard enfarktüsünü ve trombotik inmeyi azalttığı, sadece kırmızı şarap için geçerli olmak kaydıyla da kardiyoprotektif olduğu iddia edilmiştir. Tromboz azaltıcı etkinin tromboz birikmesinin engelleyici etki ile High Density Lipoprotein (HDL) yi yükseltici etkisine bağlanmıştır. Kırmızı şaraba özgü düşük doz kırmızı şarabın kardiyoprotektif etkisi ise falavonoidlerin atoksidan etkisi ile vazokonstriktör endotelin-1 inhibitörüne bağlanmıştır. Ayrıca düşük doz alkol safra taşları, periferik arter hastalıkları

ve bazı demansları azaltabilmektedir. Antiseptik ve temizleyici olarak alkol uzun süredir kullanılır (Schuckit, 2024, Şengül, 2012).

Bilinmesi gereken en önemli konulardan biri başlangıçta faydalı gibi görünen koruyucu etkiler doz artıp (tolerans nedeniyle doz artışı olağandır) yüksek dozlara çıktığında tam tersi zarar verici hale döner. Yüksek doz alkol (3 standart içki ve fazlası) ile tromboz artırıcı Low Density Lipoprotein (LDL) ve trigliseritler artar. Tromboz ve myokard enfarktüsü riski buna bağlı artar. Alkol kalp kaslarına hasar verir ve alkolik Kardiyomiyopati gelişir. Alkolün metabolizmasında farklılıklar olan Doğu Asya ülkelerinde erken yaşta kardiyak ölümlere neden olabilir. Kan basıncı hem kronik kullanımda hem de çekilme döneminde artar (Schuckit, 2024;Roercke, 2021).

Bilinmesi gereken önemli konulardan diğeri ise sadece bir standart içkinin bile zararlı olduğu ve sağlık açısından kısıtlanması gereken kişiler olduğudur. Alkol ve asetaldehit gelişen fetüs için zararlıdır. Plasentadan geçerek, yüksek doz alkol fetüsün ölümüne ve spoontan düşüklere neden olabilir. Ağır alkol içiciliği olan kimselede IQ düşüklüğü, kafa çevresi küçüklüğü, doğum ağırlığı düşüklüğü, sindaktili, atrial septel defekt ve yüz anormallikleriyle seyreden fetal alkol sendromu görülür. Daha düşük doz alkol kullanımında ise davranışsal sorunlar bildirilmiştir. Bilişsel belirtiler yaşam boyu sürebilir ve geri dönüşsüz olabilir (Less,2020). ABD Hastalıkları Kontrol ve Önleme (CDC) merkezinin 400 bin kişilik 2018-2020 yıllarını kapsayan Davranışsal Risk Etmenlerini İzleme Anketi sonuçlarına göre 18-49 yaş arası hamile kadınların %14 ü hamilelikleri sırasında alkol kullandıkları tespit edilmiştir. Yine Amerikan verilerine göre 6000 çocuktan oluşan birinci sınıflarla yapılan çalışmada %1-5 arası çocukta fetal alkol spektrum bozukluğu bulunmuştur. Herhangi bir miktar alkol fetüs için zararlıdır, Hamilelerin alkol kullanımı konusunda bilgilendirilmesi ve danışmanlık verilmesi başta Fetal Alkol Sendromu olmak üzere hastalık tablosu olmaksızın gelişebilen dikkat bellek işlev bozukluklarından koruyucu etki yapacaktır (Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

Orta ve ciddi alkol kullanım sorunları olan bireylerde günde tek doz içki bile depremeye ve sağlık sorunlarına yol açabilir. Diğer bir konu ise ruhsal bozukluklar için kullanılan benzodiazepinler gibi ilaçlarla alkol etkileşiminin ciddi ölümcül olabilecek yan etkilere yol açabilir (Schuckit, 2024,Şengül, 2012).

● **Alkol Toksikasyonu**

Alkolün santral sistemi üzerine etkilerinin doza bağlı olduğunu belirtmiştik. Türkiye Psikiyatri Derneği Alkol Kullanımına yönelik temel kitabı 2019 baskısında dozları şu şekilde belirtmiştir.20-100 mg/dl aralığında aktivasyon, öfori, motor bozukluk tedricen görülür. 100-200 mg/dl aralığında ise ataksi, öfori, dizartri görülmektedir.200-400 arasında bulantı kusma unutkanlık olurken 400 mg/dl den fazla ölüm riskini ortaya çıkarır. Gençlerde alkole tolerans gelişmemiş kişilerde Doğu Asyalı uluslarda kan alkol düzeyi 300 üstüne çıkınca ölüm riski gelişir. Birçok ülkede araba kullanımı alkol düzeyine göre yasak kabul edilmektedir (Sarıkaya Öztürk, 2019). Geçici bir durumdur. Erkeklerde 18-25 yaşa arası ölüm nedenlerine bakıldığında trafik kazaları 1. Sırada gözükmektedir. Alkol ise trafik kazalarının en önemli nedenlerinden biridir. Koordinasyon kusurları alınan alkol miktarı ile ilgilidir. Denge kusuru, konuşmanın bozulması, dikkat ya da bellekte bozukluk; atak, tedirgin, saldırgan davranışlar, yargılamanın bozulması gibi belirtiler olur. Genel olarak kan alkol düzeyi 100 mg/dl ml de 200 mg/dl bulursa zehirlenme belirtileri hemen her zaman

görüldür. Kan düzeyi 100 ml de 400-500 mg olursa bilinç bulanıklığı, nihayetinde 500 mg/dl üzerinde solunum ve dolaşım merkezlerinin etkilenmesiyle ölüm olur. Alkolü yüzde doksanı karaciğer yoluyla yüzde 10'u ise böbrek ve akciğer yoluyla atılır. Alkol metabolizması kullanılan alkol miktarı artıkça hızlanır ancak belli bir düzeyden sonra sabit kalır. Alkol miktarı artmaya devam ederse kandaki alkol miktarı birden çok yükselir. Bu mekanizma nedeniyle gençlerde ve alkol kullanım deneyimi az olan kimselerde 300 mg/dl düzeyinde bile ölümler olabilmektedir (Sarıkaya Öztürk, 2019). Doğu Asya'da alkol metabolizması ile ilgili genetik farklılıklardan dolayı ufak miktarlarda alkol bile toksik etki yaratabilir (Edenberg, 2019; Şengül, 2012).

● Alkol yoksunluğu

Alkol yoksunluğu veya geri çekilmesinde iki ana bulgu olması gerekir; ilki ağır ve uzun süreli alkol kullanımının azaltılması veya kesilmesi, ikincisi ise alkol azaltıldıktan veya kesildikten saatler veya birkaç gün içinde otonom hiperaktivite, ellerde titreme, bulantı, kusma, geçici görsel, dokunsal, işitsel halüsinasyon veya illüzyonlar, psikomotor ajitasyon, anksiyete ve tonik klonik nöbetler görülmesidir (Kaye AD, 2024).

Minör geri çekilme semptomları uykusuzluk, titreme, çarpıntı, terleme, baş ağrısı ve hafif anksiyetedir. Dikkat edilirse ağır içicilerde alkolün azaltılması bile kesilme belirtisi ortaya çıkarabilmektedir.

Bazı bireylerin neden diğerlerinden daha şiddetli yoksunluk belirtilerine sahip olduğunun patofizyolojik mekanizması açık olmamakla birlikte, genetik yatkınlığın rol oynayabileceğini düşündüren kanıtlar bulunmaktadır (Grzywacz, 2012). GABA, beyindeki en önemli inhibitör nörotransmitterdir. Kronik etanol kullanımı, GABA'ya karşı duyarsızlığa neden olur ve bu beynin sabit bir inhibitör tonusunu korumak için daha fazla inhibitöre ihtiyaç duymasına yol açmaktadır. Bununla birlikte, glutamat başlıca eksitator amino asitlerden biridir ve etanol glutamatın neden olduğu eksitator uyarımı inhibe etmektedir. Dopamin hem alkol bağımlılığında hem de yoksunluk belirtilerinin patofizyolojisinde yer alıyor gibi görünmekle birlikte, geri çekilme sırasındaki dopamin artışları, aşırı uyarılmaya katkıda bulunan faktörlerden biri gibi gözükmektedir (Güleç, 2019).

Deliriyum tremens ise Alkol yoksunluğunun genellikle 2. veya 3. günlerinde ortaya çıkan şiddetli titreme, genellikle görsel olmak üzere halüsinasyonlar ve paranoid sanrılar, ajitasyon, uykusuzluk, taşikardi, hipertermi, hipertansiyon ve takipne ile karakterize bir medikal acil tablosudur (Kaye, 2024). Genellikle 8-10 günlere azalarak kaybolur.

Uzun süreli alkol kullanımı sonunda GABA reseptörlerinde oluşan değişimler hem GABA da hem de Glutamat sisteminde değişiklikler yapar ani kesilme veya azaltma GABA konsantrasyonunun birden düşürürken Glutamatın eksitabilite potansiyeli artmış olarak devam eder. Bu durum hem eksitabiliteyi epileptik nöbetleri deliriyum tremensi tetikleyebilir (Güleç, 2019).

DT için risk faktörleri eşlik eden enfeksiyöz hastalık, taşikardi (başvuru sırasında kalp hızı >120 vuru), hikayesinde epileptik nöbet ve deliriyum öyküsü yer alması olarak tanımlanmıştır. DT'yi predikte eden faktörler olarak düşük potasyum ve/veya magnezyum seviyeleri gibi elektrolit anormallikleri, düşük trombosit sayısı ve eşlik eden solunum, kardiyak veya gastrointestinal hastalık olarak saptanmıştır (Schuckit, 2014). DT tablosunun ölümle sonuçlanabileceği akılda tutulmalıdır (Kaye, 2024).

Alkole bağlı kimi istemli kimi istemsiz sağlığı tehdit eden yaralanmalar olur. Alkollüyen trafik kazaları, zehirlenmeler, düşmeler, yangın çıkarma, boğulma gibi istemsiz kazaların sıklığı artar. Aynı zamanda alkol kişilerarası şiddeti ve kendine zarar verme davranışını artıran en önemli kontrol edilebilir maddelerden biridir (Carey, 2024; Paletti 2024; WHO, 2024).

2.3.4.5. Alkole bağlı ruhsal bozukluklar

Ruhsal bozukluklar alkol kullanım bozukluklarında sık görülür. Ruhsal Bozukluğu olan kimselerde alkol kullanım bozukluğu da sık görülür. (WHO, 2024) Tam olarak tanı ölçütlerini karşılamasa da alkol kullanım bozukluğu olan kimselerde birçok ruhsal bulgu görülür (WHO, 2024; Puddephatt, 2022). Klinik çok benzeşmesine rağmen tedaviler farklılaşacağı için bu iki durumu birbirinden ayırmak gerekir.

Alkole bağlı ruhsal bozuklukların alkole bağlı olmayan ruhsal bozukluklardan tanıları farkı alkol alınmayan dönemde bir aydan sonra belirtilerin hafifleyerek ortadan kaybolması alkol kullanımından sonra oluşmasıdır şekilde belirtilebilir (DSM V). Diensefalik işlev kaybına bağlı olarak alakalı ilişkili bozukluklarda görsel halüsinasyonların sıklığı artabilir ve lilipütyen halüsinasyonlar olarak da isimlendirilen küçük adamlar büyük adamlar gibi tanımlı görsel tablolar oluşabilir. Tablolar alkol sonrası diğer bozuklukların tedavi şemasını takip etmek zorunda değildir. Örneğin anti-depresan tedavi uzun süreli kullanmak gerekemeyebilir (McHugh ve Weiss, 2019). DSM-5'e göre, alkol kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar oldukça çeşitlidir ve Tablo 2.3.5'te detaylı olarak listelenmiştir. Bu bozukluklar, alkolün beyin üzerindeki etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan belirtilerle karakterizedir (Bkz. Bölüm 3.2).

Tablo 2.3.5. DSM V Alkole Bağlı Ruhsal Bozukluklar

Alkol Kullanım Bozukluğu
Alkolün İndüklediği Bozukluklar
Alkol intoksikasyonu
Alkol intoksikasyon deliryumu
Alkol Çekilmesi
Alkol çekilmesi deliryumu
Alkolün indüklediği kalıcı nörokognitif Bozukluk
Alkolün indüklediği Major nörokognitif Bozukluk, amnestik tip, kalıcı
Alkolün indüklediği psikotik bozukluk
Alkolün indüklediği depresif bozukluk
Alkolün indüklediği anksiyete bozukluğu
Alkolün İndüklediği Bipolar Bozukluk
Alkolün indüklediği Cinsel İşlev Bozukluğu
Alkolün indüklediği uyku bozuklukları
Tanımlanamamış alkol ilişkili bozukluklar

Alkol majör depresyon gibi ruhsal sorunların oluşumunda belirtilerin alevlenmesinde ve tedavi uyumunda eksikliklere neden olarak kişinin yeti yitimi ve kayıplarının artmasına neden olur. Alkol kullanım bozuklukları ile ilgili ruhsal bozukluklar Unipolar Depresyon, Bipolar Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Kişilik Bozuklukları gibi birçok hastalığın görülme sıklığı artar veya mevcut hastalıktaki işlevsellik kötüleşebilir (de Aguiar ve Bloc 2024). Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuklukları (DEHB), Anksiyete bozuklukları, Bipolar Bozukluk ve Psikozlar etkili biçimde tedavi edilmelidir. Ruhsal Durum Komorbiditesi varlığında hem alkol kullanım bozuklukları hem de eklenen ruhsal bozukluğu sosyal işlevsellikte, tıbbi sorunların artışında ve tedavi maliyetlerinde artış oluşturduğu bildirilmiştir (Puddephatt, 2022).

Alkol kullanımı santral ve periferik sinir sisteminde yaptığı hasara bağlı Demansa, periferik sinirlerde nöropatiye, Wernicke Korsakof Sendromuna, dikkat ve bellek kusurlarına yol açar (Zahr, 2024).

Alkole bağlı hasar beyin görüntülemelerinde görülebilir. Alkol Kullanım bozukluklarında prefrontal, parietal, cerebellar ve talamik bölgelerde Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile hacim azalması görülmüştür. Hacim azalması sonucu sulcularda genişleme, ventriküllerde genişleme gibi yaşla uyumsuz atrofik belirtiler Görüntülemelerde fark edilir (Sullivan ve Pfefferbaum, 2019).

Alkol elektrofizyolojik uyku yapısını bozarak, uykusuzluğu tetikleyerek, sirkadyen ritm bozukluklarına katkıda bulunarak, uyku süresini kısaltarak uyku ile ilgili sorunlara yol açar (He vd., 2019). Uyku sırasında horlama, oksijen konsantrasyonunun düşmesi gibi nefes alma verme ilgili sorunları artırır (He vd., 2019). Alkol Rapid Eye Movement (REM) uykusunu özellikle gecenin ikinci yarısında azaltır. Uykuya dalmayı geciktirir, uykuda kalma süresini azaltır.

2.3.5. Alkol Kullanım Bozukluklarının Belirlenmesinde Laboratuvar Bulguları

Alkol kullanım bozukluklarında kullanılacak biyokimyasal belirteçler Gamma Glutamil Transferaz, GGT Alananin Transaminaz ALT Aspartat transaminaz AST Carbonhydrate defisiency transferrin CDT Mean Corpuscular Volume MCV kullanılmaktadır. Özgüllükleri tartışmalı ve belli bir zaman aralığı için bilgi verme özelliği olan belirteçlerdir. CDT FDA onayı olan ağır alkol kullanım tanısı için kullanılan biyobelirteçtir (Deveci, 2019).

Biomarkerlar alkol kullanımı ve zamanla değişimi hakkında bilgi vermeli, görüşme ve anket ile elde edilen verileri destekleyebilmeli, kabul sırasında doktorun tarama yapmasına fırsat vermeli, bilinci kapalı anamnez vermeyecek hastalar için kullanışlı olmalı, danışanların bilgi saklaması durumunda bilgiyi düzeltebilmeli, relaps ve tedavinin gidişini, adli değerlendirmeleri kolaylaştırabilmelidir.

GGT özgüllüğü düşük olmasına, benzodiazepinler, kronik böbrek hastalığı olan kimselerde ciddi yaralanmalardan sonra yanlış pozitiflik vermesine rağmen en sık izlemde kullanılan biyobelirteçtir.

Pridoksal fosfat eksikliğinde ALT enzim aktivitesi inhibe olur. Bu inhibisyon AST aktivitesinde artışa neden olur. De Rittis indeksi olarak bilinen bu fenomen alkolik karaciğer hasarı ile alkolik olmayan karaciğer hasarını birbirinden ayırmaya yara, 1,5 üstü olması hasarı gösterirken, 3 üstü olması hasarlı karaciğerde alkolik etiolojiye işaret eder. MCV nin normal seviyeye dönmesi 2-4 ayda olduğu için alkol

yokluğunda veya relaps ölçümünde kullanılmaz. Alkol alkol kötüye kullanımını GGT den daha özgün olarak gösterir. Ağır içiciliği ve kadınlarda fetus için riski göstermede yararlıdır (Fakhari ve Waszkiewicz, 2023; Deveci, 2019).

Özet noktalar

Alkol kullanım bozukluğuna erişkinlerde sık rastlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde alkol kullanım bozukluğu stabilize olarak gözükmekle birlikte gelişmekte olan ülkelere sıklığı artmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu sinir sistemi başta olmak üzere kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem bozukluklarına neden olmaktadır. Alkol kullananlarda baş ve boyun kanseri, özofagus, rektum ve meme kanseri riski artmaktadır. Tedavisi ve izlemi multidisipliner çaba gerektirmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. (2013). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviri Editörü: Koroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aldemir E. Alkol ve Kullanım Bozukluğunda Kısa Müdahale. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 71-79
- Anthenelli R.M., McKenna B.S., Smith T.L., Schuckit M.A. (2021) Relationship between level of response to alcohol and acute tolerance. *Alcohol Clin Exp Res.* ;45(7):1504–1513.
- Akbar M., Egli M., Cho Y.E., Song B.J., Noronha A. (2018) Medications for alcohol use disorders: An overview. *Pharmacol Ther.* 2018 May;185:64-85. doi: 10.1016/j.pharmthera.2017.11.007. Epub 2017 Dec 2.
- Bozkurt M, Evren C. (2019) Umut G., Evren C. (2019). Alkol Kullanım Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Seçenekleri. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 144-168
- Burki, T. (2010). "Changing drinking patterns: a sobering thought." *The Lancet* 376(9736): 153-154.
- Carr T , Kilian C , Llamas-Falcón L , Zhu Y , Lasserre A M , Puka K , Probst C. (2024) The risk relationships between alcohol consumption, alcohol use disorder and alcohol use disorder mortality: A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* Jul;119(7):1174-1187. doi: 10.1111/add.16456. Epub 2024 Mar 7.
- Carvalho A F , Heilig M , Perez A , Probst C , Rehm J. (2019). Alcohol use disorders. *Lancet.* Aug 31;394(10200):781-792. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31775-1.
- Carey R N , Crawford G , Jancey J , Lam T , Nimmo L , Trapp G , Pollard C , Hooper P , Leavy J E. (2024). Young people's alcohol use in and around water: A scoping review of the literature. *Drug Alcohol Rev.* 2024 May;43(4):874-896. doi: 10.1111/dar.13831. Epub 2024 Mar 10.
- Cloninger C R , Bohman M , Sigvardsson S. (1981). "Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men." *Archives of general psychiatry* 38(8): 861-868.
- Deveci, A. (2019). Alkol E Madde Kullanımı Ne Zaman Sorundur, Nasıl Saptanır ? Tanı ve Değerlendirme Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. s 34-54
- de Aguiar A C L , Bloc L G. (2024). Transdiagnosis of alcohol use and psychopathologies: A systematic review. *Addict Behav Rep.* 2024 Apr 4;19:100543. doi: 10.1016/j.ab-rep.2024.100543.
- DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition American Psychiatric Association. (2022). Title of chapter. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
- Edenberg H.J., Gelernter J , Agrawal A. (2019). Genetics of Alcoholism. *Curr Psychiatry Rep.* 9;21(4):26. doi: 10.1007/s11920-019-1008-1. PMID: 30852706.
- Eva L., Brehar F.M., Florian I.A., Covache-Busuioac R.A., Costin H.P., Dumitrascu D.I., Bratu B.G., Glavan L.A., Ciurea A.V. (2023). Neuropsychiatric and Neuropsychological

- Aspects of Alcohol-Related Cognitive Disorders: An In-Depth Review of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome. *J. Clin. Med.* 2023, 12,6101.
- Fakhari S., Waszkiewicz .N.(2023) Old and New Biomarkers of Alcohol Abuse: Narrative Review. *J Clin Med.* 2023 Mar 8;12(6):2124. doi: 10.3390/jcm12062124.
- Ghosh A., Morgan N., Calvey T., Scheibein F., Angelakis I., Panagioti M., Ferri M., Krupchanka D. (2024). Effectiveness of psychosocial interventions for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis update. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 21:1-13.
- Güleç, G. (2019). Alkol. In M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Eds.), *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme* (pp. 217–227).
- He S., Hasler B.P., Chakravorty S. (2019).Alcohol and sleep-related problems. *Curr Opin Psychol.* 2019 Dec;30:117-122. doi: 10.1016/j.copsyc.2019.03.007. Epub 2019 Apr 19.
- <https://www.iarc.who.int/news-events/publication-of-iarc-handbooks-of-cancer-prevention-volume-20a-reduction-or-cessation-of-alcoholic-beverage-consumption/>Erişim tarihi 23.8.2024
- International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>.
- Kaye A.D., Staser A.N., Mccollins T.S., Zheng J., Berry F.A., Burroughs C.R., Heisler M., Mouhaffel A., Ahmadzadeh S., Kaye A.M., Shekoohi S., Varrassi G. (2024).Delirium Tremens: A Review of Clinical Studies. *Cureus.* 2024 Apr 4;16(4):e57601. doi: 10.7759/cureus.57601.
- Koehlmoos T.P., Lee E, Rivera I., Wisdahl J., Erdman K., Donaldson T. (2024). Fetal alcohol spectrum disorders prevention and clinical guidelines research - workshop report. *BMC Proc.* 7;18(Suppl 12):15.
- Lees B., Mewton L, Jacobus J., Valadez E.A., Stapinski L.A., Teesson M., Tapert S.F., Squeglia LM. (2020). Association of Prenatal Alcohol Exposure With Psychological, Behavioral, and Neurodevelopmental Outcomes in Children From the Adolescent Brain Cognitive Development Study. *Am J Psychiatry.*(2020) (11) 1060-1072.
- The Lancet Gastroenterology & Hepatology. (2024). Global progress towards alcohol harm reduction insufficient. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 9(9):773. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\)00240-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(24)00240-1)
- Mackowiak B, Fu Y, Maccioni L, Gao B (2024). Alcohol-associated liver disease. *J Clin Invest.* 1;134(3):e176345. doi: 10.1172/JCI176345. PMID: 38299591; PMCID: PMC10836812.
- McHugh R.K., Weiss R.D. (2019) Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res.* 2019 Jan 1;40(1):arcr.v40.1.01. doi: 10.35946/arcr.v40.1.01.
- SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2023 National Survey on Drug Use and Health. (2024) Table 8.27B—Substance use in past month: among females aged 15 to 44; by pregnancy status, percentages, 2022 and 2023.erişim tarihi 17 ağustos 2024
- National Archives (last reviewed on June 7, 2021). Temperance and Prohibition Papers. Erişim Tarihi: 22.08.2024. <https://www.archives.gov/nhprc/projects/catalog/temperance-and-prohibition>
- NIAAA. Alcohol facts and statistics.2024.erişim tarihi 17 ağustos 2024
- Noyan Onur C. (2022) Arındırma Sonrası Alkol kullanım Bozukluğunun İlaç Tedavisi. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü.TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.Ankara.18-25
- Nolan, L., Corbin, M., Farinelli, L., Pytell, J. D., Simon, C., Weiss, S. T., Compton, W. M. (2024). Physician Reluctance to Intervene in Addiction: A Systematic Review. *JAMA Network Open*, (7)
- Pelletti G, Boscolo-Berto R, Anniballi L, Giorgetti A, Pirani F, Cavallaro M, Giorgini L, Fais P, Pascali J.P., Pelotti S. (2024). Prevalence of alcohol-impaired driving: a systematic review with a gender-driven approach and meta-analysis of gender differences. *Int J Legal Med.* 2024 Jul 26. doi: 10.1007/s00414-024-03291-3. Epub ahead of print.
- Polednak, A. P. (2005). Recent trends in incidence rates for selected alcohol-related can-

- cers in the United States. Alcohol and alcoholism 40(3):pp 234-238.
- Puddephatt J.A., Irizar P, Jones A, Gage S.H., Goodwin L.(2022). Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. Jun;117(6):1543-1572. doi: 10.1111/add.15735. Epub 2021 Dec
- Roerecke M. Alcohol's Impact on the Cardiovascular System. *Nutrients*. 2021 Sep 28;13(10):3419. doi: 10.3390/nu13103419. PMID: 34684419; PMCID: PMC8540436.1. PMID: 34729837; PMCID: PMC9300028.
- Ross, D. (2024). How Prohibition Put the 'Organized' in Organized Crime. Erişim Tarihi:22.08.2024. <https://www.history.com/news/prohibition-organized-crime-al-capone>
- Saatçioğlu, Ö., Evren, C., Çakmak, D. (2002). Alkol kullanım bozuklukları tanınma testinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 4(2-3), 107-113.
- Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M., Poznyak, V. (2019). Alcohol use disorders in ICD-11: Past, present, and future. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 43(8), 1617-1631.
- Şengül C.(2012) Alkol intoksikasyonu ve yoksunluğu tedavisi. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. p 77-91
- Sarıkaya Öztürk Ö. (2019). Akut Alkol İntoksikasyonuna Yaklaşım. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları pp:115-122.
- Schuckit M.A. (2024). Alcohol related disorders. Boland V, Verduin ML. Kaplan Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.11.th Edition. Wolters Kluwer. Printed on China 4203-4267
- Schuckit M.A. (2014) Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Eng J Med*. ;371:2109–2113.
- Studer J, Gmel G, Bertholet N, Marmet S, Daeppen J.B. (2019). Alcohol-induced blackouts at age 20 predict the incidence, maintenance and severity of alcohol dependence at age 25: a prospective study in a sample of young Swiss men. *Addiction*. 2019;(9):pp,1556–1566.
- Sullivan E.V., Pfefferbaum A. Brain-behavior relations and effects of aging and common comorbidities in alcohol use disorder: A review. *Neuropsychology*. 2019 Sep;33(6):760-780. doi: 10.1037/neu0000557.
- Tawa E.A., Hall S.D., Lohoff F.W. (2016). Overview of the genetics of alcohol use disorder." *Alcohol and alcoholism* 51(5): 507-514.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>.erişim tarihi 23 Ağustos 2024
- Umut G., Evren C. (2019). Alkol Yoksunluğu ve Deliryum Tedavisi. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.123-144
- Uscher-Pines L, Lin K, Busch A.B.(2024). Expanding Treatment Options for Alcohol Use Disorder. *JAMA Health Forum* 5(8):e242184.
- Ünlübol B., Bilici R. (2022) Alkol Kullanım Bozukluğu. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü.TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.Ankara.1-18
https://en.wikipedia.org/wiki/Prohibition_in_the_United_States
- World Health Organization (WHO1). Global Status Report on Alcohol and Health 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.Erişim tarihi 8 ağustos 2024
- World Health Organization2 (WHO2) (28 June 2024). Alcohol. Erişim Tarihi: 22.08.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–1222.
- Zahr N.M. (2024). Alcohol Use Disorder and Dementia: A Review. *Alcohol Res*. 2024 May 23;44(1):03. doi: 10.35946/arcr.v44.1.03.
- Zein M and Danovitch I. (2023). Substance-Related and Addictive Disorders. W. W. IsHak (ed.)Atlas of Psychiatry” Springer Nature Switzerland AG

BÖLÜM 2.4

Madde Bağımlılığı / Madde Kullanım Bozukluğu

Doç. Dr. Ayşegül KOÇ

T.C. Sağlık Bakanlığı Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

İçindekiler

Giriş

2.4.1. Kenevir (Esrar, Kannabinoid, Marihuana) ile İlişkili Bozukluklar

2.4.1.1. Kenevir Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı

2.4.1.2. Kenevirin etki mekanizması

2.4.1.3. Kenevirin kullanımının klinik etkileri

2.4.1.4. Kenevir yoksunluk sendromu

2.4.1.5. Kenevirin tıbbi kullanımı

2.4.1.6. Sentetik Kannabinoidler (Bonzai)

2.4.2. Halüsinojenler / Varsandıranlar / Psikodelikler

2.4.2.1. Halüsinojen kullanımının yaygınlığı

2.4.2.2. Halüsinojenlerin etki mekanizması

2.4.2.3. Halüsinojen kullanımının klinik etkileri

2.4.2.4. Halüsinojen kalıcı algı bozukluğu

2.4.2.5. Halüsinojen Yoksunluk Sendromu

- 2.4.2.6. Halüsinojenlerin tıbbi kullanımı
 - 2.4.3. Uçucu / İnhalan Madde İle İlişkili Bozukluklar
 - 2.4.3.1. Uçucu Kullanım Bozukluğunun (UÇKB) yaygınlığı
 - 2.4.3.2. Uçucu maddelerin farmakokinetiği ve etki mekanizması
 - 2.4.3.3. Uçucu kullanımının klinik etkileri
 - 2.4.3.4. Uçucu madde yoksunluğu
 - 2.4.3.5. Komorbidite
 - 2.4.4. Opioidler
 - 2.4.4.1. Opioid Kullanım Bozukluğunun (OpKB) yaygınlığı
 - 2.4.4.2. Opioidlerin farmakokinetiği ve etki mekanizması
 - 2.4.4.3. Opioid kullanımının klinik etkileri
 - 2.4.4.4. Opioid yoksunluğu
 - 2.4.4.5. Komorbidite
 - 2.4.4.6. Tıbbi kullanımı
 - 2.4.5. Dinginleştirici, Uyutucu ve Kaygı Gidericiler / Benzodiazepin, Barbitürat ve Z-ilaçlar
 - 2.4.5.1. Benzodiazepinler
 - 2.4.5.2. Z-ilaçlar
 - 2.4.5.3. Barbitüratlar
 - 2.4.6. Uyarıcılar (Amfetamin, Metamfetamin, Ekstazi, Kokain vb.)
 - 2.4.6.1. Amfetamin
 - 2.4.6.2. Metamfetamin
 - 2.4.6.3. Kokain
 - 2.4.6.4. Metilfenidat
 - 2.4.6.5. MDPV (Banyo tuzları)/ sentetik katinonlar
 - 2.4.7. Kafein Kullanım Bozukluğu (KafKB)
 - 2.4.4.1. Kafein kullanım bozukluğunun (OpKB) yaygınlığı
 - 2.4.4.2. Kafein farmakokinetiği ve etki mekanizması
 - 2.4.4.3. Kafein kullanımının klinik etkileri
 - 2.4.4.4. Kafein Yoksunluğu
 - 2.4.4.5. Komorbidite
 - 2.4.4.6. Kafein Tıbbi kullanımı
 - 2.4.8. Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Kullanım Bozukluğu
 - 2.4.9. Madde Kullanımının Yol Açtığı Diğer Bozukluklar
- Sonuç/Özet
- Kaynaklar

GİRİŞ

Madde bağımlılığı/Madde Kullanım Bozukluğu (MKB), bireyin madde kullanımından kaynaklanan tüm olumsuz sonuçlara (hapsedilme, iş kaybı, çocuk velayeti kaybı, boşanma, kaza vs.) rağmen, madde tüketimini kontrol edemiyor olmasıdır (Volkow and Morales, 2015: 715). MKB, ilaçlar ve davranışsal terapi ile tedavi edilebilen, ilerleyici ve tekrarlayan kronik bir beyin hastalığıdır (Chen, Tan et al. 2021).

DİKKAT

Madde Kullanım Bozukluğu, tedavi edilebilen, ilerleyici ve tekrarlayan kronik bir beyin hastalığıdır.

Avrupa Birliği'ndeki 15-64 yaş arası yetişkinlerin %29'unun daha önce yasa dışı uyuşturucu kullandığı tahmin edilmektedir. Esrar, en çok tüketilen maddedir. Uyarıcılar, ikinci en sık kullanılan madde grubudur (sırasıyla kokain, ekstazi ve opioid). Opioid kullanımı diğer maddelerden daha az yaygın olsa da, ortaya çıkardığı zararlar çok daha fazladır. Avrupa Birliği'ndeki tüm uyuşturucu tedavi taleplerinin %28'ini eroin ve diğer opioidler oluşturmaktadır. Ölümcül doz aşımalarının ise %74'ünde diğer maddelerle birlikte opioidler tespit edilmiştir (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2022).

DİKKAT

2022 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre; yüksek doz madde kullanımına bağlı ölümlerin %74'ünden tek başına ya da diğer maddelerle birlikte opioidler sorumludur.

MKB tanısı Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) veya Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabına (DSM-5) göre konulur. DSM-5 de Madde ile İlişkili Bozukluklar başlığı altında, MKB olarak sınıflandırılır. Bütün MKB olgularında; kullanılan madde miktarının artmasına neden olan maddeye tolerans gelişmesi, kullanımı engellemeye veya durdurmaya yönelik başarısız girişimler, aşırma (madde kullanmaya aşırı özlem duyma), olumsuz sonuçlara rağmen madde kullanmaya devam etme ve madde kullanımının kesilmesinin ardından yoksunluk belirtilerinin gelişmesi ortak bulgulardır (Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013) (Bkz Bölüm 2.1).

DSM-5, MKB'yi 10 alt grupta inceler (Tablo-2.4) (APA 2013). Alkol Kullanım Bozukluğu ve Tütün Kullanım Bozukluğu dışındaki MKB'ler bu bölümde incelenecektir.

Tablo 2.4. DSM-5 Madde Kullanımı Bozuklukları

1) Alkol ile ilişkili Bozukluklar
2) Kafein ile ilişkili Bozukluklar
3) Kenevir ile ilişkili Bozukluklar
4) Halüsinojenler/varsandıranlar (LSD, meskalin, fensiklidin vb.) ile ilişkili Bozukluklar
5) Uçucular (tiner, benzin, gazolin, bali vb.) ile ilişkili Bozukluklar
6) Opiyatlar (morfin, eroin, kodein, metadon vb.) ile ilişkili Bozukluklar
7) Dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (benzodiazepinler, Z-ilaçlar, barbitüratlar) ile ilişkili Bozukluklar
8) Uyarıcılar (amfetamin, ekstazi, kokain vb.) ile ilişkili Bozukluklar
9) Tütün ile ilişkili Bozukluklar
10) Diğer bilinmeyen maddelerle ilişkili Bozukluklar

2.4.1. Kenevir (Esrar, Kannabinoid, Marihuana) ile ilişkili Bozukluklar

Kenevir Cannabis Sativa veya Cannabis Indica adı verilen hintkeneviri bitkisinin kahverengi ya da yeşil çiçeklerinin sap, tohum ve yapraklarının karışımından oluşmaktadır. Hint kenevirinin sapsarı ve tohumları sanayide kullanılırken; sapsarılarından ayrılan liflerinden ip, halat, çuval, kaba kumaş; tohumlarından çıkan yağ ise sabun üretiminde kullanılır. Kenevir kesilmiş, kurutulmuş ve preslenerek plaka haline getirilmiş biçimde satılır (Ögel, 2018: 113).

Kubar kenevir, toz kenevir ve likit kenevir yasa dışı uyuşturucu pazarlarında en fazla bulunan kenevir ürünleridir. Skunk, genellikle Türkiye'ye Avrupa'dan gelen farklı tür kenevir tohumlarının (Cannabis Sativa ve Cannabis Indica) melezlenmesi ile elde edilir. Skunk, yüksek $\Delta 9$ -tetrahidrokannabinol (THC) oranları içeren, Hibrid Kenevir, Sinsemilla, Hollanda Keneviri gibi isimlerle de anılan kenevir türüdür. İçeriğindeki zengin THC miktarı nedeniyle kullanıcıda kısa vadede psikiyatrik rahatsızlık meydana getirebilir (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2022) (TUBİM, 2022).

Kenevir, Çin'de ameliyatla ilgili ağrıyı hafifletmek için; Japonya'da hastalığa neden olduğuna inanılan kötü ruhları kovmak için; Yunanlılar arasında kulak ağrıları için kullanılmıştır. 17. ve 18. yüzyılda Avrupa da analjezik etkileri nedeniyle kenevir kullanımı yaygınlaşmış ve yatıştırıcı/halüsinojen olarak kabul edilmiştir. Keyif verici etkisinin fark edilmesiyle kullanımı yaygın hale gelmiştir (Robinson and Adinoff, 2016: 18). En önemli kenevir bileşeni THC'dir ve THC kenevir kullanımının akut etkilerinin çoğundan sorumludur (Lafaye, Karila et al., 2017: 309).

Kenevir kullanan kişiler kenevirin bağımlılık veya yoksunluk belirtileri oluşturmadığına inansa da, yapılan araştırmalar düzenli olarak kenevir kullanan her on kullanıcıdan birinde Kenevir Kullanım Bozukluğu (KKB) geliştiğini göstermektedir (Connor, Stjepanović et al., 2021: 16). Ot, kubar, derman, lahana dolması, plaka, mühür, sarı kız, sarı çiçek, keçi, yeşil, kına, aşk otu, cam macunu, kıkırdama dumanı, mayın kenevirin sokak isimleridir (Işık and Işık, 2016: 112).

2.4.1.1. Kenevir Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı

Kenevir en yaygın kullanılan bağımlılık yapan maddedir (Shao, Du et al., 2023: 1). Dünya nüfusunun yaklaşık %3,8'i kenevir kullanmaktadır. 2006 ile 2016 arasında kenevir kullanıcılarının sayısı %16 artmıştır. Genç yetişkinlerde ve erkeklerde daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Genetik yatkınlığı, erken yaşam travması, akıl sağlığı sorunları olanlarda, erken yaşta kenevir kullanmaya başlayanlarda, tütün kullananlarda, yüksek etkili kenevir ve yoğun miktarlarda kenevir kullananlarda KKB gelişme ihtimali daha yüksektir (Kroon, Kuhns et al., 2020: 562). Erkeklerin keneviri fazla miktarlarda ve eğlence amaçlı tüketme olasılıkları daha yüksekken; kadınların keneviri tıbbi nedenlerle ve ilk kez 30 yaşından sonra kullanma olasılıkları daha yüksektir (Kesner and Lovinger, 2021: 1677).

DİKKAT

Kenevir en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir.

Türkiye'de 2021 yılında bağımlılık sebebiyle tedavi gören hastalar arasında eroin ve metamfetaminin ardından %11,6 oranıyla KKB üçüncü sırayı almıştır (TUBİM, 2022). Türkiye'nin 11 ilini içeren toplum içinde yasadışı uyuşturucu kullanımının atık su bazlı incelemesinde en yüksek kenevir ölçümü Konya'da gözlemlenmiştir (Daglioglu, Guzel et al., 2021: 15081).

2.4.1.2. Kenevirin etki mekanizması

Kenevirin sigara içine sarılarak içilmesi en yaygın kullanım yoludur. Bunun dışında kenevir aşılantı gıdalar veya tabletler şeklinde ağızdan, tentürler ile dilaltından, sigara içine sarılarak, burundan çekerek, kremlerin veya dermal yamaların deri üzerine uygulanması yoluyla kullanılabilir. Rektal ve damar içine uygulama nadirdir, En yüksek plazma THC seviyeleri en hızlı şekilde damar içi uygulama ve sigara içme yollarıyla yaklaşık 10 dakika sonra gerçekleşir, ardından dilaltı ve rektal uygulama gelir (Kesner and Lovinger, 2021: 1675). İçilmesinin ardından akciğerden kan dolaşımına ve hızlıca beyne ulaşır. Beş dakika-bir saat içinde etkileri başlar (Işık and Işık, 2016: 115).

Kenevir 500'den fazla bileşen içeren psikoaktif bir bitkidir. THC ve kannabidiol (CBD) farmakolojik özellikleri açısından bilinen en önemli kenevir bileşenleridir (Lafaye, Karila et al., 2017: 309). THC, öğrenme, hafıza, ödül, motivasyon ve kontrolle ilgili beyin bölgelerinde yoğun bir şekilde bulunan endokannabinoid 1 (CB1) reseptörü üzerinden etkilerini gösterir (Kroon, Kuhns et al., 2020: 562). CB1 reseptörlerinin aktivasyonu, düşünme, öğrenme ve hatırlama süreçlerini, ödül, ruh hali ve stres duyarlılığını düzenleyen çok sayıda fizyolojik işlevi ve davranışı etkileyerek KKB gelişimine yol açar (Ferland and Hurd, 2020: 601). Kenevir CYP3A ve CYP2C ile metabolize edilir. Yağ dokuda biriktiğinden atılımı yavaştır. %80'i dışkı, %20'si idrar ile atılır. Vücuttan tamamen atılması 20-30 günü bulur (Işık and Işık, 2016: 116).

2.4.1.3. Kenevirin kullanımının klinik etkileri

Kenevirin kullanımının akut klinik etkileri

Kenevir sigara şeklinde içildikten sonraki dakikalar içinde öfori (aşırı coşkulu ruh hali), kaygıda azalma, depresyon ve girişkenlik gibi akut davranışsal etkiler ortaya

çıkar ve birkaç saat sürebilir. Kenevir kullanıcılarının bazılarında kaygı düzeyinde artma gibi olumsuz duygulanımlar, daha aşırı durumlarda panik, paranoya ve diğer psikotik belirtiler görülebilir. Ayrıca konjonktival kızarıklık (kırmızı göz), iştah artışı, ağız kuruluğu ve taşıkardi gibi fiziksel belirtiler eşlik edebilir (Kesner and Lovinger, 2021: 1676).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Esrarın ergen beyin gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerini araştıran bir çalışma; KKB olan 22 ergen ile 43 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmıştır. Araştırmanın başlangıcında, dokuzuncu ayda ve 18. ayda yapılan FMRI inceleme sonuçları KKB olan grupta daha düşük zekâ katsayısı ve daha yavaş bilişsel işlevleri düşündüren kanıtlar bulmuştur (Camchong, Lim et al., 2017: 1925).

Uzun süre kenevir kullanımının klinik etkileri

Uzun süre (kronik) kenevir kullanımının kesin bir tanımı bulunmamakla birlikte bunun, haftada birkaç kez-günde birkaç kez arasında değişen sık kullanımın toleransla sonuçlandığı konusunda genel bir fikir birliği vardır. Kenevir kullanımının uzun vadeli etkileri arasında bağımlılık, beyin gelişiminde bozulma, zayıf eğitim sonuçları, bilişsel bozukluk, yaşam kalitesinde düşme, kronik solunum yolu hastalıklarında artma ve psikotik bozukluk riski, yaralanmalar, motorlu araç yaralanmaları ve intihar yer alır (Bahji, Stephenson et al., 2020: 2). Ergenlikte düzenli esrar kullanımı daha düşük okul başarısı ve erken okul terki, daha zayıf bilişsel performans, değişmiş beyin bütünlüğü, depresyon, kaygı, psikoz, dürtü kontrol bozuklukları, intihar düşünceleri ve girişimine neden olabilir (Lorenzetti, Hoch et al., 2020: 169).

2.4.1.4. Kenevir Yoksunluk Sendromu

Kenevir Yoksunluk Sendromu (KYS) uzun süreli (en az birkaç ay süresince her gün ya da neredeyse her gün kullanım) kenevir kullanımının bırakılmasının ardından yedi gün içinde gelişebilir. KYS tanısı için (1) Kolay kızama, öfke veya saldırganlık; (2) Sinirlilik veya kaygı; (3) Uyku bozukluğu; (4) İştah veya kilo bozukluğu; (5) Huzursuzluk; (6) Depresif ruh hali ve (7) Belirgin rahatsızlığa neden olan bedensel belirtilerden (baş ağrısı, terleme, mide bulantısı, kusma veya karın ağrısı) gibi en az üç semptomun varlığı gerekir (APA, 2013). KYS belirtileri kenevir kullanımının bırakılmasından sonra 24-48 saat içinde başlar, 2-5 gün sonra doruğa ulaşır. Ortalama 2-3 hafta içinde hafiflemeye başlar ve başlangıç seviyelerine döner, ancak uyku bozuklukları daha uzun devam edebilir (Schlienz, Budney et al., 2017: 76-77). KYS yaygınlığı %12,1'dir (Livne, Shmulewitz et al. 2019). Kadınlar ilk kullanımdan sonra kenevir bağımlılığına daha hızlı ilerler, daha kötü tedavi sonuçları sergiler ve yoksunluk belirtilerini daha şiddetli yaşar (Schlienz, Budney et al., 2017: 76-77).

2.4.1.5. Kenevirin tıbbi kullanımı

Kannabinoidler; travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), Crohn hastalığı, ülseratif kolit, alzheimer, multipl skleroz, kas spazmları, epilepsi ve tedaviye yanıt vermeyen kronik ağrının tedavisinde tıbbi olarak kullanılmaktadır, ancak etkinliği ile ilgili yeterince veri bulunmamaktadır (Jacobs, Colon et al., 2022: 1). Ayrıca, kemoterapi ile ilişkili mide bulantısı/kusma tedavisinde, HIV/AIDS ile ilişkili kilo kaybı/iştah kaybının tedavisi için Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır (Robinson and Adinoff, 2016: 18).

Dronabinol ve nabiximols'ın (CB1 reseptörü agonistleri) esrar yoksunluğunun tedavisinde; Dronabinol'ün opioid yoksunluk tedavisinde; Rimonabant'ın ise tütünün bırakılmasında olumlu etkileri görülmüştür (Sloan, Gowin et al., 2017: 73).

Kenevir kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.1 de sunulmuştur.

Tablo-2.4.1. Kenevir Kullanımına Ait Genel Özellikler

Kullanım yolu	Sigara içine sarılarak, ağızdan, dil altından, burundan, deri üzerinden, rektal ve damar içi enjeksiyon
Etki mekanizması	CB1 reseptörlerinin aktivasyonu
Yaygınlık	Dünya nüfusunun yaklaşık %3,8'i Türkiye'de 2021 yılında bağımlılık sebebiyle tedavi gören hastaların %11,6'i
Akut etkileri	Öfori, kaygıda azalma, depresyon, girişkenlik, bazı kullanıcılar da; kaygı düzeyinde artma, panik, paranoya ve diğer psikotik belirtiler. Konjonktival kızarıklık (kırmızı göz), iştah artışı, ağız kuruluğu ve taşikardi
Kronik etkileri	Bağımlılık, beyin gelişiminde bozulma, düşük okul başarısı ve erken okul terki, bilişsel bozukluk, yaşam kalitesinde düşme, depresyon, kaygı, psikoz, dürtü kontrol bozuklukları. Kronik solunum yolu hastalıkları, yaralanmalar, motorlu araç yaralanmaları, intihar
Yoksunluk belirtileri	Kolay kızma, öfke veya saldırganlık, sinirlilik veya kaygı, uyku bozukluğu; iştah veya kilo bozukluğu, huzursuzluk, depresif ruh hali, belirgin rahatsızlığa neden olan bedensel şikâyetler (baş ağrısı, terleme, mide bulantısı, kusma veya karın ağrısı).
Etki başlangıç süresi	Alınış yoluna göre 5 dk- 1 saat
Kanda, tükürükte, İdrarda, saçta, tespit süresi	Kan testi: 4 saate kadar Tükürük testi: 72 saate kadar İdrar testi: 30 güne kadar Saç testi: 90 güne kadar
Sokak isimleri	Ot, kubar, derman, lahana dolması, plaka, mühür, sarıkız, sarıçek, keçi, yeşil, kına, aşk otu, cam macunu, kıkırdama dumanı, mayın.

2.4.1.6. Sentetik Kannabinoidler (Bonzai)

Sentetik kannabinoidler (SK), 1970'lerde araştırmacıların kanser ağrısı için yeni tedaviler geliştirmeye çalıştıkları sırada ortaya çıkmıştır. SK'ler, esrara benzer psikoaktif etki gösterirler ve kolayca elde edilirler. Genellikle bitkisel karışımlar şeklindedirler, ayrıca, tablet, kapsül veya toz olarak satılırlar. Sıklıkla, pipoyla veya esrarla karıştırılarak içilirler. Son zamanlarda, e-sigara ile vape (buhar soluma) edilebilen daha yeni likit formülasyonları ortaya çıkmıştır. SK'ler, kenevirden farklı farmako-

lojik özelliklere sahiptir. CB1 ve CB2 reseptörlerinin tam agonistleridirler (Lafaye, Karila et al., 2017: 310).

Tamamen sentetik narkotik bir madde olan SK'lar uyuşturucu ve hayal gösterici etkiye sahiptir. Bu maddenin 300'e yakın kimyasal çeşidi bilinmektedir. Türkiye'de, Çin'den yasa dışı yollarla getirilen ham maddeler, çözülerek içine haşşere ve tarım ilaçları gibi katkı maddeleri eklenir. Daha sonra bu maddeler, ada çayı, damiana çayı, yavşan otu, kekik, kına, hint kınası, kimyon gibi bitkisel ürünlere veya kâğıda spreyleme yoluyla emdirilerek işlenir (TUBİM, 2022). SK'lerin kimyasal formülasyonları üreticiler tarafından bir veya iki yıl içinde değiştirildiklerinden olağan taramalarla tespit edilemezler (Lafaye, Karila et al., 2017: 311).

SK'lerin akut psikoaktif etkileri arasında ruh hali değişiklikleri, artmış kalp hızı, ağız kuruluğu, kırmızı göz, sinirlilik, kaygı, kısa süreli hafıza ve bilişsel bozukluk ve akut psikoz yer alır. Kalp ve böbrek yetmezliğine bağlı olarak ölüm görülebilir. Uzun süre kullanımları ve tolerans gelişiminin ardından, SK'lerin kesilmesi, kenevirde daha hızlı ve daha güçlü bir şekilde yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açar (Kesner and Lovinger, 2021: 1678). Uykusuzluk, gevşeme, huzursuzluk, kâbus, bilinç bulanıklığı, aşırma (yoğun madde isteği), tansiyonda yükselme, taşikardi, bulantı, kusma, ağrı, terleme SK'lerin yoksunluk belirtileridir.

DİKKAT

SK'lerin yoksunluk belirtileri kenevire göre çok daha şiddetlidir.

2.4.2. Halüsinojenler / Varsandıranlar / Psikedelikler İle ilişkili bozukluklar

Halüsinojenler, algıyı ve ruh halini değiştiren; dikkat, bellek, dil kullanma ve anlama, öğrenme, değerlendirme, sorun çözme ve karar verme gibi çok sayıda bilişsel süreci etkileyen güçlü psikoaktif maddelerdir (Nichols, 2016: 264). Halüsinojenler, farmakolojik etki mekanizması ve kimyasal yapılarına göre sınıflandırılırlar. Bu sınıfların, etki mekanizmaları farklıdır, ancak fiziksel, algısal, bilişsel ve duygusal süreçlerde yaptıkları geçici değişiklikler benzerlikler gösterir (Garcia-Romeu, Kersgaard et al., 2016: 229).

Halüsinojenler mantarlarda, bitkilerde ve hayvanlarda doğal olarak bulunabilir. Örneğin; pek çok mantar türünde doğal olarak bulunan psilosibin, Maya ve Aztek kültürlerinde şifa ve ruhani amaçlar için kullanılmıştır. Peyote ve San Pedro kaktüsünde bulunan Meskalin ve Ayahuasca'nın bir parçası olan N -dimetiltriptamin (DMT) gibi doğal halüsinojenler Amerika'nın ilk yerli halk kültüründe törenlerde kullanılmıştır. Anton Köllisch tarafından 1912'de keşfedilen ekstazi (MDMA), Albert Hofmann tarafından 1943'te keşfedilen LSD ise sentetik halüsinojenler arasında yer alır (Kelmendi, Kaye et al., 2022: 64).

Halüsinojenler, psikoz benzeri belirtiler ortaya çıkartır ve bağımlılık yapmadan algıyı, duyguları, düşünceleri ve ruh halini değiştirebilirler, halüsinasyona neden olabilirler. 'Halüsinasyon', kişinin gerçekte var olmayan duyduğu, gördüğü, kokladığı, hissettiği veya tattığı bir şeydir ve şizofreni gibi zihinsel bozukluklardan etkilenen kişilerde yaygın olarak gözlenir (Dinis-Oliveira, Pereira et al., 2019: 184). Halüsinojenler çoğu zaman tipik dozlarda halüsinasyonlara neden olmaz. Bu nedenle, bu maddeler psikedelikler (psychedelics-zihni açığa çıkaran) olarak da tanımlanırlar (Shalit, Rehm et al., 2019: 36).

Bu bölümde en sık kullanılan halüsinojenler olan LSD, MDMA, psilosibin, meskalin (peyote), ketamin ve fensiklidin (PCP) üzerinde durulacaktır

2.4.2.1. Halüsinojen kullanımının yaygınlığı

Avrupa Birliği'nde 15-34 yaş aralığında LSD ve halüsinojenik mantar kullanım yaygınlığının her iki madde için %1 ya da daha az olduğu tahmin edilmektedir. Finlandiya ve Estonya'da bu oran %1,5-2 civarındadır (EMCDDA,2022). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (NIDA) genç yetişkinlerin 2011'de %3'ünün, 2016'da %5'inin, 2021'de ise %8'inin halüsinojen kullandığını bildirmiştir. NIDA'ya göre; LSD, MDMA, meskalin ve PCP en sık kullanılan halüsinojen türleri olmakla birlikte MDMA kullanımında bir düşüş görülmektedir (NIDA, 2022a). Avrupa Birliği'nde halüsinojen kullananların %13'ünü ketamin kullananlar oluşturmaktadır. 16-34 yaş aralığında ketaminin kullanım yaygınlığının Danimarka'da %0,4 (2021), Romanya'da ise %0,8 (2019) olduğu tahmin edilmektedir. Hollanda, gençler arasında ketamin kullanımının gece hayatı mekânlarında artış gösterdiğini bildirmiştir. Akut uyuşturucu toksisite raporlamalarının %1,3'ünde ketamin bulunmuştur (EMCDDA,2022). DMT özellikle Batı toplumlarında, giderek artan bir şekilde eğlence amaçlı olarak kullanılmaktadır. Son yirmi yılda DMT kullanımını Güney ve Kuzey Amerika'nın, Avrupa'nın, Asya'nın ve Afrika'nın şehir merkezlerine yayılmıştır (Hamill, Hallak et al., 2019: 110).

Türkiye' de 2021 yılında Halüsinojen Kullanım Bozukluğu (HKB) sebebiyle tedavi merkezlerine ayaktan başvuru sayısı 2.033, yatan hasta sayısı ise 148'dir (TUBİM, 2022).

2.4.2.2. Halüsinojenlerin etki mekanizması

Uygulama yoluna bağlı olarak halüsinojenler genellikle hızlı etkili olarak kabul edilir. Psilosibinin ağızdan alınmasının ardından 20-40 dakikada psikoaktif etkileri başlar ve 6-8 saat içinde etkileri çoğunlukla ortadan kalkar. Damar içi enjeksiyon ile uygulanan psilosibin,15-30 dakikada sürede etkisini gösterir. Psilosibinin çoğu glukuronidler gibi daha fazla çözünür metabolitlere dönüştürülür ve idrarla atılır (Kelmendi, Kaye et al.,2022: 64).

Halüsinojenler, özellikle serotonin reseptörlerinin 2A alt tipine (5-HT_{2A}) bağlanarak nöronlar içindeki sinyal iletim yollarını aktive eder. Triptamin ve ergoline halüsinojenlerinin beyindeki 5-HT_{2A} reseptörlerine bağlanması, bilinç değiştirici etkileri için gereklidir. Çoğu halüsinojen, 5-HT_{2C} reseptörlerine de bağlanır ve birçok triptamin ve ergolin, 5-HT_{1A} için yüksek afiniteye sahiptir. MDMA ise diğerlerinden farklı olarak serotonin geri alımını engelleyerek etkisini gösterir (Kelmendi, Kaye et al.,2022: 66). LSD ergot alkaloid ergotamin'den türetilen yarı sentetik bir triptamindir. Serotonerjik reseptör agonisti olarak etki eder ve ayrıca dopaminerjik ve adrenerjik reseptör bölgelerinde de etki gösterir (Schlag, Aday et al., 2022: 259).

Diğer bir halüsinojen olan ketaminin, talamik retiküler çekirdek de bulunan gama-aminobütirik asit (GABA) nöronları üzerindeki NMDA reseptörlerini bloke ederek dopaminerjik nöronların disinhibisyonuna ve dopamin artışına sebep olduğu varsayılmaktadır (Liu, Lin et al., 2016: 70). Tablo-2.4.2 de halüsinojenlerin genel özellikleri verilmiştir.

Tablo-2.4.2. Halüsinojenlerin Genel Özellikleri

Madde	Kullanım yolu	Etki mekanizması	Etki başlangıç süresi	Tespit etme süresi
LSD	Ağızdan Deri (bant) Damar içi	Serotonerjik agonist, dopaminerjik agonist, noradrenerjik agonist,	Ağızdan:1,5-5 sa İ.M.:5-20dk İV:3-5 dk İ.S.:30sn-1 dk	Kan testi: 12 saat İdrar testi: 4 güne kadar Saç testi: 90 güne kadar
MDMA (Ekstazi)	Ağızdan	Serotonin, dopamin ve noradrenalin geri alım inhi- bisyonu	20-60 dk	Kan testi: 2 güne kadar Tükürük testi: 2 güne kadar İdrar testi: 4 güne kadar Saç testi: 90 güne kadar
MESKA- LİN	Ağızdan (tablet, kap- sül, likid)	Serotonerjik agonist	30-120 dk	Kan testi: 24 saate kadar Tükürük testi: 10 gün kadar İdrar testi: 3 güne kadar Saç testi: 90 güne kadar
PSİLO- SİBİN	Ağızdan (tab- let, kapsül) Damar içi	Serotonerjik agonist	10-40 dk	Kan testi: 24 saate kadar Tükürük testi: 10 gün kadar İdrar testi: 4 haftaya kadar Saç testi: 90 güne kadar
PCP	Ağız Burun Deri Damar içi	N-me- til-D-aspartat (NMDA) antagonist	1-5 dk	Kan testi: 24 saate kadar İdrar testi: 24 sa kadar Saç testi: 90 güne kadar
DMT	Ağızdan (çay) Sigara şek- linde	Serotonerjik agonist	10-15 saniye	-
KETA- MİN	Damar içi Kas içi Burundan Sigara şek- linde	N-me- til-D-aspartat (NMDA) antagonist	Ağız- dan:10-30 dk Burun- dan:5-15 dk İ.M: 30dk-2 saat	Kan testi: 4 güne kadar İdrar testi: 11 güne kadar Saç testi: 90 güne kadar

2.4.2.3. Halüsinojen kullanımının klinik etkileri

Halüsinojenler alınan doz ve uygulama yoluna bağlı olarak algı, biliş ve ruh hali üzerinde çeşitli etkiler gösterirler. Görsel halüsinasyonlara, illüzyonlara (yanılsama) ve sinesteziye (sesleri koklama, şekilleri tatma, renkleri duyma gibi iki farklı duyunun kombinasyonu şeklinde, duyular arasında istemsiz geçişler yapan algılardır) benzer algısal değişikliklere neden olabilirler. Aynı zamanda kaygıya ve kişinin ben-

lik algısını kaybetmesi gibi rahatsız edici etkilere yol açabilirler. (Kelmendi, Kaye et al., 2022: 65).

Halüsinojenler fiziksel bağımlılık, şiddetli istek, büyük fizyolojik rahatsızlıklar, deliryum, oryantasyon bozukluğu (kişinin çevresini, zamanı ve kişileri doğru bir şekilde algılama ve anlama yeteneğinde bozulma) veya amneziye (hafıza kaybı) neden olmadan, rüyalar, düşünce, bilinç ve kişinin benlik algısı üzerinde değişikliklere, canlı istemsiz hafıza parlamalarına ve akut psikotik semptomlara neden olurlar. Yüksek dozlarda klasik Halüsinojenlerin uygulanmasıyla mistik tip deneyim olarak adlandırılan deneyim ortaya çıkabilir. Halüsinojenler ayrıca kan basıncını ve kalp atış hızını yükseltebilirler. Doza bağlı baş ağrıları, nadiren mide bulantısı ve kusma görülebilir (Johnson, Hendricks et al. 2019). Tıbbi olmayan halüsinojenlerin özellikle kontrolsüz koşullarda kullanımı anksiyete, panik, disfori, paranoya, tehlikeli davranışlara ve kalıcı psikolojik sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Çok nadir olmakla birlikte, insanlar binalardan atlayarak yaşamlarına son verebilirler (Schlag, Aday et al., 2022: 263).

Halüsinojenler öforik değildir, tolerans hızla gelişir, doz artırımı ile toleransın üstesinden gelinemez ve bilinen bir yoksunluk sendromu yoktur (Schlag, Aday et al., 2022: 260). Halüsinojen kullanım bozukluğu nadirdir ve halüsinojenlere maruz kalmanın ardından gelişme riski düşüktür (Shalit, Rehm et al., 2019: 39).

DİKKAT

Tıbbi olmayan halüsinojen kullanımı, çok nadir de olsa kullanıcıların binalardan atlayarak yaşamlarına son vermesine sebep olabilir.

1-LSD (Lysergic acid diethylamid)

a. LSD kullanımının akut klinik etkileri

Düşük LSD dozlarında (Örneğin; <100 µg), duyuşsal ve bilişsel süreçler bozulabilir ve değişebilir. Yüksek dozlar, kullanıcıların “zirve deneyimler”, “aşkın” veya “mistik” olarak tanımladıkları bilinç durumlarında değişikliklere neden olur. Kullanıcılar, zaman ve mekânın ötesine geçtiklerini veya “Tanrı” kavramıyla karşılaştıklarını hissedebilirler veya dünya dışı varlıklarla karşılaştıklarını, evrenle bir olma duygularını, geçmiş anılarını yeniden yaşadıklarını vb. hissedebilirler (Nichols, 2016: 279-280).

b. Uzun süreli LSD kullanımının klinik etkileri

Bellek, konuşma ve bilişsel bozukluklara, psikoza yatkın bireylerde şizofreniye, Kalıcı Halüsinojen Algı Bozukluğuna sebep olabilir. Ayrıca distoni, diskinezi, nöbet, katepsi ve kalp-damar sorunlarına neden olabilir (Işık and Işık, 2016: 230).

2- MDMA (Ekstazi)

a. MDMA kullanımının akut klinik etkileri

Ekstazi (3,4 metilendioksümetamfetamin), sentetik bir amfetamin bileşimidir. Maddeyi aldıktan yaklaşık yarım saat sonra vücut sıcaklığında, kan basıncında ve kalp atış hızında artış meydana gelir. Kullanıcılar bu durumu “yüksek” olarak adlandırır. Kaygı veya mide rahatsızlığı eşlik edebilir. Ardından kişinin özelliklerine, kullanım amacına ve tüketilen maddenin saflığına bağlı olarak yaklaşık 4-6 saat süren enerjide artma, coşku, karşı cinsle yakınlık artışı, güven duygusunda artma,

zaman algısında bozulma ortaya çıkar. Ekstazi, kan-beyin bariyerini aşır merkezi sinir sisteminde birikebilir, fulminan hipertermi (vücudun hızlı bir şekilde aşırı ısınması), kalp ve böbrek işlevlerinde bozulmalara sebep olabilir (Browarski and Fernández Romar, 2023: 7).

b. Uzun süreli MDMA kullanımının klinik etkileri

Kullanıcılarında anksiyete, depresyon, obsesif davranışlar, fobik ve paranoid düşünceler, saldırganlık, uyku ve yeme bozuklukları görülebilir (Ögel, 2018: 144).

3-Psilosibin

a. Psilosibin kullanımının akut klinik etkileri

Psilosibin kullananların %10,7'si psilosibin etkisi altında iken kendilerini veya başkalarını fiziksel hasar riskine soktuklarını; %2,6'sı kendilerine veya başkalarına şiddet uyguladığını veya fiziksel olarak saldırgan davrandığını ifade etmiş ve %2,7'si bir hastane veya acil servise gittiklerini bildirmiştir. Psilosibin kullananlar duygu ve düşüncelerde değişiklikler, halüsinasyonlar, sinestezi ve zamansal algıda değişiklikler, tuhaf ve ürkütücü görüntüler, gerçeklik duygusunun kaybı, ajitasyon, aşırı kaygı, korku ve psikotik ataklar yaşayabilir (Bienemann, Ruschel et al. 2020). Bayılma veya bilinç kaybı, nefes almada güçlük ve nöbetler görülebilir. Ayrıca, psilosibinin neden olduğu panik reaksiyonları, muhakeme ve algı bozuklukları tehlikeli davranışlara, kazalara, kendine zarar vermeye ve hatta intihara neden olabilir. Psilosibinin akut fizyolojik etkileri hafiftir; solunum sıklığında, kalp atış hızında ve kan basıncında hafif artışlara neden olabilir. Aşırı doz psilosibin ayrıca mide bulantısı, baş dönmesi, titreme ve karın ağrısına neden olur. Semptomlar, genellikle altı saat içinde düzeler (Kopra, Ferris et al., 2022: 965).

b. Uzun süreli Psilosibin kullanımının klinik etkileri

Psilosibin kullanımı nadiren "geriye dönüşler", algısal değişikliklerin veya akut dönemde yaşanan diğer duyumların tekrarlandığı 'flaşbek (flashback; geçmişe dönüş)' gibi uzun süreli etkilere sebep olabilir (Kopra, Ferris et al., 2022: 965). Flaşbek; aniden ortaya çıkan, birkaç dakika içinde sonlanan, şekilsiz renkler ya da korkutucu halüsinasyonların eşlik ettiği akut dönemdeki yaşanan deneyimlerinin belli kısımlarının yeniden yaşanması şeklinde gerçekleşir (Ögel, 2018: 167).

4-Meskalin

a. Meskalin kullanımının akut klinik etkileri

Meskalin diğer halüsinojenlerden ayırt edici özelliklere sahiptir. Uygulamadan kısa bir süre sonra, halüsinasyonlar ve seslere aşırı duyarlılık şeklinde belirtiler ortaya çıkar. Işık ve renkler belirgin, parlak ve yoğun görünür. Halüsinasyonlar 10-12 saatten uzun sürebilir. Zaman genellikle daha yavaş geçiyormuş gibi algılanır. Sinestezi meydana gelebilir ve özellikle müzikle yoğunlaşır. Üç boyutlu nesnelere "geometrilendirilmiş" şekilde görülebilir. Kullanıcı, sanki garip bir yerçekimi kuvveti tarafından yüzüyormuş veya aşağı çekiliyormuş gibi hissedebilir. Bireyin, Tanrı veya tanrılarla iletişim kurduğuna ve dünyanın, zamanın ve mekânın sınırlarını aşarak başka bir dünyaya geçebileceğine inanması yaygındır. Bu nedenle meskalin, özellikle Amerikan yerlileri tarafından dini törenlerde sıklıkla kullanılır ve meskalinin doğal olarak bulunduğu peyote kaktüsüne "ilahi" veya "kutsal" kaktüs denir. Meskalin zehirlenmesi hiperrefleksi, taşikardi, ajitasyon, kas sertliği, ataksi, nöbetler, midriyazis, siyalore, hipertermi ve parestezi ile kendini gösterir (Dinis-Oliveira, Pereira et al., 2019: 184)

b. Uzun süreli Meskalin kullanımının klinik etkileri

Meskalinin uzun süreli etkilerine ait çok az veri vardır, ancak şizofreniye benzer uzun süreli bir psikoz durumu bildirilmiştir (Dinis-Oliveira, Pereira et al., 2019: 184).

5-Fensiklidin (PCP)

a. PCP kullanımının akut klinik etkileri

PCP dissosiyatif anestezi bir maddedir, ancak ajitasyon ve deliriuma sebep olması sebebiyle kullanımdan kaldırılmıştır. PCP türevleri, dünya çapında yasadışı olarak satılmakta ve kötüye kullanılmaktadır (Morris & Wallach, 2014).

Düşük ila orta dozlarda PCP etkileri aniden ortaya çıkan kafa karıştırıcı bir durum gibi algılanır. PCP, etkilerini gerçeklik algısını değiştirerek gösterir. Kullanıcının kişiliğine, psikolojik durumuna ve kullanım ortamına bağlı olarak uyarıcı, yatıştırıcı, halüsinojenik veya analjezik etkiler gösterebilir (Mozayani, 2003: 61).

PCP kullanımı sırasında ya da kullanıldıktan kısa bir süre sonra kişide saldırganlık, dürtüsellik, öngörülemeslik, psikomotor ajitasyon, yargılama bozukluğu gelişir. Bir saat içinde nistagmus (gözlerin yukarı-aşağı ya da sağa-sola istemsiz hareket etmesi), tansiyonda yükselme kalp atım hızında yükselme, uyuşma ya da ağrıya duyarlılıkta azalma, ataksi (hareketler arasında uyumun bozulması), hiperakuzi (ses aşırı duyarlılık), dizartri (sözcüklerin yanlış seslendirilmesi ya da söylenmesi), kaslarda sertlik, katılma (nefes verememe, bilinç bulanıklığı, gözlerde kayma, ellerde kasılma) ya da koma gelişir (APA, 2013). Yüksek doz PCP ciddi nörolojik ve kardiyovasküler komplikasyonlara, komaya neden olabilir (Mozayani, 2003: 61).

b. Uzun süreli PCP kullanımının klinik etkileri

Kayı, ölümün yakın olduğu hissi, beden imajının değiştiği algısı, şüphecilik, işitsel halüsinasyon, yargılamada bozulma, intihar düşünceleri, hafıza, konuşma ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma, psikoz ve beyin hasarı görülebilir. Ayrıca acı hissetmeme, koordinasyon kaybı, sıçrayıcı göz hareketlerine neden olabilir (Işık and Işık, 2016: 267).

6-Ayahuasca (DMT)

a. DMT kullanımının akut klinik etkileri

Ayahuasca, Psychotria viridis ve Banisteriopsis caapi bitkilerinin yaprak ve saplarının karışımından hazırlanan ve Amazon kabileleri tarafından ritüel ve tıbbi amaçlarla tüketilen psikoaktif bir içecektir. Ayahuasca'nın ana bileşiklerinden biri olan N,N-dimetiltriptamin (DMT) psikoaktif ve halüsinojenik etkilerinden sorumludur (Simão et al., 2019)

DMT ile daha çok hafif, nadiren şiddetli halüsinojik yan etkiler bildirilmiştir, ancak kötüye kullanıma, bağımlılığa veya toleransa yol açmaz. Uzun bir süredir, depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımı bozukluklarının tedavisinde faydalı olduğuna dair kanıtlar vardır (Maia et al., 2023).

DMT'nin olumlu ve olumsuz etkileri kullanıcının beklentilerine, tüketimin gerçekleştiği ortama ve kullanılan doza bağlı olarak değişiklik göstermektedir. DMT'nin düşük dozlarda alınması ile uyarıcı etkiler görülürken; yüksek dozlarda görsel halüsinasyonlar baskındır. DMT alımından sonra, yoğun algısal ve bilişsel değişiklikler,

somatik etkiler, artan duygusal sorumluluk ve olumlu ruh hali gibi psikoaktif etkiler hızla hissedilir ve maksimum 4-6 saat sürer. Aynı zamanda kardiyovasküler, otonomik, nöroendokrin ve immünojenik etkilere neden olabilir (Hamill, Hallak et al., 2019: 111).

DMT alındıktan 30 dakika sonra algılardaki değişiklikler, görsel alan titreşimi; ardından korkunç kafa karışıklığı, paranoya ve korku duyguları yaşanabilir. Mide bulantısı veya kusma görülebilir. Evrenle birlik, derin huzur ve vecd duygularıyla karakterize edilen manevi bir dünya ile temas ettiklerini belirtirler. Yorgunluk ve solma görselleri ile DMT etkisi sonlanır (de Rios 2005). Bütün bunlar yaşanırken kullanıcılar konuşabilirler ve çevrelerinin farkındadırlar, ancak zaman algıları değişebilir. Yaşanan bu döngü Kjellgren ve arkadaşları tarafından “aşkın daire” olarak tanımlanmıştır (Hamill, Hallak et al., 2019: 111).

b. Uzun süreli DMT kullanımının klinik etkileri

Hem ayahuasca hem de DMT tüketimi bağımlılığa yol açmaz ve tekrarlanan tüketimden sonra çok az veya hiç tolerans bildirilmemiştir (Brito-da-Costa, Dias-da-Silva et al., 2020: 334)

7-Ketamin

a. Ketamin kullanımının akut klinik etkileri

Ketaminin kötüye kullanımı, anestezi ve güçlendirici özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Kötüye kullanılan ketaminin eğlence dozu, anestezi dozundan yaklaşık %15 ila %20 daha düşüktür (Liu, Lin et al., 2016: 70). İntravenöz ketamin subanestetik dozlarda uygulansa bile salivasyon da artış, kalp hızında artış, sistemik arter basıncı ve kafa içi basınç artışı, halüsinojenik yan etkiler ve deliriuma sebep olabilir (Mihaljević, Pavlović et al., 2020: 325).

b. Uzun süreli Ketamin kullanımının klinik etkileri

Uzun süredir ketamin kullanımı sonucunda öğrenme ve hafıza işleme bozulur. Özellikle, sözel öğrenme bozukluğu ve uzamsal bellekte performans azalması görülebilir. Kronik ketamin kullanımı halüsinasyonlar, sanrılar, diğer şizofreni benzeri pozitif ve negatif semptomları da ortaya çıkartabilir (Liu, Lin et al., 2016: 72). Hastalarda karın ağrısı ve idrar yolu şikâyetleri ve karaciğer hasarı da görülebilir (Skeldon and Goldenberg, 2014: 170).

2.4.2.4. Halüsinojen kalıcı algı bozukluğu

LSD başta olmak üzere tüm halüsinojenlerin kullanımına bağlı olarak gelişebilir (Nichols, 2016: 279-277). Halüsinojen kullanımının bırakılmasından çok sonra, o halüsinojen kullanımı sırasında yaşanan bir ya da birden çok algısal (örneğin geometriyle ilgili halüsinasyonlar, çevresel görme alanlarında yanlış devimsel algılar, renk parlamaları, yoğunlaşmış renkler, yer değiştiren nesnelerin ardından sürüklenen izler, nesnelerin çevresinde ışık halkaları, nesneleri olduğundan büyük algılama, nesneleri olduklarından küçük algılama) belirtinin yeniden yaşanmasıdır (APA, 2013).

2.4.2.5. Halüsinojen yoksunluk sendromu

Halüsinojenler için DSM-5 de yoksunluk sendromu tanımlanmamıştır. LSD, Meskalin, psilosibin kullanımının kesilmesiyle yoksunluk belirtileri izlenmez (Garcia-

a-Romeu, Kersgaard et al., 2016: 229). Kronik ketamin kullanıcılarının küçük bir örneğinde yoksunluk belirtileri bildirilmiştir. Ketaminin kesilmesinin ardından en sık görülen belirtiler; yorgunluk, iştahsızlık ve uyuşukluktur, aşırma, kaygı, uyku sorunları, disfori, titreme, terleme ve çarpıntı da görülebilir (Chen, Huang et al., 2014: 3).

2.4.2.6. Halüsinojenlerin tıbbi kullanımı

Psilosibin kullanımı, ilerlemiş kanserli hastaların %80'inde anksiyete ve depresif belirtilerin azalmasında, yaşam kalitesinde, yaşam anlamında ve iyimserlikte belirgin ve kalıcı iyileşme sağlamıştır. Alkol kullanım bozukluğu olan 10 kişide yapılan bir çalışma, standart psikoterapötik tedaviye psilosibinin eklenmesi ile 36 haftaya kadar yoksunluğu iyileştirdiğini göstermiştir (Bienemann, Ruschel et al. 2020).

MDMA alanlar, önemli yan etkiler olmadan, TSSB semptomlarında belirgin azalma sağlamıştır (Kelmendi, Kaye et al., 2022: 68).

Benzer şekilde LSD'nin küme baş ağrılarında etkili olduğu, ölümcül hastalıkta kaygıyı hafiflettiği bildirilmiştir (Kim, Che et al. 2020). Glokom, ve doku rejenerasyonunda da etkili olduğu gösterilmiştir (Nichols, 2016: 264).

Ketaminin anestezi, analjezi, sedasyon, tedaviye dirençli depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete tedavisinde kullanılmaktadır (Liu, Lin et al., 2016: 70).

2.4.3. Uçucu / İnhalan Madde İle İlişkili Bozukluklar

Uçucu madde olarak yaygın şekilde suistimal edilen ürünler arasında benzin, sprey boya, tinerler, aerosoller ve yapıştırıcılar bulunur (Crossin, Qama et al., 2019: 2). Uçucular evsel, endüstriyel ve tıbbi ürünlerde sıklıkla buldukları formlara göre dört kategoride (uçucu çözücüler, aerosoller, gazlar ve nitritler) sınıflandırılır (Tablo-2.4.3) (NIDA, 2022b).

Tablo-2.4.3. Uçucu Maddelerin Sınıflandırılması

Uçucu çözücüler	Aerosoller	Gazlar	Nitritler
-Tiner ve sökücüler,	-Sprey boyalar	-Tıbbi anestezipler	-Sikloheksil nitrit
-Kuru temizleme sıvıları	-Deodorant ve saç spreyleri	*Eter	-İzoamil (Amil) nitrit
-Yağ gidericiler	-Yemek pişirmek için bitkisel yağ spreyleri	*Kloroform,	-İzobütil (Bütil) nitrit
-Benzin		*Halotan	
-Yapıştırıcılar	-Kumaş koruyucu spreylere	*Nitröz oksit	
-Düzeltilme sıvıları		-Bütan çakmakları	
-Keçeli kalemler		-Propan tankları	
		-Soğutucular	

Nitrözoksit "gülme gazı" olarak da adlandırılır. Nitröz oksit, bu gazlar arasında en çok suistimal edilen uçucu maddedir, krem şanti dağıtıcılarında ve yarış arabalarında oktan seviyelerini yükselten ürünlerde bulunabilir (NIDA, 2022). Uçucu maddelerin birçoğu doğrudan merkezi sinir sistemine etki ederken, nitritler öncelikle kan damarlarının genişlemesi ve kas gevşemesi üzerine etki eder. Diğer uçucu maddeler ruh halini değiştirmek için kullanılırken, nitritler öncelikle cinsel güçlendirici olarak

kullanılırlar. Amil nitrit tanımı amacıyla kullanılabilir ve geçmişte bazı hastaların kalp ağrısı tedavisi için kullanılmıştır. Nitritler “oda koku giderici”, “deri temizleyici” veya “sıvı aroma” olarak küçük şişelerde satılmaktadırlar. Bu tür maddeler, maliyetlerinin düşük olması, erişilebilirliklerinin kolay olması, yaygın bulunabilirlikleri, yasal olmaları, hızlı öfori sağlamaları ve elde edilmesi zor olabilecek diğer maddelere alternatif olabilmeleri nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır (Radparvar, 2023: 4).

Toluen bu ürünlerin ortak içeriğidir. Benzin yaklaşık %7, sprey boya ve tinerler ise %35'e kadar toluen içerir. Uçucu maddeler; koklayarak, aerosollerini doğrudan burun veya ağza püskürterek, bir plastik veya kâğıt torba içine püskürtülen maddelerden çıkan dumanı soluyarak, nitroz oksitle dolu balonlardan soluyarak; sprey kutularından, solvante batırılmış kumaştan veya doğrudan bir torbadan konsantre buharların solunması gibi yöntemlerle kullanılabilir. Endüstriyel ortamlarda da (toluenin solvent olarak kullanıldığı fabrikalar v.b.) toluene maruz kalınabilir (Crossin, Qama et al., 2019: 2).

Uçucu maddeler sıklıkla diğer maddelere geçiş ajanlarıdır ve süreç içinde diğer maddeleri kullanmaya başlayabilirler (Saini, Singh et al., 2022: 132).

2.4.3.1. Uçucu Kullanım Bozukluğunun (UÇKB) yaygınlığı

Uçucu madde kullanım kalıpları büyük farklılıklar gösterse de küresel bir olgudur. Gelişmiş ülkelerde yaşam boyu uçucu madde kullanım oranları düşük olarak bildirmektedir. Yoksul veya izole edilmiş topluluklarda ise kullanım oranları daha yüksektir. Hindistan'da, evsiz çocukların %35'inin; Yukarı Mısır'da sokaklarda yaşayan çocukların ise %91'inin uçucu madde kullandığı bildirilmiştir. Hırvatistan (%25), Slovenya (%14), Yunanistan (%13), Estonya (%13), Gürcistan (%12) gibi Avrupa'nın en yoksul ülkelerinde de uçucu madde kullanımı yaygındır (Woodward and Braunscheidel, 2022: 2).

Uçucu maddeleri en yaygın olarak genç ergenler kötüye kullanmaktadır. Yaş arttıkça kullanım azalmaktadır. Yaygınlık oranları erkekler ve kadınlar arasında yaklaşık olarak eşittir (Crossin, Qama et al., 2019: 2).

Türkiye'de 2021 yılında UMKB sebebiyle tedavi merkezlerine ayaktan başvuru sayısı 759, yatan hasta sayısı ise 105 dir. 2021 yılında madde bağımlılığı sebebiyle tedavi gören hastaların % 1,1'ini UMKB oluşturur (TUBİM, 2022).

2.4.3.2. Uçucu maddelerin farmakokinetiği ve etki mekanizması

Toluen solunduktan sonra akciğerler yoluyla hızla kan dolaşımına karışır ve hızla beyne ve diğer organlara dağılır. Etkileri birkaç dakika içinde başlayıp 15-45 dakika içinde sonlanır. Absorbe edilen toluenin yaklaşık %80'i idrarda hippurik asit olarak atılır ve 12 saate kadar idrarda tespit edilebilir. Tespit yöntemi zor ve çok pahalı olduğu için rutinde kullanılmaz (Ögel, 2018: 129).

Toluen etkisini dopamin, gama-aminobütirik asit ve glutamat üzerinden gösterir (NMDA↓ glisin↑, GABA A ↑, nACh↓, dopamin↑). Toluen doza bağlı olarak prefrontal kortekste hücre dışı dopamin düzeylerini artırır (Volkow and Blanco, 2023: 206).

Nitritler, bir gaz iletici olan nitrik oksit (NO) salarak etkilerini gösterir. NO, guanilil siklaz enzimini aktive ederek cGMP üretiminde artışa neden olur ve anal sfinkter ile vasküler düz kasın hızlı bir şekilde gevşemesini sağlar (NIDA, 2023).

2.4.3.3. Uçucu kullanımının klinik etkileri

Uçucu kullanımının akut klinik etkileri

Solunduktan birkaç saniye sonra kullanıcı, alkolün yarattığına benzer sarhoşluk yaşar. Sarhoşluk sadece birkaç dakika sürdüğü için, kullanıcı sıklıkla birkaç saat boyunca tekrar tekrar soluyarak uçucu madde etkisini uzatmaya çalışır. Yoğun uçucu madde kullanımından sonra kişi birkaç saat uykulu hissedebilir ve kalıcı bir baş ağrısı yaşayabilir. Tekrarlayan soluma kişide bilinç kaybına ve hatta ölüme sebep olabilir (NIDA, 2023).

Düşük dozlarda muhakeme bozukluğu, şüphecilik, ilgisizlik, baş dönmesi, görme bozuklukları, nistagmus, koordinasyon bozukluğu ve geveleyerek konuşma, dengsiz yürüyüş ve titreme gibi belirtilere sebep olur. Yüksek doz uçucu madde kullanımı reflekslerin baskılanmasına, sersemlik, komaya ve hatta merkezi solunum depresyonu ve kardiyak aritmiden kaynaklanan ölümlere neden olabilir. Yutkunma ve nefes almada önemli görevi olan larinx hasarlarına bağlı gelişen oksijen yetersizliği ya da kusmuğun nefes borusuna kaçmasına bağlı boğulma sonucu ölümler gerçekleşebilir. Bir diğer ölüm sebebi madde etkisi altında gerçekleşen kazalardır (Saini, Singh et al., 2022: 132). Ani koklama ölümü ya da sarhoşken boğulma veya kasıtsız yaralanmalar gerçekleşebilir (Crossin, Scott et al., 2018: 47).

DİKKAT

Uçucu madde kullanımına bağlı olarak gelişen; kardiyak aritmi; larinx hasarlarına bağlı gelişen oksijen yetersizliği; kusmuğun nefes borusuna kaçmasına bağlı boğulma ve madde etkisi altında gerçekleşen kazalar sonucu ölümler gerçekleşebilir.

Fizik muayenede nefeste kimyasal koku, siyanoz (morarma); yüzde, el ve tırnaklarda veya giysilerde boya, parlıltı veya diğer lekeler, termal yanıklar, kontak dermatit, sarılık, yüzde döküntüler, burun akıntısı, ağız çevresinde yaralar, ağız veya solunum yolu yanıkları görülür (Radparvar, 2023: 106).

Uzun süre uçucu madde kullanımının klinik etkileri

Uçucu maddelerin uzun süreli kullanımları tolerans ve bağımlılık gelişmesine, kesilmeleri ile de yoksunluk belirtilerine yol açar. Görme kaybı, sensörinöral sağırılık, burun epitelinde burun kanamasına yol açan aşırı kabuklanma olabilir (Saini, Singh et al., 2022: 135). Bilişsel işlev bozukluklarına, böbrek hastalığına ve büyüme bozukluklarına neden olabilir. Uçucu madde kötüye kullanımı ruh sağlığı bozuklukları, intihar düşüncesi ve davranışı, alkol ve diğer maddelerin kullanımına da sebep olabilir (Crossin, Scott et al., 2018: 47). Ayrıca ilerleyici ve düzelmeyen tremor ve demansa sebep olabilir.

Beysin, pankreas, yağ dokusu, kemik ve adrenal bezler; karaciğer, böbrek ve kas dokusu uçucu madde kullanımından etkilenir. Ergenlerde uçucu madde kötüye kullanımı kilo kaybı ve boyun daha az uzamasına yol açmaktadır. Toluene içeren uçucu maddelerin kasıtlı olarak solunmasından kaynaklanan uzun süreli bilişsel bozulma uçucu kullanımının uzun süreli bırakılmasıyla genellikle düzelir (Crossin, Qama et al., 2019: 9). Görsel motor hız, öğrenme, bellek ve yürütücü kontrol işlevlerindeki bozukluk ise kullanımın uzun süreli bırakılmasına rağmen devam edebilir (Woodward and Braunscheidel, 2022: 5).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Ergenlik döneminde uzun süreli uçucu madde kullanımını öyküsü olan 86 ergen ile madde kullanımı olmayan 32 ergenin karşılaştırıldığı bir çalışmada, uzun süreli uçucu madde kullanım öyküsü olanların, uçucu madde kullanmayanlara göre ortalama boylarının beş cm daha kısa, kilolarının yedi kilo daha az olduğu bulunmuştur (Crossin, Cairney et al., 2017: 101).

Hamilelik sırasında kullanılan uçucu madde plasenta yoluyla kolayca fetüse geçer. Spontan düşüklere ve fetal solvent sendromuna neden olabilir. Fetal solvent sendromu, bebeklerde düşük doğum ağırlığı, mikrosefali (küçük kafa), mikrognati (küçük çene), fasiyal dismorfoloji, kraniyofasiyal dismorfizm (kafatası, yüz ve göz bölgesinde anormallikler), serebellar disfonksiyon, işitme kaybı, yarı damak, büyüme geriliği, kas tonusunda azalma ve gelişme geriliği ile kendini gösterir (Radparvar, 2023: 103).

2.4.3.4. Uçucu madde yoksunluğu

Geri çekilme semptomları, uçucu çözücüler ve gazlarla ortaya çıkabilir ve alkol veya benzodiazepinlerin kesilmesiyle ortaya çıkanlara benzerdir. Mide bulantısı, kusma, terleme, taşikardi, titreme, uyku bozukluğu, psikoz, uykusuzluk ve nöbet görülebilir (Radparvar, 2023: 103).

2.4.3.5. Komorbidite

Uçucu madde kullanımının önemli bir sonucu, yaşam boyu duygudurum, kişilik veya kaygı bozukluklarının yüksek prevalansıdır. Kadın uçucu madde kullanıcılarının erkeklere göre çoklu psikiyatrik bozukluklar geliştirme olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, uçucu madde kullanımının erken başlaması, alkol, esrar, nikotin ve psikostimülanlar dâhil olmak üzere diğer bir madde kullanım bozukluğu geliştirme riskinin artmasıyla ilişkilidir (Wu, Howard et al., 2008 69).

DİKKAT

Erken yaşta uçucu madde kullanımına başlayanlarda nikotin, alkol, esrar ve diğer madde kullanım bozukluğu geliştirme riski artmaktadır.

Uçucu madde kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.3 de sunulmuştur:

Tablo-2.4.3. Uçucu Madde Kullanımı Genel Özellikler

Kullanım yolu	Koklayarak, Aerosolleri doğrudan burun veya ağıza püskürterek, Plastik veya kâğıt torba içine püskürtülen maddelerden çıkan dumanı soluyarak, Nitröz oksitle dolu balonlardan soluyarak; Sprey kutularından, solvente batırılmış kumaştan veya doğrudan bir torbadan konsantré buharların solunması
Etki mekanizması	Toluen; NMDA↓ glisin↑, GABA A ↑, nACh↓, dopamin↑ Nitritler; guanilil siklaz enzim aktivasyonu
Yaygınlık	Türkiye’de 2021 yılında tedavi gören hastaların %1,1’i
Akut etkileri	Düşük dozlarda; muhakeme bozukluğu, şüphecilik, ilgisizlik, baş dönmesi, görme bozuklukları, nistagmus, koordinasyon bozukluğu ve geveleyerek konuşma, dengesiz yürüyüş Yüksek dozlarda; reflekslerin baskılanmasına, sersemlik, koma, merkezi solunum depresyonu ve kardiyak aritmiden kaynaklanan ölümler
Kronik etkileri	Ruh sağlığı bozuklukları, intihar, alkol ve diğer maddelerin kullanımı. Görsel motor hız, öğrenme, bellek ve yürütücü kontrol işlevlerinde bozulma, Görme kaybı, sensörinöral sağırlık, burun epitelinde burun kanamasına yol açan aşırı kabuklanma. Metabolik organlar, beyin, pankreas, yağ dokusu, kemik ve adrenal bezler, karaciğer, böbrek ve kas dokusu hasarları. Büyüme bozuklukları
Yoksunluk belirtileri	Mide bulantısı, kusma, terleme, taşikardi, titreme, uyku bozukluğu, psikoz, uykusuzluk ve nöbet
Etki başlangıç süresi	Birkaç dakika
İdrarda tespit süresi	12 saat
Sokak isimleri	Toli

2.4.4. Opioidler

Opioidler, haşhaş tohumlarından elde edilen alkaloidler (kodein ve morfin), yarı sentetik opioidler (oksikodon, hidromorfon ve oksimorfon), sentetik fenilpiperidinler (meperidin ve fentanil) ve sentetik psödopiperidinleri (metadon) içerir. Eroin, metadon ve oksikodon en çok kötüye kullanılan opioid türleridir (Pasha, Chowdhury et al., 2020: 119)

Eroin (diasetilmorfin) afyonun bir haşhaş çiçeği türü olan Papaver somniferum’dan elde edilir (Latince “uyku uyandıran gelincik” anlamına gelir). Afyondan

baz morfin elde edilir (Robinson and Adinoff, 2016: 18). Baz morfinden asetik anhidrit, sodyum karbonat, hidroklorik asit ile morfinden 4-10 kat daha güçlü olan eroin elde edilir (Ögel, 2018: 135).

Afyon haşhaşı ilk olarak Avrupa'da M.Ö. 6000 dolaylarında evcilleştirilmiş ve sonraki bin yılda doğuya doğru yayılmıştır. 16.-17. yüzyıl da Avrupalı tüccarlar tarafından tütün ve piponun piyasaya sürülmesi ile afyon ve afyon katkılı tütün Güneydoğu Asya'da kullanılmaya başlanmıştır (Milella, D'Ottavio et al., 2023: 120). 1800'lerde ağrı azaltma üzerinde etkili olduğu fark edilen opioidler, ağrı yanında öksürük, ishal ve kaygı gibi rahatsızlıkları tedavi etmek için de kullanılmıştır (Lyden and Binswanger, 2019: 124). Bu tıbbi etkilerinin yanı sıra, şiddetli bağımlılığa yol açması ve yasa dışı kullanımı ile önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Milella, D'Ottavio et al., 2023: 120).

Opioidler, ağız yoluyla, sigara gibi sarılarak (korex), alüminyum folyoda ısıtılıp buharının içe çekilmesiyle (ejderha kovalamak), süt şekeri denen laktoz ve limon ile karıştırıp damar yolu ile (shot) kullanılabilir. Kullanıcılar genellikle burun ya da sigara tarzında kullanım ile başlar, damar yolu ile devam eder (Ögel, 2018: 138). Bağımlılar arasında en sık kullanılan opioid eroindir. Peynir, beyaz, kaşar, kar, beygir, sır, oğlan, beyaz cevher, jenny, jack, diesel, gear, dragon, blues, happy pills eroinin sokak isimleridir (Işık and Işık, 2016: 144).

2.4.4.1. Opioid kullanım bozukluğunun (OpKB) yaygınlığı

Dünya genelinde 2015-2019 yılları arasında %97 oran ile en fazla afyon Afganistan, Myanmar ve Meksika'da üretilmiştir (UNODC, 2021, s. 87). Avrupa Birliği'nde 15-64 yaş arasındaki yüksek riskli opioid kullanıcılarının yaygınlığının yaklaşık % 0,35 olduğu tahmin edilmektedir (EMCDDA,2022). Dünya çapında, yaklaşık 26 milyon kişi opioid kullanım bozukluğundan (OpKB) etkilenmiştir ve her yıl yaklaşık 100.000 kişi opioid doz aşımından ölmektedir (Gondré-Lewis, Elman et al., 2022: 870).

DİKKAT

Her yıl yaklaşık 100.000 kişi opioid doz aşımından ölmektedir.

Avrupa Birliği'nde 2021'de madde bağımlılığı tedavi merkezlerine başvuranların %26'sını OpKB tanılı hastalardır ve 2019 yılında bildirilen ölümcül aşırı doz vakalarının %74'ünde opioidler yer almıştır. Uyuşturucuya bağlı ölümlerin çoğunda çoklu madde kullanımı saptanır. Aşırı doza bağlı ölümler en sık 30-45 yaş aralığında ve erkeklerde görülür. Son yıllarda 30 yaş üstü tüm gruplarda artış görülmüştür (EMCDDA,2022)

Türkiye'nin 11 ilini içeren toplum içinde yasadışı uyuşturucu kullanımının atık su bazı incelemesinde en yüksek eroin kullanımı Van ilinde görülmüş ve bunu ikinci en yüksek Konya ili izlemiştir (Daglioglu, Guzel et al., 2021: 15081). Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü verilerine göre 2021 yılında madde bağımlılığı sebebiyle tedavi alanların %46'sı OpKB dur. 2021 yılında 270 madde bağlantılı ölüm olayının %28,1'inde (76 kişi) opioide rastlanmıştır (TUBİM, 2022).

2.4.4.2. Opioidlerin farmakokinetiği ve etki mekanizması

Eroinin lipofilik özelliği morfinden 10 kat daha fazladır. Kan beyin bariyerini ko-

layca geçer. Beyin, karaciğer, böbrek ve kalp dokusunda aktif metaboliti olan morfin ve 6-monaasetil morfine dönüştürülür (Kardaş and Yüncü, 2019: 255). Karaciğerde 6-monoasetilmorfine (6-MAM), ardından yarı ömrü 1,5 - 4 saat arasında değişen morfine metabolize edilir. Damar içi enjeksiyondan sonra eroinin maksimum kan konsantrasyonuna beş dakikada ulaşılır ve çok hızlı bir şekilde düşer. Solunduğunda maksimum kan konsantrasyonuna 2 - 15 dakikada ulaşılır. Üriner immünolojik tarama testi, yarı ömrü çok kısa olan eroini tespit edemez, ancak son eroin alımından yedi saat sonrasına kadar 6-MAM ve son alımdan üç gün sonrasına kadar morfini saptar (Underner, Perriot et al., 2017: 662).

Opioid ilaçların supraspinal analjezi, solunum depresyonu, öfori, sedasyon, azalmış gastrointestinal motilite, prolaktin salınımı, bağımlılık, anoreksiya ve sedasyon etkileri opioidin μ opioid reseptörü ile etkileşiminin bir sonucudur. Opioidlerin delta opioid reseptörü ile etkileşimi sonucu psikomimetik ve disforik etkileri; Kappa opioid reseptörü ile etkileşimi sonucu ise spinal analjezi, sedasyon, dispne, bağımlılık, disfori ve solunum depresyonu etkileri ortaya çıkar (Trescot, Datta et al., 2008: 135).

2.4.4.3. Opioid kullanımının klinik etkileri

Opioid Kullanımının akut klinik etkileri

Opioidler alındıktan kısa süre sonra etkileri başlar, 4-6 saat sürer. Alındıktan kısa bir süre sonra öfori ve kaygı da azalma ortaya çıkar. Zevkten çatlama diye tarif edilen keyif verici etkisi sonrasında sakinlik görülür. Sakinlik döneminde hafıza kusurları, yavaşlık, dilde ağırlaşma, göz bebeğinde küçülme, hipotansiyon, kalp atımında yavaşlama, solunumda yavaşlama, ağrı hissinde azalma, karın çevresinde orgazm benzeri kasılma hissi görülür (Kardaş and Yüncü, 2019: 254). Aşırı doz eroin alındığında; göz bebeğinin iğne başı gibi olması, uyarılara cevap vermeme, yavaş solunum, beden sıcaklığında azalma, tansiyon düşüklüğü, kalp atımlarının yavaşlaması, koma ve ölüm görülür (Ögel, 2018: 141).

Uzun süre opioid kullanımının klinik etkileri

Bağımlılık, iče kapanıklık, depresyon, ilgisizlik, beslenme problemleri, öz bakımda azalma, kabızlık görünür (Ögel, 2018: 139). (NIDA, 2021a). Ayrıca mesane kanseri gibi kanser türlerinde artış görülür. Depresyon ve bağımlılığın getirdiği umutsuzluk ve çaresizlik sonucu intihar girişimleri olabilir. Opiatlara karşı hızlı tolerans gelişimi sonucunda ihtiyaç duyulan doz öldürücü boyutlara ulaşabilir (Ögel, 2018: 139).

Hamilelik sırasında eroin plasentadan fetüse geçer ve bebeğin anne ile birlikte bağımlı hale gelmesine neden olur. Doğum sonrası bebekte aşırı ağlama, ateş, sinirlilik, nöbetler, yavaş kilo alımı, titreme, ishal, kusma ve ölüm görülebilir (NIDA, 2021b).

2.4.4.4. Opioid yoksunluğu

Eroin alınımının kesilmesinden 4-6 saat sonra eroin yoksunluğu sendromu başlar, belirtiler üçüncü günde en yüksek şiddet düzeyine ulaşır ve 6-10 gün boyunca devam eder (Hashem-Dabaghian and Kianbakht 2023). Terleme, titreme, gözyaşı, burun akıntısı, titreme, göz bebeğinin büyümesi ve kaz derisi görünümünü, mide bulantısı, bağırsak krampları, ishal ve kusma, şiddetli kas ağrısı görülür (Launer,

Nelson et al. 2023). Ayrıca esneme, uykusuzluk, derin bir huzursuzluk, memnuniyetsizlik eşlik edebilir (APA, 2013).

2.4.4.5. Komorbidite

Tütün kullanım bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, benzodiazepin kullanım bozukluğu hepatit C, HIV, depresyon, TSSB, uykusuzluk (Işık and Işık, 2016: 167).

2.4.4.6. Tıbbi kullanımı

Ağrı kesici, öksürük kesici, ishal, uyku bozukluğu tedavisinde kullanılabilir (Karadaş and Yüncü, 2019: 252).

Opioid kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.4 de sunulmuştur.

Tablo-2.4.4. Opioid Kullanımı Genel Özellikleri

Kullanım yolu	Ağız yoluyla, Sigara gibi sarılarak (korex), Alüminyum folyoda ısıtılıp buharının içe çekilmesiyle (ejderha kovalamak), Süt şekeri denen laktoz ve limon ile karıştırıp damar yolu ile (shot)
Etki mekanizması	μ opioid reseptörü ile etkileşim
Yaygınlık	Avrupa Birliği'nde opioid kullanıcılarının yaygınlığının yaklaşık % 0,35 Dünya çapında, yaklaşık 16 milyon kişi OpKB Her yıl yaklaşık 100.000 kişi opioid doz aşımından ölmekte Avrupa Birliği'nde 2021'de madde bağımlılığı tedavi merkezlerine başvuranların %26'sı OpKB Türkiye'de en yüksek eroin kullanımı Van, ikinci en yüksek Konya Türkiye'de 2021 yılında madde bağımlılığı sebebiyle tedavi alanların %46 sı OpKB dur. 2021 yılında 270 madde bağlantılı ölüm olayının %28,1'i (76) eroine bağlı
Akut etkileri	-Öfori ve kaygı da azalma, bellek kusurları, yavaşlık, dilde ağırlaşma, göz bebeğinde küçülme, hipotansiyon, kalp atımında yavaşlama, solunumda yavaşlama, ağrı hissinde azalma, karın çevresinde orgazm benzeri kasılma -Yüksek doz eroin alınması ile koma, iğne başı tarzında gözbebeği, yavaş solunum, beden sıcaklığında azalma, tansiyon düşüklüğü, kalp atımlarının yavaşlaması, koma ve ölüm

Kronik etkileri	-Depresyon, ilgisizlik, beslenme problemleri, öz bakımda azalma, kabızlık görünür. -Enjektör yolu ile kullanımı olan bireylerde HIV, hepatit B ve diğer enfeksiyonlar, mesane kanseri gibi kanser türlerinde artış -Depresyon ve bağımlılığın getirdiği umutsuzluk ve çaresizlik sonucu intihar girişimleri -Enjeksiyon bölgelerinde yara izi, kötü diş yapısı, apse veya selülit, hepatit belirtileri, siroz
Yoksunluk belirtileri	Gözyaşı, burun akıntısı, esneme, terleme, huzursuz uyku, gözbebeklerinin büyümesi, iştah kaybı, kaz derisi görünümü, iritabilite ve titreme, kaygı, hızlı soluma, terleme, esneme, tüylerde dikenleşme, iştahsızlık, bulantı ve kusma, güçsüzlük, kas spazmları, kas ve kemik ağrıları, yerinde duramama, uykusuzluk, sinirlilik, ishal, karın ağrısı, çarpıntı, hipertansiyon
Etki başlangıç süresi	Ağızdan: 1,5 saat Kas içi: 30 dk Damar içi: 10 dk
Tespit süresi	Kan testi: 6 saate kadar Tükürük testi: 1 saate kadar İdrar tahlili: 3 güne kadar Saç testi: 90 güne kadar
Sokak isimleri	Peynir, beyaz, kaşar, kar, sır, oğlan, beyaz cevher, jenny, jack, diesel, gear, dragon, blues, happy pills

2.4.5. Dinginleştirici, Uyutucu ve Kaygı Gidericiler / Benzodiazepin, Barbitürat ve Z-ilaçlar

Bu grupta benzodiazepinler (BZD), BZD olmayan hipnotikler (Z ilaçlar) ve barbitüratlar yer alır. Kimyasal yapıları farklıdır, ancak etkileri ve uygulama alanları benzer olduğundan aynı gruba alınmıştır (Şahiner, 2019: 317).

2.4.5.1. Benzodiazepinler

Leo Stemback tarafından 1930'da keşfedilen BZD'ler, 1957'de klordiazepoksit (Librium) ile sakinleştirici olarak kullanılmaya başlanmıştır. En sık reçete edilen 100 ilaç arasında dört BZD (alprazolam, klonazepam, diazepam ve lorazepam) yer almaktadır. Alprazolam, dünyadaki en popüler ikinci ilaçtır (Sofia, Agostinho et al., 2019: 2). Benzodiazepinler, anksiyete, epilepsi, uykusuzluk tedavisinde kullanılan reçeteli sedatif-hipnotik ilaçlardır (Brandt and Leong, 2017: 493). BZD'lerin kısa süreli tedavi için kullanımı güvenli ve etkili olmalarına rağmen, uzun süreli kullanımları kesilme ve yoksunluk belirtileri, tolerans ve bağımlılık gelişmesine yol açar (Olfson, King et al., 2015: 136). Ciddi bağımlılık potansiyeli ve ölümcül yoksunluk sekelleri nedeniyle, birkaç haftadan daha uzun süre kullanılmaları önerilmez (Edinoff, Nix et al., 2021: 596). Sinir hapsi, tranks, downers BZD'in sokak isimleridir.

BZD Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı

Gelişmiş ülkelerde en sık reçete edilen psiko­trop ilaç sınıflarından biridir. Her yaşta ve her iki cinsiyette, BZD'lerin büyük bir çoğunluğu psikiyatrist olmayanlar tarafından reçete edilmektedir (Olfson, King et al., 2015: 136). Amerika Birleşik Devletlerin de nüfusun %11,4'ünün bir BZD kullandığı; BZD kullananların yaklaşık %18'inde bağımlılık geliştiği tahmin edilmektedir (McHugh, Votaw et al. 2023). Aşırı dozda alınmasına bağlı BZD kaynaklı ölüm oranı 1996'dan 2013'e kadar neredeyse beş kat artmıştır (Maust, Lin et al., 2019: 97).

Kadınlarda, ileri yaşta ve daha fazla eğitim yılı olanlarda BZD kullanımını daha yüksektir. Alprazolam en yaygın kötüye kullanılan BZD'dir. Lorazepam ve diazepam yaşlılar tarafından gençlere göre daha yüksek oranda kötüye kullanılmaktadırlar (Maust, Lin et al., 2019: 101). Türkiye'de 2021 yılında BZD bağımlılığı sebebiyle ayaktan başvuru sayısı 1234, yatarak tedavi alan sayısı ise 86'dır (TUBİM, 2022).

Benzodiazepinlerin farmakokinetiği ve etki mekanizması

BZD'ler genellikle ağızdan iyi emilir, ancak kas içine enjekte edildiklerinde emilim hızları değişir. Aynı zamanda potansiyelleri ve yarı ömürleri bakımından BZD'ler kısa, orta veya uzun etkili olabilirler. Yarı ömür ne kadar uzunsa, ilacın potansi o kadar düşük olur. Kısa etkili BZD'ler uzun etkili BZD'lerden daha fazla bağımlılık potansiyeline sahiptir. Yarı ömür ne kadar kısaysa, bireyin sabit bir konsantrasyonu korumak için maddeyi o kadar sık alması gerekir, bu alma sıklığı daha yüksek bir bağımlılık olasılığına sebep olur (Sofia, Agostinho et al., 2019: 4).

BZD'ler merkezi sinir sisteminde deki en yaygın nörotransmitter olan GABA üzerinden etkilerini gösterir. GABA-A1 alt birimi sedatif (sakinleştirici, uyku verici) etkilerinden, ileriye dönük amneziden (Yeni anılar oluşturamama, öğrenememe) ve bazı antikonvülsif (nöbet önleyici) etkilerinden; GABA-A2 alt biriminin ise anksiyolitik (kaygı giderici) ve kas gevşetici etkilerinden sorumlu olduğuna inanılmaktadır (Edinoff, Nix et al., 2021: 594).

Benzodiazepin kullanımının klinik etkileri

1. Benzodiazepin kullanımının akut klinik etkileri

Yaşlılarda BZD kullanımı; bilişsel işlevlerde bozulma, hareket ve sürüş becerilerinde azalma ve düşme riskinde artma gibi ciddi yan etkilere yol açabilir. Yarılanma ömrü daha kısa olan BZD daha uzun olanlara göre daha yüksek düşme riski taşırlar (Olfson, King et al., 2015: 140). Kullanıcıların %1 ila %20'sinde agresif davranış ve başkalarına karşı öfke ifadesi ortaya çıkabilir (Edinoff, Nix et al., 2021: 596). Yüksek doz alındıklarında; sözü ağızda geveleyerek konuşma, düzgün ayakta duramama, nistagmus, dikkat ve hafıza bozuklukları, stupor (bilincin kısmen kaybolması, etrafa karşı ilgisizlik) ve komaya sebep olabilirler.

2. Uzun süre Benzodiazepin kullanımının klinik etkileri

BZD'lerin uzun süreli kullanımları kesilme ve yoksunluk belirtileri, tolerans ve bağımlılık gelişmesine yol açar (Olfson, King et al., 2015: 136). BZD'lerin kronik kullanımı, bilişsel işlevde düşüş, bunama ve bunama benzeri hastalık riskinde artış, yaşlılarda bozulmuş duyusal ve motor işlev bozulmaları ve agresif davranışlara neden olabilir (Edinoff, Nix et al., 2021: 604).

Yapılan araştırmalar kontrol hastalarına kıyasla BZD reçete edilen hastalarda

ölüm tehlikesinin iki katına çıktığını; hipnotik kullananlarda melanom dışı yeni bir kanser geliştirme ihtimalinin %35 arttığını; 2,5 yıldan fazla hipnotik alan hastalarda ölüm riskinde 4,6 kat artış olduğunu göstermiştir (Edinoff, Nix et al., 2021: 598).

Benzodiazepin Yoksunluk Sendromu

Psikolojik belirtiler arasında artan uyarılabilirlik, kabuslar, kaygı, uykusuzluk, panik ataklar, depresyon, halüsinasyonlar, sinirlilik, paranoid düşünceler, sosyal fobi, hafıza ve konsantrasyon zayıflığı, hezeyan ve psikoz yer alır. Fiziksel belirtiler arasında baş ağrısı, nöbetler, baş ve boyun bölgesinde ağrı veya sertlik, uzuvlarda duyu değişikliği, halsizlik ve yorgunluk, karıncalanma ve uyuşma, kas seğirmeleri, titreme, sindirim sistemi belirtileri (karın şişkinliği, mide bulantısı, ishal, kabızlık vb.), iştah ve kilo değişiklikleri, olağandışı koku yer alır. Bu semptomların süresi ve şiddeti kullanılan BZD'nin yarılanma ömrüne ve tüketilen günlük doza bağlı olarak, kesildikten sonra birkaç hafta sürebilir (Edinoff, Nix et al., 2021: 599).

Komorbidite

Araştırmalar eroin kullanıcılarının %64'ünün Benzodiazepinleri de kötüye kullandığını göstermiştir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ile birlikte görülebilir (APA, 2013).

Benzodiazepin Tıbbi kullanımı

Alprazolam, lorazepam ve klonazepam, panik bozukluk; Temazepam yaygın olarak uykusuzluk; klonazepam genellikle anksiyete ve nöbetler; lorazepam katatoni ve nöbet; diazepam anksiyete, kas spazmları ve nöbet tedavisinde kullanılır. Alkolün kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkan terleme, anksiyete, mide bulantısı, kusma, titreme ve nöbetler ve deliryum, psikomotor ajitasyon gibi yoksunluk belirtileri BZD'ler tarafından önlenir. Uzun etkili BZD'ler ayrıca, kısa etkili, kronik BZD kullanımını azaltmak ve durdurmak için kullanılır (Edinoff, Nix et al., 2021: 595). Ayrıca sedasyon ve ameliyat öncesi tek doz olarak kullanılırlar (Sofia, Agostinho et al., 2019: 2). BZD'lerin genel özellikleri Tablo-2.4.5.1 de verilmiştir:

Tablo-2.4.5.1. Benzodiazepinlerin Genel Özellikleri

Kullanım yolu	Ağız, dil altı, damar içi, kas içi, rektal.
Etki mekanizması	BZD'ler, Gama Amino Bütirik Asit (GABA) üzerinden etkilerini gösterirler. GABA-A1: sedatif (sakinleştirici, uyku verici), ileriye dönük amneziden ve bazı antikonvülsif etkilerinden sorumludur. GABA-A2: anksiyolitik ve kas gevşetici etkilerinden sorumludur.
Yaygınlık	Türkiye'de 2021 yılında madde bağımlılığı sebebiyle ayaktan başvuru sayısı 1234, yatarak tedavi alan sayısı ise 86'dır.
Akut etkileri	Bilişsel işlevlerde bozulma, hareket ve sürüş becerilerinde azalma ve düşme riskinde artma. Yüksek doz alındıklarında; sözü ağızda geveleyerek konuşma, düzgün ayakta duramama, nistagmus, dikkat ve hafıza bozuklukları, stupor ve komadır.
Kronik etkileri	Bilişsel işlevde düşüş, bunama, yaşlılarda duyuşsal ve motor işlev bozulmaları ve bazı kullanıcılarda agresif davranışlara neden olabilir.
Yoksunluk belirtileri	Uyarılabilirlikte artma, kabuslar, kaygı, uykusuzluk, panik ataklar, depresyon, halüsinasyonlar, sinirlilik, paranoid düşünceler, sosyal fobi, zayıf hafıza, zayıf konsantrasyon, hezeyan ve psikoz. Fiziksel belirtiler arasında baş ağrısı, nöbetler, baş ve boyun bölgesinde ağrı veya sertlik, uzuvlarda duyu değişikliği, halsizlik ve yorgunluk, karıncalanma ve uyuşma, kas seğirmeleri, titreme, sindirim sistemi belirtileri (karın şişkinliği, mide bulantısı, ishal, kabızlık vb.), iştah ve kilo değişiklikleri, olağandışı koku.
Etki başlangıç süresi	Uygulama yoluna bağlı olarak en kısa 2-4 dk
İdrarda ve saçta tespit süresi	Kan testi: 24 saat-3 gün Tükürük testi: 24 saat- 10 gün İdrar tahlili: 4gün-6 hafta Saç testi: 30-90 gün
Sokak isimleri	Sinir hapi, tranks, downers

2.4.5.2. Z-ilaçlar

'Z ilaçlar' olarak adlandırılan zopiklon, eszopiklon, zaleplon ve zolpidem 1990'lar da kullanıma başlanmıştır ve sadece uykusuzluk için onaylanmıştır. Z ilaçlar, BZB benzeri etkiler gösterirler ve kısa etkilidirler (Brandt and Leong, 2017: 493).

Z-ilaç Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı

Amerika Birleşik Devletlerin de nüfusun %4'ünün bir z-ilacı kullandığı; Z-ilacı kullananların yaklaşık %9'unda bağımlılık geliştiği tahmin edilmektedir (McHugh, Votaw et al., 2023)

Z-ilaçların etki mekanizması

GABA-A1 reseptör ajanistidirler.

Z-ilaçların kullanımının klinik etkileri**1. Z-ilaç kullanımının akut klinik etkileri**

Uykuya dalma süresini kısaltırlar. Yüksek doz alındıklarında merkezi sinir sistemini deprese ederler, başka ilaçlarla birlikte alındıklarında ölüme sebep olabilirler (Şahiner, 2019: 321).

2. Uzun süre Z-ilaçların kullanımının klinik etkileri

Z-ilaçların, BZD'lere göre tolerans, geri çekilme ve kötüye kullanımlarının daha az olduğu ve daha güvenli oldukları düşünülmektedir. Ancak son yıllarda Z-ilaçların sebep olduğu birçok kötüye kullanım, bağımlılık ve ölüm vakası bildirilmiştir (Schifano, Chiappini et al., 2019: 271).

Z-ilaç Yoksunluğu

Uzun süreli kronik kötüye kullanımın ardından Z-ilaçların aniden kesilmesi uykusuzluk, kaygı, öfori, sinirlilik, titreme, iç huzursuzluğu, konuşma güçlükleri, karın ağrısı, hipertansiyon, tonik-klonik nöbetler ve kafa karışıklığı, oryantasyon bozukluğu ve hezeyanlar görülebilir (Schifano, Chiappini et al., 2019: 271).

Z-ilaçların Tıbbi kullanımı

Uykusuzluk tedavisi için onaylanmıştır (Brandt and Leong, 2017: 493).

2.4.5.3. Barbitüratlar

Barbitüratlar, düşük dozlarda BZB'lere benzer etki gösterirler. BZD'lere göre seçicilikleri daha azdır. Barbitüratlar, sedasyon anestezisi yanında kaygı giderici, uyku hapi veya spazm giderici olarak kullanılırlar (He, Wang et al. 2021). Mavi kadife, mavi cennet, mavi şeytan, sarı ceketler, golf topları, kırmızı kuşlar, kırmızı şeytan, pembe leydi ve segge barbitüratların sokak isimleridir.

Barbitüratların farmakokinetiği ve etki mekanizması

BZD'lere benzer şekilde GABA'nın etkisini artırarak etkilerini gösterirler. Ancak bağlanma bölgeleri farklıdır. Barbitüratların etkisi BZD'lere göre daha az spesifiktir.

Barbitüratların kullanımının klinik etkileri**1. Barbitürat kullanımının akut klinik etkileri**

Barbitüratlar uyuşukluğa, muhakeme bozukluğuna, duygusal kontrol eksikliği-ne, geveleyerek konuşmaya, motor koordinasyon bozukluğuna ve ataksiye sebep olabilirler. Yüksek doz alındıklarında genellikle beynin solunum merkezini felç ederek nefes almayı engeller ve ölüme neden olurlar (He, Wang et al. 2021).

2. Uzun süre Barbitürat kullanımının klinik etkileri

Bağımlılık, depresyon, hafıza sorunları, dikkatte azalma, tik, karaciğer işlevlerinde bozulma, pulmoner damar dilatasyonu, fiziksel koordinasyon sorunlarına neden olabilir.

Barbitürat Yoksunluğu

Uzun süreli kronik kötüye kullanımın ardından barbitüratların aniden kesilmesi, alkol yoksunluğunda görülenlere benzer yoksunluk belirtilerine neden olur. Kaygı, bulantı-kusma, nöbet ve delirium görülebilir (He, Wang et al. 2021).

Barbitüratların Tıbbi kullanımı

Barbitüratlar, sedasyon anestezisi, kaygı giderici, uyku hapi veya spazm giderici olarak, epilepsi tedavisinde, migren ve küme baş ağrılarının tedavisinde, beyin ödeminde kullanılırlar (He, Wang et al. 2021)

2.4.6. Uyarıcılar (Amfetamin, Metamfetamin, Ekstazi, Kokain vb.)

Uyarıcılar, dünya çapında en yaygın şekilde suistimal edilen maddeler arasında esrardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. En sık kötüye kullanılan uyarıcılar koka-in, amfetamin ve metamfetamindir (Kohno, Dennis et al., 2022: 220). Uyarıcı kullanımı ve uyarıcı kullanım bozukluğu, psikiyatrik, kalp-damar hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar, uyuşturucuya bağlı suç ve evsizlik gibi önemli sağlık ve sosyal zararlarla ilişkili sonuçlara sebep olur (Ronsley, Nolan et al., 2020: 2).

Ağızdan alınabilir, enjekte edilebilir, solunabilir, tütsülenebilir veya “saft” (anüs içine sokulabilen) olarak kullanılabilirler. Etkileri 10-12 saate (met/amfetaminler) veya 3-6 saate kadar süren (ekstazi), ani fiziksel ve psikolojik etkileri olan sentetik nörotropik uyarıcılardır (Thu Vu, Maher et al., 2015: 1). Bu grupta amfetamin, metamfetamin, kokain, metilfenidat ve banyo tuzları (MDPV) ele alınacaktır. Ekstazi ayrıca bir halüsinojen olduğu için halüsinojenler kısmında yer verilmiştir.

2.4.6.1. Amfetamin

Amfetamin Rasemik a-metilfenetilamindir. 1910'da Barger ve Dale tarafından keşfedilmiştir. Amfetaminin bilişsel işlevleri güçlendirici etkisinin olması, akademisyenler, öğrenciler ve tıp uzmanları tarafından stresi azaltmak, konsantrasyon ve entelektüel performansı iyileştirmek için yaygın kullanımına yol açmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında İngiliz ve Amerikan servis personeline ‘enerji hapları’ olarak uyanıklığı desteklemek için yüksek miktarda amfetamin kullanıldığı bilinmektedir (Heal, Smith et al., 2013: 479).

Amfetaminin de yer aldığı phenethylamine sentetik uyuşturucu grubunda yer alan ve fenetyliline içeren Captagon, ilk olarak 1960'larda Almanya'da bulunan bir ilaç firması tarafından tıbbi amaçlı üretilmiştir. Captagon adı aynı zamanda üretilen bu ilacın ticari ismidir (TUBİM, 2022). Amfetamin sokak isimleri: hız, cızırtı, çomak, antipati, maviler, toz, beyaz, çılgın haplar, zemin, vızıltı, yüksekler, gaz (Işık and Işık, 2016: 187).

Amfetamin Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı

Dünya genelinde 2020 yılında nüfusun % 0,7'si amfetamin kullanmıştır. Kullanım yaygınlığı en yüksek Kuzey Amerika'dır (United Nations Office on Drugs and Crime, 2022) (UNOCD 2022). Avrupa Birliği'nde 2021 yılında iki milyon yetişkinin amfetamin tükettiği tahmin edilmektedir (EMCDDA,2022). Türkiye'nin 11 ilini içeren yasadışı uyuşturucu kullanımının atık su bazlı incelemesinde en yüksek amfetamin kullanımı Gaziantep, Mersin ve Adana'dır (Daglioglu, Guzel et al. 2021).

Amfetaminin farmakokinetiği ve etki mekanizması

Amfetamin psikolojik ve davranışsal etkilerini dopamin ve noradrenalin gibi ekstatör maddelerin aktivitelerini artırarak gösterir (Işık and Işık, 2016: 192). Ergenlikte amfetamin maruziyeti beyinde (medial prefrontal korteksde) değişikliklere sebep olur ve bu değişiklik yetişkinlikte bilişsel işlevlerde bozulmalara yol açar (Cuesta, Restrepo-Lozano et al., 2018: 901).

Amfetamin kullanımının klinik etkileri

1. Amfetamin kullanımının akut klinik etkileri

Amfetaminlerin akut etkileri arasında aktivite ve konuşkanlıkta artma, aşırı girişkenlik, öfori, düşmanlık, gerçekçi olmayan zekâ, büyük yeterlilik ve güç duyguları, ateş, kardiyovasküler sistem yetmezliği, düzensiz veya artmış kalp hızı, kan basıncında artma, iştah azalması, kuru ağız, irileşmiş gözbebekleri, solunumda hızlanma, uyanıklık/enerjide artma, mide bulantısı, baş ağrısı, küçük kaslarda titreme/seğirme yer almaktadır (Harada, Tsutomi et al., 2019: 3).

2. Uzun süre amfetamin kullanımının klinik etkileri

Amfetaminlerin uzun süreli kullanımları kesilme ve yoksunluk belirtileri, tolerans ve bağımlılık gelişmesine yol açar. Uzun süreli amfetamin kullanımı baş dönmesi, ruh halı veya zihinsel değişiklikler, kronik yorgunluk veya halsizlik, fizyolojik ve davranışsal bozukluklar, kızarıklık veya soluk cilt, yetersiz beslenme, ülserler, tekrarlayan motor aktivite, koordinasyon kaybı ve fiziksel çöküşe sebep olabilir. Anksiyete, konfüzyon, uykusuzluk, duygu durum bozuklukları, bilişsel bozukluklar, paranoya, aritmi, toksik psikoz, amfetamin kaynaklı psikoz, konvülsiyonlar, koma ve ölüm görülebilir (Harada, Tsutomi et al., 2019: 3).

Amfetaminler genellikle cinsel isteği arttırmak, ilişkiyi daha zevkli hale getirmek, cinsel deneyimi kolaylaştırmak ve cinsel ketlenmeyi azaltmak için kullanılır. Amfetamin kullanımı, cinsel davranışın hem fizyolojik hem de psikolojik yönlerini etkiler ve korunmasız cinsel ilişki sebebiyle HIV bulaşma riskini artırabilir (Thu Vu, Maher et al., 2015: 2).

Uzun süreli ağır kullanım zihinsel sağlık sorunlarını şiddetlendirir. Bunun yanında şiddete yol açan artan sosyal kaygı, şiddetli depresyon, yoğun yalnızlık ve izolasyon duygularının yaşanmasına, sosyal ilişkilerin bozulmasına, çocukların uzaklaştırılmasına, işsizliğe, travmaya, aile içi şiddete ve cinsel istismara yol açabilir (Addison, Kaner et al., 2021: 121).

Amfetamin yoksunluğu

Amfetamin yoksunluk belirtileri kokain yoksunluğundakine benzerdir. Amfetamin kesilmesi ya da dozunun azaltılması ile ortaya çıkar, 2 ile 4. günler arasında maksimum düzeye ulaşır, bir hafta içinde düzelen belirtilerle seyreder. Psikolojik olarak, anksiyete, depresyon, uykusuzluk, aşırı uyku isteği, rahatsız edici canlı rüya ve kâbus görme, psikomotor retardasyon ya da ajitasyona yol açabilir. Fizyolojik olarak açlık hissi, iştah artışı, aşırı yeme isteği, mide krampı, aşırı yorgunluk, baş ağrısı, terleme, kas kramplarına neden olabilir (Işık and Işık, 2016: 195).

Komorbidite

Amfetamin kullanan kişilerde, psikoz, depresyon, intihar eğilimi ve şiddet görülebilir (McKetin, Leung et al., 2019: 82). Ayrıca diğer MKB ile birliktelik, antisosyal

kişilik bozukluğu, DEHB, panik bozukluğu, TSSB, patolojik kumar oynama ile birlikte görülebilir (Işık and Işık, 2016: 198).

Amfetamin tıbbi kullanımı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu, depresyon, narkolepsi, obezite tedavisinde kullanılabilir. Amfetamin kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.6.1 de sunulmuştur:

Tablo-2.4.6.1. Amfetaminlerin Genel Özellikleri

Kullanım yolu	Ağızdan, burundan, damar içi enjeksiyon, rektal
Etki mekanizması	Norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi monoamin nörotransmitterlerin geri alımını engeller,
Yaygınlık	2020'de dünya nüfusunun yüzde 0,7'si
Akut etkileri	Düşmanlık hissi, artan aktivite/konuşkanlık, öfori, enerjide artma, sosyal engellemelerin serbest bırakılması Kardiyovasküler sistem yetmezliği, düzensiz veya artmış kalp hızı, artmış diyastolik/sistolik kan basıncı, iştah azalması, ağız kuruluğu, irileşmiş gözbebekleri, solunum hızında artma, mide bulantısı, baş ağrısı, küçük kaslarda titreme/seğirme,
Kronik etkileri	Anksiyete, konfüzyon, uykusuzluk, duygu durum bozuklukları, bilişsel bozukluklar, paranoya, kardiyak aritmiler, toksik psikoz, amfetamin kaynaklı psikoz, konvülsiyonlar, koma ve ölüm. Baş dönmesi, ruh hali veya zihinsel değişiklikler, kronik yorgunluk veya halsizlik, fizyolojik ve davranışsal bozukluklar, kızamık veya soluk cilt, yetersiz beslenme, ülserler, tekrarlayan motor aktivite, koordinasyon kaybı ve fiziksel çöküş. Sosyal ilişkilerin bozulması, çocukların uzaklaştırılması, işsizlik, travma, aile içi şiddet ve cinsel istismara yol açabilir.
Yoksunluk belirtileri	Psikolojik; anksiyete, depresyon, uykusuzluk, aşırı uyku isteği, rahatsız edici canlı rüya ve kabus görme, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon. Fizyolojik; açlık hissi, iştah artışı, aşırı yeme isteği, mide krampı, aşırı yorgunluk, baş ağrısı, terleme, kas krampı.
Etki başlangıç süresi	30 dk
İdrarda ve saçta tespit süresi	Kan testi: 3 güne kadar Tükürük testi: 4 güne kadar İdrar tahlili: 1 haftaya kadar Saç testi: 90 güne kadar
Sokak isimleri	Hız, cızırtı, çomak, antipati, maviler, toz, beyaz, çılgın haplar, zemin, vızıltı, yüksekler, gaz

2.4.6.2. Metamfetamin

Metamfetamin (METH) ilk olarak 1893'te Japon kimyager Nagayoshi Nagai tarafından efedrin sentezlenmiştir. Psödoefedrin ve efedrin, reçetesiz satılan ilaçlar olarak bulunmaları nedeniyle metamfetamin üretimi için popüler öncül maddelerdir (Evren and Bozkurt, 2018; 3). METH, DEHB, şiddetli obezite ve narkolepsi için ikinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır. 15 ila 64 yaşları arasındaki nüfusun Kuzey Amerika'da %2,3'ü, Avustralya ve Yeni Zelanda da %1,3'ü ve Asya da % 0,5'i en yüksek METH kullanım yaygınlığına sahiptir (UNOCD 2022). Madenin tedavi amaçlı kullanımı yayıldıkça, kötüye kullanımı da artmıştır (Evren and Bozkurt, 2018; 1).

METH sokak isimleri: buz, kristal, sıcak, süper buz, tebeşir, kaçık, cam, cam dondurma, hız, roket yakıtı, kuru pasta, pamuk şeker, kırmızı taş, pembe cam, Cris, Christina, beyaz haç, Crunk (Işık and Işık, 2016: 199). METH akut komplikasyonları, uzun dönem nörotoksitesi ve yüksek bağımlılık potansiyeli nedeniyle diğer uyarıcılardan daha tehlikeli görülmektedir (Evren and Bozkurt, 2018; 1). Ağızdan, solunarak ya da anal fitil olarak kullanıla bilinir (Pasha, Chowdhury et al., 2020: 123).

DİKKAT

METH akut komplikasyonları, nörotoksik etkileri ve yüksek bağımlılık potansiyeli nedeniyle diğer uyarıcılardan daha tehlikelidir.

Metamfetamin Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı

Ülkemizde ilk defa 2009 yılında İstanbul'da İran kaynaklı bir yakalamada rastlanan METH, 2019 yılına gelindiğinde 81 ilimizin tamamının sokaklarında görülmüştür. 2020 yılında METH yakalama miktarı bir önceki yıla göre dört kat artış göstererek 4.162 kg'a ulaşmıştır. Türkiye'de 2020 yılında MKB sebebiyle tedavi gören hastaların %15,3'ünü METH kullanım bozukluğu oluştururken; 2021 yılında bu oran %25,6 ya yükselmiştir. 2021 yılında Türkiye'de madde bağlantılı 270 ölümün 125'inde METH e rastlanmıştır. Tek başına METH kaynaklı ölümler 2017 yılında %0,3 iken, 2021 yılında %38,3'e çıkmıştır.

Tablet formunda METH, Doğu ve Güney-Doğu Asya'da yaygın olarak görülmekte ve "yaba" olarak anılmaktadır. Bunun yanı sıra "kristal met", "ice" ya da "shabu" olarak anılan kristal METH'nin saflığı tablet formundan daha fazladır (EMCDDA & EUROPOL, 2019, s. 112). METH, genellikle Avrupa'da kristal, ülkemizde ise kristal ve likit formda görülmektedir (TUBİM, 2022).

Türkiye'nin 11 ilini içeren toplum içinde yasadışı uyuşturucu kullanımının atık su bazlı incelemesinde en yüksek METH Gaziantep'te tespit edilmiş olup, ikinci en yüksek il ise Kayseri'dir (Daglioglu, Guzel et al. 2021). Türkiye de 2021 yılında tedavi gören hastaların %25,6'sı METH sebebiyle tedavi almıştır (TUBİM, 2022).

Metamfetaminin farmakokinetiği ve etki mekanizması

METH ağız yoluyla alındıktan 15 -30 dakika sonra, burun yoluyla alındığında ise 3-5 dakikada etkisi ortaya çıkar. Ağız yoluyla alındığında etkisi 6-8 saat kadar sürer. Yüksek lipofilik özelliğinden dolayı kan beyin bariyerini hızlı geçer. Madde büyük ölçüde karaciğerde metabolize edilir ve daha sonra böbrekler tarafından atılır. METH kesildiğinde izlenen belirtiler bir hafta-bir ay içinde azalıp kaybolurken, olguların % 30'nda 6 ay ya da üstünde de devam edebilir (Işık and Işık, 2016: 199).

Tek bir oral dozun yaklaşık %70'i 24 saat içinde idrarla atılır. Tekrarlanan dozlarda METH yedi güne kadar uzun bir süre idrarda tespit edilebilir. Metamfetaminin santral ve periferik sinir sistemindeki monoaminerjik yolakların aşırı uyarılmasına ve bunun sonucunda birçok beyin bölgesinde ciddi disfonksiyona ve hatta nöronal dejenerasyona yol açar. Dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik ve opioidlerjik nörotransmitter sistemler üzerindeki metamfetamin etkileri, kullanımından hemen sonra davranışsal ve bilişsel değişikliklere yol açar (Evren and Bozkurt, 2018; 4).

Metamfetamin kullanımının klinik etkileri

1. Metamfetamin kullanımının akut klinik etkileri

METH kullanımı öfori, atiklik, uyanıklık, artan güven hissi, hiperaktivite, iştahsızlık davranışsal disinhibisyon ve bilişsel işlevde kısa süreli iyileşmeye yol açar. Akut METH zehirlenmesi genellikle taşikardi, hipertansiyon, ajitasyon ve psikotik belirtilere yol açabilir. METH kaynaklı hipertansiyon, koroner spazm ve aritmilere bağlı olarak akut koroner sendrom, akut aort diseksiyonu ve ani kardiyak ölüm ortaya çıkabilir. Ayrıca pulmoner arteriyel hipertansiyon, solunum yetmezliği, nöbet, iskemik ve hemorajik inme, akut böbrek yetmezliği, akut karaciğer hasarı, mezenterik enfarktüs ve iskemik kolit, akut pankreatite sebep olabilir. METH kullanımı ile ilişkili kazalar, intihar ve cinayet sonucu ölümler gerçekleşebilir. Damar içi METH kullanımı bakteriyel endokardit ile sonuçlanabilir (Pasha, Chowdhury et al., 2020: 123).

DİKKAT

METH kullanımı ani kardiyak ölüme neden olabilir. Ayrıca kazalar, intihar ve cinayet sonucu ölümler gerçekleşebilir.

2. Uzun süre metamfetamin kullanımının klinik etkileri

METH uzun süreli kullanımları kesilme ve yoksunluk belirtileri, tolerans ve bağımlılık gelişmesine yol açar. Metamfetaminin uzun süreli kullanımı motor becerilerde bozulma, hızlı bilişsel gerileme, artan kaygı, psikotik bozukluklar, şiddet davranışları, halüsinasyon, sanrı ve depresyona yol açabilir. Kronik madde kullanımıyla ilişkili olan kötü hijyen ve yetersiz beslenme cilt hastalıklarına ve diş çürümelerine yol açabilir. Diş çürümesi, brüksizm (diş sıkma, gıcırdatma) ve kserostomi (ağız kuruluğu) ile de hızlanır (Pasha, Chowdhury et al., 2020: 123). Parkinson hastalığına yakalanma riskini artırabilir (Jayanthi, Daiwile et al., 2021: 3).

3. Metamfetamin ile ilişkili psikoz

Tekrarlayan METH kullanımı sonucunda meydana gelen dopaminerjik aşırı uyurım, yatkın bireylerde psikoz gelişimine neden olabilmektedir. METH kullananlarda persekütif sanrılar, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, referans ve düşünce yayınlanması sanrıları ile karakterize "METH ile ilişkili psikoz" geliştiği tahmin edilmektedir. Tek doz kullanım ya da yoksunluk sırasında ortaya çıkan psikoz genellikle geçici olsa da kronik METH kullanımı ile psikotik bozukluklara yatkınlık artar. METH psikozu olan bazı hastalar, haftalar veya aylar boyunca psikotik semptomlar da düzelme göstermezler. Bu hastaların dörtte biri beş yıl içinde şizofreni tanısı almaktadır (Evren and Bozkurt, 2018; 5).

METH kullanıcılarının %26-46'sında metamfetamin ile ilişkili psikoz görülür (Chiang, Lombardi et al., 2019). Kronik METH kullananlarda genel topluma göre psikoz geliştirme oranı 11 kat daha yüksektir (Wearne and Cornish, 2018: 2).

DİKKAT

Uzun süre METH kullananlarda psikoz gelişme riski 11 kat artmaktadır.

Metamfetamin yoksunluğu

METH geri çekilme genellikle depresyon, uyku hali, kaygı, dikkati toparlayamama, iştah artışı, yoğun metamfetamin isteği ve paranoyaya neden olur. Nöbetler de meydana gelebilir. METH yoksunluğuyla ilişkili depresyon, kokain yoksunluğuna kıyasla daha uzun süreli ve şiddetli olabilir (Pasha, Chowdhury et al., 2020: 124). METH yoksunluğunun en belirgin özelliği olan depresif belirtiler iki haftalık ayıklık döneminden sonra da devam edebilir. Depresyon ve kaygı intihar düşüncelerine yol açabilir. Yoğun METH isteği en az beş hafta sürebilir. En sık relaps ayıklığın 7 ile 14. günlerinde görülmektedir.

Komorbidite

Tütün kullanım bozukluğu, davranım bozukluğu, TSSB, anksiyete bozuklukları ve dikkat eksikliği bozuklukları en sık görülen komorbiditeler iken yeme bozuklukları nadirdir (Kuitunen-Paul, Roessner et al., 2021. 13).

Metamfetaminin tıbbi kullanımı

METH; DEHB, şiddetli obezite ve narkolepsi için ikinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır (UNOCD 2022).

METH kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.6.2'de sunulmuştur:

Tablo-2.4.6.2. Metamfetaminin Genel Özellikleri

Kullanım yolu	Ağızdan, inhalasyon, anal fitil olarak kullanıla bilinir
Etki mekanizması	Dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik ve opioidlerjik
Yaygınlık	Kuzey Amerika'da %2,3, Avustralya'da ve Yeni Zelanda'da %1,3 ve Asya'da % 0,5 2021 yılında Türkiye'de MKB sebebiyle tedavi alanların %25,6'sı METH kullanım bozukluğu 2021 yılında Türkiye'de maddeden kaynaklı ölümlerin %38,3'i METH kullanım bozukluğu
Akut etkileri	Öfori, atiklik, uyanıklık, güven hissinde artma, hiperaktivite, iştahsızlık , davranışsal disinhibisyon ve bilişsel işlevde kısa süreli iyileşmeye yol açar. Akut metamfetamin zehirlenmesi, ajitasyon ve psikotik belirtilere, hipertansiyon, koroner spazm, taşikardi, koroner sendrom, akut aort diseksiyonu ve ani kardiyak ölüm, pulmoner arteriyel hipertansiyon, solunum yetmezliği, nöbetler, iskemik ve hemorajik inme, akut böbrek yetmezliği, akut karaciğer hasarı, mezenterik enfarktüs ve iskemik kolit, akut pankreatit. METH kullanımı ile ilişkili kazalar, intihar ve cinayet sonucu ölüm. Damar içi kullanım sebebiyle bakteriyel endokardit.

Kronik etkileri	Motor becerilerde bozulma, hızlı bilişsel gerileme, artan kaygı, psikotik bozukluklar, Parkinson, şiddet davranışları, halüsinasyon, sanrı ve depresyona, kötü hijyen ve yetersiz beslenme, cilt hastalıkları ve diş çürümleri.
Yoksunluk belirtileri	Depresyon, uyku hali, kaygı, dikkati toparlayamama, iştah artışı, yoğun METH isteği, paranoya, nöbetler.
Etki başlangıç süresi	Ağızdan alımda 15-30 dk, burundan alındığında 3-5 dk
İdrarda ve saçta tespit süresi	Kan testi: 3 güne kadar Tükürük testi: 4 güne kadar İdrar tahlili: 1 haftaya kadar Saç testi : 90 güne kadar
Sokak isimleri	Buz, kristal, sıcak, süper buz, tebeşir, kaçık, cam, cam dondurma, hız, roket yakıtı, kuru pasta, pamuk şeker, kırmızı taş, pembe cam, Cris, Christina, beyaz haç, Crunk

2.4.6.3. Kokain

Kokain, koka yapraklarından (Erythroxylum koka bitkisi) elde edilen psikoaktif bir maddedir. Koka yaprakları çözücülere ve bir macuna batırılır ve ardından kokain hidroklorürden oluşan bir ilaç elde etmek için toza dönüştürülür. Kokain en yaygın olarak toz halinde burundan çekilerek veya enjekte edilerek kullanılır (Poireau, Milpied et al., 2022: 1).

Kokain sokakta hem asidik hem de bazik formlarda bulunur. Kokain hidroklorür (yaygın sokak isimleri, "kar", "burun şekeri", "üfleme") burundan çekilebilen veya damar içi enjeksiyon için suda çözülebilen bir tozdur. Baz kokain («crack» veya «rock») daha düşük bir erime noktasına sahiptir ve genellikle buharlaştırılır ve solunur (Wouldes and Lester, 2019: 155) ,

2020 yılında taş kokain kullanım sorunları için tedavi alanların sayısı 2016 yılına göre üç kat artmıştır. Taş kokain kullanımı sağlık ve toplum üzerinde pek çok zarara yol açmaktadır. Kullanıcıların önemli bir bölümünün taş kokaini çözdürüp, damar içi enjeksiyon ile kullanması HIV ve hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonu risklerini artırdığı bildirilmektedir (EMCDDA,2022).

Kokain Kullanım Bozukluğunun (KokKB) yaygınlığı

Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde, yaklaşık 2,2 milyon kişi düzenli olarak kokain kullanmakta, bunların 1,5 milyonu DSM-5 MKB kriterlerini karşılamaktadır (Schwartz, Wolkowicz et al., 2022: 25). Siyahlarda aşırı doz kokain ölümlerinin oranı, opioid aşırı doz ölümlerinden daha yüksektir (Shiels, Freedman et al., 2018: 2). Yaşam boyu KokKB görülme oranı erkekler de %3, kadınlarda %1,8 dir. Kadınların yüksek derecede bağımlılık yapan crack kokain kullanma olasılığı daha yüksektir ve erkeklerden daha hızlı bağımlılık geliştirirler (Schwartz, Wolkowicz et al., 2022: 28).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 2022 verilerine göre kokain kullanım bozukluğu tanısıyla 1.864 kişi ayaktan, 229 kişi ise yatarak tedavi almıştır. MKB tanısıyla tedavi alan hastaların % 2,7'sini KokKB oluşturmuş-

tur (TUBİM, 2022). Türkiye'nin 11 ilini içeren toplum içinde yasadışı uyuşturucu kullanımının atık su bazlı incelemesinde en yüksek kokain kullanımı Diyarbakır'da tespit edilirken, onu sırasıyla Mersin ve Gaziantep takip etmiştir. Adana, Ankara ve Kayseri illerinde kokain kullanım miktarları birbirine yakın olup, en düşük kokain kullanım miktarı Erzurum'da bulunmuştur (Daglioglu, Guzel et al. 2021).

Kokainin farmakokinetiği ve etki mekanizması

Etkileri damar içi enjeksiyondan 1-5 saniye; inhalasyondan bir dakika sonra; ağızdan alındığında ise 20-30 dk da başlar. En yüksek subjektif etki çıkma süresi burundan çekilerek kullanıldığında yaklaşık 15 dakika, damar içi enjeksiyondan sonra ise üç dakika arasında değişir (Wouldes and Lester, 2019: 156). Kokain merkezi sinir sistemini uyararak psikostimülan etki gösterir. Farmakolojik etkisini esas olarak sinir hücreleri arasındaki sinaptik aralıktan hücre içine dopamin geri alımını engelleyerek sinaptik aralıkta dopamin miktarını artırarak gösterir. Kokain noradrenalin ve serotonin geri alımını da inhibe ederek noradrenerjik etkinliği artırır.

Kokain kullanımının klinik etkileri

1.Kokain kullanımının akut klinik etkileri

Kokainin akut etkileri yaklaşık 20-30 dakika sürer; bu süre zarfında kullanıcılar yoğun bir öfori veya "yüksek" hissettiklerini bildirirler (Schwartz, Wolkowicz et al., 2022: 28). Uyanıklık ve uyarılmışlık hali, öfori, konuşma ve girişkenlik de artış, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, kaygı, gerginlik, çabuk öfkelenme, ajitasyon, yargılamada bozukluk, saldırganlık, dürtüsel ve yüksek riskli davranışlar ve dezorganizasyon konuşma görülebilir. Taşikardi, hipertansiyon, terleme, bulantı ve kusma, hızlı solunum, beden sıcaklığında yükselme, göz bebeklerinde genişleme gibi otonomik hiperaktivite belirtileri, ayrıca iştah ve uyku ihtiyacında azalma, baş ağrısı, kulak çınlaması, göğüs ağrısı eşlik edebilir. Burun yoluyla kullanımında burun akıntısı ve tıkanıklık, burun mukozasında tahriş, şişlik ve kanama görülebilir.

Şiddetli zehirlenme de hipertansiyon taşikardi kalp ritim bozukluğu, miyokard enfarktüsü, solunumun baskılanması, epileptik nöbetler, atoni ve diskinezi gibi hareket bozuklukları, Serebrovasküler hastalıklar, hipertermi, delirium, koma ve ölüm görülebilir. Kokain birçok yönden amfetaminleri ve diğer uyarıcı maddeleri benzer etkiler gösterir ancak kokainin etkisi çok kısa sürer ve kokain zehirlenmesinde epileptik nöbetleri, kalp ve solunum sistemi ile ilişkili tıbbi sorunlara daha sık rastlanır.

2.Uzun süreli Kokain kullanımının klinik etkileri

Kronik kokain kullanımı ile davranışsal, psikiyatrik ve psikososyal değişiklikler meydana gelir. Kronik olarak kokain kullanan kişilerde dikkat (özellikle sürekli dikkat), görsel ve işleyen bellek, sözel akıcılık, duyuşsal-algısal işlevlerde eksiklikler ve dürtüsellik görülür. Bu eksikliklerin çoğu birkaç aylık yoksunluktan sonra da devam eder. Altı ay boyunca haftada en az iki kez kokain kullanan kişilerin %82-86'sı kokain yoksunluğu yaşadıkları görülmüştür. Kokain yoksunluğu yaşayanların daha büyük miktarlarda kokain kullanma, daha güçlü öfori bildirme ve daha ciddi tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal sorunlar yaşama ihtimali vardır (Schwartz, Wolkowicz et al., 2022: 29).

Uzun süreli kullanımı burun duvarında delinmeye neden olabilir. Sigara veya dumanını içine çekme gibi yöntemlerle kullanımı solunum yolu ve akciğer hastalıklarına yol açabilir. Damar içi kullanımda enjeksiyon yerlerinde yara ve enfeksiyonlar damarlarda hasar oluşumu ile tromboz ve emboliler, bulaşıcı hastalıklar görülür.

Ağız yoluyla kullanımı takiben bağırsaklarda kan akımının azalmasına bağlı kangren gelişebilir. Gebelerde kokain kullanımı erken doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebek sıklığında artmaya neden olabilir. Kokain kullanımının sıklığı ve miktarının yüksek olması, ayrıca KokKB DSM-5 kriterlerinin sayısının yüksek olması, nüfsün en iyi bilinen klinik belirteçleridir (Poireau, Milpied et al., 2022: 2).

Kokain yoksunluğu

Kokain yoksunluğunda halsizlik, çevreye karşı ilgisizlik, zevk alamama, aşırı uyuma veya uykusuzluk, canlı ve hoş olmayan rüyalar, yeme isteğinde artma, psikomotor yavaşlama veya artma görülebilir (APA, 2013). Yoksunluk belirtileri genellikle 2-4 gün içinde en yüksek seviyeye ulaşır ve bir hafta içinde azalarak sonlanır. Ancak aşırma daha uzun süre devam edebilir ve iyilik dönemlerinde de hatırlatıcılarla yeniden alevlenebilir.

Komorbidite

Kokain kullanımına bağlı rahatsızlıkları olan bireylerin %30-60'ında eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk vardır. KokKB tedavisi gören hastaların %21,6'sında kokainin neden olduğu ruh hali, %12,32'sinde psikotik bozukluklar ve %20,7'sinde bağımsız anksiyete bozuklukları tespit edilmiştir (Vergara-Moragues, González-Saiz et al., 2012: 734). KokKB olan erkeklerin birlikte ortaya çıkan DEHB'ye sahip olma olasılığı, kadınların ise anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve TSSB sahip olma olasılığı daha yüksektir (Schwartz, Wolkowicz et al., 2022: 28).

Kokain kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.6.3'de sunulmuştur:

Tablo-2.4.6.3. Kokain Kullanımına İlişkin Genel Özellikler

Kullanım yolu	Ağız, Burun, damar içi enjeksiyon
Etki mekanizması	Dopamin, serotonin, noradrenalin geri alımını engeller
Yaygınlık	Yaşam boyu KokKB görülme oranı erkekler de %3, kadınlarda %1,8 MKB tanısıyla tedavi alan hastaların % 2,7'sini KokKB oluşturmuştur 2022 yılında Türkiye'de KokKB tanısıyla 1.864 kişi ayaktan, 229 kişi ise yatarak tedavi almıştır.
Akut etkileri	Uyanıklık ve uyarılmışlık hali, öfori, konuşma ve girişkenlik de artış, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, kaygı, gerginlik, çabuk öfkelenme, ajitasyon, yargılamada bozukluk, saldırganlık, dürtüsel ve yüksek riskli davranışlar ve dezorganize konuşma. Taşikardi, hipertansiyon, terleme, bulantı ve kusma, hızlı solunum, ateş, pupillerde genişleme, iştah ve uyku ihtiyacında azalma, baş ağrısı, kulak çınlaması, göğüs ağrısı. Burun akıntısı ve tıkanıklık, burun mukozasında tahriş, şişlik ve kanama. Şiddetli zehirlenmede, hipertansiyon, taşikardi, kalp ritim bozukluğu, miyokard enfarktüsü, solunumun baskılanması, epileptik nöbetler, atoni ve diskinezi gibi hareket bozuklukları, serebrovasküler hastalıklar, hipertermi, delirium, koma ve ölüm.

Kronik etkileri	Dikkat, görsel ve işleyen bellek, sözel akıcılık, duyuusal-algisal işlevlerde eksiklikler ve dürtüsellik. Burundan alınımına bağlı olarak; burun duvarında delinme, solunum yolu ve akciğer hastalıkları. Damar içi kullanımda; enjeksiyon yerlerinde yara ve enfeksiyonlar, damarlarda hasar oluşumu ile tromboz ve emboliler, bulaşıcı hastalıklar. Ağız yoluyla kullanımda bağırsaklarda kan akımının azalmasına bağlı kangren. Gebelerde; erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek.
Yoksunluk belirtileri	Halsizlik, çevreye karşı ilgisizlik, zevk alamama, aşırı uyuma veya uykusuzluk, canlı ve hoş olmayan rüyalar, yeme isteğinde artma, psikomotor yavaşlama veya huzursuzluk, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, bradikardi.
Etki başlangıç süresi	Damar içi enjeksiyon: 1-5 saniye İnhalasyon: bir dk sonra Ağız: 20-30 dk
Tespit süresi	Kan testi: 24 saate kadar Tükürük testi: 2 güne kadar İdrar tahlili: 3 güne kadar Saç testi: 90 güne kadar
Sokak isimleri	Kar, burun şekeri, crack, rock

2.4.6.4. Metilfenidat

Metilfenidat (MFD), çocukluk ve ergenlikte sık görülen bir nöropsikiyatrik bozukluk olan DEHB tedavisinde dünya çapında en çok kullanılan psikostimülandır (Oliveira-Campos, Reis et al. 2021). Ayrıca narkolepsi tedavisinde de kullanılır (Senior, Ahmed et al., 2023: 2).

MFD yaygın olarak Ritalin olarak bilinir. 1944 yılında Panizzon tarafından bulunmuş, 1955'te depresyon, kronik yorgunluk ve şizofreni gibi psikolojik bozuklukları tedavi etmek için kullanılmıştır. MFD, 1961'de hiperaktivite teşhisi konan hastalarda kullanım için onaylanmıştır (Senior, Ahmed et al., 2023: 1). Metilfenidat sınavlara hazırlanırken dikkati ve odaklanma performansını artırmak için kullanımının yanında, eğlence amacıyla kötüye kullanımı da vardır (Clemow, 2017: 99). 2003 yılında yapılan bir çalışma, lisans öğrencilerinin yaklaşık %4'ünün MFD'yi yasadışı olarak kullandığını belirtmiştir. MFD'nin tıbbi kullanımını sabit bir dopamin salınımı sağlarken, yasa dışı kullanımı hızlı ve aşırı dopamin salınımı sonucu öforiye sebep olur. MFD dozu arttıkça, madde kötüye kullanımı olasılığı da artar (Senior, Ahmed et al., 2023: 2). Önerilen dozda metilfenidat kullanımının bağımlılık yapmadığı gösterilmiştir (Ögel, 2018: 155).

Metilfenidat kullanım bozukluğunun yaygınlığı

Araştırmalar lise öğrencilerinin yaklaşık %5-10'unda, üniversite öğrencilerinin ise %5-35'inde metilfenidat kötüye kullanımı olduğunu göstermektedir (Clemow, 2017: 99).

Metilfenidat farmakokinetiği ve etki mekanizması

Metilfenidat, dopamin taşıyıcısını bloke ederek dopaminin sinapslara geri alınmasını engeller ve böylece dopamin miktarını artırır (Mizuno, Cai et al., 2022: 8).

Metilfenidat kullanımının klinik etkileri**a). Metilfenidat kullanımının akut klinik etkileri**

Hiperreflexi, ajitasyon, tremor, öfori, konvülsiyon, konfüzyon, halüsinasyon, terleme, ateş basması, baş ağrısı, çarpıntı görülebilir. Ayrıca kan basıncında artma, baş ağrısı, kusma, yorgunluk, ani ölüme neden olabilir (Storebø, Pedersen et al., 2018: 478).

b). Uzun süre Metilfenidat kullanımının klinik etkileri

Psikoz, tikler ve madde kötüye kullanımı riskini artırır. Depresyon, obsesyon, uyku güçlüğü, kekemelik, cilt lezyonları, iştahta azalma, görme bozuklukları, istemsiz hareketler, nöbet, ani ölüme neden olabilir. (Oliveira-Campos, Reis et al. 2021).

Metilfenidat yoksunluk sendromu

Panik, agresyon, psikotik atak, aşırı yorgunluk, aşırı uyku, şüpheliğe sebep olabilir (Storebø, Pedersen et al., 2018: 478).

Metilfenidat tıbbi kullanımı

DEHB tanısı konan çocukların üçte ikisi, ergen erkeklerin %10'u ve üniversite öğrencilerinin %1,5-31'i MFD gibi psikostimulanlarla tedavi edilmektedir (Senior, Ahmed et al., 2023: 1). Metilfenidat kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.6.4'de sunulmuştur:

Tablo-2.4.6.4. Metilfenidat genel özellikleri

Kullanım yolu	Ağız, damar içi enjeksiyon
Etki mekanizması	Metilfenidat, dopamin taşıyıcısını bloke ederek dopaminin sinapslara geri alınmasını engeller
Yaygınlık	MFDKB lise öğrencilerinin %5-10'unda, üniversite öğrencilerinin ise %5-35'inde
Akut etkileri	Hiperreflexi, ajitasyon, tremor, öfori, konvülsiyon, konfüzyon, halüsinasyon, terleme, ateş basması, baş ağrısı, çarpıntı, kan basıncında artma, baş ağrısı, kusma, yorgunluk, ani ölüm
Kronik etkileri	Psikoz, tikler ve diğer madde kötüye kullanımı riskinde artma, depresyon, obsesyon, uyku güçlüğü, kekemelik, cilt lezyonları, iştahta azalma, görme bozuklukları, istemsiz hareketler, nöbet, ani ölüm
Yoksunluk belirtileri	Panik, agresyon, psikotik atak, aşırı yorgunluk, aşırı uyku, şüpheliçilik
Etki başlangıç süresi	2-4 saat

İdrarda ve saçta tespit süresi	Kan testi: 12 saate kadar Tükürük testi: 2 güne kadar İdrar tahlili: 2 güne kadar Saç testi : 90 güne kadar
Sokak isimleri	Diyet kola, fakir adamının kokaini, batı yakası

2.4.6.5. MDPV (Banyo tuzları)/ sentetik katinonlar

Katinonlar, khat bitkisinde (*Catha edulis*) doğal olarak bulunan psikoaktif bileşiktir. Khat yaprakları çiğnenerek ya da çay gibi demlenerek kullanılır. Khat, Doğu Afrika ve Arap Yarımadası'na özgü küçük yapraklı yeşil bir çalıdır. Katinon, amfetaminin β -keton analogudur, amfetamin ile benzer kimyasal yapısı ve davranışsal etkileri vardır. Bu nedenle "doğal amfetamin" olarak bilinir. MDPV "banyo tuzu" ürünlerinde bulunan en yaygın katinondur. "banyo tuzları" olarak satılan sentetik katinonlar için, gerçek kullanım amaçlarını gizlemek amacıyla "bitki besini", "halı temizleyici" veya "leke çıkarıcı" terimleri de kullanılmaktadır. Katinonlar, genellikle kokain ve amfetaminler gibi daha pahalı kötüye kullanılan ilaçlar yerine sosyal ve cinsel deneyimleri geliştirmek için alınır (Riley, Nelson et al., 2020: 151).

Sentetik katinonlar genellikle ağızdan, rektal, damar içi enjeksiyon veya solunum yoluyla kullanılan beyaz, şekilsiz veya kristal tozudur. Bazı sentetik katinon türevleri içilebilir veya e-sigara benzeri cihazlarda <vapin> olarak kullanılabilir. Yasadışı uyuşturucuların <yasal alternatifleri> olarak bilindikleri için satışları artmıştır. Banyo tuzlarını popüler ve yaygın hale getiren bir diğer sebep ise web üzerinden kolayca erişilebilir olmasıdır. Sentetik katinonlar yeni bir kimyasal sınıf oldukları için gelecekteki tekniklerle tespit edilemezler (Altun and İsmet, 2020: 236).

Sentetik katinon kullanım bozukluğunun yaygınlığı

2022 dünya uyuşturucu raporuna göre, 2015 ile 2020 arasında Doğu Avrupa, Orta Asya ve Transkafkasya'da ele geçirilen tüm sentetik NPS'lerin yaklaşık %72'si sentetik katinonlardır (UNOCD 2022).

Sentetik katinonların farmakokinetiği ve etki mekanizması

Sentetik katinonlar en sık olarak ağızdan veya burundan çekme ile uygulanır. Rektal uygulama, intravenöz veya intramüsküler enjeksiyon daha nadirdir (Paillet-Loilier, Cesbron et al., 2014: 44)

Amfetamin gibi norepinefrin, serotonin, dopamin seviyelerini arttırırlar (Riley, Nelson et al., 2020: 155).

Sentetik katinon kullanımının klinik etkileri

1. Sentetik katinon kullanımının akut klinik etkileri

Düşük dozlarda sentetik katinonlar öfori ve uyanıklığa neden olurlar (Altun and İsmet, 2020: 236). Yüksek doz katinon kullananlar akut anksiyete, uykusuzluk, yorgunluk, midriyazis, ajitasyon, saldırganlık, panik ataklar, oryantasyon bozukluğu, kafa karışıklığı, hafıza kaybı, bilinç kaybı, miyoklonus, deliryum, paranoya, halüsinasyonlar, intihar düşüncesi, ateş, göğüs ağrısı, taşikardi, kardiyak aritmiler ve hipertansiyon dahil olmak üzere psikostimülan ilaçların akut aşırı doz etkilerine

benzer belirtiler gösterirler (Beck, Bäckberg et al. 2018).

Yüksek doz sentetik katinon alanlarda kan üre nitrojeni (BUN) seviyelerinde yükselme, potasyum yüksekliği, sodyum düşüklüğü, vücuttan aşırı sıvı kaybı, rabdomiyoliz (iskelet kas yıkımı) görülebilir (Riley, Nelson et al., 2020: 185).

Halk arasında 'zombi ilacı' olarak adlandırılan sentetik katinon türevi olan Alfa pirrolidino valerofenon (α -PVP), popüler adıyla 'flakka', kullananlarda tuhaf davranışlara, saldırganlığa sebep olur (Altun and İsmet, 2020: 236).

2. Uzun süre sentetik katinon kullanımının klinik etkileri

Uzun süre katinon kullanımı halüsinasyon, psikoz, deliryum, hipertermi, taşikardi, böbrek yetmezliği ve iskemi gibi ciddi yan etkilere neden olabilir (Altun and İsmet, 2020: 236).

Sentetik katinonların yoksunluğu

Yüksek dozda sentetik katinon kullanımının aniden kesilmesinden sonra tolerans, bağımlılık, aşırma ve yoksunluk sendromuna neden olabilir. Uyku bozuklukları, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve aşırma gibi semptomlar görülebilir.

Sentetik katinonların tıbbi kullanımı

Amfetaminlerle yapısal benzerlikleri nedeniyle anorektik, merkezi sinir sistemi uyarıcıları veya antidepresan olarak birçok sentetik katinon türevi geliştirmek için girişimlerde bulunulmuş, ancak bağımlılık sorunu klinik kullanımlarını engellemiştir. Sentetik katinon kullanımına ait genel özellikler Tablo-2.4.6.5'de sunulmuştur:

Tablo-2.4.6.5. Sentetik Katinon Genel Özellikleri

Kullanım yolu	Ağızdan, rektal, damar içi enjeksiyon, soluma, e-sigara
Etki mekanizması	Norepinefrin, serotonin, dopamin beyin seviyelerini arttırmalar
Yaygınlık	2015 ile 2020 arasında Doğu Avrupa, Orta Asya ve Transkafkasya'da ele geçirilen tüm sentetik NPS'lerin yaklaşık %72'sinde sentetik katinonlar oluşturmuştur
Akut etkileri	Düşük dozlarda öfori ve uyanıklık Yüksek dozlarda akut anksiyete, uykusuzluk, yorgunluk, ajitasyon, saldırganlık, panik ataklar, oryantasyon bozukluğu, kafa karışıklığı, hafıza kaybı, bilinç kaybı, miyoklonus, deliryum, paranoya, halüsinasyonlar, intihar düşüncesi, Midriyazis, ateş, göğüs ağrısı, taşikardi, kardiyak aritmiler ve hipertansiyon Kan üre nitrojen yüksekliği, potasyum yüksekliği, sodyum düşüklüğü, vücuttan aşırı sıvı kaybı, rabdomiyoliz
Kronik etkileri	Halüsinasyon, psikoz, deliryum, hipertermi, taşikardi, böbrek yetmezliği ve iskemi
Yoksunluk belirtileri	Uyku bozuklukları, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve aşırma
Etki başlangıç süresi	5-20 dk
Tespit süresi	-
Sokak isimleri	Kar, kar leoparı, kar fırtınası, mor dalga, yıldız tozu, beyaz şimşek, maymun tozu, dron

2.4.7. Kafein Kullanım Bozukluğu (KafKB)

Kafein, kahve, çay, kola ve enerji içecekleri gibi çok çeşitli içeceklerde ve çikolata gibi bazı yiyeceklerde bulunan psikoaktif bir maddedir (Booth, Saxton et al., 2020). Kafein aynı zamanda reçeteli ve reçetesiz satılan 1000'den fazla ilaçta sinir sistemini uyarıcı, ağrı kesici ilaçların etkisini artırıcı, solunum sistemi zorluklarını giderici bir madde olarak da kullanılmaktadır. Yorgunluğu azalttığı, uyanıklık süresini uzattığı, odaklanmayı artırdığı, belleği kuvvetlendirdiği, bedensel çalışmalarını güçlendirdiği yönünde çalışmalar mevcuttur. Bu özellikleri sebebiyle üniversite öğrencileri arasında popüler şekilde tüketilmektedir (Aydın and Eryılmaz, 2019: 20).

Kafein entoksikasyonu ve yoksunluğu DSM-5'de tanımlanmasına rağmen, Kafein Kullanım Bozukluğu (KafKB) tanısı DSM'de yer almaz. Çünkü APA'ya göre, KafKB'nin klinik olarak ne ölçüde önemli bir bozukluk olduğu henüz net değildir (APA, 2013)

Batı ülkelerindeki yetişkinlerin %80'inden fazlası her gün ortalama 122-226 mg kafein tüketmektedir (Booth, Saxton et al., 2020). Sağlıklı yetişkinlerde kafein alımı için önerilen üst sınır günde 400 mg'dır (Wikoff, Welsh et al., 2017: 585). Yetişkinlerin yaklaşık %14'ü günde önerilen 400 mg kafein sınırını aşmaktadır (Sweeney, Meredith et al., 2019: 46). Araştırmalar çocuklar için 2,5 mg/kg/gün, hamile kadınlar için 300 mg/gün, sağlıklı yetişkinlerde ise 400 mg/gün'e kadar kafein alım dozunun olumsuz etkilerle ilişkili olmadığını göstermiştir (Nawrot, Jordan et al.; 2003: 1). Kafein (1,3,7-trimetilksantin), birçok yiyecek, içecek, besin takviyesi ve ilacın farmakolojik olarak aktif bir bileşenidir. Beklenmedik kafein kaynakları ve yiyeceklerin içeriğinde kafein bulunması nedeniyle, maruz kalınan kafein miktarının belirlenmesi zordur (Wikoff, Welsh et al., 2017: 586).

Türkiye'de yapılan bir araştırmada en yüksek kafein konsantrasyonu Türk kahvesinde (858 mg/L) bulunmuştur. Türk kahvesini sırasıyla; dökme çay (840 mg/L), çözünebilir kahve (509 mg/L), poşet çay (218 mg/L), enerji içecekleri (169 mg/L) ve kola (148 mg/L) takip etmiştir (Hancı, Bayram et al., 2013: 36).

Yükseköğretim öğrencilerinde en yaygın tüketilen kafein kaynakları çikolata, kahve ve çaydır (sırasıyla %81,7, %76,3 ve %71,9). Bununla birlikte, çikolata, düşük kafein içeriği ve düşük toplam alım miktarı nedeniyle toplam günlük kafein alımının yalnızca %7,3'üne katkıda bulunmuştur. Tahmini günlük kafein alımına en çok kahve (%61,4) katkıda bulunurken, bunu çay (%14,4) ve enerji içecekleri (%8) takip etmektedir (Stachyshyn, Ali et al., 2021: 1).

Kadınlarda kafeinin metabolizması erkeklere göre %20-30 daha hızlı olması nedeniyle, kadınlar erkeklere göre daha fazla olumsuz semptom yaşamadan nispeten daha yüksek miktarlarda kafein tüketebilirler. Enerji içecekleri ve kahve en yüksek düzeyde bağımlılığa sahip olan iki kafein kaynağıdır (Stachyshyn, Ali et al., 2021: 9).

2.4.7.1. Kafein kullanım bozukluğunun yaygınlığı

Kafein Kullanım Bozukluğunun yaygınlığı %6 ile %13,9 arasındadır (Booth, Saxton et al., 2020).

2.4.7.2. Kafein farmakokinetiği ve etki mekanizması

Ağızdan alınmasının ardından mideden emilir ve kana karışır. Etkisi 15 dakikadan sonra hissedilmeye başlar. Yarılanma ömrü altı saatten fazla olması sebebiyle

etkileri uzun sürer (Ögel, 2018: 96). Psikoaktif etkinliğini adenozin A1 reseptör blokajı ile gösterir (Hancı, Bayram et al., 2013: 35). Adrenalin salınımını artırır, dopamin depolarını harekete geçirir. Adrenalin uyanıklık ve dikkat artışı, dopamin ise mutluluk ve keyif hali sağlar (Ögel, 2018: 96).

2.4.7.3.Kafein kullanımının klinik etkileri

1-Kafein kullanımının akut klinik etkileri

Kafeinin ılımlı miktarları uyanıklık, kendini enerjik hissetme, motivasyon artışı, keyif ve rahatlama gibi olumlu faydalar sağlarken, alım miktarlarının artması ile birlikte baş ağrısı, sinirlilik, huzursuzluk gibi istenmeyen semptomlara neden olmaktadır. Toksik dozda kafein alınması durumunda kişide yerinde duramama, tedirginlik, huzursuzluk hali, kıpır-kıpır olma, aşırı bir heyecan ve coşku hissetme, kas seğirmeleri, kalp hızı artışı ve ritm düzensizlikleri ortaya çıkmaktadır. Alınan kafein miktarı arttıkça halüsinasyonlar, psikoz, kaslarda yıkım, gastrointestinal rahatsızlıklar da görülebilmektedir (Hancı, Bayram et al., 2013: 37). Baş ağrısı ve uykusuzluğa, solunum problemlerine, karaciğer ve kalp hasarına, nöbetlere ve ölüme kadar değişen olumsuz belirtilere neden olabilir (Seifert, Schaechter et al., 2011: 514).

Düzenli kullanmayan insanlarda kan basıncını artırıcı etkiye ve hafif bir diüretik etkiye sahip iken, düzenli kullanıcılarda bu etkilere karşı tolerans gelişmektedir (Hancı, Bayram et al., 2013: 35).

2-Uzun süre Kafein kullanımının klinik etkileri

Yüksek miktarlarda kafein içeren enerji içeceklerinin, özellikle çocuklarda, ergenlerde ve genç erişkinlerde nöbet, diyabet, kalp anormallikleri ve davranış bozuklukları gibi ciddi yan etkilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Seifert, Schaechter et al., 2011: 511).

Gebelik sırasında alınan yüksek doz kafein ile spontan düşük meydana gelebilir; kafeinin sigara ve alkol ile birlikte alınması spina bifida oluşumuna sebep olabilir. Yapılan bir çalışmada gebelikte kafein kullanımı ile çocukluk çağı lösemilerinin ilişkili olabileceğine dair kanıtlar bulunmuştur (Hancı, Bayram et al., 2013: 35).

Aşırı kafein tüketimi, bireysel duyarlılığa bağlı olarak akut toksisite, kardiyovasküler toksisite, kemik kalsiyum yoğunluğunun azalması, davranışsal etkiler, bozulmuş fetal gelişim ve kısırlığa sebep olabilir. Stres, baş ağrısı, uykusuzluk ve bağımlı hissetme eşlik edebilir (Booth, Saxton et al., 2020).

2.4.7.4.Kafein yoksunluğu

Düzenli kullanımdan sonra kafeinin aniden kesilmesi, baş ağrısı, yorgunluk, ruh hali bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü ve grip benzeri semptomlara neden olabilir (Sweeney, Meredith et al., 2019: 46).

Uzun süreli günlük kafein kullanımını bıraktıktan ya da azalttıktan sonraki 24 saat içinde baş ağrısı, belirgin yorgunluk ve uyuşukluk, disfori ile giden bir duygu durumu, çökkün duygu durumu ya da kolay kızma, odaklanmakta güçlük çekme, grip benzeri belirtilerden üç veya daha fazlasının ortaya çıkması ve bu semptomların klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya bozulmaya neden olduğu durumlarda DSM-5'e göre kafein yoksunluk sendromu tanısı konulabilir (APA, 2013).

2.4.7.5. Komormidite

Özellikle yüksek dozlarda kafein tüketimi, manik ve psikotik semptomların yanı sıra anksiyete bozuklukları gibi çeşitli ruhsal bozukluklarla ilişkilidir (Ágoston, Urbán et al. 2018). Sigara ve kahvenin birlikte tüketilmesi, sadece sigara ya da sadece kafein alınmasına oranla çok daha hızlı ve şiddetli bağımlılığa ve daha fazla zarara neden olur (Ögel, 2018: 111).

2.4.7.6. Kafein Tıbbi kullanımı

Kafeinin Alzheimer ile Parkinson hastalığına karşı koruyucu bir etkinliğe sahip olduğu düşünülmektedir. Kafein tüketiminin şeker hastalığı (Tip 2) gelişme ihtimalini erişkinlerde %14 azalttığı gösterilmiştir (Hancı, Bayram et al., 2013: 35).

Düşük ve orta düzeyde günlük kafein dozları kaygıyı azaltabilir ve ruh halini yükseltebilir ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtilerini iyileştirebilir (Addicott 2014). Kafein kullanımının etkileri ve yoksunluk belirtilerine ait genel özellikler Tablo-2.4.7'de sunulmuştur:

Tablo-2.4.7. Kafein Kullanımının Etkileri ve Yoksunluk Belirtileri

Kullanım yolu	Ağızdan
Etki mekanizması	Adenozin reseptörlerinin antoganisti
Yaygınlık	%6 ile %13,9
Akut etkileri	İlmlı miktarlarda kafein; uyanıklık, kendini enerjik hissetme, motivasyon artışı, Alım miktarlarının artması ile birlikte baş ağrısı, sinirlilik, huzursuzluk. Toksik dozda kafein; yerinde duramama, tedirginlik, huzursuzluk hali, kıpır-kıpır olma, aşırı bir heyecan ve coşku hissetme, kas seğirmeleri, kalp hızı artışı ve ritm düzensizlikleri, halüsinasyonlar, psikoz, kaslarda yıkım, gastrointestinal rahatsızlıklar, mide bulantısı, baş ağrısı, uykusuzluk, solunum problemleri, karaciğer ve kalp hasarı, nöbet ve ölüm.
Kronik etkileri	Nöbet, diyabet, kalp anormallikleri, ruh hali ve davranış bozuklukları, kardiyovasküler toksisite, kemik ve kalsiyum etkileri, davranışsal etkiler, bozulmuş fetal gelişim ve kısırlık, stres, baş ağrısı, uykusuzluk ve bağımlı hissetme
Yoksunluk belirtileri	Baş ağrısı, belirgin yorgunluk ve uyuşukluk, disfori ile giden bir duygu durum, çökkün duygu durum ya da kolay kızma, odaklanmakta güçlük çekme, grip benzeri belirtiler
Etki başlangıç süresi	15 dakika

2.4.8. Diğer (ya da Bilinmeyen) Bir Madde Kullanım Bozukluğu

DSM-5 de alkol, kafein, kenevir, varsandıran (fensiklidin ve diğerleri), uçucu, opiyat, dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici ya da tütün kategorilerine sokulamayan herhangi bir madde, on iki aylık bir süre içinde kullanılan miktarlarının artmasına neden olan tolerans, kullanımı engellemeye veya durdurmaya yönelik

başarısız girişimler, aşırma, olumsuz sonuçlara rağmen madde kullanmaya devam etme, madde kullanımının kesilmesinin ardından yoksunluk belirtilerinin gelişmesi ile birlikte klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açıyorsa bu grup içinde sınıflandırılır (APA, 2013).

2.4.9. Madde Kullanımının Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

Madde kullanımı psikiyatrik, nörobilişsel ya da cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Madde Kullanımının Yol Açtığı Diğer Bozukluklar Tablo-2.4.9'da verilmiştir:

Tablo-2.4.15. Madde kullanımının Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

	Kenevir	Kafein	Varsandıranlar	Uçucu	Opioidler	DUKG*	Uyarıcılar
Psikoz	+		+	+		+	+
Kaygı Bozukluğu	+	+	+	+	+	+	+
Uyku Bozukluğu	+	+			+	+	
BAB*	+		+			+	+
Depresyon			+	+	+	+	+
Nörobilişsel Bozukluğu				+		+	
Cinsel İşlev Bozukluğu					+	+	+
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu							+

BAB: Bipolar Afektif Bozukluk, DUKG: Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Gidericinin Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

Sonuç/Özet

MKB, sadece maddeyi kullanan kişinin ruhsal-fiziksel sağlığını, aile, sosyal ve iş yaşamını etkilemekle kalmaz. Bireyin içinde yaşadığı toplumun değer yargılarını, suç oranında artmaya bağlı olarak adalet sistemini, bireyin istihdam edilememesi sonucunda ekonomik kayıplara sebep olarak ailesini, toplumu ve hükümetleri de olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle madde kullanım bozukluğunun iyi anlaşılması önemlidir. Bu bölümde MKB DSM-5'te yer alan sınıflandırmaya göre ele alınmış; kullanılan maddenin yaygınlığı, farmakokinetiği, etki mekanizması, akut ve uzun süre madde kullanımının klinik bulguları, maddelerin kesilmesine bağlı ortaya çıkan yoksunluk belirtileri, diğer hastalıklarla birliktelik durumları ve klinik kullanım alanları üzerinde konulmuştur.

KAYNAKLAR

- Addicott, M. A. (2014). "Caffeine use disorder: A review of the evidence and future implications." *Current addiction reports* 1: 186-192.
- Addison, M., Kaner, E., Spencer, L., McGovern, W., McGovern, R., et al. (2021). Exploring pathways into and out of amphetamine type stimulant use at critical turning points: a qualitative interview study. *Health Sociology Review*, 30(2), 111-126.
- Ágoston, C., Urbán, R., Richman, M. J., Demetrovics, Z. (2018). Caffeine use disorder: An item-response theory analysis of proposed DSM-5 criteria. *Addictive behaviors*, 81, 109-116.
- Altun B., İsmet Ç. (2020). "Psychoactive bath salts and neurotoxicity risk." *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences* 17(2), 235-241.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2013), DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları. E. Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği: 234-289.
- Aydın, B., Eryılmaz, G. (2019). Üniversite öğrencilerinde riskli kafein tüketimi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(Özel Sayı 1), 19-23.
- Bahji, A., Stephenson, C., Tyo, R., Hawken, E. R., Seitz, D. P. (2020). Prevalence of cannabis withdrawal symptoms among people with regular or dependent use of cannabinoids: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(4), e202370-e202370.
- Beck, O., Bäckberg, M., Signell, P., Helander, A. (2018). Intoxications in the STRIDA project involving a panorama of psychostimulant pyrovalerone derivatives, MDPV copycats. *Clinical Toxicology*, 56(4), 256-263.
- Bienemann, B., Ruschel, N. S., Campos, M. L., Negreiros, M. A., Mograbi, D. C. (2020). Self-reported negative outcomes of psilocybin users: A quantitative textual analysis. *PLoS One*, 15(2), e0229067.
- Booth, N., Saxton, J., Rodda, S. N. (2020). Estimates of caffeine use disorder, caffeine withdrawal, harm and help-seeking in New Zealand: a cross-sectional survey. *Addictive Behaviors*, 109, 106470.
- Brandt, J., Leong, C. (2017). Benzodiazepines and Z-drugs: an updated review of major adverse outcomes reported on in epidemiologic research. *Drugs in RD*, 17(4), 493-507.
- Brito-da-Costa, A. M., Dias-da-Silva, D., Gomes, N. G., Dinis-Oliveira, R. J., Madureira-Carvalho, Á. (2020). Toxicokinetics and toxicodynamics of ayahuasca alkaloids N, N-dimethyltryptamine (DMT), harmine, harmaline and tetrahydroharmine: clinical and forensic impact. *Pharmaceuticals*, 13(11), 334.
- Browarski, L. A., Fernandez Romar, J. E. (2023). Senses and experiences related to the recreational use of MDMA (Ecstasy). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 13(1), 4-17.
- Camchong, J., Lim, K. O., Kumra, S. (2017). Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: a longitudinal study. *Cerebral cortex*, 27(3), 1922-1930.
- Chen, W. Y., Huang, M. C., Lin, S. K. (2014). Gender differences in subjective discontinuation symptoms associated with ketamine use. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(1), 1-7.
- Chiang, M., Lombardi, D., Du, J., Makrum, U., Sitthichai, R., Harrington, A., et al. (2019). Methamphetamine-associated psychosis: Clinical presentation, biological basis, and treatment options. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 34(5), e2710.
- Clemow, D. B. (2017). Misuse of methylphenidate. Non-medical and illicit use of psychoactive drugs, 99-124.
- Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., et al. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 16.
- Crossin, R., Cairney, S., Lawrence, A. J., Duncan, J. R. (2017). Adolescent inhalant abuse leads to other drug use and impaired growth, implications for diagnosis. *Australian and New Zealand journal of public health*, 41(1), 99-104.
- Crossin, R., Qama, A., Andrews, Z. B., Lawrence, A. J., Duncan, J. R. (2019). The effect of adolescent inhalant abuse on energy balance and growth. *Pharmacology Research Pers-*

pectives, 7(4), e00498.

Crossin, R., Scott, D., Witt, K. G., Duncan, J. R., Smith, K., Lubman, D. I. (2018). Acute harms associated with inhalant misuse: Co-morbidities and trends relative to age and gender among ambulance attendees. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 46-53.

Cuesta, S., Restrepo-Lozano, J. M., Silvestrin, S., Nouel, D., Torres-Berrio, A., Reynolds, L. M., ... Flores, C. (2018). Non-contingent exposure to amphetamine in adolescence recruits miR-218 to regulate Dcc expression in the VTA. *Neuropsychopharmacology*, 43(4), 900-911.

Daglioglu, N., Guzel, E. Y., Atasoy, A., Gören, İ. E. (2021). Comparison of community illicit drug use in 11 cities of Turkey through wastewater-based epidemiology. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(12), 15076-15089.

de Rios, M. D. (2005). Interview with Guillermo Arrévalo, a shipibo urban shaman, by Roger Rummill. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 203-207.

Dinis-Oliveira, R. J., Pereira, C. L., da Silva, D. D. (2019). Pharmacokinetic and pharmacodynamic aspects of peyote and mescaline: clinical and forensic repercussions. *Current molecular pharmacology*, 12(3), 184-194.

Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagrera, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., ... Kaye, A. D. (2021). Benzodiazepines: uses, dangers, and clinical considerations. *Neurology international*, 13(4), 594-607.

Evren, C., Bozkurt, M. (2018). Update on methamphetamine: an old problem that we have recently encountered. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(1), 1.

Ferland, J. M. N., Hurd, Y. L. (2020). Deconstructing the neurobiology of cannabis use disorder. *Nature Neuroscience*, 23(5), 600-610.

Garcia-Romeu, A., Kersgaard, B., Addy, P. H. (2016). Clinical applications of hallucinogens: A review. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 24(4), 229.

Gondré-Lewis, M. C., Elman, I., Alim, T., Chapman, E., Settles-Reaves, B., et al. (2022). Frequency of the dopamine receptor D3 (rs6280) vs. opioid receptor μ 1 (rs1799971) polymorphic risk alleles in patients with opioid use disorder: a preponderance of dopaminergic mechanisms? *Biomedicines*, 10(4), 870.

Hamill, J., Hallak, J., Dursun, S. M., Baker, G. (2019). Ayahuasca: psychological and physiologic effects, pharmacology and potential uses in addiction and mental illness. *Current neuropharmacology*, 17(2), 108-128.

Hancı, M., Bayram, S., Karahan, S., Kaya E., Bakırcı, S. (2013). Türk kahvesi ve Türkiye'de satılan bazı içeceklerdeki kafein miktarları. *Duzce Medical Journal*, 15(3), 34-38.

Harada, T., Tsutomi, H., Mori, R., Wilson, D. B. (2019). Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS) use disorders. *Campbell Systematic Reviews*, 15(1-2), e1026.

Hashem-Dabaghian, F. ve Kianbakht, S. (2023). Sophora alopecuroides var. tohumları üzerinde randomize kontrollü bir çalışma. Akut eroin yoksunluk sendromunun tedavisi için alopecuroidler. *Klinik Uygulamada Tamamlayıcı Tedaviler*, 51, 101740.

He, X., Wang, J., Teng, X., Fan, L., Li, X., et al. (2021). On the rapid and non-destructive approach for barbiturates, benzodiazepines, and phenothiazines determination and differentiation using spectral combination analysis and chemometric methods. *Microchemical Journal*, 162, 105853.

Heal, D. J., Smith, S. L., Gosden, J., Nutt, D. J. (2013). Amphetamine, past and present—a pharmacological and clinical perspective. *Journal of psychopharmacology*, 27(6), 479-496.

Işık, E., Işık, U. (2016). Alkol-Madde Bağımlılığı: Nörobiyolojisi, Kliniği, Tedavi ve Psikofarmakolojisi.

Jacobs, R. J., Colon, J., Kane, M. N. (2022). Medical Students' Attitudes, Knowledge, and Beliefs about Medical Cannabis: A Qualitative Descriptive Study. *Cureus*, 14(8).

Jayanthi, S., Daiwile, A. P., Cadet, J. L. (2021). Neurotoxicity of methamphetamine: Main effects and mechanisms. *Experimental neurology*, 344, 113795.

Johnson, M. W., Hendricks, P. S., Barrett, F. S., Griffiths, R. R. (2019). Classic psychede-

- lics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. *Pharmacology therapeutics*, 197, 83-102.
- Kardeş, Ö., Yüncü, Z. (2019). Opiyatlar. In M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Eds.), *Bağımlılık, tanı*, Kelmendi, B., Kaye, A. P., Pittenger, C., Kwan, A. C. (2022). Psychedelics. *Current Biology*, 32(2), R63-R67.
- Kesner, A. J., Lovinger, D. M. (2021). Cannabis use, abuse, and withdrawal: Cannabinergic mechanisms, clinical, and preclinical findings. *Journal of neurochemistry*, 157(5), 1674-1696.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kim, K., Che, T., Panova, O., DiBerto, J. F., Lyu, J., et al. (2020). Structure of a hallucinogen-activated Gq-coupled 5-HT_{2A} serotonin receptor. *Cell*, 182(6), 1574-1588.
- Kohno, M., Dennis, L. E., McCreedy, H., Hoffman, W. F. (2022). Dopamine dysfunction in stimulant use disorders: Mechanistic comparisons and implications for treatment. *Molecular psychiatry*, 27(1), 220-229.
- Kopra, E. I., Ferris, J. A., Winstock, A. R., Young, A. H., Rucker, J. J. (2022). Adverse experiences resulting in emergency medical treatment seeking following the use of magic mushrooms. *Journal of Psychopharmacology*, 36(8), 965-973.
- Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., et al. (2020). Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 323(22), 2301-2309.
- Kroon, E., Kuhns, L., Hoch, E., Cousijn, J. (2020). Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective. *Addiction*, 115(3), 559-572.
- Kuitunen-Paul, S., Roessner, V., Basedow, L. A., Golub, Y. (2021). Beyond the tip of the iceberg: a narrative review to identify research gaps on comorbid psychiatric disorders in adolescents with methamphetamine use disorder or chronic methamphetamine use. *Substance Abuse*, 42(1), 13-32.
- Lafaye, G., Karila, L., Blecha, L., Benyamina, A. (2017). Cannabis, cannabinoids, and health. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(3), 309-316.
- Launer, H., Nelson, D., Dietzen, A., Singla, A. (2023). Can breaking heroin addiction lead to a broken heart? A case of reverse takotsubo cardiomyopathy in a patient with heroin withdrawal. *Texas Heart Institute Journal*, 50(2), e217604.
- Liu, Y., Lin, D., Wu, B., Zhou, W. (2016). Ketamine abuse potential and use disorder. *Brain research bulletin*, 126, 68-73.
- Livne, O., Shmulewitz, D., Lev-Ran, S., Hasin, D. S. (2019). DSM-5 cannabis withdrawal syndrome: demographic and clinical correlates in US adults. *Drug and alcohol dependence*, 195, 170-177.
- Lorenzetti, V., Hoch, E., Hall, W. (2020). Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: a review of the evidence. *European Neuropsychopharmacology*, 36, 169-180.
- Lyden, J., Binswanger, I. A. (2019). The United States opioid epidemic. In *Seminars in perinatology* (Vol. 43, No. 3, pp. 123-131).
- Maia, L. O., Daldegan-Bueno, D., Wießner, I., Araujo, D. B., Tófoli, L. F. (2023). Ayahuasca's therapeutic potential: What we know—and what not. *European neuropsychopharmacology*, 66, 45-61.
- Maust, D. T., Lin, L. A., Blow, F.C. (2019). Benzodiazepine use and misuse among adults in the United States. *Psychiatric services*, 70(2), 97-106.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Trapani, E. W., McCarthy, M. D. (2023). Prevalence and correlates of the misuse of z-drugs and benzodiazepines in the National Survey on Drug Use and Health. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1129447.
- McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., et al. (2019). Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 16, 81-97.

- Mihaljević, S., Pavlović, M., Reiner, K., Čačić, M. (2020). Therapeutic mechanisms of ketamine. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 325-333.
- Milella, M. S., D'Ottavio, G., De Pirro, S., Barra, M., Caprioli, D., et al. (2023). Heroin and its metabolites: relevance to heroin use disorder. *Translational Psychiatry*, 13(1), 120.
- Mizuno, Y., Cai, W., Supekar, K., Makita, K., Takiguchi, et al. (2022). Methylphenidate remediates aberrant brain network dynamics in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. *Neuroimage*, 257, 119332.
- Morris, H., & Wallach, J. (2014). From PCP to MXE: a comprehensive review of the non-medical use of dissociative drugs. *Drug testing and analysis*, 6(7-8), 614-632.
- Mozayani, A. (2003). Phencyclidine-Effects on Human Performance and Behavior. *Forensic science review*, 15(1), 61-74.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2021a). How does heroin use affect pregnant women? Erişim tarihi: 25 Mayıs, 2023, <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/heroin/how-does-heroin-abuse-affect-pregnant-women>.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2021b). What are the medical complications of chronic heroin use? Erişim tarihi: 12 Ağustos, 2024. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/heroin/what-are-medical-complications-chronic-heroin-use>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2022a). "Marijuana and hallucinogen use among young adults reached all time-high in 2021." Erişim tarihi: 5 Mayıs, 2023, <https://nida.nih.gov/news-events/news-releases/2022/08/marijuana-and-hallucinogen-use-among-young-adults-reached-all-time-high-in-2021>, 2023
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2022b). "What are inhalants?". Erişim tarihi: 23 Mayıs, 2023, <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/inhalants/what-are-inhalants>.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2023). "How are inhalants used?". Erişim tarihi: 23 Mayıs, 2023, <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/inhalants/how-are-inhalants-used>.
- Nawrot, P., Jordan, S., Eastwood, J., Rotstein, J., Hugenholtz, A., Feeley, M. (2003). Effects of caffeine on human health. *Food Additives Contaminants*, 20(1), 1-30.
- Nichols, D. E. (2016). Psychedelics. *Pharmacological reviews*, 68(2), 264-355.
- Ögel, K. (2018). Bağımlılık ve Tedavisi temel Kitabı, IQ Kültür sanat Yayıncılık.
- Olfson, M., King, M., Schoenbaum, M. (2015). Benzodiazepine use in the United States. *JAMA psychiatry*, 72(2), 136-142.
- Oliveira-Campos, D., et al. (2021). "The influence of early exposure to methylphenidate on addiction-related behaviors in mice." *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 206: 173208.
- Paillet-Loilier, M., Cesbron, A., Le Boisselier, R., Bourguine, J., Debruyne, D. (2014). Emerging drugs of abuse: current perspectives on substituted cathinones. *Substance abuse and rehabilitation*, 37-52.
- Pasha, A. K., Chowdhury, A., Sadiq, S., Fairbanks, J., Sinha, S. (2020). Substance use disorders: diagnosis and management for hospitalists. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 10(2), 117-126.
- Poireau, M., Milpied, T., Maillard, A., Delmaire, C., Volle, E., Bellivier, F. ... Vorspan, F. (2022). Biomarkers of relapse in cocaine use disorder: a narrative review. *Brain Sciences*, 12(8), 1013.
- Radparvar, S. (2023). The Clinical Assessment and Treatment of Inhalant Abuse. *The Permanente Journal*, 27(2), 99.
- Riley, A. L., Nelson, K. H., To, P., López-Arnau, R., Xu, P., et al. (2020). Abuse potential and toxicity of the synthetic cathinones (ie, "Bath salts"). *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 110, 150-173.
- Robinson, S. M., Adinoff, B. (2016). The classification of substance use disorders: Historical, contextual, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 6(3), 18.
- Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., et al. (2020). Treatment of stimulant use disorder: a systematic review of reviews. *PloS one*, 15(6), e0234809.
- Şahiner, Ş. (2019). Benzodiazepinler, Diğer Yatıştırıcılar ve Hipnotikler. In M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Eds.), *Bağımlılık, tanı, tedavi, önleme*. (2. baskı). İstanbul: Türkiye Yeşilay Cemiyeti, s. 251-269.

- Saini, R., Singh, H., Chail, A., Datta, K., Adhvaryu, A. (2022). Inhalant abuse: Newer trends in addiction: A case series. *Journal of Marine Medical Society*, 24(Suppl 1), S132-S135.
- Schifano, F., Chiappini, S., Corkery, J. M., Guirguis, A. (2019). An insight into Z-drug abuse and dependence: an examination of reports to the European medicines agency database of suspected adverse drug reactions. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(4), 270-277.
- Schlag, A. K., Aday, J., Salam, I., Neill, J. C., Nutt, D. J. (2022). Adverse effects of psychedelics: From anecdotes and misinformation to systematic science. *Journal of Psychopharmacology*, 36(3), 258-272.
- Schlienz, N. J., Budney, A. J., Lee, D. C., Vandrey, R. (2017). Cannabis withdrawal: a review of neurobiological mechanisms and sex differences. *Current addiction reports*, 4, 75-81.
- Schwartz, E. K., Wolkowicz, N. R., De Aquino, J. P., MacLean, R. R., Sofuoglu, M. (2022). Cocaine use disorder (CUD): current clinical perspectives. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 25-46.
- Seifert, S. M., Schaechter, J. L., Hershoin, E. R., Lipshultz, S. E. (2011). Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics*, 127(3), 511-528.
- Senior, D., Ahmed, R., Arnavut, E., Carvalho, A., Lee, W. X., et al. (2023). Behavioral, Neurochemical and Developmental Effects of Chronic Oral Methylphenidate: A Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(4), 574.
- Shalit, N., Rehm, J., Lev-Ran, S. (2019). Epidemiology of hallucinogen use in the US results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. *Addictive Behaviors*, 89, 35-43.
- Shao, H., Du, H., Gan, Q., Ye, D., Chen, Z., et al. (2023). Trends of the global burden of disease attributable to cannabis use disorder in 204 countries and territories, 1990–2019: Results from the Disease Burden Study 2019. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-23.
- Shiels, M. S., Freedman, N. D., Thomas, D., Berrington de Gonzalez, A. (2018). Trends in US drug overdose deaths in non-Hispanic black, Hispanic, and non-Hispanic white persons, 2000–2015. *Annals of internal medicine*, 168(6), 453-455.
- Simão, A. Y., Gonçalves, J., Duarte, A. P., Barroso, M., Cristóvão, A. C., et al. (2019). Toxicological aspects and determination of the main components of ayahuasca: a critical review. *Medicines*, 6(4), 106.
- Skeldon, S. C., Goldenberg, S. L. (2014). Urological complications of illicit drug use. *Nature Reviews Urology*, 11(3), 169-177.
- Sloan, M. E., Gowin, J. L., Ramchandani, V. A., Hurd, Y. L., Le Foll, B. (2017). The endocannabinoid system as a target for addiction treatment: trials and tribulations. *Neuropharmacology*, 124, 73-83.
- Sofia, S. A. G., Agostinho, L. D. A., Zélia, M. T. (2019). Benzodiazepines dependence: addiction to legally prescribed substances. *J Foren Psy*, 4, 149.
- Stachyshyn, S., Ali, A., Wham, C., Knightbridge-Eager, T., Rutherford-Markwick, K. (2021). Caffeine consumption habits of New Zealand tertiary students. *Nutrients*, 13(5), 1493.
- Storebø, O. J., Pedersen, N., Ramstad, E., Kielsholm, M. L., Nielsen, S. S., et al. (2018). Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents—assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Sweeney, M. M., Meredith, S. E., Juliano, L. M., Evatt, D. P., Griffiths, R. R. (2019). A randomized controlled trial of a manual-only treatment for reduction and cessation of problematic caffeine use. *Drug and alcohol dependence*, 195, 45-51.
- tedavi, önleme. (2. baskı). İstanbul: Türkiye Yeşilay Cemiyeti, s. 251–269.
- The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2022). European drug report 2022. trends and developments. Erişim tarihi: 5 haziran, 2023, https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en.

- Trescot, A. M., Datta, S., Lee, M., Hansen, H. (2008). Opioid pharmacology. *Pain physician*, 11(2S), S133. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (2022). Türkiye uyuşturucu raporu; eğilimler ve gelişmeler. Erişim tarihi: 24 Nisan, 2023, <https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/Turkiye-Uyusturucu-Raporu-2022.pdf>.
- Underner, M., Perriot, J., Peiffer, G., Jaafari, N. (2017). Asthme et usage d'héroïne. *La Presse Médicale*, 46(7-8), 660-675.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2022). 2022 World drug report. Erişim tarihi: 24 Nisan, 2023, https://www.amnesty.org/en/what-we-do/united-nations/?utm_source=googleutm_medium=cpcgad_source=1gclid=CjwKCAiAlcyuBhBnEiwAOGZ2S9_tymy6ol3vpjj4M7a8SzkANFkNpcrpz8eihOmyl9LG-AW3pOoKsRoCTx0QAvD_BwE
- Vasilenko, S. A., Evans-Polce, R. J., Lanza, S. T. (2017). Age trends in rates of substance use disorders across ages 18–90: Differences by gender and race/ethnicity. *Drug and alcohol dependence*, 180, 260-264.
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano, O. M., Espinosa, P. B., Calderón, F. F., et al. (2012). Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry research*, 200(2-3), 734-741.
- Volkow, N. D., Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*, 22(2), 203-229.
- Volkow, N. D., Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725.
- Wearne, T. A., Cornish, J. L. (2018). A comparison of methamphetamine-induced psychosis and schizophrenia: a review of positive, negative, and cognitive symptomatology. *Frontiers in psychiatry*, 9, 491.
- Vu, N. T. T., Holt, M., Phan, H. T. T., Le, H. T., La, L. T., et al. (2016). Amphetamine-type stimulant use among men who have sex with men (MSM) in Vietnam: Results from a socio-ecological, community-based study. *Drug and alcohol dependence*, 158, 110-117.
- Wikoff, D., Welsh, B. T., Henderson, R., Brorby, G. P., Britt, J., et al. (2017). Systematic review of the potential adverse effects of caffeine consumption in healthy adults, pregnant women, adolescents, and children. *Food and chemical toxicology*, 109, 585-648.
- Woodward, J. J., Braunscheidel, K. M. (2023). The effects of the inhalant toluene on cognitive function and behavioral flexibility: a review of recent findings. *Addiction neuroscience*, 5, 100059.
- Wouldes, T. A., Lester, B. M. (2019, April). Stimulants: How big is the problem and what are the effects of prenatal exposure? In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 24(2), 155-160
- Wu, L. T., Howard, M. O., Pilowsky, D. J. (2008). Substance use disorders among inhalant users: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addictive behaviors*, 33(7), 968-973.

BÖLÜM 2.5

Kumar Bağımlılığı

Doç. Dr. Şenay AKGÜN

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

2.5.1. Kumar

2.5.2. Kumar Türleri

2.5.3. Kumar Oynama Döngüsü

2.5.3.1. Kazanma aşaması

2.5.3.2. Kaybetme aşaması

2.5.3.3. Tükenme / çaresizlik aşaması

2.5.3.4. Umutsuzluk aşaması

2.5.4. Kumar Bağımlılığı

2.5.4.1. Kumar bağımlılığı olan bireylerin genel özellikleri

2.5.5. Kumar Bağımlılığının (Ludomania) Sonuçları

2.5.5.1. Kumar ve çapraz bağımlılıklar

2.5.5.2. Kumar ve psikolojik problemler

2.5.5.3. Kumar bağımlılığının finansal etkisi

2.5.6. Problemlili Kumar Oynama Bozukluğunun / Kumar Bağımlılığının Ortaya Çıkmasında Etkili Olan Faktörler

2.5.6.1. Biyolojik faktörler

2.5.6.2. Yaş

2.5.6.3. Cinsiyet

2.5.6.4. Sosyo-kültürel faktörler

2.5.6.5. Kişilik özellikleri

2.5.6.6. Aile ve arkadaş özellikleri

2.5.6.7. Psikoloji

2.5.6.8. İlaçlar

2.5.7. Problemlili / Patolojik Kumar Oynamanın Önlenmesi ya da Azaltılmasına Yönelik Düzenlemeler

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık, bir kişiye, maddeye veya aktiviteye fazlasıyla bağlı olunan zamanla problemlili / patolojik / kompulsif hale gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik sonuçları olan, durdurulması zor kalıp davranışlar ile karakterize bir durumu ifade etmektedir (Yanardağ vd., 2020). Davranışçı ekol, bağımlılık gibi patolojik davranışları genel olarak “olumsuz sonuçlarına rağmen davranışın sürdürülmesi, davranışa katılım üzerindeki öz denetimin zayıflaması, davranışa katılım için zorlayıcı dürtüsel arzu ve davranışa başlamadan önce zorlanma durumu veya istekte bulunma durumu” bileşenleri ile açıklamaktadır” (Çakmak ve Tamam, 2018; Çakmak, 2021).

Davranışsal bağımlılık, kumar, oyun, teknoloji, yemek yeme, alışveriş, cinsellik ve ilişki bağımlılığı gibi kişinin kendisine ya da çevresine zarar veren davranışlar sergilemesine yol açan dürtülere karşı koyamama hali olarak tanımlanmaktadır (Ayakdaş Dağlı ve Yüyen, 2023; Çakmak, 2021) (Bkz. Bölüm 2.1). Davranışsal bağımlılıklar ile madde bağımlılığı arasında klinik görünüm (istek, tolerans, yoksunluk belirtileri), komorbidite, nörobiyolojik profil, kalıtım, klinik gidiş ve tedavi açılarından örtüşmektedir (Çakmak, 2021).

Davranışsal bir bağımlılık olan **kumar bağımlılığı** hayatı birçok yönüyle etkileyecek klinik strese neden olan, tekrarlayan, problemlili kumar davranışıyla karakterize kronik bir zihinsel sağlık durumudur (Cleveland Clinic, 2023). Davranışlar üzerindeki kontrolün kaybedildiği kumar bağımlılığına kompulsif kumar ya da problemlili / patolojik kumar oynama da denilebilmektedir. Birçok kompulsif davranış, madde kullanımıyla aynı ödül yollarını ve yüksek dopamin seviyelerini harekete geçirmektedir. Zamanla, beyin ve vücut bu mekanizmalara uyum sağlamakta ve kişi aynı ödülleri elde etmek için madde kullanımını artırmakta veya bir davranışın yoğunluğunu artırmak zorunda kalmaktadır (Şahin Uçar, t.y).

Son yıllarda ticari kumarda muazzam, benzeri görülmemiş bir büyüme yaşanmaktadır. Günümüzde de devam eden bu büyümenin yeni, yüksek riskli popülasyonlarda yaygınlaşması ve hazır çevrimiçi erişimle küresel olarak daha da artması beklenmektedir ([WHO], 2017). Kumar bağımlılığındaki bu hızlı artış yasal kumarın artan kabulü, kumar ve finansal teknolojilerin kesişimi, internet ve mobil cihazların etkileri, kumarın geleneksel ortamlardan geleneksel olmayan ortamlara yayılması ve diğer küreselleşme güçleri ile ilgilidir. (Abbott ve Volberg, 1999). Hükümetlerin geliri artırmaya olan ilgisi de kumar bağımlılığının artışında önemli bir rol oynamaktadır (Hodgins ve Petry, 2016). Değişik toplumlarda yöneticilerin ekonomik hedefleri (iş olanakları sağlama, gelir artışı, turizm) kumarın büyümesini teşvik eden önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Çakmak, 2021). Kumar davranışı ve bağımlılığı genellikle kumar endüstrisi tarafından başlatılmakta ve sürdürülmektedir. Kumar bağımlılığı geliştiren kişilerin bu durumu, kumar endüstrisinin çeşitli stratejiler ve pazarlama taktikleri uygulaması sonucunda meydana gelmektedir. Kumar reklamları, çevrimiçi pazarlama, sosyal medya, televizyon, gazete reklamları, reklam panoları ve sponsorluk gibi çok çeşitli platformlar, hem yeni hem de sürekli kumarbazları cezbetmek için bir araç olarak kullanılmaktadır (Singh, 2020).

2.5.1. Kumar

Kelime olarak Arapça kökeni kimâr sözcüğünden gelen alan **kumar**, ortaya para koyarak oynanan talih oyunu olarak tanımlanırken ([TDK], t.y), Türk Ceza Kanunu'nun 228. Maddesinin 6. Bendinde “kazanç amacıyla oynanan kâr ya da zararın

talihe bağlı olduğu oyunlar” olarak tanımlanmaktadır (Türk Ceza Kanunu (2004)). Kumar, kişinin kendisi için değerli olan herhangi bir şeyi riske atarak / vererek karşılığında herhangi bir şey ya da yüksek bir kazanç elde edebileceği düşüncesiyle gerçekleştirdiği bir faaliyeti içeren davranışları sergilemesidir (Vikipedi¹, 2024; Cleveland Clinic, 2023; Jazaeri ve Habil, 2012). Kumar, birden fazla kişi arasında rekabete dayalı bir şekilde oynanabildiği gibi, bir kişi tarafından bir oyun makinasına karşı da oynanabilmektedir. Bir oyunda kişinin maddi varlıklarını (genellikle para) riske ederek oyuna dahil olması da kumar oynamak olarak kabul edilmektedir (Vikipedi¹, 2024). Dünyada bir hayli rağbet edilen kumar “ortaya para konularak oynanan talih oyunu” olarak tanımlansa da, devlet eliyle oynatılan talih / şans oyunları da (önceden ödeme yapılıp daha sonra şansa dayalı olarak para kazanılan piyango, loto, spor toto, at yarışı gibi oyunlar) kumar olarak tanımlanmaktadır (Calado ve Griffiths, 2016; TDK, t.y).

Kumar kavramı, iskambil oyunları gibi beceri isteyen oyunlar, tombala, piyango, sayısal loto, şans topu, on numara, hemen kazan, at yarışları, iddaa, süper loto, spor toto, bingo, blackjack, poker, rulet, barbut ve borsa gibi çok çeşitli oyunları barındıran geniş bir faaliyet alanına işaret etmektedir (González-Roz vd., 2017; Vikipedi¹, 2024). Ayrıca günden güne çeşitlenen ve çoğalan teknolojik gelişmelerin sunduğu olanakların yanı sıra, kolaylaşan online erişilebilirliğin sağladığı sanal ortamlar, online kumar oyunlarının artmasına, internet kumarbazlığının yaygınlaşmasına ve sorunun büyümesine neden olmaktadır (Calado vd., 2017; González-Roz vd., 2017). Kumar türün evrimi için bazı avantajları olan bir davranış modelinin kalıntıları, ilkel büyüsel veya dini törenlerin bir devamı, aralıklı pekiştirme ve diğer öğrenme fenomenleri tarafından şekillendirilen ve sürdürülen davranış, “kar amaçlı psikodinamik çatışmanın bir belirtisi, sosyalleşme odağı” veya “sosyal kayganlaştırıcı, bir heyecan ve teşvik jeneratörü” teorileri ile açıklanmaktadır (Jazaeri ve Habil, 2012). Kumar farklı boyutlarda oynanabilmektedir ([CAMH], 2022). Bunlar;

1. Gündelik sosyal kumar: İnsanların ara sıra çekiliş veya piyango bileti satın alarak veya ara sıra eğlence için bir kumarhaneyi ziyaret ederek gelişigüzel kumar oynamaları bu kapsamda değerlendirilmektedir.
2. Ciddi sosyal kumar: Bireylerin düzenli olarak oyun oynadıkları bir alışkanlığa dönüştüğü düzeydir. Bu düzeyde bireylerin ana eğlence biçimi haline gelse de, aile ve işten önce gelmemektedir.
3. Zararlı katılım: Zararlı katılıma sahip kişiler kumar oynamakla o kadar ilgilidirler ki kişisel, iş ve sosyal ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadırlar.
4. Patolojik kumar: Bu düzeydeki bireyler için kumar, hayatlarının her alanına ciddi şekilde zarar vermektedir. Bu kadar ciddi kumar sorunu yaşayan kişiler, verdiği zarara rağmen kumar oynama dürtüsünü kontrol edememektedirler. Sorunlardan kaçmak ve kaygıdan kurtulmak için kumar oynamaya daha yakın hale gelmektedirler.
5. Kompulsif kumar: Bu kumar düzeyi eğlence amaçlı bir aktivite olarak başlayan ve hem kumarbaz hem de ailesi için yıkıcı olan ilerleyici bir hastalık durumu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kompulsif kumarın zihinsel, fiziksel ve ruhsal sonuçları bulunmaktadır. Kumar bağımlılığının temel belirtilerinden biri olan inkâr, en önemli bulgularından kontrol kaybıyla birlikte ortaya çıkmaktadır. Zaman geçtikçe daha büyük riskler alma eğilimi de ortaya çıkmaktadır.

2.5.2. Kumar Türleri

Spesifik olarak kumar; herhangi bir çalışma gerçekleştirmeden, uğraş ve emek sarf etmeden, sadece şansa dayalı olarak başkalarının kayıpları karşılığında basit bir şekilde gelir elde etmek olarak tanımlanabilir (Bayındır, 2018). Kumar tarihi insanlık tarihi kadar eski olan bir kavramdır. Kumarın uzun bir soyağacı vardır, binlerce yıl öncesine dayanmaktadır, birçok kültür ve topluma yayılmıştır (WHO, 2017). Tarihte Çinliler kumarın ilk kaydını M.Ö. 2300'de tutmuş olsalar da kumarın kesin kökeni bilinmemektedir. Ancak kumarın tarihteki hemen her toplumda çeşitli şekillerde görüldüğü tahmin edilmektedir (Vikipedi², 2024). Yazı-turadan spor müsabakalarına kadar, bilinen tüm oyun ve spor türleri ile kumar oynanabilmektedir. Kumar oynayanlar kâğıt oyunlarında olduğu gibi bizzat oyunun içinde yer alabilmekte ya da bahis oyunlarında olduğu gibi faaliyetin içinde yer almadan sadece para yatırılarak da oynanabilmektedirler. Türkiye'de olduğu gibi kart oyunları, spor bahisleri, şans oyunları (sayısal loto, şans topu, on numara, süper loto) gibi pek çok kumar türü devlet eliyle de oynatılmaktadır. Bireylerin kumar hakkındaki en büyük yanılgısı bazı şans oyunlarını kumar kategorisinde nitelendirmemeleridir. Türü, şekli, ismi fark etmeksizin bireylerin "maddi kazanç" elde etmek amacıyla oynadıkları tüm oyunlar / bahisler kumar olarak değerlendirilmektedir (Vikipedi¹, 2024; Vikipedi², 2024).

Hemen hemen her oyun para için oynanabilirken, çoğunlukla para için oynanan herhangi bir oyun da sadece eğlence için oynanabilmektedir. Kumar, kumarhane (Casino) ortamında masa oyunları ve elektronik oyunlar (Ray'in Finlandiya'daki rususu ve tuplapotti slot makineleri, çevrimiçi rulet, paçinko, sic bo, kumar makinesi, video poker, videolu bingo, yine diğer oyunlardan bingo, keno) şeklinde sunulmakta iken, kumarhanelerin dışında bingo (ABD ve Birleşik Krallık'ta oynandığı gibi), ölü havuz, piyangolar, çekme sekmeli oyunlar, kazı kazan kartları ve Mahjong şeklinde sunulabilmektedir. Basset, ecarté, lansquenet ve put gibi tarihi oyunlar da dahil olmak üzere kumarhane dışı kart oyunları da oynatılmaktadır. The Razzle veya Hanky pank gibi karnaval oyunları, yazı-tura oyunları, üç kartlı monte veya kabuk oyunu gibi güven hileleri, tavla, yalancı zarı, passe-dix, hazard, üçlü, pig veya meksika (veya perudo) gibi zar tabanlı oyunlar da bilinmektedir (Wikipedia¹, 2024). Kumar oynama fırsatı olarak kullanılabilir borsada ve gayrimenkul yatırımları gibi "yarı kumar" faaliyetleri de kumar bağımlılığı kapsamında değerlendirilmektedir (Jazaeri ve Habil, 2012).

2.5.3. Kumar Oynama Döngüsü

Kumar, "bir kaçış veya başa çıkma mekanizması olarak başlayabilirken, dikkatli olunmazsa tam teşekküllü bir bağımlılığa dönüşebilmektedir" (Castle Craig, n.d). Bağımlılık döngüsü birden sekize kadar uzanan bir döngü halinde meydana gelmektedir 1- Bir kereden bir şey olmaz, 2- Bir kereden başka asla, 3- Ben bağımlı olmam, 4- İstersem bırakırım, 5- Bu meret bırakılmaz ki, 6- Bırakmak zorundayım, 7-Artık bırakacağım, 8- Bıraktım bir daha başlamam. Tedavi edilmediğinde ya da tedavi başarıya ulaşmadığında bu aşamaların birbirini sürekli olarak izlediği kısır bir süreç ortaya çıkmaktadır (Davranışsal Bağımlılıklar: Kumar Oynama Bozukluğu, t.y). Çoğunlukla, t.y kumar bağımlılığı kazanma, kaybetme, tükenme / çaresizlik ve umutsuzluk evrelerinden oluşmaktadır (StudySmarter t.y).

2.5.3.1. Kazanma aşaması

Kumar oynamanın başlangıcında genellikle bireyin bir yıllık gelirinin büyük bir bölümünü bir seferde kazanma gibi bir “kazanç” anı bulunmaktadır. Bireyde bu dönemde zihinsel değişiklikler, hoşgörü eksikliği ve kontrol kaybı gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Kumar oynama faaliyetine harcanan süre ve çaba artmaktadır. Bireyler şansın beklenmesi yerine kumar becerilerini geliştirdiklerini düşündükleri kumarbazlık yanılığı da debilebilen bir evreye girmektedirler. Güçlü hissetme, zengin olma ve kontrol hissi yükselirken, savunma mekanizmaları azalmaktadır. Bu dönemde kişi genellikle yakın ilişkilerini ihmal ederek, kazançlara odaklanma eğilimine girerek kayıpları önemsemediği bir aşamaya geçmektedir (Lokman Hekim Üniversitesi, 2023). Kazanma aşamasında ilk kez kumar oynayan kişi genellikle büyük bir kazanç elde eder, bu da neşe ve heyecan getirir. Bu aşamada kişi bir kez yaptığı oyunu tekrar yapabileceğine inanarak kumar oynamaya devam edebilir (StudySmarter t.y).

2.5.3.2. Kaybetme aşaması

Birey bu aşamada, arkadaşlarından ve ailesinden uzaklaşmaya başlamaktadır. Kumarla giderek daha fazla meşgul olmaya, borç para almaya, işi bırakmaya, aile ve arkadaşlarına yalan söylemeye eğilimli olmaktadır. Kumar oynayarak izole olan birey, bu izolasyonunu ev hayatına da taşımaktadır. Birey kumar miktarını artırdıkça borçları sorun haline gelmektedir, bu noktadan sonra birey kayıplarının peşinden gitmeye başlar ve kaybettikten sonra parayı geri kazanabileceğini umarak yine kumara dönmek ister (Şahin Uçar, t.y). Kaybetme aşaması bir mağlubiyet serisi, genellikle bağımlılığı ateşleyen ilk galibiyet serisinden sonra meydana gelir. Bireyler kumar oynamaya ne kadar çok kapılırlarsa ailelerinden, arkadaşlarından, işlerinden ve sorumluluklarından o kadar uzaklaşırlar. Bu noktada kumarbaz genellikle para kaybetmekte ancak bunun değişeceği umudunu taşımaya devam etmektedir (StudySmarter t.y).

2.5.3.3. Tükenme / çaresizlik aşaması

Bu dönem, kişinin hiçbir şeyinin kalmadığı, mutsuz olduğu bir dönemdir. Bu aşamada depresyon ve intihar düşüncelerinin sıklığı artmaktadır. Bu dönemde kişi her şeyini kaybetmiş olsa da kumar oynamaya devam edebilmektedir, ancak bu davranış daha plansız meydana gelmektedir. Aynı zamanda duygudurum bozukluklarının arttığı bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (Şahin Uçar, t.y). Çaresizlik aşaması da bu dönemde yaşanmaktadır, kişi kumar davranışının içinde kaybolur ve duramaz, tekrar kazanma çabası da ikiye katlanır. Aşırı durumlarda kişi, bağımlılığını artırmak için para kazanmak amacıyla dolandırıcılık faaliyetleriyle meşgul olabilmekte ve ruh sağlığı bozulmaya başlamaktadır (StudySmarter t.y).

2.5.3.4. Umutsuzluk aşaması

Çaresizliğin yerini umutsuzluğun aldığı aşamadır (Şahin Uçar, t.y). Umutsuzluk aşaması kumarın en kritik aşamasıdır. Bu noktada bireyler artık geleceklerine dair iyimserliklerini kaybetmektedirler. Kumar oynamayı hiçbir zaman bırakamayacaklarını düşünmektedirler ve borçlar ciddi bir sorun olmaya başlamaktadır. Alkol gibi başka maddelere bağımlılıklar bu dönemde görülebilmektedir ve hatta intihar düşünceleri bile ortaya çıkabilmektedir (StudySmarter t.y).

2.5.4. Kumar Bağımlılığı

Bağımlılık; bireyin herhangi bir nesne, madde ya da kişi ile kurduğu işlevsiz ilişkinin neticesinde bağımlı hale geldiği olguya karşı önlemez istek duymasidir. Kişi bağımlı olduğu olguya erişemediği takdirde yoksunluk gösterip tolerans geliştirebilmektedir (İncekara ve Taş, 2022). Bağımlı birey, davranış öncesinde çok fazla heyecanlı ve sinirli hissederken davranışı gerçekleştirdiğinde ya da sonrasında keyif, gevşeme ve mutluluk hissetmektedir (Altuntaş vd., 2023).

Problemlili / patolojik kumar oynama madde bağımlılığına benzer özellikler göstermekle birlikte, kendine özgü bir şekilde, genellikle baskıdan, stresten veya can sıkıntısından kaçış, üzüntüden, yalnızlıktan veya boşluktan kurtulma, taciz edici ilişkilerden kaçış, başka bir bağımlılığın ikame edilmesi (yani çapraz bağımlılık) gibi hayatlarındaki diğer faktörlerle başa çıkmanın bir yolu olarak başlamaktadır (Castle Craig, t.y).

Kumar bağımlılığı, beynin dopamin etkisi ile öğrenebilme yetisinden kaynaklanan kör noktalar nedeniyle kişinin kumar oyununu öğrendiğini sanıp devamlı riske girmesi davranışının genel adlandırılmasıdır (İncekara ve Taş, 2022). Kumar bağımlılığı; etkisi bireyle sınırlı olmayan toplumları derinden sarsan ve toplumun temeli olan aileyi yıkabilen sonuçları olması nedeniyle bir toplum sağlığı sorunu olarak düşünülmelidir (Davranışsal Bağımlılıklar: Kumar Oynama Bozukluğu, t.y; Ayakdaş Dağlı ve Yüyen, 2023). Dünya genelinde yaygın olarak görülen ve özellikle gençler arasında hızla artan bu bağımlılık, giderek büyüyen bir toplumsal sorun haline gelmektedir (Köksoy Vayisoğlu vd., 2019). Kumar bağımlılığı, günümüzde birçok bireyin bir anlamda serbest yaşam aktivitesi olarak değerlendirdiği fakat zaman içinde bireyin öz kontrolünü kaybedip büyük kayıplar yaşamasına neden olan bir bağımlılık türü olarak kabul edilmektedir (İncekara ve Taş, 2022).

Kumar oynama davranışı gösteren kişileri tanımlayabilmek için genellikle sorunlu kumar, kompulsif kumar ve patolojik kumar davranışı ifadeleri kullanılmaktadır. “Patolojik” terimi genellikle klinisyenler tarafından kullanılırken “kompulsif” terimi çoğu kez “Adsız Kumarbazlar” gibi çeşitli gruplar ve medya tarafından tercih edilen bir terimdir. “Sorunlu kumar davranışı” ifadesi ise bilimsel alanda bireyin kumar davranışının erken dönemlerinde olduğu, davranış ile ilgili birçok sorun yaşamasına karşın kumar oynama bozukluğu (KOB) tanı ölçütlerini karşılamadığı durumlar için kullanılmaktadır (Çakmak, 2021). Kumar bağımlılığı damgalanmaya neden olmamak amacıyla kompulsif ya da problemlili / patolojik kumar oynama olarak da adlandırılmaktadır (Cleveland Clinic, 2023).

En eski ve en yaygın eylemsel bağımlılık türlerinden olan kumar bağımlılığı davranışsal bağımlılıkların toplum tarafından kimyasal bağımlılıklardan farklı olarak, bir bağımlılık değil de kötü alışkanlık olarak düşünülmesi nedeniyle kabul edilebilir bir davranışa dönüştürülmektedir (Bayındır, 2018). Bunun yanında şans, talih ya da bahis oyunu gibi daha kabul edilebilir ve masum görünen isimlere büründürülmesi ve dünya çapında çok sayıda ülkede kumarın devlet eliyle oynatılması bu davranışların toplumda yaygın olarak görülmesinde destekleyici bir yapıya sebep olmaktadır (Dinç, 2014, Aktaran: Bayındır, 2018). Bu nedenle kumar oynama davranışı toplumsal kabulü yüksek bir davranış haline gelmektedir.

2.5.4.1. Kumar bağımlılığı olan bireylerin genel özellikleri

“Bağımlılık potansiyeline sahip bazı davranışlarda bulunma toplumdan topluma derecesi değişmekle birlikte normal ve sosyal bir davranış olarak görülmüş ve bu davranışı bağımlılık özellikleri gösterecek düzeyde sürdüren kişiler, tedavi edilmesi gereken bireyler olarak değil, zayıf iradeli insanlar olarak tanımlanmış ve damgalanmıştır” (Çakmak, 2021; Yau ve Potenza, 2015). Ancak günümüzde bunun davranışsal bir bağımlılık olduğu kabul edilmiş ve belirtileri tanımlanmıştır.

Kompulsif kumar bağımlılığının belirtileri aşağıda verilmiştir:

- Kumar düşüncelerinin sürekli zihni meşgul etmesi (zihin meşguliyeti),
- Kumar oynamak için giderek daha fazla paraya ihtiyaç duyması (tolerans),
- Sorunlardan kaçmak veya rahatsızlık hissini gidermek amacıyla kumar oynamak (olumsuz duygulardan kaçış),
- Kaybettikten sonra kaybettikleri parayı geri kazanma isteğinin olması (kayıpları kovalamak),
- Kumar alışkanlığının seviyesini gizlemek için sevdiklerine yalan söylenmesi veya kumar davranışının küçümsenmesi,
- Kumar alışkanlığını finanse edebilmesi için yasal olmayan işlere girilmesi,
- İlişkilerin, iş veya eğitim olanaklarının zarar görmesi veya kaybedilmesi,
- Kişinin kumar sonucunda yaşadığı mali sıkıntılardan kurtulması için çevresindekilere güvenmesi,
- Kişinin kumar alışkanlığını kaybetmesi, kontrol edebilmesi ya da bırakabilmesi için tekrar eden başarısız denemelerde bulunması (kontrol kaybı),
- Mali durumu, işi, eğitimi veya kişisel ilişkileri etkilense bile kumar oynamaya devam etmesi (Lokman Hekim Üniversitesi, 2023; Cleveland Clinic, 2023; Mayo Clinic, 2022; Çakal ve Subaşı, 2023).

Sık sık kumar oynayan ya da kumar bağımlılığı olan kişiye kumarbaz denilmektedir (Vikipedi¹, 2024). Kumarbaz tipleri alt kültürel tip, nevrotik tip, dürtüsel tip, psikopatik tip, semptomatik tip olmak üzere beş alt tipe ayrılabilceği gibi, Antisosyal - Dürtüsel ve Obsesif - Bağımlı olmak üzere iki alt grupta da incelenebilmektedir (Çakmak, 2021). Şahin Uçar'ın belirttiğine göre, Custer altı tür kumarbaz tanımlı yapmaktadır (Şahin Uçar, t.y). Bunlar;

Profesyonel kumarbazlar kumar oynayarak geçimlerini sağlamak ve bu nedenle bunu bir meslek olarak görmektedirler. Oynamayı seçtikleri oyunlarda yeteneklidirler ve hem para miktarını hem de kumar oynamak için harcanan zamanı kontrol edebilirler. Böylece profesyonel kumarbazlar kumar bağımlısı olmazlar. Sabırla en iyi bahsi beklerler ve sonra mümkün olduğunca çok kazanmaya çalışırlar.

Antisosyal kumarbazlar kumarı yasa dışı yollarla para kazanmanın bir yolu olarak kullanırlar.

Sosyal kumarbazlar eğlence, sosyallik ve hoş vakit geçirmek için kumar oynarlar. Onlar için kumar, bir oyalama veya rahatlama şekli olabilir. Kumar; ailevi, sosyal veya mesleki yükümlülüklerle engel oluşturmaz.

Ciddi sosyal kumarbazlar zamanlarının çoğunu kumar oynamaya harcarlar. Kumar, büyük bir rahatlama ve eğlence kaynağıdır ancak bu kişiler kumarı aile ve meslekten sonra ikinci sıraya koyarlar. Ciddi sosyal kumarbazlar, kumar faaliyetleri üzerindeki kontrolü hâlâ elinde tutmaktadırlar.

Rahatlama ve kaçış kumarbazları kaygı, depresyon, öfke, can sıkıntısı veya yalnızlık duygularından kurtulmak için kumar oynarlar. Krizden veya zorluklardan kaçmak için kumarı kullanırlar. Kumar, öforik bir yanıtta ziyade analjezik bir etki sağlar. Rahatlama ve kaçış kumarbazları, kompulsif kumarbazlar değildir.

Kompulsif kumarbazlar kumar üzerindeki kontrollerini kaybetmişlerdir. Onlar için kumar hayatlarındaki en önemli şeydir. Kompulsif kumar oynama davranışı, kumarbazın hayatının her yönüne zarar veren ilerleyici bir bağımlılıktır. Kumar oynamaya devam ettikçe aileleri, arkadaşları ve işverenleri bu durumdan olumsuz etkilenirler. Ayrıca, kompulsif kumarbazlar hırsızlık, yalan söyleme veya zimmete para geçirme gibi ahlaki standartlarına aykırı faaliyetlerde bulunabilirler. Kompulsif kumarbazlar, ne kadar isteseler veya ne kadar uğraşırlarsa uğraşsınlar kumarı bırakamazlar.

2.5.5. Kumar Bağımlılığının (Ludomania) Sonuçları

Patolojik / problemlili kumar oynamanın sosyal maliyetinin yılda 4,7 milyar dolara yakın olduğu, depresyon, intihar, düşük iş verimliliği, iş kaybı, ilişkilerde bozulma, suç ve iflas gibi ciddi sonuçlara da yol açtığı belirtilmektedir (Wikipedia2, 2024). Kumarla ilişkili zarar yükünün, majör depresif bozukluk ve alkol kötüye kullanımı / bağımlılığına benzer olduğu saptanmıştır (Browne ve diğerleri, 2016). Kumarla ilgili zarar yükü diyabetten iki buçuk kat, uyuşturucu kullanım bozukluğundan üç kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (WHO, 2017). Kumar gibi davranışsal bağımlılıkların, bireyin kendisinde, aile ve sosyal işlevselliğinde bozulmalara neden olduğu, hukuksal sorunlara yol açtığı, akademik ve mesleki başarıyı olumsuz etkilediği, ekonomik kayıplara ve sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (Çakmak, 2021; NHS Inform, 2024). Bunun yanı sıra genel sağlık durumunun kötüleşmesi, intihar, intihar girişimleri ve intihar düşünceleri de yaygın olarak görülmektedir (Mayo Clinic, 2022). Kumar oynama bozukluğu olan bireylerde hipertansiyon, peptik ülser ve kronik baş ağrıları gibi strese ilişkili durumlarda da ortaya çıkabilen sağlık problemlerine sıklıkla rastlanabildiği gibi duygudurum bozukluğu ve anksiyete de yaygın olarak görülebilmektedir (Lorains vd., 2011; Çakmak, 2021).

2.5.5.1. Kumar ve çapraz bağımlılıklar

Alkol veya uyuşturucu bağımlılığından kurtulmuş kişiler çapraz bağımlılık riski altında olabilmektedirler. Çapraz bağımlılıklar, bir alışkanlığın bir başkasıyla (örneğin kumarla) yer değiştirmesidir. Araştırmalar, iyileşen bir alkoliğin beyindeki ödül yollarının ve dopamin reseptörlerinin kumarın verdiği heyecan ve coşkuyla aynı şekilde uyarılabileceğini öne sürmektedir (Castle Craig, t.y).

2.5.5.2. Kumar ve psikolojik problemler

Kumarla ilgili zarar yükünün, majör depresif bozukluk, alkol kötüye kullanımı / bağımlılığına atfedilen zararlar benzer büyüklükte olduğu belirtilmektedir (Abbott, 2017). Psikolojik problemler kumar oynama bağımlılığına sebep olabileceği gibi kumar oynamanın da psikolojik problemlere sebep olabileceği bilinmektedir. Kumar bağımlılığı ve psikolojik problemler arasındaki döngü bir nevi kısır döngüye

dönüşebilmektedir. Depresyon ve kumar bağımlılığı sıklıkla birlikte görülmektedir. Depresyonu olan kişiler, kumarı, heyecan ve coşku sağlayarak depresyonun bazı semptomlarını geçici olarak hafifleten bir kaçış davranışı olarak tercih edebilmektedir. Tam tersine, sorunlu kumar alışkanlıkları olan kişiler, ilişkisel gerginlik, aile gerginliği, mali sorunlar, yalan söyleme ve gizlilik gibi sorunlu kumarın üretebileceği ciddi stres faktörleri nedeniyle sıklıkla depresyon yaşayabilmektedirler (Castle Craig, t.y). Depresyon, fiziksel ve duygusal sağlığın bozulması, kumar bağımlılığının genel belirtileri ve semptomları arasında sayılmaktadır. Kumarbaz karamsar, içine kapanık ve asabi bir hale gelmektedir, kumarla, geçmişteki kazançlarla ve kumar oynamak için daha fazla para kazanmayla meşgul olmaktadır (Mediclinic, 2008).

Kompulsif kumar davranışı bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi zihinsel sağlık durumlarıyla ilişkilendirilebilmektedir. Kumar bağımlılığı mutlaka bu rahatsızlıkların bir nedeni olmasa da, bu hastalıkların semptomlarını ve etkilerini şiddetlendirebilmektedir (University of Nevada, t.y). Kumar bozukluğu bir dizi duygusal ve fiziksel semptomu tetikleyebilmekte ve yaşamı değiştiren olayların meydana gelmesine neden olabilmektedir. Kumar bozukluğuyla uğraşan kişilerde anksiyete ve depresyon da gelişebilmektedir, tüm bunlar bireyde uyku yoksunluğu ve kilo kaybı gibi sorunlarına da yol açabilmektedir. Zamanla bireylerin ilişkilerini bozabilmekte ve sağlıklı bir başa çıkma mekanizması olarak alkol veya uyuşturucuya yönelmeye zorlayabilmektedir (University of Nevada, t.y). Aynı zamanda intihar etmede görülebilmektedir (Çakmak, 2021).

Yaşanan problemler evlilikleri derinden etkileyerek sıklıkla boşanmayla ve ilişkilerin bozulmasıyla sonuçlanmaktadır. Ailenin geçimini sağlayan kişi kumar bağımlısı olduğunda ise aile ilişkileri büyük ölçüde zarar görmektedir. Güven kaybı, endişe, umutsuzluk ve korku hâkim olmaktadır. Karakteristik olarak aile faaliyetleri için finansman eksikliği genel bir gerilim ve kaygı atmosferi de yaratmaktadır (Mediclinic, 2008). Çoğu zaman işler kaybedilebilmekte, çalışmalar kesintiye uğramakta veya kaybedilebilmektedir. Çoğu zaman, kumar bağımlısı umutsuz mali durumdan kurtulmasına yardım etmek için başkalarına güvenebilmektedir.

2.5.5.3. Kumar bağımlılığının finansal etkisi

Kumar bağımlılığı olan bireylerin yüzde doksani kumar oynamak için kredi kartlarından nakit avans çekmektedirler. Kredi kartlarına uygulanan ağır faiz oranları, zamanla başlangıçta çekilen tutardan çok daha fazlasını ödemelerine neden olmaktadır. Bireyler kumar yoluyla para kaybetmenin yanı sıra kredi kartı tutarlarını ödeyemedikleri için düşük kredi notuna sahip olmakta, kredi ve ipotek reddi veya iflas gibi daha fazla mali sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (University of Nevada, t.y). Kumar bağımlısı sıklıkla kolay ve hızlı paranın kendisi, ailesi ve arkadaşları için satın alabileceği lüks bir yaşamla ilgili fanteziler kurmaktadır. Ne yazık ki, çoğu kazanç tekrar kumarla kaybedildiğinden bu yanlış algı / çaba nadiren fark edilebilmektedir (Mediclinic, 2008).

Kumarın bireysel finansal etkilerinin yanı sıra ulusal boyutta da etkileri bulunmaktadır. Kumarın, iş kaybı, kötü fiziksel sağlık, işsizlik yardımları ve tedavi programlarının maliyeti gibi nedenlerle topluma her yıl milyarlarca dolar ek maliyet getirdiği olduğu tahmin edilmektedir. Ancak bu rakam, sorunlu kumar oynamanın hırsızlık, zimmete para geçirme, intihar, aile içi şiddet ve çocuk istismarı gibi nedenlerle ailelere, arkadaşlara ve iş arkadaşlarına olan insani maliyetinin yanında pek de önemli

bir kayıp olarak görülmemektedir. Her sorunlu kumarbazdan en az on kişinin doğrudan etkilenebileceği ortaya konmuştur. Eşlerin yüzde 50'si ve çocukların yüzde 10'u patolojik kumarbazın fiziksel istismarına maruz kaldığı düşünüldüğünde kumarın nasıl bir tehdit olduğu daha iyi anlaşılmaktadır (Jehovah's Witnesses, 2002).

Kumar bağımlıları aile üyelerinden, işverenlerinden veya her ikisinden de kumar oynamak için borç almaya veya çalmaya başlayabilmektedir ve genellikle ellerinde hiçbir şey kalmayana kadar kumar oynamaya devam etmektedirler. Bireyler ellerindeki parayı kumar uğraşlarına harcarken faturaları ödemeyeceklerdir, başarısız bir şekilde kumar oynamaya son vermeye çalışacaklar, aynı heyecan duygusunu (kaygı ve depresyon duygularını ortadan kaldırmak için kullanılan, kaçışçı bir coşku hali) üretmek için gittikçe daha büyük miktarlara ihtiyaç duyacaklardır. Bir kumarbaz, söz konusu paranın boyutu veya alınan riskler hakkında sıklıkla başkalarına yalan söylemektedirler (Mediclinic, 2008).

2.5.6. Problemlili Kumar Oynama Bozukluğunun / Kumar Bağımlılığının Ortaya Çıkmasında Etkili Olan Faktörler

Dünyada % 0,1- 5,8 oranında görülen, problemlili / patolojik kumar oynama davranışının ortaya çıkmasında ruh sağlığı bozuklukları (madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, duygusal durumlar), yaş ve cinsiyet (genç ya da orta yaş bireyler ve erkeklerde kadınlardan daha fazla oranlarda), aile ve arkadaş etkileri, kişisel özellikler, düşük yaşam kalitesi, nadiren de olsa ilaç yan etkileri (antipsikotikler ya da dopamin agonistleri), travmatik koşullar, işle ilişkili stresler, yalnızlık, video oyunları, diğer bağımlılıklar etkili olabilmektedir (Kisch ve Håkansson, 2022; Wikipedia2, 2024; Demirdil ve Harmancı, 2021; İncekara ve Taş, 2022). Kumar bağımlılığının ortaya çıkmasında genetik, kişilik özellikleri (yenilik, ödül bağımlılığı ve zarardan kaçınma), beyin kimyasındaki değişiklikler gibi pek çok faktörün rol oynadığına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır (Cleveland Clinic, 2023; Vikipedi³; İncekara ve Taş, 2022; Kisch ve Håkansson, 2022). Bunun yanında problemlili / patolojik kumar oynama bozukluğu olan bireylerin sıklıkla riskli cinsel birliktelik, macera sporları, riskli alkol ve madde tüketimi heyecan arama davranışlarında bulunmaya eğilimli bireyler oldukları belirtilmektedir (Çakal ve Subaşı, 2023). "Ergenler için ebeveynlerden en az birinin problemlili kumar davranışının olması, yakın arkadaşların kumar oynaması, aile desteği, yakınlığı ve rehberliğinin eksikliği ve okul sorunları gibi etmenler risk faktörü olarak belirtilmektedir" (Vikipedi³). Altuntaş vd. (2023)'nin yaptıkları araştırmada erkek olma, 30 yaş ve üzeri olma, evli olma, ilköğretim mezunu olma, çalışma ve ailede kumar oynayan bireylerin bulunmasının kumar sorununu yordayan değişkenler olduğu saptanmıştır.

Bireyin sağlığı, zihinsel sağlığı ve genel refahıyla ilişkili eşzamanlı sorunlar, kumar bağımlılığı için en güçlü risk faktörlerindedir. Biyolojik, genetik ve çevresel faktörler de dahil olmak üzere bazı faktörler kumar bağımlılığı riskini artırabilmektedir. Rekabetçilik, dürtüsellik ve huzursuzluk gibi belirli kişilik özellikleri de kumar bağımlılığı riskinin artmasına katkıda bulunabilmektedir. Ailesinde kumar sorunu olan bireylerin de bu tür davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksek bulunmaktadır. Ayrıca kompulsif kumar, madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları gibi bazı zihinsel sağlık bozukluklarıyla da ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. Bazı nadir durumlarda parkinson hastalığı ve huzursuz bacak sendromu için kullanılan bazı ilaçlar kumar gibi kompulsif davranışlara yol açabilmektedir (Singh, 2020).

DİKKAT

Problemlili kumar oynama, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucu gelişen bir davranış bozukluğudur. Bu faktörler arasında genetik yatkınlık, kişilik özellikleri, çevresel etkiler, zihinsel sağlık sorunları ve madde kullanımı gibi unsurlar sayılabilmektedir.

2.5.6.1. Biyolojik faktörler

Biyomedikal model, kumar problemini altta yatan bir nörobiyolojik anormallik nedeniyle oluşan bir “beyin bozukluğu” olarak açıklamaktadır. Kumar bozukluğunda ventral striatum, ventromedial prefrontal korteks, dopaminerjik orta beyin ve insula dahil olmak üzere bağlı bölgelerin medial ve orbital yönlerini içeren “beyin ödül sistemi”nde oluşan (kumarla ilgili karar verme sürecini etkileyen) nöral devrelerde patofizyolojik değişimler meydana geldiğine dair kanıtlar bildirilmektedir (Murch ve Clark, 2016). Özellikle dopaminerjik ve serotonerjik işlevlerde değişiklikler saptanmaktadır (Çakmak, 2021). Bazı patolojik kumarbazların normal kumarbazlara göre daha düşük norepinefrin seviyelerine sahip olduğu da görülmüştür. Norepinefrin stres, uyarılma veya heyecan altında salgılanır, bu nedenle patolojik kumarbazlar düşük dozlarını telafi etmek için kumar oynarlar (Jazairi ve Habil, 2012). Biyomedikal model, genetik veya çevresel kökenli bir nörobiyolojik anormalliğin, bazı bireyleri kumar maruziyetine artan, kontrolsüz oyunla tepki vermeye yatkın hale getirdiğini iddia etmektedir (Sohn, 2023).

Kumar, uyuşturucu veya alkol gibi beyin ödül sistemini uyararak bağımlılığa yol açmaktadır (Şahin Uçar, t.y). Sevdiğiniz biriyle vakit geçirdiğinizde ya da lezzetli bir yemek yediğinizde vücudunuz dopamin adı verilen bir kimyasal salgılanmakta ve keyif duygusu yaratmaktadır. Zamanla bu bir döngü haline gelmekte ve bu deneyimler aranmaya başlanmaktadır, çünkü bunlar iyi duygularla ödüllendirilmektedir. Kumar da beyine büyük dopamin dalgalanmaları gönderebilmesi nedeniyle keyif duygusu yaratmaktadır. Ancak hayatta kalmak için yapılması gereken şeyleri (yemek yemek ve çalışmak gibi) yapmaya motive etmek yerine, bu kadar yüksek dopamin düzeyleri düşünceler, duygular ve davranışlar üzerinde zararlı etkiler yaratmaktadır. Bu durum kumardan daha fazla zevk almaya ve daha sağlıklı aktivitelerden daha az keyif almak için sağlıksız bir dürtü yaratabilmektedir. Zamanla kumar beyin kimyasını değiştirmekte ve etkilerine karşı duyarsızlık geliştirmektedir. Birey gittikçe aynı etkiyi yaratmak için daha fazla kumar oynama davranışına gereksinim duymaya başlamaktadır (Cleveland Clinic, 2023).

Kumar oynama bozukluğunun kimyasal bağımlılığa benzer bir bağımlılık olduğu, bazı patolojik kumarbazların norepinefrin düzeylerinin normal kumarbazlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Norepinefrin düzeyi düşük olan kumarbazlar bunu telafi etmek için kumar oynamaktadırlar (Wikipedia2, 2024). Her iki durumda da beyindeki ödül yolu uyarılarak tatmin duygusu yaratılabilmektedir. Beyindeki ödül yolunun uyarılması, dopaminin salınmasını tetiklemekte ve bu da mutluluk hissine yol açmaktadır (Singh, 2020). Kumarbazların madde bağımlılılarıyla karşılaştırıldıkları bir araştırmada bağımlı kumarbazların yoksunluk sırasında daha fazla fiziksel semptom sergiledikleri de ortaya konulmuştur (Scholarly Community Encyclopedia, t.y). Özellikle sabit oranlı bahislerde görülen kolay ve hızlı oyun imkanı sağlayan kumar ürünleri aynı zamanda bağımlılık da yapabilmektedir, zira kazanç kılığında

girmiş kayıplar olan 'kazanmaya yakın' ramak kala durumu beyindeki ödül yolunu da heyecanlandırmaktadır. Bu duyguyu yeniden canlandırmak için bazı bireyler tekrar tekrar kumar davranışında bulunabilmektedirler. Sonunda kumarbazlar bir tolerans geliştirebilmekte ve bu da beyinlerindeki nöronların bu davranışa tepki olarak uyum sağlamasına ve daha az dopamin üretmesine neden olabilmektedir. Bunun üstesinden gelmek için, kumar oynama bozukluğu olanlar aynı tatmin duygusunu yaratmak için sıklıkla daha riskli girişimlerde bulunarak kompulsif kumar bozukluğuna geçebilmektedirler (Singh, 2020). Problemlili / patolojik kumar oynama, bireyin hayatında birçok soruna neden olmasına rağmen kumar oynamaya devam etmek için kontrol edilemeyen dürtü ile karakterizedir.

2.5.6.2. Yaş

Davranışsal bağımlılıklar ile alkol-madde bağımlılıkları tipik olarak ergenlik veya genç yetişkinlik dönemlerinde başlamaktadır (Çakmak, 2021). Çocukluk veya ergenlik yıllarında kumar oynamak, kumar oynama bozukluğu geliştirme riskini artırmaktadır. Gençlerin %2 ila 7'sinde kumar bozukluğu gelişirken yetişkinlerde bu oran yaklaşık %1'dir ve kumar bozukluklarının çoğu ergenlik döneminde başlamakta ve özellikle üniversite öğrencileri genel nüfusa göre daha yüksek oranlarda kumar oynamaktadırlar (Yale Medicine, t.y).

2.5.6.3. Cinsiyet

Kumar oynama bozukluğu erkeklerde kadınlardan daha yaygındır. Kumar oynayan kadınlar genellikle hayatlarının ilerleyen dönemlerinde başlar ve daha çabuk bağımlı hale gelebilirler. Ancak erkekler ve kadınlar arasındaki kumar oynama kalıpları giderek daha benzer hale gelmektedir (Mayo Clinic, 2022). Erkekler, kart oyunları veya spor bahisleri gibi stratejik kumar türlerine daha çok ilgi duyarken, kadınlar bingo veya slot makineleri gibi stratejik olmayan türleri tercih etme eğilimindedirler (Yale Medicine, t.y). Kadınlarda kumar oynama bozukluğunun duygudurum bozukluklarına ikincil olarak gelişme olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğu, kadınların daha çok kişisel sorunlarından kaçmak için kumar oynadıkları ve erkeklere göre başlangıcın daha geç olduğu belirtilmektedir (Çakmak, 2021).

2.5.6.4. Sosyo-kültürel faktörler

İşsizlik, kötü sağlık, yoksulluk, barınma ve düşük eğitim, etnik azınlık olma, göç etme ya da zorunlu göçe maruz kalma genel nüfusa göre önemli ölçüde daha yüksek kumar probleminin ortaya çıkmasında etkili faktörlerdir (Çakmak, 2021).

2.5.6.5. Kişilik özellikleri

Kumar oynayan bireylerin riskli karar verme, artan duyu arayışı, bilişsel çarpıtma varlığı ve ödül duyarlılığı dışında, artmış dürtüsel davranış ve kompulsivite gibi özellikleri bulunmaktadır (Çakmak, 2021; Cleveland Clinic, 2023). Kumar bağımlılığı geliştiren kişilerin davranışsal bağımlılıklara yatkınlığında (kontrolün yanılması ve kumarbazın yanlışlığı gibi) olumsuz bilişsel çarpıtmalara sahip oldukları belirtilmektedir (Çelik ve Odacı, 2013; Çakmak, 2021). Çocukluğunda bir bireyin sevilmemesi ihmal edildiğini hissetmesine ve çocukluk döneminde kötü ilişkiler nedeniyle olumsuz bir öz-benlik geliştirmesine neden olarak davranışsal bağımlılıklara yol açabilmektedir (Çakmak, 2021). Aynı zamanda, kumar oynayan bireylerde heyecan arama, zorunluluk, karar verme ve planlamada zorluklar, ruh

halinde hızlı değişimler ve düşük duygu kontrolü gibi özelliklerin davranışsal bağımlılığa sahip olmalarında rol oynadığı belirtilmektedir (Cleveland Clinic, 2023).

Çok rekabetçi olmak, işkolik olmak, dürtüsel olmak, huzursuz olmak veya kolay sıkılmak kumar oynama bozukluğunun gelişmesinde etkili olabilen diğer faktörlerdendir (Mayo Clinic, 2022; Yale Medicine, t.y). Özellikle, kumar oynama bozukluğu olan bireyler, dürtüsel tepki verme ve zorlayıcı karar vermenin davranışsal ölçümlerinde ve ayrıca kendi kendine bildirim dürtüsellik ölçeklerinde de daha fazla puan almaktadırlar (Sohn, 2023)

2.5.6.6. Aile ve arkadaş özellikleri

Kumar bozukluğu aileden geçme eğilimindedir, bu da genetik bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Tek yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalar ayrıca genetik faktörlerin, kumar bozukluğu geliştirme riskine çevresel faktörlerden (olumsuz çocukluk deneyimleri gibi) daha fazla katkıda bulunabileceğini göstermektedir (Cleveland Clinic, 2023).

Kumar oynama bozukluğu olan bireylerin aile üyelerinde veya arkadaşlarında kumar sorunu olması muhtemeldir (Mayo Clinic, 2022). Kumar bozukluğunun gelişiminin yüzde 50 oranında genetik faktörlerden, yüzde 50 oranında ise çevresel faktörlerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (Yale Medicine, t.y). Bazı hastalıklar gibi kumar sorunu da ebeveynlerden çocuğa yayılıyor gibi görünebilir. “Kumar bağımlısı bireylerin çocuklarının sigara içmek, içki içmek ve uyuşturucu kullanmak gibi suça meyilli davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir ve kendilerinde de sorun yaşama veya patolojik kumar oynama riski daha yüksektir.” (Jehovah’s Witnesses, 2002).

Patolojik kumar oynamanın mevcut olduğu evlerde istismar yaygın olarak görülmektedir. Böyle bir durumda büyümek, uygunsuz duygusal gelişime ve sorunlu kumar davranışının tuzağına düşme riskinin artmasına yol açmaktadır. Patolojik kumar oynama, kleptomani, piromani ve trikotillomani gibi diğer birçok dürtü kontrol bozukluğuna benzer özellikler taşımaktadır. Dürtü kontrol bozukluğu sergileyen diğer ruh sağlığı hastalıkları arasında antisosyal kişilik bozukluğu veya şizofreni gibi bozukluklar da yer almaktadır (Jazairi vd, 2012).

2.5.6.7. Psikoloji

Kumar probleminin gelişmesinde ve sürdürülmesinde çeşitli psikolojik mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. Problemlili kumarbazlar hayatlarındaki sorunlardan bir kaçış olarak kullanılmaktadırlar. Narsisizm, risk arayışı, heyecan arayışı ve dürtüsellik gibi kişilik faktörlerinin yanı sıra, kontrol yanılısaması, gerçekçi olmayan iyimserlik, aşırı güven ve kumarbazın bir dizi rastgele olayın kendi kendini düzeltme eğiliminde olduğuna, böylece çeşitli olayların her birinin mutlak frekanslarının değiştiğine dair yanlış inanç yanılıgısı gibi psikolojik özellikler kumar bağımlılarında sıklıkla görülmektedir (kriminal spin teorisinde de tanımlandığı gibi, bir kumar spini olan bireyler davranışsal bir spin sürecinin kronik bir durumunu ortaya koyarlar) (Wikipedia2, 2024). Kumar bozukluğu olan kişiler sıklıkla alkol, tütün veya diğer uyuşturucuları kötüye kullanırlar, şizofreni veya antisosyal kişilik bozukluğu gibi duygudurum veya kişilik bozukluklarına sahiptirler veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna (DEHB) sahiptirler. Psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin kumar sorunu yaşama olasılığının 17 kat daha fazla olduğunu gösterdi (Yale Medicine, t.y).

Kumar bağımlılığı, depresyon ve intihar, iflas, aile parçalanması, aile içi istismar, saldırı, dolandırıcılık, hırsızlık ve hatta evsizlik gibi bir dizi ciddi kişisel ve sosyal zararla bağlantılıdır. Bu etkiler birey için olduğu kadar arkadaşları, ailesi, iş yeri veya toplum için de yıkıcı olabilir. Kanada Güvenlik Konseyi'nin kumar bağımlılığını bir toplum güvenliği ve suç önleme sorunu olarak görmesinin nedeni budur (Canada Safety Council, t.y). Kompulsif kumar oynayan kişilerde sıklıkla madde kötüye kullanımı sorunları, kişilik bozuklukları, depresyon veya anksiyete görülmektedir.

2.5.6.8. İlaçlar

Dopamin agonistleri adı verilen ilaçların, bazı kişilerde kumar oynama gibi zorlayıcı davranışlara yol açabilen nadir bir yan etkisi bulunmaktadır (Mayo Clinic, 2022). Dopamin agonistleri, özellikle pramipeksol (Mirapex), kompulsif kumar oynama ve diğer aşırı davranış kalıplarının gelişiminde rol oynamaktadır.

2.5.7. Problemler / Patolojik Kumar Oynamanın Önlenmesi ya da Azaltılmasına Yönelik Düzenlemeler

Davranışsal bağımlılıkların topluma maliyeti, sağlığa zararlı etkileri hakkında toplum farkındalığını artırmak toplumu davranışsal bağımlılıklardan korunmasına yönelik tedbirlerin başında gelmektedir. Bağımlılık davranışında gençlerin riskli grup olduğu göz önüne alınarak okul temelli önleme programları geliştirilmelidir. Çevrimiçi sitelerde koruyucu önleyici tedbirlerin alınması, kumar sitelerine yönlendirme yapan reklam içeriklerinin sistem sağlayıcıları tarafından denetlenmesi, bu sitelerde banka kredi kartı kullanımının engellenmesi ve yaş doğrulaması yapılması toplumsal koruyucu faktörleri güçlendirmek amacıyla uygulanmalıdır. Ayrıca kumar oynama bozukluğu konusunda ulusal bilimsel kapasitenin artırılması, bilgi birikiminin geliştirilmesine yönelik planlama ve ortaklıklar geliştirilmelidir. Şans, bahis, talih oyunlarına özendirilmenin engellenmesinde medya yayın sağlayıcılarının desteğinin alınması için programlar yürütülmelidir.

Kumar bağımlılığını önleme konusunda farkındalık faaliyetleri ve eğitimlerin yapılması, çevrimiçi sitelerde koruyucu tedbirlerin alınması, patolojik kumar oynama bozukluğu konusunda ülke genelinde bilimsel kapasitenin artırılması, şans oyunları denetimi, sağlıklı nesiller yetiştirmeye, kumar ve diğer kötü alışkanlıklardan çocuk ve gençleri uzak tutmaya yönelik aktivitelerin planlanması gibi alternatif önleme faaliyetleri düzenlenmelidir (Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019-2023).

Sorunlu kumar oynama ve kumarla ilgili zararların yaygınlığını azaltmak için çeşitli politika ve önleme yaklaşımları geliştirilmelidir (Williams vd., 2012). Bunlar; (1) kumar arzını azaltmayı, (2) kumar faaliyetlerinin ve katılımın gücünü azaltmayı ve (3) talebi azaltmayı amaçlayan önlemleri içermektedir. Arz azaltma müdahaleleri, kumar mekanlarının ve satış noktalarının sayısını genel veya seçici olarak (örneğin, savunmasız mahallelerde) yasaklamak veya azaltmak; erişim saatlerini azaltmak; erişim kısıtlamaları uygulamak (örneğin, yaşa veya ikamet durumuna bağlı olarak); ve mekan hariç tutma işlemine yönelik yasal ve düzenleyici önlemleri kapsamalıdır.

Risk altında olabileceğine inanan ya da kumar bağımlılığından kurtulmak isteyen kişiler için yardım hatları oluşturulmalıdır. Bu yardım hatları aynı zamanda sevilen birinin kumar sorunuyla ilgilenen arkadaşlarına, ailelerine, meslektaşlarına

ve topluluklara da destek sağlamalıdır. Yardım hatları ve diğer kaynaklar, bireylerin kumarla ilgili sorunlarını çözmelerine ve bunların üstesinden gelmelerine, sağlıklı, tatmin edici hayatlar yaşamalarına yardımcı olabilmektedir.

Kumarla ilişkili hastalık ve zararların dünya çapında artmasına ve sorunlu kumarın bir akıl ve ruh sağlığı bozukluğu olarak uzun süredir tanınmasına rağmen, nadiren bir halk sağlığı sorunu veya önceliği olarak görülmesi bu sorunun giderek daha da artmasına neden olmaktadır. Kumarın ulusal ve uluslararası halk sağlığı gündemlerine yerleştirilmesi ve kanıta dayalı politika ve önleme stratejilerinin güçlendirilmesinin yanı sıra erken müdahale ve tedavi hizmetlerinin büyük ölçüde genişletilmesine acil ihtiyaç bulunmaktadır. Bu önlemler, ticari kumarla ilişkili mevcut ve gelecekteki zararları ve sosyal maliyetleri azaltmak için kritik öneme sahiptir (Abbott, 2017).

Özet noktalar

Gelişen teknoloji ile birlikte ekran bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, kumar bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılık türleri de oldukça yaygınlaşmaya başlamıştır. Davranışsal bağımlılıklar, hem haz verici bir yönü olduğu hem de günlük yaşam aktivitelerini içinde barındırdığı için bir sorun olarak görülmeyebilmektedir (Ayakdaş Dağlı ve Yüyen, 2023). Kumar bağımlılığı, günümüzde birçok bireyin bir anlamda serbest yaşam aktivitesi olarak değerlendirdiği fakat zaman içinde bireyin öz kontrolünü kaybedip büyük kayıplar yaşamasına neden olan bir bağımlılık türüdür (Incekara ve Taş, 2022).

En eski ve en yaygın eylemsel bağımlılık türlerinden olan kumar bağımlılığı davranışsal bağımlılıkların toplum tarafından kimyasal bağımlılıklardan farklı olarak, bir bağımlılık değil de kötü alışkanlık olarak düşünülmesi nedeniyle kabul edilebilir bir davranışa dönüştürülmektedir (Bayındır, 2018). Bunun yanında şans, talih ya da bahis oyunu gibi daha kabul edilebilir ve masum görünen isimlere büründürülmesi ve dünya çapında çok sayıda ülkede devlet eliyle oynatılması bu davranışların toplumda yaygın olarak görülmesinde destekleyici bir yapıya sebep olmaktadır (Dinç, 2014, Aktaran: Bayındır, 2018). Bu nedenle de kumar oynama davranışı toplumsal kabulü yüksek bir davranış haline dönüşmektedir. Bireylerdeki problemleri kumar oynama davranışının toplum içerisinde popülaritesinin artması ve gelişen bilişim sistemleri ile birlikte kumara erişimin kolay ve denetiminin de yetersiz olması sebebiyle tehlikeli boyutlara ulaşabileceği ön görülmektedir. Kumar, özellikle çevrimiçi kumar, günümüzde dünyadaki en hızlı büyüyen bağımlılıklardan biridir (Castle Craig, t.y).

Kumar oynama bozukluğu geniş çaplı kişisel ve sosyal maliyetler, yüksek psikiyatrik komorbidite, kötü fiziksel sağlık ve yüksek intihar oranları ile ilişkili önemli bir halk sağlığı sorunu ve ruhsal bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Çakmak, 2021). Patolojik / problemleri kumar oynama sorunu, sadece bireysel bir sorun olmayıp aynı zamanda bireyin ailesine ve çevresine verdiği zararlardan dolayı önemli bir toplumsal sorundur. Her kumar oynayan kişi çevresindeki beş ila on kişiyi etkilemektedir (Yang, 2022). Bu davranışın topluma maliyeti, sağlığa zararlı etkileri hakkında toplum farkındalığını artırmak toplumun davranışsal bağımlılıklardan korunmasına yönelik tedbirlerin başında gelmektedir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

İncekara ve Taş (2022) Yetişkinlerde kumar bağımlılığı ile ilişkili sosyodemografik değişkenlerin incelenmesi amacıyla 400 erkek birey üzerinde araştırma yapmıştır. Araştırmada bireylerin medeni durumlarına, aile ilişkilerini algılama düzeylerine, bireylerin eğitim düzeylerine, bireylerin kendilerini şanslı algılama durumlarına göre anlamlı farklılık belirlenmiştir (İncekara, Taş, 2022).

KAYNAKLAR

- Abbott, M. (2017). The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm. Discussion paper for the 2017 World Health Organization (WHO) Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours, WHO Headquarters, Geneva, 26-28 June 2017. Erişim Tarihi: 13.07.2024, <https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/the-epidemiology-and-impact-of-gambling-disorder-and-other-gambling-relate-harm.pdf>
- Abbott, M.W., Volberg, R.A. (1999). Gambling and Problem Gambling in the Community: An International Overview and Critique. Erişim Tarihi: 24.07.2024, https://www.researchgate.net/publication/242639741_Gambling_and_Problem_Gambling_in_the_Community_An_International_Overview_and_Critique
- Altuntaş, Y., Çelikay Söyler, H., Kula, H. (2023). Kumar Bağımlılılarıyla Sağlıklı Kontrollerin Bilişsel Çarpıtmaları, Psikopatolojileri ve Aile İlişkilerinin Karşılaştırılması. Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi, 6(1), 68-84.
- Ayakdaş Dağlı, D., Yüyen, M.N. (2023). Davranışsal Bağımlılıklar ve Hemşirelik Yaklaşımı. Bağımlılık Dergisi, 24 (1): 104-112.
- Bayındır, G. (2018). Kumar ve Şans Oyunlarına Toplumsal Bakış: Niğde Örneği. Milli Kültür Araştırmaları Dergisi, 2(2), 58-83.
- Browné, M., Langham, E. Rawat, V., Greer, N. Li, E. Rose, J. et al. (2016). Assessing gambling-related harm in Victoria: A public health perspective. CQUniversity. Report. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://hdl.handle.net/10018/1220524>
- Calado, F., Alexandre, J., Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. Journal of gambling studies, 33(2), 397-424.
- Calado, F., Griffiths, M.D. (2016). Problem Gambling Worldwide: An Update of Empirical Research (2000-2015). Journal of Behavioral Addictions, 5, 592-613.
- Canada Safety Council (n.d). Gambling Addictions. Erişim Tarihi: 24.07.2024, , <https://canadasafetycouncil.org/gambling-addiction/>
- Castle Craig (n.d) . Gambling Addiction Treatment. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.castlecraig.co.uk/addictions-we-treat/behaviours/gambling/>
- Cleveland Clinic (Last Reviewed on 08/07/2023). Gambling Disorders. Erişim Tarihi: 08.04.2024, <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17881-gambling-disorder-gambling-addiction>
- Çakal, K., Subaşı, B. (2023). Kumar Bağımlılığı Olan Bireylerin Kumar Oynama Davranışının Sosyodemografik Özellikler Çerçevesinde Değerlendirilmesi. The Journal of Social Sciences, 10(65), 606-620. Doi:10.29228/sobider.71125
- Çakmak, S. (2021). Dürtü Kontrol Bozuklukları ve Dürtüsellik.(Ed.: Lut Tamam). Ankara: Akademisyen Kitabevi A. Ş.
- Çakmak, S., Tamam, L. (2018). Kumar Oynama Bozukluğu: Genel Bir Bakış. Bağımlılık Dergisi, 19(3): 78-97.
- Çelik, Ç. B., Odacı, H. (2013). The Relationship Between Problematic Internet Use and Interpersonal Cognitive Distortions and Life Satisfaction in University Students, Children and Youth Services Review, 35(3), 505-508.
- Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019-2023. Erişim Tarihi:14.08.2024, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38488/0/davranissal-bagimlilikler-ile-mucadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-eylem-planı-2018---2023pdf.pdf>

- Davranışsal Bağımlılıklar: Kumar Oynama Bozukluğu (t.y). Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://sbe.amasya.edu.tr/media/47925/davranissal-bagimliliklar.pdf>
- Demirdil, G. Harmancı, P. (2021). Davranışsal Bağımlılıklar: Bağımlılıktan bağımsızlığa Doğru. Ankara: Iksad Publications.
- González-Roz, A., Fernández-Hermida, J.R., Weidberg, S. et al. (2017). Prevalence of Problem Gambling Among Adolescents: A Comparison Across Modes of Access, Gambling Activities, and Levels of Severity. *J Gambli Stud* , 33, 371–382.
- Hodgins, D. C., Petry, N. M. (2016) The world of gambling: the National Gambling Experiences series. *Addiction*, 111: 1516–1518.
- İncekara, H.İ., Taş, B. (2022). Yetişkinlerde Kumar Bağımlılığı ile İlişkili Sosyodemografik Değişkenlerin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 23(4), 464-472.
- Jazaeri, S.A., Habil, M.H. (2012). Reviewing two types of addiction - pathological gambling and substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 5–11. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.96147>
- Jehovah's Witnesses (2002). What Is Wrong With Gambling? Erişim Tarihi: 01.02.2024, <https://www.jw.org/en/library/magazines/g20020722/What-Is-Wrong-With-Gambling/>
- Kisch, M., Håkansson, A. (2022). Associations Between Addictive Behaviors, Individual Characteristics, and the Use of Gambling Services Within the World of Gaming: Cross-sectional Survey Study. *JMIR serious games*, 10(2), e29077. <https://doi.org/10.2196/29077>
- Köksoy Vayısoğlu, S., Öncü, E., Güven, Y. (2019) Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama Sıklığı ve Heyecan Arama Davranışı ile İlişkisi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(1), 69-90.
- Lokman Hekim Üniversitesi (2023). Kumar Bağımlılığı. Erişim tarihi: 01.02.2024, <https://www.lokmanhekim.edu.tr/ozgur-koy-tedavi-ve-rehabilitesyon-merkezi/kumar-bagimliliği>.
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Mayoclinic (2022). Compulsive Gambling. Erişim Tarihi: 13.07.2024, <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/compulsive-gambling/symptoms-causes/syc-20355178>
- McLellan A. T., Chalk M., Bartlett J. Outcomes, performance, and quality—what's the difference? *J Subst Abuse Treat* 2007; 32: 331–40
- Mediclinic (2008). Gambling Addictions. Erişim Tarihi: 01.07.2024, <https://www.mediclinicinfohub.co.za/gambling-addiction/>
- Murch, W. S., & Clark, L. (2016). Games in the Brain: Neural Substrates of Gambling Addiction. *The Neuroscientist : a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry*, 22(5), 534–545. <https://doi.org/10.1177/1073858415591474>
- NHS Inform (Last updated: 15 July 2024). Problem Gambling. 24.07.2024 <https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/addictions/problem-gambling>
- Scholarly Community Encyclopedia (t.y). Problem Gambling. Erişim Tarihi: 01.07.2024, <https://encyclopedia.pub/entry/36478>.
- Singh, A. (2020). Gambling Addiction. What Is It, Causes, Signs, Prevention, Support, and More. Kishan Patel, Antonella Melani (Eds). Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.osmosis.org/answers/gambling-addiction>
- Sohn, E. (Date created: July 1, 2023). How gambling affects the brain and who is most vulnerable to addiction. *American Psychological Association*. 54(5). Erişim Tarihi: 14.08.2024, <https://www.apa.org/monitor/2023/07/how-gambling-affects-the-brain>
- StudySmarter (n.d). Gambling Addiction. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.study-smarter.co.uk/explanations/psychology/addiction/gambling-addiction/>
- Şahin Uçar D (Editör) (t.y). Kompulsif Kumar Bozukluğu Nedir? Kumar Bağımlılığı Nasıl Tedavi Edilir?. Erişim Tarihi: 24.02.2024, https://evrimagaci.org/kompulsif-kumar-bozuklugu-nedir-kumar-bagimliliği-nasil-tedavi-edilir-12269#google_vignette.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (t.y) Davranışsal Bağımlılıklar İle Mücadele 2018-2023 Ulusal Strateji Belgesi Ve Eylem Planı (2019-2023).
- The Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2022). Problem Gambling. Erişim

Tarihi: 24.07.2024, <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/problem-gambling>

Türk Ceza Kanunu (2004). Kanun Numarası: 5237, Resmî Gazete Tarihi: 12.10.2004 Resmî Gazete Sayısı: 25611. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlükleri (t.y). Kumar. Erişim Tarihi: 29.09.2023, TDK, <https://sozluk.gov.tr/>.

University of Nevada (n.d). Gambling Addiction: Resources, Statistics, and Hotlines. Erişim Tarihi: 13.07.2024, <https://onlinedegrees.unr.edu/blog/gambling-addiction-resources/> Wikipedi¹ (Güncelleme Tarihi 1 Mayıs 2024). Kumar. Erişim Tarihi: 26.09.2022, <https://tr.wikipedia.org/wiki/Kumar>.

Wikipedi² (Güncelleme Tarihi 1 Mayıs 2024). Kumarhane. Erişim Tarihi: 26.09.2022, <https://tr.wikipedia.org/wiki/Kumarhane>.

Wikipedi³ (Güncelleme 8 Haziran 2024). Problemlı kumar oynama. Erişim Tarihi: 26.09.2023, https://tr.wikipedia.org/wiki/Problemlı_kumar_oynama

Wikipedia¹ (Last edited: 19 July 2024). Gambling. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://en.wikipedia.org/wiki/Gambling>

Wikipedia² (Reviewed 23 Mayıs 2024). Problem gambling. Erişim Tarihi: 26.09.2022, https://en.wikipedia.org/wiki/Problem_gambling

Williams, R.J, Hann, R.G., Schopflocher, D., West, B., McLaughlin, P., White, N. et al. (2015). Quinte Longitudinal Study of Gambling and Problem Gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre. Guelph, Ontario. February 20, 2015. Available from: <https://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/3641>.

Yale Medicine (t.y). Gambling Disorders. Erişim Tarihi: 13.07.2024, <https://www.yalemedicine.org/conditions/gambling-disorder>

Yanardağ, M.Z., Bilge, M. ve Yanardağ, U. (2020). Davranış Bağımlılığı ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Üzerine Bir İnceleme. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(4): 551-560.

Yang CL (reviewed) (Page last updated: 29 Nov 2022). Healthyify He Puna Waiora (n.d). Gambling overview. Erişim tarihi:14.08.2024. <https://healthify.nz/health-a-z/g/gambling/>

Yau, Y. H., Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. Harvard Review of Psychiatry, 23(2), 134–146. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051>

BÖLÜM 2.6

Teknoloji Bağımlılığı

Dr. Öğr. Üyesi Songül ÇAĞLAR

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

2.6.1. Teknoloji Bağımlılığı Kavramı

2.6.2. Teknoloji Bağımlılığında Nörofizyolojik Değişimler

2.6.3. Teknoloji Bağımlılığı ve Sağlık Riskleri

2.6.4. Teknoloji Bağımlılığının Türleri

2.6.5. Teknoloji Bağımlılığının Tanısı

2.6.6. Teknoloji Bağımlılığından Korunma ve Önleme Çalışmaları

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bilgi teknolojileri yaşamın neredeyse tamamında yer almakta ve hayatı kolaylaştırmaktadır (Sigerson vd., 2017). Bu kadar iç içe olunan teknolojileri, kullanım amacının dışında uzun süreler ve giderek daha fazla vakit geçirerek kullanmak toplumları ve hatta dünyayı teknoloji bağımlılığı sorunları ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bugün teknoloji bağımlılığı küresel bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Amudhan vd., 2022). Teknoloji bağımlılığı, dijital çağı tanımlayan teknolojik ilerlemelere eşlik eden bir dizi bozukluktur (Sherer ve Levounis, 2022). Teknolojik ilerlemeler devam ettikçe, teknoloji bağımlılığının çeşitleri ve kavramları artmakta, bu alanda araştırma yapanlar sıklıkla bağımlılığın yaygınlığı, tanı, tedavi ve önleme yöntemleri üzerine çalışmaktadır. Bu bölümde, teknoloji bağımlılığı olgusuna odaklanılacak, bu bağımlılığın neden olduğu nörofizyolojik değişiklikler, potansiyel sağlık riskleri, farklı bağımlılık türleri, tanı yöntemleri ve önleyici çalışmalar konusunda bilgi sunulacaktır.

2.6.1. Teknoloji Bağımlılığı Kavramı

Günümüzde teknolojik cihazlara yoğun bir ilgi vardır (Küçükvardar ve Tingöy, 2018). Teknolojik cihazlara yönelik bu yoğun ilgi zamanla amaç dışı ve kontrolsüz kullanımlarla sonuçlanarak, bağımlılık kavramını “madde bağımlılığından” madde dışı bağımlılıklara genişletmiştir (Talipoğlu, 2023). Bu sebeple bugün teknoloji bağımlılığı neredeyse tüm dünyada değerlendirilmesi, önlem alınması, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının yapılması gereken küresel bir sorun haline gelmiştir. Tüm yaş grupları teknoloji bağımlılığı açısından risk taşımakla birlikte, çalışmalar teknoloji bağımlılığının özellikle genç nüfusta daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır (Amudhan vd., 2022; Loleska ve Pop-Jordanova, 2021). Bununla birlikte araştırmalar teknoloji bağımlılığına yol açan çok fazla risk ve etmen olduğunu göstermektedir. Teknoloji bağımlılığının yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda; yalnızlığın, depresyon yaşamının, materyalizmin, ebeveynler tarafından yapılan psikolojik kontrolün, ihtiyaçların engellenmesinin ve kendi kendine algılanan yardıma ihtiyaç duyma durumunun teknoloji bağımlılığında önemli değişkenler olarak yer aldığı belirlenmiştir (Gugliandolo vd., 2020; Jamir vd., 2019; Manchiraju, 2018; Meena vd., 2021).

2.6.2. Teknoloji Bağımlılığında Nörofizyolojik Değişimler

Bağımlılık beyinde yapısal ve işlevsel bozukluklara yol açabilen kronik bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir (Talipoğlu, 2023). Başlangıçta başarısızlık, mutsuzluk, kaygı gibi olumsuz düşüncelerden uzaklaşma isteği, inanç sistemlerinin çatışması, sosyal çevre baskıları ve beklentileri ile gerçek yaşamdan teknolojik aletlere yaşanan kaçış, önce alışkanlıklara ardından bağlanmaya, bağlanma sonrası alışkanlığı bırakmada zorlanmaya ve sonunda bağımlılığa giden bir yolu oluşturmaktadır (Söyler ve Kaptanoğlu, 2018).

Bağımlılık, bir maddenin veya davranışın beyindeki ödül sistemini uyararak dopamin salınımını artırmasıyla başlar. Dopamin, keyif hissi ve mutluluk hissi ile ilişkilendirilen bir nörotransmitterdir. Bu uyarım, tekrarlandıkça beyindeki dopamin düzeylerinin artmasına ve daha da fazla kullanım için arayışa yol açar. Daha fazla madde kullanımı veya davranış tekrarı, beynin ödül sistemindeki değişikliklerin devam etmesine ve bağımlılık gelişmesine neden olur. Beyindeki bu değişiklikler, bağımlılığın kronik hale gelmesine neden olan yapısal ve işlevsel bozukluklara yol

açar (Bkz. Bölüm 1.2) (Talipoğlu, 2023). Beyindeki değişiklikleri izleme ve değerlendirilmenin yolu ise Elektroensefalografi (EEG) ile görüntülemedir. Bağımlılık davranışlarını araştırmak için EEG yaygın olarak kullanılmaktadır ve erişilebilirlik, düşük maliyet ve mükemmel zamansal çözünürlük avantajları sunmaktadır. Elde edilen EEG sonuçları, teknoloji bağımlılıklarında madde bağımlılığına benzer nörofizyolojik değişikliklerin olduğunu ortaya koymaktadır (Burleigh vd., 2020) which will enable more accurate diagnostic classification. Electroencephalography (EEG.

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığı beyinde madde bağımlılığına benzer nörofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır.

Teknoloji bağımlılıkları kortikal kalınlıkları azaltmaktadır. Kortikal kalınlık bilişsel kontrol, karar verme ve ödül / kayıp işlemede etkilidir. Genellikle ileri yaşla birlikte ortaya çıkan bu durum, teknoloji bağımlılığı eşlik ettiğinde hızlanmakta ve beyin daha erken yaşlanmasına sebep olmaktadır (Weinstein ve Lejoyeux, 2020). Ekran-medya kullanımı kristalize ve akışkan zekâ ile ilişkilidir (Weinstein ve Lejoyeux, 2020). Oyun bağımlılığının delta ve teta aktivitesini artırdığını ve beta aktivitesini azalttığı bilinmektedir (Burleigh vd., 2020). İnternet bağımlılığında ise yükseltilmiş gama aktivitesi ve azaltılmış beta ve delta aktivitesi, sol anterior ve posterior singulat korteks, sol lingual gyrus ve sol insulada gri madde yoğunluğunda azalma ve internal kapsülde değişiklikler görülebilmektedir (Burleigh vd., 2020; Yektaş vd., 2021). Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğundaki yürütücü kontrol ağları oyun bağımlılığı gelişmeye yatkınlığı artırabilir (Weinstein ve Lejoyeux, 2020). Oyun bağımlılığı olan bir kişide gri madde hacminde ve beyaz madde yoğunluğunda azalma meydana gelmektedir (Horvath vd., 2020; Weinstein ve Lejoyeux, 2020). Beynin gri maddesi duygular, algı, hafıza ve motor kontrol ile ilişkili nöronlardan oluşur. Beynin beyaz maddesi ise beyincikten diğer beyin bölgelerine sinyalleri ileten çoğunlukla glial hücreler ve miyelinli aksonlardan oluşur (Weinstein ve Lejoyeux, 2020). Bu sebeple uzun süreli oyun bağımlılığı olan kişilerde hafıza, dikkat, dürtü kontrolü, duygusal düzenleme ve motor fonksiyon ile ilişkili beyin bölgelerinde bozulmalar yaşanabilir (Weinstein ve Lejoyeux, 2020).

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığı beynin yaşlanmasını hızlandırmaktadır.

2.6.3. Teknoloji Bağımlılığı ve Sağlık Riskleri

Teknoloji bağımlılıkları diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. İnternet bağımlısı olan bir kişi tek seferde hiç aralıksız 20 saate kadar ekran başında vakit geçirme riskine sahiptir bu da onu hem uyku sağlığı hem de kardiyovasküler sağlık açısından riskli duruma sokmaktadır (Öztürk vd., 2007). Çalışmalarda internet bağımlılığının; uykusuzluk, baş ağrısı, migren, mental sağlıkta kötüleşme ve yaşam kalitesinde düşme; akıllı telefon bağımlılığının; depresyon, anksiyete, düşük uyku kalitesi, yeme bozuklukları, kaygı ve hatta intihar etme düşüncesi yaşama; sosyal medya bağımlılığının; üretkenlikte azalma, sağlıksız sosyal ilişkiler ve yaşam memnuniyetinde azalma gibi sonuçlara yol açabileceği vurgulanmaktadır (Chatterjee ve Kar, 2021; Corrêa Rangel vd., 2022; Geng vd., 2021; K. Kim vd., 2021; Li vd., 2020; Noroozi vd.,

2021; Shinetsetseg vd., 2022; Sun ve Zhang, 2021; Tayhan Kartal ve Yabancı Ayhan, 2021; Trumello vd., 2021; J. Zhang vd., 2022).

Teknoloji bağımlılığı sosyal yaşamı da yakından etkilemektedir. Genç yetişkinlerle yapılan bir çalışma, teknoloji bağımlılığı ile güvensiz bağlanma arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Remondi vd., 2020). Teknoloji bağımlılığı bireylerin rekreasyonel aktivite seçimlerini de etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, oyun bağımlılığı ile yoga, müze ziyareti, fuar-festival gezisi, tiyatro, dans, el işi, çiçek düzenleme, zevk için yemek yapma ve kitap okuma aktiviteleri arasında negatif ilişki bulunurken, fotoğrafçılık, masa tenisi, kamp, kayak, paintball ve futbol aktiviteleri ile pozitif bir ilişki belirlenmiştir (Eryılmaz ve Bal, 2019). Bu tarz bağımlılıklar bir takım adli sonuçlara da yol açabilmektedir. Özellikle iş yeri ve okullardaki uygunsuz teknoloji kullanımları (çevrimiçi oyunlar, pornografi, kumar vb.), çocuk ve ergenlerin maruz kaldığı siber zorbalık (dijital teknoloji yoluyla birine zarar verme) ve grooming (internet ortamında bir yetişkinin kendini çocuk olarak tanıtmayı ve sanal ya da gerçek yaşamda çocuğu istismar etmesi) görülebilen adli suçlar arasındadır (Çıkman vd., 2017; Recupero, 2008).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Farklı lise türlerine devam eden öğrencilerin dijital bağımlılık ve iyi oluş düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelendiği çalışmada ilişkisel tarama modeline dayalı olarak 2018-2019 eğitim-öğretim yılında öğrenimlerine devam eden toplam 427 lise öğrencisi ile bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu, Dijital Bağımlılık Ölçeği ve Ergenler İçin Beş Boyutlu İyi Oluş Ölçeği ile toplanan veriler sonucunda, erkek öğrencilerin, Anadolu lisesinde öğrenim görenlerin, düşük akademik başarıları olanların, anne ve babalarının eğitim düzeyi yüksek olanların dijital bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma sonunda ayrıca günlük iki saate kadar sosyal medya kullanımının ergenlerde iyi oluşu arttırdığı ancak bu sürenin aşılması durumunda iyi oluşun azalmaya başladığı belirlenmiştir (Kaya vd., 2023) of whom 217 (50.8%).

2.6.4. Teknoloji Bağımlılığının Türleri

2.6.4.1. Dijital bağımlılık

Dijital teknolojiler kullanıcılarına büyük kolaylıklar sunmaktadır. Bu teknolojiler zaman ve mekân sınırı olmadan ulaşılabilir ve ucuz olmaları ile kullanıcıları sürekli bağlantıda kalma ve kontrol etme dürtüsüne sokarak bağımlılığa yol açabilmektedir (Biricik, 2022). Dijital bağımlı olma durumu, eksik hissetme duygusuyla körüklenen davranışsal bir teknoloji bağımlılığıdır (Küçükvardar ve Tingöy, 2018). Dijital bağımlılık; “internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı” kavramlarını içine alan genel bir davranışsal bağımlılık türüdür. Bu bağımlılık türü, dijital bir cihazı eğlence amaçlı dinleme, izleme veya oynamayı kapsar.

2.6.4.2. İnternet bağımlılığı / Problemlı internet kullanımı / Aşırı internet kullanımı

İnternet bağımlılığı 1995 yılında Ivan Goldberg tarafından Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistik El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Di-

sorders-DSM) madde bağımlılığından türetilerek ve 1996 yılında Young tarafından DSM-4'ün patolojik kumar oynama tanı ölçütlerini temel alarak tanımlanmıştır. Ancak henüz DSM'de yer alan mental bozukluklar arasında yer almamaktadır. İnternet bağımlılığı genellikle kişinin internet kullanımını günlük hayatta olumsuz sonuçlara yol açacak biçimde kontrol edememesi olarak yorumlanabilir (Bozkurt vd., 2016).

İnternet bağımlılığı her yaş ve cinsiyette görülebilir olmasına rağmen 12-18 yaş arasındaki erkek ergenlerde görülme sıklığı daha fazladır (Öztürk vd., 2007). Bu sıklığın artışında yaşa bağlı gelişimsel farklılıkların etkisi olduğu kadar, sosyal çevrenin ve arkadaş çevresinin de etkisi önemlidir. Ergenlerde bağımlılık yapan davranışların bir diğer işlevi de başkalarıyla ilişki kurmaktır. İnternet bu ilişki kurma davranışını desteklemektedir. İnternet; kullanıcılarına sunduğu sohbet, alışveriş, oyun gibi çeşitli sitelerle diğer bazı davranışsal bağımlılıkları da kapsayabilmektedir. Söyler ve Kaptanoğlu'nun belirttiğine göre; Young internet bağımlılığının beş alt faktörü olduğunu belirtmiştir (Siber seksüel bağımlılık, Siber ilişki bağımlılığı, İnternet zorlamaları, Aşırı bilgi bağımlılığı, Bilgisayar bağımlılığı) (Söyler ve Kaptanoğlu, 2018). Bu sebeple internet bağımlılığı literatürde ayrı bir davranışsal bağımlılık olarak yer alan diğer teknoloji bağımlılıklarından daha yaygın görülmektedir. Yapılan bir sistematik derlemeye göre de, genel internet bağımlılığı görülme yaygınlığı internette oyun oynama bozukluğundan daha fazladır (Pan vd., 2020).

2.6.4.3. Oyun bağımlılığı/ Video oyunu bağımlılığı / Patolojik oyun oynama/ Oyun kullanım bağımlılığı/ Oyun kullanım bozukluğu

Yaklaşık 50 yıl öncesinde insan hayatına giren video oyunları, giderek çeşitlenmekte ve hayatımızda daha fazla yer edinmektedir (Doğan Keskin ve Aral, 2021; Levounis ve Sherer, 2021). Atari şirketi 1977'de, "Atari video bilgisayar sistemi" ile video oyunlarını bir ev eşyası haline getirmiştir. Nintendo Entertainment System 1985 yılında piyasaya sürülmesiyle birlikte dünya çapında 60 milyondan fazla satış yapmıştır. Fortnite oyunu 2019 yılında 250 milyon kopya satmıştır. (Levounis ve Sherer, 2021).

Video oyunları modern kültürde, özellikle de gençler arasında oldukça yaygındır ve çoğu kullanıcı için sağlıklı bir hobidir (WHO, 2023a). Oyunlar eğlence amacıyla kullanılabilirdiği gibi tedavi, ağrı ve acıyı azaltma amacıyla ve eğitim amacıyla da kullanılabilir. Çoklu görev, el-göz koordinasyonu ve nesnelere üç boyutlu bir alanda zihinsel olarak döndürme yeteneği, sürekli video oyunu kullanımıyla daha iyi hale gelen görevlerdir (Levounis ve Sherer, 2021), ancak bu hobi kontrol edilemediğinde bağımlılık durumu ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinde çevrimiçi oyun bağımlılığı görülme sıklığı % 40 olarak belirlenmiştir (Zhou ve Xing, 2021). Özellikle erkek ergenlerde görülme sıklığı diğerlerine göre daha fazladır (Doğan Keskin ve Aral, 2021; Macur ve Pontes, 2021)2021.

Oyun bağımlılığı bir hastalık olarak, 2019 yılı Mayıs ayında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD-11) 11. güncellenmesine eklenmiştir (Levounis ve Sherer, 2021). Özellikle Doğu Asya ülkeleri oyun bağımlılığının en yaygın olduğu yerlerdir. Oyun bağımlılığı, oynanan oyunun özelliklerine göre farklı şekillerde alabilmektedir (Kim vd., 2022). **Video oyunları, oyuncuları her zaman zorlandıkları ama asla bunalmadıkları psikolojik bir "akış durumuna" sokmak için tasarlanmıştır** (Levounis ve Sherer, 2021). Oyuncular bu durumdayken, beceri düzeyleriyle orantılı bir zorlukla karşılaşır. Becerileri arttıkça, zorluk da artar. Video oyunları, oyuncunun performansına göre zorluğu dinamik olarak de-

ğıştirir. Bu, oyuncularını saatlerce meşgul kalmaya teşvik eder (Levounis ve Sherer, 2021). Yapılan bir çalışmaya göre , Gerçek Zamanlı Strateji ve Birinci Şahıs Nişancı türündeki oyunları oynayan ergenlerin Rol Yapma Oyunu (RPG), Yarış ve Atıcılık gibi diğer türlere kıyasla daha yüksek tolerans, geri çekilme ve günlük hayatını ihmal etme davranışları yaşadıkları belirlenmiştir (Kim vd., 2022). Yarış oyunu oynayanlar, oynamayanlara göre vicdanlılık açısından önemli ölçüde daha düşük bir düzeye sahiptirler. Düşük vicdanlılık düzeyine sahip öğrencilerin, ihtiyaçlarını kolay ve hızlı bir şekilde karşılayabilecek oyunlara, özellikle de büyük çaba sarf etmeden başarı hissi verebilecek oyun türlerine ilgi duymaları daha olasıdır. Yarış ve RTS (Real Time Stratedy- Gerçek Zamanlı Strateji) oyuncularını, oyuncu olmayanlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük topluluk duygusuna sahiptir. Arcade (Atari Oyunu) /Atıcılık oyuncularının, oyuncu olmayanlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük özgüvene sahip olduğu görülmüştür. RPG oyuncularının empati puanları, oyuncu olmayanlara göre önemli ölçüde daha düşüktür. **Başkalarını anlama becerisi, internet oyun bağımlılığının öncülü veya sonuç faktörü olarak incelenmiştir. Başka bir deyişle, düşük empatiye sahip bireyler başkalarıyla derin bir ilişki kurmakta zorlanma eğilimindedir ve oyun bağımlılığı için daha büyük bir riske maruz kalırlar.** Bağımlı RTS veya FPS (First-Person Shooter- birinci şahıs bakış açısıyla silah ve diğer silah tabanlı savaşlara odaklanan atıcı video oyunu) oyuncularının daha çok “Tolerans, Geri Çekilme ve Günlük Hayatını İhmal” semptomlarına odaklanan müdahalelere ihtiyacı vardır. Bu arada, bağımlı Arcade/Atış, Yarış ve RPG oyuncularının, bağımlılıkla ilgili sorunlu davranışlarıyla doğrudan ilgilenmek yerine, “vicdanlılık, topluluk duygusu, öz saygı ve empati” gibi nispeten zayıf kişilik özelliklerini geliştirmeye odaklanmaları gerekebilir (Kim vd., 2022).

Hao'nun bildirdiğine göre (Hao 2023); video oyunlarına bağımlılığı DSM-5'te “internet oyun bozukluğu” terimi altında meşru bir bozukluk olarak dâhil edilmiştir. Dünyadaki oyun çeşitliliği o kadar fazla ki, herhangi birinin bu oyunlarla çok uzun zaman harcaması ve bu sebeple kişisel başarı ve çalışma temposunun düşmesi çok olasıdır. Çoğu oyun için ana hedef kitle, daha fazla sayıda denek nedeniyle erkek ergen oyuncularlardır. Ergen erkek oyuncu demografisi içindeki potansiyel video oyunu bağımlılarının sayısı, diğer tüm hedef demografilerden daha yüksektir (Hao, 2023). Oyunlar kumar, rol yapma unsurları, rekabetçi ruhlar, bu dünyanın dışında deneyimler ve insanlarla yüz yüze görüşmek zorunda kalmadan etkileşim kurma şansını içerebilir. Bu unsurların her biri bozukluğun bir türünü kolaylaştırmıştır.

2.6.4.4. Akıllı telefon bağımlılığı

Akıllı telefon kullanımı bireylerin günlük rutinlerini, alışkanlıklarını, aile ile ilişkilerini, ahlaki değerlerini ve sosyal katılımını değiştirmektedir (Samaha ve Hawi, 2016). Sadece konuşma işlevinden mesajlaşma, görüntülü konuşma, alışveriş, e-posta gönderme, fotoğraf ve video izleme ve paylaşma, müzik dinleme, haberleri takip etme gibi sağladığı birçok kolaylıkla birlikte, akıllı telefonlar artık kişisel bilgisayar ve diğer teknolojik cihazların da yerini almaya başladı. Bu sebeple artık kişilerin telefonlarını kontrol etmeden bir saatin bile geçmesine izin vermesi oldukça zor hale geldi (Meena vd., 2021).

Akıllı telefon bağımlılığı, kişinin telefonunun aşırı, zorlayıcı, kontrolsüz kullanımı ile cihaza (veya içindeki içeriğe) psikolojik bir bağımlılığa yol açan potansiyel bir bozukluk olarak ifade edilebilir.(Ting ve Chen, 2020). Akıllı telefon bağımlılığı son yıllarda artmakla birlikte, ülkelere göre görülme oranı değişmektedir. Bir meta-a-

naliz çalışmasına göre, 24 ülke, 83 örneklem ve 33.831 katılımcı genelinde Çin, Suudi Arabistan ve Malezya akıllı telefon bağımlılığının en yüksek oranlara sahip olduğu, Almanya ve Fransa'da ise akıllı telefon bağımlılığının en düşük oranlara sahip olduğu belirlenmiştir (Olson vd., 2022). Akıllı telefon bağımlılığı yaş grubuna göre değerlendirildiğinde ise, gençler arasında yetişkinlere oranla iki kat daha yaygın görülmektedir (Ting ve Chen, 2020). Henüz akıllı telefon bağımlılığına yol açan mekanizma tam olarak açıklanamamaktadır (Al-Mamun vd., 2023). Akıllı telefon bağımlılığı için öznel sosyal statünün, hedonik (keyif veren) kullanımın, algılanan stresin, yaşam memnuniyetinin ve kadın olmanın risk oluşturduğu görülmektedir (Lin ve Liu, 2020; Vujić ve Szabo, 2022). Akıllı telefon bağımlılığında uygunsuz içeriği yönetecek olgunluk ve beceri eksikliği, bazı kişilerin psikolojik, fiziksel rahatsızlık veya nomofobi (cep telefonun yanında olmaması korkusu) gibi belirli davranışlar yaşamasına bile yol açabilir (Al-Mamun vd., 2023; Loleska ve Pop-Jordanova, 2021). **Nomofobi** veya **cep telefonunun olmaması korkusu** da son yıllarda hayatımıza giren DSM -4'te yer alan bozukluklardan bir tanesidir. Bu kavram insanların cep telefonu bağlantısından kopma korkusu yaşadığı psikolojik bir durumu tanımlamak için kullanılır. Ancak nomofobi diğer psikolojik bozukluklara aracılık da edebilir. Sosyal fobi veya sosyal kaygı ve panik bozukluğu gibi diğer zihinsel bozuklukların nomofobik semptomları hızlandırabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple kişide mevcut bir anksiyete bozukluğu varsa cep telefonu bağımlılığı nedeniyle Nomofobik mi hale geldiğini yoksa mevcut anksiyete bozukluğundan mı kaynaklandığını ayırt etmek zordur (Bhattacharya ve ark., 2019).

2.6.4.5. Sosyal medya bağımlılığı/problemlili sosyal medya kullanımı/ kompulsif sosyal medya kullanımı

Belirtileri madde bağımlılığına benzerdir (Talipoğlu, 2023). Kız ergen ve üniversite öğrencilerinde erkeklere oranla daha sık görülür (Çimke ve Cerit, 2021). Bekar kadınlarda daha sık görülebildiğine dair çalışma da bulunmaktadır (Rachubińska vd., 2021). Sosyal medya bağımlılığında diğer risk faktörlerine ek olarak, bir şeyleri kaçırma korkusunun etkili olduğu söylenebilir. Arkadaş ya da çevresindeki gelişmeleri kaçırma korkusu yaşayan ergenler hem bireysel sosyal medya platformlarını (Facebook, Snapchat, Instagram vb.) hem de genel kullanıma açık sosyal medya platformlarını (Youtube, Twitter vb.) kullanmaya daha yatkındırlar. Bu durum onları sürekli sosyal medya platformlarını kontrol etmeye zorlar (Franchina vd., 2018). Kaçırma korkusu beraberinde online arkadaşların kendi paylaşımını beğenmeyeceği korkusuyla kullanıcılarda strese de yol açabilen bir durumdur (Fabris vd., 2020).

2.6.5. Teknoloji Bağımlılığının Tanısı

Teknoloji bağımlılıkları da diğer bağımlılıklarda olduğu gibi bağımlı kişilerde çeşitli belirtiler ortaya çıkarmaktadır. Bu belirtiler dikkat çekme, duyu durum değişikliği, tolerans, yoksunluk, çatışma ve nüks olarak ifade edilebilir (Bozkurt vd., 2016). Teknoloji bağımlılıklarının bazı ortak semptomları olmakla birlikte her birinin kendine özgü bazı özellikleri de vardır (Sigerson vd., 2017). Bu tarz bağımlılıklar madde bağımlılıklarına benzer belirtiler gösterebilir. Özellikle ergenlerde bireyin ne zaman bağımlı olduğunu belirlemek güçtür (Doğan Keskin ve Aral, 2021). Ergenlerin farklı kullanım sürelerine göre bağımlılık belirtileri göstermeleri değişir. Kimi ergenler uzun süre kullanımlarda herhangi bir belirti göstermezken, bazıları daha kısa sürede bağımlılık belirtisi gösterebilir. Ergenlerin bağımlılığa giden süreçte gösterdiği en belirgin belirti, oyun oynama süresini her defasında artırması ve

oyuna karşı tolerans geliştirmesi ve yoksunluk semptomları sergilemesidir (Doğan Keskin ve Aral, 2021).

İlk olarak literatürde yer alan ve bağımlılık olarak incelenen internet bağımlılığı'dır (Sigerson vd., 2017). İnternet bağımlılığının tanısında bu tanımı ilk yapan kişilerden Young'un belirlediği sekiz ölçüt (kumar bağımlılığından uyarlama) veya Goldberg tarafından tanımlanan yedi ölçüt kullanılabilir. Young'un ölçütlerinden beş tanesinin varlığında ve Goldberg'in ölçütlerinden 12 ayda üç veya daha fazla ölçütün olması durumunda kişi internet bağımlısı olarak değerlendirilebilir (Bozkurt vd., 2016; Öztürk vd., 2007). Doğan Keskin ve Aral'ın (2021) bildirdiğine göre, oyun bağımlılığı DSM-5'te, "internet oyun oynama bozukluğu" olarak, ICD-11'de ise "bağımlılık yapıcı davranışların neden olduğu bozukluk çatısı altında", "oyun oynama bozukluğu" olarak ifade edilmiştir. Oyun oynama bozukluğunun tanısı için ileri araştırmalar yapılması önerilmekle birlikte (Doğan Keskin ve Aral, 2021), DSM-5'te yer alan ölçütlerden 12 aylık sürede, 5 veya daha fazlasının görölmüş olması ve tekrarlayıcı, sürekli kullanımının olması oyun oynama bozukluğu olarak belirlenmiştir (Levounis ve Sherer, 2021). Ülkemizde oyun bağımlılığının tanı ve tedavisi ile ilgili çalışmaların başlangıç düzeyinde olduğu söylenebilir (Doğan Keskin ve Aral, 2021).

İlk olarak literatürde yer alan ve bağımlılık olarak incelenen internet bağımlılığı'dır (Sigerson vd., 2017). İnternet bağımlılığının tanısında bu tanımı ilk yapan kişilerden Young'un belirlediği sekiz ölçüt (kumar bağımlılığından uyarlama) veya Goldberg tarafından tanımlanan yedi ölçüt kullanılabilir. Young'un ölçütlerinden beş tanesinin varlığında ve Goldberg'in ölçütlerinden 12 ayda üç veya daha fazla ölçütün olması durumunda kişi internet bağımlısı olarak değerlendirilebilir (Bozkurt vd., 2016; Öztürk vd., 2007). Doğan Keskin ve Aral'ın (2021) bildirdiğine göre, oyun bağımlılığı DSM-5'te, "internet oyun oynama bozukluğu" olarak, ICD-11'de ise "bağımlılık yapıcı davranışların neden olduğu bozukluk çatısı altında", "oyun oynama bozukluğu" olarak ifade edilmiştir. Oyun oynama bozukluğunun tanısı için ileri araştırmalar yapılması önerilmekle birlikte (Doğan Keskin ve Aral, 2021), DSM-5'te yer alan ölçütlerden 12 aylık sürede, 5 veya daha fazlasının görölmüş olması ve tekrarlayıcı, sürekli kullanımının olması oyun oynama bozukluğu olarak belirlenmiştir (Levounis ve Sherer, 2021). Ülkemizde oyun bağımlılığının tanı ve tedavisi ile ilgili çalışmaların başlangıç düzeyinde olduğu söylenebilir (Doğan Keskin ve Aral, 2021).

Tablo 2.6.1. Teknoloji Bağımlılığı Türleri ve Örnek Tanı Ölçütleri

İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (Young)	İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (Goldberg)	İnternet Oyun Oynama Bozukluğu (DSM-5)	Oyun Oynama Bozukluğu (ICD- 11)	Akıllı Telefon Bağımlılığı (Ting ve Chen)	Sosyal medya bağımlılığı (Eijnden ve ark.)
1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş (Sürekli olarak internette düşünme, internette yapılan aktivitelerin hayalini kurma, internette yapılıması planlanan bir sonraki etkinliği düşünme vb.)	1. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanan tolerans gelişimi: a. İstenen keyfin alınabilmesi için belirgin olarak artmış internet kullanım süresi b. Sürekli olarak aynı sürelerde internet kullanımını ile alınan keyfite azalma olması	1. İnternet oyunlarıyla zihinsel olarak meşgul olmak.	1. Oyun ile ilgili başlangıç, sıklık, yoğunluk, süre, sonlandırma ve günlük aktivite gibi konularda kontrol sağlayamaması.	1. Memnuniyet elde etmek veya ilişkili olumsuz duygulara karşı koymak için daha uzun süre ve sıklıkta akıllı telefon kullanma ihtiyacı.	1. Sosyal medyayı kullanacağı anı düşünmekten başka bir şey düşünmeme (Zihin meşguliyeti)
2. İstenilen keyfi almak için giderek daha fazla oranda internet kullanma ihtiyacı duyma	2. Aşağıda tanımlanan şekilde yoksunluk gelişmesi: Ağır ve uzun süreli internet kullanımını sonunda aşağıdakilerden en az iki tanesinin günler içinde ortaya çıkması (Bir ay içinde ortaya çıkabilir) ve kişilerin bunlardan dolayı iş, sosyal ve önemli işlevsel alanlarda sıkıntı yaşaması: a. Psikomotor ajitasyon b. Bunaltı c. İnternette neler olduğu hakkında takıntılı düşünceler d. İnternet hakkında fanteziler ve hayal kurma e. İsteyerek ya da istemeyerek tuşlara basma hareketi yapma f. Bu sıkıntılı durumlardan kurtulmak için internete veya benzeri servislere bağlanma	2. İnternet oyunlarını olmadığında yoksunluk semptomlarını göstermek.	2. Oyuna öncelik vermeyi arttırması ve günlük faaliyetler yerine oyunun öncelik alması.	2. Akıllı telefonunu sık sık kontrol etme ihtiyacı hissetme.	2. Sosyal medyada daha fazla zaman geçirme isteğini doyuramama (Tolerans)

Tablo 2.6.1. Teknoloji Bağımlılığı Türleri ve Örnek Tanı Öçütleri (Devamı)

3. İnternet kullanımını genellelikle planlandığından daha uzun süreler alır.	3. İnternet oyunlarına zaman geçtikçe daha fazla süre harcamak ve oyunlara karşı toleransın gelişmesini.	3. Sosyal çevresiyle yaşadığı olumsuzluklara rağmen oyuna devam etmesi.	3. Sık kontrol ile ilgili uykusuzluk veya uyku bozukluğu.	3. Sosyal medya kullanamama durumunda kendini kötü hissetme (Geri çekilme)
3. İnternet kullanımını bırakmak veya denetim altına almak için sürekli bir istek veya boş çıkan çabaları vardır.	4. Oyun oynamayı kontrol etmede başarısızlıklar yaşamak.		4. Yasaklanmış bağlanımlarda veya potansiyel olarak tehlikeli durumlarda (Örnek: Araç kullanma, yürüme, riskli canlı yayında akıllı telefonu kullanmaya devam etmek)	4. Sosyal medyayı daha az kullanma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanması (Süreklilik/devamlılık)
5. İnternet ile ilgili eylemlere çok uzun süreler ayrılır (Kitap almak, yeni web tarayıcıları ve programları denemek, dosyaları düzenlemek vb.)	5. Oynadığı oyun süresi ile ilgili etraflarına doğruyu söylememek.		5. Yüksek miktarda para harcamak	5. Sosyal medya kullanımının kişiler arası problemlere neden olması (Problem)
6. İnternet kullanımını nedeniyle önemli toplumsal mesleki etkinlikler veya boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır veya azaltılır.	6. Daha önce ilgi duyduğu alanlara olan ilgisini kaybetmek.		6. Akıllı telefonun kompulsif kullanımını kontrol etmek, azaltmak veya durdurmak için tekrarlanan başarısız girişimler	6. Sosyal medyada harcanan süreye ilişkin yanıltıcı ifadelerde bulunma (Yalan söyleme)
5. Başlangıçta planlanandan daha uzun süre internette kalma.				
6. Aşırı internet kullanımını nedeniyle aile, okul, iş ve arkadaş çevresiyle sorunlar yaşamama, eğitim veya kariyer ile ilgili bir fırsatı tehlikeye atma ya da kaybetme.				

Tablo 2.6.1. Teknoloji Bağımlılığı Türleri ve Örnek Tanı Ölçütleri (Devamı)

7. Başkalarına (aile, arkadaşlar, terapist, vb) internette kalma süresi ile ilgili yalan söyleme.	7. İnternet kullanımını, yol açtığı sorunlara (Uykusuzluk, evlilik problemleri, işe ve randevulara geç kalma vb.) rağmen aşırı olarak devam eder.	7. Oyundan dolayı hayatında sorunlar yaşamasına rağmen oyuna devam etmek.	7. Akıllı telefon kullanımını nedeniyle aileden veya paylaşılan etkinliklerden çekilme	7. Sosyal medyayı olumsuz duygulardan bir kaçış yöntemi olarak kullanma (Kaçış)
8. İnterneti problemlerden kaçmak veya olumsuz duygulardan (Örnek: Çaresizlik, suçluluk, çökkünlük, kaygı) uzaklaşmak için kullanma.	8. Oyunu kaçış ve rahatlama amacıyla kullanmak.	8. Okul, aile, sosyal veya duygusal işlevler üzerinde olumsuz etkiler	8. Sosyal medya kullanımının aile fertleri ile tartışmalara neden olması (Çatışma)	
	9. Oyun oynadığı için akademik hayatını, işini veya kariyerini tehlikeye atmak.	9. Telefonu kullanmadığında rahatsızlık, özlem, yoksunluk, bağımlılık, sinirlilik duyguları	9. Telefonu kullanmadığında rahatsızlık, özlem, yoksunluk, bağımlılık, sinirlilik duyguları	
(Young, 1998)	(Goldberg, 1996)	(Petry vd., 2015)	(WHO, 2023b)	(van den Eijden vd., 2016)
				10. Telefona erişilemiyorsa artan kaygı ve / veya sinirlilik
				(Ting ve Chen, 2020)

2.6.5.1. Teknoloji bağımlılığının tanısında kullanılan ölççekler

Teknoloji bağımlılığı belirlenirken her bir davranışsal bağımlılık için o bağımlılığı değerlendiren subjektif ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır (Doğan Keskin ve Aral, 2021). Bununla birlikte teknoloji bağımlılıkları çoğu zaman birbirleri ile ilişkilidir. Çeşitli teknoloji bağımlılığı türleri arasında yüksek ilişkiler ve bunların daha yüksek bir yapı altında toplanabileceğinden bağımlılıkların tek tek değerlendirilmesinden daha ziyade özellikle “internet bağımlılığı, internet oyun bozukluğu, akıllı telefon bağımlılığı ve Facebook bağımlılığının” birlikte değerlendirilmesi uygun olabilir (Sigeron vd., 2017).

Teknoloji bağımlılığını ölçmeye yönelik çeşitli anket ve ölççekler bulunmaktadır. Bu subjektif ölçüm araçları yaş gruplarına uygun olarak bireysel olarak veya ebeveyn ile birlikte doldurulabilmektedir. Literatürde lise ve üniversite öğrencilerinin teknoloji bağımlılığını ölçmeye yönelik ölççeklerin diğer yaş gruplarına oranla daha fazla olduğu görülmektedir. “Bağımlılık Profil İndeksi İnternet Bağımlılığı Formu, Chen İnternet Bağımlılığı Ölçeği, İnternet Bağımlılığı Ölçeği, İnternet Oyun Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form, Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği” bunlardan bir kaçıdır (Andic ve Durak Batıgun, 2019; Ceyhan vd., 2018; Evren vd., 2018; Kesici ve Şahin, 2010; Kutlu vd., 2016; Ogel vd., 2015; Şata vd., 2016; Taş, 2019). Marin’in belirttiğine göre; literatürde en sık kullanılan internet bağımlılığı değerlendirme ölçeğinin “Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği” olduğu görülmektedir (Marin vd., 2021). Bu ölççeklerin bir kısmı sağlık bilimleri alanındaki araştırmacılar tarafından oluşturulurken, bir kısmı ise sağlık dışı alanlardaki araştırmacılar tarafından (eğitim bilimleri, mühendislik vb.) oluşturulmuştur. Bu sebeple ölççeklerin alt boyutları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Teknoloji bağımlılığını değerlendirmek isteyen araştırmacıların ölççekleri kullanmadan önce bu açıdan değerlendirmesi uygun olacaktır.

Ortaokul öğrencileri için “Öğrenci İnternet Bağımlılığı Ölçeği” (Mihçi ve Çakmak, 2017) ve Yıldırım ve Yayan (2023) tarafından 2-5 yaş arası çocuklar için dokuz maddelik iki faktörlü “Teknoloji Bağımlılığı Ölçeği” geliştirilmiştir. Yine 2023 yılında Kaçmaz ve ark. (2023) tarafından ortaokul öğrencileri için “Çocuklar için Dijital Bağımlılık Ölçeği”nin Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır. Şahin ve Korkmaz’ın (2011) Türkçe’ye uyarladığı “İnternet Bağımlılığı Ölçeği” ise genel yaş grupları açısından en geniş yaş grubuna (19 yaş ve altı ile 50 yaş üstü arası)uygulama yapmaya izin vermektedir.

2.6.6. Teknoloji Bağımlılığından Korunma ve Önleme Çalışmaları

Teknoloji bağımlılığını önleme çalışmalarının başında egzersiz uygulamaları gelmektedir. Uzun süreli fiziksel egzersiz uygulamaları internet bağımlılığı olan üniversite öğrencilerinin sempatik parasempatik işlevini dengeleyebilir ve internet bağımlılığı semptomlarını azaltabilir (W. Zhang ve Xu, 2022). Bazı ülkelerde oyun bağımlılığını önlemeye yönelik merkezlerin olduğu görülmektedir. Kore’nin Seul kentindeki bir internet bağımlılığı önleme merkezi olan Will Center’da 2007’den beri internet bağımlılığını önleme programı yürütülmektedir. Hükümet desteği ile uzmanlar Seul’deki ilk ve ortaokulları ziyaret ederek öğrencilerin internet bağımlılığı belirtileri hakkında farkındalık kazanmalarına, alternatif aktiviteleri keşfetmelerine ve taahhütler yoluyla özdenetimlerini geliştirmelerine yardımcı olan altı oturumlu bir program yürütmektedir (IAPC, 2023)

Teknoloji bağımlılığı müdahalelerinde istemsiz kısıtlama, öz farkındalık ve öz kontrol, okul faktörleri, akran desteği ve profesyonel hizmetler etkili olabilir (Ting ve Chen, 2020). Sosyal medya bağımlılığına ilişkin etkili müdahaleler geliştirebilmek için bütüncül bir teorik anlayışa ihtiyaç vardır (Sun ve Zhang, 2021). Sosyal medya bağımlılığı ile ilgili yapılan en geniş ölçekli çalışmalardan birisi dünyanın yedi bölgesindeki 32 ülkenin verilerini inceleyen meta analiz çalışmasıdır. Bu çalışma sonuçlarına göre, sosyal medya bağımlılığını incelerken hem kullanılan sınıflandırma şemasının hem de kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir (Cheng vd., 2021).

Teknoloji bağımlılığından korunmada kişinin kendi kendisine koyacağı bir takım teknoloji kullanım kuralları olması önemlidir. Kullanım süresini kısıtlamayı ve amaç dışı kullanımı engellemeyi hedefleyen bu kurallar bağımlılık gelişimini önlemede etkili olabilir. Son yıllarda dijital detoks ve dijital minimalizm uygulamaları bu kurallara örnek olabilir. Biricik'in bildirdiğine göre (2022); Oxford Sözlüğü'ne 2013 yılında giren dijital detoks; bir kişinin, akıllı telefonlar gibi elektronik cihazlarını kullanmaktan kaçındığı, stresi azaltmak veya fiziksel dünyadaki sosyal etkileşime odaklanmak için fırsat olarak gördüğü bir süre olarak açıklanmaktadır. Dijital minimalizm ise bireylerin çevrimiçi vakitlerini, değer verdikleri şeylere faydalı olanları titizlikle seçip zamanlarını az sayıdaki dijital faaliyete odaklamalarını ve geri kalan tüm zamanı dijital platformlardan uzak durarak geçirmelerini ifade etmektedir (Biricik, 2022).

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığı alanındaki çalışmalar sürekli güncellenmekte ve yeni alt bağımlılık türleri ortaya çıkmaktadır.

Teknoloji bağımlılıklarını tanılamada çoğu durumda birkaç teknoloji bağımlılığının ilişkili olduğu göz önünde bulundurularak birden fazla ölçüm aracı kullanılmalıdır.

Ülkemizde araştırmacılar tarafından teknoloji bağımlılıklarını tanılamada kullanılacak çok sayıda ölçek vardır.

Özellikle genç yetişkinler için etkili ve evrensel önleyici müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Teknoloji bağımlılığını önlemede bireylerin dijital minimalizm gibi kullanım süre ve amaçlarına kurallar getirecekleri uygulamalar etkilidir.

Teknoloji bağımlılığını önlemeye yönelik müdahaleler kliniklerde olduğu kadar okullarda da devam etmektedir. Almanya'da 33 lisede 12 ila 18 yaş arası risk altındaki ergenler ile yapılan çok merkezli bir küme randomize klinik çalışmada, ergenlere tarama ve ardından teknoloji bağımlılığı müdahale programı gerçekleştirilmiştir. Müdahale kapsamında eğitilmiş psikologlar tarafından dört hafta süreyle risk grubundaki ergenlere bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Toplam 12 ay boyunca süren değerlendirmenin sonunda, müdahalenin oyun bozukluğu ve belirtilmemiş internet kullanım bozukluğu semptomlarını etkili bir şekilde azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Lindenberg vd., 2022). Bununla birlikte, okul yetkilileri ve öğretmenler, öğrenciler arasında sorunlu akıllı telefon kullanımının zararlı sonuçları hakkında farkındalığı artırmak ve onları daha sağlıklı faaliyetler ve akıllı telefon kullanımında nasıl disiplinli olacakları konusunda eğitmek için birlikte çalışabilirler. Farkındalık, zararlı sonuçlara aşırı vurgu yapmamalı, ancak öğrencileri işlevlerini optimize et-

mek için akıllı bir kullanıcı olmaya yönlendirmeli ve günlük yaşamda iyi öğrenme becerilerini geliştirmelidir (Ting ve Chen, 2020).

Özet noktalar

Bu bölümde teknoloji bağımlılığı yol açtığı nörofizyolojik değişiklikler, olası sağlık riskleri, türleri, tanı yöntemleri ve önleme çalışmaları ile ilgili güncel bilgiler sunulmaya çalışılmıştır. Teknolojik bağımlılıklar yeni teknolojik cihaz ve internet uygulamalarının çıkmasıyla giderek artmakta ve literatüre yeni bağımlılık kavramları eklenmektedir. Bu sebeple bağımlılıkların sınıflandırılması, tanı yöntemleri ve tedavisi araştırmacılar tarafından sürekli incelenmekte ve güncellenmektedir. Literatürdeki teknoloji bağımlılıkları dijital bağımlılık, internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı olarak adlandırılabilir. Her bir teknoloji bağımlılığının tanısı kendine özgü ölçme araçları ve değerlendirme kriterleri ile yapılmalıdır. Tanı kapsamında ölçeklerden de yararlanılabilir. Teknoloji bağımlılığı hemen hemen her yaş grubunu etkilemekte ve müdahale çalışmalarına gerek duyulmaktadır. Müdahale çalışmaları, egzersiz, istemsiz kısıtlama, öz farkındalık ve öz kontrol, okul faktörleri, akran desteğini içermelidir.

KAYNAKLAR

- Al-Mamun, F., Mamun, M. A., Prodhon, Md. S., Muktarul, Md., Griffiths, M. D., Muhit, M., and Sikder, Md. T. (2023). Nomophobia among university students: Prevalence, correlates, and the mediating role of smartphone use between Facebook addiction and nomophobia. *Heliyon*, 9(3), e14284. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14284>
- Amudhan, S., Prakasha, H., Mahapatra, P., Burma, A. D., Mishra, V., Sharma, M. K., ve Rao, G. N. (2022). Technology addiction among school-going adolescents in India: Epidemiological analysis from a cluster survey for strengthening adolescent health programs at district level. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 44(2), 286-295. <https://doi.org/10.1093/pubmed/ftaa257>
- Andic, S., ve Durak Batigun, A. (2019). Development of Internet Addiction Scale Based on DSM-5 Diagnostic Criteria: An Evaluation in Terms of Internet Gaming Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.5080/u23194>
- Bhattacharya, S., Bashar, M. A., Srivastava, A., and Singh, A. (2019). NOMOPHOBIA: NO MOBILE PHONE PHOBIA. *Journal of*
- Biricik, Z. (2022). Dijital Bağımlılıklar ve Dijital Bağımlılıklardan Kurtulma Yolu Olarak Dijital Minimalizm. *Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 12(3), 897-912. <https://doi.org/10.7456/11203100/022>
- Bozkurt, H., Şahin, S., ve Zoroğlu, S. (2016). İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(3). <https://doi.org/10.16899/ctd.66303>
- Burleigh, T. L., Griffiths, M. D., Sumich, A., Wang, G. Y., ve Kuss, D. J. (2020). Gaming disorder and internet addiction: A systematic review of resting-state EEG studies. *Addictive Behaviors*, 107, 106429. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106429>
- Ceyhan, E., Boysan, M., ve Tayıp Kadak, M. (2018). Associations between Online Addiction, Attachment Style, Emotion Regulation, Depression and Anxiety in General Population: Testing the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *Sleep and Hypnosis - International Journal*, 21(2), 123-139. <https://doi.org/10.5350/Sleep.Hypn.2019.21.0181>
- Chatterjee, S., ve Kar, S. K. (2021). Smartphone Addiction and Quality of Sleep among Indian Medical Students. *Psychiatry*, 84(2), 182-191. <https://doi.org/10.1080/00332747.2021.1907870>
- Corrêa Rangel, T., Falcão Raposo, M. C., and Sampaio Rocha-Filho, P. A. (2022). Internet addiction, headache, and insomnia in university students: A cross-sectional study. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(2), 1035-1041. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05377-x>

- Çıkman, B., Salman, Ö., ve Çalışkan, D. (2017). Name: Curious, Surname: Child, Situation: Online, Conclusion: Grooming, Online Child Abuse. *Güncel Pediatri*, 15(3), 87-97. <https://doi.org/10.4274/jcp.2017.0030>
- Çimke, S., ve Cerit, E. (2021). Social media addiction, cyberbullying and cyber victimization of university students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 499-503. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.004>
- Doğan Keskişin, A., ve Aral, N. (2021). Oyun Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi*, 22(3), 327-339. <https://doi.org/10.51982/bagimli.880679>
- Eryılmaz, S., ve Bal, H. T. (2019). Teknoloji Bağımlılığı ile Rekreatif Eğilimler Arasındaki İlişki: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir İnceleme. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(4), Article 4.
- Evren, C., Dalbudak, E., Topcu, M., Kutlu, N., Evren, B., and Pontes, H. M. (2018). Psychometric validation of the Turkish nine-item Internet Gaming Disorder Scale–Short Form (IGDS9-SF). *Psychiatry Research*, 265, 349-354. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.002>
- Fabris, M. A., Marengo, D., Longobardi, C., and Settanni, M. (2020). Investigating the links between fear of missing out, social media addiction, and emotional symptoms in adolescence: The role of stress associated with neglect and negative reactions on social media. *Addictive Behaviors*, 106, 106364. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106364>
- family medicine and primary care, 8(4), 1297–1300. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_71_19
- Franchina, V., Vanden Abeele, M., van Rooij, A. J., Lo Coco, G., and De Marez, L. (2018). Fear of Missing Out as a Predictor of Problematic Social Media Use and Phubbing Behavior among Flemish Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2319. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102319>
- Geng, Y., Gu, J., Wang, J., and Zhang, R. (2021). Smartphone addiction and depression, anxiety: The role of bedtime procrastination and self-control. *Journal of Affective Disorders*, 293, 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.062>
- Goldberg, I. (1996). Internet Addiction Disorder. *CyberPsychol. Behavior*. aeps.ulpgc.es
- Gugliandolo, M. C., Costa, S., Kuss, D. J., Cuzzocrea, F., and Verrastro, V. (2020). Technological Addiction in Adolescents: The Interplay Between Parenting and Psychological Basic Needs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(5), 1389-1402. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00156-4>
- Hitcham, L., Jackson, H., and J.E. James, R. (2023). The relationship between smartphone use and smartphone addiction: An examination of logged and self-reported behavior in a pre-registered, two-wave sample. *Computers in Human Behavior*, 146, 107822. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107822>
- Horvath, J., Mundinger, C., Schmitgen, M. M., Wolf, N. D., Sambataro, F., Hirjak, D., Kubera, K. M., Koenig, J., and Christian Wolf, R. (2020). Structural and functional correlates of smartphone addiction. *Addictive Behaviors*, 105, 106334. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106334>
- Internet Addiction Prevention Center. (2023, September). Project ve History. <https://www.iapc.or.kr/eng/contents.do?cid=64veidx=101>
- Jamir, L., Duggal, M., Nehra, R., Singh, P., and Grover, S. (2019). Epidemiology of technology addiction among school students in rural India. *Asian Journal of Psychiatry*, 40, 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.01.009>
- Kaçmaz, C., Cumurcu, B., ve Çelişkin, O. T. (2023). Çocuklar için Dijital Bağımlılık Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizi. *Bağımlılık Dergisi*, 24(4), 495-506. <https://doi.org/10.51982/bagimli.1261063>
- Kaya, Z., M.M., Vangölü, M. S., ve M. Ö. (2023). Lise Öğrencilerinin Dijital Bağımlılık ve İyi Oluş Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *E-International Journal of Educational Research*, 14(1), 117-138. <https://doi.org/10.19160/e-ijer.1173642>
- Kesici, S., and Şahin, İ. (2010). Turkish Adaptation Study of Internet Addiction Scale. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 13(2), 185-189.
- Kim, D., Nam, J. K., and Keum, C. (2022). Adolescent Internet gaming addiction and

- personality characteristics by game genre. *PLoS One*, 17(2), e0263645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263645>
- Kim, K., Yee, J., Chung, J. E., Kim, H. J., Han, J. M., Kim, J. H., Lee, K. E., and Gwak, H. S. (2021). Smartphone Addiction and Anxiety in Adolescents—A Cross-sectional Study. *American Journal of Health Behavior*, 45(5), 895-901. <https://doi.org/10.5993/AJHB.45.5.9>
- Kutlu, M., Savci, M., Demir, Y., and Aysan, F. (2016). Turkish adaptation of Young's Internet Addiction Test-Short Form: A reliability and validity study on university students and adolescents. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.5455/apd.190501>
- Küçükvardar, M., ve Tingöy, Ö. (2018). Teknoloji Bağımlılığının Semptomlar Temelinde İncelenmesi. *AJIT-e Online Academic Journal of Information Technology*, 9(35), 111-123. <https://doi.org/10.5824/1309-1581.2018.5.008.x>
- Levounis, P., and Sherer, J. (2021). Video Games: From Harmless Pastime to Internet Gaming Disorder. *İçinde Technological Addictions* (ss. 1-23). American Psychiatric Association Publishing.
- Li, Y., Li, G., Liu, L., and Wu, H. (2020). Correlations between mobile phone addiction and anxiety, depression, impulsivity, and poor sleep quality among college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 551-571. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00057>
- Lin, Y., and Liu, Q. (2020). Perceived subjective social status and smartphone addiction tendency among Chinese adolescents: A sequential mediation model. *Children and Youth Services Review*, 116, 105222. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105222>
- Lindenberg, K., Kindt, S., and Szász-Janoch, C. (2022). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention in Preventing Gaming Disorder and Unspecified Internet Use Disorder in Adolescents: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(2), e2148995. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.48995>
- Loleska, S., and Pop-Jordanova, N. (2021). Is Smartphone Addiction in the Younger Population a Public Health Problem? *Prilozi (Makedonska Akademija Na Naukite I Umetnostite. Oddelenie Za Medicinski Nauki)*, 42(3), 29-36. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0032>
- Macur, M., and Pontes, H. M. (2021). Internet Gaming Disorder in adolescence: Investigating profiles and associated risk factors. *BMC Public Health*, 21(1), 1547. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11394-4>
- Manchiraju, S. (2018). Loneliness or Materialism, Which Is a Better Predictor of Internet Addiction? *Social Networking*, 7(3), Article 3. <https://doi.org/10.4236/sn.2018.73011>
- Marin, M. G., Nuñez, X., and de Almeida, R. M. M. (2021). Internet Addiction and Attention in Adolescents: A Systematic Review. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 24(4), 237-249. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0698>
- Meena, M. E., Kang, S., Nguchu, B. A., Milly, N., Makwetta, J. J., and Fomude, A. H. (2021). Empirical Analysis of Factors Contributing to Smartphone Addiction. *Open Journal of Business and Management*, 09(01), 213-232. <https://doi.org/10.4236/ojbm.2021.91012>
- Miñçi, P., ve Çakmak, E. K. (2017). Öğrenci Siber Sağlık Ölçekleri Geliştirme Çalışması A Study on Student Cyberwellness Scales Development. *GEFAD*, 37(2), 457-491.
- Noroozi, F., Hassanipour, S., Eftekharian, F., Eisapareh, K., and Kaveh, M. H. (2021). Internet Addiction Effect on Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *TheScientificWorldJournal*, 2021, 2556679. <https://doi.org/10.1155/2021/2556679>
- Ogel, K., Karadag, F., Satgan, D., and Koc, C. (2015). Development of The Addiction Profile Index Internet Addiction Form (APIINT): Validity and reliability. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 337-343. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2015280405>
- Olson, J.A., Sandra, D.A., Colucci, É. S., Al Bikaii, A., Chmoulevitch, D., Nahas, J., Raz, A., and Veissière, S. P. L. (2022). Smartphone addiction is increasing across the world: A meta-analysis of 24 countries. *Computers in Human Behavior*, 129, 107138. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107138>

org/10.1016/j.chb.2021.107138

Öztürk, Ö., Odabaşoğlu, G., Eraslan, D., Genç, Y., ve Kalyoncu, Ö. A. (2007). İnternet Bağımlılığı: Kliniği ve Tedavisi. *Bağımlılık Dergisi*, 8, 36-41.

Pan, Y.-C., Chiu, Y.-C., and Lin, Y.-H. (2020). Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 118, 612-622. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.08.013>

Petry, N. M., Rehbein, F., Ko, C.-H., and O'Brien, C. P. (2015). Internet Gaming Disorder in the DSM-5. *Psychiatric Diagnosis*, 17(72). <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0610-0>

Rachubińska, K., Cybulska, A. M., and Grochans, E. (2021). The relationship between loneliness, depression, internet and social media addiction among young Polish women. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(4), 1982-1989. https://doi.org/10.26355/eurrev_202102_25099

Recupero, P. R. (2008). Forensic Evaluation of Problematic Internet Use. *J Am Acad Psychiatry Law*, 36(4), 505-514.

Remondi, C., Compare, A., Tasca, G. A., Greco, A., Pievani, L., Poletti, B., and Brugnera, A. (2020). Insecure Attachment and Technology Addiction Among Young Adults: The Mediating Role of Impulsivity, Alexithymia, and General Psychological Distress. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 23(11), 761-767. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0747>

Samaha, M., and Hawi, N.S. (2016). Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior*, 57, 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.045>

Sherer, J., and Levounis, P. (2022). Technological Addictions. *Current Psychiatry Reports*, 24(9), 399-406. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01351-2>

Shinetsetseg, O., Jung, Y. H., Park, Y. S., Park, E.-C., and Jang, S.-Y. (2022). Association between Smartphone Addiction and Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11600. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811600>

Sigerson, L., Li, A. Y.-L., Cheung, M. W.-L., and Cheng, C. (2017). Examining common information technology addictions and their relationships with non-technology-related addictions. *Computers in Human Behavior*, 75, 520-526. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.05.041>

Söyler, S., ve Kaptanoğlu, A. Y. (2018). Sanal Uyuşturucu: İnternet. *GÜSBBD*, 7(2), 37-46.

Sun, Y., and Zhang, Y. (2021). A review of theories and models applied in studies of social media addiction and implications for future research. *Addictive Behaviors*, 114, 106699. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106699>

Şahin, C., ve Korkmaz, Ö. (2011). İnternet Bağımlılığı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32, 101-115.

Şata, M., Çelik, İ., Ertürk, Z., and Taş, U. E. (2016). Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği'nin (ATBÖ) Türk Lise Öğrencileri İçin Uyarlama Çalışması. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.21031/epod.95432>

Talipoğlu, Ü. (2023). Dijital Medya Bağımlılığı: Catfish Filminin Göstergibilimsel Analizi. *AJIT-e: Academic Journal of Information Technology*, 14(53), 105-125. <https://doi.org/10.5824/ajite.2023.02.002.x>

Taş, İ. (2019). Ergenler için İnternet Bağımlılığı Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *KEFAD*, 20(2), 875-905.

Tayhan Kartal, F., ve Yabancı Ayhan, N. (2021). Relationship between eating disorders and internet and smartphone addiction in college students. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 26(6), 1853-1862. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01027-x>

Ting, C. H., and Chen, Y. Y. (2020). Chapter 8—Smartphone addiction. İçinde C. A. Essau and P. H. Delfabbro (Ed.), *Adolescent Addiction (Second Edition)* (ss. 215-240). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00008-6>

Trumello, C., Vismara, L., Sechi, C., Ricciardi, P., Marino, V., and Babore, A. (2021).

Internet Addiction: The Role of Parental Care and Mental Health in Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12876. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412876>

org/10.3390/ijerph182412876

Uslu, M. (2021). Türkiye'de Sosyal Medya Bağımlılığı ve Kullanımı Araştırması. *Türk Akademik Araştırmalar Dergisi [TARR]*, 6(2), 370-396. <https://doi.org/10.30622/tarr.933479>

Van den Eijnden, R. J. J. M., Lemmens, J. S., and Valkenburg, P. M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478-487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>

Vujić, A., and Szabo, A. (2022). Hedonic use, stress, and life satisfaction as predictors of smartphone addiction. *Addictive Behaviors Reports*, 15, 100411. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100411>

Weinstein, A., and Lejoyeux, M. (2020). Neurobiological mechanisms underlying internet gaming disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(2), 113-126. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/aweinstein>

WHO. (2023a, Haziran 4). Addictive behaviour. https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab_1

WHO. (2023b, Haziran 20). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F499894965>

Yektaş, Ç., Yüncü, Z., Üniversitesi, Ü., Fakültesi, T., Hastanesi, N., Ve, Ç., Ruh, E., Ve, S., Abd, H., Üniversitesi, E., Bağımlılığı, M., İlaç, T., Enstitüsü, B., Alkol, E., Ve, A. (2021). Teknoloji Bağımlılığı: Çocuk ve Ergenlerde Tanı, Epidemiyoloji ve Klinik Özellikler (1. bs, ss. 50-57). *Türkiye Klinikleri*.

Yildirim, M., and Yayan, E. H. (2023). Development study of 2-5 age Technology Addiction Scale (TAS). *Archives of Psychiatric Nursing*, 43, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.01.005>

Young, K. S. (1998). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology ve Behavior*, 1(3), 237-244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>

Zhang, J., Zhang, X., Zhang, K., Lu, X., Yuan, G., Yang, H., Guo, H., Zhu, Z., Wang, T., Hao, J., Sun, Y., Su, P., Yang, L., and Zhang, Z. (2022). An updated of meta-analysis on the relationship between mobile phone addiction and sleep disorder. *Journal of Affective Disorders*, 305, 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.008>

Zhang, W., and Xu, R. (2022). Effect of Exercise Intervention on Internet Addiction and Autonomic Nervous Function in College Students. *BioMed Research International*, 2022, 5935353. <https://doi.org/10.1155/2022/5935353>

BÖLÜM 2.7

Yeme ve Gıda Bağımlılığı

Dr. Öğr. Üyesi Taha Gökmen ÜLGER

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

İçindekiler

Giriş

2.7.1. Besinler ve Davranışsal Etkileşim Kalıplarının Rollerini

2.7.2. Sınıflandırılması, Semptomları ve Tanısı

2.7.3. Görülme Sıklığı

2.7.4. Nedenleri

2.7.5. Tedavisi

2.7.6. Diğer Hastalıklarla İlişkisi

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık, bir maddenin fiziksel, ruhsal ya da sosyal sorunlara yol açmasına rağmen, o maddeye karşı gelişen bir tolerans nedeniyle alımına devam edilmesi, bırakma isteğine karşılık bırakılmaması ve o maddeyi alma isteğinin durdurulmamasıdır (Levy, 2013). Etiyolojisinde genetik, çevresel ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı, kronik nörobiyolojik bir hastalık olan bağımlılık, uzun yıllar ahlak sorunu ve iradesizlik sonucu ortaya çıktığı düşünülen bir kişilik zafiyeti olarak nitelendirilmiştir. Bağımlılık kavramsal olarak ilk etapta sigara, alkol ve uyuşturucu gibi maddelerle ilişkilendirilse de, son yıllarda, davranışlar üzerindeki kontrol kaybıyla karakterize oyun, internet, seks ve alışveriş gibi fiziki bir maddeden temel almayan davranış temelli bağımlılık türleri ile de ilişkilendirilmektedir.

Gıda bağımlılığı ve yeme bağımlılığı birbiriyle ilişkili görünse de, bağımlılık benzeri yeme davranışının altında yatan mekanizmalarda farklılıkların olması dolayısıyla farklı kavramları niteler. Gıda bağımlılığı madde temelli bir kuramsal yaklaşımı yansıtır. Bağımlılık gelişen gıda, duyarlı bireylerde bağımlılık benzeri davranışsal tepkilerin ortaya çıkmasına önemli ölçüde katkıda bulunur. Buna karşılık yeme bağımlılığında davranışsal yeme eylemi bağımlılık oluşturan faktördür ve bu bağımlılık türünde besinin niteliklerinin (şeker, yağ içeriği vs.) bağımlılık benzeri bir yeme fenotipini doğrudan tetiklemediği öne sürülür (Hebebrand vd., 2014). Bağımlılık benzeri yeme davranışı her iki bağımlılık türünde ortak olsa da besinin rolü konusunda önemli bir fark vardır. Literatürde de yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığı birbiri ile karıştırılabilmekte ve birbirlerinin yerine kullanılabilir. Bu nedenle bu iki kavramın daha uygun bir şekilde kategorize edilmesi gerektiği de belirtilmektedir (Schulte vd., 2017). Birçok hastalığın etiyolojisinde obezite ile birlikte rol aldığı düşünülen bu iki bağımlık türüne ilişkin geliştirilecek çözüm önerilerinin toplum sağlığını iyileştirmede de önemli rolleri olacağı açıktır. Bu kitap bölümünde yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığına ilişkin genel bilgilerin yanı sıra, bu bağımlılık türlerinin semptomları, tedavisi, görülme sıklığı ve diğer hastalıklarla olan ilişkisine dair bilgilere yer verilmiştir.

2.7.1. Besinler ve Davranışsal Etkileşim Kalıplarının Rollerini

Madde kullanım bozuklukları, bir bireyin bağımlılık eğilimi ile yüksek bağımlılık potansiyeli olan bir madde arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Gıda bağımlılığı da madde temelli bir kuramsal yaklaşımı yansıtır ve bu kurama göre her besinin bağımlılık yapma potansiyeli eşit değildir. Bu nedenle kötüye kullanılan maddelere benzer şekilde bağımlılık benzeri tepkilerin gelişmesine ve sürmesine katkıda bulunan besinlerin veya besinsel özelliklerin belirlenmesi önemlidir (Hauck vd., 2020).

Literatürde rafine karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinlerin bağımlılık yapma potansiyellerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Gearhardt vd., 2011; Schulte vd., 2015). Hayvan çalışmalarında da yüksek yağlı, yüksek şekerli gıdaların tüketimi ile geleneksel bağımlılık bozuklukları arasında önemli biyolojik ve davranışsal paralellikler ortaya çıkmıştır. Örneğin kafeterya diyet modeli (pastırma, sosis, cheesecake, krema, çikolata vs.) ile beslenen ratlarda, diğer bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi dopamin reseptörlerinin azaldığı gözlenmiştir (Johnson ve Kenny, 2010; Robinson vd., 2015). Bir diğer yandan aşırı yeme eğilimli ratlarda (binge-prone rats) yağ ve rafine karbonhidrat içeriği yüksek yemlere karşı tutumun dengeli diyet içeriğine sahip yemlerden farklı olduğu ve ratların yağ ve rafine karbonhidrat içeriği yüksek yemleri daha fazla arama gayreti gösterdiği belirtilmiştir

(Oswald vd., 2011). Farklı bir metodolojiyle tasarlanmış bir çalışmada ise aç bırakılan ratlarda açlık sonrası dengeli diyet içeriğine sahip yem tüketiminin aşırı olmadığı gözlemlenirken, açlık sonrası yağ ve rafine karbonhidrat içeriği yüksek yemden çok az bir miktar tükettirilen (tattırılan) ratlarda, sonrasında dengeli yem tüketiminin de %160 arttığı saptanmıştır (Hagan vd., 2003). Bir diğer yandan farklı bir çalışmada, daha önce yüksek yağlı ve yüksek şekerli yiyeceklerin verilmesiyle eşleştirilmiş ipuçları içeren ortamlarda, ratların daha fazla yem tükettiği belirtilmiştir (Boggiano vd., 2009).

İnsanlarla yapılmış çalışmalarda da tüm gıdaların bağımlılık yaratan yeme davranışları kalıplarıyla ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Yağ ve rafine karbonhidrat içeriği yüksek gıdaların (pizza, çikolata, kek, kurabiye) daha az rafine gıdalardan (findık, meyve, yağsız et) daha fazla bağımlılık yapıcı etkilerinin olduğu ve olumsuz sonuçlarına rağmen rafine gıdaların daha fazla tüketildiği belirtilmiştir (Curtis vd., 2014). Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'nde yeme bağımlılığı kriterlerini karşılayan kişiler arasında da, yüksek yağlı, yüksek şekerli gıdaların daha sık tüketildiği saptanmıştır (Pursey vd., 2015). Meyve ve sebzelere kıyasla yağ ve rafine karbonhidrat içeren yiyeceklerin daha yoğun bir şekilde aşırılması ve daha fazla miktarlarda tüketilmesi olasılığının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Gilhooly vd., 2007; Zellner vd., 2006). Hayvan çalışmalarına benzer şekilde, insanlarla yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında da, yüksek yağlı, yüksek şekerli gıdaların, bağımlılık yapan maddelere benzer şekilde ödül sistemini değiştirebileceği saptanmıştır (Smith ve Robbins, 2013; Tryon vd., 2015). Bütün bu veriler, rafine karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinlerin davranışsal ve nörobiyolojik değişimlere yol açarak kompulsif tüketim isteğini tetiklediğini göstermektedir. Bu nedenle gıda bağımlılığında özellikle rafine karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinlerin risk oluşturduğunu söylemek mümkündür.

Yeme bağımlılığında, bağımlılık yapma potansiyeline sahip belirli yiyeceklerin (örneğin, yüksek yağlı, yüksek şekerli yiyecekler), davranışsal etkileşim kalıpları ile (başa çıkmak için yemek yeme vb.) etkileşimi olduğu varsayılır. Şu anda madde kullanım bozukluklarının değerlendirilmesi, maddeye dayalı bir teşhis yöntemi veya bağımlılığın biyobelirteci olmadığı için davranışsal özelliklerin değerlendirilmesine dayanmaktadır. Bağımlılık benzeri yemenin de madde bazlı mı yoksa davranışsal bağımlılıklarla mı daha ilişkili olduğunu değerlendirmek için, belirli davranışların madde kullanım bozukluklarına nasıl katkıda bulunduğunu ve madde ile davranışsal bağımlılıklar arasındaki farkları belirlemek önemlidir (Hebebrand vd., 2014).

Bir maddenin belirli davranışsal kullanım kalıpları, maddenin bağımlılık yapma potansiyelini şiddetlendirebilir. Davranış temelli bağımlılıklarda madde bağımlılıklarında olduğu gibi ödül (mezolimbik) yolundaki nöroplastisiteyi değiştirir ve hedonik özellikler içerir. Aşırı yeme, aralıklı erişim ve olumsuz etkiye yanıt olarak kullanım, bir madde veya sürecin bağımlılık yapma potansiyelini artıran davranışsal bileşenlerdir. Örneğin, aşırı içme, maddenin vücuttaki konsantrasyonunu artırarak etanolün (alkol) bağımlılık yapıcılığını artıran bir davranıştır. Yine de, tek başına aşırı içme davranışı, su gibi içeceklerle bağımlılık potansiyeli sergilemek için yeterince güçlendirici olmayacağından, madde bütünleyici bir rol oynar. Bu nedenle, bağımlılık yapan maddenin (örneğin alkol) özellikleri, zararlı veya kompulsif bir tüketim modeliyle sonuçlanacak şekilde davranışsal kalıplarla etkileşime girer. Davranışlar, bağımlılık yapma potansiyeline sahip bir maddenin varlığı olmadan bağımlılık benzeri bir tepkiyi tetiklemek için tek başına yeterli değildir ve bağımlılığın gelişmesine

dolaylı olarak katkıda bulunur (Hauck vd., 2020).

Bağımlılık benzeri yemenin belirli gıdalara yönelik bir bağımlılıkla mı yoksa yeme eylemiyle mi daha tutarlı olduğunu aydınlatmak için, madde temelli olmayan davranışsal bağımlılıkların belirgin özelliklerini saptamak önemlidir. Davranışsal bir bağımlılık, oldukça ödüllendirici, pekiştirici ve davranışta kompulsif katılımı doğrudan ileriye götürmek için kötüye kullanılan ilaçlara benzer bir şekilde ödül sistemini değiştirebilen bir davranıştan oluşur. Kumar bağımlılığı, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5'in (DSM-5; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) ana metninde yer alan tek davranışsal bağımlılıktır. DSM-5'te ayrıca cinsellik, internet, egzersiz ve alışveriş gibi yineleyici davranışlar gösteren "davranışsal bağımlılıklar" kavramından bahsedilmiş olsa da, bunlar için tanı ölçütlerini oluşturacak yeterli kanıt bulunmadığı belirtilmiştir (Yau ve Potenza, 2015). Yeme bağımlılığının da davranışsal bağımlılık olarak kategorize edilmesi için alınan gıdanın bağımlılık sürecinin gelişimi üzerinde hiçbir etkisinin olmaması veya bütün gıdaların bağımlılık sürecine dâhil olma konusunda eşit potansiyele sahip olduğunun kanıtlanması gerektiği öne sürülmektedir (Schulte vd., 2017).

Sonuç olarak yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığı, bağımlılık benzeri yeme davranışının altında yatan mekanizmalarda farklılıkların olması dolayısıyla farklı kavramları niteler. *Gıda bağımlılığı madde temelli, yeme bağımlılığı davranışsal temelli bir kuramı yansıtır.* Bağımlılık benzeri yeme davranışı her iki bağımlılık türünde ortak olsa da besinin rolü konusunda önemli bir fark vardır. Yüksek yağlı, yüksek şekerli rafine gıdaların yeme ile ilgili problemlerin gelişmesinde önemli rol oynadığı fakat beslenme açısından dengeli yiyeceklerin aşırı yeme davranışlarını tetikleme olasılığının düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle gıda endüstrisinde bu ürünlerin çocuklara yönelik pazarlama faaliyetlerinin sınırlandırılmasının halk sağlığı açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Bir diğer yandan bağımlılık yapma potansiyeli olan besinlerin bazı davranışsal tüketim kalıpları (aralıklı erişim, olumsuz etkiye yanıt olarak kullanım vb.) bireylerde yeme bağımlılığının gelişmesine neden olabilir. Gıda bağımlılığı ve yeme bağımlılığının birbiri ile sıkça karıştırılan iki kavram olması ve bağımlılık benzeri gıda alımında davranışsal risk faktörlerini de içermesi nedeniyle gıda bağımlılığı kavramının yerine de yeme bağımlılığı kavramının kullanılması (Hebebrand vd., 2014) önerilmiştir. Fakat yeme bağımlılığında görülen davranış kalıplarının, bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme sendromunda görülen davranış kalıplarından net ayırımının yapılamaması nedeniyle bu görüş bazı araştırmacılarca desteklenmemiştir (Meule, 2019; Ziauddeen ve Fletcher, 2013). Bir diğer yandan literatürde var olan karışıklığı gidermek için her iki kavramın yerine "bağımlılık benzeri gıda tüketimi" kavramının kullanılması da önerilmektedir (Schulte vd., 2017).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Avena vd. (2008) yapmış olduğu çalışmada ratların diyetlerinden şeker çıkarıldığında yoksunluk belirtileri (örneğin, dış gıcırdatma, kaygı) sergilediği gözlemlenmiştir. Yoksunluk belirtilerinin ise bağımlılık yapan ilaçlarda da meydana gelen nörokimyasal değişikliklerle (dopamin ve opioid reseptör bağlanması) ilişkili değişiklikler, enkefalin mRNA ekspresyonu, nükleus akumbenslerinde dopamin ve asetilkolin salınımı) ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (Avena vd., 2008).

2.7.2. Sınıflanması, Semptomları ve Tanısı

Literatürde tanımlanmasında henüz fikir birliğine varılmamış olması dolayısıyla gıda bağımlılığı ve yeme bağımlılığı kavramları birbirlerinin yerine kullanılabilen fakat genel olarak yeme bağımlılığı kavramı kullanılmaktadır. Tanımlanmasında olduğu gibi hastalık sınıflamasında da hep bir tartışma var olmuştur. Bazı araştırmacılarca yeme bağımlılığının obezitenin bir alt tipi olduğu belirtilirken, farklı araştırmacılarca da bir yeme bozukluğu ya da davranışsal bağımlılıklardan biri olduğu öne sürülmüştür (Davis vd., 2011; Hauck vd., 2020). DSM-5'te, pika, anoreksiya, bulimia ve tıkinircasına yeme davranışı gibi anormal yeme davranışı paternleri yeme bozukluklarında yer alsada, yeme bağımlılığı bu grupta yer almamaktadır. Fakat DSM-5'te "yeme bağımlılığı" şu şekilde ifade edilmektedir:

'Bu bölümde anlatılan yeme ilişkili semptomları olan bazı bireyler şiddetli aşerme ve zorlayıcı kullanım durumları gibi tipik madde kullanımı hastalıklarına benzerlik göstermektedirler. Bu benzerlik düzenleyici kişisel kontrol ve ödüllendirme gibi her iki grupta da aynı sinir sistemi ilişkisi yansıtılabilir. Bununla birlikte, yemek ve madde kullanım hastalıklarının ortak ve farklı faktörlerinin göreceli katkısı hala yeterli bir şekilde anlaşılammıştır.' (DSM-5:s 329).

Dünya Sağlık Örgütü'nce yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflaması 11 (ICD-11; International Classification of Diseases 11)'de de beslenme ve yeme bozuklukları altında yalnızca Anoreksiya Nervosa, Bulimia Nervosa, Aşırı Yeme Bozukluğu (Tıkinircasına Yeme Bozukluğu), Önleyici/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu, Pika ve Ruminasyon-Regürjitasyon Bozukluğu'na yer verilmiş olup yeme bağımlılığına yer verilmemiştir. DSM-5 ve ICD-11'de ayrı bir başlık altında kategorize edilmese de, obezite başta olmak üzere birçok hastalığa ilişkin risk faktörleri arasında, yeme bağımlılığı ayrı bir risk faktörü olarak kategorize edilmektedir.

Yeme bağımlılığının tanımlanmasında ve sınıflanmasında karışıklıklar bulunsada bu hastalığa ilişkin standart bir ölçüm aracı elde etmek ve bu hastalığı tanımlanabilir hale getirebilmek amacıyla Gearhardt ve arkadaşları (2009) tarafından 2009 yılında Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ; Yale Food Addiction Scale) geliştirilmiştir. Kişilerde bağımlılık yapma potansiyeli olan maddelere benzer şekilde özellikle rafine karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinlere olan bağımlılığın tespit edilmesi amacıyla geliştirilen ölçek, DSM-4'te yer alan madde bağımlılığı kriterlerine ilişkin semptomların yeme bağımlılığına modifiye edilmesiyle oluşturulmuştur. Daha sonra DSM-5'te yer alan "Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" kriterlerine göre 2016'da güncellenen ölçeğe, DSM-5 ile uyumlu olarak şiddet belirleyicileri eklenmiştir. Bugün YYBÖ, yeme bağımlılığının tanısının yanı sıra yeme bağımlılığının niteliksel özelliklerini de ortaya çıkarması dolayısıyla tıp dünyasında kabul gören ve yaygın kullanılan bir ölçektir. Bunun dışında farklı araştırmalarda da yeme bağımlılığının belirteçlerine yer verilmiştir. Gunnars (2014) kişilerde yeme bağımlılığı olabileceğini düşündüren belirtileri şu şekilde sıralamıştır; (1) Bazı besinleri tüketirken devamlı suçluluk duymak ama buna karşın kısa süre sonra kendini bu gıdaları tüketirken bulma, (2) Bazı gıdaları yemeye başladığında kendine engel olamama ve gereğinden çok fazla yeme (3) Tıka basa doymaya rağmen bazı yiyeceklere aşerme-özlem hissetme, (4) Aşerilen gıdaları neden tüketmesi gerektiği yönünde sık sık mazeretler üretme, (5) Bazı besinleri tükettikten sonra çok fazla tıkanmışlık hissi yaşama, (6) Sağlıksız besinleri tükettiğinde bunu çevrede bulunan kişilerden gizleme, (7) Yemeyi azaltma ve bırakma konusunda sık sık başarısız girişimler ve (8) Fiziksel zarara neden olduğunu bilmesine rağmen bazı gıdaları tük-

ketmeye devam etme ve tüketimi kontrol edememe. Bu belirtilerden dört veya beş ölçütün bulunmasının kişilerde yeme bağımlılığı varlığını düşündürebileceği belirtilmiştir. Literatürde şimdiye kadar yeme bağımlılığının tanısı için kullanılabileceği öne sürülen ölçeklerde davranışa dayalı kriterler kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.

2.7.3. Görülme Sıklığı

Yeme bağımlılığı literatürde ilk kez 1956 yılında Theron Randolph tarafından tanımlansa da bu alandaki klinik çalışmalar ve tarama çalışmaları 2010 yılından itibaren yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalar kullanılarak yapılmış olan güncel bir meta-analiz çalışmasında (Praxedes vd., 2021) yeme ve gıda bağımlılığı prevalansının çok geniş bir aralıkta (%1.11- %94.7) olduğu belirtilmiştir. Toplumlarda görülme sıklığının (%20), alkol ve tütün bağımlılığı gibi diğer madde bağımlılıklarına yakın olduğu da saptanmıştır. Bir diğer yandan altta yatan ikincil bir hastalığı olan bireylerde görülme sıklığının (%31), sağlıklı bireylerdeki görülme sıklığının (%14) iki katından fazlası olduğu belirlenirken, beden kütle indeksi artışına paralel şekilde görülme sıklığının da arttığı vurgulanmıştır. Ayrıca Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa gibi bazı yeme bozukluklarının aksine, yeme ve gıda bağımlılıklarının erkeklerde görülme oranının (%27) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yeme ve gıda bağımlılığının en çok görüldüğü grupların başında ise yeme bozukluğu olan bireyler gelmektedir. Buna göre Anoreksiya Nervosa'lı bireylerde bu bağımlılıkların görülme sıklığı %44, Bulimia Nervosa'lı bireylerde %48 ve tıknırçasına yeme sendromlu bireylerde %55 olarak saptanmıştır. Çocuk ve adölesanlarda görülme sıklığı ise %13 ile %18 arasında değişmektedir ve bu oran bütün yeme bozukluklarının görülme sıklığından daha yüksektir. Çocuk ve adölesanlarda da beden kütle indeksi ile yeme ve gıda bağımlılıklarının görülme oranlarının pozitif korelasyon gösterdiği farklı bir meta-analizde de vurgulanmıştır (Yekaninejad vd., 2021). Yaşla birlikte yeme ve gıda bağımlılığının görülme oranının da arttığı belirtilirken bu durumun bağımlılık potansiyeli yüksek gıdaların daha uzun süre tüketiminden kaynaklanan nörodavranışsal adaptasyonlardan kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Praxedes vd., 2021).

Sonuç olarak yeme ve gıda bağımlılığı görülme sıklığı diğer madde bazlı bağımlılıklara benzerdir. Bu bağımlılıkların prevalansının farklı çalışmalarda çok geniş bir aralıkta saptanmış olması örneklem karakteristiğinden kaynaklanmaktadır. Özellikle yeme bozukluğu görülen bireyler olmak üzere, altta yatan ikincil bir hastalığı olan bireylerde yeme ve gıda bağımlılığı görülme oranı sağlıklı bireylerden çok daha yüksektir. Yeme bağımlılığı prevalansının hem ikincil hastalığı olan bireylerde daha yüksek oranlarda saptanması, hem de beden kütle indeksiyle pozitif korelasyon göstermesi, bir çok hastalığın etiolojisinde yeme ve gıda bağımlılıklarının risk faktörleri olabileceği hipotezini doğrulamaktadır.

2.7.4. Nedenleri

Yeme davranışı homeostatik ve hedonik sistem olmak üzere iki farklı sistem tarafından sağlanır. Araştırmacılarca, yeme davranışının yalnızca homeostatik sistem tarafından sağlanmasıyla bütün bireylerin ideal vücut ağırlığında olacağı, buna karşın hedonik sistem tarafından düzenlenmesiyle ise yeme davranışlarının ve vücut kompozisyonunun bozulacağı iddia edilmektedir. Bu görüşe göre hedonik sistem lezzetli gıdaların tüketim isteğini artırarak homeostatik yolu işlevsel kılabilir. Bu nedenle vücutta homeostatik sistem ile hedonik sistem arasındaki dengenin bozul-

masına yol açan bütün çevresel ve genetik faktörlerin yeme ve gıda bağımlılıklarına da zemin oluşturacağı vurgulanmaktadır (Hall ve Hammond, 2014).

Bireylerde hedonik sistem aktivasyonunu artırarak yeme bağımlılığına neden olan faktörlerin başında obezojenik besinlere maruziyet gelmektedir. Bu besinlerin ortak özellikleri yağ, basit şeker ve tuz içeriklerinin yüksek, besinsel kalitesinin ise düşük olmasıdır. Obezojenik besinler bireylerde dopaminerjik ve opiyoderjik sistemleri değiştirir ve bu değişimler sonucunda bağımlılık benzeri davranışsal değişimler görülür. Yeme bağımlılığı skoru yüksek olan bireylerde yapılan çalışmalarda da manyetik rezonans görüntüleme sonuçlarına ilişkin bulgular, bu bireylerdeki dopaminerjik salınım ile ilgili beyin bölgelerinde artmış aktivasyonu doğrulamıştır (Blumenthal ve Gold, 2010).

Obezite ise yeme bağımlılığının hem nedeni hem sonucu olabilir. Beden kütle indeksi ile striatal DRD2 (Dopamin reseptör geni) ekspresyonu arasında ters yönlü ilişki olduğu ve bu nedenle obez bireylerde azalmış dopaminerjik aktivitenin patolojik beslenme alışkanlıklarına yatkınlığı arttırdığı belirtilmiştir. Birçok nörotransmitterin salınımındaki düzensizliklerin beyindeki ödül mekanizmasında bağımlılık türü davranışların gelişmesine yol açabileceği belirtilmekle birlikte, özellikle dopamin yetersizliğinin yeme bağımlılığı ile ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır. Gıda ve yeme bağımlılıklarında aşırı tüketimin dopamin seviyesini telafi etmek için ortaya çıkan davranışsal bir problem olduğu belirtilmektedir. Obez bireylerde de dopamin salınımında eksikliğin yaygın görülen karakteristik bir problem olması nedeniyle bu bireylerin yeme bağımlılığı gelişme riski yüksek bireyler olabileceği iddia edilmiştir (Davis vd., 2013).

Yeme bağımlılığının genetik yatkınlık sonucu da ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır. Genetik çalışmalarda TaqIA A1 aleli olarak bilinen gen polimorfizminin, striatal DRD2 ekspresyonunda azalmaya neden olabileceği bu durumun diğer madde bağımlılıkları ile birlikte gıda bağımlılığı ve yeme bağımlılığına yatkınlığı arttırabileceği belirtilmiştir. Bir diğer yandan yeme bozukluğu olan bireylerde yeme ve gıda bağımlılığı görülme riski yüksek olsa da, yeme bozukluklarının altında yatan mekanizmaların henüz yeme ve gıda bağımlılığına neden olup olmadığı hususu aydınlatılmamıştır (Baik, 2013).

Sonuç olarak yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığı genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabilir. Fakat özellikle obezojenik besinlere olan maruziyetin vücudun iştah metabolizmasında ve yeme alışkanlıklarında değişimlere neden olduğu ve bu değişimlerin bireyleri yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığına daha yatkın hale getirebileceği anlaşılmaktadır.

2.7.5. Tedavisi

Günümüzde hem madde kullanım bozukluklarının hem de davranışsal bağımlılıkların tedavisi daha çok davranışsal stratejilere dayanmaktadır. Yukarıda bahsedildiği gibi gıda bağımlılığı ve yeme bağımlılığı madde temelli ve davranışsal temelli olmak üzere farklı etiyolojilere sahip olsa da her iki bağımlılığın tedavisi psikoterapi müdahaleleri üzerine yoğunlaşır. Her iki bağımlılık türünde de amaç bağımlılığın altında yatan faktörü tespit etmek ve bireyi değişim için motive etmektir. Tedavide, bağımlılık geliştiği düşünülen gıdaya karşı kontrolsüz yeme alışkanlıklarının nasıl kontrol altına alınabileceği öğretilirken, bağımlılık davranış temelli bir faktörden kaynaklanıyorsa var olan davranışa yeni alternatif davranışların kazandırılması

amaçlanır. Ayrıca bireylerde bağımlılık gelişen besinlere karşı oluşan yoğun fizyolojik tepkilere karşı, psikoterapik yöntemlerle dürtüleri kontrol altına alma becerilerinin kazandırılması hedeflenir (Dimitrijević vd., 2015).

Genel hatlarıyla yeme bağımlılığında tedavinin amaçları ve tedavi yöntemi yukarıda belirtildiği gibi olsa da bazı araştırmacılarca yeme bağımlılığının hastalık öncesi, erken, orta, geç ve son evre olmak üzere beş klinik evreden oluştuğu ve tedavi stratejilerinin de hastalığın evresine göre şekillendirilmesi gerektiği öne sürülmüştür (Werdell, 2014). Hastalık öncesi evrede kişilere bağımlılık yapma potansiyeli bulunan gıdalar (rafine karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek gıdalar) konusunda bilgilendirme yapılarak bu besinlerin tüketiminin ve dolayısıyla hastalık başlangıcının engellenebileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu evrede diğer bağımlılıkların varlığının yeme bağımlılığı için bir risk etmeni olabileceği ve araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle herhangi bir maddesel veya davranışsal bağımlılığı bulunan bireylere verilecek sağlıklı beslenme eğitimi, bu kişilerde gerçekleşebilecek muhtemel yeme bağımlılığını engellemeye yönelik önemli bir adım olabilir (Werdell, 2014).

Yeme bağımlılığının erken evresi ise ağırlık kontrolünün kaybolmasıyla kendisini belli eder. Hızlı kilo vermiş fakat sonrasında kaybettiği ağırlığı fazlasıyla geri almış bireylerde ağırlık kontrolünün kaybolmasıyla yeme bağımlılığı da gelişebilmektedir. Bu evrede bireylerde bağımlılık gelişen gıdaların veya bağımlılığa neden olan yeme davranışlarının belirlenmesi önemlidir. Bu evrede yeme bağımlılığına ilişkin semptomlar çok şiddetli olmadığı için sorumlu gıdaların diyetten elimine edilmesi ve sorumlu davranışların modifiye edilmesi birincil tedavi stratejileridir (Koball vd., 2016).

Orta evrede davranışsal semptomlar (bulimik davranışlar, utanç, suçluluk vs.) net olarak görülmeye başlar ve yeme bağımlılığına genellikle ikincil bir metabolik veya kronik hastalık (Tip 2 diyabet, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, dislipidemi, uyku apnesi, kanser vb.) eşlik eder. Bu evrede bağımlılığa ilişkin fizyolojik adaptasyonda sağlanmıştır. Hastalığın gelişmesinde etkili olan faktörlerin net olarak saptanması ve psikoterapik yöntemlerle duygusal ve davranışsal becerilerin geliştirilmesi önemlidir. Beslenme danışmanlığı ile hem yeme bağımlılığına ilişkin risk faktörlerinin elimine edilmesi, hem de yeme bağımlılığına eşlik eden ikincil hastalığa yönelik tıbbi beslenme tedavisinin uygulanması sağlanabilir (Werdell, 2014).

Geç evrede sorunlu yeme alışkanlıklarını kontrol etmek çok zor olabilmektedir. Sorunlu besinin tüketiminden kaynaklanan güçlüklerle rağmen tüketim kontrolsüz bir şekilde sürebilir. Bu nedenle bu evredeki bireylerde morbid obezite görülme riski de yüksektir. Bu evrede alkol bağımlılığı gibi bağımlılıklarda kullanılan 12 adım programının uygulanması önerilir. On iki adım programının ilk basamağında kişi problemi ile yüzleştirilir ve tanı konulur. Hastalığın derecesi, eşlik eden hastalıklar belirlenir. Sonrasında kişinin de tedaviye aktif katılımı ile sorunlu davranışlar söndürülür (Brownell ve Gold, 2013).

Son evrede ise intihar girişimleri, kalp krizi gibi ciddi hastalıklar görülebilir. Bu evrede bireyin hastanede gözetim altında olması önemlidir. Hastalıkta sorumlu olduğu düşünülen gıda veya davranıştan kaynaklı akut problemler görülebileceği için farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulabilir. Ayrıca bu aşamada diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi bağımlılığa neden olan gıda tedavi amacıyla da kullanılabilir (Werdell, 2014; Brownell ve Gold, 2013).

Sonuç olarak yeme bağımlılığında ve gıda bağımlılığında tedavi yaklaşımı diğer bağımlılık türlerine ilişkin yaklaşımlara benzerdir. Psikoterapi ve beslenme danışmanlığı gıda bağımlılığı ve yeme bağımlılığının tedavisinde major rol oynar. Etkin farmakolojik tedaviler ise henüz geliştirilmemiştir. Yeme bağımlılığına yönelik yapılacak çalışmalarla nörobiyolojik, genetik ve davranışsal mekanizmalar aydınlığa kavuşturulabilir ve böylelikle daha etkin tedavi stratejileri de geliştirilebilir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Alizadeh vd. (2022) yapmış olduğu çalışmada yeme bağımlılığı bulunan obez kadınlarda 8 hafta süresince β -karyofilen (bir tür diyet kannabinoidi) takviyesinin (100 mg/gün yemekle) yeme bağımlılığı skorlarını düşürdüğü fakat vücut kompozisyonu, iştah, yeme alışkanlıkları, gıda alımı ile oksitosin ve nöropeptit Y seviyelerine etki etmediği saptanmıştır (Alizadeh vd., 2022).

2.7.6. Diğer Hastalıklarla İlişkisi

Yeme bağımlılığının popüler bir araştırma konusuna dönüşmesine neden olan faktörlerin en önemlilerinden birisi, dünya genelinde son yıllarda obezite görülme sıklığının artması ve yeme bağımlılığının da bu durumda rolü olduğunun düşünülmesidir. Bir diğer ifade ile dünya genelinde obezite görülme sıklığının artmasına “obezojenik” faktörlerin yaygınlaşması neden olmuştur. Obezojenik çevrenin en önemli bileşeni rafine karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek ve besinsel değeri düşük olan gıdalardır. Bu gıdalar aynı zamanda bağımlılık potansiyeli yüksek olan, yeme davranışlarında olumsuz değişimlere neden olan gıdalardır. Yani bağımlılık potansiyeli yüksek gıdalar hem besinsel içeriği hem de olumsuz davranışsal dönüşümlere neden olmasından dolayı son yıllarda obezite gelişimine en fazla katkıda bulunan faktörlerdendir. Bu nedenle gıda endüstrisinin bugün ki obezite görülme sıklığında önemli bir payı olduğu belirtilmekte ve obeziteyi önlemeye yönelik stratejilerde de gıda endüstrisine yönelik atılacak adımların önemli olduğu belirtilmektedir (Finlayson, 2017).

Obezite ile yeme bağımlılığının birbirini tetikleyen risk faktörleri olduğu açıktır. Obez bireylerde yeme bağımlılığı görülme oranının yüksek olması, beden kütle indeksi değerleri ile yeme bağımlılığı görülme riskinin pozitif korelasyon göstermesi, yeme bağımlılığı olan bireylerde de obezite oranının yüksek olması, obezite ve yeme bağımlılığının bir arada görülme riskini arttırmaktadır. Hatta bazı araştırmacılarca obezite bir yeme bağımlılığı olarak nitelendirilmektedir. Fakat yeme bağımlılığının normal ve zayıf beden kütle indeksi değerlerine sahip bireylerde de görülebilmesi obezite ve yeme bağımlılığının birbirinden farklı dinamiklere sahip olduğunu da göstermektedir. Obezitenin birçok hastalığın gelişiminde risk faktörü olması dolayısıyla yeme bağımlılığının da ikincil olarak obezitenin neden olduğu hastalıklar açısından risk faktörü olduğunu düşünmek yanlış olmayacaktır (Fortuna, 2012).

Yeme bağımlılığının besinsel içeriği düşük, enerji, tuz, yağ ve şeker içeriği yüksek rafine besinlere karşı geliştirdiği göz önüne alındığında bu besinlerin ilerleyen dönemlerde tip 2 diyabet, kanser, hipertansiyon ve diğer kardiyovasküler hastalıklara yol açması da muhtemeldir. Yeme bağımlılığı bulunan tip 2 diyabetli bireylerde kan glikoz regülasyonunda, yeme bağımlılığı olmayan tip 2 diyabetli bireylere göre daha kötü olduğu belirtilmiştir (Raymond vd., 2018).

Sonuç olarak yeme bağımlılığında görülen nörobiyolojik değişikliklerin obez bi-

reylerde de görülmesi, yeme bağımlılığı olan bireylerde obezite oranının yüksek olması obezite ve yeme bağımlılığı arasındaki ilişkiyi net olarak ortaya koymaktadır. Obeziteye neden olan ana faktörün obezojenik besinler olması ve bu besinlerin aynı zamanda gıda bağımlılığı yaratma potansiyeli yüksek besinler olması dolayısıyla, obezojenik besinlere erişimi sınırlandırmaya yönelik adımlar hem obeziteye hem de yeme bağımlılığına ilişkin önemli bir çözümsel adım olabilir. Bir diğer yandan obezitenin birçok hastalığın gelişiminde rol oynayan önemli bir risk faktörü olması dolayısıyla, yeme bağımlılığı olan bireyler obezitenin neden olduğu hastalıklara da daha yatkındır.

DİKKAT

- Gıda Bağımlılığı ve Yeme Bağımlılığı birbirinden farklı iki kavramdır.
- Gıda bağımlılığı madde temelli, yeme bağımlılığı davranışsal temelli bir kuramı yansıtır.
- Yağ, tuz ve basit şeker içeriği yüksek rafine gıdalar bağımlılık benzeri yeme davranışlarına neden olur.
- Gıda bağımlılığı ve Yeme bağımlılığının görülme oranı alkol ve sigara gibi diğer madde bağımlılıklarına benzerdir.
- Bağımlılık benzeri yeme davranışlarının tedavisinde psikoterapik tekniklerin ve beslenme danışmanlığının önemli rolleri vardır.

Özet noktalar

Son yıllarda obezite görülme sıklığının artması yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığına olan ilgiyi arttırmıştır. Yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığı, bağımlılık benzeri yeme davranışının altında yatan mekanizmalarda farklılıkların olması dolayısıyla farklı kavramları niteler. Gıda bağımlılığı madde temelli, yeme bağımlılığı ise davranışsal temelli bir kuramı yansıtır. Fakat bu iki bağımlılık türünün net bir tanımı yapılmadığı gibi, net bir ayrımı da yapılmamıştır. Bu nedenle literatürde her iki kavram birbirinin yerine kullanılabilir. Görülme sıklığı son yıllarda oldukça artan bu bağımlılık türlerine esas neden olan faktörün yağ, tuz, basit şeker içeriği yüksek olan rafine gıdalar olduğu bilinse de, özellikle dopamin salınımını etkileyen bazı genetik faktörlerin de bu bağımlılıkların etiyolojisinde rol oynadığı anlaşılmıştır. Bir diğer yandan bu bağımlılıklarda tedavi yaklaşımı diğer bağımlılık tedavilerindeki gibi psikoterapi müdahaleleri üzerine yoğunlaşsa da, bağımlılığın evresine bağlı olarak beslenme müdahaleleri de oldukça önem arz etmektedir. Yeme ve gıda bağımlılıklarının genel popülasyonda görülme oranı ise diğer madde bozukluklarına benzer olsa da, obezite ve yeme bozuklukları başta olmak üzere birçok hastalığın varlığında görülme oranı artabilmektedir. Bu durum aynı zamanda yeme ve gıda bağımlılıklarının birçok hastalık için risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle bu bağımlılıkları önlemeye yönelik girişimler toplum sağlığını korumak için önemli adımlar olabilir.

Son yıllarda obezite görülme sıklığının artmasında önemli rolü olan yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığının toplumlarda görülme oranı, alkol ve sigara bağımlılığı gibi madde bağımlılıklarına yakındır. Her iki bağımlılık türünün de tedavisi temel olarak psikoterapik tekniklere dayanır. Fakat yaşamın ilk yıllarından itibaren sağlıklı beslenme davranışlarının geliştirilmesinin, beslenme okur yazarlığı kabiliyetinin

arttırılmasının ve bağımlılık benzeri yeme davranışına neden olan besinlerin tüketiminin azaltılmasının yeme bağımlılığı ve gıda bağımlılığına karşı önemli koruyucu faktörler olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Alizadeh, S., Djafarian, K., Nejad, M.M., Yekaninejad, M.S., Javanbakht, M.H. (2022). The effect of β -caryophyllene on food addiction and its related behaviors: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Appetite*, 178, 106160.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Avena, N.M., Rada, P., Hoebel, B.G. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20-39.
- Baik, J.H. (2013). Dopamine signaling in food addiction: role of dopamine D2 receptors. *BMB reports*, 46(11), 519.
- Blumenthal, D.M., Gold, M.S. (2010). Neurobiology of food addiction. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 13(4), 359-365.
- Boggiano, M.M., Dorsey, J.R., Thomas, J.M., Murdaugh, D.L. (2009). The Pavlovian power of palatable food: lessons for weight-loss adherence from a new rodent model of cue-induced overeating. *International journal of obesity*, 33(6), 693-701.
- Brownell, K.D., Gold, M.S. (2013). Food and addiction: scientific, social, legal, and legislative implications. *Food and Addiction*. Oxford University Press, Oxford, 439-446.
- Curtis, C., Davis, C. (2014). A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. *Eating disorders*, 22(1), 19-32.
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R.D., Carter, J.C., Kaplan, A.S., Kennedy, J.L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3), 711-717.
- Davis, C., Loxton, N.J., Levitan, R.D., Kaplan, A.S., Carter, J.C., Kennedy, J.L. (2013). 'Food addiction' and its association with a dopaminergic multilocus genetic profile. *Physiology & behavior*, 118, 63-69.
- Dimitrijević, I., Popović, N., Sabljak, V., Škodrić-Trifunović, V., Dimitrijević, N. (2015). Food addiction-diagnosis and treatment. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 0-106.
- Finlayson, G. (2017). Food addiction and obesity: unnecessary medicalization of hedonic overeating. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(8), 493-498.
- Fortuna, J.L. (2012). The obesity epidemic and food addiction: clinical similarities to drug dependence. *Journal of psychoactive drugs*, 44(1), 56-63.
- Gearhardt, A.N., Corbin, W.R., Brownell, K.D. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430-436.
- Gearhardt, A.N., Davis, C., Kuschner, R., Brownell, K. (2011). The addiction potential of hyperpalatable foods. *Current drug abuse reviews*, 4(3), 140-145.
- Gilhooly, C.H., Das, S.K., Golden, J.K., McCrory, M.A., Dallal, G.E., Saltzman, E., Roberts, S.B. (2007). Food cravings and energy regulation: the characteristics of craved foods and their relationship with eating behaviors and weight change during 6 months of dietary energy restriction. *International journal of obesity*, 31(12), 1849-1858.
- Gunnars, K. (2014). Food addiction-A serious problem with a simple solution. *Vicious Eating*, 26-31.
- Hagan, M.M., Chandler, P.C., Wauford, P.K., Rybak, R.J., Oswald, K.D. (2003). The role of palatable food and hunger as trigger factors in an animal model of stress induced binge eating. *International Journal of Eating disorders*, 34(2), 183-197.
- Hall, K.D., Hammond, R.A., Rahmandad, H. (2014). Dynamic interplay among homeostatic, hedonic, and cognitive feedback circuits regulating body weight. *American journal of public health*, 104(7), 1169-1175.
- Hauck, C., Cook, B., Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1), 103-112.
- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., De Jong, J., Dickson, S.L.

- (2014). "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 295-306.
- Johnson, P.M., Kenny, P.J. (2010). Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature neuroscience*, 13(5), 635-641.
- Koball, A.M., Clark, M.M., Collazo-Clavell, M., Kellogg, T., Ames, G., Ebbert, J., Grothe, K.B. (2016). The relationship among food addiction, negative mood, and eating-disordered behaviors in patients seeking to have bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(1), 165-170.
- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in psychiatry*, 4, 24.
- Meule, A. (2019). A critical examination of the practical implications derived from the food addiction concept. *Current obesity reports*, 8, 11-17.
- Oswald, K.D., Murdaugh, D.L., King, V.L., Boggiano, M.M. (2011). Motivation for palatable food despite consequences in an animal model of binge eating. *International journal of eating disorders*, 44(3), 203-211.
- Praxedes, D.R., Silva-Júnior, A.E., Macena, M.L., Oliveira, A.D., Cardoso, K.S., Nunes, L.O., Bueno, N.B. (2022). Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale and associated factors: a systematic review with meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 30(2), 85-95.
- Pursey, K.M., Collins, C.E., Stanwell, P., Burrows, T.L. (2015). Foods and dietary profiles associated with 'food addiction' in young adults. *Addictive behaviors reports*, 2, 41-48.
- Raymond, K.L., Kannis-Dymand, L., Lovell, G.P. (2018). A graduated food addiction classification approach significantly differentiates obesity among people with type 2 diabetes. *Journal of health psychology*, 23(14), 1781-1789.
- Robinson, M.J., Burghardt, P.R., Patterson, C.M., Nobile, C.W., Akil, H., Watson, S.J., Ferrario, C.R. (2015). Individual differences in cue-induced motivation and striatal systems in rats susceptible to diet-induced obesity. *Neuropsychopharmacology*, 40(9), 2113-2123.
- Schulte, E.M., Avena, N.M., Gearhardt, A.N. (2015). Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PloS one*, 10(2), e0117959.
- Schulte, E.M., Potenza, M.N., Gearhardt, A.N. (2017). A commentary on the "eating addiction" versus "food addiction" perspectives on addictive-like food consumption. *Appetite*, 115, 9-15.
- Smith, D.G., Robbins, T.W. (2013). The neurobiological underpinnings of obesity and binge eating: a rationale for adopting the food addiction model. *Biological psychiatry*, 73(9), 804-810.
- Tryon, M.S., Stanhope, K.L., Epel, E.S., Mason, A.E., Brown, R., Medici, V., Laugero, K.D. (2015). Excessive sugar consumption may be a difficult habit to break: a view from the brain and body. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(6), 2239-2247.
- Werdell, P. (2014). Food Addiction Treatment An Important Missing Piece in the Obesity Epidemic Puzzle 4-80.
- Yau, M.Y.H., Potenza, M.N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 134.
- Yekaninejad, M.S., Badrooj, N., Vosoughi, F., Lin, C.Y., Potenza, M.N., Pakpour, A.H. (2021). Prevalence of food addiction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 22(6), e13183.
- Zellner, D.A., Loaiza, S., Gonzalez, Z., Pita, J., Morales, J., Pecora, D., Wolf, A. (2006). Food selection changes under stress. *Physiology & behavior*, 87(4), 789-793.
- Ziauddeen, H., Fletcher, P.C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept?. *obesity reviews*, 14(1), 19-28.

BÖLÜM 2.8

Cinsel Bağımlılık

¹*Arş. Gör. Dr. Fatma YENER ÖZCAN*

²*Doç. Dr. Burcu CEYLAN*

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

İçindekiler

Giriş

2.8.1. Tanı

2.8.2 Epidemiyoloji

2.8.3. Etiyoloji

2.8.3.1. Nörobiyolojik nedenler

2.8.3.2. Çocukluk çağı travmaları

2.8.3.3. Ödül sistemi

2.8.4. Psikiyatrik Komorbidite

2.8.5. Ayırıcı Tanı

2.8.6.Tedavi

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Davranış bağımlılıklar, bireyin hem hayatını hem de çevresini etkileyen önemli ruhsal sorunlar arasında yer almaktadır. Bağımlı olduğu davranışın yineleyici olarak yapılması bireyin günlük yaşamında olumsuzluklara yol açmaktadır. Toplumda davranışsal bağımlılıkların giderek arttığı görülmektedir (Karadağ, 2020: 498).

Davranışsal bağımlılıklar içinde yer alan cinsel bağımlılık, 20. yüzyıla kadar cinsel sapkınlık olarak değerlendirilmiş, 20. yüzyıl sonlarına doğru ise kontrol edilemeyen bir davranış olarak görülmeye ve üzerinde çalışılmaya başlanmıştır (Reay, vd., 2013: 2). İlk olarak 1946 yılında Otto Fenichel tarafından madde kullanımı dışında ancak madde kullanımına benzer etkilere yol açan bağımlılıklardan bahsedilmiştir. O yıllarda Fenichel hiperseksüaliteyi parafil, anksiyete ve depresyonla beraber incelemiştir (Birchard, 2015). Carnes 1983 yılında, kontrol dışı cinsel davranış ve cinsel istekleri bağımlılık olarak tanımlamıştır. Schwartz ve Masters 1994 yılında, kontrol dışı cinsel davranış ve istekleri, çocukluk dönemi yaşanan istismar ile ilişkilendirerek, travma sonrası stres bozukluğu olarak tanımlanmasının uygun olduğunu belirtmiştir. Coleman ise, 1992 yılında obsesif kompulsif bozukluğun bir türü olarak değerlendirmiştir. Goodman (1992), cinsel bağımlılığı hem haz duymak hem de içsel sıkıntıdan kaçmak olarak ele almıştır. Daha sonra Goodman (1998), madde bağımlılığı tanı ölçütlerinden yola çıkarak yedi madde ile cinsel bağımlılığı tanımlamıştır.

Cinsel bağımlılık, bireyin yaşamını etkileyecek boyutta, sürekli cinsel dürtü, eylem ve fantezilerin yineleyici biçimde deneyimlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Slavin, vd., 2020; 76; Storholm, vd., 2011). Literatürde hiperseksüel bozukluk, cinsel bağımlılık, zorlantı, dürtü kontrolü, aşırı cinsel davranış gibi çeşitli tanımlamalar şeklinde yer almaktadır. Sürekli cinsel davranışta bulunma isteği, bu isteği durduramama, cinsel davranışı durduramama ve buna yönelik ambivalan duygular yaşama cinsel bağımlılık belirtileri olarak sayılmaktadır (Karila, vd., 2014). Cinsel bağımlılıktan bahsedebilmek için; normal ve anormal cinsel davranışın olup olmadığı, dürtü kontrolünde bozukluğun olup olmadığı ve kültürün rolünün olup olmadığı değerlendirilmelidir (Karadağ, 2020: 499). Cinsel bağımlılık gelişmesinde erken çocukluk travmalarının ve çözünme mekanizmasının kullanılmasının etkili olduğu düşünülmektedir (Barrilleaux, 2016; Craparo ve Gori, 2015; Schwartz ve Galperin, 2002). Slavin ve arkadaşlarının (2020), yaptığı meta-analiz çalışmasında incelenen 21 çalışmanın çoğunda çocukluk çağı cinsel istismar ile kompulsif cinsel davranış bozukluğu arasında ilişki saptanmıştır.

2.8.1. Tanı

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5'e (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]), 2013 yılında davranışsal bağımlılık olarak, madde ile ilişkili olmayan bağımlılıklar başlığı altında ilk ve tek olarak kumar bağımlılığı eklenmiştir. Fakat günümüzde çok yaygın olan internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı ve cinsel bağımlılık gibi bağımlılıklar henüz DSM-5 tanı kriterleri arasında yer almamaktadır. DSM-5'te Cinsel Sapkınlık (Parafil) Bozuklukları sınıflandırılmıştır. Parafil Bozuklukları altında; gözetlemecilik, göstermecilik, sürünmecilik, cinsel özezerlik (mazoşizm), cinsel elezerlik (sadizm), pedofili, fetişizm bozukluğu ve karşılığı (travesti) yer almaktadır. DSM-5 için "Cinsel kompulsivite bozukluğu", "Hiperseksüel bozukluğu" ve internette cinsel içerikler ile meşguliyeti içerecek olan "İnternet bağımlılık bozukluğu" tanılarının eklenmesi önerilse de DSM-

5 komitesi tarafından kabul edilmemiştir (Barrilleaux, 2016; Grant, vd., 2010; Kafka, 1997, 2010; Rosenberg, vd., 2014). Hastalıkların uluslararası sınıflandırılması (ICD-10)'nda ise "Aşırı Seksüel İstek" olarak belirtilmiştir. ICD-11 (2023)'de ise dürtü kontrol bozuklukları kategorisine "Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu (Compulsive Sexual Behaviour Disorder-CSBD)" tanısı eklenmiştir. Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu, yoğun, tekrarlayan cinsel dürtüleri veya tekrarlayan cinsel davranışlarla sonuçlanan dürtüleri kontrol edememenin kalıcı bir örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (ICD-11, 2023).

● **Goodman (1998), tarafından cinsel bağımlılık için önerilen tanı ölçütleri;**

"Aşağıdaki ölçütlerden en az üçü veya daha fazlasıyla ilişkili, 12 aylık dönemde devam eden kişide önemli ölçüde bozulma veya strese yol açan uyumsuz cinsel davranışlar

1. Aşağıdakilerin herhangi biri ile tanımlanan tolerans
 - a. Arzulanan etkiyi elde etmek için cinsel davranışın miktarı ve yoğunluğunda belirgin artış
 - b. Aynı yoğunluktaki cinsel davranışın eskisi kadar etkili olmaması
2. Aşağıdakilerin herhangi biriyle ortaya çıkan yoksunluk
 - a. Cinsel davranışın bırakılmasından sonra ortaya çıkan fizyolojik veya psikolojik yoksunluk belirtileri
 - b. Cinsel eyleme girişildiğinde yoksunluk belirtilerinin yok olması
3. Cinsel davranışı sıklıkla tasarladığından çok daha uzun süre, çok daha fazla miktarda ve daha yoğun olarak sürdürme
4. Cinsel davranışı kesmek veya kontrol etmek için çabaların boşa çıkması
5. Cinsel davranışı hazırlanmak, davranışta bulunmak ve etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama
6. Cinsel davranış nedeniyle sosyal, iş ve boş zaman aktivitelerinde vazgeçme veya azaltma
7. Cinsel davranış nedeniyle ortaya çıkan kalıcı fiziksel veya psikolojik problemlere rağmen davranışı sürdürme"

● **Kafka (2010)'nın DSM-5 için sunduğu Hiperseksüalite tanı ölçütleri ise;**

1. Aşağıdaki ölçütlerden en az 4'ü veya daha fazlasıyla ilişkili, en az 6 aydır devam eden, tekrarlı ve yoğun cinsel fanteziler, dürtüler ve cinsel davranışlar
 - a. Cinsel fantezi, dürtüler ve cinsel davranışları planlama ve uygulamaya yönelik aşırı zaman harcama.
 - b. Hoşa gitmeyen duygu durumlarına (kaygı, depresyon, sıkıntı...) tepki olarak cinsel fantezi, dürtü ve cinsel davranışlara yönelmek.
 - c. Strese yol açan gelişmelere tepki olarak cinsel fantezi, dürtü ve cinsel davranışlara yönelmek.
 - d. Cinsel fantezi, dürtü ve cinsel davranışları kontrol etmek veya kayda değer biçimde azaltmaya yönelik tekrarlayan başarısız çaba ve girişimler.

- e. Kendisinin veya başkasının fiziksel veya duygusal zarar görme riskini göz ardı eden biçimde tekrarlayıcı cinsel davranışlara yönelmek.
2. Sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında, bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışların sıklık ve yoğunluğuyla ilişkili, klinik anlamda kayda değer kişisel sıkıntı ve bozukluk
3. Bu cinsel fantezi dürtüler ve davranışlar bir maddenin doğrudan fizyolojik etkisine veya bir mani atağına bağlı değildir
4. Kişi en az 18 yaşındadır.

● ICD-11 “Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu” tanı ölçütleri;

1. Aşağıdakilerden bir ya da daha fazlasıyla kendini gösteren, tekrarlayıcı cinsel davranışlarla sonuçlanan, yoğun, tekrarlayan cinsel dürtüleri ya da dürtüleri kontrol edememenin sürekli bir örüntüsü:
 - a. Tekrarlayan cinsel davranışlarda bulunmak, sağlık ve kişisel bakımı veya diğer ilgi alanlarını, faaliyetleri ve sorumlulukları ihmal etme noktasına kadar, bireyin yaşamının merkezi bir odak noktası haline geldi.
 - b. Birey, tekrarlayan cinsel davranışı kontrol etmek veya önemli ölçüde azaltmak için çok sayıda başarısız çaba göstermiştir.
 - c. Olumsuz sonuçlara (örneğin, cinsel davranış nedeniyle evlilik çatışması, mali veya yasal sonuçlar, sağlık üzerindeki olumsuz etki) rağmen birey tekrarlayan cinsel davranışlarda bulunmaya devam eder.
 - d. Kişi, bundan çok az tatmin olsa veya hiç tatmin etmese bile, tekrarlayan cinsel davranışlarda bulunmaya devam eder.
2. Yoğun, tekrarlayan cinsel dürtüleri veya dürtüleri kontrol edememe ve bunun sonucunda tekrarlayan cinsel davranışları kontrol edememe örüntüsü, uzun bir süre boyunca (örneğin, 6 ay veya daha fazla) kendini gösterir.
3. Yoğun, tekrarlayan cinsel dürtüleri veya dürtüleri kontrol edememe ve bunun sonucunda tekrarlayan cinsel davranışlar, başka bir ruhsal bozuklukla (Örneğin; manik epizod) veya başka bir tıbbi durumla daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin veya ilacın etkilerinden kaynaklanmaz.
4. Tekrarlayan cinsel davranış örüntüsü, kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin sıkıntı veya önemli bozulma ile sonuçlanır. Cinsel dürtüler, dürtüler veya davranışlarla ilgili tamamen ahlaki yargılar ve onaylamama ile ilgili sıkıntı, bu gereksinimi karşılamak için yeterli değildir (ICD-11, 2023).”

2.8.2. Epidemiyoloji

Cinsel bağımlılığın epidemiyolojisi ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalar artmış olsa da henüz yeterli bilgi bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde cinsel bağımlılığın görülme oranının %3-38 arasında değiştiği görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde cinsel bağımlılığın görülme oranının %3-6 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (Walton vd., 2017). İsviçre’de 2450 kişi ile yapılan çalışmada hiperseksüalite oranı %5-10 arasında tanımlanmıştır (Långström ve Hanson, 2006). Kanada’da hiperseksüaliteyi değerlendirmek için yapılan

çalışmaya 1857 kişi katılmış ve katılımcıların %38'inin hiperseksüalite kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (Kingston vd., 2020). Türkiye'de cinsel bağımlılığa yönelik az sayıda çalışma olması Türkiye'deki cinsel bağımlılık oranının da bilinmezliğe yol açmaktadır (Kızılok, 2021).

Cinsel bağımlılık erkeklerde kadınlara oranla 3-4 kat daha fazla görülmektedir (Cooper vd., 1999; Evren vd., 2012: 205; Kafka, 2010; Marshall ve Briken, 2010). Amerika'da 18-25 yaş arası üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada erkeklerde kadınlara göre hiperseksüalite daha fazla bulunmuştur (Basting vd., 2023). Danimarka'da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada da kompulsif cinsel davranış oranının erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Odlaug vd., 2013). Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu teşhisi konma oranının erkeklerde daha yüksek olduğu belirtilmektedir (ICD-11, 2023). 58 çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında da cinsel bağımlılığa ilişkin semptomların kadınlarda daha az olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların pornografiyi daha az seyrettiği ve bu gibi materyallere karşı daha az dürtü hissettikleri belirlenmiştir (Kowalewska ve ark. 2020). Ayrıca cinsel sorunlarla ilgili erkeklerin profesyonel yardım arama davranışının kadınlara oranla daha fazla olduğu da belirtilmektedir (Dhuffar ve Griffiths, 2016; Elrafei ve Cemali, 2021)

2.8.3. Etiyoloji

Cinsel bağımlılığın etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Klinik değerlendirmeler sonucu etiyojisi için teoriler ortaya atılmıştır. Cinsel bağımlılığın oluşumunda biyolojik ve psikolojik etkenler öne sürülmüştür.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Black ve arkadaşları (1997), cinsel bağımlılığı olan 36 bireyle yaptıkları nitel araştırmada, bağımlılığı oluşturan cinsel davranışın bireyler üzerindeki etkisi incelemiştir. Bireylerin %58'i cinsel davranışın diğer endişelerden uzaklaştırdığını, %42'si kaygıdan uzaklaştırdığını, %22'si geçici olarak iyi hissettirdiğini ve %14'ü kendilerini önemli hissettirdiğini ifade etmiştir. Bireylere olumsuz olarak ne hissettikleri sorulduğunda %31'i ise cinsel davranış sonrası vicdan azabı yaşadığını ifade etmiştir (Black vd., 1997).

2.8.3.1. Nörobiyolojik nedenler

Hiperseksüalitenin nedenleri araştırılırken nörobiyolojisi üzerine çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda frontal lob hasarı (Cooper, 1987; Fedoroff vd., 1994), temporal lob hasarı (Rémillard vd., 1983), felç (Monga vd., 1986) ve bilateral lezyonlar hiperseksüalite ile ilişkilendirilmiştir (Clay vd., 2019; Elrafei ve Cemali, 2021; Garcia ve Thiabut, 2010; Kaplan ve Kurueger 2010; Kızılok, 2021; Walton vd., 2017). Frontotemporal demans ya da epilepsi vakalarında da cinsel davranışların varlığından bahsedilmektedir (Arnulf vd., 2012; Elrafei ve Cemali, 2021; Evren vd., 2012). Ayrıca travmatik bir deneyim yaşamının hipokampüste amnestik semptomları arttırdığı bulunmuştur (Kızılok, 2021; Teicher vd., 2002). Bunun dışında kullanılan ilaçlarında hiperseksüalite üzerinde etkisi olduğu, dopaminerjik ve uyarıcı ilaçların cinsel istekte artışa neden olduğu belirtilmiştir (Kaplan ve Kurueger, 2010). Çocukluk döneminde bağlanma sorunu yaşayan ve güvensiz bağlanan bireylerin, ilerleyen yıllarda yeterli miktarda dopamin veya noradrenalin

üretimini yetersiz kalabileceği ve bu maddeyi dışarıda aramaya çalışması sonucunda cinsel bağımlılık meydana gelebileceği ifade edilmiştir (Hall 2011). Merkezi sinir sistemi üzerinde etkisi olan uyuşturucu maddelerden metamfetamin ve kokainin cinsel aktiviteyi arttırdığı çalışmalarda vurgulanmıştır (ICD-11, 2023; Kaplan ve Kurueger 2010; Mansergh vd., 2006; Semple vd., 2006; 2009; Rawstorne vd., 2007; Washton ve Zweben, 2009; Worth ve Hamster, 2005). Hiperseksüalitenin nedenlerine ilişkin araştırmalar sınırlı olsa da, erkeklerde östrojen ve progesteron hormonlarının cinsel isteği azalttığı bilinmektedir (Evren vd., 2012).

2.8.3.2. Çocukluk çağı travmaları

Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların yaklaşık üçte birinin çocukluk çağı yaşantıları ile doğrudan ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Diehl vd., 2018; Kızılok 2021). Erken çocukluk döneminde maruz kalınan travmalar sonucu çocukta güvensiz bağlanma ortaya çıkmaktadır. Cinsel bağımlılığın etiolojisinde bağlanma sorunu üzerinde durulmuştur (Alexander, 1992; Elrafei ve Cemali, 2021; Faisandier vd., 2012; Morton ve Browne, 1998; Rosenberg vd., 2014; Walton vd., 2017; Weiss, 2015; Woehler vd., 2018). Hall (2011), çocukluk döneminde bağlanma sorunu yaşayan bireylerin, cinsel ilişkiye yönelmesinin nedeni olarak onaylanma ve şefkat arama davranışı olabileceğini ifade etmiştir. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler sonucu birey, yaşadığı istismar olayını yetişkinlik döneminde yeniden sahneleme girişiminde olabilir (Giugliano, 2006). Birey duygu ve davranışlarını kontrol etmede sorun yaşayabilir ve cinsel bağımlı birey haline dönüşebilir (Diehl vd., 2010).

DİKKAT

Çocukluk döneminde istismara uğramış bireyler, yaşadığı istismarı “yeniden sahneleme” girişiminde bulunarak cinsel bağımlılık geliştirebilir.

Bireyde bir istismar sonucu cinsel bağımlılık oluşmuşsa, bireyin cinsel deneyimlerinde haz duymaktan çok hayatta kalmayı strateji olarak değerlendirdiği tahmin edilmektedir (Fisher, 2007; Kızılok 2021). Kaplan ve Kurueger’in (2010) belirttiğine göre, Goodman (2001), tüm bağımlılıklarda olduğu gibi cinsel bağımlılığın da bir başa çıkma yolu olduğunu ve çocukluk çağı yaşanan travmatik deneyimlerle baş edebilmek için kullanıldığını ifade etmektedir. Yapılan çalışmalar çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalan bireyin, cinsel bağımlılık geliştirme ihtimalini arttırdığı yönündedir (Curtois ve Weiss, 2017; Diehl vd., 2018; Hall, 2011, Kızılok 2021; Larsen, 2017; Riemersma ve Sytsma, 2013; Woehler vd., 2018). Cinsel bağımlılık tedavisi gören bireylerle yapılan bir çalışmada, bireylerin daha önce yaşadığı travmatik deneyimler sorgulanmış ve %72’sinin fiziksel istismara, %81’inin cinsel istismara, ve %97’sinin duygusal istismara uğradıkları tespit edilmiştir (Ferree, 2002; Slavin vd., 2020). ICD-11’de Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu olan kadınların erkeklere göre daha fazla cinsel istismar öyküsü bulunduğu bildirilmiştir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Diehl ve arkadaşlarının (2018), 134 madde bağımlılığı tedavisi gören birey ile yaptıkları çalışmada, bireylerin çocukluk çağı travmaları ve cinsel davranışları incelenmiştir. Çocuklukta fiziksel istismara uğrayanlarda yetişkinlikte seks bağımlılığı, madde karşılığı cinsel ilişki ve tacize uğrama daha çok görülmektedir. Uyuşturucu için cinsel ilişkiye girenlerde (%84,7), cinsel bağımlılığı olanlarda (%71,4), eşcinsel ilişkide bulunanlarda (%75,6) ve rastgele partnerlerle cinsel birliktelik yaşayanlarda (%56,1), çocukluk dönemi travması daha yüksek oranda tespit edilmiştir (Diehl vd., 2018)

2.8.3.3. Ödül sistemi

Ödül sisteminin temelinde psikolojik ve nörobiyolojik etkenler yer almaktadır. Diğer bağımlılık türlerinde olduğu gibi cinsel bağımlılıkta da ödül sisteminin etkisi üzerinde durulmuştur. Ödül sisteminin davranış üzerindeki etkisi ile birlikte kontrol dışı cinsel istek ve davranışta artış olması cinsel bağımlılığın davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Benbir vd., 2014). Bağımlılıkta ödül sistemi, bireyin bağımlı olduğu davranışı yapması ile birlikte bu davranıştan duyulan haz ve beyinde dopamin salınımının artmasıdır. Doğal yollarla salınan dopaminden farklı olarak bağımlı olunan davranış sonucu salınan dopamin ani ve daha şiddetlidir. Buna bağlı olarak daha çok haz duyulmaktadır. Bağımlılık sürecinde doğal yolla salınan dopamin yeterli bulunmaz ve davranış devam eder (Karakuş vd., 2021; Kaya vd., 2019; Şahpolat vd., 2014; Taber vd., 2012). Bir süre sonra eskisi kadar sonuç alınmadığında duyarsızlaşma ve tolerans gelişir. Aynı etkiye ulaşmak için daha çok davranış tekrarına ve yeni cinsel uyarılara ihtiyaç duyulmaya başlanır (Wienler vd., 2018). Holden (2001), beyin ödül sistemini “...beyin söz konusu olduğunda ister bir kimyasaldan ister bir deneyimden gelsin, bir ödül bir ödüldür” şeklinde ifade etmektedir. Cinsel davranışla birlikte beyin ödül sistemi aktive edilir ve birey bu davranışı tekrarlayarak ve artırarak devam eder.

2.8.4. Psikiyatrik Komorbidite

Bağımlıklarda komorbidite çok sık karşılaşılan bir durumdur. Genellikle eşlik eden farklı bir bağımlılık türü bulunmaktadır (Freimuth vd., 2008; Sussman vd., 2011). Cinsel bağımlılık tedavisi gören bireylerle yapılan çalışmalarda, katılımcıların yarısına yakınında nikotin bağımlılığı, alkol bağımlılığı ve madde kullanım bozukluğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra katılımcıların yeme bağımlılığı, iş bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, egzersiz bağımlılığı ve kumar oynama bağımlılığının da olduğu bildirilmiştir (Carnes vd., 2005; Karadağ, 2020). Cinsel bağımlılığa eşlik eden diğer bir komorbidite ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'dir. DEHB diğer bağımlılıklarla birlikte görülebilmektedir (Kafka & Hennen, 1999; Kaplan ve Kurueger, 2010; Karadağ, 2020)

Cinsel bağımlılığa anksiyete ve duygu durum bozuklukları da eşlik etmektedir. Özellikle kadınlarda anksiyete bozuklukları daha fazla görülmektedir (Black vd., 1997; Garcia ve Thiabut, 2010; Hegbe vd., 2021; Kızılok 2021; Mirabel-Sarron, 2012; Pasquier vd., 2008;2009; Schäfer vd., 2017; Zengin Eroğlu ve Tamam, 2016). Erkeklerde ise riskli davranışlar ve madde kullanım bozuklukları daha fazla görülmektedir (Briken vd., 2007). Katılımcılarının %22.4'ünde cinsel bağımlılık belirlenen bir çalışmada, anksiyete ve depresyonun cinsel bağımlılıkla ilişkili oldu-

ğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bireylerin endişeli veya depresif olmasının cinsel ilgiyi arttırdığı vurgulanmaktadır (Hegbe vd., 2021). Literatürde de cinsel bağımlılığı olan bireylerde komorbid tanı olarak anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği görülmektedir (Black vd., 1997; Elrafei ve Cemali, 2021; Kafka ve Prentky, 1998; Kaplan ve Kurueger, 2010).

DİKKAT

Cinsel bağımlılığa önemli psikiyatrik bozukluklar ve diğer bağımlılıklar eşlik etmektedir ve bu da bireylerin yaşam kalitesinde bozukluğa sebep olmaktadır.

Cinsel bağımlılığın teşhis edilmesi güç olabilmektedir. Birey cinsel davranışlarını söylemekten kaçınabilir, utanabilir. Bu da cinsel bağımlılığın olup olmadığını tespitini zorlaştırabilir (Carnes, 1991). Detaylı görüşmeler yaparak komorbid başka tanının olup olmadığı değerlendirilmez.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Cinsel bağımlılıkla ilgili Carnes'in (1991), yaptığı araştırmada vaka örnekleri verilmiştir. Vaka örneğinde, 27 yaşındaki Naomi, major depresyon sebebiyle tedavi görmektedir. Terapi esnasında Naomi son bir ay içerisinde 10 erkekle cinsel ilişkide bulunduğu ve hiçbirinin iki haftadan uzun sürmediğinden bahsetmiştir. Bu ifadesi sonrası terapisti cinsel bağımlılığının olabileceğinden bahsetmiştir (Carnes, 1991).

2.8.5. Ayrıcı Tanı

Cinsel bağımlılık tanısı konmadan önce hastanın kontrolsüz cinsel davranışının altında yatan farklı bir durum olup olmadığı değerlendirilmelidir. Cinsel dürtü ve davranışları kontrol etmede duygudurum bozukluklarında da sorun yaşanmaktadır. Duygudurum bozukluğu tanısı almış bireyde mani, mix ve hipomani dönemlerinde libidoda artışı meydana gelebilmekte ve birey cinsel dürtülerini kontrol edemebilmektedir (ICD-11, 2023). Bu dönemlerde kontrolsüz cinsel davranışlar görülebilmektedir. Bu davranışların duygudurum bozukluğundan kaynaklanıp kaynaklanmadığının değerlendirilmesi önemlidir. Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu ile Obsesif-Kompulsif Bozukluğun ayırt edilmesinde, "cinsel davranışın kaygıya tepki olarak mı, yoksa haz duymak için mi" yapıldığı önem taşımaktadır. Kompulsif ifadesi olmasına rağmen Kompulsif Cinsel Davranış Bozukluğu tam anlamıyla bir zorlanma olarak değerlendirilmemektedir (ICD-11, 2023).

Psikoaktif madde içeren bazı ilaçlar da cinsel dürtü üzerinde kontrol koymayı zorlaştırabilmektedir. Özellikle Parkinson Hastalığı için kullanılan ilaçlar, dopamin agonisti ilaçlar, metamfetamin, kokain, kortizon kullanımı kontrolsüz ve artan cinsel davranışa neden olabilmektedir (El Gabaawi, 2007; ICD-11, 2023; Karadağ, 2020; Smith, 2007). Nörobilişsel bozukluklarda da cinsel dürtü ve davranışları kontrol etmede ve sınırlandırmada sorun yaşanabilmektedir. Özellikle Alzheimer hastalığında frontal ve temporal lobların etkilenmesiyle kontrolsüz cinsel davranış görülebilmektedir (Callesen vd., 2014; Cooper vd., 2009; ICD-11, 2023; Karadağ, 2020; Miglis ve Guille, 2016).

2.8.6.Tedavi

Cinsel bağımlılığın tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Kızıllok 2021; Zengin Eroğlu ve Tamam, 2016). Kanıta dayalı nonfarmakolojik tedaviler arasında bilişsel davranışçı terapi, (Garcia ve Thiabut, 2010; Gold ve Heffner, 1998; Kraus vd., 2016; Larsen, 2019), psikodinamik terapi (Derbyshire ve Grant, 2015), motivasyonel görüşme (Karila vd., 2014), çift terapisi (Karila vd., 2014; Mick ve Hollander, 2006) ve grup terapisi (Derbyshire ve Grant, 2015; Gold ve Heffner, 1998, Mick ve Hollander, 2006;) yer almaktadır (Kızıllok 2021; Rosenberg vd., 2014; Woehler vd., 2018). Cinsel bağımlılığın tedavisinde bütüncül yaklaşımla hareket edilmesi önemlidir. Aile içi sorun tespiti, aile içi ilişkilerin değerlendirilmesi ve tedaviye ailenin de dahil edilmesi gerekmektedir. Cinsel davranışa odaklanmanın yanında bu davranışın oluşumuna zemin hazırlayan karşılanmamış ihtiyaçlar da ele alınmalıdır. Altta yatan nedene özgü tedavi önceliklidir. Etiyolojisinde bahsedildiği üzere hastalığın sebepleri arasında çocukluk travmaları yer alıyorsa önce bu travmalar çözümlenmelidir (Carnes, 2000). Yapılan bu girişimlerin yararlı olması ve bireyin öz denetiminin artması için kişilerarası ilişkilerin de güçlendirilmesi gerekmektedir (Parker ve Guest, 2002).

Farmakolojik tedavi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Farmakolojik tedavi için, öncelikle sorunun cinsel bağımlılıktan sorumlu olan frontal veya temporal lob fonksiyonundan kaynaklanıp kaynaklanmadığına bakılmalıdır (Malandin vd., 2020). Yapılan bazı çalışmalar Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerinin (SSRI'lar) fayda sağladığını göstermektedir. Kompulsiyonlara yönelik SSRI kullanımı düşünülebilir. SSRI dışında naltrekson (Bostwick ve Bucci, 2008; Grant ve Kim, 2001; Kraus vd., 2015; Raymond vd., 2010), topiramet (Khazaal ve Zullino, 2006) ve sitalopram (Malladi ve Singh, 2005; Tosto ve ark 2008) kullanımının kompulsif cinsel davranışı azaltabileceğine dair yapılan çalışmalar mevcuttur (Kızıllok 2021). Fakat tek başına farmakolojik yöntemler yeterli olmamakta non-farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması önerilmektedir (Dawson ve Warren, 2012)

DİKKAT

Diğer davranışsal bağımlılıklarda olduğu gibi, cinsel bağımlılığın tedavisinde de farmakolojik ve psikolojik yaklaşımlar birlikte uygulanmalıdır.

Özet noktalar

Cinsel bağımlılık 20. yüzyılın sonlarına doğru kontrol edilemeyen bir davranış olarak görülmeye başlanmış ve üzerinde çalışılmıştır. Yıllar içerisinde cinsel bağımlılıkla ilgili birçok tanımlama (kontrol dışı cinsel davranış ve cinsel istekleri bağımlılık, istismar ile ilişkili travma sonrası stres bozukluğu, hiperseksüel bozukluk, zorlantı, dürtü kontrolü, aşırı cinsel davranış, kompulsif cinsel davranış vb.) yapılmıştır. Cinsel bağımlılık, bireyin yaşamını etkileyecek boyutta, sürekli cinsel dürtü, eylem ve fantezilerin yineleyici biçimde deneyimlenmesidir. Cinsel bağımlılığın epidemiyolojisi ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda cinsel bağımlılığın görülme oranını %3-38 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Erkeklerde kadınlara göre 3-4 kat daha fazla görülmektedir. Cinsel bağımlılığın etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte oluşumunda biyolojik ve psikolojik etkenler rol oynamaktadır. Bunlar; nörolojik nedenler, çocukluk çağı travmaları ve ödül sistemidir. Hemen her bağımlılıkta olduğu gibi cinsel bağımlılıkta da komorbidite çok sık karşılaşılan bir durumdur.

Cinsel bağımlılıklarda hemen her bağımlılıkta olduğu gibi farklı bir bağımlılık türü yanı sıra Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), anksiyete ve duyu durum bozuklukları da tabloya eşlik edebilmektedir. Cinsel bağımlılığın tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik olarak bilişsel davranışçı, psikodinamik terapi, motivasyonel görüşme, çift terapisi ve grup terapisine katılmak yer almaktadır. Farmakolojik tedavi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Farmakolojik tedavide seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), naltreksonun, topiramatin ve sitalopramın kompulsif cinsel davranış azaltabileceğine dair yapılan çalışmalar mevcuttur. Fakat tek başına farmakolojik yöntemler yeterli olmamaktadır. Bu nedenle farmakolojik yöntemler, non-farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Alexander, P.C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 185-195. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.2.185>
- Arnulf, I., Rico, T.J., Mignot, E. (2012) Diagnosis, disease course, and management of patients with Kleine-Levin syndrome. *Lancet Neurology*, 11: 918-28. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70187-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70187-4)
- Barrilleaux, J.C. (2016). Sexual addiction: definitions and interventions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16, 421-38. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1235425>
- Basting, E.J., Barrett, M.E., Garner, A.R., Florimbio, A.R., Sullivan, J.A., Medenblik, A.M., Stuart, G.L. (2023). Sexual narcissism and hypersexuality relate to sexual coercion in hookups among u.s. university students. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02580-z>
- Benbir, G., Poyraz, C.A., Apaydın, H. (2014). Diagnostic approach to behavioral or "non-substance" addictions. *Nobel Medicus*, 10(1), 5-11.
- Birchard, T. (2015). CBT for Compulsive Sexual Behavior. London and New York: Routledge. Erişim tarihi: 22 Mart 2023, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=F6hhCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=CBT+for+Compulsive+Sexual+Behavior.+London+and+New+York:+Routledge.&ots=y4SBNqTv5B&sig=D-Ric6nU5_buK5jKOVG7PTjPuMJQ&redir_esc=y#v=onepage&q=CBT%20for%20Compulsive%20Sexual%20Behavior.%20London%20and%20New%20York%3A%20Routledge.&f=false
- Black, D.W. (2000). The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *the epidemiology, Psychopharmacology, and Neurobiology of Compulsive Sexual Behavior*, 5(1), 26-35. <https://doi.org/10.1017/s1092852900012645>
- Black, D.W., Kehrberg, L.L.D., Flumerfelt, D.L., Schlosser, S.S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 243-9. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.243>
- Bostwick, J.M., Bucci, J.A. (2008) Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin Proc*, 83, 226-230. <https://doi.org/10.4065/83.2.226>
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W. ve Hill, A. (2007). Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(2), 131-43. <https://doi.org/10.1080/10720160701310450>
- Callesen, M.B., Weintraub, D., Damholdt, M.F. Moller, A. (2014). Impulsive and compulsive behaviors among Danish Patients with Parkinson's disease: Prevalence, depression, and perianality. *Parkinsonism Relat Disord*. 20(1), 22-6. <https://doi.org/10.1016/j.parkrel-dis.2013.09.006>
- Carnes PJ, Nonemaker D, Skilling N (1991). Gender differences in normal and sexually addicted populations. *Am J. Prev. Psychiatry Neurol*, (3):16-23.
- Carnes, P. (1983). *Out of shadows: Understanding sexual addiction*. Minnesota: Hazelden

Publishing.

- Carnes, P. (2000). Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment and recovery. *CNS Spectrums*, 5(10), 63-72. <https://doi.org/10.1017/s1092852900007689>
- Carnes, P., Murray, R., Charpentier, I. (2005). Bargains with chaor: sex addicts and addictions interaction disorder. *Sex Addict Compulsivity*. 12, 79-120. <https://doi.org/10.1080/10720160500201371>
- Carnes, P.J. (1991). Don't call it love: Counselling the Sexual Addict. Bantam Books: New York.
- Carnes, P.J., Nonemaker, D., Skilling, N. (1991). Gender differences in normal and sexually addicted populations. *Am J. Prev. Psychiatry Neurol*, (3), 16-23.
- Clay, F.J., Kuriakose, A., Lesche, D., Hicks, A.J., Zaman, H., Azizi, E., Ponsford, J.L., Jayaram, M., Hopwood, M. (2019). Kluver-Bucy syndrome following traumatic brain injury: a systematic synthesis and review of pharmacological treatment from cases in adolescents and adults. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 31(1), 6-16. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18050112>
- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals*, 22(6), 320-5. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19920601-09>
- Cooper, A. (1987). Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 368-70.
- Cooper, A., Putnam, D.E., Planchon, L.A., Boies, S.C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 6(2), 79-104. <https://doi.org/10.1080/10720169908400182>
- Cooper, C.A., Jadidia, A., Paggi, M., Romrell, J., Okun, M.S., Rodriguez, R.L., Fernandez, H.H. (2009). Prevalence of hypersexual behavior in Parkinson's disease patients: Not restricted to males and dopamine agonist use. *Int J Gen Med*. 2, 57-61. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s4674>
- Craparo, G., Gori, A. (2015). Can we consider sexual addiction as an addictive disorder?. *Clinical Neuropsychiatry*, 12, 46-7.
- Dawson, G.N., Warren D.E. (2012). Evaluating and treating sexual addiction. *American Family Physician*. 86(1), 75-6.
- Derbyshire, K.L., Grant, J.E. (2015). Compulsive sexual behavior: a review of the literature *J Behav Addict*. 4, 37-43. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.003>
- Dhuffar, M.K., Griffiths, M.D. (2016). Barriers to female sex addiction treatment in the UK. *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 562-7. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.072>
- Diehl, A., Clemente, J., Pillon, S.C., Santana, P.R.H., da Silva, C.J., Mari, J.J. (2018) Early childhood maltreatment experience and later sexual behavior in Brazilian adults undergoing treatment for substance dependence. *Braz J Psychiatry*, 41, 199-207. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0020>
- El-Gabaawi, F., Johnson, R.A. (2007). Hypersexuality in inpatient children and adolescents recognition, differential diagnosis, and evaluation. *CNS Spec*. 12, 821-7. <https://doi.org/10.1017/s109285290001556x>
- Elrafei, H., Cemali, O. (2021). Assessment and treatment of hypersexuality: a review. *BJ Psych Advances*, 28, 198-205. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.68>
- Evren, C., Ögel, K., Uluğ, B. (2012). Alkol madde bağımlılığı tanı ve tedavi el kitabı. In: *Davranışsal bağımlılıklar*. (1.Baskı), Ankara: Tuna Matbaacılık. p:203-7.
- Faisandier, K.M., Taylor, J.E., Salisbury, R.M. (2012). What does attachment have to do with out-of-control sexual behavior? *New Zealand Journal of Psychology*, 41(1), 19-29.
- Fedoroff, J.P., Peyser, C., Franz, M.L., Folstein, S.E. (1994). Sexual disorders in Huntington's disease. *Journal of Neuropsychiatry*, 6, 147-53. <https://doi.org/10.1176/jnp.6.2.147>
- Ferree MC. No stones: women redeemed from sexual shame. Fairfax: Xulon; 2002.
- Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A., Richardson, A.
- Szuromi, I. (2008). Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *J Groups in Addiction & Recover*. 3(3-4), 137-60. <https://doi.org/10.1080/15560350802424944>
- Garcia, F.D., Thiabut, F. (2010). Sexual addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36, 254-

- 60.B <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503823>
- Giugliano, J. (2006). Out of control sexual behavior: a qualitative investigation. *Sex Addict Compulsivity*, 13, 361-75. <https://doi.org/10.1080/10720160601011273>
- Gold, S.N., Heffner, C.L. (1998). Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clin Psychol Rev*, 18, 367-81. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00051-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00051-2)
- Goodman, A. (1992). Sexual addiction: designation and treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18(4), 304-14. <https://doi.org/10.1080/00926239208412855>
- Goodman, A. (1998). Sexual addiction: Diagnosis and treatment. *Psychiatric Times*, 15(10).
- Goodman, A. (2001). What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 191-213. <https://doi.org/10.1080/107201601753459919>
- Grant, J.E., Kim, S.W. (2001). A case of kleptomania and compulsive sexual behavior treated with naltrexone. *Ann Clin Psychiatry*, 13, 229-31. <https://doi.org/10.1023/a:1014626102110>
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A., Gorelick, D.A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-41. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Hall, P. (2011). A biopsychosocial view of sex addiction. *Sex Relation Ther*, 26, 217-28. <https://doi.org/10.1080/14681994.2011.628310>
- Hegbe, K.G., Réveillèrea, C., Barraulta, S. (2021). Sexual addiction and associated factors: the role of emotion dysregulation, impulsivity, anxiety and depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(8), 785-803. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1952361>
- Holden, C. (2001). "Behavioral" addictions: Do they exist? *Science*, 294, 980-2. <https://doi.org/10.1126/science.294.5544.980>
- ICD-11. (2023). Compulsive sexual behaviour disorder. Cenevre: DSÖ; 2019. Erişim tarihi: 15 Ağustos 2024, <https://icd.who.int/dev11/l-m/en/#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>
- Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. <https://doi.org/10.1007/s1058-009-9574-7>
- Kafka, M.P., Hennen, J. (1999). The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatients males. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(4), 305-19. <https://doi.org/10.1080/00926239908404008>
- Kafka, M.P., Prentky, R.A. (1998). Attention-deficit=hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: A comorbidity study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 388-96. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n0709>
- Karadağ, F. (2020). Davranışsal bağımlılıklar temel başvuru kitabı. In: Seks ve pornografi bağımlılığı. (1.Baskı), Ankara: Miki Matbaacılık. p: 498-511.
- Karakuş, B.N., Özdemül, F., Solak Görmüş, Z.I., Şen, A. (2021). Bağımlılık fizyopatolojisi-ne genel bakış. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(3). 158-166.
- Karila, L., Wery, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Curr Pharm Des*, 20, 4012-20. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M. ve Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4012-20. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Kaya, E., Akpınar, D., Akpınar, H. (2019). Bağımlılığın patofizyolojisi. *Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(3), 166-70.
- Khazaaal, Y., Zullino, D.F. (2006). Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior, case report. *BMC Psychiatry*, 6, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-22>
- Kingston, D.A., Olver, M.E., Enya Levaque, E., Sawatsky, M.L., Seto, M.C., Lalumière, M.L., (2020). Establishing Canadian metrics for self-report measures used to assess hypersexuality. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 29(1), 65-78. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-22>

org/10.3138/cjhs.2019-0055

- Kowalewska, E., Gola, M., Kraus, S.W., Lew-Starowicz, M. (2020). Spotlight on compulsive sexual behavior disorder: a systematic review of research on women. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2025-43. <https://doi.org/10.2147/NDT.S221540>
- Kraus, S.W., Voon, V., Potenza, M.N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction*, 111, 2097-106. <https://doi.org/10.1111/add.13297>
- Kuzma, J.M., Black, D.W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 31(4), 603-11. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.005>
- Långström, N., Hanson, R.K. (2006). High rates of sexual behaviour in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behaviour*, 35(1), 37-52. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-8993-y> . Medline:16502152
- Larsen, S.E. (2019). Hypersexual behavior as a symptom of PTSD: Using cognitive processing therapy in a veteran with military sexual traumarelated PTSD. *Arch Sex Behav*, 48, 987-93. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1378-1>
- Malandin, L., Blanc, J.V., Ferreri, F., Thiabut, F. (2020). Pharmacotherapy of sexual addiction. *Curr Psychiatry Rep*, 22, 30. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01153-4>
- Malladi, S.S., Singh, A.N. (2005). Hypersexuality and its response to citalopram in a patient with hypothalamic hamartoma and precocious puberty. *Int J Neuropsychopharmacol*, 8, 635-6. <https://doi.org/10.1017/S1461145705005493>
- Mansergh, G., Purcell, D. W., Stall, R., McFarlane, M., Semaan, S., Valentine, J., Valdisserri, J. (2006). CDC consultation on methamphetamine use and sexual risk behavior for HIV=STD infection: Summary and suggestions. *Public Health Reports*, 121(2), 127-32. <https://doi.org/10.1177/003335490612100205>
- Marshall, L.E. Briken, P. (2010). Assessment, diagnosis, and management of hypersexual disorders. *Current Opinion in Psychiatr*, 23(6), 570-3. <https://doi.org/10.1177/003335490612100205>
- Mick, T.M., Hollander, E. (2006). Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr*, 11, 944-55. <https://doi.org/10.1017/s1092852900015133>
- Miglis, M.G., Guilleminault, C. (2016). Kleine-Lavin Syndrome. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 16, 60. <https://doi.org/10.1007/s11910-016-0653-6>
- Mirabel-Sarron, C. (2012). Dysregulations émotionnelles et dépressions. *L'Encéphale*, 38, S41-S44. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(12\)70074-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(12)70074-X)
- Monga, T.N., Monga, M., Raina, M.S., Hardjasudarma, M. (1986). Hypersexuality in stroke. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 67, 415-7. PMID: 3718200
- Morton, N., Browne, K.D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child altreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1093-104. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00088-x](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00088-x)
- Odlaug, B.L., Lust, K., Schreiber, L.R., Christenson, G., Derbyshire, K., Harvanko, A., Golden, D., Grant, J.E. (2013). Compulsive sexual behavior in young adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 193-200.
- Parker, J., Guest, D. (2002). The integration of psychotherapy and 12-step programs in sexualaddiction treatment. New York: Brunner-Routledge.
- Pasquier, A., Bonnet, A., Pedinielli, J.L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions: des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(1), 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.02.007>
- Pasquier, A., Bonnet, A., Pedinielli, J.L. (2009). Fonctionnement cognitivo-émotionnel: le rôle de l'intensité émotionnelle chez les individus anxieux. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(9), 649-56. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.11.017>
- Rawstorne, P., Digiusto, E., Worth, H., Zablotska, I. (2007). Associations between crystal methamphetamine use and potentially unsafe sexual activity among gay men in Australia. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 646-54. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9206-z>
- Raymond, N.C., Grant, J.E., Coleman, E. (2010). Augmentation with naltrexone to treat

- compulsive sexual behavior: a case series. *Ann Clin Psychiatry*, 22(1), 56-62.
- Re' millard, G.M., Andermann, F., Testa, G.F., Gloor, P., Aube', M., Martin, J.B., Feindel, W., Guberman, A., Simpson, C. (1983). Sexual ictal manifestations predominate in women with temporal lobe epilepsy: A finding suggesting sexual dimorphism in the human brain. *Neurology*, 33(3), 323-30. <https://doi.org/10.1212/wnl.33.3.323>
- Reay, B., Atwood, N.J. Gooder, C. (2013). Inventing sex: The short history of sex addiction. *Sexuality & Culture*, 17, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s12119-012-9136-3>
- Riemersma, J., & Sytsma, M. (2013). A new generation of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 306-22. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.843067>
- Rosenberg, K.P., Carnes, P., O'Connor, S. (2014). Evaluation and treatment of sex addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40, 77-91. <https://doi.org/10.1080/0092623X2012.701268>
- Schafer, J.O., Naumann, E., Holmes, E.A., Tuschen-Caffier, B., Samson, A.C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), 261-76. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Schwartz, M.F., Galperin, L. (2002). Hyposexuality and hypersexuality secondary to childhood trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3, 107-20. https://doi.org/10.1300/J229v03n04_06
- Schwartz, M.F., Masters, W.H. (1994). Integration of trauma-based, cognitive-behavioral, systemic and addiction approaches for treatment of hypersexual pair-bonding disorder. *Sexual Addiction&Compulsivity*, 1(1), 57-76. <https://doi.org/10.1080/10720169408400028>
- Semple, S.J., Zians, J., Grant, I., Patterson, T.L. (2006). Sexual risk behavior of HIV-positive methamphetamine-using men who have sex with men: The role of partner serostatus and partner type. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 461-71. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9045-3>
- Semple, S.J., Zians, J., Strathdee, S.A., Patterson, T.L. (2009). Sexual marathons and methamphetamine use among HIV-positive men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 583-90. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9292-y>
- Slavin, M.N., Scoglio, A.A.J., Blycker, G.R., Potenza, M.N., Kraus, S.W. (2020). Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: a systematic literature review. *Current Addictions Reports*, 7, 76-88. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00298-9>
- Smith, S. (2007). Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry*, 6(3), 111-4. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2006.12.004>
- Storholm, E.D., Fisher, D.G., Napper, L.E., Reynolds, G.L. Halkitis, P.N. (2011). Proposing a tentative cut point for the compulsive sexual behavior inventory. *Archives of Sexual Behavior*, 40(6), 1301-8. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9712-2>
- Sussman, S., Lisha, N., Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of majority or the minority?. *Eval Healyh Prof*, 34, 3-56. <https://doi.org/10.1177/0163278710380124>.
- Şahpolat, M., Arı, M., Kocaçaya, M.H., Çöpoğlu, Ü.S. (2014). Ödül eksikliği sendromu. *Bağımlılık Dergisi*, 15, 85-90.
- Taber, K.H., Black, D.N., Porrino, L.J., Hurley, R.A. (2012) Neuroanatomy of dopamine: Reward and addiction. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 24(1), 1-4. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.24.1.1>
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*, 25, 397-426. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(01\)00003-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(01)00003-x)
- Tosto, G., Talarico, G., Lenzi, G.L., Bruno, G. (2008). Effect of citalopram in treating hypersexuality in an Alzheimer's disease case. *Neurol Sci*, 29, 269-70. <https://doi.org/10.1007/s10072-008-0979-1>
- Walton, M.T., Cantor, J.M., Bhullar, N., Lykins A.D. (2017) Hypersexuality: a critical review and introduction to the "sexhavior cycle". *Archives of Sexual Behavior*, 6, 2231-51. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0991-8>

- Washton, A.M., Zweben, J E. (2009). Stimulant drugs and sex. In A. M. Washton & J. E. Zweben (Eds.), *Cocaine and methamphetamine addiction: Treatment, recovery, and relapse prevention* New York: Norton. pp. 1–10.
- Weiss, R. (2015). *Sex addiction 101: A basic guide to healing from sex, porn, and love addiction*. Deerfield Beach, FL: Health Communications Inc.
- Worth, H., Rawstorne, P. (2005). Crystallizing the HIV epidemic: Methamphetamine, unsafe sex, and gay diseases of the will. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 483-6. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-6274-9>
- Young, K.S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychol Behav.* 10(5), 671-9. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9971>
- Zengin Eroğlu, M., Tamam, L. (2016). Geç başlangıçlı bir kompulsif seks bağımlılığı olgusu. *Journal of Mood Disorders*, 6, 234-7. <https://doi.org/10.5455/jmood.20161021120035>

BÖLÜM 3.1

Sigara Bağımlılığında Danışmanlık, Arındırma, Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Prof. Dr. Sebahat GÜCÜK

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bağımlılıkla Mücadele Uygulama ve Araştırma Merkezi

İçindekiler

Giriş

3.1.1. Sigara Bağımlılığında Danışmanlık

3.1.1.1. Sigara bağımlılığının klinik değerlendirilmesi

3.1.1.2. 5A yaklaşımı

3.1.1.3. 5R yaklaşımı

3.1.2. Sigara Bağımlılığında Arındırma

3.1.3. Sigara Bağımlılığında Tedavi

3.1.3.1. Farmakolojik tedaviler

3.1.3.2. Psikoterapiler

3.1.4 Rehabilitasyon Hizmetleri

3.1.5 Sağlık çalışanlarının tütün ve tütün ürünlerinin bırakılması mücadelesindeki rolleri

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Sigara bağımlılığı, nikotin içeren ürünlerin düzenli olarak kullanımı sonucu ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik bir durumdur. Sigara içen kişiler, nikotin nedeniyle beyindeki ödül merkezlerinin uyarılması sonucu nikotine bağımlı hale gelir. Sigara bağımlılığı, zamanla artan bir ihtiyaç halini alır ve bırakıldığında çeşitli yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Sigara bağımlılığının neden olduğu sağlık sorunları ciddi olabilir ve ölümcül sonuçlar doğurabilir (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021). Sigara bırakma, ilgili hastalıkların önlenmesi, bunların tedavisi, rehabilitasyonu ve sigara içmeyenlerin sağlığının korunmasına yönelik yararlar sağlayacaktır. Bu bölümde Sigara bağımlılığında danışmanlık, arındırma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelik bilgiler sunulacaktır.

3.1.1. Sigara Bağımlılığında Danışmanlık

3.1.1.1. Sigara bağımlılığının klinik değerlendirilmesi

Her hastanın tütün kullanım durumunun sorgulanması, değerlendirilmesi, kaydedilmesi ve bırakma için desteklenmesi en önemli adımdır. Her hastaya kendi tütün bağımlılığı durumu için en uygun olabilecek tedavilerin varlığı anlatılmalı ve önerilmelidir. Hasta bırakma konusunda isteksizse mutlaka motivasyonel destek sağlanmalı ve hastaları değerlendirirken olumsuz ifadelerden kaçınılmalıdır (Anderson vd., 2002:121). Hekime herhangi bir sebeple başvuran hastalarla yapılan kısa süreli bir görüşme bile sigara bırakma oranlarını anlamlı derecede artırabilmektedir (Yıldırım, 2016:4). Herhangi bir nedenle sağlık hizmeti almak amaçlı başvuran hastalarla olan görüşmeler sırasında sigarayı bırakma konusunda kararlı hastalarda 5A, kararsız olanlarda ise 5R yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir (Colby vd., 1998:66). Ülkemizde sigara bağımlılığında kurtulmak isteyenler Alo 171 sigara bırakma hattı ve Alo 182 merkezi hastane randevu sistemi üzerinden Sigara Bırakma Polikliniğine randevu alarak polikliniklere başvurabilirler. Danışanlar geldiğinde bazı formlar doldurulduktan sonra görüşmeye alınır. İlk ay daha sık olmak üzere takip edilmektedirler. Sigara bırakma polikliniklerinde davranış tedavileri eşliğinde TC. Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen sigara bırakma ilaçları ücretsiz olarak verilmektedir. Sigara bırakma polikliniklerinde sigara bırakma sürecinin her aşamasında hizmet verilmektedir. Karşılaştığımız her bir hastanın kullanım durumunun sorgulanması, değerlendirilmesi, bırakma için motive edilmesi ilk ve en önemli adımdır. Tütün kullanımını bırakmak isteyen kararlı hastalarda 5A, hastalarda tütün kullanımını bırakma motivasyonunu artırmak için 5R yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008).

3.1.1.2. 5A yaklaşımı

Sağlık personelinin tütün konusunda birincil koruma yönüyle yapacakları rehberlik hizmetleri oldukça önemlidir. Bu bölümde sağlık personelinin tütün kullanıcılarına yönelik “tütün kullanımları ve bağımlılığın tedavisine ilişkin 5A yaklaşımının başlıkları açıklanmıştır.

Öğren (Ask): Hastaların gelme nedenlerine bakılmaksızın her görüşme sırasında sigara içme durumları sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sigara içme durumlarına göre kullanan kişilerde başlama yaşı, kullandığı tütün ürünleri, kullanma süreleri ve miktarı, daha önceki denemeleri, denemeler sırasında yoksunluk bulgu-

ları sorgularımız içerisinde yer almalıdır (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008).

Öner (Advise): Her sigara kullanıcısına mutlaka bırakması önerilmelidir. Bu öneri açık, net güçlü ve kişiye özel olmalıdır (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008).

Değerlendir (Asses): Her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği değerlendirilmelidir. Bırakmak istiyorsa destek sağlanmalı, istemiyorsa 5R stratejileri uygulanmalıdır. Bırakmak isteyen hastaların bu aşamada bırakma isteği nedenleri ile kararlılık durumunun belirlenmesi ve nikotin bağımlılığı ölçülmelidir. Önceki bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi alma durumu gözden geçirilmelidir (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence,2008).

Yardım et (Assist): Görüşmeden sonraki iki hafta içerisinde hasta ile bir gün belirlenerek bırakma planı oluşturulması sürece başlanmasını sağlar. Genellikle oluşabilecek yoksunluk bulguları ve bunlarla başa çıkma yöntemlerine yönelik neler yapılabileceğinin konuşulduğu bir dönemdir. Yakın çevrede sigara kullanan varsa bazı düzenlemeler getirilmesi ile içme davranışının sonlandırılmasının daha kolay olacağı ifade edilerek tedavi önerilmelidir (Yıldırım, 2016).

Hastalara tedavide etkinliği kanıtlanmış ilaçların olduğu anlatılmalıdır. Destek tedavisi ile birlikte farmakolojik tedavinin birlikte kullanılması başarı oranlarını artırmaktadır (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008). Bütün bunlarla birlikte hastanın kararlılığı ve uyumunun ne kadar önemli olduğu üzerinde durulmalıdır.

Düzenle (Arrange): Hasta görüşme ve izlem süreleri dikkatle düzenlenmelidir. Her görüşmede tedaviye uyum, karşılaştığı sorunlar ve zorluklar görüşülmeli ve desteklenmelidir. Tekrar kullanım söz konusu ise nedenleri sorgulanmalı, tedavi gözden geçirilmeli ve vazgeçmemesi gerektiği anlatılmalıdır (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008).

3.1.1.3. 5R yaklaşımı

Sağlık personelinin tütün kullanımı motivasyonunu artırmak için 5R yaklaşımını kullanılması önerilmektedir. Aşağıda bu yöntemin başlıkları açıklanmıştır:

İlişkilendir (Relevance): Sigara içilmesi durumunun hastanın mevcut durumu, etrafına verdiği maddi ve manevi zararlar ile ilişkilendirilmeli ve bırakma konusunda destek önerilmelidir (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008:35).

Riskler (Risks): Hastanın mevcut haliyle ilişkilendirilerek sigara içmenin kısa ve uzun vadeli riskleri anlatılmalıdır (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008:35).

Ödüller (Rewards): Sigara içmenin bırakılması ile olan kazanımları aktarılmalı, Sağlığı ile ilişkili beklenen düzeltilmeler konusunda bilgilendirilmelidir (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008:35).

Engeller (Roadblocks): Tütün ve tütün ürünü kullanma davranışlarını sonlandırmalarına engel olarak bazı öğeleri ifade ettikleri nedenler belirlenmeye çalışılmalı ve bu sayılanların her biri için çözümler üretilebileceği, sürece uyumun esas olduğu

anlatılmalıdır (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008:35).

Tekrar (Repetition): Karar oluşturamamış hastalara her görüşmede desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önceki deneyimleri olanlarda bırakmak için denemeye devam etmesi, birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2008:35).

3.1.2. Sigara Bağımlılığında Arındırma

Sigara bağımlılığında arındırma, sigara içmekten kaynaklı zararlı maddelerin vücuttan atılması süreci olarak tanımlanabilir. Sigara içmeyi bırakan kişilerde gerçekleşen bu süreçte vücuttaki nikotin, karbon monoksit ve diğer zararlı maddelerin yavaş yavaş azaltılması ve ortadan kaldırılması hedeflenir. İçilen bol miktarda su, vücuttaki zararlı maddelerin daha hızlı atılmasını sağlar. Taze meyve ve sebzeler hasarları onarmak amaçlı vücudun arındırma sürecini hızlandırabilir. Sigarayı bıraktıktan sonra düzenli egzersiz, vücuttaki sigara dumanı hasarlarının onarımına yardımcı olabilir ve vücuttaki zararlı maddelerin daha hızlı atılmasını sağlayabilir. Arındırma sürecinde, kişinin sigarayı tamamen bırakması, disiplinli ve sabırlı olacak şekilde sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapması yönünde teşvik edilmesi önemlidir (Demir, 2014).

3.1.3. Sigara Bağımlılığında Tedavi

3.1.3.1. Farmakolojik tedaviler

● **Nikotin yerine koyma tedavileri (NYKT):**

Bu tedavi şekli sigara içmeyi bıraktıktan sonra ortaya çıkan sinirlilik, kaygı, konsantrasyon güçlüğü, açlık, kilo alımı ve uyku bozuklukları gibi yoksunluk semptomlarını azaltmak için nikotin sağlar. Sigara bağımlılığı tedavileri arasında en fazla kullanılan tedavidir (Taştekin ve Dilbaz, 2022:40). Tedavideki nikotin miktarı sigara ile alınan miktara göre az olmakla birlikte daha yavaş emilir ve kandaki seviyesi daha az olur. Önerilen tedavi süresi 12 hafta olmakla birlikte süre uzatılabilir. NYKT’de hafif düzeyde de olsa ağız kuruluğu, bulantı, kusma, ciltte kızarıklık, ishal terleme gibi yan etkiler görülebilmekle birlikte uzun süreli NYKT kullanımı ile ilgili herhangi bir zarar bildirilmemiştir (Pesen vd.,2021:2).

Son yıllarda sigarayı bırakmak için kullanılan ilaçlarla sigara bırakma konusunda ilerlemeler kaydedilmekle birlikte çeşitli farmakolojik ilaçların kombinasyonu, tedavi süresinin uzatılması, tedavinin kontrollerde hastalara göre ayarlanmasıyla tedavilerin etkinliğinin arttığı gösterilmiştir (European Network for Smoking and Tobacco Prevention [ENSP]:2020).

1.Nikotin yama/transdermal bant: Sakız kullanımında olduğu gibi bazı zorluklardan kaçınmak için geliştirilmiştir. Daha istikrarlı ve sigarayı bırakmaya daha uygun nikotin konsantrasyonları sağlama avantajına sahiptir. Acil nikotin ihtiyaçlarını karşılamak için oral formlar kullanıma daha uygundur. İçerisinde bulunan nikotin kademeli olarak uygulanmaktadır. Nikotin bandı çıkarılsa dahi deriden beyne yayılmaya devam etmektedir. Kullanım kolaylığı nedeniyle kolay uyum sağlanmaktadır. Lokal cilt reaksiyonlarını azaltmak için günlük uygulama yeri değişikliği önerilmektedir. Lokal reaksiyon durumlarında reaksiyonun büyüklüğüne göre yeniden kullanım değerlendirilmesi yapılmalıdır. Sabah mümkünse günlük temizlikten sonra yapı-

tırılmalı, fazla basınç alabilecek yerlerden kaçınılmalıdır. Bırakma tarihinden önce veya tam o tarihte başlanabilir. Bir kayma meydana gelse bile kullanmaya devam edilir. 16 ve 24 saatlik formlar mevcuttur. Kullanılan günlük sigara miktarına göre doz belirlenir (ENSP, 2020).

2.Nikotin sakızı: Çabuk etkilidir, düzenli bir nikotin kan seviyesi sağlayamaz. 2mg ve 4 mg dozları bulunmakta ve kullanımı hastanın ihtiyaç duyduğu ölçüde tarif edilmektedir. Etkili olabilmesi için çiğneme sonrası yanak mukozasında bekletilmekte ve o sırada emilim gerçekleşmektedir. Sonrasında tekrar çiğneme hareketi ve yanak mukozasında bekletme hareketi ile devam edilmektedir. Bir sakız için kullanım süresi dolduğunda nikotin içerdiği unutulmadan çocukların ulaşamayacağı bir şekilde atılımı sağlanmalıdır (ENSP, 2020).

3.Nikotin sublingual tablet: Bu tabletler dilin altına yerleştirilir. Batma hissine neden olabirler ve **çiğnemeye** ve emmeye gerek yoktur. Ağızda 15-30 dakikada erir (ENSP, 2020).

4.Nikotin pastil: Pastiller, 1-4 mg'lık dozajlarda mevcuttur. Pastiller film kaplı oldukları için uygulanması basittir. Çiğnenmeden yavaşıca emilirler (ENSP, 2020).

5.Nikotin inhaler: Ağız içine doğru nefes çekilir. Akciğerlere inhale edilmemelidir (ENSP, 2020).

6.Nikotin nazal sprey: Yoksunluk belirtilerini bastırmada etkilidir. Belli başlı dezavantajları olarak burunda tahrişe yol açabilmesi, sigara kadar hızlı nikotin vermeleri sayılabilir. Sigara içme isteği oldukça 1-2 defa sıkılır, saatte en fazla 4 defa sıkılması gerekir (ENSP, 2020).

Sigarayı bırakmak için nikotin yerine koyma tedavisi etkili bir farmakoterapi yöntemidir. Oral nikotin yerine koyma tedavisi ve bant gibi titre edilen nikotin yerine koyma tedavisi kombinasyonu, 14 haftayı aşan uzun süreli kullanım ile istenilen başarı oranlarının artabileceği belirtilmektedir (ENSP, 2020).

● **Bupropion:**

Bupropion, dopaminin ve norepinefrinin nöronal salınımını engelleyerek nikotinin beyin üzerindeki bazı etkilerini stimüle eder. Etkinlik açısından nikotin yerine koyma tedavilerine benzerdir. Nikotin yoksunluk bulgularını azaltır (Güzel,2017:4). Nikotin yerine koyma tedavilerini tolere edemeyen veya başarılı olamayan, nikotin dışı terapileri tercih etmek istediğini ifade eden hastalar için Bupropion etkili bir sigara bırakma yöntemi olarak önerilmektedir. Bupropion, 150 mg'lık 28 tabletlik kutularda mevcuttur. İlk olarak **üç gün her** sabah hastalar **ağızdan 150 mg bupropion dozu almalıdır.** Ardından günde iki kez 150 mg (en az 8 saat arayla) toplam 7-12 haftalık bir süre kullanılması önerilmektedir. Uzun süreli tedavi için bupropiyon iyi bir tedavi olarak karşımıza çıkmaktadır. Konvülsiyon oluşumu, eklem veya kas ağrıları, ateş, anafilaktik reaksiyonlar veya aşırı duyarlılık, nefes darlığı, insomni gibi durumlarda ilacın kesilmesi ve hastanın değerlendirilmesi önerilmektedir (Barua vd.,2018:72).

● **Vareniklin:**

Beyin dopamin salınımına aracılık eden ve nikotin bağımlılığının birincil mediatörü olduğuna inanılan $\alpha 4\beta 2$ nikotinik kolinerjik reseptörünün parsiyel agonistidir. Sadece bağımlılıkta değil, yoksunluk bulgularını azaltmada da etkili olmaktadır. Vareniklin'in 0,5 mg ve 1.0 mg dozları mevcuttur. Bırakılması planlanan tarihten

1-4 hafta önce başlanır. İlk üç gün 0,5 mg/gün, 4-7. günler sabah ve akşam 0,5 mg olarak devam edilir. Bundan sonra sabah ve akşam 1 mg şeklinde 3-6 ay devam edilebilmektedir (Barua vd.,2018:72).

İnsomnia, anormal rüyalar, ağrı, kabızlık, şişkinlik, mide bulantısı, ağız kuruluğu, iştah artışı görülebilmektedir. Şikâyetler genellikle ilk dört haftalık kullanımda görülebilmektedir (Xi, 2010:2). Psikotik bozukluğu duygudurum bozukluğu öyküsü olanlarda ve epilepsisi olanlarda önerilmemektedir. 18 yaş altı, gebe ve emzirenlerde kullanılmamalıdır. Pilotlar, kamyon ve otobüs sürücüleri gibi mesleklerde sürüş kabiliyetinde azalma ve ağır makinelerde çalışmada zorluk yaşayabilecekleri belirtilmiştir (Hays ve Ebbert, 2008:359).

Sigara bırakma tedavilerinde ikinci basamak farmakolojik tedavi seçenekleri arasında sonuçları için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte, hekim kontrolünde kullanılmak üzere Nortriptilin, Klonidin, Sitizin yer almaktadır (ESNP, 2020).

Kombinasyon tedavileri temelde farklı nikotin yerine koyma tedavilerinin birlikte kullanımı ve farklı etki mekanizmalarına sahip iki ilacın kullanımı temeline dayanmaktadır. İki farklı ilacın kullanıldığı kombinasyon tedavilerinde terapötik sinerji elde etmek hedeflenmektedir (ESNP, 2020).

3.1.3.2. Psikoterapiler

Sigara bağımlılığının tedavisinde psikoterapiler kullanılmaktadır. Ruhsal eğitsel yaklaşım, bilişsel ve davranışçı tedaviler, gevşeme tekniklerini içeren davranışçı tedaviler ve hipnoz kullanılabilen yöntemlerdendir.

Bilişsel ve davranışçı tedaviler (BDT), öncelikle uyumsuz düşünce ve davranış kalıplarını tanımlamaya ve değiştirmeye odaklanan olumsuz davranışları tedavi etmek için terapötik bir yaklaşımdır. BDT, sigarayı bırakmak için, sigara içmeye yönelik alışılmış düşünce biçimlerini ve duyguları bilişsel yeniden yapılandırmanın yanı sıra, nüksetmeyi önlemeye dayanan problem çözme ve baş etme becerilerini içerir. Sigara bağımlılığının tedavisinde BDT birçok çalışmada incelenmiş ve özellikle medikal tedavi kullanılmayan genç yetişkinler, gebeler, şizofreni ve bipolar tanısı olanlarda etkin bir tedavi olduğu gösterilmiştir (Vinci 2020:22).

Bazı gruplarda sigara kullanımı daha fazla olabilmektedir. Son dönemde çalışmalar özellikle bu gruplarda BDT yapılandırılması ve geliştirilmesi üzerinde durmaktadır. Madde kullanım bozukluğu teşhisi konan kişiler arasında sigara içme yaygınlığı yüksektir ve birçok kişi diğer maddeleri kullanmayı başarıyla bıraksada sıklıkla sigara içmeye devam etmektedir. Madde kullanım tedavisi görenler için sigarayı bırakma müdahalelerinin incelendiği bir çalışmada “BDT + nikotin yerine koyma tedavilerinin” sigara bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir (Thurgood vd., 2016:18).

Şizofreni ve bipolar bozukluk teşhisi konan bireyler için çift kör olan randomize kontrollü bir çalışmada sigara bırakmada ilaç ve BDT kombinasyonunun, BDT’ den daha etkili olduğu bulunmuştur (Cather vd.,2017:31). Sigara kullanan ve HIV nedeni ile antiretroviral tedavi alanlarla yapılan bir çalışmada BDT’nin sigara bırakmada etkin bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmiştir (O’Cleirigh vd., 2018:79).

Her hastanın durumuna göre bir yaklaşım uygulanması tedavi başarısını artırmaktadır. Bu anlamda sigara bağımlılığı olan hastalara sigara bırakma sürecinde kişiye özel psikolojik destek verilmesi, bireysel bilişsel ve davranışsal terapiler uy-

gulanması önerilmelidir. Online, telefon yoluyla ya da yüz yüze görüşmelerin yapılması, mobil uygulamalar, dijital destekler sigara bırakma amaçlı kullanılan diğer yöntemler arasında yer almaktadır (Whittaker vd.,2019:10).

Sigara bırakmada BDT yaklaşımı, yapılan ayrıntılı görüşmelerde hastayı tanıma ve sigara içme davranışını anlayarak başlamaktadır. Kişinin, bilişsel yapısını ortaya çıkarmak, olaylara, durumlara, kişilere ve nesnelere verilen anlamlarını, inançlarını belirlemek, otomatik düşünceleri akılcılık bakımından sorgulamaya tabi tutmak, yeniden bilişsel yapılandırmada bulunmaktır (Bostan ve Özerk, 2017:6.). Hastanın sigarayı bırakmasını teşvik etmek için, farklı çevresel, bilişsel davranışsal faktörler arasındaki sosyal etkileşimleri ve sigara kullanma davranışını değiştirilebileceğini öğrenmesi sağlanmalıdır. Sigara bırakma bir süreç olarak algılanmalı, bu süreçte sigarayı bırakma ve sigara içmeye dönme arasında gidiş gelişler normal olarak algılanmalı, hangi koşul altında olursa olsun hastaya olumlu yaklaşılmalı, yargılayıcı ve suçlayıcı olunmamalıdır (Ömeroğlu ve Kılıncı ,2022).

Hipnoterapi yöntemi sırasında, kişilere sigaradan nefret etme duygusu kazandırılır. Seans esnasında yapılan telkinlerde, sigaranın sağlığa vermiş olduğu zararlar kişilere doğru bir şekilde aktarılmalıdır. Hipnoterapi ile sigara bağımlılığından kurtarılıp, yerine daha sağlıklı davranışlar telkin edilir. Hipnoz veya hipnoterapi, zihinle ilgili gevşeme tekniklerini kullanma süreci olup, davranışsal problemlerle ilgili madde kullanım bozukluklarının tedavisinde de etkili olduğu düşünülmektedir (Yeh vd., 2014:1). Bağımlılığın tedavisinde hipnozun kalıcı bir yöntem olduğu belirtilmekte olup, hipnoz tek başına kullanıldığında sigara bağımlılığı üzerinde azaltıcı ve ortadan kaldırıcı yüksek düzeyde olumlu etki meydana getirmektedir (Gönçe, 2020:3).

3.1.4 Rehabilitasyon Hizmetleri

Sigara bağımlılığı, birçok kronik hastalıkta olduğu gibi uzun süreli ve tedavi gerektiren, tekrarlayıcı bir hastalıktır. Bırakma döneminde ve bıraktıktan sonraki dönemde hastaların izlemleri yapılmaktadır. Bırakma dönemindeki izlemlerde hekim desteği çok önemlidir. Görüşme süreleri ve sıklığı hastaların ihtiyaçları doğrultusunda planlanmalı, yüz yüze *görüşme*, *telefon veya görüntülü konuşma ile kontrolleri* yapılmalıdır. Sigara kullanımının bırakılmasına yönelik farmakolojik tedaviler, danışmanlık, psikoterapi gibi yöntemlerden yararlanılmaktadır. Hastanın sigara özgeçmişine göre değerlendirme yapılarak ilk üç ayda 3-6 görüşme, sonrasında üç aylık izlem sıklığı ile hastaların en az bir yıl takibi yapılmalıdır. *Yüksek* bağımlılık düzeyleri olan hastalarda, motivasyon sorunu olanlarda, ilaç uyumu problemi yaşayacaklarda veya ek hastalığı olanlarda daha sık *görüşme planlanması önerilmektedir* (Hartmann-Boyce vd.,2019).

Bırakma döneminde ortaya çıkan problemlerin çözümünün sigaraya başlamak olmadığı ve her problemin sigara dışında bir *çözümü olduğu vurgulanmalıdır* (Aytemur vd.,2016:4). Her izlemde yoksunluk semptomları sorgulanmalıdır. Tedaviye rağmen yoğun içme istekleri varlığında ek tedavi seçenekleri ve kombinasyon tedavileri düşünülmelidir. Tedavi süresi ve *bırakma sonrası ortaya çıkabilecek problemler* ve izlemlere devamın önemi açıklanmalıdır (Prochaska ve Benowitz, 2019; Lancaster ve Stead, 2017; Toprak ve Güleç, 2016).

Sigarayı bıraktıktan sonraki dönemde, arka arkaya *yedi gün veya iki hafta içinde* yedi ve üzeri sigara içme durumu nüks olarak adlandırılır. Bırakma döneminden sonra normal sigara *içmeyle* sonuçlanmayan daha az kullanım “kayma” olarak

adlandırılmaktadır. Tedavi sırasında tekrar sigara içme riski olanların tedavi sırasında belirlenmeye çalışılması ile verilen tedavilerin uzatılması ve süresinin yeniden düzenlenmesi yapılabilir (ESNP,2020).

Hastalar sigara bırakma döneminde biyopsikososyal açıdan değerlendirilip kişi merkezli yaklaşımla izlem yapılmalıdır. Özellikle yoksunluk semptomlarının yoğun görüldüğü ilk haftalarda ve nüks riski yüksek bireylerde sıkı takip ve bilişsel davranışçı terapiler etkin şekilde kullanılmalı, farmakolojik tedaviler uzun süreli ya da kombine olarak planlanmalıdır (Kuş ve Acar, 2022).

3.1.5 Sağlık çalışanlarının tütün ve tütün ürünlerinin bırakılması mücadelesindeki rolleri

Tütüne bağlı sorunlar ve tütün kontrolü geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Tüm sağlık çalışanları hekim, hemşire eczacı ve diğer sağlık çalışanları önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olan tütün tüketimi ve bunun olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olma konusunda önemli konumda bulunmaktadır. Yapılan çalışmada (Aycan ve Yeşiltaş, 2023) sağlık çalışanlarının sonuçları itibariyle iş yüklerini her geçen gün daha da artıran tütün ürünleri kullanım konusuna yeterince önem vermedikleri saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının tütün ürünlerinin hem sağlığa hem de sağlık ekonomisine zararları konusunda bilgi düzeylerinin artırılması önemlidir. Topluma olumlu sağlık alışkanlıkları kazandırmak, sigaraya başlamama, sigara bırakma konularında sağlığı geliştirici ve koruyucu, gerektiğinde tedavi edici çalışmaların yapılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının bu mücadelede ortak ve uyum içerisinde çalışmaları gerekmekte olup her biri birbirinden önemli, birbirinin yerine geçemeyecek önemli rolleri vardır. Bunlardan bazıları (WHO,2005);

Rol model; Tütün kullanımının kişinin sağlığına verebileceği zararı bilmek, birçok durumda tütün bağımlılığının üstesinden gelmek için yeterli değildir. Tütün kullanımı tütün kontrolü sözcüsü olarak imajlarını ve güvenilirliklerini etkileyebilir. Sigara içen sağlık profesyonellerinin sigarayı bırakmayı teşvik etme veya tütün kontrolüne katılma olasılıklarının daha düşük olabilir. Sağlık çalışanlarının sağlıklı davranışlar bakımından rol model olmaları gerektiği konusunda bilinçlendirilmeleri sağlanmalı, kendilerinin sigara bırakmalarını teşvik etmeye yönelik programlar planlanmalıdır. Özellikle birinci basamakta görev yapan hekim ve hemşirelerin hastalarına yapacakları değerlendirmelerde sigara konusunu da ele almaları ve ihtiyaç gördükleri hastalarını bırakmayı desteklemek amaçlı yönlendirmeleri önemlidir (Tokur Kesgin, 2012).

Klinisyen; Tüm sağlık profesyonelleri, tütün kullanan hastalar veya danışanlar sözü konusu olduğunda, tütünü bırakmanın kişinin kendi sağlığı için yapılabilecek en iyi şey olduğunu tavsiye etmelidir. Bunu yapmanın kısa ve uzun vadeli faydaları hakkında kolayca ve hızlı bir şekilde farkındalık yaratabilirler ve sigarayı bırakmanın her yaşta sağlık faydalarıyla sonuçlandığını hatırlatabilirler.

Eğitimci; Sağlık çalışanları tütün kontrolünün her aşamasında görev yapabileceklerdir. Bunun için öğrencilik yıllarından başlayan tütünle mücadele konusunda eğitim almaları ilerleyen dönemde bunu aktarmalarını kolaylaştırabilecektir.

Araştırmacı; Tütün kontrol önlemleri gerçeklere ve kanıtlara dayanmalıdır. Tütün kullanımını önlemeyi amaçlayan programlar sırasında dikkate alınması gereken önemli bileşenlerdendir. Bu nedenle tüm sağlık çalışanları kendi uygulama kapasitelerini dahilinde bilim temelli bilgilerin farkında olmalıdır. Mücadele yönündeki

araştırmalar da teşvik edilmelidir (WHO,2005).

Lider; Sağlık çalışanlarının bir diğer görevi de diğer otoritelere göre sağlık konusunda lider konumunda olmasıdır. Liderlik pozisyonlarındakilerin üstlenebileceği birçok faaliyet arasında politika yapma sürecine dahil olmak, sigarayı bırakmanın mevcudiyetinin ötesine geçen kapsamlı tütün kontrol önlemlerini desteklemek, gençlerin tütün kullanmaya başlamasını önlemek için kampanyalar planlamak gibi birçok görevi bularmaktadır (WHO,2005).

DİKKAT

Sigara bağımlılığı, diğer psikiyatrik hastalıklara benzer biçimde nüks ve remisyon döngülerini içerir. Tedavi hekimler tarafından uygun farmakolojik ajanlar ve destek tedaviler planlanarak yapılmalı ve takip edilmelidir.

Yenilikçi fikir üreten ve birleştirici; Tütün kontrol önlemlerini geliştirmeye yönelik çalışıyor olmalıdır. Bunu için olan politikalara yeni uygulamalara hâkim olmalı, yeni öneriler oluşturabilmelidir. Halk sağlığı bu anlamda bütün disiplinlerin alanıdır. Tütünle ilgili sorunlar ve tütün kontrolü çok çeşitli sağlık disiplinlerini kapsar ve bir sağlık çalışanının rollerinden biri de her kesimin tütün kontrolünü bir şekilde desteklemesini sağlamaktır (WHO,2005).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Kocakaya ve arkadaşlarının (2022) sigara bırakma polikliniğine başvuran 190 kişide yaptıkları çalışmalarında uygulanan tedavilerin sigara bırakma başarısı üzerine birbirine üstünlükleri gösterilememiştir. Tedaviye düzenli devam edenlerin %53,8'i (n=14), düzenli devam etmeyenlerin ise %22,6'sı (n=37) sigarayı bırakabilmiştir (p=0,002). Tedaviye düzenli devam etmenin sigara bırakma başarısında artışa neden olduğu saptanmıştır (Kocakaya vd., 2022:23).

Özet noktalar

Her hastanın tütün kullanım durumunun sorgulanması, değerlendirilmesi, kaydedilmesi ve bırakma için desteklenmesi en önemli adımdır. Her hastaya kendi tütün bağımlılığı durumu için en uygun olabilecek tedavilerin varlığı anlatılmalı ve önerilmelidir. Arındırma, sigara içmekten kaynaklı zararlı maddelerin vücuttan atılması süreci olarak tanımlanabilir. Nikotin yerine koyma tedavileri sigara içen bir kişiye sigarayı bıraktığında ortaya çıkan sinirlilik, kaygı, konsantrasyon güçlüğü, açlık, kilo alımı ve uyku bozuklukları gibi yoksunluk semptomlarını azaltmak için nikotin sağlar. Bupropion, etki mekanizmasıyla nikotinin beyin üzerindeki bazı etkilerini stimüle eder. Etkinlik açısından nikotin yerine koyma tedavilerine benzerdir. Nikotin yoksunluk bulgularını azaltır. Vareniklin, etki mekanizması nedeniyle sadece bağımlılıkta değil, yoksunluk bulgularını azaltmada da etkili olmaktadır. Ruhsal eğitsel yaklaşım, bilişsel ve davranışçı tedaviler, gevşeme tekniklerini içeren davranışçı tedaviler ve hipnoz tedavide kullanılabilen yöntemlerdendir. Sigara bağımlılığı, birçok kronik hastalıkta olduğu gibi uzun süreli ve tedavi gerektiren, tekrarlayıcı bir hastalıktır. Bırakma döneminde ve bıraktıktan sonraki dönemde hastaların izlemeleri yapılmalıdır. Bırakma dönemindeki izlemlerde yargılamadan, motive edici hekim desteği çok önemlidir.

Kaynaklar

- Anderson, J.E., Jorenby, D.E., Scott, W.J., Fiore, M.C. (2002). Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*, 121(3), 932-41.
- Aycan M.S., Yeşiltaş A. (2023). Bir devlet hastanesi çalışanlarının ve hastalarının tütün ürünleri kullanma durumu ve tütün yasasına uyumları: karşılaştırmalı bir araştırma. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 1400-15.
- Aytemur ,Z.A.(2016). Sigara bırakma: Nüks ve tedavisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1),152-155.
- Barua, R. S., Rigotti, N. A., Benowitz, N. L., Cummings, K. M., Jazayeri, M. A., Morris, P. B., Ratchford, E. V., Sarna, L., Stecker, E. C., Wiggins, B. S. (2018). 2018 ACC Expert consensus decision pathway on tobacco cessation treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on clinical expert consensus documents. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(25), 3332–3365.
- Bostan, P.P., Özerk, H. (2017). Sigara içme davranışının zincirlerini kırmak adına. *Türk Toraks Derneği Toraks Bülteni*, 6(1),51-55.
- Cather, C., Pachas, G. N., Cieslak, K. M., Evins, A. E. (2017). Achieving smoking cessation in individuals with schizophrenia: Special considerations. *CNS drugs*, 31(6):471–481.
- Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *American journal of preventive medicine*, 35(2), 158–176.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., Wooldard, R. H., Lewander, W. J. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 574–578.
- Demir, S. (2014). Güvenlik Yönetiminde Beden Sağlığı ve Sağlıklı Beslenme. Harmancı, F. M., Gözübenli, M., Dağlar, M. Editör. *Güvenlik Sektöründe Taktiksel Yöneticilik*. Nobel Yayınevi.s.291-309
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP) Guidelines English Edition.(2020). Guidelines for treating tobacco dependence.Erişim tarihi: 08 Nisan 2023, https://ensp.network/wpcontent/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf
- Gönce, N.M.(2020). Using the hypnosis in treatment of smoking addiction: AUCH Technique. *Eurasian JHS*, 3(2),69-76.
- Güzel, A.(2017). Tobacco plant and pharmacological properties; Is it really devil weed? *Güncel Göğüs Hast Serisi*, 4(1), 22-26.
- Hartmann-Boyce, J., Hong, B., Livingstone-Banks, J., Wheat, H., Fanshawe, T. R. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 6(6), CD009670.
- Hays, J.T., Ebbert, J.O.(2008). Varenicline for tobacco dependence. *N Engl J Med*, 359(19),2018-2024.
- Kocakaya, D., Şenol, H., Aslan, S., Çırakoğlu, A.M., Çakır, M., Telci, H., Çetinkaya, M., Olgun, S., Özaydın, A.N., Berrin, C.(2022). Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde tedavi başarısını etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi*, 23(1), 69-77.
- Kuş, C., Acar, T. (2022). Bırakma döneminde izlem ve nüks olgulara yaklaşım. Acar T, editör. *Tütün bağımlılığı ve tedavisi*. Ankara: Türkiye Klinikleri. s.62-67.
- Lancaster, T., Stead, L. F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3):CD001292
- National Institute on Drug Abuse. NIDA. (2021). Cigarettes and other tobacco products drug facts. Erişim tarihi: 08 Nisan 2023, <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/cigarettes-other-tobacco-products>
- O'Cleirigh, C., Zvolensky, M.J., Smits, J. A.J., Labbe, A. K., Coleman, J.N., Wilner, J.G.,

- Stanton, A.M., Gonzalez, A., Garey, L., Regenauer, K.S., Rosenfield, D. (2018). Integrated treatment for smoking cessation, anxiety, and depressed mood in people living with HIV: A randomized controlled trial. *JAIDS J Acquir Immune Def Synd*,79(2),261–268.
- Ömeroğlu, Ş.G., Kılınc, O. (2022). Sigara bırakma tedavisinde bilişsel ve davranışsal yöntemler. Acar, T. editör. *Tütün Bağımlılığı ve Tedavisi*. Ankara: Türkiye Klinikleri.s.36-39.
- Pesen, S.F., Karadoğan, S., Akbulut, A. (2021). Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımı ve tütün kontrol politikalarına genel bir bakış. *Turkey Health Literacy Journal*,2(3),191-196.
- Prochaska, J.J., Benowitz, N.L.(2019). Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction. *Sci Adv*, 5(10):eaay9763.
- Taştekin, N., Dilbaz, N. (2022). Sigara bırakmada farmakolojik tedavi. Acar, T.editör. *Tütün Bağımlılığı ve Tedavisi*. Ankara: Türkiye Klinikleri.s.40-3.
- The role of health professionals in tobacco control (2005). World Health Organization. Erişim tarihi: 08 Nisan 2023, <https://www.who.int/publications/i/item/9241593202>
- Thurgood, S. L., McNeill, A., Clark-Carter, D., Brose, L. S. (2016). Systematic review of smoking cessation interventions for adults in substance abuse treatment or recovery. *Nicotine Tob Res*, 18(5):993–1001.
- Tokur Kesgin, M. (2012). Çocukların sigaranın zararlarından korunması: halk sağlığı hemşiresi ve öncelikli sorumluluklar. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 19(1): 90-96
- Toprak, E. D., Güleç, S.S.(2016). Nikotin bağımlılığında relapsların yönetimi ve takip. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2016;7(5):62-68.
- Vinci, C. (2020). Cognitive behavioral and mindfulness-based interventions for smoking cessation: a Review of the recent literature. *Current Oncology Reports*, 22(6), 58.
- Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Rodgers, A., Gu, Y., & Dobson, R. (2019). Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD006611.
- Xi, Z. X. (2010). Preclinical pharmacology, efficacy and safety of varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients. *Drug, Healthcare And Patient Safety*, 2, 39–48.
- Yeh, V. M., Schnur, J. B., Montgomery, G. H. (2014). Disseminating hypnosis to health care settings: Applying the RE-AIM framework. *Psychology of Consciousness (Washington, D.C.)*, 1(2), 213–228.
- Yıldırım, E.G. (2016).Tütün bağımlılığı ve tedavisinde hekim sorumluluğu ve 5A 5R yaklaşımı. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1), 90-96.

BÖLÜM 3.2

Alkol Bağımlılığında Danışmanlık, Arındırma, Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Prof. Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ¹

Uzm. Dr. Betül AKTEPE²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

²Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

İçindekiler

Giriş

3.2.1. Alkol ile ilişkili Bozukluklara Genel Bakış

3.2.1.1. Alkol ve sinir sistemi üzerine etkileri

3.2.1.2. Alkol ve gastrointestinal sistem üzerine etkileri

3.2.1.3. Alkol ve kardiyovasküler sistem üzerine etkileri

3.2.1.4. Alkol ve kanser ilişkisi

3.2.1.5. Alkol ve diğer sistemler üzerine etkileri

3.2.1.6. Alkol ve bebek sağlığı üzerine etkileri

3.2.2. Alkol Kullanım Bozukluklarında İçme Davranışına Ait Tanımlar

3.2.3 Alkol Kullanım Bozukluklarını Değerlendirmede Yararlanılan Kimi Biyobelirteçler

3.2.4. Alkol Kullanım Bozuklukları Tedavisi

3.2.4.1. Alkol intoksikasyonu ve tedavisi

3.2.4.2. Alkol yoksunluğu ve tedavisi

3.2.4.3. Epileptik nöbetler ve tedavisi

3.2.3.4. Wernicke ensefalopatisi -korsakof psikozu ve tedavisi

3.2.3.5. Arındırma sonrası farmakolojik tedavi

3.2.6. Alkol Kullanım Bozukluğunda Ruhsal Bozuklukların Tedavisi

3.2.7. Psikososyal Tedaviler

3.2.7.1. Motivasyonel görüşme

3.2.7.2. Bilişsel davranışçı terapi

3.2.7.3. Rehabilitasyon

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Alkol kullanımı ve bozuklukları tarih boyunca insanların ilgisini çekmiştir. Kültür, din ve davranışsal alışkanlıklar alkol bağımlılığının seyrini etkiler. Alkol insanların tüm dünyada yaygın olarak kullandığı bir içecektir. Birleşmiş Milletler (BM) 2020 yılında dünya nüfusunun %38'nin alkol kullandığı, %3,5-14,8'inde alkol kullanım bozukluğu olduğu ve bir yılda alkole bağlı üç milyon ölüm olduğunu tespit etmiştir (BM, 2020). Alkol diğer zihni etkileyen maddelere göre daha geç dönemde belirti verir. Erkekler kadınlara göre daha fazla miktarda alkol kullanır. Ancak kadınlar erkeklerle aynı miktarda alkol alsalar ve aynı beden kitle endeksine, yağ dağılımına sahip olduğu koşullarda erkeklere göre daha olumsuz etkilenirler (Carr, 2024). Alkolün sağlıkla ilgili olumsuz sonuçları diğer bağımlılık yapıcı maddelere göre geç başladığı için diğer bağımlılıklara göre işlevsellikleri daha yüksek olsa da kullanım bozukluğu tablosu klinik tablo netleşince aile, iş yaşamında ciddi sorunlarına yol açar. Alkol kullanım bozukluğu olan kimseler sağlıklı kişilere göre çeşitli nedenlerle en az on yıl erken ölür (Schuckit, 2024; NIAAA, 2024; WHO, 2018).

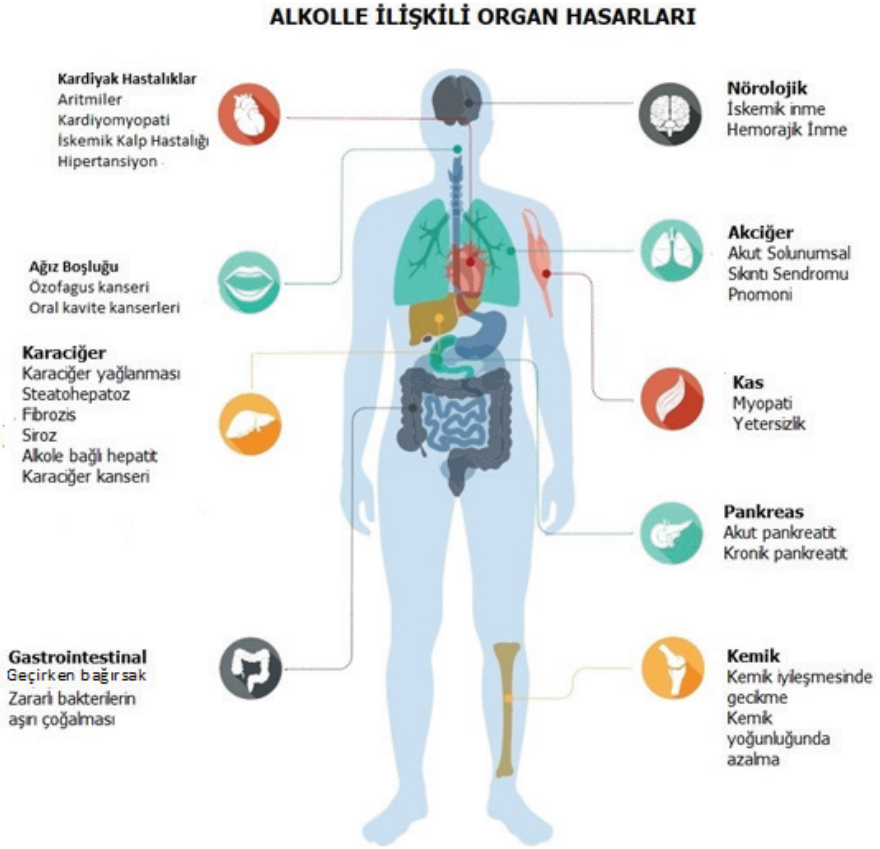
Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Alkol kullanım bozukluğunun sağlık sistemine maliyeti yüz milyar dolarlarla ifade edilir. Alkol kullanım bozukluğu depresyon kaygı bozuklukları gibi ruhsal bozuklukların yansira tıbbi olarak önemli hastalıkların oluşumunda rol alır. Hamilelikte alkol kullanımı bebek için kesinlikle zararlıdır. Alkol ve metaboliti asetaldehit fetüsta doğrudan zararlı etkilere yol açar. Hamilelik sırasında alkol kullanan kadınların bebeklerinde düşük veya ölü doğum olasılığı artar. Ağır bağımlılıklarda fetal alkol sendromu (FAS) gelişebilir. Fetal alkol sendromu doğumsal anomaliler, kardiyak sorunlar ve bilişsel belirtilerle seyrederek (Lees,2020). Alkol kullanımına bağlı bebeklerde oluşan etkilerin önemli kısmı geri dönüşüzdür. Alkol kullanımı bebeklerde tam FAS kliniği oluşturmasa bile Fetal Alkol Spektrumu Bozuklukları (FESB) olarak adlandırılan klinik tabloya yol açabilir (Koehlmoos, 2024). Alkol kullanım bozuklukları olan annelerin çocuklarının ileriki yaşamlarında dikkat, planlama, dürtü kontrol ve sözel acıcılıkları bozulabilir (Schuckit, 2024; WHO, 2018; Kelly, 2016).

Alkolün yol açtığı sorunların önlenmesi multidisipliner çaba gerektirir. Toplumaya yönelik danışmanlık, küçük çocuklar, hamileler gibi zedelenebilir gruplarda yer alan kimselerle, riskli işlerde görevli kişilerin korunması gereklidir. Alkolün toplum içinde ve riskli gruplarda kullanımına yönelik sınırlamalar ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de tüm dünyada yaygın olarak uygulanır. Ancak sınırlamaların sonuç vermesi ve çok sektörlü faaliyet planlarının uygulanabilmesi yetişmiş insan gücü, toplumun doğru bilgilendirilmesi, adli idari süreçlerin sağlıklı işlemesi ve alkol ve sonuçlarına dair mevzuatın yeterli olmasını gerektirir. Hekimler ve ruh sağlığı çalışanları açısından günlük pratikte alkol kullanım sorunlarına yönelik bireysel danışmanlık, alkolden arındırma, toksikolojik tedaviler, arındırma sonrası kaymayı önleme, relaps yönetim becerileri alkol kullanım bozukluklarına özgü yaklaşımları bilmek yaşamsal önemdedir. Gündelik mesleki yaşamda alkol ilişkili sorunlarla çok karşılaşılmasına ve çarpıcı bir sorun olarak gözler önünde olmasına karşın henüz sadece ülkemizde değil dünyada da yetişmiş kişi ve özelleşmiş kuruluşlar istenen düzeyde değildir (Schuckit, 2024; WHO, 2018; Kelly, 2016; Babor, 2015).

Bu bölümde Alkol ile ilişkili bozukluklar, toksikasyon, alkol yoksunluğu ve tedavisi, alkol yoksunluğunda oluşabilecek özgül hastalıklar ve rehabilitasyon hizmetleri ele alınacaktır. Okuyucular alkol kullanım bozukluklarına dair kimi tanımlar hakkında bilgiyi ayrıca bu kitabın alkol kullanım bozuklukları bölümünde bulabilirler.

3.2.1 Alkol ile İlişkili Bozukluklara Genel Bakış

Alkolün genel sistemler üzerine etkilerine bakıldığında birçok sistem üzerine olumsuz etkisi olduğu görülmektedir. Amerikan Alkol Kötüye Kullanım ve Alkolizm Enstitüsü (NIAAA, 2024). Alkolün sistemler üzerine etkisini bir şekilde ifade etmiştir. Mevcut bilgi düzeyimiz kanser ve kardiyovasküler riskler açısından zararlı olmayacak miktarda alkol kullanım seviyesinden bahsetmeyi mümkün kılmamaktadır. Alkol beyin, pankreas, akciğerler, kardiyovasküler sistem ve immün sistemini olumsuz etkiler (Şekil 3.2.1). Alkol kullanım bozukluğu nedeniyle yarısından fazlası kronik olumsuz etkiye bağlı olan önlenebilir ölümler olmaktadır. Alkol toksikasyon dönemindeki akut yaralanmalara bağlı ciddi sayılarda ölüme neden olur. Toksikasyon dönemindeki akut sorunlar nedeniyle hastaneye başvuru sayısı Amerika'da yıllık 5 milyon sayısına ulaşmıştır (NIAAA, 2024).



Şekil 3.2.1. Alkolle İlişkili Organ Hasarları

* NIAAA, 2024 ve National Cancer Institute. 2021 kaynaklarından yararlanılarak uyarlanmıştır

Alkol günümüzde temelde keyif verici etkisi nedeniyle tüketilmektedir. Zararlı etkileri ise hem beyin üzerine doğrudan etkileri hem de kullanım, metabolizması sonucu oluşan maddelerin etkilerine bağlı oluşmaktadır. Alkol genel tıpta ve günlük yaşamda birçok virüs ve bakteriyi elimine edebildiği için dezenfektan olarak kullanılır. Virus veya bakteri hücre duvarını yıkarak eliminasyon mekanizmasına benzer

şekilde oral mukoza ve gastrointestinal sistemde hücre yapım ve yıkım süreçlerini tetikleyerek GİS yapısını etkiler. Sigara ve oral hijyenin bozuk olması gibi ek etmenlerle beraber baş boyun bölgesinde kanserojen değişikliklere yol açar (NIAAA, 2024; Schuckit, 2024; National Cancer Institute, 2021; Kelly, 2016). Kronik kullanım sonucu gastrointestinal epitel yapısında değişimle duodenum üst yarısında özellikle tiamin ve başka vitaminlerin emiliminin azalmasına neden olur. Tiamin eksikliği nöropatik değişikliklere neden olur sonuçta hem periferik sinir sisteminde hem de santral siniri sisteminde zedelenme oluşur. Uzun vadede Demans, Wernicke ensefalopatisi, Korsakof Psikozu, alkole bağlı amnestik değişiklikler, blackoutlar, periferik nöropatiler gelişebilir (Schuckit, 2024; WHO, 2018; Kelly, 2019; Babor, 2015).

3.2.1.1. Alkol ve sinir sistemi üzerine etkileri

Alkol santral bir sinir sisteminde GABA benzodiazepin reseptör kompleksi üzerinden hücre içine Cl girişini artırdığı için nöronun uyarılabilirliğini azaltır. Alkol kullanan kişiler santral baskılayıcı etkiye karşın ilk dönemlerde konuşkan, neşeli, rahat görünebilir. Alkol kan alkol seviyesi düşüken öfori, sedasyon, kaygıda azalma ve disinhibisyon yapar (Schuckit, 2024; NIAAA, 2024; Kelly, 2016). Alkol baştaki keyif verici, kaygı giderici özellikleri nedeniyle sosyal etkinlikler sırasında kullanılır. Alkol kullanımı diğer bağımlılık yapıcı maddelerden çok daha fazla kültürel olarak desteklenir. Alkol kanda yüksek miktarlarda değilken üst kortikal bölgelerin inhibisyon etkinliğini baskılayarak alkolün farmakolojik olarak beklenen inhibisyon özelliğinin tersine öforiye yola açabilse de daha yüksek miktarda alkol motor koordinasyonu inhibisyon yoluyla bozar. Hatta kişi alkol kullanımına devam eder ve kan alkol düzeyi çok yükselirse solunum merkezlerini etkileyebilecek düzeyde bir inhibisyon nedeniyle ölümcül sonuçlara neden olur (NIAAA, 2024; Kelly, 2016).

Alkol diğer SSS depresanları olan Barbiturat ve benzodiazepinler gibi GABA reseptör kompleksi üzerinden etki gösterir. Alkolün başka nörotransmitterler üzerine etkisi olmasına rağmen en belirgin etkisi GABA A üzerinedir. GABA A alkolün uyku verici, kas gevşetici, antikonvulzan etkilere aracılık eder (Schuckit, 2024; NIAAA,2024).

Alkolün toksikasyon ve yoksunluk döneminde nörotransmitterler üzerine etkisi birbirine ters yönde olabilir. Alkol N- Metil D-Aspartat (NMDA) reseptörleri üzerinden Glutamat etkisine sebep olur. Çekilme döneminde glutamatın eksite edici özellikleri kuvvetlenirken, toksikasyon döneminde zayıflar (Schuckit, 2024; NIAAA, 2024). Alkol aşırma ve toksikasyon dönemlerinde beynin haz merkezlerinden biri olan ventral tegmental alandaki Dopamin reseptörlerinin sayı ve duyarlılığını değiştirerek klinik tablonun oluşumuna katkıda bulunur (Schuckit, 2024; Kelly , 2016).

Sinaptik aralıkta serotonin seviyesi alkol kullanımı ile artar ve reseptörler upregüle olur. Serotonin seviyesi düşükse alkole daha az yanıt alınır. Alkol alım miktarını tetikleyen sürecin sonunda bir seferde daha fazla miktarda alkol alınır, dolayısıyla kişinin alkolden gördüğü zarar miktarı yükselir. Alkolün ayrıca Adenozin, asetilkolin ve cannabinoid 1 reseptörleri üzerine etkisi vardır, Opioid ilişkili sistemlerin etkisini akut dönemde artırır (Schuckit, 2024; Kelly, 2016).

Alkolün orta beyin yapılarında dopamin ve opioid reseptörleri üzerinde etkisi bulunur. Alkol kendisi ruhsal bozukluk oluşturması yanı sıra alkol öncesi ruhsal sorunları artırır veya yeni bulgular oluşturur. Alkol bağımlılarında alkolün azaltılması

veya tamamen kesilmesi sonucu ortaya çıkan yoksunluk tablosu adrenokortikal ve noradrenerjik aktivitede artışla ortaya çıkan hiperekstabilite sendromuyla karakterizedir. Bu etkide Glutamat aracılıklı mekanizmalar suçlanmaktadır. Alkol yoksunluğunda epileptik nöbetler, Wernicke Ensefalopatisi (WE), Korsakof Psikozu ve Deliryum Tremens (DT) gibi ciddi durumlarla karşılaşılabilir (Schuckit, 2024; Kelly, 2016; WHO, 2018; Babor, 2015). Ayrıca alkol kullanımı santral ve periferik sinir sisteminde yaptığı hasara bağlı demansa, periferik sinirlerde nöropatiye, dikkat ve bellek kusurlarına yol açar (NIAAA, 2024; Zahr, 2024; Eva,2023).

WE, bilinç bozukluğu, oftalmopleji ve ataksi ile karakterize, ani başlangıçlı bir konfüzyon durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu vakalar genellikle atlanabilmekte olup, tanı için öncelikle yüksek bir şüphe gereklidir (Eva, 2023; Day, 2013). DT' li her hastaya sanki yeni tanı WE gibi yaklaşılmalıdır (Alvanzo, 2020). WE, Korsakof Psikozu alkol kullanım bozukluğu sonucu kötü beslenmeye bağlı B1 vitamini (tiamin) eksikliği ve bağırsak emilimi üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle oluşmaktadır (Schuckit, 2024; NIAAA, 2024; Eva,2023; WHO, 2018).

AKB'da Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları prefrontal, parietal, cerebellar ve talamik bölgelerin hacim azalmasıdır. Hacim azalması sonucu sulkuslar ve ventriküllerde genişleme gibi yaşla uyumsuz atrofik belirtiler görülür (Sullivan ve Pfefferbaum, 2019).

Alkol uykunun elektrofizyolojik yapısını bozar, uykusuzluğu tetikler, sirkadyen ritm bozukluklarına katkıda bulunur, uyku süresini kısaltır. Uyku sorunları AKB kliniğinde önemli bir yer tutar (Schuckit, 2024; NIAAA, 2024; He, 2019). Alkol uyku sırasında horlama, oksijen düzeyinin düşmesi gibi nefes alma verme ilgili sorunları artırır (He, 2019). Alkol Rapid Eye Movement (REM) uykusunu özellikle gecenin ikinci yarısında azaltır. Uykuya dalmayı geciktirir, uykuda kalma süresini azaltır.

3.2.1.2 Alkol ve gastrointestinal sistem üzerine etkileri

Esasen alkol %90 oranda karaciğerde metabolize olur, karaciğer hem alkole hem de toksik metabolitlerine maruz kalır. Kan tetkiklerinde karaciğer hücre içi enzimleri olan Gama Glutamil Transferaz (GGT), Alanin Transaminaz (ALT), Aspartam Transaminaz(AST) yükselir. Kadın ve erkeklerde artmış alkol kullanımı sırasıyla karaciğer yağlanması, karaciğer inflamasyonu, inflamasyona yanıt olarak fibrozis ve fibrozisin ilerlemesiyle beraber siroz gelişimine yol açar. Ağır alkol kullanımında karaciğer hücrelerinde yağ ve proteinler birikerek geri dönüşlü olabilen karaciğer yağlanması tablosuna yol açar. Karaciğerde oluşan zedelenme düz bir çizgide ilerlemek zorunda değildir. Karaciğer hasarını artıran etmenler ağır içicilik, kadın, yaşlı, obez olma ve sigara içme olarak ifade edilmektedir (NIAAA,2024; Schuckit, 2024; National Cancer Institute, 2021; Kelly, 2016). Alkole Bağlı hepatosteatozların yaklaşık %8-10 u siroza, alkol ilişkili sirozların yaklaşık %3-10 u hepatosellüler kansere neden olur (Mackowiak, 2024).

Hepatitlerde karaciğer hücre içi enzimleri olağan seviyelerinin üstünde kanda tespit edilir. AST 50 mg/dl den fazla 400'den düşük, bilirubin 3 mg/dl den fazla alkole bağlı hepatitten şüphelenmek gerekir. İnflamasyon sonrası hasar gören karaciğer hücrelerinin iyileşirken oluşturduğu fibrozis ve karaciğer damarları çevresinde biriken hyalin ve kollojen siroz sürecini başlatır. Skar dokusu oluşan karaciğer ve damar yapısının bozulması venlerin genişlemesine karın içi basınç artışına, karaci-

ğerden karın içine sıvı sızmasına ve asit oluşumuna neden olur. Artan portal basınç kalbe ve akciğerlere yük oluşturur. Karaciğer işlevini yerine getiremeyince oluşan toksik metabolitler bilişsel bozukluklarla seyreden hepatik ensefalopati dediğimiz tabloya yol açarlar (Mackowiak, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012). Portal hipertansiyon artışı, hepatik ensefalopati, hepatorenal sendrom sirozun yaşam tehdit eden komplikasyonlarıdır. Bazen akut ciddi alkole bağlı hepatitler gelişerek ölüme neden olur.

Ağır içicilerde akut dönemde özofagus ve midede ciddi inflamasyon bulantı kusma görülebilir. Eğer siroz sonucu genişlemiş özafagus damarları varsa kusma sırasında oluşan basınç artışı abondan kanamalarla ölüme neden olabilir (Mackowiak, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012). Alkol hem karaciğer dışında pankreasa da zarar verir. Kişilerde safra taşına bağlı sarılık görülebilir (Mackowiak, 2024). Alkol kullanım bozukluğu pankreasta da inflamasyon yapar. İnflamasyon sonucu oluşan hasar diyabet gelişimine neden olabilir (Mackowiak, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012). Alkol lökosit üretimini yapısını bozar ve enfeksiyonlara yatkınlık sağlar.

Kanama pıhtılaşma faktörleri karaciğerde sentezlendiği için eksikliklerine bağlı kanama riskleri oluşabilir. Ufak travmalarda morarma, kafa içi kanama riski artışı gibi ciddi sonuçlar görülür (NIAAA, 2024; Schuckit, 2024; WHO, 2018; Kelly, 2016; Babor, 2015).

Bozulmuş dolaşım dinamiği ile sağ kalp üzerine olan yüklenme vasküler sistemin bu basınca en yakın ve en zayıf yerlerden biri olan özofagus alt ucunda varis oluşumu, genişlemesi ile sonuçlanır. En nihayetinde ise damarsal yapıların bozulması, kusma gibi etmenlerle basınç artışının zorlamasıyla abondan şekilde yaşamı tehdit eden özofagal varis kanamalarına sebep olabilir (Schuckit, 2024; WHO, 2018; Kelly, 2016; Babor, 2015).

3.2.1.3. Alkol ve kardiyovasküler sistem üzerine etkileri

Alkol düşük dozlarda HDL miktarını artırarak dolaylı olarak tromboz eğilimini azaltır diye ifade edilse bile orta- ağır içicilik de stroke riskini artırır. NIAAA alkolle ilişkili kimi bozukluklarda zarar vermeyen bir alkol dozu önerememektedir. Alkol hipertansiyon, aritmi, kardiyomyopati, myokart enfarktüsü ve inme riskini artırmaktadır (NIAAA, 2024; Schuckit, 2024; Şengül, 2012).

Hipertansiyon: Ağır içicilik hem sistolik hem de diyastolik kan basıncını artırır. Ağır içiciler içme miktarını azaltırlarsa kan basıncı artışı geri dönebilir. Hiç alkol almayan kişilere göre günde 2'den az standart içki alan erkeklerin %19' da alkol hipertansiyon yapmaktadır. Kadınlarda 1 standart içkiden fazlası hipertansiyona yol açmaktadır (NIAAA, 2024; Roerecke, 2021, Rehm vd, 2017).

Aritmiler: Yapısal hastalık veya atrial fibrilasyon öyküsü olmasa bile hem akut hem de kronik alkol kullanımı aritmilere neden olur. Günde bir standart içkiden az alkol alınsa bile aritmi riski mevcuttur. Ağır içicilerde "tatil kalp sendromu" denilen kalp elektrofizyolojisindeki değişikliklerle gözlenen aritmilere neden olur. Kronik alkol kullanımı zamanla atrial fibrilasyon yapar (NIAAA, 2024, Schuckit, 2024).

Kardiyomyopati: Ağır alkol kullanımı kalp kasında kasılma becerisinde azalma ve dilatasyonla giden kardiyomyopatiye neden olur.

Myokart enfarktüsü: Kronik, ağır içicilik iskemik kalp hastalığı riskini artırır. Ağır içme dönemlerinde ilk 1,2 içkide kalp krizi riski artar 24 saat sonra kalp krizi riski

azalır. Ancak ağır içme dönemlerinden 1 hafta sonraya kadar kalp krizi riski ağır içme dönemi öncesine kıyasla daha fazladır. Alkolün günde bir ya da iki standart içki miktarında miyokart enfarktüsünü ve trombotik inmeyi azalttığı, sadece kırmızı şarap için geçerli olmak kaydıyla da kardiyoprotektif olduğu iddia edilmiştir. Tromboz azaltıcı etkinin trombosit birikmesinin engelleyici etki ile High Density Lipoprotein (HDL)'yi yükseltici etkisine bağlanmıştır. Kırmızı şaraba özgü düşük doz kırmızı şarabın kardiyoprotektif etkisi ise flavonoidlerin antioksidan etkisi ile vazokonstriktör endotelin-1 inhibisyonuna bağlanmıştır. Ayrıca düşük doz alkol safra taşları, periferik arter hastalıkları ve bazı demansları azaltabilmektedir. Alkol uzun süredir antiseptik ve temizleyici olarak kullanılır (Schuckit, 2024, Şengül, 2012). Daha önce yapılmış birçok çalışmada alkolün düşük dozlarda kalp krizi riskini azalttığı düşünülse de bu çalışmaların sonuçları daha sonraki çalışmalarda yapılan metodolojik kontrollerle abartılı bir sonuç olduğu düşünülmüştür. NIAAA Amerikan gıda Ajansının verilerine bakarak bu faydalar için bir alkol dozu önermemektedir (NIAAA, 2024).

İnme: Günde ortalama 1 standart içkiyle inme riski yaklaşık %14 artmaktadır. Ağır içicilerde inme riski daha da fazladır. Risk alkol kullanımı sırasında daha fazla içme bırakılınca risk zamanla azalmaktadır (NIAAA, 2024). Miyokart enfarktüsüne benzer şekilde hemorajik inme riskini azaltmak için uygun alkol dozu belirlememiştir (NIAAA, 2024).

3.2.1.4. Alkol ve kanser ilişkisi

Alkol kullanım bozukluklarında özellikle baş boyun, özofagus, mide, karaciğer, kolon, akciğer ve meme kanserleri sık görülür (IARC, 2024). Araştırmacılar kanser oluşumunda çeşitli mekanizmaların etkili olduğunu düşünmektedirler. Alkol metabolizması sonucu oluşan asetaldehit, DNA ve oksijene reaktif oluşan proteinler ve yağlarda hasara yol açar. Gastrointestinal Sistem (GIS)'deki zedelenme ve farklılaşmaya bağlı kimi maddelerin emilimi bozulur. Vitamin A, Folat, B kompleks vitaminler, Vitamin D, C ve karetonoid emilimindeki değişiklikler kanser gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Kan östrojen seviyesini artırarak kadınlarda meme kanseri riskini artırır. Alkolle oluşan bu etkilerin toplam sonucu etki kanserlerde artış şeklinde yansır

IARC etkili bir şekilde alkol kullanımının azaltılması veya kesilmesinin oral kavite, farinks, larinks, özofagus, kolorektum, karaciğer ve kadın meme kanseri riskini azalttığını belirtmiştir (IARC, 2024). Alkol günde 1 standart içkiden daha az kullanımı oral kavite, farinks, larinks, özofagus, kolon, rektum, karaciğer ve kadın meme kanseri riskinde artışa yol açar (IARC, 2024, Schuckit, 2024, NCI, 2024). Alkolün böbrek kanserleri ve Non Hodgkin lenfoma riskini azalttığını söyleyen çalışmalar olsa da diğer kanserlerde yaptığı büyük artış olumlu bir etki yaptığı görüşünü desteklememektedir.

3.2.1.5. Alkol ve diğer sistemler üzerine etkileri

Yüksek doz alkol kullanımı hemen hemen tüm sistemleri etkiler. Alkol testiküler atrofi, katarakt, kaza riskinde artış, iskelet kaslarında zayıflık, kemik kırıkları yapar (Schuckit, 2024; Pelletti, 2024; WHO,2018; Şengül, 2012). Alkol kullanımıyla bağışıklık sistemi etkilenir, direnç azalır, beslenme bozulur, riskli davranışlar artar. Cinsel yolla bulaşan veya bağışıklık sistemini baskılanması sonucu oluşan bazı hastalıkların görülme sıklığı artar (NIAAA, 2024; Carr, 2024). Alkole bağlı kimi istemli

kimi istemsiz sağlığı tehdit eden yaralanmalar olur. Alkollüken trafik kazaları, zehirlenmeler, düşmeler, yangın çıkarma, boğulma gibi istemsiz kazaların sıklığı artar. Aynı zamanda alkol kişilerarası şiddeti ve kendine zarar verme davranışını artıran en önemli kontrol edilebilir maddelerden biridir (Carey vd, 2024; WHO,2024; Pelletti, 2024; Chikritzhs ve Livingston, 2021)

3.2.1.6. Alkol ve bebek sağlığı üzerine etkileri

Hamilelerde sadece tek standart içki bile zararlıdır (NIAAA, 2024, Schuckit, 2024, WHO, 2018). Alkol ve metaboliti asetaldehit çocuk kanına karışarak yüksek doz alkol alınması halinde bebeğin kaybına neden olabilir. Ağır içici anneler doğum yaptıklarında bebeklerinde düşük IQ, baş çevresinin düşük olması, düşük doğum ağırlığı, parmaklarda ve kalpte gelişimsel defektler ve yüzde anomaliler oluşabilir. FAS veya düşük olmasa bile bebeklerde davranışsal sorunlar gelişebilir. Oluşan bilişsel belirtiler yaşam boyu sürebilir ve geri dönüşsüz olabilir (Lees, 2020). ABD Hastalıkları Kontrol ve Önleme (CDC) merkezinin 400 bin kişilik 2018-2020 yıllarını kapsayan Davranışsal Risk Etmenlerini İzleme Anketi sonuçlarına göre 18-49 yaş arası hamile kadınların %14'ü hamilelikleri sırasında alkol kullandığı görülmüştür. Yine Amerikan verilerine göre 6000 çocuğun dahil edildiği birinci sınıflarla yapılan bir çalışmada FESB sıklığı %1-5 olarak bulunmuştur. Alkolün herhangi bir dozu fetüs için zararlı gözükmetedir. Hamilelerin alkol kullanımı konusunda bilgilendirilmesi ve danışmanlık verilmesi başta FAS,FESB ilerde gelişebilecek dikkat bellek işlev bozukluklarından da koruyucu etki yapacaktır (Schuckit, 2024; NIAAA, 2024; Şengül, 2012).

Bağımlılık gelişmiş bireylerde de alkol kullanımı için güvenli bir sınır belirlenememiştir. Alkol kullanım sorunları olan bireylerde günde tek doz içki depresmeye ve sağlık sorunlarına yol açabilir. Alkol ile başka hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların etkileşimleri ise apayrı bir başlıktır. Alkol hem ruhsal hem medikal tedavi için kullanılan birçok ilaçla etkileşir. Benzodiazepinlerle etkileşiminin ölümcül sonuçları olabilir. Ruhsal bozukluklar için kullanılan benzodiazepinler gibi ilaçlarla alkol etkileşiminin ciddi ölümcül olabilecek yan etkilere yol açabilir (Schuckit, 2024, NIAAA, 2024; WHO, 2018; Şengül, 2012).

3.2.2. Alkol Kullanım Bozukluklarında İçme Davranışına Ait Tanımlar

Alkol bağımlılığında diğer bağımlılıklara benzer şekilde zararlı kullanım, tolerans, çekilme belirtileri, craving (aşerme) gibi kavramlar tanı ve tedavi sürecinde kullanılmaktadır.

Standart içki kavramı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Ülkemizde standart içki miktarı 12-14 gr'dır. İngiltere'de 8 gramdır (Tablo 3.2.1) (Schuckit, 2024; Akvardar, 2012; Şengül, 2012).

Kullanılan alkollü içeceğin içerisindeki alkol miktarı aşağıdaki dönüştürme katsayısı ile ortak bir referans aralığını değerlendiricilere sağlayabilir. Alkol hacmi x alkol oranı x dönüştürme katsayısı (1 ml etanoldeki saf alkol miktarı: 0,79) formülüyle hesaplanır (Schuckit, 2024; Akvardar, 2012; Şengül, 2012).

Tablo 3.2.1. Standart İçki Miktarları*

330 ml bira:1 standart içki
500 ml bira:1,5 standart içki
1 tek votka=1 tek tek rakı=1 tek cin (kabaca 40 ml):1 standart içki
1 kadeh şarap (140 ml):1 standart içki
1 double rakı:2 standart içki

*(Akvardar, 2012)'den yararlanılarak üretilmiştir.

Tıkınırcasına içme (Binge Drinking); kan alkol düzeyine yüzde 0.08 ve daha fazla artıran, Erkeklerde kabaca 2 saat içinde 5 standart içki, kadınlarda 4 standart içkinin tüketilmesidir.

Ağır İçicilik; Kadınlarda 4 adet ve üstü veya 8 adet /1 hafta, erkeklerde 5 adet içki/gün veya 15 standart içki/hafta tüketilmesidir. Kadınların günde 1, erkeklerin ise 2 standart içkiden fazla tüketmesi önerilmez (NIAAA, 2024; Schuckit, 2024; Akvardar, 2019).

Craving (Aşırme)

Aşırme (Craving) alkol almaya yönelik güçlü isteği ifade eder. Hamilelik döneminde çeşitli yiyecekler için tanımlanmış aşırme kavramı bağımlılıktaki isteğin kuvvetini ifade için kullanılmaktadır. DSM 5 ile tanı ölçütleri içerisinde belirtilmektedir. DSM 5 alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı kavramlarını alkol kullanım bozuklukları içerisinde birleştirmiştir (NIAAA, 2024; Schuckit, 2024; Akvardar, 2019).

Yoksunluk belirtileri alkol alınmadığı zaman oluşan belirtileri tanımlar, genellikle yaklaşık 7-10 gün içerisinde belirtilerin çoğunluğu kaybolur ancak bazı belirtiler daha uzun süreli de olabilir. Hafif yoksunluk grip benzeri belirtiler veya hastalıktan iyileşme dönemindeki belirtilere benzerken ağır olan yoksunluklarda deliryum tremens, status epileptikus(aralıksız epileptik nöbet) veya kardiyak otonom insitabilite geliştirerek ölüme neden olabilir. Yoksunluk belirtileri sırasında alkol veya benzer etki olan maddeleri kullanarak belirtileri hafifletildiği öğrenilir, kendi kendine bırakma çabaları sonuçsuz kalmış olabilir. Tekrarlayan alkol bırakma çabaları ve sonuçta bırakamama AKB'nda yenilgici tutumların ve değersizlik, yetersizlik düşüncelerinin çekirdeğini oluşturabilir.

Tolerans ise aynı etki için daha fazla madde kullanımını ifade eder. Alkolün yan etkileri kullanılan alkol miktarı arttıkça artar, bu nedenle tıbbi sorunlar daha fazla zarar verici olur.

Black out ise alkol kullanımına bağlı anterograd amnestik bir durumdur. Kişi alkol almakta olduğu dönemde uyanık olmasına rağmen ayıldığında hatırlayamamaktadır. Alkol bağımlılarının önemli bir kısmında doza ve bağımlılığın süresine bağlı olarak blackoutlar oluşur.

3.2.3 Alkol Kullanım Bozukluklarını Değerlendirmede Yararlanılan Kimi Biyobelirteçler

Alkolün kullanım düzeyini ve beden üzerindeki etkilerini kişi beyanından öte değerlendirmek istediğimizde biyobelirteçlerden yararlanırız. Çok sayıda biyobelirteç ve biyobelirteç adayı bulunmaktadır (Deveci, 2019). Biyobelirteçler tedavi değerlendirmeleri ve adli süreçlerde izlemde ek fayda sağlamaktadırlar. Alkol kullanım

bozukluklarında kullanılacak biyokimyasal belirteçler GGT, ALT, AST, Carbonhydrate deficiency transferrin (CDT) Mean Corpuscular Volume (MCV) kullanılmaktadır. Özgüllükleri tartışmalı ve belli bir zaman aralığı için bilgi verme özelliği olan belirteçlerdir. CDT FDA onayı olan ağır alkol kullanım tanısı için kullanılan biyobelirteçtir (Deveci, 2019).

Biyobelirteçlerin avantajları

1. Alkol kullanımını ve zamanla değişimi hakkında bilgi vermeleri
2. Görüşme ve anket ile elde edilen verileri destekleyebilmeleri
3. Hastanın klinik izleminde kullanılabilmesi
4. İletişimin imkânsız olduğu veya sağlıklı olmadığı koşullarda değerlendirme avantajı sağlaması
5. Adli değerlendirmelere katkı sağlamaları olarak sıralanabilir

GGT alkol kullanım bozukluklarını izlemede sık kullanılır ancak çeşitli ilaçlar ve hastalıklarda yanlış pozitiflik verir. Pridoksal fosfat eksikliğinde ALT enzim aktivitesi inhibe olur. Bu inhibisyon AST aktivitesinde artışa neden olur. De Rittis indeksi olarak bilinen bu fenomen alkolik karaciğer hasarı ile alkolik olmayan karaciğer hasarını birbirinden ayırmaya yarar (AST/ALT:1,5 üstü olması karaciğer hasarını, AST/ALT:3 ve üzeri olması alkole bağlı etiyojiye işaret eder).

MCV'nin normal seviyeye dönmesi 2-4 ayda olduğu için alkol yokluğunda veya relaps ölçümünde kullanılması yarırsızdır. Ancak MCV'nin yanlış pozitiflik oranı GGT ye göre daha düşüktür. Bu nedenler MCV alkol kötüye kullanımını GGT den daha özgün olarak gösterir. Ağır içiciliği ve kadınlarda fetus için riski göstermede yararlıdır (Fakhari ve Waszkiewicz, 2023; Deveci, 2019).

3.2.4. Alkol Kullanım Bozuklukları Tedavisi

Alkol güçlü bir madde olduğu için insan bedeninde çok yönlü belirtilere yol açar dolayısıyla tedavisi de çok yönlü olmalıdır. Ancak günümüzde psikiyatristler, ruh sağlığı çalışanları ve genel olarak hekimler AKB tedavisinde kendilerini tam olarak yetkin hissedememektedir (Schuckit, 2024; WHO, 2018; Kelly, 2016; Babor, 2015). Amerikan Bağımlılık Derneği AKB tedavisi aşamalarına göre değerlendirme odağındaki önceliklerin farklılaşabileceğine işaret etmektedir (Tablo 3.2.2).

Tablo 3.2.2. Alkol Bağımlılığı Süreci ve Değerlendirme Odağı

Aşama	Değerlendirme odağı
Akut toksikasyon ve veya kesilme olasılığı	Geçmişte ve şimdi madde kullanımı ve çekilme belirtilerini değerlendir
Tıbbi durum ve komplikasyonlar	Tıbbi öykü ve şimdiki fizik muayene laboratuvar sonuçları
Duygusal davranışsal bilişsel durum	Psikiyatrik Değerlendirmesi psikolojik güçlü ve zayıf yanları
Değişime hazır olup olmama	İç görü, hazırlık ve değişime ilgi
Relaps, kullanıma devam edip etmeme, devam eden olası sorunlar	Madde kullanımında Yatkınlaştıran, başlatan, alevlendiren tetikleyiciler
İyileşme/yaşanan koşullar	Yaşadığı koşullar ve etrafındaki kişi, yer ve nesnelere

3.2.4.1. Alkol intoksikasyonu ve tedavisi

Alkolün santral sistemi üzerine etkilerinin alınan alkol düzeyine bağlı olarak değişir. Alkolün kan düzeyi 20-100 mg/dl aralığında iken kişide aktivasyon, öfori, motor bozukluk aşamalı olarak başlar. Kan düzeyi 100-200 mg/dl aralığına ulaştığında motor bozukluklar ataksi düzeyine ulaşır, dizartrik konuşma eklenir. Kan düzeyi 200-300 aralığında ise ölümcül risklerin bağladığı aşamalar diye düşünülmelidir. Özellikle gençlerde henüz uzun süreli alkol kullanımına bağlı tolerans gelişmemişken yüksek dozlarda alkol tüketimi solunum ve dolaşım merkezlerini etkileyerek ölümcül olabilir (Anthenelli vd, 2021). Alkolün yüzde doksani karaciğer yoluyla yüzde 10'u ise böbrek ve akciğer yoluyla atılır. Alkol metabolizması kullanılan alkol miktarı artıkça hızlanır ancak belli bir düzeyden sonra sabit kalır. Alkol miktarı artmaya devam ederse kandaki alkol miktarı birden çok yükselir. Toksik etki artar. Doğu Asya'da alkol metabolizması ile ilgili genetik farklılıklardan dolayı ufak miktarlarda alkol bile toksik etki yaratabilir (Şengül C, 2012).

Kişide ek hastalıklar varsa, kullandığı başka ilaç veya kötüye kullanılan madde eklenmişse ölme riski risk katlanarak yükselir. Tolerans gelişmiş kimselerde alkol kan düzeyi gelişmemiş kimselere göre daha fazla düzeylere yükselebilir ancak genellikle 400 mg/dl 'ye yaklaşıldığında bulantı kusma unutkanlık ve ölümcül komplikasyonlar eklenir (Sarıkaya Öztürk, 2019).

Gençlerde alkol toksikasyonu alkolle ilişkili trafik kazaları en sık görülen ölüm nedenlerindedir. (Sarıkaya Öztürk, 2019; Kelly, 2016). Erkeklerde 18-25 yaşa arası ölüm nedenlerine bakıldığında trafik kazaları ilk sırada gözükmektedir. Alkol ise trafik kazalarının en önemli nedenlerinden biridir. Koordinasyon kusurları alınan alkol miktarı ile ilgilidir. Denge kusuru, konuşmanın bozulması, dikkat ya da bellekte bozukluk; atak, tedirgin, saldırgan davranışlar, yargılamanın bozulması gibi belirtiler olur. Bu nedenle birçok ülkede araba kullanımı alkol düzeyine göre yasak kabul edilmektedir (Schuckit, 2024; Kelly, 2016).

Alkole bağlı kimi istemli kimi istemsiz sağlığı tehdit eden yaralanmalar olur. Alkol-lükten trafik kazaları, zehirlenmeler, düşmeler, yangın çıkarma, boğulma gibi istemsiz kazaların sıklığı artar. Aynı zamanda alkol kişilerarası şiddeti ve kendine zarar verme davranışını artıran en önemli kontrol edilebilir maddelerden biridir (Carey,2024; WHO,2024).

Alkol toksikasyonu tıbbi acil olarak kabul edilir, solunum depresyonu, aspirasyon, kendine veya başkasına zarar verme konusunda ek tedbirler alınır, havayolu açıklığı, kardiyak monitorizasyon, diyaliz, hidrasyon gibi müdahaleler gerekebilir. Toksikasyon döneminde alkolün hipoglisemi ile ilişkisi nedeniyle dekstrozlü sıvılar tercihen de %10 dextroz verilmelidir. Alkol kullanımı uzun süreli ise 100 mg tiamin ve 1 mg Folat eklenmelidir. Kan değerleri gözlenerek destek tedavisi yoluyla eksik magnezyum, potasyum, glikoz gibi değerler kontrol altında tutulmalıdır. Tekrarlayıcı kusmalar sonucu oluşabilecek hiponatremi ve ağır durumlarda yoğun bakım ihtiyacı, ajitasyon durumunda solunum depresyonu yapmayacak haloperidol gibi ilaçların tercih edilmesi gibi stabilizasyon oluşana kadar sıkı takip gerekir. Gerekirse yoğun bakımda izlenir. Genellikle 72 saat gözlem gerektirir. Metil alkol intoksikasyonunda ise eğer kan metanol düzeyi düşürülemiyorsa önce fomepizol veya etanol, durum değişmiyorsa hemodiyaliz uygulanmalıdır. Etanol ve metanol toksikasyonlarında hastanın sıkı monitorizasyonu metabolik asidoz tablosu için bikarbonat tedavisi, sıvı elektrolit takibi, kardiyak izlem ve olası komplikasyonların uygun şekilde yönetimi açısından elzemdir (Schuckit, 2024; Edenberg, 2019; Sarıkaya Öztürk, 2019; Kelly, 2016).

DİKKAT

Alkol Toksikasyonunun Etkileri ve Riskleri

Koordinasyon bozuklukları: Denge kaybı, konuşma güçlüğü, dikkat dağınıklığı

Davranış değişiklikleri: Agresiflik, saldırganlık, yargılama bozuklukları

Fizyolojik etkiler: Bulantı, kusma, baygınlık, koma

Kaza riski: Trafik kazaları, düşmeler, yanıklar

Şiddet ve intihar eğilimi

3.2.4.2. Alkol yoksunluğu ve tedavisi

Alkol yoksunluğu ile toksikasyonunun özellikle acil servis başvurularında ayırt edilmesi gerekir. Her iki durumda yakın zamanda alkol kullanımı, bilinç değişiklikleri, impuls kontrol bozuklukları ve otonom hiperaktivite ile karşımıza çıkabilir. Alkol yoksunluğunun ayırımı en son ne zaman alkol alındığı sorusuyla ilişkilidir. Alkol yoksunluğu tanısı için ilki ağır ve uzun süreli alkol kullanımının azaltılması veya kesilmesi ve alkol azaltıldıktan veya kesildikten saatler veya birkaç gün içinde otonom hiperaktivite, ellerde titreme, bulantı, kusma, geçici görsel, dokunsal, işitsel halüsinasyon veya illüzyonlar, psikomotor ajitasyon, anksiyete ve tonik klonik nöbetler görülmesi gerekir (Kaye, 2024; Schuckit, 2024; Kelly, 2016).

Alkol yoksunluğu veya geri çekilmesinde iki ana bulgu olması gerekir; ilki ağır ve uzun süreli alkol kullanımının azaltılması veya kesilmesi, ikincisi ise alkol azaltıldıktan veya kesildikten saatler veya birkaç gün içinde otonom hiperaktivite, ellerde titreme, bulantı, kusma, geçici görsel, dokunsal, işitsel halüsinasyon veya illüzyonlar, psikomotor ajitasyon, anksiyete ve tonik klonik nöbetler görülmesidir (Kaye vd., 2024). Yoksunluk dönemi bulguları uykusuzluk, titreme, çarpıntı, terleme, baş ağrısı ve hafif anksiyete ile başlayabilir. En son noktada status epileptikusa yol açabilecek tonik klonik nöbetler oluşabilir. Dikkat edilirse ağır içicilerde alkolün azaltılması bile kesilme belirtisi ortaya çıkarabilmektedir. Alkol toksikasyonu ile alkol geri çekilme belirtilerinin ayırımında en son ne zaman ve ne kadar alkol alındığı mutlaka sorulmalıdır.

GABA, beyindeki en önemli inhibitör nörotransmitterdir. Kronik etanol kullanımı, GABA'ya karşı duyarsızlığa neden olur ve bu beynin sabit bir inhibitör tonusunu korumak için daha fazla inhibitöre ihtiyaç duymasına yol açmaktadır. Bununla birlikte, glutamat başlıca eksitator amino asitlerden biridir ve etanol glutamatın neden olduğu eksitator uyarımı inhibe etmektedir. Dopamin hem alkol bağımlılığında hem de yoksunluk belirtilerinin patofizyolojisinde yer alıyor gibi görünmekle birlikte, geri çekilme sırasındaki dopamin artışları, aşırı uyarılmaya katkıda bulunan faktörlerden biri gibi gözükmektedir.

Kesilme Belirtilerinin kontrolüne yönelik belirti yönelimli rejim, sabit doz rejimi veya yükleme dozu rejimi uygulaması yapılabilmektedir (Şengül 2012). Sabit dozda önce nöbet geçirmeyecek ölçüde yükleme yapılarak sonrasında 7-10 gün içerisinde tedavi azaltılarak sonlandırılır. Semptomaya yönelik tedavide CIWA-AR (Alkol yoksunluk değerlendirme ölçeği) puanlarına göre yakın izleme benzodiazepin dozu belirlenir (Şengül 2012).

Yine kesilme belirtileri döneminde nöbet eşiği düşeceğinden dikkatli olunmalıdır. Eksik benzodiazepin verildiğinde belirtilerin kontrol altına alınamaması, fazla benzodiazepin verildiğinde ise solunum depresyonu, bilişsel bozukluklar gibi birçok belirti olabileceği akılda tutulmalıdır. Her şeye karşın benzodiazepinlerin alternatiflerine göre daha güvenli olduğu görülmektedir (Bahji vd., 2022). Benzodiazepin türlerinin birbirine göre eş değerlikleri Türkiye Psikiyatri derneği alkol ve madde kullanım bozuklukları başvuru kitabında Diazepam 5mg: lorezapam 1 mg:alprozolam 0.5-1 mg:klordiazepoksit 20 mg:oksazepam 15-30 mg olarak ifade edilmiştir. Hastaların vefatı otonom insitabilite veya yaygın nöbetler nedeniyle olabildiğinden bu dönemde sıkı izlem ve destek tedavisi çok önemlidir. Tedavide rutin başlanan Tiamin (B1 Vitamini) ve sıvı tedavisine ek olarak eksiklik halinde potasyum, Magnezyum gibi minerallerin eksikliği tamamlanmalıdır (Schuckit, 2024; Kaye vd.; 2024; Ünlübol ve Bilici, 2022; Umut ve Evren, 2019; Schuckit, 2014).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı protokollerine göre arındırma tedavisinde yatarak tedavi alkol yoksunluğu tedavisinde ayaktan tedavi denemeleri başarısız oluyorsa, deliryum tremens, epileptik nöbet, şiddetli kesilme atakları öyküsü, 40 yaş ve üzeri olmak, otonom hiperaktivite belirginliği var ise, alkol kullanım düzeyi çok yüksek ve uzun süreli ise, kan alkol düzeyi pozitif olduğu halde çekilme belirtileri gözleniyorsa, ALT, AST, GGT, MCV, üre düzeyleri yüksekse, intihar riski, psikiyatrik hastalık komorbiditesi, tıbbi hastalık komorbiditesi, ek madde kullanım bozukluğu varlığında önerilmektedir (Ünlübol ve Bilici, 2022).

Deliryum Tremens ve Tedavisi

Alkol yoksunluğunun genellikle ikinci ve üçüncü günlerinde ortaya çıkan şiddetli titreme, genellikle görsel olmak üzere halüsinasyonlar (Skryabin vd, 2023) ve paranoid sanrılar, ajitasyon, uykusuzluk, taşikardi, hipertermi, hipertansiyon ve takipne ile belirti verir. Tıbbi acil olarak kabul edilmelidir (Kaye vd.,2024). Belirtiler genellikle 8-10 günlere doğru azalarak kaybolur. Uzun süreli alkol kullanımı sonunda GABA reseptörlerinde oluşan değişimler hem GABA da hem de glutamat sisteminde değişiklikler yapar ani kesilme veya azaltma GABA konsantrasyonunun birden düşürürken glutamatın eksitabilite potansiyeli artmış olarak devam eder. Bu durum hem eksitabiliteyi hem epileptik nöbetleri hem de deliryum tremensi tetikleyebilir

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Alkol yoksunluğu ile hospitalize edilenlerin %3-5'i DT olarak saptanmaktadır (Schuckit M.A., 2014). DT tablosunda ölüm oranlarının %20 'lere ulaştığı akılda tutulmalıdır (Kaye vd., 2024; Khan vd., 2008).

● Deliryum tedavisinde non-farmakolojik yaklaşımlar:

Deliryum değerlendirmesi klinik muayene, tam biyokimya, kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve kanama pıhtılaşma zamanı ölçümü ile başlar. Bilinç bulanıklığını diğer nedenlerinin ayrılabilmesi için Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya MRG gerekebilir. Başka zehirlenmeler olup olmadığını araştırmak için kimi zaman toksikolojik analizler istenebilir.

Fizik muayenede kan basıncı, nabız, solunum sayısı, beden ısısı mutlaka ölçülmelidir. DT yönetiminde tabloyu ağırlaştırılan başka tıbbi etkenlerin saptanarak erken tedavisi özellikle başlangıçta mortalite oranlarını düşürecektir. DT stabilizasyon aşamasında a) Nöbetleri önlemek, b) Hastanın huzursuzluğunu kontrol altında

tutmak, ölüm ve ciddi yaralanmaları önlemek ana tedavi hedefleridir. Ölüm riskinin çok etmenli doğası gereği DT hastaları mutlaka ya psikiyatri kliniklerinde monitörizasyon imkanları varlığında 24 saat esasına göre izlenerek, ya da yoğun bakım ünitelerinde takip edilmelidir. Tedavi damar yolu açılarak sıvı ve antikonvulsan tedavisine başlanması, kardiyak monitörizasyon ile başlar.

DT izleminde yeterli sıvı tedavisi, vital bulguların sık kontrolü, az aydınlık, sessiz bir odada uyarınların az olduğu bir ortamda hastanın izlemi, hastaya sık sık yer zaman mekân oryantasyonu sağlamak ve güvence vermek kritiktir. Belirtiler azalınca hastanın yeniden deliryum belirtileri konusunda eğitimi ve desteklemek önemlidir.

● *Deliryum Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşımlar:*

1. Benzodiazepinler: Alkole benzer şekilde GABA reseptörleri üzerinde etkilidir. Lorezepam ve diazepam hızlı etki başlangıcına sahip oldukları için daha fazla kötüye kullanım riski taşımakla beraber sık kullanılır. Ajitasyon, uykusuzluk ve epileptik nöbetlerin kontrolü için özellikle ilk üç gün yüksek dozlarda kullanılmak zorunda kalınabilir (Schuckit, 2014).

Adjuvan tedaviler: Propofol, dexomethexidine, fenobarbital, haloperidol ve karbamazepin akılda olmalıdır (Schuckit, 2014).

Propofol: Yüksek doz benzodiazepin verilmesine rağmen yanıt yoksa en fazla saatte 4mg/kg verilir. Tedavi en fazla 48 saat sürdürülür. Hastaya propofol verilecekse entübe edilmesi faydalıdır (Schuckit, 2014).

Dexometidine alfa 2 adrenerjik agonist etki gösterir, 0.7 mikrogram/saat en fazla 24 saat olacak şekilde verilebilir. Hasta uyarılabilen ama uykulu bir halde olması sağlanır amaç sempatik tonu düşürmektir. Sol ventriküler işlev bozukluğu, kalp yetmezliği olan hastalarda kalp işlevlerini bozabileceği düşünüldüğü için çok dikkatli kullanılmalıdır (Schuckit, 2014).

Fenobarbitalin alkol geri çekilme belirtilerinin tedavisinde etkinliği gösterilmiş olmasına rağmen solunum baskılayıcı özelliği nedeniyle çok zorunlu kalınmadıkça kullanılmaz (Schuckit, 2014).

Karbamazepin günde 800 mg başlangıç dozuyla hafif orta gerçeşkilme bozuklukları tedavisinde fenobarbital ve oxazepam kadar etkin bulunmuştur (Schuckit, 2014).

Haloperidol gibi birçok antipsikotik ajitasyon ve deliryum tedavisinde kullanılabilir ancak Elektrokardiyografide (EKG) de QT mesafesini uzatabileceği akılda tutulmalıdır (Schuckit, 2014).

Tiamin (B1 Vitamini): Tedavide glikozlu sıvı tedavisinden önce erkenden 300 mg yaklaşık 30 dakikada infüze edilecek şekilde günde bir veya iki defa verilmesi gerekir. Eğer Wernicke Ensefalopatisinden şüpheleniyorsak beş gün günde 3 defa 500 mg iv tiamin verilmesi önerilir. Tiaminin dextrozlu sıvılardan önce verilmesi glikozun son tiamin depolarını tüketerek wernicke ensefalopatisi veya kardiyomyopatiye yol açma riski nedeniyle çok kritiktir. Tiamin tedavisi 7-14 gün devam etmelidir. Eğer tiamin erken kesilirse 24 saat sonra deliryumun relaps riski vardır (Schuckit, 2014; Ünlübol ve Bilici, 2022).

DT'yi predikte eden faktörler olarak düşük potasyum ve/veya magnezyum seviyeleri gibi elektrolit anormallikleri, düşük trombosit sayısı ve eşlik eden solunum, kardiyak veya gastrointestinal hastalık olarak saptanmıştır (Schuckit, 2014). DT

yönetimi, iyi aydınlatılmış, sessiz bir odada yeniden oryantasyon çizelgesi ve seyrek hemşire değişikliklerini içermelidir. Günlük en az 3 litre hidrasyonu sağlamak gerekli olmakla birlikte aşırı hidrasyondan kaçınılmalıdır ve stabilizasyon sağlanana kadar her 15-30 dakikada bir vital bulgulara bakılmalıdır. Eşlik eden elektrolit anormallikleri düzeltilmeli ve bozukluk düzeyine göre yakından takip edilmelidir

DT için risk faktörleri eşlik eden enfeksiyöz hastalık, taşikardi (başvuru sırasında kalp hızı >120 vuru), hikayesinde epileptik nöbet ve deliryum öyküsü yer alması olarak tanımlanmıştır. DT'yi predikte eden faktörler olarak düşük potasyum ve/veya magnezyum seviyeleri gibi elektrolit anormallikleri, düşük trombosit sayısı ve eşlik eden solunum, kardiyak veya gastrointestinal hastalık olarak saptanmıştır (Schuckit, 2014). DT tablosunun ölümle sonuçlanabileceği akılda tutulmalıdır (Kaye vd., 2024).

Kesilme belirtilerinin tedavisinde genellikle benzodiazepinler kullanılır. Çok dirençli vakalarda eğer belirtiler hiç kontrol altına alınamıyorsa ancak yan etkilerine dikkat edilerek diğer GABA üzerine etkili ajanlar kullanılır. Ülkemizde sıklıkla uzun etki isteniyorsa ve karaciğer işlev bozuklukları gibi ek sorunlar yoksa diazepam, karaciğer hasarı, kafa travması gibi ek sorunlar varsa lorazepam tercih edilmektedir (Schuckit, 2024; Kaye vd.; 2024; Umut ve Evren, 2019, Ünlübol ve Bilici, 2022). Ayrıca karbamazepin hem kesilme belirtilerinin tedavisinde hem de tedavi sonrası içme davranışının azaltılmasında etkili olduğu ifade edilmektedir. Topiramet ve Valproik Asit etkinliğine yönelik çalışmalar vardır. Kesilme döneminde psikotik belirtilerin yatıştırılmasında haloperidol, ketiyapin etkilidir. Antipsikotiklerin yan etkilerinin kontrolünde biperiden kullanımından deliryum kötüleşeceğinden kaçınılmalıdır. Yine güçlü antipsikotikler nöbet eşliğinin düşüreceğinden kaçınmak uygun olur.

3.2.4.3. Epileptik nöbetler ve tedavisi

Yoksunlukla ilişkili nöbetler, genellikle son alkollü içkiden sonraki 12 ile 48 saat içinde, nadiren de olsa iki saat kadar kısa bir süre sonra yoksunluktan sonra ortaya çıkan tonik-klonik konvülsiyonlar olup, nöbetin ayırıcı tanısı yapılırken status epileptikus tablosu gelişmişse, benzodiazepinler, fenobarbital ve propofol önerilebilir (Day ve Daly , 2022; Woo vd., 2022; Li, 2024). Epileptik nöbetlerin kontrolünde benzodiazepinler yan etki profili açısından alternatiflerine göre daha güvenli oldukları için tercih edilirler.

3.2.3.4. Wernicke ensefalopatisi -korsakof psikozu ve tedavisi

Wernicke Ensefalopatisi (WE) periventriküler çekirdeklerde, talamusta ve mailler body cisimciği dahil papez halkasındaki beyin yapılarında oluşan akut faz lezyonları ile oluşur. Korsakof Psikozu ise akut dönem lezyonlarının ilerlemesiyle iki taraflı kalıcı hasarlar sonucu genel bir unutkanlıkla kendini gösterir. Klinik tablo genelde belirtiler ve hastalık mekanizması arasında süreklilik olduğundan genellikle Wernicke Korsakof Sendromu (WKS) olarak anılır (Eva vd., 2023). Korsakof Sendromlu kişiler uygun süre ve miktarda tiamin tedavisi almadığında gelişir. KS yoğun unutkanlık, yeni bellek oluşturmama, eskileri hatırlayamama nedeniyle oluşur ancak genelde başka bilişsel ve davranışsal bulgular üretir. KS bireyler unuttuklarının farkında olmadan konfobulayon üretirler.

WE, bilinç bozukluğu, oftalmopleji ve ataksi ile karakterize, ani başlangıçlı bir konfüzyon durumu olarak tanımlanmaktadır. WE tanısı için Caine kriterleri kullanılmaktadır. KS için uzlaşmış tanı kriterleri henüz yoktur (Eva, 2023). Bu vakalar

genellikle atlanabilmekte olup, tanı için öncelikle yüksek bir şüphe gereklidir (Day vd., 2013). DT'li her hastaya sanki yeni tanı WE gibi yaklaşılmalıdır (Alvanzo vd., 2020). İntravenöz (IV) olarak tedavi tamamlandıktan sonra ve hastaneden taburcu olduktan sonra, hastalar artık risk altında kabul edilmeyene kadar günlük 100 mg oral tiamin ile tedaviye devam etmek akılcı gözükmektedir. European Federation of Neurological Societies (EFNS) beslenme yetersizliği, okulomotor bozukluklar, serebellar disfonksiyon ve hafif bellek kusurlarından ikisi varsa günde 3 kez semptomlar kaybolana kadar iv tiamin verilmesini önermektedir (Eva vd., 2023). WE akut mortalite oranı %5,3-%10 arası değişir. Hastanede tanısı konmuş WE veya Korsakof Psikozunun ortalama yaşam süresi sekiz yıldır (Cheng, 2017).

3.2.3.5. Arındırma sonrası farmakolojik tedavi

Arındırma Sonrası Alkol kullanım bozukluğu tedavisinde iki ilaç öne çıkar. Naltrekson, başlıca farmakolojik etkilerini mü-opioid reseptörünün blokajı yoluyla gösterir ve alkol bağımlılığı tedavisinde ilk tercih edilecek ajanlardan birisidir (Akhbar vd, 2018; Kranzler ve Soyka,2018; Jonas vd., 2014). Uzun etkili naltrekson, gluteal bölgeye her dört haftada bir 380 mg IM enjeksiyon şeklinde uygulanır. Bununla birlikte oral naltreksonu günde 50 mg ile başlatmak ve yan etkileri izlemek gerekmektedir. Oral naltreksonun yan etkileri, sürekli kullanımla azalan mide bulantısı, baş ağrısı ve baş dönmesidir. Karaciğer fonksiyon testleri yakından takip edilmelidir, çünkü COMBINE çalışmasında naltrekson alanların %1,7'sinde karaciğer enzimlerinde beş kat artış meydana geldiği görülmüştür (Anton vd., 2006). Opioid analjezik kullanımı yok, remisyonda opiat bağımlılığı varsa, şiddetli aşırma varsa, ailede alkol bağımlılığı öyküsü varsa önerilir (Noyan Onur C. 2022).

Akamprosot metabotropik-5 glutamat reseptörlerinde glutamat nörotransmisyonunun modülasyonu ile alkol bağımlılığında kullanılan bir ilaçtır (Akhbar vd, 2018; Krazler ve Soyka, 2018; Harris vd., 2002). Akamprozat, opioid kullanım bozukluğu olan veya reçeteli opioid kullananlar veya ilerlemiş karaciğer hastalığı olanlar gibi naltrekson kontrendikasyonu olan hastalarda ilk tercih olarak kullanılacak etkili bir alternatiftir (Cheng vd., 2020). Bu ilaç günlük doz günde üç kez 666 mg olup tedaviye yoksunluk sağlandığında başlanmalıdır. Çoğunlukla böbrekten değişmeden atıldığı için, alkole bağlı karaciğer hastalığı olanlarda güvenli kullanılabilecek etkili bir seçenektir. Akamprozat tedavisinin en belirgin yan etkileri arasında, kullanımla azalan ishal, sinirlilik ve yorgunluk yer almaktadır. Opioid analjezik kullanımı varsa, karaciğer enzimleri yüksek, rahatlama aşırması ön planda ise tercih edilir (Noyan Onur C 2022).

Disülfiram tedavisi alkolle beraber alındığında oluşan ciddi ölümcül olabilecek yan etkiler nedeniyle FDA onayı olmasına karşın ilk sıra tedavilerde önerilmemektedir. FDA onayı olmamasına rağmen Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından tedavi için önerilen tedaviler bulunmaktadır. Örneğin topiramamat ve gabapentin esasen antiepileptik ilaçlar olarak geliştirilmiştir. Kullandıkları alkolü azaltmak veya bırakmak isteyen kimseler, topiramamat ve gabapentin kullanımını tercih eden kimseler ve akamprosot veya naltreksonu kullanamamış yahut yanıt alınamamış kimselerde eğer bir kontrendikasyon yoksa kullanılabileceği belirtilmiştir.

Topiramamat FDA tarafından migren profilaksisi (2004) ve epilepsi (1998) tarafından onaylanmıştır. GABA işlevini artırdığı ve glutamerjik işlevi azalttığı bu sayede de alkolün pekiştirici özelliğini azalttığı düşünülmektedir (Koob, 2024). Ağır içicilerle yapılan bir randomize kontrollü çalışmada ağır içicilerde etkin bulunmuş

ancak bilişsel işlev bozukluğu gibi kimi yan etkileri plasebo kontrol grubundan fazla göstermiştir (Akhbar vd, 2018; Crazler ve Soyka, 2018).

Gabapentin ise FDA tarafından postherpetik nevralsi (2002) ve epilepsi (1993) için onaylanmış bir seçici kalsiyum kanal blokörüdür. Eksitasyonu azaltıp, inhibisyonu artırır (Akhbar vd., 2018). Klinik çalışmalarda etkindir ve uyku bozukluklarının tedavisinde ek katkı sağlar (Koob, 2024) Fosfodiesteraz 4 inhibitörleri ve GLP-14 gibi yeni tedaviler üzerinde çalışmalar sürmektedir (Çelik vd.,2024).

3.2.6. Alkol Kullanım Bozukluğunda Ruhsal Bozuklukların Tedavisi

Ruhsal bozukluklar alkol kullanım bozukluklarında sık görüldüğü gibi (Tablo 3.2.3) ruhsal Bozukluğu olan kimselerde alkol kullanım bozukluğu da sık görülür (Bkz. Bölüm 2.3) (WHO,2024). Tam olarak tanı ölçütlerini karşılamasa da alkol kullanım bozukluğu olan kimselerde birçok ruhsal bulgu görülür (WHO,2024; Puddephatt, 2022). Klinik tablolar birbirine çok benzemesine rağmen tedaviler farklılaşacağı için bu iki durumu birbirinden ayırmak gerekir. Depresyon, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuklukları (DEHB), Anksiyete bozuklukları, Bipolar Bozukluk ve Psikozlar etkili biçimde tedavi edilmelidir. Ruhsal hastalık komorbiditesi varlığında sosyal işlevsellikte bozulma, tıbbi sorunlarda ve tedavi maliyetlerinde artış oluşturduğu bildirilmiştir.

Alkole bağlı ruhsal bozuklukların alkole bağlı olmayan ruhsal bozukluklardan tanımlardan farkı alkol alınmayan dönemde bir aydan sonra belirtilerin hafifleyerek ortadan kaybolması alkol kullanımından sonra oluşmasıdır şekilde belirtilebilir (DSM V). Diensefalik işlev kaybına bağlı olarak alakalı ilişkili bozukluklarda görsel halüsinasyonların sıklığı artabilir ve lilipütyen halüsinasyonlar olarak da isimlendirilen küçük adamlar büyük adamlar gibi tanımlı görsel tablolar oluşabilir. Tablolar alkol sonrası diğer bozuklukların tedavi şemasını takip etmek zorunda değildir. Örneğin antidepresan tedavi uzun süreli kullanmak gerekmebilir (McHugh ve Weiss, 2019).

Tablo 3.2.3. DSM V Alkole Bağlı Ruhsal Bozukluklar

Alkol Kullanım Bozukluğu
Alkolün İndüklediği Bozukluklar
Alkol intoksikasyonu
Alkol intoksikasyon deliryumu
Alkol Çekilmesi
Alkol çekilmesi deliryumu
Alkolün indüklediği kalıcı nörokognitif Bozukluk
Alkolün indüklediği Major nörokognitif Bozukluk,amnestik tip,kalıcı
Alkolün indüklediği psikotik bozukluk
Alkolün indüklediği depresif bozukluk
Alkolün indüklediği anksiyete bozukluğu
Alkolün İndüklediği Bipolar Bozukluk
Alkolün indüklediği Cinsel İşlev Bozukluğu
Alkolün indüklediği uyku bozuklukları
Tanımlanamamış alkol ilişkili bozukluklar

Depresyon olan hastalarda antidepresan kullanımı sırasında olası alkol kullanımı dikkate alınarak ilaç seçimi yapılmalıdır. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) yan etkiler açısından daha güvenlidir. Bupropion kullanımı ek olarak nikotin bağımlılığı da varsa seçilebilir. Naltrekson, Akamprosot tedavilerinin seçimine eklenen SSRI'lar psikososyal tedavilerle beraber ilk anda akla gelmesi gereken ilaçlardır (Akhbar,2018).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Alkol kullanım bozuklukları komoritesi tedavisinde her iki hastalığın bulgularının başlama yaşı düşünülürse koruyucu önleyici tedavilerle başlaması gerektiği açıktır. Dürtüsellik, plan yapamama, hareketlilik dikkatsizlik gibi özellikler ergenlikle beraber alkol madde kullanım bozukluklarında artışa yol açabilir. DEHB nin erken tanı ve tedavisi alkol madde kullanım bozukluklarının oluşum sürecindeki olası yükü azaltacaktır. Metilfenidat gibi uyarıcı tedaviler bağımlılık ile Dopamin ilişkisi düşünüldüğünde önemli tartışma başlıklarından birisidir. Mümkünse eş hastalanma varlığında atomeksetin, bupropion, modafinil uygun hastalarda tercih edilmelidir. Uyarıcı başlanacaksa mutlaka uzman görüşü alınmalı, yavaş salınımlı preparatlar tercih edilmeli ve arınma sonrası başlama süresi diğer tedavilere göre daha geç olmalıdır.

Bipolar Bozukluklarda eş alkol madde kullanım bozukluğu varsa genel tedavi biçimi stabilizasyon ile başlar. Manik veya Depresyon atakları uygun şekilde tedavi edilirken kesilme belirtileri de tedavi edilmelidir. Eş hastalanma varlığında Valproatın bipolar atakların tekrarlamasını azaltmada, Karbamazapinin ise alkol kesilme belirtilerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Naltrekson kullanımı Akamprosot tedavisine göre daha uygun gözükmektedir.

Alkol kullanım bozuklukları ile anksiyete bozuklukları ilişkisi alkolün sık sık anksiyete self medikasyonu için kullanıma sıklığı düşünülduğünde şaşırtıcı değildir. Benzodiazepinlerin hızlı anksiyolitik etki göstermesi, kesilme belirtilerinin tedavisinde kullanılması, bağımlılık potansiyelleri ve anksiyete bozuklukları psikoterapisinde olası kaçınma tepkisini artırması gibi özellikleri kullanımını kesilme döneminde kısıtlı tutmaktadır. Uzun Süreli anksiyete bulgularının yönetiminde SSRI' lar ve Bilişsel Davranışçı terapiler öne çıkmaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu için Naltrekson, diğer kaygı bozuklukları için ise Akamprosot ve Baklofenin etkili olduğunu söyleyen çalışmalar vardır.

Alkol kullanım bozuklukları hastalık sürecinin birçok aşamasında psikotik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Bunu yanısıra eş hastalanma şeklinde alkol kullanım bozukluğu olabilmektedir. Uzun süreli tedavilerde ikinci kuşak antipsikotikler olan olanzapin, ketiyapin, aripirazol, klozapin ve risperidonun etkin olduğu ifade edilmektedir. Toksikasyon döneminde haloperidol, kesilme dönemi veya deliryum tremens tedavisinde benzodiazepinlerin yerinde daha önce de bahsetmiştik. Kullanım hastanın bireysel ve klinik özelliklerine önceliklere ve alkol kullanım bozukluğunun hangi aşamasında olduğuna göre değişmektedir. Birinci kuşak antipsikotiklerle oluşan akatizi ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin alkol kullanım bozukluğu hastalarında artabileceği, bu nedenle tedavi uyumu ve belirtilerin kötüleşebileceği akılda tutulmalıdır.

3.2.7. Psikososyal Tedaviler

Alkol kullanım bozuklukları için tedavi gereksinimi duyan kimselerin önemli bir kısmının gelişmiş ülkelerde bile yeterli düzeyde tedavi alamadıkları bildirilmiştir. Te-

daviye ulaşımdaki eksikliğin nedenleri ise bilgi eksikliği, tarama ve kısa müdahalede yetersizlik, tedaviye yönlendirmede yetersizlik, tedavi için yeterli kurum olmayışı ve damgalanma olarak düşünülmektedir (Campopiano von Klimo 2024; Koob, 2024).

Amerikan Bağımlılık tıbbi derneği alkol tedavisinde dört düzey tanımlamaktadır.

a) Ayaktan hastalar: Danışmanlık, medikal tedavi veya her ikisi birden düzenli muayeneler şeklinde uygulama

b) Ayaktan sıkı izlem veya kısmi yatırılarak tedavi: Hastanın karmaşık tedavi gereksinimleri koordine edilir

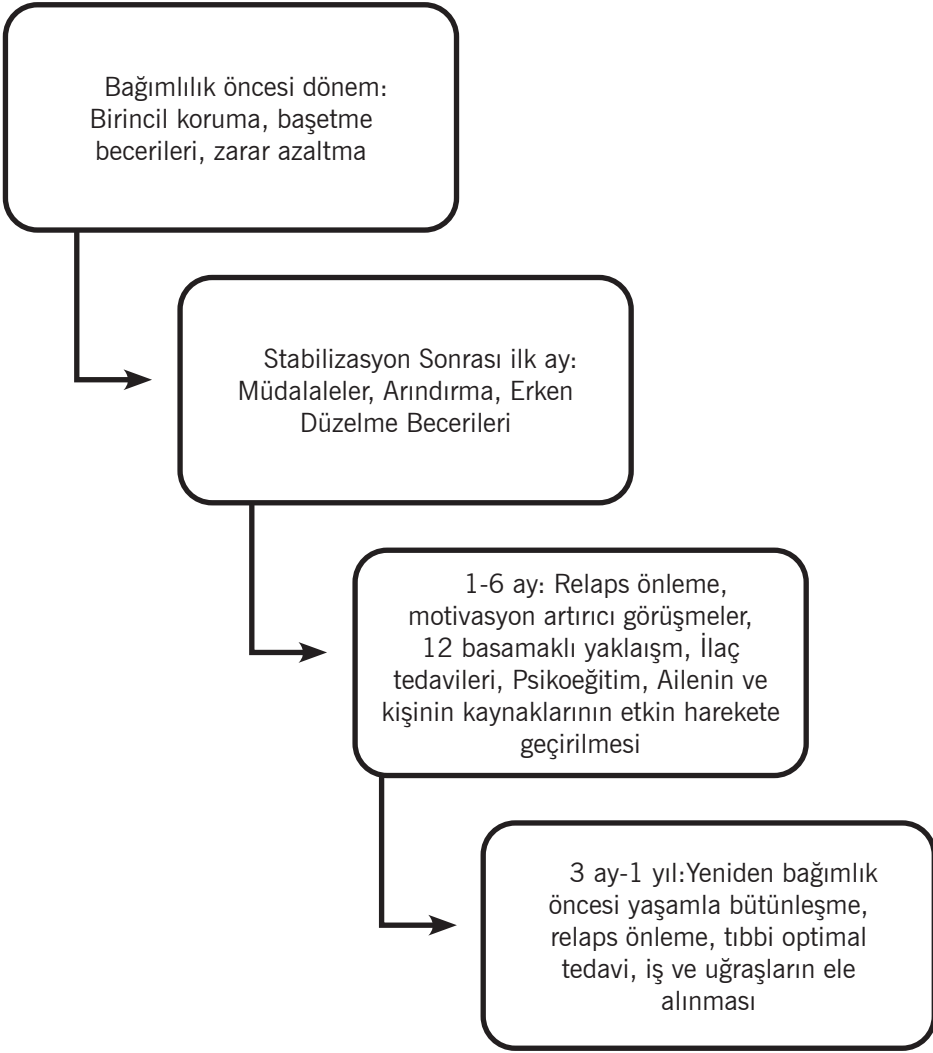
c)Yatarak tedavi: Yoğun veya daha ılımlı tedavi seçeneklerinin hastanede 24 saat usulüne göre uygulanması

d) Yoğun izleme yatarak tedavi: Tıbbi olarak 24 saat esasına göre yönetilen bir serviste tedavi, arındırma tedavileri uygulanır (NIAAA, 2024)

Alkol bağımlılığında tedavi bağımlılığın üç aşamasına göre (aşırı içme/toksikasyon aşaması, çekilme /negatif duygudurum aşaması, zihinsel aşırı uğraş/beklenti aşaması) şekillendiği görülüyor (Koob, 2024) olsa bile ülkemiz sağlık alt yapısı, örgütsel şeması ve yetişmiş insan gücü dağılımı düşünüldüğünde alkol bağımlılığında tedaviyi diğer bağımlılıklara benzer şekilde önleme stabilizasyon rehabilitasyon ve sürdürüm aşamalarına göre oluşturmak faydalı olabilir. Tedavi ve rehabilitasyon süreçleri en az bir yıl sürecek şekilde planlanmalıdır (Şekil 3.2.2).

Alkol bağımlılığında ana eksen alkol almadan geçen süreleri uzatmak, relaps önlemek, alkolün tetiklediği yaşam olaylarını azaltmaktır. Bilişsel Davranışçı kuramın önerileri diyabet veya hipertansiyon için önerilen yaşam şekli değişikliklerine benzerdir. Tedavi kabaca müdahale, arındırma relaps önleme gibi rehabilitasyon çabalarını içerir. Stabilizasyon fazi hem tıbbi hem psikiyatrik acilleri içerir. İntihar düşüncesi, iç görü olmadan psikotik belirtiler ve deliryum tremens yatış gerektirir. Alkol kullanım bozukluklarına yönelik birçok psikososyal müdahale bulunmaktadır (Nadkarni vd, 2023). Kitabın kapsamı çok genişleyeceğinden bu bölümde sadece bir kısmından bahsedilecektir.

Müdahaleler motivasyon artırıcı görüşme ve kısa müdahale ile başlar (Worley,2021). Kısa müdahale FRAMES olarak kodlanabilir. Amaç alkolle ilgili uzun süreli sorunlar ile kısa vadeli içme davranışının olası sonuçlarını tartışmaktır. Hastanın değişime karşı direnci ve ambivalan tutumunun anlaşılması tedavide önemlidir. Dirençle yüzleştirmekten çok tartışma ve problem çözme becerileri ile baş etmek yararlı olacaktır. FEEDBACK -alkolün olası zararları konusunda geri bildirim verme, RESPONSİBİLİTY-değişim sorumluluğunu vurgulama, ADVICE-önerilerde bulunma, MENU-Hastanın Seçeneklerini sunma, EMPHATY-empati gösterme, SELF-EFFICACY-öz yeterliliği vurgulama. Müdahalelerin önemli bir kısmı kitabın diğer bölümlerinde anlatılacağı için ayrıntıya girilmeyecektir.



Şekil 3.2.2. Alkol Bağımlılığı İlk Yıl İzlem Önerileri

3.2.7.1. Motivasyonel görüşme

Motivasyonel görüşme, hastanın değişimle ilgili kararsızlığını keşfetmesine ve çözmesine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkarmaya dayanan, kanıta dayalı bir danışmanlık tekniğidir. Motivasyonel görüşmenin ilkeleri, empatiyi ifade etmeyi ve öz yeterliliği desteklemeyi içermektedir (Worley, 2021; Miller ve Rollnick, 2002) 59 randomize araştırmanın bir meta-analizinde, motivasyonel görüşme müdahalesi sonrası ve sonraki 12 aylık takipte madde kullanımında azalma gözlenmiştir (Smedslund vd., 2011). Bir derleme çalışmasında ise, terapist davranışları, hasta davranışları ve müteakip hasta sonuçları arasındaki ilişki analiz edilmiş ve hasta değişikliği konuşması veya görüşme dilinin daha iyi sonuçlar doğurduğu, hastaların ambivalan algılarının daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu ve izinsiz veya uyarısız tavsiye vermek gibi davranışların daha kötü sonuçlara yol açtığı gözlenmiştir (Apodaca ve Longabaugh, 2009).

3.2.7.2. Bilişsel davranışçı terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT)., madde kullanım bozukluğu olan hastaların madde kullanımına ilişkin önyargılı bilişleri değiştirmelerine ve madde kullanımına karşı savunmasızlığı artıran davranışları değiştirmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Alkol kullanım bozukluklarında birçok bilişsel davranışçı teknik kullanılmaktadır. Psikoeğitim bilişsel eğitim alkol kullanım bozukluklarında tedavinin bir parçası gibi düşünülmelidir (Nixon ve Lewis, 2019) İlaç tedavilerine eklenen psikoterapotik yaklaşımların etkinli çalışmaları heterojenitesi nedeniyle sağlıklı değerlendirilememiştir (Greene vd, 2023). Bu yöntemle hedeflenen hastaların, kullanım için risk faktörlerini daha iyi anlamaları, daha doğru atıflar ve bilişlere, artan öz yeterliliğe ve daha etkili başa çıkma tepkilerine sahip olmalarıdır. BDT bağımlılıkta işlevsel olmayan temel varsayım «Buna (bağımlılığa) ihtiyacım var» temel sayılığını tanımlamaya ve değiştirmeye odaklanır. Suçluluk utanç ve moral bozukluğu bağımlılıkla ilgili bulguların ifadesine kişiyi getiren temel sorunlar ortadayken bile engel olabilir. Terapist danışanın tereddütünü hissederse doğrudan tereddütü gündeme getirebilir. Beş konu başlangıç seansında ele alınmalıdır:

- 1)Danışan ve terapist amaçlar konusunda anlaşmalı ve önceliklerin belirlendiği bir liste oluşturmalıdır (Ne yanlış? /Nasıl çözülebilir?), (Vaka formülasyonu).
- 2)Terapist ve danışan terapistin yargılayıcı, eleştirel değil anlayışlı olacağı konusunda mutabık olmalıdır (açıkça ifade gerekebilir).
- 3)Terapistin danışanın yanında olacağı belirtilmelidir
- 4)Terapist saygılı olmalıdır
- 5)Terapist güvenilir olmalıdır

Süreç içinde amaç listesi oluşturulmalıdır ve bu amaç listesinde danışan çerçevesinden bakıldığında, tedavi değişim motivasyonunun oluşturulması, sürdürülmesi, craving ve yüksek riskli durumlarla nasıl baş edeceğinin öğrenilmesi, kaygı, depresyon, travma gibi ilişkili durumların ele alınarak çözülmesi, alkol sorununun tekrarının engellenmesi için daha dengeli yaşam stili geliştirilmesi, ilişkilerin düzeltilmesi, yaşamın anlam ve değerinin daha iyi hissedilmesi amaçlarını içermelidir

Amaç listesi terapist açısından ise bakım düzeyi, tedavinin sıklık ve yoğunluğu, ek tedavi gerekleri, maruziyet seanslarını nasıl sürdürüleceği, tıbbi tedavi ve bağımlılığın tıbbi tedavisi, ek problemler için farklı tekniklerin kullanımı, aileyi tedaviye katma, zarar azaltma teknikleri, kendine yardım gruplarının sürece katılımı gibi birçok etmen dikkate alınacaktır. Bağımlılık davranışıyla ilgili yapılacak fonksiyonel analiz için genellikle

Davranış Öncesi (Alkol kullanımı davranışı gibi davranışlar)

- a) Dış tetikleyiciler (Kimle, nerede, ne zaman kullandı).
- b) İç tetikleyiciler (alkol kullanımına dair ne düşündü? /ne hissetti?).

Davranışın kendisi (ne? ne kadar? Ne kadar sürede?).

Davranışın Sonuçları

- a) Kısa dönem pozitif yaşantılar (kiminle, nerede, ne zaman keyif aldı, hoş duygu ve düşünceler).

Uzun dönem negatif sonuçlar (kişiler arası, bedensel, duygusal, mesleki, mali vb.). Boş bir sayfa getirerek doldurmak faydalı olabilir (Gazetecilikteki 5N 1 K gibi) bir yaklaşım süreci başlatacaktır (Howard, 2021).

BDT, bireysel veya grup formatlarında olsa da genellikle bireysel formatta ve genellikle ortalama 12 seansta uygulanmaktadır. 53 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışması, BDT'nin alkol ve diğer uyuşturucu bağımlılığı sonuçları üzerinde, terapi uygulanmamasına kıyasla sınırlı bir pozitif etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Çalışmalar genellikle, BDT ve alkol bağımlılığı ilaçları kombinasyonunun sonuçlarının her bir müdahalenin ayrı ayrı uygulanmasından daha iyi sonuçlar geliştirmede olduğunu göstermiştir.

Alkol kullanım bozukluklarında ruhsal destek aşamasında 12 basamak uygulamaları adsız alkolikler, kısa müdahaleler gibi birçok başka müdahale kullanılmaktadır.

3.2.7.3. Rehabilitasyon

Nüksü önlemek için medikasyon ve psikososyal yaklaşım mutlaka kombine olarak tedavinin birer parçaları olmalıdır (Health vd., 2011; Lingford-Hughes vd., 2012). Tedaviyi ve karşılıklı yardım grubu katılımını izlemek için telefon tabanlı iletişimden yararlanılabilir (McKay, 2009). Bununla birlikte tele-tıp müdahaleleri, tekrarlanan medikal tedavi epizotlarını azaltır ve sonuçları iyileştirme potansiyeline sahiptir (Timko vd., 2019). Bağımlılıklarla ilgili psikososyal tedaviler ve rehabilitasyon ilgili bölümlerde tedaviyi bütünleyecek yaklaşımlar çok boyutlu tartışılacaktır.

Özet noktalar

Alkol bağımlılarında alkolün azaltılması veya tamamen kesilmesi sonucu ortaya çıkan yoksunluk tablosu adenerjik sistemin hiperaktivasyonu ile karakterizedir. Alkol bağımlılarında ani bir konfüzyon durumu olarak ortaya çıkan Wernicke Ensefalopatisi, bilinç bozukluğu, oftalmopleji ve ataksi ile karakterize olup patofizyolojisinde kötü beslenme ve alkole bağlı intestinal emilim bozukluğuna bağlı gelişen B1 vitamini (tiyamin) eksikliği ana patofizyolojik mekanizmayı oluşturmaktadır. Bu sendromun tedavisinde parenteral tiyamin etkilidir. Alkol yoksunluğunun genellikle 2. veya 3. günlerinde ortaya çıkan ve sanrılarla ve taşikardi, hipertermi, hipertansiyon ve takipne ile karakterize deliryum tremens bir psikiyatrik acil tablosu olup tedavisinde diazepam kullanılmaktadır. Naltrekson ve akamprozat alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılan ajanlar olarak öne çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aldemir, E. (2019). Alkol ve Kullanım Bozukluğunda Kısa Müdahale. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 71-79
- Alvanzo, A., et al. (2020). "The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management." *Journal of Addiction Medicine* 14(35): 1-72.
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM,... Zweben A. (2006); COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 3;295(17):2003-17. doi: 10.1001/jama.295.17.2003..
- Apodaca, T. R. and R. Longabaugh (2009). "Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence." *Addiction* 104(5): 705-715.
- Babor T.F, Hernandez-Avila C.A., Ungemack.J.A. (2015). Substance-Related Disorders: Alcohol-Related Disorders. Tasman A, Kay J Lieberman JA, First MB,. Riba,MB, (Eds.) by

John Wiley & Sons, Ltd

- Bahji A, Bach P, Danilewitz M, Crockford D, El-Guebaly N, Devoe DJ, Saitz R. (2022). Comparative efficacy and safety of pharmacotherapies for alcohol withdrawal: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction*. Oct;117(10):2591-2601. doi: 10.1111/add.15853. Epub 2022 Mar 15.
- Bozkurt M, Evren C. (2019). Alkol Kullanım Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Seçenekleri. *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Birinci Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Çalışma Birimi Yayınları.* 144-168
- Carr T, Kilian C , Llamosas-Falcón L , Zhu Y , Lasserre A M , Puka K, Probst C. (2024). The risk relationships between alcohol consumption, alcohol use disorder and alcohol use disorder mortality: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. Jul;119(7):1174-1187. doi: 10.1111/add.16456. Epub 2024 Mar 7.
- Carvalho A F , Heilig M , Perez A , Probst C , Rehm J(2019). Alcohol use disorders. *Lancet*. Aug 31;394(10200):781-792. doi: 10.1016/S0140-6736(19).31775-1.
- Celik M, Gold MS, Fuehrlein B(2024). A Narrative Review of Current and Emerging Trends in the Treatment of Alcohol Use Disorder. *Brain Sci*. 2024 Mar 20;14(3):294. doi: 10.3390/brainsci14030294.
- Cloninger C R, Bohman M , Sigvardsson S. (1981). "Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men." *Archives of general psychiatry* 38(8): 861-868.
- Day E, Bentham PW, Callaghan R, Kuruvilla T, George S(2013). Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev*. 1;(7):CD004033. doi: 10.1002/14651858.CD004033.pub3
- Day, E. and C. Daly (2022). Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. *Addiction* 117(3): 804-814.
- de Aguiar A C L , Bloc L G. (2024).Transdiagnosis of alcohol use and psychopathologies: A systematic review. *Addict Behav Rep*. 2024 Apr 4;19:100543. doi: 10.1016/j.ab-rep.2024.100543.
- DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition American Psychiatric Association. (2022). Title of chapter. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Eva L, Brehar FM, Florian IA, Covache-Busuioc RA, Costin HP, Dumitrascu DI, Bratu BG, Glavan LA, Ciurea AV(2023). Neuropsychiatric and Neuropsychological Aspects of Alcohol-Related Cognitive Disorders: An In-Depth Review of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome. *J Clin Med*. 221;12(18):6101. doi: 10.3390/jcm12186101
- Carey R N, Crawford G , Jancey J , Lam T , Nimmo L , Trapp G , Pollard C , Hooper P , Leavy J E (2024). Young people's alcohol use in and around water: A scoping review of the literature. *Drug Alcohol Rev*. 43(4):874-896. doi: 10.1111/dar.13831. Epub 2024 Mar 10.
- Chikritzhs T, Livingston M (2021). Alcohol and the Risk of Injury. *Nutrients*. 2021;13(8):2777. doi: 10.3390/nu13082777.
- Cheng, C.; Huang, C.-L.; Tsai, C.-J.; Chou, P.-H.; Lin, C.-C.; Chang, C.-K (2017). Alcohol-Related Dementia: A Systemic Review of Epidemiological Studies. *Psychosomatics*.58, 331-342
- Cheng HY, McGuinness LA, Elbers RG, MacArthur GJ, Taylor A, McAleenan A, Dawson S, López-López JA, Higgins JPT, Cowlshaw S, Lingford-Hughes A, Hickman M, Kessler D (2020). Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 25;371:m3934. doi: 10.1136/bmj.m3934.
- Deveci, A (2019).Alkol E Madde Kullanımı Ne Zaman Sorundur, Nasıl Saptanır? Tanı ve Değerlendirme Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Temel Başvuru Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.*s 34-54.
- Edenberg H.J., Gelernter J, Agrawal A. (2019). Genetics of Alcoholism. *Curr Psychiatry Rep*. 9;21(4):26. doi: 10.1007/s11920-019-1008-1.
- Fakhari S., Waszkiewicz, N(2023). Old and New Biomarkers of Alcohol Abuse: Narrative Review. *J Clin Med*. 8;12(6):2124. doi: 10.3390/jcm12062124.

- Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, Kim MM, Shanahan E, Gass CE, Rowe CJ, Garbutt JC (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*.14;311(18):1889-900. doi: 10.1001/jama.2014.3628.
- Ghosh A., Morgan N., Calvey T., Scheibein F., Angelakis I., Panagiotti M., Ferri M., Krupchanka D. (2024). Effectiveness of psychosocial interventions for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis update. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 21:1-13.
- Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (2020). *Lancet*;396(10258):1204–1222.
- Harris BR, Prendergast MA, Gibson DA, Rogers DT, Blanchard JA, Holley RC, Fu MC, Hart SR, Pedigo NW, Littleton JM (2002). Acamprosate inhibits the binding and neurotoxic effects of trans-ACPD, suggesting a novel site of action at metabotropic glutamate receptors. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(12):1779-93. doi: 10.1097/01.ALC.0000042011.99580.98.
- He S., Hasler B.P., Chakravorty S. (2019). Alcohol and sleep-related problems. *Curr Opin Psychol*. 30:117-122. doi: 10.1016/j.copsyc.2019.03.007. Epub 2019 Apr 19.
- Howard T.A. Addictions (2021) Handbook of Cognitive Behavioral Therapy. Vol.2. Applications. Ed. Wensel A. Published by American Psychological Association. pp 177-207.
- IARC (International Agency for Research on Cancer) (2024). Publication of IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 20A: Reduction or Cessation of Alcoholic Beverage Consumption. Erişim tarihi 23.8.2024. <https://www.iarc.who.int/news-events/publication-of-iarc-handbooks-of-cancer-prevention-volume-20a-reduction-or-cessation-of-alcoholic-beverage-consumption/>
- International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)., World Health Organization (WHO). 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>.
- Kaye AD, Staser AN, Mccollins TS, Zheng J, Berry FA, Burroughs CR, Heisler M, Mouhaffel A, Ahmadzadeh S, Kaye AM, Shekoohi S, Varrassi G (2024). Delirium Tremens: A Review of Clinical Studies. *Cureus*. 4;16(4):e57601. doi: 10.7759/cureus.57601.
- Kelly J.F. J.F., J Renner Jr. R.A. (2016). Alcohol related disorders. ED. Stern T.A., Fava M., Wilens TE., Rosenbaum J.F. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. Elsevier. Printed in China. pp.270-290.
- Khan A, Levy P, DeHorn S, Miller W, Compton S (2008). Predictors of mortality in patients with delirium tremens. *Acad Emerg Med*. 15(8):788-90. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00187.x. Epub 14. PMID: 18638029.
- Campopiano von Klimo M, Nolan L, Corbin M, Farinelli L, Pytell JD, Simon C, Weiss ST, Compton WM(2024) . Physician Reluctance to Intervene in Addiction: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 1;7(7):e2420837. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.20837.
- Koehlmoos T.P., Lee E, Rivera I., Wisdahl J., Erdman K., Donaldson T. (2024). Fetal alcohol spectrum disorders prevention and clinical guidelines research - workshop report. *BMC Proc*. 7;18(Suppl 12):.15.
- Koob GF. (2024). Alcohol Use Disorder Treatment: Problems and Solutions. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 23;64:255-275. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-031323-115847.
- Lees B., Mewton L, Jacobus J., Valadez E.A., Stapinski L.A., Teesson M., Tapert S.F., Squeglia LM. (2020). Association of Prenatal Alcohol Exposure With Psychological, Behavioral, and Neurodevelopmental Outcomes in Children From the Adolescent Brain Cognitive Development Study. *Am J Psychiatry* 11. 1060-1072.
- Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ (2012); British Association for Psychopharmacology, Expert Reviewers Group. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol*. 26(7):899-952. doi: 10.1177/0269881112444324. Epub 2012 May 23.
- Mackowiak B, Fu Y, Maccioni L, Gao B (2024). Alcohol-associated liver disease. *J Clin Invest*. 1;134(3):.e176345. doi: 10.1172/JCI176345.
- Magill, M. and L. A. Ray (2009). "Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and

- illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials.” *Journal of studies on alcohol and drugs* 70(4).: 516-527.
- McHugh R.K., Weiss R.D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res.* 1;40(1).:arcr.v40.1.01. doi: 10.35946/arcr.v40.1.01. PMID: 31649834; PMCID: PMC6799954.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Alcohol facts and statistics. (2024). Erişim tarihi:17.08.2024. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/alcohol-facts-and-statistics>
- National Archives (last reviewed on June 7, 2021). Temperance and Prohibition Papers. Erişim Tarihi:22.08.2024. <https://www.archives.gov/nhprc/projects/catalog/temperance-and-prohibition>
- National Cancer Institute. (2021). Alcohol and Cancer Risk. Updated: July 14, 2021. Erişim tarihi 27.Ağustos 2024 <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>
- Noyan Onur C. (2022). Arındırma Sonrası Alkol kullanım Bozukluğunun İlaç Tedavisi. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü.TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.Ankara.18-25
- Pelletti G, Boscolo-Berto R, Anniballi L, Giorgetti A, Pirani F, Cavallaro M, Giorgini L, Fais P, Pascali J.P., Pelotti S. (2024). Prevalence of alcohol-impaired driving: a systematic review with a gender-driven approach and meta-analysis of gender differences. *Int J Legal Med.* 26. doi: 10.1007/s00414-024-03291-3. Epub ahead of print.
- Polednak, A. P. (2005). Recent trends in incidence rates for selected alcohol-related cancers in the United States. *Alcohol and alcoholism* 40(3).pp 234-238.
- Puddephatt J.A., Irizar P, Jones A, Gage S.H., Goodwin L(2022). Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 117(6).:1543-1572. doi: 10.1111/add.15735. Epub 2021 Dec
- Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction.* 112(6).:968-1001. doi: 10.1111/add.13757. Epub 2017 Feb 20.
- Roerecke M(2021). Alcohol's Impact on the Cardiovascular System. *Nutrients.* 28;13(10):3419. doi: 10.3390/nu13103419.
- Ross, D. (2024). How Prohibition Put the ‘Organized’ in Organized Crime. Erişim Tarihi:22.08.2024. <https://www.history.com/news/prohibition-organized-crime-al-capone>
- SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2023 National Survey on Drug Use and Health. (2024). Table 8.27B—Substance use in past month: among females aged 15 to 44; by pregnancy status, percentages, 2022 and 2023.erişim tarihi 17 ağustos 2024
- Sarıkaya Öztürk Ö. (2019). Akut Alkol İntoksikasyonuna Yaklaşım. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Temel Başvuru Kitabı. Birinci Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Çalışma Birimi Yayınları s:115-122.
- Schuckit M.A. M.A. (2024). Alcohol related disorders. Boland V, Verduin ML.Kaplan Sadock.Comprehensive Textbook of Psychiatry.11.th Edition. Wolters Kluwer. Printed on China 4203-4267
- Schuckit M.A., M. A. (2014). “Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens).*New England Journal of Medicine* 371(22).: 2109-2113.
- Smedslund G, Berg RC, Hammerström KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K(2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev.*11;2011(5):CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Dec 12;12:CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub3.
- Studer J, Gmel G, Bertholet N, Marmet S, Daepfen J.B. (2019). Alcohol-induces blac-

kouts at age 20 predict the incidence, maintenance and severity of alcohol dependence at age 25: a prospective study in a sample of young Swiss men. *Addiction*. (9).:pp,1556–1566.

Sullivan E.V., Pfefferbaum A(2019). Brain-behavior relations and effects of aging and common comorbidities in alcohol use disorder: A review. *Neuropsychology*. 33(6):760-780. doi: 10.1037/neu0000557

Şengül C. (2012). Alkol intoksikasyonu ve yoksunluğu tedavisi. *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Tawa E.A., Hall S.D., Lohoff F.W. (2016). Overview of the genetics of alcohol use disorder.” *Alcohol and alcoholism* 51(5): 507-514.

The Lancet Gastroenterology & Hepatology. (2024). Global progress towards alcohol harm reduction insufficient. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 9(9):773. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\).00240-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(24).00240-1)

Timko C, Below M, Vittorio L, Taylor E, Chang G, Lash S, Festin FED, Brief D (2019). Randomized controlled trial of enhanced telephone monitoring with detoxification patients: 3- and 6-month outcomes. *J Subst Abuse Treat*.99:24-31. doi: 10.1016/j.jsat.2018.12.008. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30797391; PMCID: PMC6568005.

Uscher-Pines L, Lin K, Busch A.B(2024). Expanding Treatment Options for Alcohol Use Disorder. *JAMA Health Forum* 5(8):e242184.

Umut G., Evren C. (2019). Alkol Yoksunluğu ve Deliryum Tremens Tedavisi. Evren C. (Ed.) *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. Temel Başvuru Kitabı. Birinci Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Çalışma Birimi Yayınları s.123-144.

Ünlübol B., Bilici R. (2022). Alkol Kullanım Bozukluğu. *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara.1-18

Weiss, R. D. and K. D. Kueppenbender (2006). “Combining psychosocial treatment with pharmacotherapy for alcohol dependence.” *Journal of Clinical Psychopharmacology* 26(6): S37-S42.

World Health Organization (WHO). (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.Erişim tarihi 8 ağustos 2024

World Health Organization (WHO). (28 June 2024). *Alcohol*. Erişim Tarihi: 22.08.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Worley J (2021). Review of Evidence-Based Strategies to Treat Alcohol Use Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 59(12):7-11. doi: 10.3928/02793695-20211110-01. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34846245.

Woo, K. N., et al. (2022). “Alcohol consumption on unprovoked seizure and epilepsy: An updated meta-analysis.” *Drug and Alcohol Dependence* 232: 109305

Zahr N.M. (2024). *Alcohol Use Disorder and Dementia: A Review*. *Alcohol Res*. 2024.23;44(1):03. doi: 10.35946/arc.v44.1.03. PMID: 38812709; PMCID: PMC11135165).

Zein M and Danovitch I. (2023). *Substance-Related and Addictive Disorders*. W. W. IsHak (ed.). *Atlas of Psychiatry* Springer Nature Switzerland AG

BÖLÜM 3.3

Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları

Uzm. Dr. Hüseyin Altuğ YENİCE

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

3.3.1. Kannabinoid Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

3.3.2. Opioid Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

3.3.2.1. Opioid intoksikasyonunda farmakoterapötik müdahale

3.3.2.2. Opioid yoksunluğunda farmakoterapötik müdahale

3.3.2.3. Opioid bağımlılığının yoksunluk ve rehabilitasyon dönemlerinde tercih edilebilecek non-opioid medikasyonlar

3.3.2.4. Gebelik ve laktasyon döneminde opioid kullanım bozukluğuna farmakoterapötik müdahale

3.3.3. Stimulan Madde Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

3.3.4. Uçucu Madde Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

3.3.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Psikiyatrik Eş Tanı Varlığında Tedavi Stratejileri

3.3.5.1. Eşlik eden anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımı

3.3.5.2. Eşlik eden duygudurum bozukluklarında tedavi yaklaşımı

3.3.5.3. Eşlik eden psikotik bozukluklarda tedavi yaklaşımı

3.3.5.4. Eşlik eden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tedavi yaklaşımı

3.3.5.5. Eşlik eden kişilik bozukluklarında tedavi yaklaşımı

3.3.6. Dirençli Madde Kullanım Bozukluklarında Psikocerrahi Bir Seçenek: Derin Beyin Stimulasyonu

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Madde kullanım bozukluklarının (MKB) tedavi süreçlerinde belli ana hedefler bulunmaktadır. Bunlardan ilki; hastanın psikolojik, sosyal ve bedensel iyilik hallerinin sağlanmasıdır. Bir diğer ana hedef, MKB hastasındaki madde aşırma ve kullanımının olabildiğince azaltılması, mümkünse ortadan kaldırılmasıdır. Bu hedeflere ulaşılabilmesi için, gerek tedavi başlangıcındaki arındırma sürecinde, gerekse arındırma sonrası rehabilitasyon döneminde MKB hastalarına uygun farmakoterapötik ve psikososyal desteklerin sağlanması temel gerekliliklerdir. Madde kötüye kullanımına dair psikoeğitimler ve psikoterapiler, MKB tedavi sürecinin önemli bileşenlerindedir. MKB hastalarında psikososyal destek sistemlerinin yıprandığı göz önünde bulundurulduğunda; kötüye kullanım döngülerinin kırılabilmesi ve davranışsal değişimlerin sağlanabilmesi için psikososyal desteğin sağlanması da oldukça önemlidir (Sadock vd., 2016).

MKB tedavi sürecinin bir diğer önemli bileşeni, hastalara uygun psikofarmakolojik desteğin sağlanmasıdır. Bu bölümde ağırlıklı olarak MKB hastalarının intoksikasyon, yoksunluk ve rehabilitasyon dönemlerine dönük farmakoterapi yaklaşımlarına odaklanılmıştır. Ayrıca psikiyatrik eş tanılarının varlığında öncelikli ilaç seçenekleri üzerinde durulmuş ve dirençli vakalarda tercih edilebilecek psikocerrahi yöntemlerinden biri olan derin beyin stimülasyonundan bahsedilmiştir.

3.3.1. Kannabinoid Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

Esrar; fiziksel ve ruhsal iyilik halini önemli ölçüde etkileyebilmektedir ve 2024 itibarıyla 'dünya genelinde en yaygın kullanılan yasadışı madde olma' özelliğini korumaktadır (Wang vd., 2024). Doğal bir kannabinoid olan esrarın, aktif bileşeni $\Delta 9$ -tetrahidrokannabinoldür. $\Delta 9$ -tetrahidrokannabinol, hint kenevirinde (kannabis) doğal olarak bulunmakta ve etkinliğini kannabinoid-1 (CB-1) ve kannabinoid-2 (CB-2) reseptörleri üzerinde gösterdiği kısmi agonizma ile sağlamaktadır (Fantegrossi vd., 2014). Esrar intoksikasyonunda; sosyal olarak yoksunluk, kaygınlık, kalp atımında hızlanma, öfori, zamanın yavaşladığı algısı, yargılama bozukluğu gibi semptomlar gelişebilmektedir (Morrison, 2016). Anksiyolitik etkinlik sağlamak için diazepam gibi uzun etkili bir benzodiazepin oral olarak, antipsikotik etkinlik sağlamak için haloperidol 5-10 mg intramuskuler (i.m.) enjeksiyon olarak tercih edilebilir (Uluğ ve Gürel, 2012). Esrar yoksunluğunda ise; çökkünlük, sinirlilik-irritabilite ve uyku-iştah sorunları ön plana geçmektedir. Ruhsal sonuçlarının yanı sıra; terleme, titreme, hipertermi, ürperme, baş ağrısı, karın ağrısı gibi fiziksel semptomlar da esrar yoksunluğunda gelişebilmektedir (APA, 2013). Gabapentin ve kannabinoid reseptör agonistleri olan nabilon-dronabinol; esrar yoksunluğunda tercih edilebilecek psikotropik ajanlardır. Bu dönemde gelişen uyku-iştah problemlerine dönük olarak ise mirtazapin ya da ketiapin öncelikli tercih olabilir. Özellikle insomniyal yakınmalar açısından zolpidem etkili bulunmuştur (Copeland ve Pokorski, 2016).

Birer sentetik kannabinoid (SK) olan bonzai ve jamaika gibi maddeler, CB-1 ve CB-2 reseptörleri üzerinde tam agonistik etkinlik göstermektedirler. Bu nedenle etkileri, CB-1 ve CB-2 reseptörleri üzerinde kısmi agonistik etkinlik gösteren esrara kıyasla daha güçlüdür. İntoksikasyon bulguları da esrar intoksikasyonuna göre daha çeşitli ve şiddetli olabilmektedir (Tai ve Fantegrossi, 2014). SK intoksikasyonlarında tedavi semptomatik ve destekleyicidir, verilebilecek spesifik bir antidot bulunmamaktadır (Spaderna vd., 2013). Kusmaya bağlı gelişebilecek dehidratasyona dönük intravenöz (i.v. sıvı replasmanı); ajitasyon ve hipertermi halinde gelişebile-

cek rabdomiyolizi önlemek için soğuk uygulama önerilmektedir. SK intoksikasyonlarında hipokalemi gelişmesi ve buna bağlı kardiyak aritmiler ile hipoventilasyon ortaya çıkması olasıdır. Bu nedenle hipokalemi tedavisi hızlı yapılmalıdır (Öncü ve Hacimusalar, 2021). Ajitasyon/saldırganlık hali, taşikardi ve konvülsiv ataklar için benzodiazepinlerden yararlanılabilir (Kelly ve Nappe, 2021), ancak hipokalemi gelişmesi halinde solunum depresyonu riski artacağı için benzodiazepinlerle ilgili dikkatli olmak gerekmektedir. Psikotik semptomlar gelişmesi halinde öncelikli tercih haloperidol ya da olanzapin olabilir (Kennedy, 2018).

SK yoksunluğunda ortaya çıkabilecek ajitasyon/irritabiliteyi azaltmak ve sedasyon sağlamak amacıyla ilk tercih olarak benzodiazepinlerden yararlanılabilir (Nacca vd., 2013). Bunun dışında Ketiapin 25-50 mg/g olarak verilebilir ve günlük 200 mg'a kadar çıkılabilir. Bulantı-kusma için metaklopramid 10 mg/g (günlük 30 mg'a kadar çıkılabilir), gastrointestinal spazm ve kramplar için hiyosin butilbromür gün içinde 4-6 saatte bir 10-20 mg uygulanacak şekilde tercih edilebilir. Baş ağrısı ve kas krampları için parasetamol 1000 mg/g kullanılabilir ve günlük 4000 mg'a kadar çıkılabilir (Canterbury District Health Board, 2014).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Nacca ve arkadaşları tarafından klinik tablosu sentetik kannabinoid yoksunluğu ile uyumlu olarak bildirilen olgularda; sedasyon sağlama ve ajitasyon/irritabiliteyi azaltmada benzodiazepinler birinci sıra tercih olarak ortaya konmuştur.

DİKKAT

Sentetik kannabinoid kullanım bozukluğunun hem intoksikasyon hem de yoksunluk tablolarında; ajitasyon/irritabiliteyi azaltma, sedasyon sağlama, konvülsiv atakları önleme amaçlı olarak benzodiazepinlerden yararlanılabilmektedir. Ancak intoksikasyon tablosunda hipokalemi ve buna bağlı olarak hipoventilasyon gelişme riski de artmıştır. Bu nedenle sentetik kannabinoid intoksikasyonunda hipokalemi eşlik etmesi halinde benzodiazepin uygulamasından kaçınılmalıdır.

3.3.2. Opioid Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

3.3.2.1. Opioid intoksikasyonunda farmakoterapötik müdahale

Opioid intoksikasyonları (Oİ), damar içi enjeksiyon yoluyla MKB geliştirmiş olgularda mortalitenin en önemli iki nedeninden biri olarak (diğeri AIDS) belirtilmektedir (Mathers vd., 2013). Opioidler kanda 3-12 saat ve idrarda 1-3 gün boyunca tespit edilebilse de (Fareed vd., 2011); Oİ tanısı sıklıkla akut öykü ve klinik belirti/bulgularla konmaktadır. Oİ'de bilinç bulanıklığı, sedasyon, sersemlik hali, bellek bozulması gibi bilişsel semptomlar sıklıkla gelişebilmektedir. Diğer yandan psikomotor aktivitede ajitasyon ya da retardasyon olabilir, duygudurum öforik olabileceği gibi disforik ya da deprese olabilir, yargılama kapasitesi bozulabilir (Morrison, 2016). Oİ'yi tıbbi bir acil haline getiren ise yol açtığı solunum depresyonudur, Oİ'de solunum sayısı dakikada 12'nin altına kadar düşebilmektedir (Stolbach ve Hoffman, 2021). Pupiller konstriksiyon (pupilla iğne ucu kadar küçülebilir) ve akustik uyarılara artmış hassasiyet; opioid dışı madde intoksikasyon bulgularına kıyasla Oİ'nin görece özgün

bulgularıdır (Morrison, 2016). Bu gibi görece özgün Oİ bulguları, özellikle akut psikiyatrik öykünün sağlıklı elde edilemediği durumlarda önemli hale gelmektedir, çünkü acil müdahale seçenekleri intoksikasyona yol açan maddenin türüne göre farklılık gösterecektir. Örneğin benzodiazepinlerden; sentetik kannabinoid veya stimulan madde intoksikasyonlarında yararlanılabilmekteyken, opioid intoksikasyonlarında yüksek solunum depresyonu riski nedeniyle kaçınılmaktadır (Chua vd., 2020). Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta, hastada pupiller konstriksiyon bulunmasa bile akut öykü ve pupiller konstriksiyon dışı belirti/bulgularla Oİ tanısı konabileceği ve tedaviye hızla başlanması gerektiğidir (Ritter vd., 2008).

Solunum depresyonu, Oİ'de ilk 1-3 saat içindeki mortalitenin en önemli nedenidir (Fareed vd.,2011). Bu nedenle, Oİ terapötik müdahalesinde ilk olarak hava yolu açık tutulmalı (airway takılabilir, mekanik havalandırma yapılabilir) ve trakeofaringeal sekresyonlar aspire edilmelidir. Ardından damar içi uygulamayla birer opioid antagonisti olan nalokson ya da nalmefen verilebilir. Başlangıç dozları nalokson için yaklaşık olarak 70 kg'a 0,8 mg; nalmefen için ise genellikle 0,5-1 mg'dır. Daha yüksek başlangıç dozlarının opioid yoksunluğuna yol açabilecek olması göz önünde bulundurulmalıdır. Nalokson ya da nalmefen başlangıç dozlarında i.v olarak uygulandıktan sonra, hastada solunum sayısında artma, pupillerde dilatasyon gibi iyileşme bulguları hızla gelişmelidir. Naloksonun yarılanma ömrü 60-90 dakika olup, özellikle uzun yarı ömürlü opioidlerin intoksikasyonlarında başlangıç nalokson dozundan sonra hızlı iyileşme gerçekleşmeyebilir. Bu durumda naloksonun birkaç dakika aralıklarla tekrarlanması gerekebilir. Nalmefenin yarılanma ömrü ise daha uzun olup (yaklaşık 10 saat); 0,5-1 mg'lık tek dozu bile Oİ intoksikasyon tedavisinde yeterli olabilmektedir. Ancak Oİ'lerde verilen opioid antagonistlerine bağlı yoksunluk gelişmesi halinde; naloksonun kısa yarı ömürlü olmasının avantaj, nalmefenin uzun yarı ömürlü olmasının ise bir dezavantaj olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Altınyazar, 2010).

3.3.2.2. Opioid yoksunluğunda farmakoterapötik müdahale

Lakrimasyon, rinore, pupil dilatasyonu gibi bulgular; opioid yoksunluğunun (OY) ilk gününde gelişen tipik bulgulardır. Bu bulgular dışında piloereksiyon, aşırı terleme, insomnia, huzursuzluk, ajitasyon, kas seğirmesi, miyalji, artralji ve karın ağrısı gibi belirti ve bulgular da OY'un ilk gün semptomları olarak ortaya çıkabilmektedir. OY'un ilk günündeki klinik tablo hasta için sıkıntı verici olsa da, vital fonksiyonlarda kötüleşmeye yol açmamakta ve çoğunlukla acil tıbbi tedavi gerektirmemektedir. OY'un ikinci günü veya sonrasında gelişen bulantı, kusma, ishal ve ateşe bağlı olarak ise hasta dehidrate, hipotansif, takipneik ve taşikardik hale gelebilmektedir (Pergolizzi vd., 2020).

Buprenorfin, OY tedavisi için yaygın olarak kullanılan bir terapötik ajandır. Mü reseptörleri üzerinde yüksek afinite ile kısmi agonizma göstermektedir (Jones, 2004). Düşük dozlarda agonistik, yüksek dozlarda ise antagonistik özelliği baskındır. Kappa reseptörleri üzerinde ise antagonist etki göstermekte ve buna bağlı olarak antidepresan etkinlik sağlamaktadır (Falcon vd., 2016). ORL-1/orfanin nosiseptif reseptörlerinde etki gösterebilme özelliği sayesinde de analjezik etkinliği ortaya çıkmaktadır (Lutfy ve Cowan 2004). Buprenorfinin analjezik etkinliği için geliştirilmiş parenteral formları bulunmakla birlikte, bu formlar kötüye kullanım riski taşıması nedeniyle OY tedavisinde onaylı değildir. OY tedavisi için buprenorfinin sublingual formları onaylıdır. Ancak sublingual formlar da "eritilerek i.v. enjekte edilebilir hale getirilme

ve suistimal edilme” riski taşımaktadır. Bu nedenle buprenorfinin, bir opioid antagonistisi olan nalokson ile kombine preparatları geliştirilmiştir. Buprenorfin/Nalokson (B/N) kombine preparatları sayesinde, sublingual buprenorfinin eritilerek i.v. enjekte edilmesi halinde naloksonun antagonistik etkisi devreye girmekte ve suistimal riski önlenmektedir. Bu nedenle B/N kombine preparatları, buprenorfin monoterapisine göre daha yaygın olarak tercih edilmektedir (Kumar vd., 2022). Gebelik, laktasyon, karaciğer yetmezliği ve şiddetli ağrı durumlarında ise nalokson ile kombine preparatlardan uzak durulmalıdır (Evren vd., 2023; McAllister-Williams vd., 2017).

Buprenorfin karaciğerde CYP3A4 enzimi tarafından metabolize edilmektedir. Bu nedenle CYP3A4 enzimini inhibe eden (ör: fluvoksamin) ya da indükleyen (ör: karbamazepin) gibi ilaçlarla beraber kullanımı durumunda buprenorfinin kan düzeyinin artabileceği ya da azalabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Anti-HIV tedavisi altındaki OY hastalarında da buprenorfin kullanımı açısından dikkatli olunmalıdır. HIV enfeksiyonu opioid kullanım bozukluğu hastalarında sık rastlanan bir komorbidite olup, anti-HIV ilaç tedavisi gerektirmektedir. Ancak anti-HIV ilaçlar ve buprenorfin, mikrozomal etkileşim gösterebilmektedir. Dolayısıyla, eş zamanlı buprenorfin ve anti-HIV tedavisi alan opioid bağımlılarında, hem karaciğer fonksiyonları hem de buprenorfin kan düzeyleri yakın takip edilmelidir. Buprenorfin tedavisi altındaki hastalarda benzodiazepinler, solunum depresyon riskini artıracak için kontraindikedir (Kumar vd., 2022).

Buprenorfin/Nalokson oranının 4/1 olduğu (örneğin 8/2 mg) sublingual preparatlar OY tedavisi için yaygın olarak kullanılmaktadır. Dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, çekilme bulguları başlayana kadar hastaya buprenorfin başlanmaması gerektirir. Çünkü opioid reseptörleri tamamen tam agonist (ör: heroin) ile dolu olan bir hastaya buprenorfin gibi mü reseptörlerine yüksek afinite gösteren kısmi bir agonist verilmesi halinde; tam agonist özellik gösteren opioid madde reseptörden hızla ayrılacak ve erken yoksunluk belirtilerine yol açacaktır (McCance-Katz, 2004). Bu nedenle kısa etki süreli opioid (örneğin heroin) bağımlılığında, buprenorfin başlanması için son opioid kullanımının üzerinden en az 6 saat geçmesi önerilmektedir (Spren vd., 2022). Çekilme bulguları ortaya çıkmaya başladığında B/N preparatı 4/1 mg olarak başlanmalıdır, yoksunluğun yatışmaması halinde ilk dozdan 2 saat sonra ek 4/1 mg daha B/N verilebilir. İlk gün B/N dozu 8/2 mg’ı aşmamalıdır, 8/2 mg B/N uygulanmasına rağmen yoksunluk semptomları yatışmayan hastalarda klonidin, ibuprofen, promethazin, difenhidramin gibi non-opioid seçeneklerden yararlanılabilir. OY’un ikinci gününde yoksunluk bulguları kontrol altına alınana kadar B/N dozu 2/0,5 mg-4/1 mg artışlarla 12/3-16/4 mg’a yükseltilebilir. İkinci gün dozu 16/4 mg’ı aşmamalıdır. İlerleyen günlerde yoksunluk bulgularının devam etmesi halinde, B/N dozu kademeli olarak 32/8 mg’a kadar yükseltilebilir (Center for Substance Abuse Treatment, 2004).

OY’da buprenorfin ile uzun süreli tedrici arındırma tedavisinin; kısa-orta süreli ve hızlı arındırma tedavisinden daha etkili olduğu belirtilmektedir. “Yakın gelecekte cezaevine girecek olma, yurtdışına çıkacak olma” gibi zorunlu haller dışında, uzun süreli tedrici arındırma tedavisi tercih edilmelidir. Bununla birlikte uzun süreli tedrici arındırma tedavisinde de yoksunluk belirtileri gelişebilmektedir, bu durumda buprenorfini kademeli kesme sürecindeki doz azaltma bir süreliğine askıya alınabilir (Evren vd., 2012).

Metadon, Türkiye’de bulunmamakla birlikte OY tedavisi için yurtdışında yaygın olarak kullanılan bir opioid agonistidir. Parsiyel mü reseptör agonisti olan buprenorfinden farklı olarak, mü reseptörlerine tam agonizma göstermektedir. Solunum

depresyonuna yol açma (Kintz, 2002) ve suistimal edilebilme (Hser vd., 2014) riskleri buprenorfinden daha yüksektir. Metadon, yüksek dozlarda Qtc uzamasına da yola açabilmektedir, EKG takibi önemlidir (Krantz vd., 2007). Metadon karaciğerde CYP3A4 enzimi ile metabolize edilmektedir. Fluvoksamin, rifampisin, nifedipin, diazepam gibi CYP3A4 enzimini indüklemeye/inhibe etme özelliği olan ilaçlarla birlikte kullanımında doz ayarlamasına dikkat edilmelidir (Iribarne vd., 1997). Benzodiazepinlerle birlikte kullanımı ise solunum depresyonu açısından önemli bir risk oluşturmaktadır (Jones vd., 2012).

Metadon oral olarak kullanılmaktadır. Başlangıç metadon dozu yatan hastalarda 10-20 mg olup, ilk dozdan 2 saat sonra yoksunluğun dizginlenememesi halinde ek 10-20 mg daha metadon verilebilir. Ancak ilk gün toplam dozu 40 mg'ı geçmemelidir (Baxter Sr vd., 2013). Ayaktan hastalarda ise başlangıç dozu 20-30 mg olup, ilk gün dozunun toplamda 30 mg'ı geçmesi önerilmemektedir (Noska vd., 2015). Takip eden günlerde günlük doz kademeli olarak 60-120 mg'a çıkılabilir (World Health Organization, 2009).

Yoksunluğun yatıştığı metadon dozunu kademeli olarak azaltma ve kesme takviminde; yatan hastalar için daha hızlı bir süreç mümkünken (örneğin 1 hafta), ayaktan hastalar için bu süreç daha uzun (örneğin 1 ay) olmalıdır. Bu esnada ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtilerini hafifletmek için non-opioid medikasyonlardan (örneğin klonidin) yararlanılabilir (Kleber, 2022). Ayaktan metadon sürdürüm tedavisi alan opioid bağımlılarında klonidin kullanımının opioid kullanımına ara vermede başarılı olduğu gösterilmiştir (Kleber vd., 1985).

Levo-A-asetilmetadol (LAAM) da bir diğer OY tedavisi ilacı olup, metadon ile benzer şekilde mü reseptörlerinde tam agonizma göstermekte ve Qtc uzamasına yol açma riski barındırmaktadır (Stotts vd., 2009). Metadondan farklı olarak LAAM tedavisinde, başlangıç dozunun belirlenmesi ve idameye geçilmesi için gereken süre uzundur. Bu özelliği indüksiyon uygulamalarında LAAM'ı görece dezavantajlı hale getirmektedir (Center for Substance Abuse Treatment, 1995).

Opioid yoksunluğunda gelişen hafif ağrılar için analjezik etkinliği olan non-opioid medikasyonlar (NSAID, asetaminofen, steroidler, miyorelaksanlar, antikonvulsanlar, antidepresanlar) yeterli olabilmektedir. Ancak şiddetli ağrı varlığında morfin, kodein, metadon ya da buprenorfin gibi opioid özellikli medikasyonlardan yararlanmak gerekebilir. Dikkat edilmesi gereken nokta, opioid bağımlılarında opioidlere tolerans geliştiğidir. Bu nedenle analjezik etkinlik için kullanılacak opioid dozunun, opioid kullanım bozukluğu öyküsü bulunmayan hastalardaki ağrı yönetimine kıyasla daha yüksek olması gerekmektedir. Metadon dozunu günlük 200 mg'a kadar çıkarmak gerekebilir (Evren vd., 2012). Opioid yoksunluğunda gelişen şiddetli ağrının tedavisi için normalden daha yüksek doz opioid kullanmak bağımlılığı pekiştirmemekte; tam tersi yüksek doz opioid kullanımından kaçınmak depresmeyi tetiklemekte ve bağımlılığı pekiştirmektedir (Alford vd., 2006). Opioid tedavisiyle şiddetli ağrı kontrol altına alındıktan sonra ise, mümkün olan en kısa sürede non-opioid seçeneklere (NSAID, asetaminofen vb.) geçilmelidir.

3.3.2.3. Opioid bağımlılığının yoksunluk ve rehabilitasyon dönemlerinde tercih edilebilecek non-opioid medikasyonlar

Opioid yoksunluk sendromunun pek çok klinik bulgusuna; locus ceruleus'ta up-regule olan sempatik sistem yol açmaktadır (Mazei ve Nestler, 2012). Klonidin,

santral sinir sisteminde etkili bir alfa-2 agonisttir ve OY'da up-regule olmuş olan sempatik sistemin nörotransmitter gereksinimini sağlamak için kullanılabilir (Ayanga vd., 2016) Klonidinin suistimal potansiyeli, opioid agonistlerine göre çok daha sınırlıdır. Bu nedenle özellikle, yoksunluk bulguları metadon ile stabilize olmuş ayaktan hastalarda, metadonun kademeli olarak kesilmesi sırasında ortaya çıkabilecek ağrı ve bilişsel belirtilerin yatıştırılmasında klonidin tercih edilebilir (Kleber vd., 1985; Kleber 2022). Klonidinin başlangıç dozu günde 3-4 kez 0,1-0,3 mg'dır. Esasen antihipertansif bir ilaç olup, başlıca yan etkisi hipotansiyondur. Toplam dozun günlük 1 mg'ı geçmemesi önerilmektedir, ancak şiddetli OY sendromlarında günlük doz 1,2 mg'a kadar çıkılabilir (Kosten ve Baxter, 2019).

Naltrekson, özellikle arınma sonrası dönemde opioid aşırma ve kullanımını azaltmak amacıyla tercih edilebilecek bir non-opioid ilaç seçeneğidir ve 2010 yılından bu yana opioid kullanım bozukluğu için FDA onayı bulunmaktadır (McCord vd., 2023). Mü reseptörlerine yüksek afinite gösteren bir yarışmalı opioid antagonisti olan naltrekson; eroin, morfin, metadon gibi opioidleri reseptöründen hızla ayırır (Trøstheim vd., 2023). Bu nedenle; opioid intoksikasyon döneminde verilmesi halinde yoksunluk geliştirmesi ya da opioid arındırma döneminde verilmesi halinde yoksunluğu derinleştirmesi olasıdır. Buna yol açmamak için naltrekson verilmeden önce, hastanın son opioid kullanımının üzerinden en az bir hafta geçmiş olması önerilmektedir (Kosten ve Baxter, 2019) Opioid intoksikasyon ve arındırma dönemleri naltrekson dışı medikasyonlarla yönetildikten sonra; opioid aşırma ve kullanımını azaltmak amacıyla naltrekson tercih edilebilir. Genellikle haftalık toplam doz 350 mg olacak şekilde kullanılır. Haftalık 350 mg doz; günlük 50 mg ya da haftada 3 kez 100-100-150 mg şeklinde bölünebilir (McCord vd., 2023).

Opioid yoksunluğunda gelişebilen hafif-orta şiddetteki kas ve eklem ağrıları için ibuprofen gibi non-steroid antiinflatuar ilaçlar kullanılabilir. Ayrıca steroid ilaçlar, miyorelaksanlar ya da asetaminofen de tercih edilebilir. OY tedavisinde, antidepressanların duygudurumu düzeltmek dışındaki etkinliklerinden de yararlanılabilmektedir. Hafif-orta şiddetteki ağrıların yönetimi için amitriptilin, duloksetin ya da venlafaksin kullanılabilir. Kognitif yakınmalar için bupropion ya da venlafaksin; insomniyal yakınmalar için mirtazapin, trazodon ya da amitriptilin tercih edilebilir. Antihistaminikler de OY tedavisinde yararlı olabilmektedir. Distonik reaksiyonlar, kas rijiditesi ve uykuya dalma güçlüğü için difenhidramin; bulantı ve kusmayı önlemede ise promethazin etkilidir (Evren vd., 2012).

3.3.2.4. Gebelik ve laktasyon döneminde opioid kullanım bozukluğuna farmakoterapötik müdahale

Gebelik ve laktasyon döneminde opioid kullanım bozukluğu (GLOK); ruhsal, fiziksel, ailevi ve sosyal birçok problemin kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Anne-bebek bağlanma sürecini olumsuz etkilemesi gibi ruhsal sonuçlarının yanısıra; yol açtığı fiziksel patolojilerle de yenidoğanın sağlığını kötü etkilemektedir (Aydın vd., 2023). Gebelik sürecinde opioid kullanımı; atriovenriküler septal defekt, hipoplastik sol kalp sendromu, spina bifida, gastroşizis gibi konjenital malformasyonlara neden olabilmektedir. Ayrıca intrauterin gelişme geriliği, preterm doğum, erken membran rüptürü, koryoamniyonit, perinatal ölüm gibi perinatal komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Gebelik ve laktasyon döneminde opioid kullanımının en önemli sonuçlarından biri de yenidoğan yoksunluk sendromudur (YYS) (Broussard vd., 2011; Roper vd., 2017).

Gebelik ve laktasyon dönemindeki MKB olgularının tedavi süreçlerinde; opioid dışı yasadışı madde kullanıcıları için psikososyal yaklaşımlar öncelikli tercih edilirken, GLOK olgularında farmakoterapötik müdahaleler ön plana çıkmaktadır (Aydın vd., 2023). Bulantı, kusma, kramp gibi gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek fizyolojik belirtiler, GLOK olguları tarafından 'opioid yoksunluğu' zannedilerek kötüye kullanımı artırma gerekçesi haline getirilebilir. Hem bu yanlış algının önüne geçmek, hem de olası yoksunluk belirtilerini hafifletmek amacıyla opioid agonistik özellikli buprenorfin ya da metadon tedavisi önerilmektedir (Jones vd., 2008). Nalokson-naltrekson gibi opioid antagonistleri ile arındırma ise GLOK olgularında yoksunluğu derinleştirerek 'kötüye kullanım tekrarı' ve 'anne ve bebekte ağır fiziksel-ruhsal sonuçlara yol açma' riskleri ile yüksek ilişkili görülmektedir. Bu nedenle GLOK olgularının arınma süreçlerinde bu ajanlardan kaçınılması gerektiği belirtilmekte, bunların yerine agonistik özellikli metadon ya da buprenorfin ile yerine koyma tedavisi önerilmektedir (Tran vd., 2017).

Metadon ve buprenorfinin GLOK olgularında klinik etkinlikleri benzer olmakla birlikte, birbirlerine üstün yanları da bulunmaktadır. Metadonun tedavi uyumu ve madde kullanım tekrarının önlenmesinde daha üstün olduğu belirtilirken; buprenorfin intrauterin büyüme geriliği, preterm doğum, YYS gibi perinatal komplikasyonlara daha az yol açma özelliğiyle öne çıkmaktadır (Aydın vd., 2023; Evren vd., 2023). Buprenorfin/Nalokson (B/N) kombinasyonundan ise GLOK olgularında uzak durulması tavsiye edilmektedir (McAllister-Williams vd., 2017). Hatta B/N tedavisi almaktayken gebelik gelişen ve GLOK olgusu haline gelen kadınlarda, B/N tedavisinin sonlandırılarak metadon ya da sadece buprenorfin içeren preparatlara geçilmesi önerilmektedir (ACOG Committee on Health Care for Underserved Women, 2012).

Emzirmenin, anne-bebek bağlanması üzerine olumlu etkilerinin yanısıra, YYS belirtilerinde rahatlatıcı etkisi olduğu da düşünülmektedir. Buprenorfin, metadon gibi opioid agonistlerinin anne sütüne geçme miktarlarının düşük olması da göz önünde bulundurulduğunda, buprenorfin ya da metadon tedavisi altındaki GLOK olguları emzirmeye teşvik edilmelidir (Cleveland, 2016). Diğer bir deyişle, laktasyon dönemindeki GLOK olguları için de tedavide metadon ya da sadece buprenorfin içeren preparatlar tercih edilmelidir.

DİKKAT

- Sentetik kannabinoid veya stimulan madde intoksikasyonlarında benzo-diazepinlerden yararlanılabilmekteyken, opioid intoksikasyonlarında yüksek solunum depresyonu riski nedeniyle kaçınılmalıdır. Yine opioid yoksunluk tedavisi için buprenorfin ya da metadon gibi opioid özellikli medikasyonlar almakta olan hastalarda da, solunum depresyonu riski nedeniyle benzodiazepinlerden uzak durulmalıdır.
- Gebelik-emzirme dönemindeki opioid kullanım bozukluğu olgularında nalokson-naltrekson gibi opioid antagonistlerinden kaçınılmalı, agonistik özellikli buprenorfin ya da metadon tercih edilmelidir. Hatta buprenorfin/nalokson (B/N) kombine tedavisi almaktayken gebelik gelişen ve GLOK olgusu haline gelen kadınlarda, B/N tedavisi sonlandırılarak metadon ya da sadece buprenorfin içeren preparatlara geçilmelidir.

3.3.3. Stimulan Madde Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

Yasadışı madde kullanım bozuklukları içinde; kokain, metamfetamin, ekstazi gibi stimulan madde kötüye kullanımları, dünya genelinde esrar kötüye kullanımını takip etmekte ve giderek artış göstermektedir. Stimulan maddelerin kullanım bozuklukları; psikiyatrik, kardiyovasküler, enfeksiyöz morbiditeler, yanı sıra evsizlik/suç işleme gibi sosyal komplikasyonlarla ilişkilendirilmektedir (Ronsley vd., 2020).

Stimulan maddelerin intoksikasyonlarında sıklıkla ajitasyon gelişmektedir. Buna dönük tedavide ilk tercih olarak benzodiazepinler önerilmektedir (Wilson vd., 2012). Ekstazi intoksikasyonunda aritmi gelişme olasılığı özellikle göz önünde bulundurulmalı ve vital bulgular sıkı takip edilmelidir. Bunun dışında standart gastrik lavaj, intravenöz hidrasyon, soğuk uygulamayla ateşin düşürülmesi gibi destekleyici tedavilerin sağlanması önemlidir (Karamustafalıoğlu, 2018).

Kokain ve metamfetamin gibi stimulan maddelerin yoksunluk tablolarında çökkün duygudurum, ajitasyon ve insomnia gibi semptomlar ön planda görülmektedir (Rounsaville, 2004). Kokain kullanım bozukluğu hastalarında, kokainin kısa yarı ömürlü olması nedeniyle maddenin son kullanımından kısa süre sonra arınma sağlanabilmekte ve yoksunluk semptomları çoğu kez ilaç kullanmaya gerek kalmadan yatışabilmektedir. Yoksunluk semptomları yatıştıktan sonra tam ayıklık süresini uzatmada ise bupropion, modafinil gibi dopamin geri alımını bloke eden ajanlardan yararlanılabilir (Anderson vd., 2009; Castells vd., 2016; Martinez-Raga vd., 2008; Perez-Mana vd., 2011). Uyku problemleri, kokain kullanım bozukluğunda, yoksunluk yatıştıktan sonraki süreçte de devam edebilen önemli bir yakınma nedeni olabilmektedir. Bu gibi olgularda mirtazapin, lorazepam, tiagabin veya modafinilden yararlanılabileceği belirtilmiştir. Kokain kullanım ve uyku bozukluğu birlikteliği bulunan olguların dört hafta izlendiği bir çalışmada, mirtazapinin; uyku latansını geçici olarak azaltmada plasebodan üstün olduğu, ancak kokain kullanımında bir azalmaya yol açmadığı saptanmıştır (Afshar vd., 2012). Kokain kullanım bozukluğuna eşlik eden uyku sürdürüm bozuklukları açısından araştırılan lorazepam ve tiagabin de, uyku latansını azaltmada başarılı bulunmuştur. Tiagabinin henüz ayık olan olgularda yavaş dalga uykusunu artırdığı da gösterilmiştir (Morgan ve Malison, 2008). Kokain kullanım ve uyku bozuklukları bir arada bulunan olgularda tercih edilebilecek bir diğer ajan olarak modafinil belirtilmiştir. Gerçekleştirilen bir çalışmada sabah alınan 400 mg modafinil ile gece uyku latansının kısaldığı ve yavaş dalga uyku süresinin arttığı gösterilmiştir (Morgan vd., 2010). Bir başka çalışmada ise modafinil, evre-3 uykusu ve toplam uyku süresini iyileştirmenin yanısıra; kokain yoksunluk semptomlarını yatıştırma açısından da plasebodan üstün bulunmuştur (Angarita vd., 2016).

Metamfetamin yoksunluğunda, kendiliğinden yatışma daha zor olmakta ve psikofarmakolojik müdahaleler sıklıkla gerekebilmektedir. Ortaya çıkan çökkün duyguduruma dönük olarak sertralinin etkisiz olduğu; bupropion, mirtazapin veya ketiapinin ise tercih edilebileceği belirtilmektedir (Härtel-Petri vd., 2017) Özellikle bupropionun, metamfetamin yoksunluk disforisinde etkili olduğu düşünülmektedir. Ruhsal ve davranışsal ajitasyon hali için diazepam önerilmektedir (Sadock vd., 2016). Ancak psikotik semptomların varlığı halinde diazepamdan kaçınılmalıdır. Metamfetamin kullanım bozukluğunda eşik altı psikotik yaşantı gelişme sıklığı da artmaktadır. Özellikle yüksek doz metamfetamin kullanımı halinde, paranoid şizofreni benzeri

tablolar da gelişebilmektedir (Karamustafaloğlu, 2018). Metamfetamin kullanım bozukluğuna sahip psikotik olguların olanzapin ya da haloperidol ile takip edildiği bir randomize kontrollü çalışmada, iki grupta da benzer antipsikotik etkinlik saptanmıştır (Leelahanaaj vd., 2005). Şiddetli psikotik semptomlar birkaç hafta içinde yatışsa da; paranoid düşüncelerin, kognitif problemlerin ve hafif konfüzyon halinin aylarca devam edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Freya ve Levy, 2010).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Leelahanaaj ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir randomize kontrollü çalışmada, metamfetamin kullanım bozukluğuna sahip psikotik olgular olanzapin ya da haloperidol ile takip edilmiş; her iki grupta da benzer antipsikotik etkinlik saptanmıştır.

DİKKAT

Kokain, metamfetamin, ekstazi gibi stimulan maddelerin intoksikasyon ya da yoksunluk tablolarında gelişen ajitasyon hali için ilk tercih benzodiazepinlerdir. Ancak psikotik semptomların eşlik etmesi halinde benzodiazepin kullanımından kaçınılmalıdır. Özellikle metamfetamin kötüye kullananlarda psikotik yaşantı/paranoid şizofreni benzeri tablo gelişebilme olasılığı göz önünde bulundurulmalı ve benzodiazepin kullanımı ile ilgili dikkatli olunmalıdır.

3.3.4. Uçucu Madde Kullanım Bozukluklarında Psikofarmakolojik Yaklaşım

Uçucu madde intoksikasyon tabloları çoğunlukla kendiliğinden yatışmakta ve tıbbi müdahale gerektirmemektedir. Ancak koma, bronkospazm, laringospazm, kardiyak aritmi gelişmesi halinde tıbbi müdahale gerekli hale gelmektedir. İntoksikasyondan birkaç saat sonra psikotik semptomlar ortaya çıkabilmekte ve ajitasyon gelişebilmektedir. Bu durumda 70 kg için haloperidol 5 mg intramusküler enjeksiyon tercih edilebilir. Benzodiazepinler ise psikotik semptomları alevlendirerek ve solunum depresyonuna yol açarak, uçucu madde intoksikasyonunun etkilerini derinleştirebilir. Bu nedenle uçucu madde intoksikasyonlarında gelişen ajitasyonun kontrol altına alınmasında benzodiazepinler kontraindikedir (Sadock vd., 2016). Uçucu madde bağımlılığında altta yatması muhtemel depresyon ve anksiyete bozukluklarının uygun yaklaşımlarla tedavi edilmesi de önemlidir (Boztaş ve Arısoy, 2010).

DİKKAT

Uçucu madde intoksikasyon tablolarında gelişen ajitasyon ve psikotik yaşantıların kontrol altına alınmasında haloperidol i.m. enjeksiyondan yararlanılabilir. Solunum depresyonu ve psikotik semptomları derinleştirme riski nedeniyle benzodiazepinlerden uzak durulmalıdır.

3.3.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Psikiyatrik Eş Tanı Varlığında Tedavi Stratejileri

Madde kullanım bozukluğunda psikiyatrik komorbidite; aynı kişide madde kullanım bozukluğu ve başka bir psikiyatrik bozukluğun bir arada bulunması durumudur. Alkol madde kullanım bozuklukları, diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek

oranda komorbidite göstermektedir (Connery vd., 2020). Bu oran, yasadışı MKB olgularında (53%), alkol kullanım bozukluğu olgularına (37%) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (Davis vd., 2022). Hatta psikiyatrik eş tanılarının, MKB hastalarında neredeyse her zaman var olduğu belirtilmektedir. Bu birliktelik prognozu kötüleştirmekte, saldırganlık eğilimini, nöksleri ve yatırırlarak tedavi oranlarını artırmaktadır (Evren vd., 2012). Madde kullanım bozukluğundan kaynaklanan psikiyatrik tablolar; maddenin etkilerine, aşırı alımına, yoksunluğuna, hastanın aşermelerine ya da MKB üstüne eklenen ruhsal bir komplikasyona bağlı olabilir. Olgularda MKB'nin birincil sonuçlarına bağlı saptanması muhtemel belirti ve bulguların, 'psikiyatrik eş tanı' olarak değerlendirilmemesi gerektiğine dikkat edilmelidir. Bu nedenle ruhsal eş tanı koyma sürecinde olgunun maddeden arınmış ve yoksunluk dönemini atlattığı olması özellikle önemsenmelidir. Madde kullanım bozukluğu, ruhsal eş tanı gelişimine zemin hazırlayabildiği gibi, MKB öncesinde olguda bulunan ruhsal bir bozukluğa ikincil olarak da ortaya çıkmış olabilir. Ruhsal eş tanıya ait belirtilerin; 'hastanın anamnezinde MKB öncesi dönemde de bulunuyor olması', 'kullanılan maddenin niteliği ya da niceliği ile ilişkilendirilememesi' gibi özellikleri, bu olasılığı güçlendirir. Birinin diğerine sekonder olarak gelişebilmesi dışında; MKB ve eşlik eden ruhsal patolojinin, ortak bir etiyopatogeneze köken alan farklı psikiyatrik bozukluklar olarak bir arada bulunuyor olması da olasıdır (Santucci, 2012).

Alkol-madde kullanım bozukluğuna (AMKB) eşlik eden psikiyatrik komorbidite varlığında; sıralı, paralel ya da entegre tedavi sistemi gibi farklı tedavi modelleri gibi uygulanabilmektedir. Sıralı tedavi sisteminde; AMKB ya da eşlik eden psikiyatrik komorbiditeden birinin tedavisine öncelik verilmektedir. Öncelik verilen bozukluğun tedavisi tamamlandıktan sonra hasta, diğer bozukluğun tedavisi için ilgili diğer merkeze yönlendirilir (Torrens vd., 2012). Paralel tedavi sisteminde ise her iki psikiyatrik bozukluğun tedavisi eş zamanlı olarak yürütülmekte, ancak eş zamanlı yürütülen bu tedaviler ayrı merkezlerde sağlanmaktadır (Minkoff, 1991). Sıralı ve paralel tedavi sistemlerinde hastalar; tedavi merkezleri arasında koordinasyon sağlamak, tedavi ekibi ile terapötik işbirliği kurmak ve güven ilişkisini devam ettirmek açısından güçlükle yaşayabilmektedir. Sonuç olarak bu tedavi modellerinde, her iki bozukluğun da tedavisi sekteye uğrayabilmekte ve relapslar gelişebilmektedir (Kelly ve Daley, 2013). AMKB ve eşlik eden psikiyatrik eş tanılarının; aynı anda ve aynı tedavi ekibi tarafından yönetildiği 'entegre sistem' ise daha etkili bir yaklaşım olarak görülmektedir (Mueser ve Gingerich, 2013). Entegre tedavi modelinde farmakoterapötik müdahalelerin yanısıra psikoterapilerden ve hastanın sosyal destek sistemlerinden de etkin olarak yararlanılabilmektedir.

3.3.5.1. Eşlik eden anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımı

Alkol-madde kullanım bozukluğu (AMKB) olgularında, kullanılan maddenin yol açtığı psikomotor aktivasyon artışına bağlı olarak anksiyete semptomları ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle AMKB varlığına sekonder anksiyete bozukluğu gelişme olasılığı, normal popülasyondan daha fazladır (Stewart ve Conrod, 2008). Diğer yandan, 9282 anksiyete bozukluğu olgusuyla gerçekleştirilen büyük örneklemli bir çalışmaya göre; anksiyete bozukluğu varlığında da AMKB gelişme riskinin anlamlı ölçüde arttığı ortaya konmuştur (Marmorstein, 2012). Özellikle travma sonrası stres bozukluğu olgularında, acı ve kaygı semptomlarının üstesinden hızlı bir şekilde gelmek için alkol-madde kullanımına başvurulabilmekte ve sonuç olarak AMKB gelişebilmektedir (Boden vd., 2014).

Gerçekleştirilmiş sınırlı sayıda çalışmaya göre anksiyete bozukluğunun tedavisi, AMKB varlığında önemli bir değişiklik göstermemektedir (Brady ve Verduin, 2005). Ancak anksiyete bozukluğuna bir AMKB eşlik etmesi halinde, benzodiazepinlerin bağımlılık yapma riskinin arttığı göz önünde bulundurulmalıdır (Back ve Brady, 2008). Bu nedenle anksiyete bozukluğu ve MKB komorbiditesinde, yoksunluk semptomlarının yatıştırılması gibi gerekli haller dışında, benzodiazepinlerden kaçınılmalıdır. Özellikle primer anksiyete bozukluğuna sekonder olarak AMKB'nin geliştiği durumlarda, klinik etkinliği GABA ile ortaya çıkan ilaçlardan mümkün olduğunca uzak durulmalıdır (Marshall, 2008). Trisiklik antidepresanlarda gelişebilen kardiyak toksisite ve konvülsiyon gibi ciddi yan etkiler de, AMKB varlığında daha riskli hale gelmektedir. AMKB'ye eşlik eden sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde öncelikli tercih seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) olmalıdır. SSRI'ların istenen etkiyi göstermemesi halinde venlafaksin düşünülmelidir (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). Venlafaksinden de istenen faydalanımın sağlanamaması halinde, birer monoamin oksidaz inhibitörü olan fenelzin ya da moklobemid denenebilir, ancak bu ilaçların kullanılan maddeyle etkileşim riskinin fazla olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. AMKB'ye eşlik eden yaygın anksiyete ya da panik bozukluğunun tedavisi için ise, SSRI kullanımına dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Diğer seçenekler için de kanıta dayalı veriler yeterli düzeyde değildir.

MKB ve anksiyete bozukluğu komorbiditesinde, kullanılan maddenin türüne bağlı olarak, antidepresan dışı seçenekler de etkili olabilmektedir. Örneğin opioid kullanım bozukluğu tedavisinde kullanılan buprenorfin, bu olgulardaki anksiyete belirtilerini düzeltmede de etkili bulunmuştur (Ahmadi ve Jahromi, 2017). Ekstazi, metamfetamin, kokain gibi stimulan maddelerin tekrarlayan kullanımına bağlı gelişen limbik-nöronal aşırı uyarılmalar ateşlemeye yol açabilmekte, sonuç olarak stimulan MKB olgularında panik ataklar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle stimulan MKB olgularında görülen panik bozukluklarda anti epileptik ilaçların da faydalı olabileceği görüşü ortaya çıkmış (Louie vd., 1989), gabapentinin faydalanım sağladığı gösterilmiştir (Berlin vd., 2015).

AMKB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinde, hangi bozukluğun primer olduğuna bakılmaksızın her iki bozukluğun tedavisi eş zamanlı yürütülmelidir. Maddeden arındırma sürecinin de entegre tedavi modelinin bir parçası olduğu, anksiyete bozukluğu tedavisi ile birlikte gerçekleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

DİKKAT

Anksiyete bozukluğuna bir AMKB eşlik etmesi halinde, benzodiazepinlerin bağımlılık yapma riskinin arttığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle bu komorbiditede, yoksunluk semptomlarının yatıştırılması gibi indikasyonlar haricinde, benzodiazepinlerden kaçınılmalıdır.

3.3.5.2. Eşlik eden duygudurum bozukluklarında tedavi yaklaşımı

AMKB olgularında en sık rastlanan psikiyatrik komorbiditeler duygudurum bozukluklarıdır (Quello vd., 2005). McEvoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmaya (2011) göre, AMKB olgularının hayatlarının bir döneminde duygudurum bozukluğu (DDB) tanısı alma olasılığı normal popülasyonun dört katıdır (McEvoy vd., 2011). AMKB dolayısıyla gelişen DDB'ler iş kaybı, boşanma gibi AMKB'nin sosyal komplikasyonları nedeniyle tetiklenebileceği gibi; AMKB'nin nörobiyolojik so-

nuçlarına bağlı olarak da gelişebilmektedir. Özellikle duygudurum semptomlarının son alkol-madde kullanımını takiben bir ay içinde yatışması ve tekrarlamaması; komorbiditedeki DDB tanısının, kullanılan maddenin fizyolojik etkisi ya da yoksunluğuna bağlı olduğunu destekler niteliktedir (Evren vd., 2012). Primer DDB bulunan olgularda ise duygudurum semptomlarının üstesinde gelmek için (self medikasyon) alkol-madde kullanımı baş gösterebilmektedir. Alkol-madde kullanımı ile kısa vadede duygudurum semptomları yatışsa da, uzun vadede istenmeyen duygudurum semptomlarında artış gerçekleşmektedir. Bu artışla başa çıkabilmek için hastalar daha çok alkol-madde kullanımına gereksinim duymakta ve sonuç olarak AMKB gelişebilmektedir (Khantzian, 1997). Duygudurum semptomlarının son alkol-madde kullanımını takiben bir aydan uzun sürmesi ya da artış göstermesi, psikiyatrik öyküde AMKB öncesinde de duygudurum semptomlarının bulunması, aile öyküsünde DDB tanısı olması gibi özellikler; primer bozukluğun DDB olduğu lehinedir. Birinin diğerine sekonder gelişebilmesi dışında, AMKB ve DDB komorbiditesi, ortak etiyopatogenezin farklı sonuçları olarak da bir arada bulunabilmektedir (Quello vd., 2005).

AMKB olgularına sık eşlik eden DDB'lerden biri majör depresyondur. MKB olgularının, 20%-80% arasında değişen oranlarda komorbid depresyon tanısı alabildiği saptanmıştır (Torrens vd., 2015). Yakın tarihli bir metaanalize göre MKB'nin majör depresyon hastalarındaki prevalansı 25% olarak ortaya konmuştur (Hunt vd., 2020). MKB ve majör depresyon birlikteliğinin tedavisini ele alan bir metaanalizde ise; antidepressanların etkisinin ılımlı olduğu belirtilmiştir (Nunes ve Levin, 2004) Majör depresyon ve AMKB komorbiditesinde sitalopramın etkisinin incelendiği 2010 tarihli çalışmada da, sitalopramdan faydalanım AMKB komorbiditesi bulunmayan majör depresyon olgularıyla benzer saptanmıştır (Davis vd., 2010).

AMKB ve bipolar bozukluk (BB) arasında ise görece daha karmaşık ve çift yönlü bir ilişki söz konusudur. Her iki bozukluk için de tanı konma, klinik seyir ve tedavi süreçlerine dair olumsuz sonuçlar gelişebilmektedir. Dürtüsellik, özkiyım, saldırganlık, duygudurum dalgalanma riskleri yine komorbidite dolayısıyla artmaktadır. BB ve AMKB birlikteliğinde altta yatan etmenlerin bilinmesi, bu komorbiditenin tedavisi açısından oldukça önemlidir (Evren, 2019). Swann tarafından ortaya konan bir incinebilirlik modeline göre (2005), AMKB ve BB komorbiditesi ortak bir etiyopatogeneze dayanmaktadır. Bu modele göre BB'a genetik yatkınlığın yüksek olması halinde, ilk BB atağı daha erken yaşlarda ortaya çıkmakta ve AMKB yatkınlığına yol açmaktadır. Komorbiditeli bireyde BB'a genetik yatkınlığın düşük olması halinde ise, AMKB'nin primer bozukluk olması ve BB'ye yol açmış olması daha olasıdır (Swann, 2005). Psikiyatrik öyküde ilk BB atağının madde kullanımından sonraki süreçte olması, aile öyküsünde BB tanısı bulunmaması gibi özellikler varlığında, primer bozukluğun AMKB olma olasılığına dikkat edilmelidir. Psikiyatrik öyküde ilk BB atağının madde kullanımından önce olması ise BB'ye sekonder gelişmiş AMKB olasılığını güçlendirir. Tedavi edilmemiş duygudurum atakları madde isteği/kullanımı için önemli bir risk faktörüdür. Ancak psikiyatrik öyküde hasta yakınları tarafından manik ataklara daha çok dikkat edilmekle birlikte, depresif atakların atlanabildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Aile öyküsünde BB varlığı da, hastada BB'ye yüksek genetik yatkınlık olasılığını ve komorbiditedeki primer bozukluğun BB olabileceğini akla getirmelidir.

BB ve AMKB komorbiditesi için çoğunlukla entegre tedavi modeli önerilmektedir (Nery ve Soares, 2011; Gold vd., 2018). Özellikle hangi morbiditenin primer olduğunun net olarak anlaşılamadığı durumlarda, her iki morbiditenin entegre

tedavi edilmesi daha da önemli hale gelmektedir (Yatham vd., 2018). AMKB ve BB tedavisinin eş zamanlı ve aynı tedavi ekibince yürütüldüğü bu tedavi modelinin; sıralı veya paralel tedavi modellerine göre daha başarılı olduğu ortaya konmuştur (Carrà ve Clerici, 2006; Malhi vd., 2012; Hunt vd., 2016). Entegre tedavi uygulanırken BB'da destabilizasyona yol açılmamasına özen gösterilmelidir. İdeal tedavi sistemi entegre model olmakla birlikte; primer bozukluğun BB olduğuna kanaat getirilen komorbiditelerde sıralı tedavi modelinden de sonuç almak mümkündür. Komorbiditedeki BB için gerçekleştirilen farmakolojik müdahaleler sayesinde; hastanın duygudurum semptomları ve dürtüsellliği azalabilmekte, madde isteğini/kullanımını azaltan nörobiyolojik modülasyonlar gerçekleştirilebilmektedir. Sonuç olarak sadece BB'a dönük tedavi bile, MKB üzerinde etkili olabilmektedir (Swann, 2010). Örneğin AMKB ve BB birlikteliği bulunan ve yalnızca lityum monoterapisiyle tedavi edilen olgularda, madde metaboliti tarama testlerinde anlamlı negatifleşme saptanmıştır (Geller vd., 1998; Salloum ve Brown, 2017). Bu olgularda lityumun duygudurum ataklarını önleyici etkisi sayesinde madde isteği/kullanımının azalmış olması olasıdır. Yine valproat monoterapisinin madde kullanımını azalttığını ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur (Bowden, 2003; Salloum vd., 2005; Secades-Álvarez ve Fernández-Rodríguez, 2017). Lamotrijinin de günlük 400 mg kullanım ile duygudurum semptomlarını ve maddeye bağlı klinik tabloyu iyileştirmede plaseboya kıyasla başarılı olduğu ortaya konmuştur (Brown vd., 2012; Coles vd., 2019). Karbamazepin, DDB eş tanısı bulunmayan kokain kullanım bozukluğu olgularında etkili bulunmazken; DDB eş tanılı kokain kullanım bozukluğu olgularında madde metaboliti tarama testlerinde anlamlı negatifleşme sağlamıştır (Brady vd., 2002). BB ve MKB komorbiditesinin tedavisine dair çalışmalar sınırlı sayıda olup, BB ve stimulan MKB birlikteliği özelindeki çalışma sayısı görece daha fazladır (Salloum ve Brown, 2017; Yatham vd., 2018). Esrar ve/veya kokain kullanım bozukluğu bulunan BB olgularında, duygudurum düzenleyici olarak lityum ve valproatın birlikte uygulanması 1. sıra tedavi seçeneği; valproat monoterapisi ise 2. sıra tedavi seçeneği olarak ortaya konmuştur. Lamotrijin de kokain kullanım bozukluğu olan BB olgularında 2. sıra tercih olarak düşünülebilir (Beaulieu vd., 2012). Hızlı döngülü BB olgulardaki AMKB komorbiditesi için ise lityum ve valproatın birlikte uygulanması başarılı bulunmuştur (Coles vd., 2019; Stephen, 2008).

BB ve AMKB komorbiditesinde, antipsikotik ilaçlardan da yararlanılabilmektedir. Tipik antipsikotikler yan etki profilleri dolayısıyla madde aşırma/depresmesini artırma riski barındırmaktadır. Bu nedenle AMKB bulunan BB olgularında 2. kuşak antipsikotikler tercih edilmelidir. Olanzapinin, BB'a eşlik eden MKB olgularında hem madde aşırma/kullanımını azaltmada hem de duygudurum semptomlarını iyileştirmede etkili olduğu gösterilmiştir (Sani vd., 2013; Yatham vd., 2018). Olanzapin, AMKB ve BB komorbiditesindeki depresif atak için de tek başına ya da fluoksetinle kombine olarak tercih edilebilir. Ketiapin, özellikle stimulan MKB bulunan BB olgularında hem madde aşırma/kullanımını azaltmada hem de duygudurum semptomlarını iyileştirmede başarılı bulunmuştur (Brown vd., 2002; Brown vd., 2003; Nejtck vd., 2008). Kokain ve metamfetamin gibi stimulan MKB olgularında risperidonun etkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Albanese ve Suh, 2006; Nejtck vd., 2008). Aripiprazolün de çoklu MKB bulunan BB olgularında duygudurum belirtilerini iyileştirdiği gösterilmiştir. Aripiprazolün, kokain kullanım bozukluğu olan BB olgularındaki kokain kullanımında anlamlı bir düşüş sağlamamakla birlikte, madde isteğini azalttığı ortaya konmuştur (Beaulieu vd., 2012; Brown vd., 2005; Coles vd., 2019; Yatham vd., 2018).

DİKKAT

BB ve AMKB komorbiditesinde;

- BB'a yüksek bir genetik yatkınlık olması halinde, ilk BB atağının erken yaşlarda ortaya çıkarak AMKB yatkınlığına yol açmış olması olasıdır. Tedavi edilmemiş duygudurum atakları madde isteği/kullanımı için önemli bir risk faktörüdür. Klinik pratikte; psikiyatrik öyküde ilk BB atağının madde kullanımından önce olması, BB'ye sekonder gelişmiş AMKB olasılığını güçlendirir. Ancak psikiyatrik öyküde hasta yakınları tarafından manik ataklara daha çok dikkat edilmekle birlikte, depresif atakların atlanabildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Aile öyküsünde BB varlığı da, hastada BB'ye yüksek genetik yatkınlık olasılığını ve komorbiditedeki primer bozukluğun BB olabileceğini klinik pratikte akla getirmelidir.
- BB'a düşük bir genetik yatkınlık olması halinde, AMKB dolayısıyla ilk BB atağının tetiklenmiş olması daha olasıdır. Psikiyatrik öyküde ilk BB atağının madde kullanımından sonraki süreçte olması, aile öyküsünde BB tanısı bulunmaması gibi özellikler varlığında, primer bozukluğun AMKB olma olasılığına öncelikle dikkat edilmelidir.

3.3.5.3. Eşlik eden psikotik bozukluklarda tedavi yaklaşımı

Madde kullanım bozukluklarında, kullanılan maddenin intoksikasyon ya da yoksunluğuna bağlı olarak psikotik semptomlar gelişebilmekte, ortaya çıkan klinik tablo da "maddenin yol açtığı psikoz" olarak tanımlanmaktadır (Morrison, 2016). Madde intoksikasyon ya da yoksunluğuna bağlı ortaya çıkan akut psikoz tablolarında, klinik belirtilerin yatıştırılması ve stabilizasyonun sağlanmasına öncelik verilmelidir. Bu süreçte ortaya çıkan sanrı, varsanı, konuşma dağınıklığı gibi psikotik belirtiler ise antipsikotik ilaç tedavisine gerek kalmadan kısa sürede gerileyebilmektedir. Akut gelişen ajitasyon, saldırganlık, mutizm gibi davranış anomalilerinin giderilmesinde ise düşük doz benzodiazepinler (klonazepam 0,5-1,5 mg/g) etkili olabilmektedir (Evren, 2019).

MKB hastasında, psikotik bozukluklara (PB) genetik bir yatkınlık olması halinde ise madde vücuttan arındıktan ve yoksunluk dönemi atlatıldıktan sonra da psikotik belirtiler devam edebilmektedir. Bu durum "maddenin yol açtığı psikoz" olarak değil, "madde kullanımı sonrası gelişen psikotik bozukluk" olarak değerlendirilmeli ve antipsikotik ilaçlarla yönetilmelidir. Bu gibi PB'ye genetik yatkınlık hallerinde, PB'nin ilk atağı tek bir esrar ya da hallüsinojen kullanımıyla bile tetiklenebilmekte ve daha erken yaşta ortaya çıkabilmektedir (Evren vd. 2012). PB ve MKB komorbiditesinde, primer bozukluğun PB olduğu durumlar da mevcuttur. Şizofreni hastalarında MKB gelişme riski, normal popülasyona kıyasla 4,6 kat daha yüksek bulunmuştur. Bu hastaların, sahip oldukları negatif psikotik belirtiler ve kullandıkları antipsikotik ilaçların yan etkileriyle başa çıkabilmek için AMKB geliştirdikleri düşünülmektedir (Winklbaur vd., 2022). Örneğin sigara kullanımıyla sitokrom P450-1A2 enzimleri indüklenmekte, bu yolla antipsikotik ilaçların metabolizması artmakta ve kan düzeyleri azalmaktadır (Dervaux ve Laquellie, 2007). Sigaranın %60-90'a varan oranlarla PB hastalarında en sık kullanılan madde olduğu bilinmektedir (Kelly vd., 2011). Ancak şizofreni hastalarında AMKB gelişmesi halinde, antipsikotik ilaçların sadece yan etkileri değil, hedeflenen klinik etkileri de azalmaktadır. Bu da tedavi

yanıtının azalması, tedavi uyumsuzluğu, psikotik atakların daha sık ve şiddetli olması, suisidalite ve homisidalite risklerinin artması ve sık hastane yatışlarına yol açmaktadır (Evren vd., 2023).

MKB ve PB komorbiditesinin tedavisinde, hastaya uygulanan antipsikotik ilaçlar ile hastanın kötüye kullandığı maddenin etkileşme olasılığı düşük görülmektedir (Green vd., 2008). Antipsikotik ilaç seçiminde dikkat edilmesi gereken asıl nokta, MKB eş tanısı olması halinde PB hastalarının antipsikotik ilaçların yan etkilerine karşı duyarlılığının arttığı, akatizi ve EPS yan etkilerinin daha hızlı ve şiddetli geliştiğidir. Bu nedenle MKB ve PB komorbiditesinde 2. kuşak antipsikotikler tercih edilmeli, 1. kuşak antipsikotiklerden kaçınılmalıdır (Bennett vd., 2017; Green vd., 2007). Ayrıca madde kullanımını azaltıcı etki bakımından da 2. kuşak antipsikotikler 1. kuşak antipsikotiklerden üstün bulunmuştur. Smelson ve arkadaşları tarafından ortaya konan bir çalışmada (2006); şizofreni ve kokain kullanım bozukluğu birlikteliği olan olgular 6 hafta süreyle haloperidol ya da olanzapin ile izlenmiştir. Olanzapin grubunda madde aşırma ve pozitif idrar test sayısında azalma %40 oranında gerçekleşmiş; aynı oran haloperidol grubunda %12,5 oranında saptanmıştır (Smelson vd., 2006). 2. Kuşak antipsikotiklerin postsinaptik dopamin reseptörlerindeki antagonizma süreleri, 1.kuşak antipsikotiklere göre daha uzundur. Bu sayede MKB dolayısıyla ödül yollarında sinaptik dopamin artışına bağlı gelişen ödül hissini ve hazzı azaltmakta, böylece madde kullanım isteğini azaltmaktadır. Ayrıca 2. kuşak antipsikotikler, serotoninerjik etkileri sayesinde de madde kullanma isteğinin azalmasına katkıda bulunmaktadırlar.

Antidopaminerjik ve serotoninerjik etkileri belirgin olan klozapinin, madde aşırma ve depreşmesini önlemede başarılı olduğu ve madde kullanımını %70-80 azalttığı gösterilmiştir. Klozapinin psikotik belirtileri tedavi etmedeki güçlü etkinliği de göz önünde bulundurulduğunda; MKB ve PB birlikteliğinde antipsikotik tedavi için güçlü bir seçenek olabileceği belirtilmiştir (Crockford ve Addington, 2017). Ancak ciddi yan etkilerine karşı dikkatli olunmalıdır. Ayrıca benzodiazepin tedavisi almakta olan hastalarda solunum depresyonu riskini artırabileceği için klozapinden kaçınılmalıdır (Faisal vd., 1997).

Klozapin kadar olmasa da; olanzapin, ketiapin, risperidon ve aripiprazol da madde aşırma ve kullanım sıklığını azaltmada etkilidirler ve tercih edilebilirler (Krause vd., 2019). Şizofreni ve AMKB birlikteliği bulunan hastaların 12 ay boyunca olanzapin etkileri açısından izlendiği bir çalışmada, hastaların %70'inde AMKB açısından tam remisyon ölçütlerinin karşılandığı ortaya konmuştur (Littrell vd., 2001). Şizofreni ile birlikte kokain ya da esrar kullanım bozukluğu olan olguların olanzapin ya da risperidon ile izlendiği bir başka çalışmada; esrar aşırması her iki grupta da önemli ölçüde azalmış, esrar aşırması risperidon grubunda daha az bildirilmiştir. Aynı çalışmada kokain aşırma ve kullanımında ise her iki grupta da anlamlı bir azalma saptanmamıştır (Akerle ve Levin, 2007). Şizofreni ve kokain kullanım bozukluğu bulunan hastaların 8 hafta boyunca aripiprazol ile takip edildiği bir başka çalışmada, hastaların %60'ında aşırmanın ve kullanımın azaldığı gösterilmiştir (Beresford vd., 2005). Şizofreni ve AMKB birlikteliği bulunan olguların 12 hafta boyunca ketiapin ile takip edildiği bir çalışmada ise, madde aşırmasında önemli bir değişim olmamakla birlikte madde kullanımının azaldığı ortaya konmuştur (Potvin vd., 2006).

Enjekte edilebilir uzun etkili antipsikotik preparatlar da şizofreni ve AMKB komorbiditesinde yararlı olabilmekte, özellikle tedavi uyumunun düşük olduğu komor-

bid hastalarda tercih edilebilmektedir (Buchanan vd., 2010). Şizofreni ve AMKB birlikteliği bulunan olguların 1 yıl boyunca enjekte edilebilir uzun etkili 400 mg aripiprazol monohidrat ya da enjekte edilebilir uzun etkili 100 mg paliperidon palmitat ile izlendiği bir çalışmada, her iki preparat da klinik tablo ve yaşam kalitesi üzerine etkili bulunmuştur. Aynı çalışmada her iki preparat grubunda da madde aşerme puanlarında düşüş gösterilmiştir. Ancak aripiprazol monohidrat grubunun madde aşerme puanlarında daha fazla düşüşe yol açtığı ortaya konmuş ve paliperidon palmitat grubuna göre daha etkin olduğu sonucuna varılmıştır (Cuomo vd., 2018).

Sigara bağımlılığı olan PB hastalarında sigaranın bırakılması gerekli görülürse, vareniklin kullanımı ya da nikotin replasman tedavisi tercih edilebilir. Yanısıra, bupropion da PB hastalarında sigara bırakma tedavisi için tercih edilebilecek bir ajandır. Bupropionun dopamin agonistik etkisi olmakla birlikte, araştırmalar bu özelliğinin psikotik semptomları artırıcı bir etkiye önemli ölçüde yol açmadığını ortaya koymuştur (Englisch vd., 2013). Dolayısıyla bupropion, şizofreni hastalarında sigara bağımlılığı tedavisi için güvenle tercih edilebilir.

PB ve AMKB birlikteliğinde arındırma tedavisi de göz ardı edilmemeli, psikotik tablonun stabilizasyon süreciyle eş zamanlı sağlanmalıdır. Çünkü PB ve AMKB birlikteliğinde entegre tedavi modeli önerilmektedir ve arındırma tedavisi entegre tedavi sisteminin bir parçasıdır (Kelly ve Daley, 2013).

ARAŞTIRMA ÖRNEKLERİ

Smelson ve arkadaşları tarafından ortaya konan bir çalışmada (2006); şizofreni ve kokain kullanım bozukluğu birlikteliği olan olgular 6 hafta süreyle haloperidol ya da olanzapin ile izlenmiştir. Olanzapin grubunda madde aşerme ve pozitif idrar test sayısında azalma %40 oranında gerçekleşmiş; aynı oran haloperidol grubunda %12,5 oranında saptanmıştır (Smelson vd., 2006).

Şizofreni ile birlikte kokain ya da esrar kullanım bozukluğu olan olguların olanzapin ya da risperidon ile izlendiği bir çalışmada esrar aşermesi her iki grupta da önemli ölçüde azalmakla birlikte; risperidon grubunda esrar aşermesi daha az bildirilmiştir (Akerle ve Levin, 2007).

Şizofreni ve AMKB birlikteliği bulunan olguların 1 yıl boyunca enjekte edilebilir uzun etkili 400 mg aripiprazol monohidrat ya da enjekte edilebilir uzun etkili 100 mg paliperidon palmitat ile izlendiği bir çalışmada;

- Her iki preparat da klinik tablo ve yaşam kalitesi üzerine etkili bulunmuştur.
- Her iki preparat da madde aşerme puanlarında düşüş sağlamış; ancak aripiprazol monohidrat grubunda madde aşerme puanlarındaki düşüş daha fazla saptanmıştır (Cuomo vd., 2018).

DİKKAT

Klozapin, hem madde aşerme/depreşme/yeniden kullanımını azaltmadaki başarısı, hem de psikotik belirtileri tedavi etmedeki güçlü etkinliği dolayısıyla; MKB ve PB birlikteliğinde öne çıkan bir antipsikotik ilaçtır. Ancak benzodiazepin tedavisi altındaki olgularda solunum depresyonu riskini artırabileceği için klozapinden kaçınılmalıdır.

3.3.5.4. Eşlik eden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tedavi yaklaşımı

Madde kullanım bozuklukları (MKB); tedavi edilmemiş dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olgularında normalden daha fazla görülmekte ve DEHB bulunmayan olgulara göre daha erken yaşta gelişmektedir. Bu komorbiditede MKB remisyon halinin sağlanması da, DEHB bulunmayan olgulara göre daha zor olmaktadır. Diğer yandan MKB de DEHB belirtilerine yol açabilmektedir (Evren vd., 2012).

MKB ve DEHB birlikteliğine dair gerçekleştirilen çalışmaların çoğunluğunda; stimulan maddelerin (kokain, ekstazi, metamfetamin) kullanım bozukluklarına eşlik eden DEHB olguları ele alınmıştır. Stimulan MKB ve DEHB eş tanı varlığında metilfenidat tedavisinin; suistimal edilebileceği ya da hastanın kullanmakta olduğu stimulan madde kullanımını artırabileceği endişeleriyle, klinisyenlerde metilfenidat tedavisinden kaçınma eğilimi olabilmektedir. Ancak DEHB ve stimulan MKB birlikteliğinde yavaş salınımlı metilfenidat kullanımının; metilfenidat suistimaline yol açtığı ya da var olan MKB'yi kötüleştirdiğine dair kanıt yoktur. Bu nedenle bu komorbiditede yavaş salınımlı metilfenidat güvenle verilebilir (Evren, 2019).

Bupropion ve metilfenidat gibi dopamin geri alım blokajı özelliği bulunan ajanların, stimulan MKB'de etkin olabileceği belirtilmektedir. Bu ajanların metamfetaminin kullanım bozukluğu olgularında nöronal dopamin deşarjını bloke ettikleri gösterilmiştir (Simmler vd., 2013). Dopamin taşıyıcıları kokain kullanım bozukluğu olgularına ait bazal çekirdeklerin ön putamen, arka putamen ve kaudat nükleus bölgelerinde artmış miktarda saptanmıştır (Crits-Christoph vd., 2008). Stimulan MKB ve DEHB komorbiditesi olgularında uygulanan Metilfenidat tedavisi ise, bu bölgelerdeki dopamin taşıyıcı kullanımında azalmaya yol açmıştır ve bu azalma stimulan MKB bulunmayan DEHB olgularına kıyasla daha fazla saptanmıştır (Crunelle vd., 2013) Ancak DEHB ve MKB komorbiditeli olgularda gerçekleştirilen bir çalışmada metilfenidat tedavisi MKB üzerine etkili bulunmamıştır. Aynı çalışmada DEHB ve MKB komorbiditeli olguların DEHB semptomları üzerine ise etkili bulunmuştur (Szobot vd., 2008) Metilfenidatin stimulan MKB'nin yol açtığı kognitif bozulmaların giderilmesinde işe yaradığı, nörogörüntüleme çalışmalarıyla da desteklenmiştir (Carmack vd., 2014; Goldstein ve Volkow, 2011; Li vd., 2010; Volkow vd., 2010).

DEHB ve kokain kullanım bozukluğu birlikteliğinin olduğu 106 olgunun ele alındığı bir randomize kontrollü çalışmada, sürekli salınımlı metilfenidat alan hastalarda idrarda kokain pozitifliği DEHB semptomları azalanlarda 36% oranında, DEHB semptomları azalmayanlarda ise 10%'dan daha düşük bir oranda azalmıştır. Bu sonuca göre metilfenidatin yararlı etkisi söz konusudur (Levin vd., 2007). DEHB ve kokain kullanım bozukluğu komorbiditeli olguların 14 haftalık takibe alındığı bir başka randomize kontrollü çalışmada da metilfenidat tedavisiyle idrarda kokain pozitifliğinde düşüş saptanmıştır (Mannuzza vd., 2008). Yine DEHB ve metamfetamin kullanım bozukluğu olgularının ele alındığı bir diğer radomize kontrollü çalışmada metilfenidat, metamfetamin aşermesi ve kullanımı üzerine etkin bulunmuştur (Ling vd., 2014). DEHB ve stimulan MKB birlikteliğine dair gerçekleştirilen sonraki çalışmalarda ise, bu eş tanıya sahip hastalarda stimulan MKB nörotoksitesinden kaynaklanan klinik tablonun ortadan kaldırılabilmesi için, sadece DEHB olan hastalara kıyasla daha yüksek dozlarda yavaş salınımlı metilfenidat (yaklaşık 90 mg/g) kullanılması gerektiği ortaya konmuştur (Konstenius vd., 2014; Levin vd., 2015).

DEHB ve kokain kullanım bozukluğu olan 11 hasta ile gerçekleştirilen 12 haftalık bir tek kör çalışmaya göre, Bupropion da, hem DEHB belirtilerinde, hem de kokain aşermesi/kullanımı ile idrarda kokain pozitifliğinde azalma sağlamıştır (Levin vd., 2002).

Sonuç olarak stimulan MKB ve DEHB birlikteliğinde yavaş salınımlı metilfenidat tercih edilebilir. Kısa ve hızlı etkili metilfenidattan ise bu komorbiditede uzak durulmalıdır. Özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ya da davranım bozukluğu varlığında kısa ve hızlı etkili metilfenidatın kötüye kullanım ihtimali ortaya çıkmaktadır. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta, bu komorbiditede yavaş salınımlı metilfenidatın etkinlik gösterebilmesi için; sadece DEHB olan olgulara kıyasla daha yüksek dozlarda uygulanması gerekebileceğidir. Metilfenidat dışında bupropion, atomoksetin ve modafinil gibi non-stimulan ajanlar da, stimulan MKB ve DEHB komorbiditesinin tedavisinde tercih edilebilecek medikasyonlardır.

ARAŞTIRMA ÖRNEKLERİ

- DEHB ve kokain kullanım bozukluğu komorbiditeli olguların 14 haftalık takibe alındığı bir randomize kontrollü çalışmada; metilfenidat tedavisiyle idrarda kokain pozitifliğinde düşüş saptanmıştır (Mannuzza vd., 2008)
- DEHB ve metamfetamin kullanım bozukluğu olgularının ele alındığı bir başka radomize kontrollü çalışmada metilfenidat, metamfetamin aşermesi ve kullanımı üzerine etkin bulunmuştur (Ling vd., 2014)

DİKKAT

DEHB ve stimulan MKB birlikteliğinde metilfenidat tedavisi gerekli görülüyorsa; kısa ve hızlı etkili metilfenidattan kaçınılmalı, yavaş salınımlı metilfenidat tercih edilmelidir. Bu komorbiditede yavaş salınımlı metilfenidatın etkinlik gösterebilmesi için; MKB bulunmaksızın DEHB olan olgulara kıyasla daha yüksek dozlarda metilfenidat (yaklaşık 90 mg/g) uygulanması gerekebilmektedir.

3.3.5.5. Eşlik eden kişilik bozukluklarında tedavi yaklaşımı

MKB olgularında kişilik bozukluğu eş tanısı alma oranı %35 ile %70 arasında değişmekte olup; en sık konan kişilik bozukluğu tanıları antisosyal, borderline, paranoid ve kaçınan kişilik bozukluklarıdır. Dürtüsellik barındıran antisosyal ve borderline kişilik bozukluk tanılı olgular başta olmak üzere, kişilik bozukluk tanılı bireylerde MKB eş tanısı alma oranı da normal popülasyona kıyasla 12 kat yüksek saptanmıştır. MKB ve kişilik bozukluğu komorbiditesinde prognoz, her iki bozukluğun ayrı ayrı bulunduğu olgulara göre daha kötü seyretmektedir (Parmar ve Kaloija, 2018). Özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ve MKB birlikteliğinin bulunduğu erkek hastalarda; şiddet eğiliminin, tedavi uyumsuzluğunun ve tedaviyi bırakma oranlarının arttığı bildirilmiştir (Karterud vd., 2009). Bu gibi durumlarda duygudurum labilitesi, dürtüsellik ve öfkeli gibi özellikler açısından SSRI'lar, 2. kuşak antipsikotikler ve antiepileptiklerden yararlanılabileceği belirtilmektedir (Oldham, 2001).

DİKKAT

MKB ve kişilik bozukluğu komorbiditesinde prognoz, her iki bozukluğun ayrı ayrı bulunduğu olgulara göre daha kötü seyretmektedir. Özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ve MKB birlikteliğinin bulunduğu erkek hastalarda; şiddet eğiliminin, tedavi uyumsuzluğunun ve tedaviyi bırakma oranlarının arttığı bildirilmiştir

3.3.6. Dirençli Madde Kullanım Bozukluklarında Psikocerrahi Bir Seçenek: Derin Beyin Stimulasyonu

Derin beyin stimülasyonu (DBS), beyindeki belli anatomik hedeflere yüksek frekanslı elektriksel uyarılar gönderilmesidir. Bunun sağlanabilmesi için nörostimülatör bir cihaz ve iletici elektrotlar hastaya implante edilmektedir, dolayısıyla DBS psikocerrahi bir prosedürdür. DBS destrüktif olmaması, ayarlanabilir ve geri döndürülebilir olması gibi özellikleriyle diğer psikocerrahi prosedürlerden ayrılmaktadır ve görece avantajlıdır. DBS sayesinde bazı nörolojik ve psikiyatrik bozukluklarda semptomatik iyileşme kaydedildiği iyi bilinmektedir (Boztaş ve Yenice, 2021).

Beyindeki ödül yolları da DBS ile modüle edilebilmektedir. Bu sayede maksimal farmakoterapi ve psikoterapi süreçlerine dirençli MKB olgularında; madde kötüye kullanım döngülerinin kırılabilmesi ve bağımlılığa yol açan davranışların değiştirilebildiği belirtilmektedir (Coles vd., 2018). DBS'nin yasadışı madde bağımlılıklarındaki etkisine dair çalışmalar, eroin bağımlılarında görece daha fazla gerçekleştirilmiştir. Eroin dışında, stimulan madde bağımlıları için DBS etkisini ele alan bazı çalışmalar da mevcuttur. Bir kokain kullanım bozukluğu olgusuyla gerçekleştirilen çapraz geçişli boyamsal bir çalışmada, DBS tarafından nucleus accumbens hedef alınmış, sonuç olarak kokain istek/kullanımının azaldığı gösterilmiştir (Gonçalves-Ferreira vd., 2016). Metamfetamin kullanım bozukluğu için de DBS'nin bir tedavi seçeneği olabileceğini gösteren bazı vaka bildirimleri bulunmaktadır (Ge vd., 2019). Bu çalışmaların ortak sonuçlarına göre; nucleus accumbense uygulanan DBS ile madde isteği ve kullanımı önemli ölçüde azalmaktadır (Hassan vd., 2021).

ARAŞTIRMA ÖRNEKLERİ

Bir kokain kullanım bozukluğu olgusuyla gerçekleştirilen çapraz geçişli boyamsal bir çalışmada, DBS ile nucleus accumbens hedef alınmış, sonuç olarak kokain istek/kullanımının azaldığı gösterilmiştir (Gonçalves-Ferreira vd., 2016).

Metamfetamin kullanım bozukluğu için de DBS'nin bir tedavi seçeneği olabileceğini gösteren bazı vaka bildirimleri bulunmaktadır (Ge vd., 2019).

DİKKAT

Derin beyin stimülasyonu invaziv bir cerrahi prosedür gerektirmekte, dolayısıyla cerrahi komplikasyon riski barındırmaktadır. Bu nedenle, yalnızca, uygun farmakoterapötik ve psikoterapötik müdahalelere dirençli MKB olgularında bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Gerçekleştirilmiş çalışmalara göre nucleus accumbens, MKB olgularında DBS ile tedavi için en uygun nöroanatomik hedef olarak görünmektedir.

Özet noktalar

MKB hastalarında madde aşırma ve kullanımının olabildiğince azaltılması, yanı sıra psikolojik, sosyal ve bedensel iyilik hallerinin sağlanması temel tedavi hedefleridir. Bu hedeflere ulaşmakta, psikososyal destek unsurları ve uygun farmakoterapötik yaklaşımlar tedavi sürecinin temel bileşenleridir. MKB olgusunun; kötüye kullandığı maddenin türüne, kötüye kullanım döngüsünün hangi aşamasında bulunduğu, psikiyatrik ve tıbbi komorbiditelere sahip olup olmadığına bağlı olarak terapötik müdahale seçenekleri değişebilmektedir. Uygun terapötik süreçlere direnç gösteren olgularda, DBS gibi psikocerrahi prosedürler alternatif tedavi yöntemi olarak ortaya çıkabilmektedir.

KAYNAKLAR

- ACOG Committee on Health Care for Underserved Women. (2012). ACOG Committee Opinion No. 524: opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 119(5), 1070-1076.
- Afshar, M., Knapp, C.M., Sarid-Segal, O., Devine, E., Colaneri, L.S., Tozier, L., ... Ciraulo, D.A. (2012). The efficacy of mirtazapine in the treatment of cocaine dependence with comorbid depression. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(2), 181-186.
- Ahmadi, J., Jahromi, M.S. (2017). Anxiety treatment of opioid dependent patients with buprenorphine: a randomized, double-blind, clinical trial. *Indian journal of psychological medicine*, 39(4), 445-449.
- Akerele, E., Levin, F.R. (2007). Comparison of olanzapine to risperidone in substance-abusing individuals with schizophrenia. *American Journal on Addictions*, 16(4), 260-268.
- Albanese, M. J., Suh, J.J. (2006). Risperidone in cocaine-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(5), 306-311.
- Alford, D. P., Compton, P., Samet, J. H. (2006). Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. *Annals of internal medicine*, 144(2), 127-134.
- Altınyazar, V. (2010). Psikiyatride Sık Karşılaşılan Toksik Sendromlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 532-571.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L., Slee, A., ... Elkashef, A.M. (2009). Modafinil for the treatment of cocaine dependence. *Drug and alcohol dependence*, 104(1-2), 133-139.
- Angarita, G.A., Emadi, N., Hodges, S., Morgan, P.T. (2016). Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. *Addiction science clinical practice*, 11(1), 1-17.
- APA - American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Ayanga, D., Shorter, D., Kosten, T.R. (2016). Update on pharmacotherapy for treatment of opioid use disorder. *Expert opinion on Pharmacotherapy*, 17(17), 2307-2318.
- Aydın, N., Akdeniz, F., Çetinay Aydın, P. (2023) Gebelikte ve Doğum Sonrası Dönemde Ruhsal Bozuklukların Sağaltım Kılavuzu. (2. baskı) Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Back, S.E., Brady, K.T. (2008). Anxiety disorders with comorbid substance use disorders: diagnostic and treatment considerations. *Psychiatric annals*, 38(11).
- Baxter Sr, L.E., Campbell, A., DeShields, M., Levounis, P., Martin, J.A., McNicholas, L., ... Wilford, B. B. (2013). Safe methadone induction and stabilization: report of an expert panel. *Journal of Addiction Medicine*, 7(6), 377-386.
- Beaulieu, S., Saury, S., Sareen, J., Tremblay, J., Schütz, C.G., McIntyre, R.S., Schaffer, A. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry*, 24(1), 38-55.
- Bennett, M.E., Bradshaw, K.R., Catalano, L.T. (2017). Treatment of substance use disorder

- ders in schizophrenia. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(4), 377-390.
- Beresford, T.P., Clapp, L., Martin, B., Wiberg, J.L., Alfors, J., Beresford, H.F. (2005). Aripiprazole in schizophrenia with cocaine dependence: a pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(4), 363-366.
- Berlin, R.K., Butler, P. M., Perloff, M.D. (2015). Gabapentin therapy in psychiatric disorders: a systematic review. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(5), 27293.
- Boden, M.T., Kimerling, R., Kulkarni, M., Bonn-Miller, M.O., Weaver, C., Trafton, J. (2014). Coping among military veterans with PTSD in substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 47(2), 160-167.
- Bowden, C.L. (2003). Valproate. *Bipolar disorders*, 5(3), 189-202.
- Boztas, M.H., Yenice, H.A. (2021). Deep brain stimulation for psychiatric disorders: A review. *Journal of Bionic Memory*, 1(2-3), 60-68.
- Boztaş, M.H., Arısoy, Ö. (2010). Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.
- Brady, K.T., Verduin, M.L. (2005). Pharmacotherapy of comorbid mood, anxiety, and substance use disorders. *Substance use misuse*, 40(13-14), 2021-2041.
- Brady, K.T., Sonne, S.C., Malcolm, R.J., Randall, C.L., Simpson, K., Dansky, B S., ...
- Brondino, M. (2002). Carbamazepine in the treatment of cocaine dependence: subtyping by affective disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 276.
- Broussard, C. S., Rasmussen, S. A., Reefhuis, J., Friedman, J. M., Jann, M. W., Riehle-Colarusso, T., ... & Study, N. B. D. P. (2011). Maternal treatment with opioid analgesics and risk for birth defects. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(4), 314-e1.
- Brown, E.S., Jeffress, J., Liggin, J.D., Garza, M., Beard, L. (2005). Switching outpatients with bipolar or schizoaffective disorders and substance abuse from their current antipsychotic to aripiprazole. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 756-760.
- Brown, E.S., Nejtek, V.A., Perantie, D. C., Bobadilla, L. (2002). Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. *Bipolar disorders*, 4(6), 406-411.
- Brown, E.S., Nejtek, V.A., Perantie, D.C., Thomas, N.R., Rush, A.J. (2003). Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness: a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. *Journal of clinical psychopharmacology*, 23(4), 384-388.
- Brown, E.S., Sunderajan, P., Hu, L.T., Sowell, S.M., Carmody, T.J. (2012). A randomized, double-blind, placebo-controlled, trial of lamotrigine therapy in bipolar disorder, depressed or mixed phase and cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology*, 37(11), 2347-2354.
- Buchanan, R.W., Kreyenbuhl, J., Kelly, DL., Noel, J.M., Boggs, DL., Fischer, B.A., ... Keller, W. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 71-93.
- Canterbury District Health Board. (2014). Synthetic Cannabinoid Withdrawal and Addiction. Erişim tarihi: 29 Mayıs 2023. <https://edu.cdhb.health.nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/Documents/Synthetic-Cannabinoid-Withdrawal-Guideline%202014-GP.pdf>
- Carmack, S.A., Block, C. L., Howell, K.K., Anagnostaras, S. G. (2014). Methylphenidate enhances acquisition and retention of spatial memory. *Neuroscience Letters*, 567, 45-50.
- Carrà, G., Clerici, M. (2006). Dual diagnosis—policy and practice in Italy. *American Journal on Addictions*, 15(2), 125-130.
- Castells, X., Cunill, R., Pérez-Mañá, C., Vidal, X., Capella, D. (2016). Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Center for Substance Abuse Treatment. (1995). LAAM in the Treatment of Opiate Addiction.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2004). Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction.
- Chua, K.P., Brummett, C.M., Conti, R. M., Bohnert, A. (2020). Association of opioid prescribing patterns with prescription opioid overdose in adolescents and young adults. *JAMA pediatrics*, 174(2), 141-148.
- Cleveland, L. M. (2016). Breastfeeding recommendations for women who receive medication-assisted treatment for opioid use disorders: AWHONN practice brief number 4. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(4), 574-576.

- Coles, A.S., Kozak, K., George, T.P. (2018). A review of brain stimulation methods to treat substance use disorders. *The American journal on addictions*, 27(2), 71-91.
- Coles, A.S., Sasiadek, J., George, T.P. (2019). Pharmacotherapies for co-occurring substance use and bipolar disorders: A systematic review. *Bipolar Disorders*, 21(7), 595-610.
- Connery, H.S., McHugh, R.K., Reilly, M., Shin, S., Greenfield, S. F. (2020). Substance use disorders in global mental health delivery: epidemiology, treatment gap, and implementation of evidence-based treatments. *Harvard review of psychiatry*, 28(5), 316-327.
- Copeland, J., & Pokorski, I. (2016). Progress toward pharmacotherapies for cannabis-use disorder: an evidence-based review. *Substance abuse and rehabilitation*, 41-53.
- Crits-Christoph, P., Newberg, A., Wintering, N., Ploessl, K., Gibbons, M.B.C., Ring-Kurtz, S., ... Present, J. (2008). Dopamine transporter levels in cocaine dependent subjects. *Drug and alcohol dependence*, 98(1-2), 70-76.
- Crockford, D., Addington, D. (2017). Canadian schizophrenia guidelines: schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 624-634.
- Crunelle, C.L., van den Brink, W., Veltman, D.J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Schoevers, R.A., Booij, J. (2013). Low dopamine transporter occupancy by methylphenidate as a possible reason for reduced treatment effectiveness in ADHD patients with cocaine dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 23(12), 1714-1723.
- Cuomo, I., Kotzalidis, G.D., de Persis, S., Piacentino, D., Perrini, F., Amici, E., De Filippis, S. (2018). Head-to-head comparison of 1-year aripiprazole long-acting injectable (LAI) versus paliperidone LAI in comorbid psychosis and substance use disorder: impact on clinical status, substance craving, and quality of life. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1645-1656.
- Davis, A., McMaster, P., Christie, D.C., Yang, A., Kruk, J. S., Fisher, K.A. (2022). Psychiatric comorbidities of substance use disorders: does dual diagnosis predict inpatient detoxification treatment outcomes?. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15.
- Davis, L.L., Wisniewski, S.R., Howland, R.H., Trivedi, M. H., Husain, M.M., Fava, M., ... Rush, A.J. (2010). Does comorbid substance use disorder impair recovery from major depression with SSRI treatment? An analysis of the STAR* D level one treatment outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 107(2-3), 161-170.
- Dervaux, A., Laqueille, X. (2007). Tobacco and schizophrenia: therapeutic aspects. *L'encephale*, 33(4 Pt 1), 629-632.
- Englisch, S., Morgen, K., Meyer-Lindenberg, A., Zink, M. (2013). Risks and benefits of bupropion treatment in schizophrenia: a systematic review of the current literature. *Clinical neuropharmacology*, 36(6), 203-215.
- Evren, C. (2019) Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Komorbidite ve Özel Durumlar. İstanbul: Düşünen Adam
- Evren, C. (2023) Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. (2. baskı), Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Evren, C., Ögel, K., Uluğ B. (2012) Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Faisal, I., Lindenmayer, J.P., Taintor, Z., Cancro, R. (1997). Clozapine-benzodiazepine interactions.
- Falcon, E., Browne, C. A., Leon, R.M., Fleites, V.C., Sweeney, R., Kirby, L.G., Lucki, I. (2016). Antidepressant-like effects of buprenorphine are mediated by kappa opioid receptors. *Neuropsychopharmacology*, 41(9), 2344-2351.
- Fantegrossi, W.E., Moran, J.H., Radominska-Pandya, A., Prather, P.L. (2014). Distinct pharmacology and metabolism of K2 synthetic cannabinoids compared to Δ^9 -THC: mechanism underlying greater toxicity? *Life sciences*, 97(1), 45-54.
- Fareed, A., Stout, S., Casarella, J., Vayalapalli, S., Cox, J., Drexler, K. (2011). Illicit opioid intoxication: diagnosis and treatment. *Substance abuse: research and treatment*, 5, SART-S7090.
- Freye, E., Levy, J.V. (2010). Pharmacology and abuse of cocaine, amphetamines, ecstasy and related designer drugs. *Pharmacology of cocaine*, Springer, 49-60.

- Ge, S., Chen, Y., Li, N., Qu, L., Li, Y., Jing, J., ... Wang, X. (2019). Deep brain stimulation of nucleus accumbens for methamphetamine addiction: two case reports. *World neurosurgery*, 122, 512-517.
- Geller, B., Cooper, T.B., Sun, K.A.I., Zimerman, B., Frazier, J., Williams, M., Heath, J. (1998). Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 37(2), 171-178.
- Gold, A.K., Otto, M.W., Deckersbach, T., Sylvia, L.G., Nierenberg, A.A., Kinrys, G. (2018). Substance use comorbidity in bipolar disorder: A qualitative review of treatment strategies and outcomes. *The American journal on addictions*, 27(3), 188-201.
- Goldstein, R.Z., Volkow, N.D. (2011). Oral methylphenidate normalizes cingulate activity and decreases impulsivity in cocaine addiction during an emotionally salient cognitive task. *Neuropsychopharmacology*, 36(1), 366.
- Gonçalves-Ferreira, A., do Couto, F.S., Campos, A.R., Neto, L.P.L., Gonçalves-Ferreira, D., Teixeira, J. (2016). Deep brain stimulation for refractory cocaine dependence. *Biological Psychiatry*, 79(11), e87-e89.
- Green, A.I., Drake, R.E., Brunette, M.F., Noordsy, D. L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 402-408.
- Green, A.I., Noordsy, D.L., Brunette, M.F., O'Keefe, C. (2008). Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 61-71.
- Härtel-Petri, R., Krampe-Scheidler, A., Braunwarth, W. D., Havemann-Reinecke, U., Jeschke, P., Looser, W., ... & Hamdorf, W. (2017). Evidence-based guidelines for the pharmacologic management of methamphetamine dependence, relapse prevention, chronic methamphetamine-related, and comorbid psychiatric disorders in post-acute settings. *Pharmacopsychiatry*, 50(03), 96-104.
- Hassan, O., Phan, S., Wiecks, N., Joaquin, C., Bondarenko, V. (2021). Outcomes of deep brain stimulation surgery for substance use disorder: a systematic review. *Neurosurgical Review*, 44, 1967-1976.
- Hser, Y. ., Saxon, A.J., Huang, D., Hasson, A., Thomas, C., Hillhouse, M., ... Ling, W. (2014). Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/naloxone compared to methadone in a multi-site trial. *Addiction*, 109(1), 79-87.
- Hunt, G.E., Malhi, G.S., Cleary, M., Lai, H.M.X., Sitharthan, T. (2016). Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 331-349.
- Hunt, G.E., Malhi, G.S., Lai, H.M.X., Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 266, 288-304.
- Iribarne, C., Dreano, Y., Bardou, L.G., Menez, J.F., Berthou, F. (1997). Interaction of methadone with substrates of human hepatic cytochrome P450 3A4. *Toxicology*, 117(1), 13-23.
- Jones, H. E., O'Grady, K. E., Malfi, D., & Tuten, M. (2008). Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *American Journal on Addictions*, 17(5), 372-386.
- Jones, H.E. (2004). Practical considerations for the clinical use of buprenorphine. *Sci Pract Perspect*, 2(2), 4-20.
- Jones, J.D., Mogali, S., Comer, S.D. (2012). Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug and alcohol dependence*, 125(1-2), 8-18
- Karamustafalıoğlu, K.O. (2018) Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Karterud, S., Arefjord, N., Andresen, N.E., Pedersen, G. (2009). Substance use disorders among personality disordered patients admitted for day hospital treatment. Implications for service developments. *Nordic journal of psychiatry*, 63(1), 57-63.
- Kelly, B.F., Nappe, T.M. (2021). Cannabinoid toxicity. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Kelly, D.L., McMahon, R.P., Wehring, H.J., Liu, F., Mackowick, K.M., Boggs, D L., ... Dixon, L. (2011). Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. *Schizophre-*

nia bulletin, 37(4), 832-838.

Kelly, T.M., Daley, D.C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social work in public health, 28*(3-4), 388-406.

Kennedy, K. (2018). Synthetic Cannabinoid-Induced Psychosis.

Khantjian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry, 4*(5), 231-244.

Kintz, P. (2002). A new series of 13 buprenorphine-related deaths. *Clinical biochemistry, 35*(7), 513-516.

Kleber, H.D. (2022). Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options. *Dialogues in clinical neuroscience.*

Kleber, H.D., Riordan, C.E., Rounsaville, B., Kosten, T., Charney, D., Gaspari, J., ... O'Connor, C. (1985). Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. *Archives of general psychiatry, 42*(4), 391-394.

Konstenius, M., Jayaram-Lindström, N., Guterstam, J., Beck, O., Philips, B., Franck, J. (2014). Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction, 109*(3), 440-449.

Kosten, T.R., Baxter, L. E. (2019). Effective management of opioid withdrawal symptoms: A gateway to opioid dependence treatment. *The American Journal on Addictions, 28*(2), 55-62.

Krantz, M.J., Rowan, S.B., Schmittner, J., Bartelson, B.B. (2007). Physician awareness of the cardiac effects of methadone: results of a national survey. *Journal of addictive diseases, 26*(4), 79-85.

Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutmiedl, K., Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology, 29*(1), 32-45.

Kumar, R., Viswanath, O., Saadabadi, A. (2022). Buprenorphine. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Leelahajanaj, T., Kongsakon, R., Netrakom, P. (2005). A 4-week, double-blind comparison of olanzapine with haloperidol in the treatment of amphetamine psychosis. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet, 88*, S43-52.

Levin, F.R., Evans, S.M., Brooks, D.J., Garawi, F. (2007). Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. *Drug and alcohol dependence, 87*(1), 20-29.

Levin, F.R., Evans, S.M., McDowell, D.M., Brooks, D.J., Nunes, E. (2002). Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Addictive Diseases, 21*(2), 1-16.

Levin, F.R., Mariani, J. J., Specker, S., Mooney, M., Mahony, A., Brooks, D.J., ... Grabowski, J. (2015). Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 72*(6), 593-602.

Li, C.S. R., Morgan, P.T., Matuskey, D., Abdelghany, O., Luo, X., Chang, J. L., ... Malison, R. T. (2010). Biological markers of the effects of intravenous methylphenidate on improving inhibitory control in cocaine-dependent patients. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 107*(32), 14455-14459.

Ling, W., Chang, L., Hillhouse, M., Ang, A., Striebel, J., Jenkins, J., ... Esagoff, A. (2014). Sustained-release methylphenidate in a randomized trial of treatment of methamphetamine use disorder. *Addiction, 109*(9), 1489-1500.

Littrell, K.H., Petty, R.G., Hilligoss, N.M., Peabody, C.D., Johnson, C.G. (2001). Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and substance abuse. *Journal of substance abuse treatment, 21*(4), 217-221.

Louie, A.K., Lannon, R.A., Ketter, T.A. (1989). Treatment of cocaine-induced panic disorder. *The American journal of psychiatry.*

Lutfy, K., Cowan, A. (2004). Buprenorphine: a unique drug with complex pharmaco-

- logy. *Current neuropharmacology*, 2(4), 395-402.
- Malhi, G.S., Bargh, D.M., Cashman, E., Frye, M.A., Gitlin, M. (2012). The clinical management of bipolar disorder complexity using a stratified model. *Bipolar Disorders*, 14, 66-89.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Truong, N.L., Moulton III, Ph D, J.L., Roizen, E.R., Howell, K.H., Castellanos, F.X. (2008). Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 604-609.
- Marmorstein, N.R. (2012). Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 88-94.
- Marshall, E.J. (2008). Medical management of co-morbid anxiety and substance use disorder. *Anxiety and substance use disorders: The vicious cycle of comorbidity*, 221-236
- Martínez-Raga, J., Knecht, C., Cepeda, S. (2008). Modafinil: a useful medication for cocaine addiction? Review of the evidence from neuropharmacological, experimental and clinical studies. *Current drug abuse reviews*, 1(2), 213-221.
- Mathers, B.M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L., Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 102-123.
- Mazei-Robison, M.S., Nestler, E.J. (2012). Opiate-induced molecular and cellular plasticity of ventral tegmental area and locus coeruleus catecholamine neurons. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 2(7), a012070.
- McAllister-Williams, R. H., Baldwin, D. S., Cantwell, R., Easter, A., Gilvarry, E., Glover, V., ... & Endorsed by the British Association for Psychopharmacology. (2017). British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *Journal of Psychopharmacology*, 31(5), 519-552.
- McCance-Katz E.F., (2004). Office based treatment of opioid dependence with buprenorphine. *Harvard Review of Psychiatry*, 12: 321-338.
- McCord, E., Van Hale, C., Tang, Y.L. (2023). Medical treatments for opioid use disorder. In *Substance Use and Addiction Research* (pp. 349-367). Academic Press.
- McEvoy, P.M., Grove, R., Slade, T. (2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 957-967.
- Minkoff, K. (1991). Program components of a comprehensive integrated care system for serious mentally ill patients with substance disorders. *New directions for mental health services*.
- Morgan, P.T., Malison, R. T. (2008). Pilot study of lorazepam and tiagabine effects on sleep, motor learning, and impulsivity in cocaine abstinence. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 34(6), 692-702.
- Morgan, P.T., Pace-Schott, E., Pittman, B., Stickgold, R., Malison, R.T. (2010). Normalizing effects of modafinil on sleep in chronic cocaine users. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 331-340.
- Morrison, J.R. (2016). *DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi*. Nobel Akademik Yayıncılık
- Mueser, K.T., Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 424-439.
- Nacca, N., Vatti, D., Sullivan, R., Sud, P., Su, M., Marraffa, J. (2013). The synthetic cannabinoid withdrawal syndrome. *Journal of addiction medicine*, 7(4), 296-298.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment.
- Nejtek, V.A., Avila, M., Chen, L.A., Zielinski, T., Djokovic, M., Podawiltz, A., ... Rush, A.J. (2008). Do atypical antipsychotics effectively treat co-occurring bipolar disorder and stimulant dependence? A randomized, double-blind trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(8), 1257-1266.
- Nery, F.G., Soares, J.C. (2011). Comorbid bipolar disorder and substance abuse: Evidence-based options. *Curr Psychiatry*, 10, 57-66.

- Noska, A., Mohan, A., Wakeman, S., Rich, J., Boutwell, A. (2015). Managing opioid use disorder during and after acute hospitalization: a case-based review clarifying methadone regulation for acute care settings. *Journal of addictive behaviors, therapy rehabilitation*, 4(2).
- Nunes, E.V., Levin, F.R. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *Jama*, 291(15), 1887-1896.
- Oldham, J.M. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158, 1-52.
- Öncü, F., Hacimusalar Y. (2021) Acil Psikiyatri. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Parmar, A., Kalojiya, G. (2018). Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: A narrative review. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 517-527.
- Pérez-Mañá, C., Castells, X., Vidal, X., Casas, M., Capellà, D. (2011). Efficacy of indirect dopamine agonists for psychostimulant dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of substance abuse treatment*, 40(2), 109-122.
- Pergolizzi Jr, J. V., Raffa, R.B., Rosenblatt, M.H. (2020). Opioid withdrawal symptoms, a consequence of chronic opioid use and opioid use disorder: Current understanding and approaches to management. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 45(5), 892-903
- Potvin, S., Stip, E., Lipp, O., Elie, R., Mancini-Marié, A., Demers, M.F., ... Gendron, A. (2006). Quetiapine in patients with comorbid schizophrenia-spectrum and substance use disorders: an open-label trial. *Current medical research and opinion*, 22(7), 1277-1285.
- Quello, S. B., Brady, K.T., Sonne, S.C. (2005). Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Science practice perspectives*, 3(1), 13.
- Ritter JM, Lewis LD, Mant T, Ferro A. (2008) Drugs and Alcohol Abuse. A Text Book of Clinical Pharmacology and Therapeutics. Fifth edition. London, s. 433-443.
- Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., ... & Fairbairn, N. (2020). Treatment of stimulant use disorder: a systematic review of reviews. *PLoS one*, 15(6), e0234809.
- Roper, V., & Cox, K. J. (2017). Opioid use disorder in pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*, 62(3), 329-340.
- Rounsaville, B.J. (2004). Treatment of cocaine dependence and depression. *Biological psychiatry*, 56(10), 803-809.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2016). Kaplan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (A. Bozkurt, Trans.), (11. baskı), Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Salloum, I.M., Brown, E.S. (2017). Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(4), 366-376.
- Salloum, I.M., Cornelius, J.R., Daley, D. C., Kirisci, L., Himmelhoch, J. M., Thase, M. E. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry*, 62(1), 37-45.
- Sani, G., Kotzalidis, G.D., Vöhringer, P., Pucci, D., Simonetti, A., Manfredi, G., ... Ghaemi, S.N. (2013). Effectiveness of short-term olanzapine in patients with bipolar I disorder, with or without comorbidity with substance use disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(2), 231-235.
- Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2), 233-237.
- Secades-Álvarez, A., Fernández-Rodríguez, C. (2017). Review of the efficacy of treatments for bipolar disorder and substance abuse. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 10(2), 113-124.
- Simmler, L.D., Wandeler, R., Liechti, M.E. (2013). Bupropion, methylphenidate, and 3, 4-methylenedioxypyrovalerone antagonize methamphetamine-induced efflux of dopamine according to their potencies as dopamine uptake inhibitors: implications for the treatment of methamphetamine dependence. *BMC research notes*, 6(1), 1-5.
- Smelson, D.A., Ziedonis, D., Williams, J., Losonczy, M. F., Williams, J., Steinberg, M. L., Kaune, M. (2006). The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in indivi-

- duals with schizophrenia and cocaine dependence: a preliminary report. *Journal of clinical Psychopharmacology*, 26(1), 9-12.
- Spaderna, M., Addy, P. H., D'Souza, D. C. (2013). Spicing things up: synthetic cannabinoids. *Psychopharmacology*, 228, 525-540.
- Spreen, L.A., Dittmar, E.N., Quirk, K. C., Smith, M. A. (2022). Buprenorphine initiation strategies for opioid use disorder and pain management: A systematic review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 42(5), 411-427.
- Stephen, D.E.K.K.G. (2008). A 6-month, double-blind, maintenance trial of lithium monotherapy versus the combination of lithium and divalproex for rapid-cycling bipolar disorder and co-occurring substance abuse or dependence. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(1), 12193.
- Stewart, S.H., Conrod, P. J. (2008). Anxiety disorder and substance use disorder co-morbidity: Common themes and future directions. *Anxiety and substance use disorders: The vicious cycle of comorbidity*, 239-257.
- Stolbach, A., Hoffman, R. S. (2021). Acute opioid intoxication in adults. *UpToDate. Waltham, MA: UpToDate*.
- Stotts, A.L., Dodrill, C. L., Kosten, T. R. (2009). Opioid dependence treatment: options in pharmacotherapy. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 10(11), 1727-1740.
- Swann, A.C. (2005). Bipolar disorder and substance abuse: two disorders or one?. *Journal of dual diagnosis*, 1(3), 9-23.
- Swann, A.C. (2010). The strong relationship between bipolar and substance-use disorder: mechanisms and treatment implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187(1), 276-293.
- Szobot, C.M., Rohde, L.A., Katz, B., Ruaro, P., Schaefer, T., Walcher, M., ... Pechansky, F. (2008). A randomized crossover clinical study showing that methylphenidate-SODAS improves attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adolescents with substance use disorder. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 41, 250-257.
- Tai, S., Fantegrossi, W. E. (2014). Synthetic cannabinoids: pharmacology, behavioral effects, and abuse potential. *Current addiction reports*, 1, 129-136.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., Domingo-Salvany, A., Montanari, L., Vicente, J. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe.
- Torrens, M., Rossi, P.C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use Misuse*, 47(8-9), 1005-1014.
- Tran, T. H., Griffin, B. L., Stone, R. H., Vest, K. M., & Todd, T. J. (2017). Methadone, buprenorphine, and naltrexone for the treatment of opioid use disorder in pregnant women. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 37(7), 824-839.
- Trøstheim, M., Eikemo, M., Haaker, J., Frost, J.J., Leknes, S. (2023). Opioid antagonism in humans: a primer on optimal dose and timing for central mu-opioid receptor blockade. *Neuropsychopharmacology*, 48(2), 299-307.
- Uluğ, B., ve Gürel, Ş. (2012). Esrar (Kanabis) kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Tomasi, D., Telang, F., Fowler, J.S., Pradhan, K., ... Wong, C. (2010). Methylphenidate attenuates limbic brain inhibition after cocaine-cues exposure in cocaine abusers. *PLoS One*, 5(7), e11509.
- Wang, Q., Qin, Z., Xing, X., Zhu, H., & Jia, Z. (2024). Prevalence of Cannabis Use around the World: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2000–2024. *China CDC Weekly*, 6(25), 597-604.
- Wilson, M.P., Pepper, D., Currier, G.W., Holloman Jr, G.H., Feifel, D. (2012). The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 26.
- Winklbaur, B., Ebner, N., Sachs, G., Thau, K., Fischer, G. (2022). Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*.

World Health Organization. (2009). *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings*. WHO Regional Office for the Western Pacific.

Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S.V., Schaffer, A., Bond, D.J., Frey, B.N., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97-170.

BÖLÜM 3.4

Kumar Bağımlılığının Tedavisine ve Rehabilitasyonuna İlişkin Uygulamalar

Doç. Dr. Şenay AKGÜN

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

3.4.1. Problemlili Kumar Oynama / Kumar Bağımlılığının / Bozukluğunun / Ludomaninin Klinik Özellikleri

3.4.2. Klinik Değerlendirme Süreci

3.4.2.1. Tanısal Ölçütler

3.4.2.2. Kumar Bağımlılığı Teşhisi

3.4.3. Kumar Bağımlılığında Tedavi

3.4.3.1. Farmakoterapi

3.4.3.2. Psikoterapi

3.4.3.3. Kendini Dışlama (Gönüllü olarak uzak durma)

3.4.4. Kumar Bağımlılığı Yardım Hatları ve Yardım Kaynakları

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Dünyada 1980'li yıllardan bu yana ticari kumarda önemli bir artış yaşanmaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri arasında yasal kumara yönelik tutumlardaki değişiklikler ve kumarın internet, mobil cihazlar gibi geleneksel olmayan platformlardaki sunumunun artması yer almaktadır (Kisch ve Håkansson, 2022). Kumarın yaygınlaşması, kumar oynama bozukluğunun prevalansını artırarak uluslararası bir halk sağlığı sorunu haline gelmesine neden olmuştur (Galetti ve Tavares, 2017). Günümüzde kumar bozuklukları, geleneksel halk sağlığına dayalı iki terim olan “problemlili kumar” veya “riskli kumar” kavramları altında incelenmektedir. **Problemlili kumar**, kumar oynayan kişinin (gambler) sosyal ağları ve toplum için olumsuz sonuçlar oluşturan aşırı kumar davranışı olarak tanımlanmaktadır (Molander vd., 2021). **Riskli kumar** kavramı ise kumarla yoğun olarak ilgilenen, kumardan dolayı olumsuz sonuçlarla karşılaşmış ya da karşılaşmamış olan kumarbazlar (gambler) olarak tanımlanmaktadır (Ferris ve Wynne, 2001).

Kumar bozukluğu, önemli düzeyde fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlara neden olan problemlili kumar oynama örüntülerini tanımlamak amacıyla kullanılan psikiyatrik bir tanıdır (Kisch ve Håkansson, 2022). Kumar oynama bozukluğu ile ilgili olarak, İncekara ve Taş'ın (2022) belirttiğine göre; Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-III'te (DSM-III: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) “**psikiyatrik bozukluk**”, DSM-IV'te “**dürtü kontrol bozukluğu**” olarak tanımlanırken, DSM-V'te “**madde ile ilgili olmayan bozukluk**” şeklinde tanımlanmıştır (İncekara ve Taş, 2022).

Kumar bozukluğu en fazla borçlar, kişisel iflaslarla karakterize olan finansal kayıplara neden olmakla birlikte kumarbazı, akrabalarını ve bütün olarak toplumu etkileyen bir durumdur (Kisch ve Håkansson, 2022). Kumarbazlar arasında kumar oynama bozukluğuna, psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği bilinmektedir (Downling vd., 2015). Özellikle iletişim problemleri, maddi problemler, yasal problemler, sağlık problemleri, intihar, intihar düşünceleri ve girişimleri bu bireylerde ortaya çıkan olumsuz durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Wikipedia¹, 2024; Wikipedia², 2024).

Eğlence ve olumlu bir deneyim yaşamak amaçlı oynanan kumar oyunlarının sıklık ve şiddet bakımından, sürekli ve yineleyici bir hal alması ile patolojik kumar oynama durumu ortaya çıkmaktadır. Sorunlu kumar davranışları olan bireyler genellikle bu davranışları, karmaşık duygularla başa çıkmak için, diğer başa çıkma becerilerinden yoksun olmaları nedeniyle geliştirmişlerdir (Wikipedia², 2024; Castle Craig¹, t.y).

Kumar bozukluğunu çevreleyen damgalanma korkusu, kumar oynayan insanların durumlarını gizlemelerine neden olmaktadır. Damgalanmanın ardındaki temel nedenlerden biri, toplumun kumar bozukluğuyla uğraşanların dürtüsel, mantıksız, sorumsuz ve saldırgan olduğuna dair bir algıya sahip olmasıdır. Damgalanmadan kaçınmak için durumlarını gizleme arzusu, kumar bozukluğu olan kişilerin daha az yardım aramasına neden olmaktadır (University of Nevada, t.y). Kumarbazların %10'undan daha azı yardım arayışında bulunmaktadır ve çoğu yardım almadan iyileşmeye çalışmaktadır (Galetti ve Tavares, 2017).

3.4.1. Problemlili Kumar Oynama / Kumar Bağımlılığının / Bozukluğunun / Ludomaninin Klinik Özellikleri

Kumar, bir bireyin daha değerli bir şey elde etme umuduyla değerli bir şeyi riske atmasıdır. Kumar bağımlılığı, kişinin hayatını olumsuz etkilemesine rağmen

kumar oynamaya devam etmesi ile karakterize kontrol edilemez bir dürtüdür. Kumar bağımlılık yapmaktadır çünkü beynin ödül sistemini uyuşturucu veya alkol gibi uyarmaktadır. Aslında kumar bağımlılığı, dünyada en yaygın dürtü kontrol bozukluğu olarak da bilinmektedir (Yeşilay Danışmanlık Merkezi, t.y).

Kumar bağımlılığı, kumar oynama sıklığının, buna ayrılan zamanın ve harcanan paranın yoğunluğunun artması sonucu **kumar** aktivitelerinin bireyin kontrolünden çıkması, işlevselliği ve ilişkileri üzerinde bozucu etkilerinin görülmesi durumuna psikoloji literatüründe verilen isimdir. Psikoloji literatüründe sıklıkla bağımlı kumar oynama veya patolojik kumar oynama tanımlarıyla da karşımıza çıkmaktadır (Vikipedi, 2024). Patolojik kumar oynama, damgalanmayı (stigmatizasyonu) azaltmak amacıyla kumar bağımlılığı / bozukluğu olarak da adlandırılmaktadır (Demirdil ve Harmancı, 2021). Patolojik kumar oynama gibi davranışsal bağımlılıklar (behavioral addiction), kişinin fiziksel, zihinsel, sosyal veya finansal refahına yönelik herhangi bir olumsuz sonuca rağmen maddeyle ilgili olmayan ödüllendirici bir davranışta (“doğal ödül” olarak da adlandırılır) bulunma zorunluluğunu içeren bir bağımlılıktır (Şahin Uçar, t.y). **Kumar Bağımlılığı**, adolesan ya da erken yetişkinlik döneminde, özellikle erkeklerde, öncü belirtilerinin izlendiği bir dönemde başlayan, aile, sosyal ve mesleki hayatta hızla bozulma, fiziksel ve ruh sağlığı sorunları ortaya çıkarmaktadır (Demirdil ve Harmancı, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı *Uluslararası Hastalık Sınıflandırması El Kitabı'nda (ICD-11)* kumar oynama bozukluğu davranışsal bağımlılıklar arasında yer almaktadır. Kumar oynama üzerinde kontrolün sağlanamaması (başlama, sıklık, yoğunluk, süre, sonlandırma ve bağlam açısından), kumar oynamaya yaşamdaki diğer ilgi alanlarına ya da günlük faaliyetlere göre öncelik verme, ortaya olumsuz sonuçlar çıkmasına rağmen kumar oynamaya devam etme ya da daha fazla oynama özellikleriyle tanımlanmaktadır (Eskişehir Teknik Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı, t.y). Patolojik kumar oynama, bireyin hayatında birçok soruna neden olmasına rağmen kumar oynamaya devam etmek için kontrol edilemeyen dürtü ile karakterizedir.

3.4.2. Klinik Değerlendirme Süreci

Sorunlu kumar oynama genellikle kumarbazın davranışından ziyade kumarbazın veya başkalarının zarar görüp görmediğine göre tanımlanmaktadır. Kumarbazın belirli kriterleri karşılması durumunda, ciddi sorunlu kumar oynama klinik patolojik kumar olarak teşhis edilebilmektedir. Kumar sorunu, geçmişte çoğunlukla bir bağımlılık veya tıbbi sorun olarak kavramsallaştırılmış ve tanımlanmıştır. Çünkü bu hem politika yapıcılar hem de klinisyenler için tanıdık bir çerçeve olması ile alkol ve diğer uyuşturucu sorunlar arasındaki yüzeysel benzerlikler nedeniyle (Jazairi ve Habil, 2012).

DİKKAT

Kumar oynama bozukluğunun / bağımlılığının belirtileri için Bölüm 2.5.4.1 Kumar Bağımlılığı Olan Bireylerin Genel Özellikleri/Kompulsif kumar bağımlılığı belirtilerine bakınız.

Kumarın yaygınlaşması nedeniyle doktorlara, kaygı ve/veya depresyon belirtileri, uykusuzluk nedeniyle başvuru yapan hastalara ilk veya ikinci sorularının “kumar sorunları olup olmadığı konusunda” olması gerektiği ve varsa uzman yardımı alma-

ları için tavsiyelerde bulunmaları gerektiği belirtilmektedir (UK Parliament, 2020).

3.4.2.1. Tanısal Ölçütler

Daha önce patolojik kumar oynama olarak adlandırılan, DSM-III ve DSM-IV'de bir dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılan kumar oynama bozukluğu, yakın zamanda DSM-V'te bağımlılık kapsamında değerlendirilen bir bozukluk olarak yeniden sınıflandırılmıştır. Madde kullanım bozukluklarının ve kumar oynama bozukluğunun benzer klinik risk faktörlerini ve yüksek komorbidite oranlarını paylaştığını gösteren kanıtlar ve klinik görünümdeki benzerlikler nedeniyle DSM-V'te artık Kumar Oynama Bozukluğu "Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" ana başlığı altında "Maddeyle İlişkili Olmayan Bozukluklar" alt grubunda yer almıştır (Nautiyal vd., 2017). Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (2013) yayınladığı DSM-V'te; kumar bağımlılığını tanılamak için dokuz temel semptomun / belirtinin dört tanesinin en az 12 aylık bir süre içinde tekrar etmesi gerektiği belirtilmektedir (Tablo 1) (Demirdil ve Harmancı, 2021; Kisch ve Håkansson, 2022). Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğuna benzer şekilde kumar bozukluklarının tanısal ciddiyet düzeyi de hafif, orta ve ciddi düzeyde olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır. Kumar bağımlılığı için belirlenen dokuz kriterden; dört ya da beşi karşılanıyorsa hafif, altı ya da yedisi karşılanıyorsa orta, sekiz ya da dokuzu karşılanıyorsa ciddi olmak üzere üç düzeyde etiketlenmektedir (Molander vd., 2021).

Tablo 1. DSM-V Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az dördü (ya da daha çoğu) ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sürekli ve yineleyici, sorunlu bir kumar oynama davranışına yönelik ölçütler:
1. İsteddiği coşkuyu sağlayabilmek için giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinim duyması.
2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuz ya da kolay kızan biri olması.
3. Kumar oynamayı kontrol altına almak, bırakmak ya da durdurmak için yineleyen, sonuç vermeyen çabalar olması.
4. Sık sık kumar oynama üzerinde düşünüp durması (örneğin, geçmişteki kumar oynama yaşantılarını yeniden yaşamayı sürekli düşünüp durma, bir sonraki girişimini engellemek ya da tasarlamak, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünmek).
5. Sıklıkla sıkıntı duyarken kumar oynanması (örneğin, çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün).
6. Parayla kumar oynayıp kaybettikten sonra, çoğu kez, eşitlenmek için bir başka gün geri oynamak için gelmesi (kaybettiklerinin ardından koşar).
7. Kumar oynadığını gizlemek için yalan söylenmesi.
8. Kumar oynaması yüzünden önemli bir ilişkisini, işini, eğitim ya da iş olanağını tehlikeye atmış ya da yitirmiş olması.
9. Kumar oynadığı için düştüğü umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının parasal kaynak sağlamasına bel bağlaması.
B. Kumar oynama davranışı bir manik dönem ile daha iyi açıklanamaz.

Kaynak: Çakmak, 2021

3.4.2.2. Kumar Bağımlılığı Teşhisi

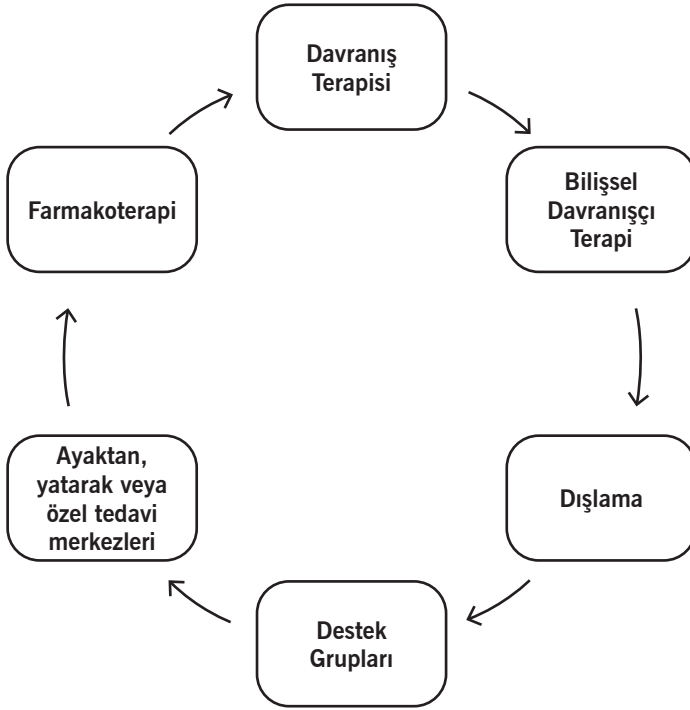
Bağımlılık, tolerans ve yoksunluk semptomlarını içeren psikolojik veya fiziksel bağımlılıkla karakterizedir. Kumar bağımlılığı, bireyin finansal, kişisel ve mesleki durumlarını zora sokacak derecede şans oyunları oynadığı bir hastalık olarak kabul edilebilir. Davranışçı yaklaşımlar kumar bağımlılığını sosyal öğrenme teorisi, klasik koşullanma ve edimsel koşullanma yoluyla açıklamaktadır. Bilişsel yaklaşımlar ise kumar bağımlılığını bilişsel önyargılar açısından açıklamaktadır (Örneğin, kumarbazın yanılması ve kontrol yanılması gibi) (StudySmarter, t.y).

Kumar bağımlılığı, doktor veya ruh sağlığı uzmanı tarafından kumar alışkanlıkları, tıbbi geçmişi ve zihinsel sağlık durumu değerlendirilerek teşhis edilmektedir. Tıbbi geçmişin değerlendirilmesi, kompulsif davranışların artmasına katkıda bulunabilecek bazı ilaçları veya sağlık sorunlarını ortaya çıkarabilmektedir. Ruh sağlığı durumunu değerlendirmek ve herhangi bir ruh sağlığı bozukluğunun aşırı kumar oynamaya neden olup olmadığını belirlemek için sıklıkla bir psikiyatrik değerlendirme de yapılmaktadır. Son olarak, kumar bağımlılığı APA DSM-V tanı kriterleri kapsamında değerlendirilmektedir. Kumar sorunu şiddet endeksi (PGSI) gibi diğer anketler de dünyada yaygın olarak kullanılan başka değerlendirme yöntemleri arasında yer almaktadır (Singh, 2020).

3.4.3. Kumar Bağımlılığında Tedavi

Kumar tedavisi ve remisyon için ortak evrensel bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmış ve üç ana alan belirlenmiştir: 1. Kumar davranışının ölçümü kumara yapılan aylık harcama, ayda kumar oynanan gün sayısı ve kumarla ilgili uğraşlar için harcanan süre, 2. Kumarın neden olduğu sorunların ölçümleri (kişisel sağlık, ilişki, finansal ve yasal sorunlar), 3. Yaşam kalitesi ölçümleri ile desteklenebilen; ve özellikle uygulanan tedavi modalitesi ile ilgili değişim sürecinin ölçümleri (örneğin, kumar bozukluğu için bilişsel yeniden yapılandırma terapisi durumunda rastgele olaylarla ilgili bilişsel çarpıtmaların ölçümleri).

Kumar bağımlılığında güncel tedavi yaklaşımları hasta ve hasta dışındaki alanları kapsayan bir özelliğe sahiptir (Demirdil ve Harmancı, 2021). Kişisel ya da grupla yapılan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve farmakoterapi en önemli müdahalelerdir (Şekil 1) (Kisch ve Håkansson, 2022; Demirdil ve Harmancı, 2021). Problemler kumar oynamada tedavilerin çoğu danışmanlık, adım tabanlı / adım adım programlar, kendine yardım, akran desteği, tıbbi tedavi ya da tüm bunların bir kombinasyonunu içermektedir (Wikipedia¹, 2024). Ancak bireyde bir ruhsal / zihinsel bir bozukluk ya da alkol kullanım bozukluğunun eşlik ettiği durumlarda öncelikle ondan arındırılması gerekmektedir. İyileşme, çağdaş anlamda, genel olarak, hedef sorunun semptomlarının ötesine geçerek ilgili fonksiyonel ve yaşam kalitesi alanlarına kadar uzanan iyileşmeleri ifade etmektedir (McLellan vd., 2007).



Şekil 1. Kumar Bağımlılığında Tedavi Yaklaşımı (Kaynak: Singh, 2020).

Kumar bağımlılığında nüksetmeyi önlemek en büyük zorluktur, bu nedenle kumar sorununa karşı motivasyonu sürdürmek için bırakma programları, bireysel danışmanlık ve ücretsiz tedavi sonrası bakım ve aile destek grupları önem arz etmektedir (Şekil 2) (Caron, t.y).

3.4.3.1. Farmakoterapi

Tedaviye yönelik birçok potansiyel farmasötik yaklaşım vardır, ancak kumar bozukluğunda kullanılan hiçbir ilacın **Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA: U.S. Food and Drug Administration)** onayı bulunmamaktadır. Alkol isteğini azaltabilen bazı opioid antagonistlerinin kumar bozukluklarının tedavisinde plaseboya göre daha üstün olduğu randomize klinik çalışmalarda bulunmuştur. Anti-depresan essitalopram, anksiyete ve kumar bozuklukları olan kişilerde anksiyeteyi ve kumar probleminin şiddetini azaltmaya yardımcı olabilmektedir (Wikipedia¹, 2024).

Paroksetinin patolojik kumar tedavisinde etkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Ek olarak, hem patolojik kumar oynama hem de eşlik eden bipolar spektrum durumu olan hastalar için, sürekli salınan lityumun bir ön denemede etkinliği gösterilmiştir. Opioid antagonisti ilaç nalmeferen de kompulsif kumar tedavisi için oldukça başarılı bir şekilde denenmiştir. Aşağıda kumar bağımlılığında kullanılan bazı ilaç grupları verilmiştir (Wikipedia¹, 2024; Tamam, 2010).

Bunlar;

- Opioid antagonistler
- Lityum ve antiepileptikler

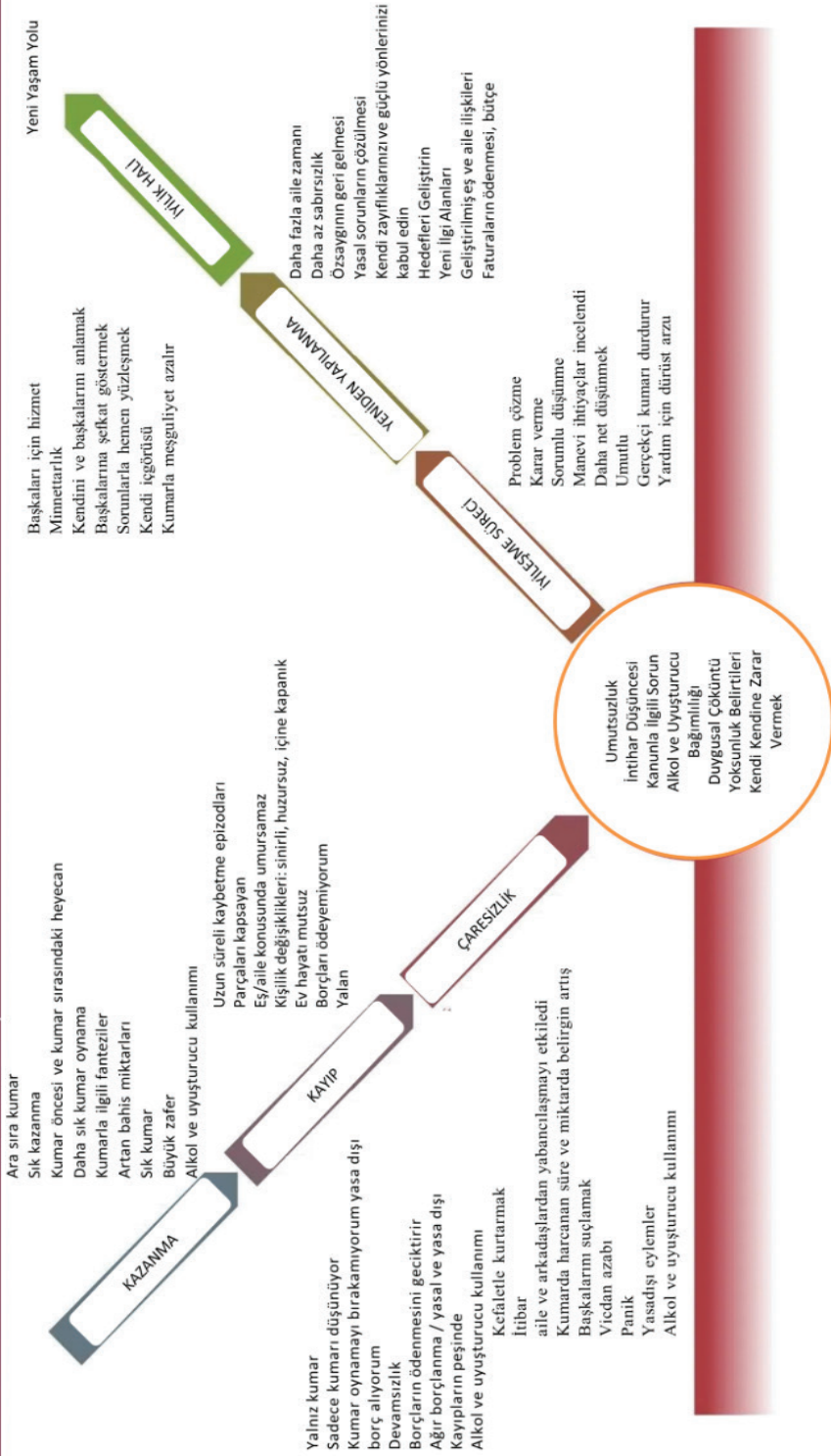
- Atipik antipsikotikler
- Antidepresanlar
- Tipik antipsikotiklerdir.

3.4.3.2. Psikoterapi

Kumar bağımlılığının tedavisinde, bilişsel ve davranışsal değişiklikleri hedefleyen BDT, maruz bırakma tekniği, Motivasyonel Görüşme (MG) ve aile terapileri sıklıkla kullanılan psikoterapi yöntemleridir. Bilişsel stratejiler, geleneksel olarak, yeniden yapılandırma, psiko eğitim, kumar oynama dürtüsünün anlaşılması ve tanınması, bilişsel farkındalığı kapsamaktadır (Demirdil ve Harmancı, 2021). Danışmanlığın bir biçimi olan BDT'nin semptomları ve kumarla ilgili dürtüleri azalttığı belirtilmektedir. Bu tür terapi, kişinin kontrol dışı kumar oynamaya karşı savunmasızlığını artıran kumarla ilgili düşünce süreçlerinin, ruh halinin ve bilişsel çarpıtmalarının belirlenmesine odaklanmaktadır. Ek olarak, BDT yaklaşımları sıklıkla nüksetmeyi önlemeye, atılgan olmaya ve kumar oynamayı reddetmeye, problem çözmeye ve kumarla ilgisi olmayan faaliyet ve ilgileri güçlendirmeye yönelik beceri geliştirme tekniklerini kullanmaktadır (Wikipedia¹, 2024).

Davranışsal yaklaşımlar ise alternatif aktivitelere odaklanmaktadır. Böylece kumar oynama isteğinin yönlendirilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bireylerde BDT'nin sonuçları bireylerde izlendiğinde, kumar oynama dürtüsünde azalma, kumar oynama ile ilgili hatalı düşüncelerde azalma ve kumar oynama kontrolünün sağlanmasında önemli gelişmeler yarattığı görülmektedir (Demirdil ve Harmancı, 2021; Wikipedia¹, 2024).

Kompulsif Kumar Oynamadan İyileşmeye Doğru Yolculuk



Şekil 2. Kompulsif / Problemlili Kumar Oynamadan İyileşmeye Doğru Yolculuk (Kaynak: Castle Craig¹, t.y)

● Grup terapileri

Kumar bağımlılığı hem biyolojik, hem psikolojik hem de sosyal nedenlerle ortaya çıkabilir. Bu nedenle; BDT, Motivasyon Geliştirme Terapisi (MET), Kişilerarası Terapi (IPT) ve On İki Adımlı Program gibi farklı terapi yöntemleri bir araya getirilerek daha kapsamlı bir tedavi sağlanabilmektedir (Caron, t.y). Kumar bozukluğu olan bazı kişiler, kumardan kaçınmaya yönelik 12 adımlı bir program olan Adsız Kumarbazlar gibi gruplardan yardım almaktadır. Katılımcılar buluşup deneyimlerini paylaşmaktadır, kumardan uzak durma çabalarında birbirlerine destek olmaktadır (Yale Medicine, t.y).

Adsız Kumarbazlar, kumar sorunları için yaygın olarak kullanılan bir tedavi yöntemidir. Adsız Alkolikler örnek alınarak modellenen Adsız Kumarbazlar, karşılıklı destek yaklaşımını vurgulayan on iki adımlı bir programdır (Wikipedia¹, 2024; Castle Craig², t.y). Bu programda kişi kumar oynama düşüncesiyle başa çıkabilmek için aşağıdaki adımları izlemelidir:

- Kumar oynanan yerlerden ve internet üzerinde kumar oynatılan sitelerden uzak durma,
- Kumar düşüncesini tetikleyen faktörlerden kaçınma (örneğin at yarışı programları, casino reklamları, piyango biletleri gibi),
- Kumarla ilgili kişilerden uzak durma,
- Kumar üzerine yapılan tartışmalara katılmama,
- Sadece günlük ihtiyaçları karşılayacak kadar nakit para bulundurma, gereksiz kredi kartı veya bankamatik kartı kullanımından kaçınma,
- Yaşam tarzını değiştirme ve olumsuz alışkanlıkları olumlu davranışlarla değiştirme,
- Hem kumar oynayan kişi hem de bu sorunu yaşayan bir yakını varsa, bağımlılık tedavisine başvurmak ve kumar bağımlılığıyla mücadele etmek için bu kaynaklardan yararlanma,
- Destek için güvendiği bir aile dostuyla iletişime geçme ve gerektiğinde yardım isteme,
- Dikkati başka aktivitelere odaklayarak meşgul olma, ev işleri yapma veya spor gibi farklı ilgi alanlarına yönlendirme (Lokman Hekim Üniversitesi, t.y; Şahin Uçar, t.y; Yeşilay, t.y).

Adsız Kumarbazlar, bireylerin kumar bağımlılığı olup olmadıklarını anlamalarına yardımcı olacak kaynaklar sunmanın yanı sıra, kumar bağımlılığı sorunu yaşayan veya yaşayabileceğine inanan kişilere yönelik destek grupları aracılığıyla Amerika Birleşik Devletleri genelinde toplantılar düzenlemektedir. Kuruluş, uluslararası düzeyde çeşitli yerlerde toplantılar düzenlemektedir. Kumar bağımlıları, yaşadıkları eyalete bağlı olarak Adsız Kumarbazlardan ek kaynaklar ve hizmetler alabilirler. Adsız Kumarbazlara benzer şekilde, kumar terapisi de kumarbazlara ve ailelerine çevrimiçi destek grupları sunan bir kuruluştur (University of Nevada, t.y).

● Aile terapisi

Kumar bağımlısı olan bireyler sıklıkla ailelerinin güvenini de kaybetmektedirler. Aileler için bağımlıların da içinde olduğu kendine yardım gruplarının oluşturulduğu

bilinmektedir. Acı çeken kişiye en yakın olanlar genellikle kendilerini suçlamaktadırlar. Bu kişiler umutsuzluk, depresyon ve suçluluktan öfke ve hayal kırıklığına kadar çeşitli duygular yaşamaktadırlar. Bu durum, bireyleri yormakta, baş etme becerilerini düşürmekte ve çaresiz hissettirmektedir. Ailelerin tedaviye dâhil olması iyileşme sürecini büyük ölçüde hızlandırmaktadır (Caron, t.y).

● **Alternatif terapiler**

Kumar döngüsünü kırmak için, nedenlerini anlamak ve borç yönetimi, öz saygı gibi yaşam sorunlarına çözüm bulmak amacıyla tasarlanmış programlar uygulanmaktadır. Bu programlar, depresyon, stres, yorgunluk, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı gibi eşlik eden sorunların tedavisini de kapsamaktadır (Caron, t.y). Bunların yanında, kumar sorununa ilişkin terapi ve eğitim ile farkındalık, uyku terapisi ve fizik tedaviler gibi alternatif yaklaşımlar aracılığıyla, kumar oynamadan yaşamak için gerekli bilgi ve baş etme becerileri kazandırılmaktadır.

Diğer bağımlılıklarda olduğu gibi, bir bağımlı sadece irade gücünü kullanarak bağımlılığını durdurmayı başaramaz. Kumara karşı güçsüzlüğün kabul edilmesi, bir profesyonelle terapiye katılma isteği ve adsız kumar toplantılarına katılmanın uzun vadeli başarı oranı çok daha yüksektir. Kumar bağımlılığı da alkolizm gibi bir hastalıktır ve bu şekilde tedavi edilmelidir (Mediclinic, 2008).

● **Motivasyonel görüşme**

Zarar verici düşünce ve davranışları tanımlamaya ve değiştirmeye yardımcı olan BDT gibi bireysel ve grup yaklaşımları, insanların sorunun üstesinden gelmesine yardımcı olabilmektedir. Bırakma konusundaki kararsızlığı bırakma motivasyonuna dönüştürmeye yardımcı olan ve hastaların kumar dürtüsüyle mücadele etmesine yardımcı olan motivasyonel görüşme önemli bir yöntemdir (Yale Medicine, t.y). Motivasyonel Görüşme uygulanan kumar bağımlılarının özellikle altı haftalık motivasyonel görüşme sonucunda önemli düzeyde bağımlılık belirtilerinde azalma olduğu belirtilmektedir. Değişim için kişinin ikilemleri kullanılmaktadır ve bu girişimde terapist değişim için tamamen kişiyi merkeze almaktadır (Dicle, 2017).

3.4.3.3. Kendini dışlama (Gönüllü olarak uzak durma)

Kumar bağımlılarının kaybettiklerinde durmakta zorlanması ve kayıplarını telafi etmek için daha fazla oynaması, yıkıcı bir döngü oluşturarak birçok olumsuz sonuca yol açmaktadır (Lokman Hekim Üniversitesi, t.y). Bu durumun ciddiyetinin farkında olan birçok ülke, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Kanada, Avustralya, Güney Afrika, Fransa gibi, kumar bağımlılarını gönüllü olarak kumar oynamaktan alıkoymayı amaçlayan programlar uygulanmaktadırlar (Wikipedia¹, 2024).

Bu programlardan biri de GAMSTOP uygulamasıdır. GAMSTOP, bahis bağımlılığıyla mücadelede etkili bir yöntemdir. Bu uygulama, bireylerin tüm çevrimiçi bahis sitelerindeki hesaplarını tek bir merkezden talep ettikleri süre boyunca kapatmalarını sağlar. Böylece, bireyler kendilerini bahis oynamaktan tamamen uzaklaştırabilirler. GAMSTOP, İngiltere örneğinde çalışma şekli aşağıda açıklanmıştır:

- Kayıt işlemi tamamlandıktan sonra kumar oynamaktan uzak tutma talebinin onaylandığına dair bir e-posta gönderilmektedir. Bu süreç genellikle 24 saat içinde tamamlanmaktadır.
- Belirtilen süre sonunda, İngiltere'de faaliyet gösteren tüm çevrimiçi kumar

platformlarına erişim engellenmektedir.

- Bireyler kendi belirledikleri altı ay, bir yıl veya beş yıllık süre boyunca hiçbir kumar sitesine girememektedirler.
- Seçtikleri süre dolmadan sistemi terk etmek isteyenlerin, GAMSTOP'a başvurarak gerekli işlemleri tamamlamaları gerekmektedir.
- GAMSTOP'a kaydolun kişiler, kumar şirketlerinin pazarlama e-postalarından otomatik olarak muaf tutulmazlar. Bu durumdan kurtulmak için kullanıcıların, şirketlere ayrı ayrı bildirimde bulunarak e-posta aboneliklerini iptal etmeleri ve sosyal medya platformlarındaki ilgili hesapları takipten çıkartmaları gerekmektedir.
- GAMSTOP, bireyin hesabındaki parayı geri almasına yardımcı olmaz. Bireyler parasını geri almak için bahis şirketine başvurmak zorundadırlar (UK Parliament, 2020).

3.4.4. Kumar Bağımlılığı Yardım Hatları ve Yardım Kaynakları

Kumar bağımlılığı ve etkileri, bireyin yaşamını finansal, duygusal, zihinsel ve fiziksel olarak olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ulusal Kumar Sorunu Yardım Hattı Amerika Birleşik Devletleri'nde 7/24 saat hizmet sunmaktadır ve görüşmeler tamamen gizli tutulmaktadır. Bu kumar yardım hattı, arayanları kumar bağımlılıklarıyla mücadelede yardımcı olabilecek yerel sağlık ve devlet kuruluşlarına bağlamaktadır. Yardım hattı, metin hizmetlerinin yanı sıra sohbet hizmetleri de sunan Ulusal Sorunlu Kumar Konseyi tarafından yönetilmektedir. Kuruluş ayrıca kumar bağımlılığı olan bireylere yardımcı olabilecek kapsamlı bir kaynak listesi de sunmaktadır. Kumar bağımlılığı olanlar aynı zamanda madde bağımlılığı sorunlarıyla ve intihar riskiyle karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu nedenle, Ulusal Uyuşturucu Yardım Hattı veya Ulusal İntihar Önleme Hattını da arayabilmektedirler. Bu hatlar, bireylerin kumar bağımlılığı olup olmadığını belirlemelerine yardımcı olacak 20 soruluk bir testte sağlamaktadır.

Türkiye'de de Yeşilay Danışmanlık Merkezleri, kumar bağımlılığı yaşayan bireylere ve ailelerine kapsamlı destek hizmeti sunmaktadır. Bireysel terapilerde uzman psikologlar, bağımlılıktan kurtulma motivasyonunu artırmak, tekrarlama riskini azaltmak ve kumar oynama isteğiyle başa çıkma becerilerini geliştirmek için çalışmaktadır. Ayrıca, kumarı bırakmanın yol açabileceği ruhsal sıkıntıların üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır. Aile terapileri kapsamında ise aile içi ilişkilerin güçlendirilmesi, para yönetimi becerilerinin geliştirilmesi ve ebeveynlerin tutum ve becerilerinin desteklenmesi konularında çalışmalar yapılmaktadır. Bu sayede, hem bağımlı birey hem de ailesi, bu zorlu süreci daha sağlıklı bir şekilde atlatabilmektedir (Yeşilay Danışmanlık Merkezi, t.y).

Yeşilay Danışmanlık Merkezleri, kumar bağımlılığı yaşayan bireylere ve ailelerine destek olurken, siber suçlarla mücadele ise 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ve 5651 sayılı İnternet Yasası gibi düzenlemelerle destek sağlamaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesindeki Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, özellikle yasa dışı bahis sitelerine erişimin engellenmesi konusunda önemli çalışmalar yapmaktadır (Yeşilay, 2021).

Özet noktalar

Etkili tedavi seçenekleri olmakla birlikte sorunlu kumarbazların büyük bir kısmı tedavi aramamaktadır ve kendini bağımlı kabul etmemektedir. Bunda en büyük etkenin kumarın belirgin izlerinin olmaması ve bireylerin bu davranışı çoğunlukla saklama eğiliminde olmalarıdır. Bu nedenle bağımlılığın tedavisi ile ilgili olarak ilk aşamada bireyin kendini değiştirmesi ve bağımlılığından kurtulmak istemesinin önemli olabileceği söylenebilir. İkinci olarak ise çeşitli bireysel psikoterapi ve grup terapileriyle bireyin bağımlılığının üstesinden gelebileceği belirtilmektedir. Kumar bağımlılığının tedavisinin de diğer hastalıklarda takip edilen yaklaşımla ele alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Bu bireylerin erken aşamada saptanarak koruyucu müdahalelerin toplum içinde sağlanması bu bağımlılığın tedavisi için en iyi yöntem olarak ele alınmalı ve bu yönde politikalar geliştirilmelidir. Yine bireylerin damgalanma yaşamadan ulaşabilecekleri tedavi ve terapi yaklaşımları için anonim gruplar, telefon hatları ve danışmanlık birimleri hizmetleri toplumdaki her sağlık hizmetine entegre edilmelidir. Bu aşamada kumar bağımlılığı olan bireylerin ekonomik ve aile ilişkilerinin de bozulması nedeniyle bu alanlara yönelik müdahaleleri içeren politikalar oluşturulmalıdır.

DİKKAT

Kumar bağımlılığı, erken teşhis ve koruyucu müdahalelerle daha iyi yönetilebilen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, toplumda erişilebilir tedavi seçenekleri oluşturulmalı ve ekonomik destek mekanizmaları geliştirilmelidir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Kumar bağımlılığı kapsamında gençler üzerinde yapılan kesitsel çalışmalarda kumar sorunlarıyla eş zamanlı olarak ilişkilendirilen **risk faktörleri** arasında, düşük sosyoekonomik statü, erken yaşta kumar oynamaya başlama, büyük kazanç geçmişi, dışadönüklük, düşük uyum, dürtüsellik, heyecan arayışı, risk eğilimi, uyumsuz başa çıkma stilleri, yaşam stresi, suç işleme, madde kullanımı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) semptomları, anksiyete, depresyon, duygusal sorunlar, akranlarda madde bağımlılığı, akranlarda sorunlu kumar oynama, zayıf akademik performans, okul zorlukları, ebeveynde madde bağımlılığı, ebeveynde sorunlu kumar oynama, tutarsız ebeveyn disiplini, aile sorunları, kumar oynama imkânı, kumar pazarlaması, kültürel kumar normları ve kumar oynamada dünya çapında eğilimler (örneğin, internet kumarı) sayılmaktadır.

Yine ergenler üzerinde yapılan birkaç kesitsel çalışmada, kadın cinsiyetinin, uyarlanabilir başa çıkma stratejilerinin, duygusal zekanın, esenliğin, kendini anlamamanın, kişisel yeterliliğin, dayanıklılığın, kişilerarası becerilerin, sosyal yeterliliğin, sosyal desteğin, sosyal bağların, okul bağlantısının, ebeveyn denetiminin ve aile uyumunun kumar bağımlılığını engelleyen **koruyucu faktörler** olduğu saptanmıştır (Dowling vd., 2017).

KAYNAKLAR

- Ayakdaş Dağlı, D., Yüyen, M.N. (2023). Davranışsal Bağımlılıklar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Bağımlılık Dergisi*, 24 (1): 104-112.
- Caron (n.d). The Warning Signs of Gambling Addiction. Erişim Tarihi: 24.05.2024, <https://www.caron.org/blog/warning-signs-of-gambling-addiction>
- Castle Craig1 (n.d). Gambling Addiction Treatment. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.castlecraig.co.uk/addictions-we-treat/behaviours/gambling/>
- Castle Craig2 (n.d). FAQ on Problem Gambling. Erişim Tarihi: 16.08.2024, <https://www.castlecraig.co.uk/addiction-resources/faq-gambling/>
- Cleveland Clinic (Last Reviewed on 08/07/2023). Gambling Disorders. Erişim Tarihi: 08.04.2024, <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17881-gambling-disorder-gambling-addiction>.
- Çakal, K., Subaşı, B. (2023). Kumar Bağımlılığı Olan Bireylerin Kumar Oynama Davranışının Sosyodemografik Özellikler Çerçevesinde Değerlendirilmesi. *The Journal of Social Sciences*, 10(65), 606-620. Doi:10.29228/sobider.71125
- Demirdil, G., Harmancı, P. (2021). Davranışsal Bağımlılıklar Bağımlılıktan Bağımsızlığa. Ankara: İksad Publishing House
- Dicle, A. N. (2017). Motivasyonel görüşme: öğeler, ilke ve yöntemler. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 4(15), 2043-2053.
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(6), 519–539. <https://doi.org/10.1177/0004867415575774>
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 51, 109–124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>
- Eskişehir Teknik Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı (t.y). Bağımlılık Türleri. Erişim Tarihi: 24.06.2024, <https://saglikkulturspor.eskisehir.edu.tr/tr/Icerik/Detay/bagimlilik-turleri->
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Galetti, A. M., & Tavares, H. (2017). Development and validation of the Gambling Follow-up Scale, Self-Report version: An outcome measure in the treatment of pathological gambling. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(1), 36–44. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1911>
- https://en.wikipedia.org/wiki/Problem_gambling
- İncekara, H.İ., Taş, B. (2022). Yetişkinlerde Kumar Bağımlılığı ile İlişkili Sosyodemografik Değişkenlerin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 23(4), 464-472.
- Jazaeri, S.A., Habil, M.H. (2012). Reviewing two types of addiction - pathological gambling and substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 5–11. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.96147>
- Kisch, M., & Håkansson, A. (2022). Associations Between Addictive Behaviors, Individual Characteristics, and the Use of Gambling Services Within the World of Gaming: Cross-sectional Survey Study. *JMIR serious games*, 10(2), e29077. <https://doi.org/10.2196/29077>
- Lokman Hekim Üniversitesi (t.y). Kumar Bağımlılığı. Erişim tarihi: 01.02.2024, <https://www.lokmanhekim.edu.tr/ozgur-koy-tedavi-ve-rehabilitasyon-merkezi/kumar-bagimlilik>
- McLellan A. T., Chalk M., Bartlett J. Outcomes, performance, and quality—what's the difference? *J Subst Abuse Treat* 2007; 32: 331–40
- Mediclinic (2008). Gambling Addiction. Erişim Tarihi: 24.06.2024, <https://www.mediclinic.co.za/en/fohub-corporate/conditions/gambling-addiction.html>
- Molander, O., Volberg, R., Månsson, V., Sundqvist, K., Wennberg, P. and Berman, A.H. (2021), Development of the Gambling Disorder Identification Test: Results from an international Delphi and consensus process. *Int J Methods Psychiatr Res*, 30: e1865. <https://doi.org/10.1002/mpr.1865>

org/10.1002/mpr.1865

Nautiyal, K. M., Okuda, M., Hen, R., & Blanco, C. (2017). Gambling disorder: an integrative review of animal and human studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1394(1), 106–127. <https://doi.org/10.1111/nyas.13356>

Singh, A. (2020). Gambling Addiction What Is It, Causes, Signs, Prevention, Support, and More. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.osmosis.org/answers/gambling-addiction>

StudySmarter (n.d). Gambling Addiction. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.studysmarter.co.uk/explanations/psychology/addiction/gambling-addiction>

StudySmarter (n.d). Gambling Addiction. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.studysmarter.co.uk/explanations/psychology/addiction/gambling-addiction/>

Şahin Uçar D (Editör) (t.y). Kompulsif Kumar Bozukluğu Nedir? Kumar Bağımlılığı Nasıl Tedavi Edilir?. Erişim Tarihi: 24.02.2024, <https://evrimagaci.org/kompulsif-kumar-bozuklugu-nedir-kumar-bagimliliği-nasil-tedavi-edilir-12269>

Tamam, L. (2010). Dürtü Kontrol Bozukluklarında İlaç Tedavisi. Yüksel N (Editör). *Temel Psikofarmakoloji. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*. No:11. Tuna Matbaacılık. Ankara. 1089-1099.

UK Parliament. (2020, July 2). Gambling-related harm. Chapter 5. Select Committee on the Social and Economic Impact of the Gambling Industry Gambling harm—time for action. Report of Session 2019-21. Erişim Tarihi: 16.08.2024, https://publications.parliament.uk/pa/ld5801/ldselect/ldgamb/79/7908.htm#_idTextAnchor104

University of Nevada (n.d). Gambling Addiction: Resources, Statistics, and Hotlines. Erişim Tarihi: 24.06.2024, <https://onlinedegrees.unr.edu/blog/gambling-addiction-resources/>

Vikipedi (Güncelleme 8 Haziran 2024). Problemlı kumar oynama. Erişim Tarihi: 26.09.2023, https://tr.wikipedia.org/wiki/Problemlı_kumar_oynama

Wikipedia1 (Last edited: 23 May 2024). Problem Gambling. Erişim Tarihi: 24.07.2024, https://en.wikipedia.org/wiki/Problem_gambling

Wikipedia2 (Last edited: 23 May 2024). Gambling. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://en.wikipedia.org/wiki/Gambling>

Yale Medicine (n.d). Gambling Disorders. Erişim Tarihi: 13.07.2024, <https://www.yalemedicine.org/conditions/gambling-disorder>

Yeşilay Danışmanlık Merkezi (t.y). Kumar Bağımlılığı. Erişim Tarihi: 24.07.2024, <https://www.yedam.org.tr/kumar-bagimliliği>

Yeşilay (t.y). Kumar Bağımlılığı Nedir? Erişim Tarihi:16.08.2024. https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/kumar-bagimliliği?gclid=CjwKCAjwysipBhBXEiwApJOcu6NGiXxqFARSnP-C9XBMVOF3n0Bit03Aj6MDqupT0woQ-iWA4ckx_LxoC_BQQAvD_BwE

Yeşilay (2021). Yasa Dışı Kumar ve Bahisle Hukusal Mücadele. Erişim Tarihi:16.08.2024. <https://www.yesilay.org.tr/tr/makaleler/yasa-disi-kumar-ve-bahisle-hukusal-mucadele>

BÖLÜM 3.5

Teknoloji Bağımlılığının Tedavisine ve Rehabilitasyonuna İlişkin Uygulamalar

Dr. Psikolog Evgin MİÇOOĞULLARI

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Kültür Spor Dairesi Başkanlığı,
Mediko – Sosyal Merkezi

İçindekiler

Giriş

3.5.1. Teknoloji Bağımlılığı Nedir?

3.5.2. Teknoloji Bağımlılığında Tedavi Yöntemleri

3.5.2.1. İlaç tedavisi

3.5.2.2. Yataklı tedavi

3.5.2.3. Psikoteratötik Tedaviler

A) Teknoloji bağımlılığının tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

B) Bilinçli Teknoloji Kullanımı (Mindful Tech Use) Programı

C) Motivasyonel Görüşme

D) Aile Terapisi

E) Grup Terapisi

F) Rehabilitasyon Uygulamaları

1- Dijital Detoks

2- Doğa Terapisi

3- Yaşam Becerileri Eğitimi

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Teknoloji bağımlılığı, dijitalleşmenin hız kazanması ve internetin geniş çapta kullanılmasıyla ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu bağımlılık türü, kişilerin sosyal, akademik ve iş hayatlarını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir. Bu bölümde, teknoloji bağımlılığının tedavisi ve rehabilitasyonu için kullanılan güncel yöntemler ve uygulamalar ele alınacaktır.

3.5.1. Teknoloji Bağımlılığı Nedir?

Teknoloji bağımlılığı, bireyin teknoloji kullanımı üzerinde kontrolünü kaybetmesi ve bu durumun günlük yaşamını olumsuz etkilemesi olarak tanımlayabiliriz. Bu bağımlılık türü davranışsal bağımlılık türüne girmekle beraber, genellikle internet, sosyal medya, çevrim içi oyunlar ve mobil cihazlar gibi teknolojik araçlarla ilişkilidir (Griffiths, 1995). Bazı çevrelerce hastalık mı, bozukluk mu yoksa bireyin tercihi mi olduğu konusunda tartışmalar halen sürmektedir, bu nedenle bu konuda halen ortak bir görüş mevcut değildir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı bireyi tanımlarken, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi hali ile değerlendirme yapmaktadır (WHO, 2024). Öte yandan DSM-5'te teknoloji bağımlılığının literatürde birçok türü olmasına rağmen sadece Çevrim İçi Oyun bağımlılığını bir bozukluk olarak tanımladığı görülmektedir (APA, 2013). Bazı tanımlarda teknoloji bağımlılığını, internet bağımlılığı, herhangi bir madde kullanımını içermeyen ve patolojik kumar oynamaya oldukça benzeyen bir dürtü kontrol bozukluğu olarak yer almaktadır (Shaw ve Black, 2008; APA, 2013). Millicent, (2024) ise, teknoloji bağımlılığını, bilgisayarlar, akıllı telefonlar ve oyun konsolları gibi teknolojik cihazları kullanma konusunda durdurulamaz bir istek olarak ifade etmektedir. Bu durumu, bireylerin bu cihazları sürekli kullanma arzusu nedeniyle günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen bir problem olarak tanımlar. Başka bir tanımda ise teknoloji bağımlılığı, internet, akıllı telefonlar, tabletler ve Facebook, Twitter, Instagram gibi sosyal medya platformlarının aşırı ve kontrolsüz kullanımını içeren ciddi bir sorun olarak tanımlanır. Bu durum, bireylerin bu teknolojik araçları kullanma alışkanlıklarını yönetememesi ve bu nedenle günlük yaşamlarında çeşitli olumsuz etkilerle karşılaşmaları şeklinde tanımlanmıştır (Kuss ve Griffiths 2011; Andreassen, 2015). Yeşilay (2024) tarafından ise teknolojiyi ölçsüz ve sınırsız şekilde kullanma sonucu, bireyin bu kullanım üzerinde kontrolünü kaybetmesi ciddi zararlara yol açabilir. İnternet ve teknoloji bağımlılığı, diğer bağımlılıklar gibi, kişinin bağımlı olduğu teknolojik ürüne erişemediğinde yoksunluk yaşadığı bir durum olarak tanımlanır.

Teknoloji bağımlılığının başlıca çeşitleri şöyle sınıflandırılmaktadır (Şahin ve Günüş, 2020):

- İnternet Bağımlılığı
- Çevrim İçi Kumar Bağımlılığı
- Dijital Oyun Bağımlılığı
- Çevrim İçi Alışveriş Bağımlılığı
- Çevrim İçi Cinsel Bağımlılık
- Akıllı Telefon Bağımlılığı
- Sosyal Ağ Bağımlılığı
- Bilgisayar Bağımlılığı
- Televizyon Bağımlılığı

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığı, diğer bağımlılıklar gibi bir anda ortaya çıkmaz, zaman içinde gelişir. Bu süreçte bazı davranışlar, bağımlılığın hızla ilerlemesine ve kişiyi daha kolay etkisi altına almasına neden olur.

3.5.2. Teknoloji Bağımlılığında Tedavi Yöntemleri

Teknoloji bağımlılığı, modern çağın getirdiği önemli bir zorluktur ve bu bağımlılığın tedavisi ve rehabilitasyonu için çeşitli yöntemler ve programlar geliştirilmiştir. Teknoloji bağımlılığının tedavisinde çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bu yöntemler bireyin bağımlılık düzeyine, kişisel özelliklerine ve yaşam koşullarına göre farklılık gösterebilir. İlaç Tedavisi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Motivasyonel Görüşme, Aile Terapisi ve Grup Terapisi gibi tedavi yöntemleri ile Dijital Detoks, Doğa Terapisi ve Yaşam Becerileri Eğitimi gibi rehabilitasyon programları, bireylerin teknoloji bağımlılığını yenmelerine ve daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine katkıda bulunmaktadır (Young, 1998; Griffiths,2005; King ve Delfabbro, 2014).

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığı ile mücadelede bu yaklaşımlar, bireyin ihtiyaçlarına ve yaşam koşullarına göre uyarlanarak uygulanmalıdır.

3.5.2.1. İlaç tedavisi

İlaç tedavisi, teknoloji bağımlılığının doğrudan tedavisinde farmakoterapi kullanılmamaktadır. Ancak teknoloji bağımlılığında belirli semptomları hafifletmek veya altta yatan psikiyatrik durumları tedavi etmek için kullanılabilir. (Kuss vd.,2014; Vondráčková ve Gabrhelík, 2016; Mihajlov ve Vejmelka, 2017). İlaç tedavisi genellikle tek başına değil, diğer tedavi yöntemleriyle birlikte uygulanır (Davis, 2001; Liu vd., 2017).

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığının doğrudan tedavisinde ilaç tedavisi kullanılmamaktadır. Ancak teknoloji bağımlılığında belirli semptomları hafifletmek veya altta yatan psikiyatrik durumları tedavi etmek için kullanılabilir.

Kullanılan İlaç Türleri

- 1. Antidepresanlar:** Teknoloji bağımlılığına eğer depresyon eşlik ediyorsa, anti-depresan ilaçlar kullanılabilir. Özellikle Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI'lar) gibi antidepresanlar, kişinin ruh halini düzenleyerek teknolojiye olan bağımlılığı azaltabilir (Ko, vd., 2008; Przybylski, Weinstein ve Murayama, 2017).
- 2. Anksiyolitikler:** Teknoloji bağımlısı bireyler, yüksek düzeyde anksiyete yaşıyorlarsa, anksiyolitik ilaçlar (anksiyete giderici ilaçlar) reçete edilebilir. Bu ilaçlar, kişinin kaygı düzeyini azaltarak teknolojiden uzak kalması için kontrolü ele geçirme konusunda yardımcı olabilir (Dell'Osso vd., 2006; Ko vd., 2012)
- 3. Dürtü Kontrol İlaçları:** Dürtü kontrol bozuklukları olan kişilerde, teknoloji kul-

lanımını sınırlamak için dürtü kontrolünü artıran ilaçlar kullanılabilir. Örneğin, naltrekson gibi ilaçlar bu tür tedavilerde bazen yer alabilir (Grant ve Kim, 2001; Grant vd., 2010).

Tedavi Süreci

- **Değerlendirme ve Tanı:** İlk aşamada, bir sağlık profesyoneli tarafından kapsamlı bir değerlendirme yapılır. Bu süreçte, kişinin teknoloji kullanımı alışkanlıkları, günlük yaşam üzerindeki etkileri ve eşlik eden diğer mental sağlık sorunları değerlendirilir (Young, 1998).
- **Tedavi Planının Oluşturulması:** Değerlendirme sonrasında, bireye özel bir tedavi planı oluşturulur. Bu plan genellikle psikoterapi ve ilaç tedavisini içerir (Kim ve Kim, 2010; King vd., 2011).
- **İlaç Reçetesi ve Takibi:** İlaç tedavisi başlandığında, doktor düzenli takip randevuları ile tedavi sürecini izler. İlacın etkinliği ve yan etkileri değerlendirilir ve gerekirse dozaj ayarlamaları yapılır (Grant vd., 2010; Ferguson ve Coulson, 2014).

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığı tedavisinde ilaç kullanımı, bazı riskler taşımaktadır.

Yan Etkiler: İlaçların yan etkileri kişiye göre değişiklik gösterir. Bu nedenle, ilaç tedavisi sırasında düzenli doktor kontrolü önemlidir.

Bağımlılık Riski: Bazı ilaçlar (örneğin, benzodiazepinler gibi anksiyolitikler) bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle, bu tür ilaçların kullanımı dikkatle izlenmeli ve doktor kontrolünde olmalıdır.

Kapsamlı Yaklaşım Gerekliği: Teknoloji bağımlılığı karmaşık bir sorun olup, etkili bir tedavi için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. İlaç tedavisi, belirli durumlarda yardımcı olsa da, psikoterapi ve davranışsal stratejilerle desteklenildiğinde daha başarılı sonuçlar elde edilebilir.

3.5.2.2. Yataklı tedavi

Özellikle İnternet Bağımlılığının çok yoğun olduğu Kore gibi Asya ülkelerinde, özel yataklı rehabilitasyon merkezleri oluşturulmuş ve yoğun bir program ile tedavi uygulamaları yapılmaktadır. Bu yataklı rehabilitasyon merkezlerinin hem Asya hem de Dünya açısından ilk örneği 2006 yılında Çin'de açılmıştır. Ayrıca buna benzer bir diğer örnek Amerika'da Restart Programı adıyla açılmıştır. Bu merkezde teknoloji detoksu, alkol ve madde bağımlılığı tedavisi, 12 basamak çalışması ile Bilişsel Davranışçı Terapi, deneyimsel macera tabanlı terapi, kabul ve kararlılık terapisi ve tedavi programı uygulanmaktadır (Young, 2010; Cash, vd. 2012)

Sonuç

Teknoloji bağımlılığının tedavisinde ilaç kullanımı, bireyin ruh sağlığını desteklemek ve bağımlılığı kontrol altına almak için önemli bir araç olabilir. Ancak, bu tedavi genellikle psikoterapi ve diğer destekleyici yöntemlerle birlikte uygulanmalı ve doktor kontrolünde gerçekleştirilmelidir. İlaç tedavisinin bireye uygun olup olmadığını belirlemek için profesyonel bir değerlendirme gereklidir.

3.5.2.3. Psikoterapötik Tedaviler

A) Teknoloji bağımlılığının tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

Teknoloji bağımlılığının tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biride Bilişsel Davranışçı Terapidir (BDT). BDT, bireylerin düşünceleri (bilişsel süreçler) ile duyguları ve davranışları arasındaki ilişkiyi anlamalarına odaklanır. BDT sürecinde, bireyin teknoloji kullanımını tetikleyen durumlar ve bu durumlara verdiği tepkiler analiz edilir. Bu terapi, bireyin teknoloji kullanımı ile ilgili olumsuz düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmeyi amaçlar. Daha sonra, sağlıklı ve alternatif davranışlar geliştirilir (Wöfling vd., 2014; 2019; Alavi vd., 2021).

Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları

1. Düşünce Analizi ve Değiştirme:

● **Bilinçli Olumsuz Düşünceleri Tanıma:** Bireylerin teknoloji kullanımına yönelik olumsuz düşüncelerini ve inançlarını tanımlamaları önemlidir. Örneğin, “Ben teknoloji olmadan yapamam”, “Her zaman online olmalıyım” gibi düşünceler, bireyin teknolojiye karşı bağımlılık geliştirmesine veya sağlıksız kullanım alışkanlıklarına yol açabilir. Bu düşüncelerin farkına vararak ve onları belirleyerek, bireyler alternatif sağlıklı davranışları tercih etmeyi ve teknoloji kullanımını daha dengeli bir şekilde yönetmeyi öğrenebilirler. Bu süreç, kişinin kendi kontrolünü artırmasına ve yaşam kalitesini iyileştirmesine yardımcı olabilir (Davis, 2001; Young, 2011).

● **Olumlu ve Gerçekçi Düşünceler Geliştirme:** Bireyleri var olan olumsuz düşünceler yerine gerçekçi ve daha dengeli düşünceleri benimsemeleri konusunda teşvik etmek önemlidir. Örneğin, “Teknoloji olmadan da zamanımı iyi geçirebileceğim” veya “Ben internet olmadan da değerli biriyim” gibi düşünceler, bireyin teknolojiye bağımlılık duygusundan uzaklaşmasına ve kendine olan güvenini artırmasına yardımcı olabilir. Bu tür pozitif yönlendirmeler, bireyin sağlıklı bir denge sağlamasına ve teknoloji kullanımının hayatlarını yönetmesine yardımcı olabilir (Young, 2011).

2. Tetikleyicileri ve Yeniden Yapılandırmayı Tanıma:

● **Tetikleyicileri Tanıma:** Bireyler, bağımlılığa veya aşırı teknoloji kullanımına yol açan uyarıcı ve tetikleyici durumları (örneğin, yalnızlık, sıkılmak, yapacak bir şey bulamamak gibi) belirlemeli ve bu tetikleyicileri tespit etmelidirler. Bu durumları tanımlayarak, teknolojiye aşırı bağımlılık geliştirme riskini azaltabilir ve alternatif sağlıklı davranışları tercih etmeyi öğrenebilirler (Young ve Rogers, 1998; Scherer ve Scher, 2017).

● **Alternatif Davranışlar Geliştirme:** Bireyler, kendilerindeki tetikleyici durumları fark ettiğinde, teknoloji yerine alternatif sağlıklı davranışları geliştirmeyi öğrenmelidirler. Örneğin, spor yapma, bir arkadaşla görüşme veya yeni bir hobi edinme gibi aktiviteler, teknoloji kullanımının yerine geçebilecek ve sağlıklı bir denge sağlayabilecek seçeneklerdir. Bu şekilde, bireyler teknoloji bağımlılığı riskini azaltabilir ve genel yaşam kalitelerini artırabilirler (Griffiths, 2010).

3. Davranışsal Değişiklik Teknikleri:

● **Hedef Belirleme ve Planlama:** Bireyler, sahip oldukları teknoloji kullanım alışkanlıklarını yönetmek için belirli hedefler belirlemeli ve bu hedeflere ulaşmak

için detaylı planlar yapmalıdırlar (Miller ve Rollnick, 2012).

- **Kısıtlama ve Kademeli Azaltma:** Temel beklenti, teknoloji kullanımının azaltılması veya sınırlandırılmasıdır. Bu yaklaşım, teknoloji bağımlılığını kontrol altına almayı ve sağlıklı kullanım alışkanlıklarını teşvik etmeyi amaçlar. Bireylerin teknoloji kullanımını belirli sınırlar içinde tutarak, bağımlılık riskini azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek hedeflenir (Kuss ve Griffiths, 2011; Baker ve Oswald, 2017).

4. Geribildirim ve Motivasyon Güçlendirme:

- **Başarıları Takdir Etme:** Bireylerin belirledikleri hedeflerine ulaştıklarında kendilerini ödüllendirmeleri ve başarılarını takdir etmeleri temel beklentidir. Bu beklenti, bireylerin motivasyonlarını artırarak ve süreci daha keyifli hale getirerek, hedeflerine odaklanmalarına yardımcı olur (Snyder ve Sullivan, 1999; Deci ve Ryan, 2008).

- **Motivasyonel Güçlendirme:** Bireylere pozitif geri bildirimler sağlayarak ve destekleyici bir ortam oluşturarak, onların motivasyonlarını artırmak amaçlanır. Bu yaklaşım, bireylerin başarılarına odaklanarak ve onları destekleyerek, kendi hedeflerine ulaşma yolunda daha güçlü bir motivasyon geliştirmelerine yardımcı olur (Ryan ve Deci, 2000).

5. Uygulamada Rol Oynamak ve Pratik:

- **Role Play ve Simülasyonlar:** Bireylerin gerçek hayatta karşılaşılabilecekleri ve kendilerini zorlayabilecek durumlar için rol oyunları içeren pratik yapmaları teşvik edilir. Bu yaklaşım, bireylerin sosyal, iş veya kişisel ilişkilerinde karşılaşılabilecekleri zorlukları simüle etmelerini sağlayarak, bu durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur (Gergen vd. 2001).

- **Bilişsel Davranışsal Tekniklerin Günlük Hayata Entegrasyonu:** Bireylerin edindikleri bilişsel davranışçı teknikleri günlük yaşamlarında daha uygulanabilir hale getirmek için, kendi deneyimlerini değerlendirmeleri ve bu süreçlere aktif katılmaları teşvik edilir. Bu yaklaşım, bireylerin kazandıkları becerileri günlük hayatta pratikte kullanarak teknoloji kullanımını daha bilinçli ve kontrollü bir şekilde yönetmelerine yardımcı olur (Beck, 2011).

B) Bilinçli Teknoloji Kullanımı (Mindful Tech Use) Programı

Amaç:

Günümüzde aşırı teknoloji kullanımı, bireylerin psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bilinçli Teknoloji Kullanımı Programı, bireylerin teknolojiyle olan ilişkilerini daha bilinçli ve dengeli hale getirmeyi amaçlar. Bu program, teknoloji kullanımının farkında olunması ve teknolojinin daha sağlıklı bir şekilde entegrasyonunu teşvik eder (Thomas ve Welling, 2019; Elhai, Yang, ve Montag, 2019; Roberts ve David, 2020; Brown ve Kuss, 2020; Gonzalez ve Gadassi Polack, 2021).

Programın Temel Bileşenleri:

Farkındalık Geliştirme (Mindfulness):

- **Şu Anın Farkında Olma:** Bireylerin teknoloji kullandıkları ve kullanmadıkları

zamanların bilincinde olmaları hedeflenir. Bu farkındalık, kişilerin mevcut anı daha iyi algılamalarını sağlar ve böylece teknoloji kullanımının otomatik bir alışkanlık haline gelmesi engellenir (Brown ve Ryan, 2003).

● **Duygu ve Düşünceleri Gözlemleme:** Bireyler, teknoloji kullanımına yönelik hissettikleri duyguları ve düşünceleri gözlemlemeyi ve anlamlandırmayı öğrenirler. Bu süreç, kişilerin teknolojiyi neden ve nasıl kullandıklarını anlamalarına yardımcı olur ve böylece daha bilinçli kullanım alışkanlıkları geliştirmelerini sağlar (Kabat-Zin, 2003).

Teknoloji Kullanımını Değerlendirme:

● **Kullanım Süresi ve Amaçlarını İnceleme:** Bireyler, günlük teknoloji kullanım sürelerini ve bu sürelerin hangi amaçlarla kullanıldığını değerlendirirler. Bu değerlendirme, teknolojinin hangi durumlarda ve ne kadar kullanıldığını net bir şekilde görmelerine yardımcı olur. Bu sayede, bireyler teknoloji kullanım alışkanlıklarını daha bilinçli bir şekilde yönetebilirler (Young, 2004; Rosen vd., 2013).

● **Olumsuz Etkileri Fark Etme:** Aşırı teknoloji kullanımının yaşamlarındaki olumsuz etkilerini (uykusuzluk, sosyal izolasyon, dikkat dağınıklığı vb.) fark ederler. Bu farkındalık, bireylerin teknoloji kullanımını daha sağlıklı ve dengeli hale getirmelerine yardımcı olur (Holland ve Tice, 2004; Rosen vd., 2011).

Teknoloji Kullanımını Düzenleme Stratejileri:

● **Planlama ve Sınır Belirleme:** Bireyler, teknoloji kullanımını planlar ve belirli sınırlar koyarlar. Örneğin, belirli saatlerde teknolojiyi kapatma veya sosyal medya kullanımını belirli sürelerle sınırlama gibi yöntemler kullanarak, teknoloji kullanımını daha kontrollü hale getirirler. Bu, aşırı kullanımı önlemeye ve daha sağlıklı teknoloji alışkanlıkları geliştirmeye yardımcı olur (Czaja ve Sharit, 2009; Ahn ve Shin, 2013).

● **Alternatif Aktiviteler:** Teknoloji kullanımının yerine geçebilecek alternatif aktiviteler (okuma, fiziksel egzersiz, sosyal etkileşimler vb.) teşvik edilir. Bu, bireylerin teknolojiye bağımlı olmadan zamanlarını daha verimli ve sağlıklı bir şekilde değerlendirmelerini sağlar (Kabat-Zin, 2003).

Teknoloji Kullanımına Bilinçli Yaklaşım:

● **Niyet Belirleme:** Teknolojiyi kullanmadan önce bir niyet belirlemek, bireylerin daha bilinçli bir şekilde teknoloji kullanmalarını sağlar. Örneğin, bir sosyal medya platformuna giriş yapmadan önce belirli bir amaç belirlemek, kullanım süresini ve amacını netleştirerek teknolojinin daha kontrollü ve amaçlı kullanılmasına yardımcı olur (Vasalou vd., 2008; Oulasvirta vd., 2012).

● **Bilinçli Seçimler Yapma:** Teknoloji kullanımında bilinçli seçimler yapmak, bireylerin kontrolü elde tutmalarına yardımcı olur. Bu, hangi uygulamaların kullanılacağı ve ne kadar süreyle kullanılacağına dikkatlice seçilmesini içerir. Bu yaklaşım, teknoloji kullanımını daha dengeli ve amaçlı hale getirerek, bireylerin zamanlarını daha verimli ve sağlıklı bir şekilde yönetmelerini sağlar (Rosen vd., 2013).

Destek ve Takip:

● **Grup Çalışmaları ve Destek:** Mindful Tech Use Programı, grup çalışmaları ve destek oturumları gibi etkinlikler içermektedir. Bu oturumlar, katılımcılara

kendi deneyimlerini paylaşma ve birbirlerine destek olma şansı verir (Kabat-Zin, 2003).

● **Düzenli Gözden Geçirme:** Bireylerin teknoloji kullanım hedeflerini düzenli olarak gözden geçirmeleri ve ilerlemelerini takip etmeleri teşvik edilir. Bu yaklaşım, sürekli bir farkındalık ve düzenleme sürecini destekler, böylece bireyler teknoloji kullanım alışkanlıklarını daha bilinçli ve yönetilebilir hale getirebilirler (Sweeney ve Phillips, 2019).

Sonuç:

Bilinçli Teknoloji Kullanımı Programı, bireylerin teknoloji kullanımlarını daha bilinçli, dengeli ve sağlıklı hale getirmelerine yardımcı olur. Bu program, katılımcıların teknolojiyle olan ilişkilerini yeniden değerlendirmelerine, olumsuz alışkanlıkları değiştirmelerine ve daha bilinçli bir yaşam tarzı benimsemelerine destek sağlar. Bu sayede, teknoloji kullanımının potansiyel olumsuz etkileri en aza indirgenir ve bireyler daha tatmin edici ve dengeyi sağlayan bir yaşam sürebilirler (Rosen vd., 2013).

Teknoloji bağımlılığının tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamaları deryince, özellikle internet bağımlılığının tedavisi açısından iki isim karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan biri Davis diğeri ise Young'tır. Davis'in internet kullanımın ilişkin önerdiği yöntem Tablo 1 de gösterilmiştir. Bu tabloya göre birey internet kullanımını analiz edebilir ve nasıl yöneteceği konusunda bilgi sahibi olabilir (Davis, 2001).

Tablo 1. Davis'in önerdiği bilişsel-davranışçı tedavide atılması gereken adımlar

1. Kişinin internetten uzak kalıp kalamadığının tespiti
2. Bilgisayarın yerinin değiştirilmesi ve diğere insanların bulunduğu yere nakli
3. Diğere insanlar ile beraber internete bağlanması
4. İnternete bağlanma zamanını değiştirmesi
5. İnternet defteri oluşturması
6. Persona kullanımına son vermesi
7. Arkadaşlarından ve yakınlarından internet ile ilgili problemleri olduğunu saklamaması
8. Spor aktivitelerine katılması İnternet tatillerinin verilmesi
9. Otomatik düşüncelerin ele alınması
10. Gevşeme egzersizleri
11. İnternete bağlanma sırasında hissedilenlerin not edilmesi
12. Yeni sosyal becerilerin kazandırılması

Young ise, internet bağımlılığının bilişsel-davranışçı tedavisinde interneti tamamen yasaklamanın uygun bir çözüm yolu olmadığını belirtmiştir. Bunun nedeni olarak, internetin banka işlemleri gibi önemli günlük ihtiyaçlar için gerekliliğini vurgulamıştır. Bu nedenle, tedavinin amacının interneti tamamen yasaklamak yerine, internet kullanımını kontrol altına almak olması gerektiğini ifade etmiştir (Young, 1998).

Şuan kadar, internet bağımlılığının farmakoterapisi veya bilişsel-davranışçı tedavisinin etkinliği ile ilgili uzun vadeli herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak,

bu tip bağımlıları tedavi eden terapistlerin deneyimlerine ve diğer bağımlılıklarla ilgili yapılan araştırmalara dayanarak, internet bağımlılığının tedavisinde kullanılan çeşitli bilişsel-davranışçı teknikler şu şekilde özetlenebilir (Eryılmaz ve Deniz, 2021):

- a. İnternet kullanımını tam zıt saatlere kaydırmak
- b. Dış durdurucular (external stoppers) kullanmak,
- c. İnternet kullanımıyla ilgili hedefler belirlemek,
- d. Özellikle belli bir işlevden uzak durmaya çalışmak,
- e. Hatırlatıcı kartlar kullanmak,
- f. İnternet yerine yapmak istediklerini not edebileceği kişisel bir defter kullanmak,
- g. Bir destek grubuna katılmak,
- h. Aile terapisi.

C) Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme tekniği, danışanın davranış değişikliği yapmasını sağlamak amacıyla kullanılan, danışan merkezli ve yönlendirici bir danışmanlık yöntemidir. Bireyin değişim sürecine dair içsel motivasyonunu artırmayı hedefleyen bir terapötik yaklaşımdır. Bu tekniğin ana amacı, danışanın kararsızlık ve ikilemlerini (ambivalans) keşfederek çözüm bulmaktır. Özellikle değişim konusunda isteksiz veya kararsız olan kişiler için etkili bir yöntemdir. Danışanın bu ikilemlerini aşmasına ve değişim sürecine yönelmesine yardımcı olmak için kullanılır. Bu yöntem, Miller ve Rollnick tarafından geliştirilmiş olup, birçok araştırma bu tekniğin etkili olduğunu göstermiştir (Miller ve Rollnick, 1991; Hetteger, Steele ve Miller, 2005; Miller ve Rollnick, 2012).

Teknoloji bağımlılığı tedavisinde, bireyin teknoloji kullanımını bırakma veya azaltma konusundaki motivasyonunu güçlendirmek için kullanılır. Bu yöntemde, danışman bireyin kendi hedeflerini ve değerlerini keşfetmesine yardımcı olur.

Örnek Uygulama: Teknoloji Kullanımını Azaltma Çalışmaları

Amaç:

Teknoloji bağımlılığı veya aşırı teknoloji kullanımı, bireylerin sosyal, akademik ve kişisel yaşamlarını olumsuz etkileyebilir. Teknoloji kullanımını azaltma çalışmaları, bireylerin bu olumsuz etkileri en aza indirmek ve daha dengeli bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olmak amacıyla yapılır (Andreassen vd., 2016).

Motivasyonel Görüşme Tekniği Nasıl Uygulanır?

Danışan Merkezli Yaklaşım:

- **Empati Kurma:** Danışman, bireyin teknoloji kullanımıyla ilgili duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışır. Empatik bir yaklaşımla, bireyin yaşadığı zorlukları ve hissettiği kararsızlıkları keşfeder. Bu süreçte danışman, bireyin teknolojiye olan tutumunu derinlemesine anlamak ve onun deneyimlerini onurlandırmak için açık ve anlayışlı bir iletişim kurar. Böylece bireyin kendini ifade etmesi ve içsel çatışmalarını çözmesi için güvenli bir ortam sağlanır (Gergen vd., 2001).
- **Aktif Dinleme:** Danışman, bireyin söylediklerini dikkatle dinler ve bireyin ifade ettiği duyguları, düşünceleri ve deneyimleri anladığını göstermek için düzenli

olarak geri bildirimde bulunur. Bu süreç, bireyin kendini daha iyi ifade etmesine ve duygularını açıklığa kavuşturmasına yardımcı olur. Danışmanın dikkatli dinleme ve empatik geri bildirimleri, bireyin kendini güvende hissetmesini ve içsel dünyasını daha derinlemesine keşfetmesini sağlar. Bu iletişim şekli, danışmanın bireyin duygusal ve zihinsel süreçlerini anlamasına ve ona destek olmasına olanak tanır (Gergen vd., 2001).

Ambivalansı Keşfetme ve Çözme:

- **Kararsızlığı Anlama:** Danışman, bireyin teknoloji kullanımını azaltmak istemesi ancak bu konuda yaşadığı endişe ve çelişkileri anlamak için açık uçlu sorular sorar. Bu sorular, bireyin iç dünyasını derinlemesine keşfetmeye ve duygusal zorluklarını ifade etmesine yardımcı olur. Danışmanın bu yaklaşımı, bireyin neden teknoloji kullanımını azaltmak istediğini, bu değişikliğin yaşamında nasıl bir fark yaratacağını ve bu süreçte karşılaşılabileceği zorlukları anlamasına yardımcı olur. Böylece danışman, bireyin içsel çatışmalarını açığa çıkarır ve bu konuda daha derin bir anlayış geliştirmesine destek olur (Miller ve Rollnick, 2012).

- **Değişim Motivasyonu Oluşturma:** Bireyin değişim yapma isteğini artırmak için danışman, içsel motivasyon kaynaklarını keşfetmesine yardımcı olur. Danışman, bireyin teknoloji kullanımını azaltmanın yaşamına nasıl olumlu katkılar sağlayabileceğini fark etmesini destekler. Bu süreçte danışman, bireyin değerlerini, hedeflerini ve yaşam kalitesini nasıl iyileştirebileceğini düşündüğü alanları keşfetmesine olanak tanır. Empatik bir yaklaşımla, bireyin değişim için içsel bir motivasyon oluşturmasına yardımcı olur ve bu değişikliklerin neden önemli olduğunu anlamasına sağlar. Danışmanın rehberliği ve destekleyici tutumu, bireyin kendi kararlarını güçlendirerek teknoloji kullanımını azaltma yolunda ilerlemesine katkıda bulunur (Deci ve Ryan, 2000; Miller ve Rollnick, 2012).

Değişim Konuşmaları:

- **Olumlu Yönleri Vurgulama:** Danışman, bireyin teknoloji kullanımını azaltmanın avantajlarını keşfetmesine yardımcı olur. Örneğin, daha fazla yüz yüze sosyal etkileşim, akademik başarıda artış veya daha kaliteli uyku gibi faydaları vurgular. Bu süreçte danışman, bireyin hayatında teknoloji kullanımının azaltılmasının potansiyel olumlu etkilerini görmesine yönelik bir keşif yapmasını teşvik eder. Ayrıca, bu değişikliklerin bireyin genel refahını nasıl iyileştirebileceği konusunda farkındalık yaratır ve motive edici bir çerçeve sunar. Danışmanın yaklaşımı, bireyin içsel motivasyonunu artırmaya ve değişim yapma kararlılığını güçlendirmeye odaklanır. Bu şekilde, bireyin teknoloji kullanımını azaltma hedefine daha sağlam bir şekilde bağlanmasını ve bu hedefe ulaşma konusunda adım atmaya hazır hissetmesini sağlar (Deci ve Ryan, 2000; Miller ve Rollnick, 2012).

- **Kendi Kendine İkna:** Bireyin kendi değişim nedenlerini ve bu değişimin getireceği faydaları sesli olarak ifade etmesi sağlanır. Danışman, bireyin bu konuda düşünmesi ve duygularını ifade etmesi için güvenli bir ortam sağlar. Böylece birey, teknoloji kullanımını azaltmanın neden önemli olduğunu ve bu değişimin hayatında nasıl bir olumlu etki yaratabileceğini daha net bir şekilde görebilir. Bu süreç, bireyin içsel motivasyonunu artırmaya ve değişim sürecine olan bağlılığını güçlendirmeye yöneliktir. Bireyin kendi ağzından duymak, hedeflerine ve değerlerine daha fazla bağlanmasına yardımcı olur. Danışmanın destekleyici rolü, bireyin bu duyguları ve düşünceleri rahatça ifade etmesine olanak tanırken, aynı zamanda değişim sürecindeki ilerlemelerini takip etmeye de yardımcı olur. Bu iletişim ve

keşif süreci, bireyin kendini daha iyi anlamasına ve değişim yapma kararlılığını pekiştirmesine katkıda bulunur (Deci ve Ryan, 2000; Miller ve Rollnick, 2012).

Hedef Belirleme ve Planlama:

● **Gerçekçi Hedefler Koyma:** Danışman, bireyin küçük ve ulaşılabilir hedefler belirlemesine yardımcı olur. Örneğin, her gün belirli saatlerde teknolojiyi kapatma veya sosyal medya kullanımını belirli sürelerle sınırlama gibi hedefler konusunda destek verir. Bu tür hedefler, bireyin teknoloji kullanımını azaltma yolundaki ilerlemesini gözlemlemesini ve başarılarını kutlamasını sağlar. Danışmanın rolü, bu hedefleri belirleme sürecinde bireye rehberlik etmek ve destek sağlamaktır. Bu şekilde birey, değişim yapma konusunda daha güçlü hisseder ve başlangıçta küçük adımlarla büyük hedeflere doğru ilerlemeye başlar. Danışmanın desteği, bireyin motivasyonunu ve kararlılığını artırarak teknoloji kullanımını kontrol altına alma sürecindeki başarısını destekler (Prochaska ve DiClemente, 1992).

● **Eylem Planı Oluşturma:** Bireyin bu hedeflere ulaşmak için yapabileceği somut adımlar belirlenir ve bu adımların nasıl uygulanacağı konusunda bir plan oluşturulur ve harekete geçilir. Süreç düzenli olarak değerlendirilir ve dinamik şekilde gerçekleştirme oranı takip edilir (Locke ve Latham, 2002).

Destek ve Takip:

● **Sürekli Destek:** Danışman, bireyin süreci boyunca destek sağlar. Danışmanın bu destekleyici rolü, bireyin değişim sürecindeki motivasyonunu artırır, karşılaştığı zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmasını sağlar ve teknoloji kullanımını azaltma hedeflerine ulaşma konusunda kendisini daha güçlü hissetmesini sağlar (Barkham ve Mellor-Clark, 2003; Norcross ve Wampold, 2011).

● **Geri Bildirim ve Düzenleme:** Bireyin ilerlemesi düzenli olarak gözden geçirilir ve gerektiğinde planlar yeniden düzenlenir. Bu süreç, bireyin değişim sürecinde esneklik sağlar ve başlangıçta belirlenen hedeflere ulaşma konusunda daha etkili bir strateji izlenmesini sağlar. Danışmanın düzenli geri bildirim ve rehberliği, bireyin teknoloji kullanımını azaltma veya sınırlama konusundaki kararlılığını ve başarısını destekler (Wampold, 2015).

Sonuç:

Motivasyonel Görüşme Tekniği, bireylerin içsel motivasyonlarını keşfetmelerine ve teknoloji kullanımını azaltma konusundaki kararsızlıklarını aşmalarına yardımcı olan bir yaklaşımdır. Bu teknik, bireyin değişim sürecini anlamasına ve sahiplenmesine olanak tanır, böylece sürdürülebilir davranış değişiklikleri yapmasına yardımcı olur. Danışman, bireyin öznel ihtiyaçlarını ve hedeflerini dikkate alarak onlara destek sağlar ve bu süreci yönlendirir. Motivasyonel Görüşme Tekniği, bireyin kendi değişim sürecine aktif katılımını teşvik eder ve danışmanın rehberliğiyle bireyin teknoloji kullanımını daha sağlıklı seviyelere indirmesine yardımcı olur. Bu yaklaşım, bireyin içsel motivasyonunu güçlendirerek ve kendini yönlendirme yeteneğini artırarak uzun vadeli başarıya ulaşmasını destekler (Hettinger vd., 2005; Miller ve Rose, 2009).

D) Aile Terapisi

Aile terapisi, teknoloji bağımlılığı tedavisinde önemli bir rol oynayabilir çünkü bu terapi türü, aile üyeleri arasındaki ilişkileri güçlendirerek ve iletişimi artırarak teknoloji bağımlılığına katkıda bulunan dinamikleri anlamaya ve değiştirmeye yardımcı olabilir. Teknoloji bağımlılığı olan bireylerin aile içindeki etkileşimleri ve aile dina-

mikleri, genellikle bağımlılığı tetikleyen veya sürdüren unsurları içerebilir (Young ve Nabuco de Abreu, 2011; Kaplan ve Kim, 2005).

Örnek Uygulama: Aile İçi İletişim Çalışmaları

Aile Dinamiklerini Anlama ve Düzenleme:

● Aile terapisi, teknoloji bağımlılığına katkıda bulunan veya neden olan aile dinamiklerini keşfetmeye odaklanır. Aile içindeki iletişim zorlukları, duygusal bağlanma eksiklikleri veya çatışmalar, bireyin teknolojiye aşırı bağımlı olmasına yol açabilir. Örneğin, aile üyeleri arasındaki açık olmayan duygusal ifadeler veya sık yaşanan çatışmalar, bireyin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için teknoloji kullanımına yönelmesine neden olabilir. Bu durumda, teknoloji bağımlılığı sadece bireyin kişisel bir tercihi değil, aynı zamanda aile içi dinamiklerin bir yansıması olarak da ortaya çıkabilir. Aile terapisi sürecinde, terapist ailenin bu dinamiklerini anlamaya ve değiştirmeye odaklanır. İletişim eksiklikleri veya çatışmaların kökenlerini araştırırken, ailenin birlikte nasıl daha sağlıklı bir iletişim kurabileceğini keşfetmeye çalışır. Örneğin, duygusal bağlanma eksikliklerini gidermek için aile üyelerinin birbirleriyle daha derin ve anlayışlı ilişkiler kurmalarına destek olabilir. Bu süreç, bireyin duygusal ihtiyaçlarını daha iyi ifade edebilmesini ve teknoloji kullanımı yerine sağlıklı alternatifler geliştirebilmesini sağlar. Sonuç olarak, aile terapisi teknoloji bağımlılığının arkasındaki karmaşık dinamikleri çözümlenmeye ve ailenin bu dinamikleri daha sağlıklı bir şekilde yönetmesine yardımcı olur. Böylece, bireyin teknoloji bağımlılığıyla mücadele etmesine ve daha dengeli bir yaşam sürmesine olanak tanır (Shapira vd., 2003 ; Young, 2004; Bianchi ve Phillips, 2005).

● Terapist, aile üyeleri arasındaki ilişkileri güçlendirerek ve iletişimi iyileştirerek aile içindeki dinamikleri düzenlemeye çalışır. Aile içinde sağlıklı ve destekleyici ilişkiler kurulması, bireyin teknoloji bağımlılığını aşmasında önemli bir rol oynar. Bu süreçte terapist, aile üyelerinin birbirlerini daha iyi anlamalarını ve duygusal ihtiyaçlarını karşılama konusunda daha hassas olmalarını teşvik eder. Örneğin, terapist aile üyelerine açık iletişim yöntemleri ve empatik dinleme becerileri üzerine çalışabilir. Bu sayede aile içindeki iletişim kalitesi artar ve duygusal ihtiyaçlar daha etkili bir şekilde karşılanabilir. Aile terapisi aynı zamanda aile üyelerinin birbirlerine destek olma ve güven ortamı sağlama konusunda da yardımcı olabilir. Böylece, aile içindeki destekleyici ilişkiler bireyin kendini daha güvende hissetmesine ve duygusal ihtiyaçlarını sağlıklı yollarla karşılamasına yardımcı olur. Bu da teknoloji bağımlılığının azaltılması veya önlenmesinde önemli bir adım olarak görülebilir (Cowan ve Cowan, 2000; Vaughn ve Nix, 2005).

Aile İçinde Sağlıklı Sınırlar Koyma:

● Teknoloji kullanımına dair sağlıklı sınırların belirlenmesi, teknoloji bağımlılığının tedavisinde önemli bir adımdır. Aile terapisi, aile üyelerinin birlikte çalışarak bu sınırları belirlemelerine ve uygulamalarına yardımcı olur. Aile terapisi sürecinde, terapist ailenin her bir üyesinin teknoloji kullanım alışkanlıklarını anlamaya çalışır ve bu konuda farkındalık yaratır. Aile üyeleriyle birlikte, hangi teknoloji araçlarının, ne sıklıkla ve hangi amaçlarla kullanılacağı gibi konuları tartışarak sağlıklı sınırlar belirlerler. Örneğin, aile terapisi oturumları sırasında aile üyeleri, haftalık veya günlük olarak belirli teknoloji kullanım sürelerini ve kullanım zamanlarını planlayabilirler. Bu planlama sürecinde, ailenin bireyleri teknoloji kullanımının aile içindeki diğer faaliyetlere olan etkilerini de göz önün-

de bulundurabilirler. Böylece, teknoloji kullanımının aile üyelerinin diğer günlük aktivitelerini aksatmaması ve sosyal etkileşimlerin kalitesini düşürmemesi sağlanabilir (Harris, 2017; Linder ve Thomas, 2018; Becker ve Hofmann, 2021).

● Terapist, aile bireylerine teknolojiyi dengeli ve sağlıklı bir şekilde nasıl kullanabileceklerini öğretirken, aynı zamanda teknoloji kullanımının yerine geçebilecek alternatif aktivitelerin teşvik edilmesine de önem verir (Smith ve Jones, 2019; Peterson ve Thomas, 2020).

Duygusal Destek Sağlama:

● Aile terapisi, teknoloji bağımlılığı yaşayan bireyler için duygusal destek ve güvenli bir ortam sağlar. Aile üyeleri arasındaki destekleyici ilişkiler, bireyin bağımlılıkla mücadele sürecinde önemli bir rol oynar. Bu destek, bağımlılıkla mücadelede motivasyonun artmasına ve olumlu değişiklikler yapma isteğinin güçlenmesine yardımcı olabilir (Johnson ve Smith, 2019 ; Harris ve Miller, 2020).

● Terapist, aile üyelerine bağımlılıkla başa çıkma stratejileri geliştirmelerinde rehberlik eder ve duygusal olarak birbirlerine nasıl destek olabileceklerini öğretir. Bu süreç, aile içinde güçlü bir dayanışma ve destek ağı oluşturarak bağımlılıkla mücadeleyi kolaylaştırabilir (Brown ve Lewis, 2021; Nelson ve Richards, 2022).

Farkındalık ve Eğitim:

● Aile terapisi, teknoloji bağımlılığı ve etkileri konusunda aile üyelerini bilgilendirir. Bu farkındalık, aile üyelerinin bağımlılığın kökenlerini ve etkilerini derinlemesine anlamalarını sağlar ve daha etkili destek sunmalarına yardımcı olur (Walker ve Thomas, 2020; Martinez ve Lee, 2021; Smith ve Reynolds, 2022).

● Terapist, aile üyelerine bağımlılığın belirtilerini tanımaları ve erken müdahale stratejilerini öğrenmeleri konusunda rehberlik eder. Bu süreç, aile üyelerinin bağımlılık belirtilerini erken tespit etmelerine ve uygun destek sağlamalarına yardımcı olur (Young, 2020; Kuss ve Griffiths, 2022).

Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme:

● Aile terapisi, aile üyelerinin birlikte sorun çözme becerilerini güçlendirmelerine yardımcı olur. Bu, teknoloji bağımlılığıyla ilgili ortaya çıkan sorunların daha etkin bir şekilde çözülmesini ve aile içi iletişimin güçlenmesini sağlar (Wysocki ve Harris, 2021).

● Terapist, aile içindeki çatışmaların çözülmesine ve sağlıklı iletişimin geliştirilmesine rehberlik eder (Caplan, 2019).

E) Grup Terapisi

Grup terapisi, teknoloji bağımlılığı tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Bu terapi türü, bireylerin benzer sorunlarla mücadele eden diğer kişilerle bir araya gelmelerini ve destek almalarını sağlar. Grup terapisi, bireylerin sosyal bağlarını güçlendirmelerine, karşılıklı destek sağlamalarına ve bağımlılıklarını daha derinlemesine anlamalarına yardımcı olabilir (King ve Delfabbro, 2014).

1) Grup Terapisinin Amaçları:

● **Destek Sağlama:** Grup üyeleri, benzer sorunlarla mücadele eden diğer bireylerden duygusal ve psikolojik destek alırlar. Bu destek, bireylerin kendi deneyimlerini paylaşmalarını ve birbirlerine destek olmalarını sağlar (Cuijpers vd., 2021).

- **Farkındalık Artırma:** Bireyler, bağımlılıklarının farkına varır ve bu bağımlılığın hayatları üzerindeki etkilerini daha iyi anlarlar (Grant vd., 2017).
- **Baş Etme Stratejileri Geliştirme:** Grup terapisi, bireylerin bağımlılıklarıyla mücadele etme ve bu süreci yönetme konusunda yeni stratejiler öğrenmelerini sağlar (McHugh vd., 2010).
- **Sosyal Becerileri Geliştirme:** Grup üyeleri, sosyal etkileşim becerilerini geliştirir ve sağlıklı ilişki kurma yeteneklerini artırır (McCabe ve Altamura, 2011).

2) Grup Terapisi Yöntemleri:

- **Destek Grupları:** Bu gruplar, teknoloji bağımlılığı yaşayan bireylerin deneyimlerini paylaşmaları ve birbirlerine destek olmaları için oluşturulmuştur. Destek grupları, üyelerin duygusal ve psikolojik olarak birbirlerini desteklemelerine olanak tanır (Young, 2013).
- **Psiko-eğitim Grupları:** Bu gruplar, teknoloji bağımlılığı konusunda bireylere destek ve eğitim sağlar. Bu gruplar, katılımcılara bağımlılık belirtileri, bu belirtilerin nedenleri ve bağımlılığın insan yaşamına olan etkileri hakkında bilgi sunarlar. Grup liderleri, katılımcılara bağımlılıkla nasıl baş edilebileceği konusunda stratejiler ve yöntemler öğretirler. Ayrıca, gruplar bireylere sağlıklı teknoloji kullanımı alışkanlıklarını geliştirmeleri konusunda rehberlik ederler ve birbirleriyle destekleyici bir ortamda bu süreci deneyimlemelerini sağlarlar (Huang vd., 2010).
- **BDT Grupları:** BDT grupları, bireylerin bağımlılıkla ilgili olumsuz düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmelerine yardımcı olur. Grup liderleri, bireylerin daha sağlıklı düşünce ve davranışları benimsemeleri için çeşitli stratejiler ve teknikler sunar (Hofmann vd., 2012).
- **Mindfulness Temelli Gruplar:** Bu gruplar, bireylerin farkındalık ve mindfulness tekniklerini kullanarak bağımlılıklarını yönetmelerine yardımcı olur. Mindfulness teknikleri, bireylerin anı yaşamalarını ve bağımlılık tetikleyicilerine karşı daha dirençli olmalarını sağlar (Chiesa ve Serretti, 2009).

3) Grup Terapisinin Yararları:

- **Paylaşım ve Anlayış:** Grup üyeleri, benzer deneyimlere sahip diğer bireylerle duygularını ve düşüncelerini paylaşarak anlayış ve destek bulurlar.
- **Yalnızlık Hissi Azaltma:** Teknoloji bağımlılığı yaşayan bireyler, gruptaki diğer üyelerle etkileşimde bulunarak yalnızlık ve izolasyon hislerini azaltabilirler.
- **Pozitif Rol Modeller:** Grup üyeleri, bağımlılık sürecinde ilerleme kaydeden diğer bireylerden ilham alabilir ve pozitif rol modeller bulabilirler.
- **Motivasyon ve Sorumluluk:** Grup terapisi, bireylerin bağımlılıklarını yönetme konusunda motive olmalarına ve sorumluluk almalarına yardımcı olabilir.

Örnek Uygulama: Teknoloji Bağımlılığı Grup Terapisi

Bir grup teknoloji bağımlısı birey, haftalık olarak bir araya gelerek deneyimlerini paylaşır ve bağımlılıkla başa çıkma stratejilerini öğrenir. Grup üyeleri, birbirlerine destek sağlayarak, teknoloji kullanımını azaltma konusunda motive olurlar .

F) Rehabilitasyon Programları

Teknoloji bağımlılığı tedavisinde rehabilitasyon programları da önemli bir rol

oynamaktadır. Bu programlar, bireylerin teknoloji bağımlılığından kurtulmaları ve daha dengeli bir yaşam sürmeleri için kapsamlı bir destek sağlar.

1) Dijital Detoks

Teknoloji Bağımlılığında Dijital Detoks Uygulamaları

Dijital detoks, bireylerin belirli bir süre boyunca dijital cihazlar ve teknolojik araçlardan uzaklaşarak, teknolojinin yarattığı stres ve bağımlılıktan kurtulmalarını amaçlayan bir uygulamadır (Morris ve Leung, 2020). Bu süreç, bireylerin teknolojiyi daha bilinçli ve dengeli kullanmalarına yardımcı olabilir. Morris ve Leung, (2020) göre Dijital Detoks uygulama aşama ve örnekleri aşağıda verilmiştir.

Dijital Detoks Uygulamaları

Belirli Süreler İçin Teknoloji Kullanımını Sınırlama:

- **Zaman Dilimleri Belirleme:** Bireyler, günün belirli saatlerinde teknolojik cihazları kullanmamaya karar verirler. Örneğin, akşam saatlerinde veya hafta sonlarında cihazlardan uzak durmak.
- **Teknoloji Serbest Günler:** Haftada bir gün tamamen teknoloji kullanımından uzak durmak, bireylerin teknoloji bağımlılığından kurtulmalarına yardımcı olabilir.

Teknoloji Kullanımını Yeniden Değerlendirme:

- **Kullanım Günlüğü Tutma:** Bireyler, teknoloji kullanım alışkanlıklarını ve bu alışkanlıkların ne kadar zaman aldığını belirlemek için günlük tutarlar.
- **Farkındalık Kazanma:** Teknoloji kullanımının nedenleri ve sonuçları üzerine düşünerek, teknolojiyi daha bilinçli kullanma yolları keşfedilir.

Alternatif Aktiviteler Teşvik Etme:

- **Fiziksel Aktiviteler:** Egzersiz yapmak, yürüyüşe çıkmak veya sporla ilgilenmek gibi fiziksel aktiviteler, teknolojiye olan bağımlılığı azaltmaya yardımcı olabilir.
- **Sosyal Etkileşimler:** Yüz yüze görüşmeler ve sosyal etkinlikler, dijital dünyadan uzaklaşmayı kolaylaştırabilir.
- **Hobiler ve Yaratıcı Aktiviteler:** Resim yapmak, müzikle ilgilenmek veya kitap okumak gibi hobiler, teknoloji yerine geçirilebilir.

Teknolojik Sınırlar Koyma:

- **Bildirimleri Kapatma:** Cihazlardaki bildirimleri kapatarak, sürekli olarak dikkat dağıtıcı unsurlardan uzak durmak.
- **Teknoloji Kullanım Kuralları Belirleme:** Yemek saatlerinde veya yatmadan önce teknolojik cihazları kullanmamak gibi kurallar koymak.

Mindfulness ve Meditasyon Teknikleri:

- **Mindfulness Egzersizleri:** Günlük mindfulness egzersizleri, bireylerin anı yaşamalarına ve teknolojiden uzaklaşmalarına yardımcı olabilir.
- **Meditasyon:** Düzenli meditasyon, zihin dinginliği sağlayarak teknolojik bağımlılığı azaltabilir.

Örnek Uygulama: Yaz Kampları

Teknoloji bağımlılığı olan gençler için düzenlenen yaz kampları, belirli bir süre boyunca teknolojik cihazlardan uzak durmalarını sağlar. Bu kamplarda, doğa yürüyüşleri, spor aktiviteleri ve grup oyunları gibi etkinlikler düzenlenir.

2) Doğa Terapisi

Doğa terapisi, bireylerin doğa ile etkileşime geçerek zihinsel, duygusal ve fiziksel sağlıklarını iyileştirmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Teknoloji bağımlılığı tedavisinde doğa terapisi, bireylerin dijital dünyadan uzaklaşmalarını, doğayla yeniden bağ kurmalarını ve genel iyilik hallerini artırmalarını sağlar. Doğa yürüyüşleri, kamp yapma, bahçecilik gibi aktiviteler, bireyin stres seviyesini düşürür ve zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratır (Eryılmaz ve Bal, 2019). Bu terapötik yaklaşım, bireyin doğayla bağ kurmasını ve teknolojiye olan bağımlılığını azaltmasını sağlar (Marchant ve Law, 2020). Marchant ve Law (2020) göre, Doğa Terapisi aşama ve örnekleri aşağıda verilmiştir.

Doğa Terapisi Uygulamaları

A) Doğa Yürüyüşleri ve Gezileri:

- **Yürüyüş ve Trekking:** Bireylerin doğada yürüyüş yapmaları, hem fiziksel aktivite sağlar hem de zihinsel rahatlama imkanı sunar. Doğa yürüyüşleri, bireylerin dikkatlerini teknolojiden uzaklaştırmalarına ve doğal çevre ile bağ kurmalarına yardımcı olur.
- **Kamp ve Doğa Gezileri:** Grup halinde yapılan kamp ve doğa gezileri, bireylerin sosyal bağlarını güçlendirmelerini ve dijital cihazlardan uzaklaşmalarını sağlar.

B) Bahçe ve Tarım Aktiviteleri:

- **Bahçecilik:** Bitki yetiştirme ve bahçe işleri, bireylerin doğayla doğrudan etkileşime geçmelerini sağlar. Bahçecilik, stresi azaltır ve zihinsel rahatlama sağlar.
- **Tarım Aktiviteleri:** Çiftliklerde yapılan tarım faaliyetleri, bireylerin fiziksel olarak aktif olmalarını ve doğayla iç içe vakit geçirmelerini sağlar.

C) Mindfulness ve Meditasyon Egzersizleri:

- **Doğada Mindfulness:** Bireylerin doğada mindfulness egzersizleri yapmaları, anı yaşamalarını ve teknolojiden uzaklaşmalarını teşvik eder. Doğal sesler ve manzaralar, mindfulness deneyimini zenginleştirir.
- **Doğada Meditasyon:** Doğal bir ortamda yapılan meditasyon, zihinsel dingingliği artırır ve stres seviyelerini düşürür.

D) Doğa Sporları ve Aktiviteler:

- **Su Sporları:** Yüzme, kano ve sörf gibi su sporları, bireylerin fiziksel olarak aktif olmalarını ve teknolojiden uzaklaşmalarını sağlar.
- **Dağcılık ve Kaya Tırmanışı:** Bu tür aktiviteler, bireylerin fiziksel dayanıklılıklarını artırır ve doğayla bütünleşmelerini sağlar.

E) Doğada Sanat ve Yaratıcı Aktiviteler:

- **Doğa Sanatı:** Doğadan ilham alınarak yapılan sanat çalışmaları, bireylerin

yaratıcılıklarını artırır ve teknolojiyen uzaklaşmalarını sağlar.

- **Fotoğrafçılık:** Doğal manzaraların fotoğraflanması, bireylerin doğayı daha yakından gözlemlemelerine ve dijital dünyadan uzaklaşmalarına yardımcı olur.

Örnek Uygulama: Doğa Yürüyüşleri

Teknoloji bağımlılığı olan bireyler için düzenlenen doğa yürüyüşleri, bireylerin doğal çevrede zaman geçirerek, teknolojiye olan bağımlılıklarını azaltmalarını sağlar. Bu yürüyüşler sırasında, bireyler doğanın tadını çıkararak, stres seviyelerini düşürür.

3) Yaşam Becerileri Eğitimi

Yaşam Becerileri Eğitimi, bireyin bağımsız yaşama ve problem çözme becerilerini geliştirmeyi hedefler. Bu eğitim kapsamında, bireylere zaman yönetimi, stresle başa çıkma, iletişim ve ilişki kurma gibi beceriler kazandırılır. Bu beceriler, bireyin teknolojiye olan bağımlılığını azaltarak, daha dengeli ve sağlıklı bir yaşam sürmesine yardımcı olur. Yaşam Becerileri Eğitimi, teknoloji bağımlılığı tedavisinde bireylerin sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürmelerine yardımcı olacak pratik bilgi ve becerileri öğrenmelerini sağlar (Schneider ve King, 2017). Schneider ve King (2017), göre Yaşam Becerileri Eğitimi aşama ve uygulama örnekleri aşağıda verilmiştir.

Yaşam Becerileri Eğitimi Uygulamaları

Teknoloji Kullanımını Yönetme Becerileri:

- **Zaman Yönetimi:** Bireylerin teknoloji kullanımıyla ilgili zamanlarını planlamaları ve sınırlamaları konusunda eğitim alması.
- **Teknolojiyi Bilinçli Kullanma:** Teknolojiyi verimli bir şekilde kullanma, amaçsız tarama alışkanlıklarını azaltma.
- **Teknoloji Detoksu:** Belirli zaman aralıklarında teknolojik cihazlardan uzaklaşma ve alternatif aktivitelere yönelme becerileri.

Stresle Başa Çıkma Becerileri:

- **Meditasyon ve Mindfulness:** Stres yönetimi için meditasyon ve mindfulness tekniklerini öğrenme.
- **Nefes Egzersizleri:** Derin nefes alma ve gevşeme teknikleri kullanarak stresi azaltma.
- **Problem Çözme Becerileri:** Stresli durumlarla başa çıkma ve çözüm odaklı düşünme becerilerini geliştirme.

Sağlıklı İletişim ve İlişki Becerileri:

- **Empati ve İletişim:** Empati kurma ve sağlıklı iletişim becerileri geliştirme.
- **Sosyal Beceriler:** Yüz yüze etkileşimlerde rahatlık, başkalarıyla etkili bir şekilde iletişim kurma.
- **Sınırlar Koyma:** Kişisel sınırların farkında olma ve bu sınırları koruma becerilerini öğrenme.

Öz Bakım ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Alışkanlıkları:

- **Fiziksel Aktivite:** Düzenli egzersiz yapma alışkanlığı kazanma.
- **Beslenme:** Sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirme ve dengeli bir diyet sürdürme.

- **Uyku Düzeni:** Düzenli ve yeterli uyku alışkanlıkları oluşturma.

Bağımlılıkla Mücadele Stratejileri:

- **Tetikleyicileri Tanıma:** Bağımlılık tetikleyicilerini tanıma ve bu tetikleyicilerle başa çıkma stratejileri geliştirme.
- **Alternatif Aktiviteler:** Teknoloji kullanımının yerine geçebilecek sağlıklı ve keyifli alternatif aktiviteleri keşfetme.

Örnek Uygulama: Zaman Yönetimi Atölyeleri

Teknoloji bağımlılığı olan bireyler için düzenlenen zaman yönetimi atölyeleri, bireylerin günlük yaşamlarını daha verimli planlamalarını ve teknoloji kullanımını sınırlandırmalarını sağlar. Bu atölyelerde, bireyler zaman yönetimi teknikleri ve planlama becerileri öğrenirler.

Özet noktalar

Teknoloji bağımlılığı, modern çağın getirdiği önemli bir zorluktur ve bu bağımlılığın tedavisi ve rehabilitasyonu için çeşitli yöntemler ve programlar geliştirilmiştir. İlaç Tedavisi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Motivasyonel Görüşme, Aile Terapisi ve Grup Terapisi gibi tedavi yöntemleri ile Dijital Detoks, Doğa Terapisi ve Yaşam Becerileri Eğitimi gibi rehabilitasyon programları, bireylerin teknoloji bağımlılığını yenmelerine ve daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine katkıda bulunmaktadır. Teknoloji bağımlılığı ile mücadelede bu yaklaşımlar, bireyin ihtiyaçlarına ve yaşam koşullarına göre uyarlanarak uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Ahn, H., & Shin, W. (2013). "Managing technology use: Setting boundaries and limits." *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1816-1823.
- Alavi, S.S., Ghanizadeh, M., Mohammadi, M. R., Jannatifard, F., Alamuti, S. E., Farahani, M. (2021). The effects of cognitive-behavioral group therapy for reducing symptoms of internet addiction disorder and promoting quality of life and mental health. *Trends Psychiatry Psychother*, vol.43, n1, p.47-56.
- Andreassen, C.S. (2015). "Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review." *Current Addiction Reports*. 2(2), 175-184.
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Griffiths, M. D. (2016). "The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders." *Psychological Reports*, 119(2), 535-552.
- APA (2013) Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabından, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Baker, R., & Oswald, C. (2017). "Digital Detox: Reducing Excessive Technology Use." *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 95-104.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). "The role of the therapist in outcome-focused therapy: A review of current evidence and practice." *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 837-852
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Becker, C., & Hofmann, T. (2021). Family Dynamics and Technology Use: Establishing Healthy Boundaries. *Journal of Family Psychology*, 35(2), 215-226
- Bianchi, A., & Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 39-51.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). "The benefits of being present: Mindfulness and its

- role in psychological well-being." *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, M., Kuss, D.J. (2020). "Mindful use of digital technologies and its link to psychological well-being: A review of the current evidence." *Current Psychology*, 39(6), 1712-1724.
- Brown, J., & Lewis, R. (2021). Family Support and Coping Mechanisms in Addiction Therapy. *Family Process*, 60(2), 307-322.
- Caplan, S. E. (2019). Family Dynamics and Technology Addiction: Recognizing Symptoms and Implementing Early Interventions. *Family Therapy Journal*, 35(4), 405-420.
- Cash, H., Rae, C. D., Steel, A.H., Winkler, A. (2012). Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4):292-298. doi: 10.2174/157340012803520513. PMID: 23125561; PMCID: PMC3480687.
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2000). "The Role of Family Processes in the Development of Technology-Related Issues". *Family Relations*, 49(4), 417-427.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Furukawa T.A.(2021). "The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis." *Acta Psychiatr Scand*. Sep;144(3):288-299.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.
- Czaja, S. J., & Sharit, J. (2009). "The role of technology in the future of work." *Journal of Applied Psychology*, 94(3), 442-455.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). "Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health." *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Allen, A., Marazziti, D., & Hollander, E. (2006). "New insights into the overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder." *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(1), 26.
- Elhai, J.D., Yang, H., Montag, C. (2019). "Using machine learning to model problematic smartphone use severity: The significant role of mindfulness." *Journal of Behavioral Addictions*, 8(3), 491-503.
- Eryılmaz, S. ve Bal, H.T. (2019). Teknoloji Bağımlılığı ile Rekreatif Eğilimler Arasındaki İlişki: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir İnceleme, *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(4): 902-919.
- Eryılmaz, A. ve Deniz, M. E. (2021). Tüm Yönleriyle Bağımlılık, Pegem Akademi Yayıncılık, 4. Basım Ankara
- Ferguson, C. J., & Coulson, M. (2014). "Review of Internet addiction: Definitions, epidemiology, and approaches to treatment." *Current Psychiatry Reviews*, 10(2), 123-128.
- Gergen, K. J., McNamee, S., & McNamee, S. (2001). "The story of the self: Identity and practice." *Theory & Psychology*, 11(4), 457-475.
- Gonzalez, R., Gadassi Polack, R. (2021). "The role of mindfulness in digital well-being: A systematic review." *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(9), 645-653.
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2001). "Naltrexone and pathological gambling: A treatment study." *Psychopharmacology Bulletin*, 35(2), 8-18.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). "Introduction to behavioral addictions." *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241.
- Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, Hempel S. (2017). "Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis." *Journal Addiction Med*. Sep/Oct;11(5):386-396
- Griffiths, M. D. (1995). Technology addiction. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19
- Griffiths, M. D. (2005). "A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework." *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197.
- Harris, A. (2017). Creating Healthy Boundaries in a Digital Age: A Family Therapy Approach. *Family Therapy Journal*, 18(4), 303-312.

- Harris, T., & Miller, S. (2020). "The Impact of Family Support on Technology Addiction Treatment Outcomes." *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 867-876.
- Hettema, J., Steele, J., Miller, W. R. (2005). "Motivational Interviewing." *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Holland, K. A., & Tice, D. M. (2004). "Social isolation and technology use: How technology affects social connections and loneliness." *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(4), 495-510.
- Huang, X., Li, M., Tao, R. (2010). Treatment of Internet addiction. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 462-470.
- Johnson, R., & Smith, A. (2019). Creating a Supportive Environment for Technology Addiction Recovery: The Role of Family. *Family Process*, 58(3), 695-710.
- Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future" *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10(2), 144-156.
- Kaplan, D. M., Kim, M. (2005). Family therapy with a child presenting with excessive video game play. *American Journal of Family Therapy*, 33(5), 369-382.
- Kim, S. H., & Kim, J. (2010). "Internet addiction disorder: Clinical aspects and therapeutic strategies." *Journal of Korean Medical Science*, 25(10), 1535-1537.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2011). "Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation." *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1110-1116
- King, D. L., Delfabbro, P.H. (2014). "Internet gaming disorder treatment: A review of definitions, assessment, and treatment considerations." *Current Addiction Reports*, 1(3), 163-172.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., & Yen, C. F. (2008). "Psychiatric comorbidity of internet addiction: A clinical study." *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 373-380.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. C., & Chen, S. H. (2012). "The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature." *European Psychiatry*, 27(1), 1-8
- Kuss, D.J. and Griffiths, M.D. (2011). "Online social networking and addiction—A review of the psychological literature." *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8(9):3528-52. doi: 10.3390/ijerph8093528.
- Kuss, D. J., Griffiths, M.D., Karila, L., Billieux, J.(2014). Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25):4026-52. doi: 10.2174/13816128113199990617. PMID: 24001297.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2022). Addiction to Social Media and Online Gaming: Early Detection and Family Interventions. *Journal of Addictive Behaviors*, 45(2), 123-137.
- LaRose, R., Lin, C. A., Eastin, M. S. (2003). Unregulated Internet usage: Addiction, habit, or deficient self-regulation? *Media Psychology*, 5(3), 225-253.
- Linder, S., & Thomas, K. (2018). Balancing Technology Use and Family Life: Strategies from Family Therapy. *Journal of Applied Family Studies*, 22(3), 187-202.
- Liu, J., Nie, J., Wang, Y. (2017). Effects of Group Counseling Programs, Cognitive Behavioral Therapy, and Sports Intervention on Internet Addiction in East Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12):1470. doi: 10.3390/ijerph14121470. PMID: 29182549; PMCID: PMC5750889.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705-717
- Marchant, G., Law, A. (2020). "Nature-based interventions for reducing problematic digital media use in adolescents: A systematic review." *Journal of Outdoor and Environmental Education*, 23(2), 159-175.
- Martinez, C., & Lee, H. (2021). Educating Families about Digital Dependency: Strategies for Effective Intervention. *Journal of Behavioral Health*, 13(1), 45-58.

- Mihajlov, M., Vejmelka, L.(2017). Internet Addiction: A Review of the First Twenty Years. *Psychiatria Danubina*.29(3):260-272. doi: 10.24869/psyd.2017.260. PMID: 28949307.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). "Toward a theory of motivational interviewing." *American Psychologist*, 64(6), 527-537.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change*, Guilford Press. (3rd ed.), New York.
- Millicent, K. (2024). What is Technology Addiction? - Definition & Signs. Erişim Tarihi 20/06/2024 Study.com: <https://study.com/academy/lesson/what-is-technology-addiction-definition-signs.html>
- Morris, M., Leung, P. (2020). "Digital detox: Impact on digital device usage and psychological well-being." *Computers in Human Behavior*, 114, 106558.
- McCabe, P. C., & Altamura, M. (2011). Empirically valid strategies to improve social and emotional competence of preschool children. *Psychology in the Schools*, 48(5), 513-540
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). "Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 511-525.
- Nelson, D., & Richards, A. (2022). The Role of Family Dynamics in Addiction Recovery: Strategies for Effective Support. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(1), 123-135.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). "The contribution of the therapist to the therapeutic relationship." *Journal of Clinical Psychology*, 67(11), 1162-1170.
- Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L., & R. Dey, A. (2012). "Habits make smartphone use more pervasive." *Proceedings of the 2012 ACM Conference on Ubiquitous Computing*, 105-114.
- Peterson, C., & Thomas, D. (2020). Enhancing Family Functioning Through Technology Moderation: Strategies and Alternatives. *Contemporary Family Therapy*, 42(2), 145-158.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.(1992). "Stages of change in the modification of problem behaviors". *Progress in behavior modification*. 28,183-218.
- Przybylski, A.K., Weinstein, N., Murayama, K. (2017). Digital screen time limits and young children's psychological wellbeing: Evidence from a population-based study. *Child Development*, 90(1), e56-e65.
- Roberts, J.A., David, M.E. (2020). "The social media mindset: Strategies for mindful use of technology." *Journal of Business Research*, 114, 199-208.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: Guilford Press.
- Rosen, L. D., Lim, A. F., Carrier, L. M., & Cheever, N. A. (2011). "Anxiety, depression, and extended media use: The effects of media on mental health." *Journal of Applied Social Psychology*, 41(4), 970-992.
- Rosen, L. D., Carrier, L. M., & Cheever, N. A. (2013). "Facebook and texting made me do it: Media-induced task-switching while studying." *Computers in Human Behavior*, 29(3), 948-958.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). "Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions." *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.
- Schneider, L.A., King, D.L. (2017). "Attachment theory and the psychology of digital addiction." *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 179-190.
- Scherer, L. D., & Scher, C. D. (2017). "Self-control in Internet and gaming addiction: The role of internet use and gaming." *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 115-124.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., & Koran, L. M. (2003). "Analysis of DSM-IV criteria for Internet addiction in a sample of college students". *Depression and Anxiety*, 17(4), 195-201.
- Shaw, M., Black, D.W. (2008). "Internet addiction: Definition, assessment, epidemiology and clinical management." *CNS Drugs*.
- Smith, J., & Jones, R. (2019). Balancing Screen Time with Real-World Engagement: A Family-Centered Approach. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 65, 121-133.

- Smith, A., & Reynolds, E. (2022). Family Support in Technology Addiction: Enhancing Awareness and Understanding. *Journal of Addiction Studies*, 22(2), 167-180.
- Snyder, C. R., & Sullivan, J. L. (1999). "New directions in psychological research: Self-regulation and positive self-change." *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 147-169.
- Sweeney, M. M., & Phillips, R. (2019). "Continuous improvement: The role of regular review in technology management." *Journal of Technology Management*, 28(3), 45-56.
- Şahin, C., ve Günüş, S. (2020). *Teknoloji Bağımlılıkları Nobel Akademik Yayıncılık*, (1. Basım) Ankara
- Thomas, N.J., Welling, P. (2019). "Mindful technology use: Relationships with mindfulness and well-being." *Journal of Technology in Behavioral Science*, 4(2), 92-101.
- Vasalou, A., Joyce, E., Handley, L., & Lewis, J. (2008). "Avatars in social media: Balancing accuracy, playfulness and embodied messages." *International Journal of Human-Computer Studies*, 66(11), 1052-1061
- Vaughn, R. L., & Nix, D. (2005). "Improving Family Communication and Support in the Context of Technology Addiction." *Journal of Family Therapy*, 27(1), 55-72.
- Vella, K., Johnson, D., Hides, L. (2019). Playing online games together: How group factors influence wellbeing. *Computers in Human Behavior*, 91, 232-239.
- Vondráčková, P., Gabrhelík, R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*. 5(4):568-579. doi: 10.1556/2006.5.2016.085. Epub 2016 Dec 21. PMID: 27998173; PMCID: PMC5370363
- Yeşilay (2024). Dijital Ebeveynlik. Erişim Tarihi 06/06/2024 [Link: Dijital Ebeveynlik | Yeşilay (yesilay.org.tr)]
- Young, K.S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology & Behavior*, 1(3), 237-244.
- Young, K.S. (2010). Internet addiction over the decade: a personal look back. *World Psychiatry*, 9(2):91. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00279.x. PMID: 20671891; PMCID: PMC2911082.
- Young, K.S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*. 2(4):209-15. doi: 10.1556/JBA.2.2013.4.3. Epub 2013 Dec 13. PMID: 25215202; PMCID: PMC4154573.
- Young, K.S., Nabuco de Abreu, C. (2011). "Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment." Hoboken, NJ John Wiley & Sons Inc.
- Young, K. S. (2011). "CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction." *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 304-312.
- Young, K. S. (2020). Understanding Internet Addiction: Symptoms, Assessment, and Treatment. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(1), 20-35.
- Walker, S., & Thomas, K. (2020). The Impact of Family Awareness on Technology Addiction Treatment. *Family Relations*, 69(3), 411-425.
- Wampold, B. E. (2015). The Relationship Between the Therapeutic Alliance and Outcome: A Meta-Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(3), 251-272.
- Wöfling, K., Müller, K.W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., Beutel, M.E. (2019). Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 76(10), 1018-1025..
- Wöfling, K., Beutel, M.E., Dreier, M., Muller, K.W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *Bio Med Res Int*. 2014:425924.
- World Health Organization (WHO) (2024). Addictive behaviors. Erişim Tarihi 18-06-2024 [Link: https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviours#tab=tab_2]
- Wysocki, T., & Harris, M. A. (2021). Family Therapy for Technology Addiction: Tools and Techniques. *Journal of Family Therapy*, 43(3), 312-326.

BÖLÜM 4.1

Kadın, Gebelik ve Bağımlılık

Doç. Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN¹

Arş. Gör. Uzm. Mervenur BÖYÜK¹

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

4.1.1. Bağımlılık ve Kadın Sağlığı

4.1.2. Gebelik ve Madde Kullanımı

4.1.2.1. Yasa dışı madde tanımında yer almayıp sıklıkla suistimal edilen maddeler

4.1.2.2. Yaşadışı maddeler

4.1.2.3. Reçete ile satılan ve suistimal edilebilen bazı ilaçlar

4.1.3. Madde Bağımlılığında Yönetim ve Danışmanlık

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Madde terimi, alkol, tütün, yasal ilaçlar ve yiyeceklerle yasal olmayan ürünleri içeren geniş bir yelpazeyi içerir. Bu maddelerin kullanımı bireylerde psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilere neden olmaktadır (American Society of Addiction Medicine [ASAM], 2023). Yapılan çalışmalar madde kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğunu göstermektedir (Akkurt Yalçıntürk, 2017; The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2022). Bununla birlikte çalışmalar maddenin kötüye kullanımında cinsiyetler arasındaki farkın gittikçe kapanmaya başladığını ve madde kullanımının kadınlar için de önemli bir sorun haline geldiğini göstermektedir (Akkurt Yalçıntürk, 2017; Özbay ve Gültekin, 2023). Kadının madde bağımlısı olması, onu hem madde kullanımının getirdiği hastalık yükü, hem de üreme sağlığı sorunlarıyla karşı karşıya bırakmaktadır (Herzberg vd., 2016). Bu süreçte kadın, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, şiddet, istenmeyen gebelikler, infertilite ve cinsel işlev bozukluğu açısından da risk altındadır (Ait-Daoud vd., 2017; Dişsiz, 2018). Kadının doğurganlık özelliği dikkate alındığında ise gebelikte madde kullanımı durumunda maternal, fetal ve neonatal olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır (Jarlenski vd., 2020; İzci ve Bilici, 2015; Yazici vd., 2016).

Bu bölümde bağımlılık yapıcı madde kullanımının kadın sağlığına etkilerinden bahsedilecektir.

4.1.1. Bağımlılık ve Kadın Sağlığı

Bağımlılık, bireyin beden ve ruh sağlığına, aile, toplum ve iş uyumuna zarar vermesine karşın madde kullanması ve kullanma isteğini durduramamasıdır (Koçak vd., 2015). Amerikan Bağımlılık Tıp Derneği, bağımlılığı kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır (ASAM, 2023). Bağımlılık durumunda beyinde ödül, hafıza ve ilgili bağlantıların işlevinde bozukluk ortaya çıkmaktadır. Kişi, bağımlısı olduğu madde ve davranışın yoksunluğunda biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal belirti ve bulgular göstermektedir. Bağımlılık tanısı almış bireyler bağımlı olunan maddeyi (sigara, alkol vb.) almaya veya davranışı (kumar veya oyun oynama vb.) gerçekleştirmeye karşı aşırı arzudur. Madde veya davranışa maruziyet artıkça tolerans gelişebilmektedir. Tolerans gelişme durumu ise kişiyi madde veya davranışa daha fazla yönlendirmektedir. Bu kısır döngü içerisinde kullanılan madde çeşitlenebilmekte, kişi birden fazla bağımlılık yapıcı maddeye bağımlı olabilmektedir (Koçak vd., 2015) (Bkz Bölüm 1.2 ve Bölüm 2.1).

Madde kullanımı dünyanın pek çok yerinde erkeklere özgü bir problem olarak görülmekte, tedavi ve önleme programları da daha çok erkeklere yönelik olmaktadır (Akkurt Yalçıntürk, 2017). Bununla birlikte kadının toplumdaki geleneksel konumu ve statüsünün değişmesiyle birlikte kadınlarda madde kullanımı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Ait-Daoud vd., 2017; McHugh vd., 2014). ABD'de, yaşam boyu uyuşturucu kullanım bozukluğu olan kişilerin %40'ı ve önceki yıl içinde alkol ve uyuşturucu birlikte kullanım bozukluğu olan kişilerin %26'sı kadındır (Prince vd., 2023). Madde kullanımında aile yapısı, sosyoekonomik durum, özgüven eksikliği gibi faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (Madkour vd., 2022; McHugh vd., 2018). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda değişik sosyoekonomik alt gruplarda madde bağımlılığının giderek arttığı gösterilmiştir (McHugh vd., 2018; Jarlenski vd., 2020). Yapılan çalışmalarda kadınların sosyal hayatta yaşadıkları problemleriyile başa çıkabilmek, stresi azaltmak ve kilo verme gibi nedenlerle madde kullanımına başvurdukları görülmüştür (Ait-Daoud vd., 2017; Akkurt Yalçıntürk, 2017; Kaya ve

Şahin, 2013). Kadınların travmatik olay sonrası ve özellikle cinsel istismara maruz kalması sonrasında ise daha erken yaşlarda ve daha yüksek dozda madde kullanma olasılığı olduğu bildirilmiştir (Madkour vd., 2022; Saçaklı ve Odabaş, 2023).

Dünya Uyuşturucu Raporu 2022 yılı verilerine göre yaşamları boyunca en az bir defa madde kullanmış kişilerin %6'sının kadın, %94'nün ise erkek olduğu bildirilmiştir (UNODC, 2022). Ülkemizde ise 2021 yılında yatarak tedavi gören hastaların %92.8'inin erkek, %7.2'sinin ise kadın olduğu saptanmıştır (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi [TUBİM], 2022). Bu sonucun kadınlarda madde kullanım sorununun az oluşu mu, yoksa tedaviye başvurunun daha az oluşuyla mı ilgili olduğu konusu tartışmalıdır (TUBİM, 2022). Madde kullanımı erkeklerde daha fazla olsa bile bağımlılık kadınlarda daha hızlı gelişmektedir (UNODC, 2022). Kadınların fizyolojik yapıları gereği daha hızlı bağımlı olabilecekleri bildirilmiştir (Ait-Daoud vd., 2017; Özbay ve Gültekin, 2023). Kadınlarda madde kullanımı araştırma raporuna göre erkeklerin neredeyse tüm yasa dışı uyuşturucu türlerini kullanma olasılığının kadınlardan daha yüksek olduğu, kadınların da bağımlılık döngüsünün temel aşamaları olan şiddetli arzu ve tekrar nüksetmeye daha duyarlı olduğu vurgulanmıştır (National Institute on Drug Abuse [NIH], 2020).

Madde bağımlılığı kadınlarda önemli üreme sağlığı sorunlarına neden olmaktadır (Dişsiz, 2018). Madde bağımlısı kadınlar hem madde kullanımının getirdiği hastalık yükü, hem de özellikle üreme sağlığı sorunlarının göz ardı edilmesi nedeniyle diğer kadınlara göre daha fazla sorunla karşı karşıyadırlar. Bu bağlamda bağımlı kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, şiddete maruziyet, adölesan gebelikler, istenmeyen gebelikler, aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi eksikliği, infertilite, cinsel işlev bozukluğu, maternal ve fetal sağlık sorunları açısından risk altındadır (Ait-Daoud vd., 2017; Dişsiz, 2018). Erkeklerle kıyasla, madde kullanım bozukluğu tedavisinde ise kadınlar sürekli istihdam, sosyal/aile yaşamı, tıbbi ve ruh sağlığı alanlarında daha ciddi sorunlar yaşamaktadır (Kaya ve Şahin, 2013; McHugh vd., 2018). Kadınlar madde kullanım bozukluğu tedavisine başlarken daha fazla damgalanma yaşamakta, çocuk/çocukların bakımı ihmal edilmekte ve aile desteği eksikliği gibi engellerle daha fazla karşı karşıya kalmaktadır. Madde bağımlısı kadın “kötü anne, kötü eş” algısı nedeniyle, suçluluk ve utanç duyarak tedaviye başvurmamakta ve madde kullanımına devam etmektedir (Saçaklı ve Odabaş, 2023). Madkour ve arkadaşları tarafından Afrika kökenli Amerikalı genç kadınlarla yapılan bir çalışmada madde kullanımında yakın zamanda erkek cinsel partnere ve cinsel baskı geçmişine sahip olmanın önemli faktörler olduğu gösterilmiştir (Madkour vd., 2022). ABD’de madde kullanım bozuklukları için grup terapisinde kadınların ve erkeklerin deneyimlerini inceleyen çalışmada ise, kadınlar için damgalanmanın ciddi bir sorun olduğu bildirilmiştir. Kadınların damgalanmayı tedavi ve iyileşmenin önünde engel olarak kabul ettiği gösterilmiştir (Sugarman vd., 2021). Tüm bu nedenlerle kadın bağımlılar riskli grup olarak ele alınmalı, tedavi süreçlerine kadınların aktif katılımları sağlanmalıdır.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

McCartin ve arkadaşlarının ABD’de madde kullanım bozukluğu tedavisi gören 206 kadınla yaptıkları çalışmada madde kullanımından kaynaklanan algılanan ve doğrudan damgalanmanın, kadınların üreme sağlığı hizmetlerini talep etmede ve bu hizmetlere erişmesinde önemli bir engel oluşturduğu saptanmıştır (McCartin vd., 2022).

DİKKAT

- Madde kullanımı erkeklerde kadınlara göre daha fazla olsa da, bağımlılık kadınlarda daha hızlı gelişir.
- Kadınlar madde kullanım bozukluğu tedavisi sürecinde daha fazla damgalanma yaşar, çocuk bakımı ihmal edilir ve aile desteğinin eksikliği gibi engellerle daha fazla karşı karşıya kalır.

4.1.2. Gebelik ve Madde Kullanımı

Perinatal dönemde madde kullanımı önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Prince vd., 2023). Gebelikte madde kullanımı gebeye zarar vermesinin yanı sıra fetüste ve yenidoğanda fiziksel ve mental problemlere neden olmaktadır. Bu problemler kullanılan maddeye, kullanım yoluna ve kullanım dozuna göre değişmektedir (Atar ve Yalim, 2018; Jarlenski vd., 2020). Gebelikte madde kullanımı sigara, alkol, kafein, opiyat, amfetamin ve kokain kullanımı olarak sıralanabilir. Bu maddeler arasında özellikle sigara ve alkol genellikle ulaşılabilir ve yasal oldukları için güvenli olarak algılanabilmektedir (Çeliker ve Bolat, 2021; Prince vd., 2023). Bu maddeler plasenta aracılığı ile fetüse geçerek etkilerini gösterirler. Düşük doğum ağırlığı, büyüme-gelişme geriliği, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken doğum, düşük tehdidi, preeklampsi, konjenital malformasyonlar ve mental retardasyon gibi sorunlara neden olmaktadır (Atar ve Yalim, 2018). Yazıcı ve ark.'nın gebelikte madde kullanımına ilişkin yaptıkları araştırmada, gebelikte en sık kullanılan maddenin sigara (%11.8), daha az oranda da alkol (%0.4) ve sentetik kanabinoidler (%0.2) olduğu saptanmıştır (Yazıcı vd., 2016).

Gebelerde genel popülasyona benzer olarak madde kullanım bozukluğu genetik, çevresel, psikolojik, biyolojik ve sosyoekonomik faktörlerle ilişkilidir. Genel olarak madde kullanan kadınların çoğu gebe olduklarını öğrendikten sonra potansiyel olarak toksik herhangi bir maddeyi kullanmaya başlamayı tercih etmezler veya madde kullanımını azaltırlar. Kendi başlarına bırakabilenler maddeyi bırakırlar ki bu madde kullanımı ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ayırt edici faktördür (Prince vd., 2023).

Gebelerde madde bağımlılığı; **yasa dışı madde tanımında yer almayıp sıklıkla suistimal edilen maddeler** (sigara, alkol, kafein); **yasadışı maddeler** (opiyatlar, amfetaminler, kokain, ekstazi, esrar vb.) ve **reçete ile satılan ve suistimal edilebilen bazı ilaçlar** (anabolik steroidler, barbitüratlar, benzodiazepinler, ketamin, pregabalin) şeklinde incelenebilir.

4.1.2.1. Yasa dışı madde tanımında yer almayıp sıklıkla suistimal edilen maddeler● **Sigara bağımlılığı**

Ticari olarak satılan sigaralar 7000'den fazla kimyasal içermektedir. Bu kimyasallar, katran, karbonmonoksit ve nikotine ek olarak amonyak, arsenik olarak sayılabilir (Soleimani vd., 2022). Sigaranın bağımlılık oluşturmaya neden olan madde Nicotiana tabacum bitkisinin yapraklarından elde edilen renksiz, acı ve uçucu bir alkaloid olan nikotindir (Çeliker ve Bolat, 2021). Gebelikte sigara içilmesi veya pasif olarak sigara dumanına maruz kalınması olumsuz gebelik sonuçlarına yol açan ve değiştirilebilir risk faktörlerindedir. Nikotin ve karbonmonoksit, uterin vazokonstriksiyon ve kan akımında azalmaya neden olarak fetal oksijenlenmeyi azaltır. Buna

bağlı ektopik gebelik, fetal gelişme geriliği, ablasyo plasenta, prematüre doğum, erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölüm sendromu, yenidoğanda hiperviskozite, bebeklik ve çocukluk dönemi kan basıncının yükselmesi, mental retardasyon ve solunum yolu hastalıklarına yönelik riski artırmaktadır (İzci ve Bilici, 2015; Kahyaoglu vd., 2018).

Gebelikte sigara içilmesini etkileyen faktörler, düşük eğitim düzeyi, göç, yoksulluk, fazla sayıda gebelik, gebeliğin planlanmaması, doğum öncesi bakım alma sıklığının yetersizliği, gebenin eşinin sigara kullanması, pasif içiciliğe maruz kalma ve sigaranın zararlarına ilişkin bilgi eksikliği olarak sayılabilir (Dokuzcan vd., 2020; Tarhan ve Yılmaz, 2016). Sigara kullanan kadınların gebelik planlarında sigara bırakma öngörülerinin belirlenmesi amacıyla 182 kadınla yapılan araştırmada; daha önceki gebelikte sigara içme durumunun ve gebelikte sigara içmenin gebelik ve bebek üzerinde olumsuz etkisi olduğunu bilmenin sigarayı bırakma başarısı öngörüsünde önemli yordayıcılar olduğu saptanmıştır (Nacar vd., 2023). Yapılan çalışmalarda gebelerde sigara kullanımının %11- %69 arasında değiştiği gebelik öncesi sigara kullanımının gebelikte sigara kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Erbaş vd., 2020; Ergin vd., 2020; Sonmez ve Aksu, 2018; Tezcan ve Kavlak, 2012).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Gönenç ve arkadaşları tarafından 204 gebeyle yapılan bir araştırmada, kadınların %17.6'sı gebelik öncesinde sigarayı bıraktığını bildirirken, pasif içicilik oranının ise %52.9 olduğu gösterilmiştir (Gönenç vd.,2014).

● Alkol bağımlılığı

Alkoller alifatik hidroksil grupları bağlı olan organik bileşiklerdir. Metil, etil, propil ve bütil alkolden oluşmak üzere dört tür alkol vardır. Etil alkol alkollü içeceklerin üretiminde kullanılan ve tütünden sonra en yaygın kullanılan psikostimülandır. Etanol ise suda kolay çözünebilen uçucu bir sıvıdır. Alkol diğer psikoaktif maddelerin tersine etkisini belli bir reseptöre bağlanarak göstermemekte, ayrıca doğal opiyoidler olan endorfinlerin salgılanmasını artırmaktadır (Çeliker ve Bolat, 2021).

Gebelik sırasında hiçbir alkol miktarı güvenli kabul edilmez. Bununla birlikte sigara gibi alkol de yasal olduğu için güvenli ve sosyal olarak kabul edilebilir olarak algılanabilmektedir. CDC (Hastalık Kontrol Merkezi)'ye göre gebelerin %13.5'i önceki ay alkol tüketmiştir (Prince vd., 2023). Gebelik döneminde, özellikle ilk üç ayında, günde en az iki kadeh (ort.20-50 promil) alkol tüketiminin Fetal Alkol Spektrumu Bozukluklarına neden olabileceği bildirilmiştir (Dişsiz, 2018). Gebelik sürecinde alkole maruz kalmak fetal gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Alkolün kendisi veya metaboliti olan asetaldehit fetal gelişimi etkileyen başlıca etkenlerden biridir. Fetal büyüme ve gelişmeye olan etkisini ise hücrel ve mitokondrial transportu bozup, protein sentezini azaltarak göstermektedir (Genç ve Mihmanlı, 2014). Fetüsün alkole uzun süreli maruziyeti sonucunda ise yenidoğanlarda fetal alkol sendromu gelişebilmektedir. Fetal alkol sendromu gebelik sürecinde kronik alkol kullanımına bağlı görülen bazı doğumsal anomalileri içermektedir. Bu doğumsal anomaliler intrauterin veya postnatal gelişme geriliği, kafatası ve yüzde yapısal bozukluklar, MSS fonksiyon bozuklukları ve kalp anomalileri olarak sayılabilir. Bunların yanı sıra iskelet-eklem anomalileri, inmemiş testis, hidrosefali, yarık damak-dudak, renal anomaliler, görme, işitme ve konuşma bozuklukları, yenidoğanda irritabilite ve titremeler görülebilmektedir (Çeliker ve Bolat, 2021; Genç ve Mihmanlı, 2014). Bununla birlikte alkol-madde bağımlılığı

gebelerin, bağımlı olmayan gebelere oranla antenatal takibe çok geç başladıkları ya da hiç antenatal bakım almadıkları belirlenmiştir. (Dişsiz, 2018).

● **Kafein bağımlılığı**

Kafein; emilimi büyük oranda ince bağırsakta gerçekleşen birçok bitki türünde bulunan ve bilimsel adı 1,3,7 trimetilksantin olan bir maddedir. Kafein vücuda alındıktan sonra çok hızlı biçimde absorbe olup plazmada en yüksek seviyeye erişerek tüm vücut hücrelerine ulaşmakta ve kan-beyin bariyerini hızlıca geçmektedir. Adenozin reseptör antagonisti olan kafein, vücuda uyanık tutma, enerji verme ve bireye kendini iyi hissettirme gibi olumlu etkilere sahiptir. Kafein alımı başlangıçta kişinin daha enerjik ve konsantre olmasına yardımcı olurken, yüksek dozlarda tüketiminden sonra; konsantrasyonu düşürerek öğrenme yeteneğini azalttığı ve uykusuzluk problemlerine neden olduğu gösterilmiştir (Deniz vd., 2015). Tat verici özelliğinden dolayı ve uyarıcı madde olarak çeşitli yiyecek, içecek ve ilaçlara katılan kafein oldukça yaygın tüketilmektedir. En iyi bilinen doğal kafein kaynakları çay yaprakları, kahve, kakao çekirdekleri ile kola tohumlarıdır. Yapay olarak eklenen kafein ise soda, enerji içecekleri, meyve suları, sakız ve sabun gibi maddeler olarak sayılabilir (Demirci ve Öngün Yılmaz, 2023).

Kafein, plasental bariyeri hızlı ve kolay bir şekilde geçmekte ve metabolize edilmesi için gerekli enzim fetüs ve plasentada bulunmamaktadır. Bu nedenle gebelik döneminde kafein tüketimi fetüsü doğrudan kafeine maruz bırakmaktadır. Bu maruziyet dolaşımdaki katekolamin konsantrasyonunu artırarak fetoplasental vazokonstriksiyon ve hipoksiye neden olarak fetal büyüme ve gelişmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelikte kafein kullanımının sınırlandırılarak günde 300 mg'ın altına düşürülmesi önerilmektedir. Gebelere önerilen kafein miktarı 125 mg/gün olup, günlük ölçülü miktarda kullanımının fetal advers etki riskini artırmadığı bildirilmektedir (Deniz vd., 2015).

Maternal kafein alımı ile gebelik kaybı riski arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bir metaanaliz çalışmasında annenin yüksek kafein alımının daha yüksek gebelik kaybı riski ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Chen vd., 2016). Norveç'te annelerin farklı kaynaklardan kafein alımı ile gebelik süresi ve doğum ağırlığını değerlendirmek amacıyla yapılan kohort çalışmada annelerin ana kafein kaynağının kahve olduğu, kafein alımının azalmış doğum ağırlığı ve uzayan doğum süresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Sengpiel vd., 2013). Gaskins ve arkadaşları tarafından gebelik öncesi kafein ve kafeinli içecek alımı ile spontan abortus riski arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan prospektif araştırmada, gebelik öncesi ≥ 4 porsiyon/gün düzeyindeki kahve tüketiminin, özellikle 8-19. haftalarda spontan abortus riskini %20 artırdığı gösterilmiştir (Gaskins vd., 2018). Bu çalışmanın aksine Vitti ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları prospektif kohort çalışmada gebelik döneminde kafein tüketiminin düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir (Vitti vd., 2018).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Patel ve Burow tarafından yapılan literatür incelemesinde; doğum öncesi kafeine maruz kalmanın, doğumdan önce ve sonra bebek için çeşitli olumsuz sonuçlara yol açtığı gösterilmiştir. Bunlar, fetal büyüme geriliği, doğum anomalileri, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu olarak bildirilmiştir (Patel ve Burow, 2023).

4.1.2.2. Yaşadışı maddeler

● **Opiyat bağımlılığı**

Opioidler, gelincikgiller familyasından Papaver somniferum'dan (haşhaş bitkisi) elde edilen, narkotik analjezikler olarak da bilinen ilaç grubudur. Morfin ve kodeini de içeren bu grup eroin, meperidin, fentanil, propoksifen ve metadon gibi sentetik narkotikleri içermektedir. Opiyatlar, güçlü analjezik etkileriyle akut ve kronik kanser ağrılarının tedavisinde, antitussif ve antidiyaretik olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak bağımlılık yapıcı etkileri, kısa sürede yoğun öfori nedeniyle kötüye kullanımı ve yanlış kullanımı sonucunda istenmeyen etkilere neden olabilmektedir (Çeliker ve Bolat, 2021; Kılıç, 2017).

Gebelikte opiyat kullanımı perinatal mortalite, preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek ve yenidoğanda yoksunluk sendromuna neden olmaktadır (Çeliker ve Bolat, 2021). Neonatal yoksunluk sendromu gebelik sürecinde madde kullanımına maruziyeti olan bebeklerde doğum sonrası maddenin eksikliğine bağlı görülen bulgularla karakterizedir (İzci ve Bilici, 2015). Bu sendromda MSS hiperirritabilitesi, otonom sinir sistemi disfonksiyonu ve gastrointestinal sistem rahatsızlıkları görülmektedir. Aşırı ağlama, burun tıkanıklığı, esneme, hapsirme, sinirlilik, artmış kas tonüsü, deride soyulmalar sıklıkla gözlenen bulgular olarak sayılabilir. Tedavisinde ilk yaklaşım yenidoğanı minimal çevre uyarısı yaratan ortamda bulundurmak ve uygun farmakolojik yöntemlerin kullanılmasıdır (Stover ve Davis, 2015).

● **Amfetamin bağımlılığı**

Amfetaminler, psikostimülanlar gibi davranan sentetik katekolamin olmayan semptomimetik aminlerdir. D-amfetamin (Dextroamfetamin), metilamfetamin, metilfenidat, fenmetrazin, fendimetrazin, amfepramon, fenetilin vb. içermektedir. MSS uyarıcısı, halüsinojenik ve anoreksijenik özellikte bir madde olan amfetaminler dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), narkolepsi ve ek sağlık durumlarının tedavisi için kırmızı reçete edilmişlerdir (Çeliker ve Bolat, 2021; Garey vd., 2020).

Amfetaminlerin kötüye kullanımı tüm dünyada yaygındır (Oei vd., 2012). Beyaz toz halinde, yutulabilir olan amfetaminler oral, introvenöz (IV), burundan ve sigara şeklinde içilerek alınabilmektedir. Amfetamin kullanıcıları daha uyanık hale gelir, artan konsantrasyon, enerji, özgüven ve sosyallik kazanırlar. Kullanıcılar daha az uykuya ve yiyeceğe ihtiyaç duyar, ancak aynı zamanda sinirli ve saldırgan hale gelebilir, büyüklük, güç, üstünlük sanrıları, paranoya ve halüsinasyonlar ve sanrılar ile açık psikoz geliştirebilirler. Amfetamin, hızla tolerans ve bağımlılık geliştirerek, yoksunluğunda derin bir yorgunluk ve uyku hali ile sonuçlanabilir. Özellikle uzun süre ve yüksek dozlarda maddeyi kullananlarda depresyon belirtileri görülebilir ve aylarca sürebilir (Oei vd., 2012).

Gebelikte amfetamin kullanımı fetal beyin gelişimini olumsuz etkiler, plasentaya ulaşan kan akımını azaltır, yenidoğanda gelişim bozukluğuna, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ölü doğum riskinde artışa neden olur (Çeliker ve Bolat, 2021; Oei vd., 2012). ABD'de gebelik sırasında afyon, kokain ve amfetamin kullanan kadınların doğum sonrası yeniden hastaneye yatış riskinin ne ölçüde arttığını belirlemek için yapılan araştırmada amfetamin kullanan annelerin yeniden hastaneye yatışı, kullanmayan annelere göre dört kat daha yüksek bulunmuştur. Obstetrik komorbidite, amfetamin kullanımı olan kadınlar arasında daha yaygın saptanmıştır (Salemi vd., 2020).

● **Kokain bağımlılığı**

Kokain, Güney Amerika'da koka çalısı *Erythroxylon coca* bitkisinin yapraklarından elde edilen uyarıcı özellikte bir alkaloiddir. Kokainin psikoaktif etkileri, dopaminin beynin limbik sistemi ve serebral korteks üzerindeki uzun süreli etkisinden kaynaklanır. Kokain; düşük erime noktasına sahip olan ve ısıtıldığında buharlaşarak içilmesine izin veren "crack kokain" ve erime noktası yüksek olduğu için içilemez olan ancak suda çözünür olduğundan enjeksiyon ve burun içi inhalasyonla kullanılan iki formdan oluşmaktadır. Kokain; basit diffüzyonla maternal ve fetal kan bariyerini hızla geçerek embriyo veya fetüs üzerinde uzun süreli olumsuz etkilere neden olmaktadır. Düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, konjenital anomaliler, erken doğum, gebelik yaşına göre küçük baş çevresi, ablasyo plasenta, plasenta previa kokainin etkileri arasında sayılabilir (Freitas vd., 2018; Genç ve Mihmanlı, 2014; Rounds vd., 2014). Gebelik sırasında afyon, kokain ve amfetamin kullanan kadınlar ile yapılan çalışmada kokain kullananların düşük gelirli grupta yer aldıkları belirlenmiştir (Salemi vd., 2020).

4.1.2.3. Reçete ile satılan ve suistimal edilebilen bazı ilaçlar

● **Anabolik steroidler**

Sentetik testosteron türevleri olan anabolik steroidler anemi tedavisinde, kas kitlesini ve sportif performansı artırmak amacıyla kullanılmaktadır ancak etkileri yavaş olduğundan ani bir uyarıcı etki oluşturmazlar. En fazla kullanılanları testosteron, metilttestosteron, oksimetolon, danazol ve nandrolondur. Sentetik türevler organizmada testosterona, testesteron da dihidrotestosteron ve estradiole metabolize olur. İlaç kesildiğinde stimülan etkisi, saldırganlık, ruh hali değişiklikleri, uyku sorunları, depresyon, paranoya, bilinç bulanıklığı gibi kısa ve uzun süreli etkileri ortadan kalksa da aşırı yorgunluk ve depresyon şeklindeki bağımlılık semptomları devam edebilir. Ülkemizde oksimetolon ve metenolon oral ve enjektabl olarak suistimal edilebilen anabolizanlara örnek olarak verilebilir. Bu ilaçlar ülkemizde beyaz reçeteli olmakla birlikte ABD'de II numaralı Kontrollü İlaçlar Listesinde (orta-düşük düzeyde fiziksel ve psikolojik bağımlılık oluşturan) bulunmaktadır. Gebelerde kullanımları kontrendikedir. Deney hayvanlarında özellikle 1. trimesterde maruziyetin fetüsün yaşı ve alınan dozla orantılı olarak dişi fetüste virilizasyon, erkek fetüste spermatoisitlerde advers etkiler bildirilmiştir. İlaç kullanılmaktayken gebe kalındığı takdirde olası riskler konusunda gebenin uyarılması önerilmektedir (Çeliker ve Bolat, 2021).

● **Barbitüratlar**

Barbitürik asit türevleri olan barbitüratlar, antikonvülzan, sedatif / hipnotik ve anestezi olarak kullanılırlar. Kardiyovasküler advers etkilerinin yanı sıra solunumu deprese eder ve serebral vazokonstriksiyona yol açarlar. Hafif sedasyondan komaya kadar farklı düzeylerde etki oluşturabilirler. Bağımlılık yapma potansiyeli yüksek olanlar kısa ve orta etki süreli olanlardır (pentobarbital ve sekobarbital gibi); fenobarbital gibi uzun etki süreli olanların bağımlılık yapma potansiyeli düşüktür. Kötüye kullanım için çekiciliğini artırmak üzere "cesaret hapi", "goril hapi", "uyku hapi", "yatıştırıcı hapi" gibi özendirici bazı isimlerle satılmaktadırlar. Türkiye'de sık kullanılan uzun etkili bir barbitürat olan fenobarbital, plasentadan geçip beyin, karaciğer ve plasentada dağılmaktadır. Ülkemizde formülünde sadece fenobarbital bulunan ürünler yeşil reçetelidir. Gebelik döneminde kullanımla fetal anomali riskinde artış, majör ve minör defektler, doğum sırasında kanama ve bağımlılık; ayrıca üçüncü trimesterdeki temasa

bağlı olarak yenidoğanda (14 gün sonrasına kadar sürebilen) hiperirritabilite, nöbet gibi yoksunluk semptomları; ayrıca solunum depresyonu, çocukluk döneminde de nörodavranışsal etkiler gelişebilir. Gebenin konsepsiyondan önce ve gebelik süresince folik asit alması, K vitamini desteği önerilir (Çeliker ve Bolat, 2021).

● Pregabalin

Benzodiazepinler ülkemizde yeşil reçeteli olan GABA analogu bir antikonvülzan ve özellikle nöropatik ağrıda kullanılan bir analjezik olup anksiyete, nöropatik ağrı ve epilepsi tedavisinde endikedir. MSS'de uyarıcı nörotransmitter salınımını azaltır. Kısa süreli kullanımda mutluluk, coşku, halüsinasyon, panik atak, uyku sorunları, gevşeme ve ajitasyona yol açabilir. Bağımlılık semptomları ise bulantı, ağrı, terleme, uyuma zorluğu ve nöbettir. Kesin bilinmemekle birlikte, molekül ağırlığının düşük ve metabolizmasının minimal olması, proteine bağlanmaması, eliminasyon yarılanma ömrünün çok uzun olmaması plasentadan geçiş olasılığını artırmaktadır. Gebe kadınlarda kullanımla embriyofetal ve yenidoğana ait advers etkilerle ilgili veriler çok sınırlı olup, ilk trimesterde maruziyetle ilgili majör teratojenite kesinleşmemişse de, az da olsa bir risk bulunduğu bildirilmektedir (Çeliker ve Bolat, 2021).

4.1.3. Madde Bağımlılığında Yönetim ve Danışmanlık

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği (ACOG), gebe kadınlarla işbirliği içinde kapsamlı doğum öncesi bakımın bir parçası olarak madde kullanımına yönelik ilk antenatal izlemde tarama yapılmasını önermektedir. Sağlık personelinin yalnızca uyuşturucu veya alkol kullanımından şüphelendiği durumlarda tarama yapması birçok hastanın gözden kaçırılmasına neden olabilir (Prince vd., 2023). Sağlık personeli gebelerde madde kullanımı ile karşılaştığı zaman multidisipliner bir yaklaşımla hastayı değerlendirmeli ve gerekli müdahalede bulunmalıdır (Çeliker ve Bolat, 2021).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar için gebelikten önce ilaç destekli tedaviye başlamak önerilen bir toplum sağlığı yaklaşımıdır. Madde kullanımı veya madde kullanım bozukluğu olan gebe kadınlar için en uygun yönetim stratejisi, kapsamlı doğum öncesi bakımı içerir. Sonraki süreçte ise sigara, alkol ve madde kullanımının gebe, fetus ve yenidoğan üzerine etkileri konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalı, kadınlar bunların kullanımını bırakmaları veya azaltmaları için teşvik edilmelidir. Madde kullanım bozukluğu olan tüm kadınlar kapsamlı bir davranışsal ve tıbbi tedavi için gecikmeden uygun bir uzmana yönlendirilmelidir. Yargılayıcı veya cezalandırıcı bir yaklaşım yerine hümanistik bir yaklaşımla, motivasyonel görüşmeler ve kısa müdahalelerin olumlu davranış değişikliği oluşturma olasılığı daha yüksektir (Prince vd., 2023). Madde bağımlısı bireylerin kendilerine olan güvenlerinin düşük olduğu, başkalarına güvenmelerinin güç olduğu gözönünde bulundurularak mümkünse aynı personelden hizmet almalarına önem gösterilmelidir. Sağlık çalışanlarının madde kullanan kadınlara tedaviye başlamadan önce maddenin kendisi ve çocuğunun sağlığına yönelik oluşturduğu risklerden ve madde kötüye kullanımının bırakılması sonrası sağlıklarında görülen değişimlerden bahsetmesi kadınların maddeyi bırakma konusundaki motivasyonlarını tedaviye bağlanmalarını artırmaktadır (Akkurt Yalçıntürk, 2017). Yenidoğan opioid yoksunluk sendromu riski altında olan kadınlara, sağlık çalışanları yenidoğan yoksunluk semptomları, emzirme, ilaç tedavisi seçenekleri ve yakın gözlem ihtiyacı konusunda bilgi vermelidirler (Prince vd., 2023). Madde kullanan kadınların HIV pozitif olma riskleri de yüksektir. Bu olgularda sifiliz, gonore, klamidy, hepatit B ve C, HIV ve tüberküloz hastalıkları taranmalıdır. HIV antikoru pozitif olan annelerin bebeğini emzirmemesi gerekir. Aynı zamanda narkotik, kokain ve amfetamin kullanı-

mında bu maddelerin sütle geçmesi nedeniyle, bu maddeleri kullanan kadınların da bebeklerini emzirmesi kontrendikedir (Akkurt Yalçıntürk, 2017).

Tüm madde kullanım bozukluğu türlerinin tedavisi hastalığın tekrarlama riskini azaltır ve gebelik sonuçlarını iyileştirir. ACOG, sigara içen veya tütün ürünleri kullanan gebelerin sigarayı bırakmasını önermektedir. Davranışsal danışmanlık sigaranın bırakılmasıyla sonuçlanmadığında, vareniklin, bupropion ve nikotin replasmanı düşünülebilir ancak bu tedavilerin gebelikte kullanım için güvenilir veriler yoktur. Vareniklin ve bupropionun her ikisi de Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) sınıflamasına göre C kategorisi ilaçlardır. Bu gruptaki ilaçların gebelik sırasında güvenli olduğunu destekleyen insan çalışmaları yoktur ve hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar olumsuz ve olası teratojenik etkiler göstermektedir. Gebelikte nikotin replasmanının ise uzun süreli sigarayı bırakmayla sonuçlandığı kanıtlanmamıştır (Prince vd., 2023).

Sağlık çalışanları gebelikte madde kullanımına bağlı yasal sonuçların ortaya çıkabileceğini gözardı etmemelidir. ABD'de 18 eyalette madde kullanımı çocuk istismarı olarak tanımlanmıştır. Madde kullanımı olan pek çok kadının tutuklanma ve çocuğunun velayetini kaybetmekten korktuğu için doğum öncesi bakımdan kaçındığı veya madde kullanım durumunu sağlık çalışanlarına açıklamadığı bildirilmiştir. Klinisyenler bütüncül ve kapsamlı bakım çerçevesinde test ve raporlama gerekliliğini bilmeli ve bu bilgileri gebelerle paylaşmalıdır (Prince vd., 2023).

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda, eğitim, danışmanlık ve izlem doğumla bitmemektedir. Bu kadınlar doğum sonrası relaps açısından yüksek risk altındadır. Bu nedenle doğumdan sonra madde kullanımına devam etmenin tehlikeleri konusunda eğitilmelidirler. Özellikle doğum sonrası ilk yıl boyunca kadın yakından izlenmelidirler. İlaç destekli tedavinin sürdürülmesi ve uzmanlar ve davranış terapistleriyle konsültasyon, en iyi sonuçların elde edilmesinde fayda sağlayıcıdır. Geniş anlamda hasta eğitimi; ulaşım, güvenli barınma, gıda güvenliği, çocuk bakımı ve doğum kontrolü için bilgi ve kaynaklara erişimi içerir. Akran destek grupları da doğum sonrası dönemde faydalı olabilir (Prince vd., 2023).

Özet noktalar

Madde kullanımı tüm dünyada giderek artan sorunlardan biridir. Kadının toplumdaki geleneksel statüsünün değişmesi, sosyal hayatta yaşadığı problemlerle başa çıkabilmek vb. nedenlerle madde kullanımına başvurduğu görülmektedir. Kadınların, fizyolojik yapıları gereği daha hızlı bağımlı olmaları, madde kullanımına bağlı üreme sağlığı sorunları yaşamaları ve bağımlılığa ilişkin tedavi süreçlerinde damgalanmaya maruz kalmaları bu konuda kadınların riskli grup olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Bunların yanı sıra kadınların gebelik ve doğurganlık özellikleri dikkate alındığında, maddenin anne ve bebek sağlığına etkisi toplumsal yıkıcı etkilere sebep olabilir. Gebelikte sigara, alkol, kafein, opiat, amfetamin ve kokain kullanımı plasenta aracılığıyla fetüse geçerek olumsuz etkilerini gösterirler. Bu kapsamda hemşirelerin bağımlılık konusunda kadınlara eğitim, danışmanlık ve müdahale programları ile gerekli girişimleri planlamaları özelde anne ve bebeğin genelde toplum sağlığının korunması ve sürdürülmesinde önemlidir.

KAYNAKÇA

- Ait-Daoud N, Blevins D, Khanna S, Sharma S, Holstege CP. (2017). Women and Addiction. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 285–297.
- Akkurt Yalçintürk A. (2017). Gebelikte Madde Kötüye Kullanımı ve Hemşirelerin Sorumlulukları. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 45–50.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2023). What is the definition of addiction? . Erişim tarihi:10.11.2023, <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- Atar S, Yalim NY. (2018). Fetüs ve Gebe Hakları Bağlamında Anne Adayı ve / veya Aileden Kaynaklanan Nedenlerle Fetüsün Zarara Uğrama Durumu, 5(2), 73–85.
- Çeliker A, Bolat D. (2021). Bağımlılık Yapan Maddelerin Gebelik Döneminde Kullanımının Değerlendirilmesi. *FABAD J. Pharm. Sci*, 46(2), 225–250.
- Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MFF, Pan A, Van Dam RM. (2016). Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: A categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutrition*, 19(7), 1233–1244.
- Demirci Z, Öngün Yılmaz H. (2023). Gebelikte Kafein Tüketiminin Anne ve Fetüs Üzerine Etkileri. *Sağlık ve Toplum*, 33(1), 52–58.
- Deniz A, Taş F, Tomur A, Koç A. (2015). Kafeinin gebelikteki toksik etkileri. *İbni Sina Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(3), 59–63.
- Dişsiz M. (2018). Üreme Sağlığı ve Kadında Zararlı Madde Kullanımı. *ACU Sağlık Bil Derg*, 9(3), 201–206.
- Dokuzcan DA, Gördes Aydoğdu N, Kılınc O. (2020). Yoksulluk Kapsamında Gebelikte Sigara Kullanımı ve Sigara Bırakma Yöntemleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(January), 77–81.
- Erbas G, Şengezer T, Yıldırım U, Özkara A. (2020). Ankara'da Bir Kadın Doğum Hastanesine Başvuran Gebelerde Sigara Kullanımı ve Sigara Dumanından Pasif Etkilenme Durumlarının Araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2), 261–269.
- Ergin A, Erken RR, Til A, Kasal H. (2020). Yarı kırsal bölgede annelerin gebelik ve doğum sonrası sigara içme davranışı. *Turkish Journal of Family Practice / Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(1), 23–31.
- Freitas J, Melo C, Cavalcante B, Timbó F. (2018). Maternal , fetal and neonatal consequences associated with the use of crack cocaine during the gestational period : a systematic review and meta - analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298(3), 487–503.
- Garey JD, Lusskin SI, Scialli AR. (2020). Teratogen update:Amphetamines. *Birth Defects Research*, (June), 1161–1182.
- Gaskins AJ, Rich-Edwards JW, Williams PL, Toth TL, Missmer SA, Chavarro JE. (2018). Pre-pregnancy caffeine and caffeinated beverage intake and risk of spontaneous abortion. *European Journal of Nutrition*, 57(1), 107–117.
- Genç S, Mihmanlı V. (2014). Madde Bağımlılığı ve Gebelik. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2), 120–123.
- Gönenç I, Tuzcular Vural Z, Köse G, Tüfekçi E, Aka N. (2014). Gebelerde sigara kullanımını etkileyen faktörler ve pasif sigara dumanına maruziyet durumu. *Haydarpaşa Numune Medical Journal*, 54(2), 99–101.
- Herzberg J, Barrier B, Sprague DJ, Vinson DC. (2016). Substance Use in Women of Reproductive Age. *Missouri medicine*, 113(3), 182–186.
- İzci F, Bilici R. (2015). Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 26–34.
- Jarlenski M, Krans EE, Chen Q, Rothenberger SD, Cartus A, Zivin K, Bodnar LM. (2020). Substance use disorders and risk of severe maternal morbidity in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 216(August), 108236.
- Kahyaoglu S, Özel Ş, Engin-Üstün Y, Erdöl C. (2018). Gebelik ve Sigara Bırakma. *Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1), 24–27.
- Kaya Y, Şahin N. (2013). Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 3–7.
- Kılıç FS. (2017). Opioidler, Ağrı, Opioidlerin Suistimali ve Yanlış Kullanımı. *Osmangazi Jour-*

nal of Medicine, 39(3), 125–129.

Koçak DY, Hotun Şahin N, Büyükkayacı Duman N. (2015). Alkol ve Sigara Bağımlılığı, Kadın Sağlığına Etkileri ve Hemşirelik Girişimleri. Literatür Sempozyum Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi, 1(5), 43–47.

Madkour AS, Clum G, Green J, Latimer J, Schmidt N, Johnson C, Kissinger P. (2022). Patterns and correlates of substance use among young adult African American women. Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 21(1), 197–215.

McCartin M, Cannon LM, Harfmann RF, Dalton VK, MacAfee LK, Kusunoki Y. (2022). Stigma and Reproductive Health Service Access Among Women in Treatment for Substance Use Disorder. Women's Health Issues, 32(6), 595–601.

McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. Clinical Psychology Review, 66(November 2017), 12–23.

McHugh RK, Wigderson S, Greenfield SF. (2014). Epidemiology of substance use in reproductive-age women. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 41(2), 177–189.

Nacar G, Hazar S, Selçuk EB, Timur S. (2023). Sigara Kullanan Kadınların Gebelik Planlarında Sigara Bırakma Öngörülerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 32(1), 137–144.

National Institute on Drug Abuse (NIH). (2020). Substance Use in Women Research Report. Oei JL, Kingsbury A, Dhawan A, Burns L, Feller JM, Clews S, Falconer J, Abdel-latif ME. (2012). Amphetamines the pregnant woman and her children : a review. Journal of Perinatology, 737–747.

Özbay A, Gültekin S. (2023). Madde ile ilişkili Bozukluklar: Kısa Bir Gözden Geçirme. Social Sciences Research Journal (SSRJ) Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, 2023(7), 803–814.

Patel PH, Burow CA. (2023). The Physiological, Cognitive, and Developmental Effects of Prenatal Caffeine Consumption on Foetal Pregnancy Outcomes. Undergraduate Research in Natural and Clinical Sciences and Technology Journal, 7(7), 1–12.

Prince MK, Daley SF, Ayers D. (2023). Substance use in pregnancy. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan– . erişim: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31194470/>

Rounds M, Cressman AM, Natekar A, Kim E, Koren G, Bozzo P. (2014). Cocaine Abuse During Pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 36(7), 628–631.

Saçaklı G, Odabaş D. (2023). Substance abuse in women. Advances in Women's Studies, 5(2), 44–48.

Salemi JL, Ahsan S, Modak S, Fields-gilmore JAR, Mejia MC, Grubb D, Zoorob RJ. (2020). The association between use of opiates , cocaine , and amphetamines during pregnancy and maternal postpartum readmission in the United States : A retrospective analysis of the Nationwide Readmissions Database. Drug and Alcohol Dependence, 210(107963).

Sengpiel V, Elind E, Bacelis J, Nilsson S, Grove J, Myhre R , Haugen M, Meltzer HM, Alexander J, Jacobsson B, Brantsæter A. (2013). Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results from a large prospective observational cohort study. BMC Medicine, 11(42), 11–18.

Soleimani F, Dobaradaran S, De-la-Torre GE, Schmidt TC, Saeedi R. (2022). Content of toxic components of cigarette, cigarette smoke vs cigarette butts: A comprehensive systematic review. Science of the Total Environment, 813, 152667.

Sonmez D, Aksu H. (2018). Smoking status and effects of happiness on smoking in turkish pregnant women. European Journal of Therapeutics, 23(4), 138–145.

Stover MW, Davis JM. (2015). Opioids in pregnancy and neonatal abstinence syndrome. Seminars in Perinatology, 39(7), 561–565.

Sugarman, D.E., Meyer, L.E., Reilly, M.E., Greenfield, S.F. Women's and men's experiences in group therapy for substance use disorders: A qualitative analysis. American Journal on Addictions, 31(1), 9-21

Tarhan P, Yılmaz T. (2016). Gebelikte Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3(3), 140.

Tezcan S, Kavlak O. (2012). Gebelik Öncesi Sigara İçen Kadınların Gebelik Döneminde Sigara İçme Durumlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dergisi, 28(2), 55–62.

The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022). Booklet 2 - Global overview of drug demand and drug supply. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022_booklet-2.html adresinden erişildi.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2022). Türkiye Uyuşturucu Raporu. [https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUBİM/Ulusal Yayınlar/Turkiye-Uyusturucu-Raporu-2022.pdf](https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUBİM/Ulusal-Yayınlar/Turkiye-Uyusturucu-Raporu-2022.pdf) adresinden erişildi.

Vitti F, Grandi C, Cavalli R, Simões V, Batista R, Cardoso V. (2018). Association between Caffeine Consumption in Pregnancy and Low Birth Weight and Preterm Birth in the birth Cohort of Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(12), 749–756.

Yazici AB, Yuvaci HU, Yazici E, Caliskan EH, Cevrioglu AS, Erol A. (2016). Smoking, alcohol, and substance use and rates of quitting during pregnancy: Is it hard to quit? *International Journal of Women's Health*, 8, 549–556.

BÖLÜM 4.2

Çocuk, Ergenlik ve Bağımlılık

Doç. Dr. Bedriye AK

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

4.2.1. Bağımlılık Tanımı

4.2.2. Bağımlılıkta Ergenlik Döneminin Önemi

4.2.3. Teknoloji Bağımlılığı

4.2.4. Madde Bağımlılığı

4.2.5. Tütün Bağımlılığı

4.2.6. Önleme Programları

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Çocukluk dönemi olarak kabul edilen 0-18 yaş, insan yaşamının önemli bir dönemidir. Bu dönem büyüme ve gelişmenin olduğu ve her türlü riske açık bir dönemdir (Arabacı vd., 2017). Günümüzde birçok çevresel faktör, çocuklara zarar verebilmektedir (Sağlam 2024). Çocuk ve ergen sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, giderek artan ve çeşitlenen bağımlılık türlerinden korumada yer almaktadır (Benli vd., 2018). Bağımlılık, çocuğun başta yaşama, gelişme ve sağlık hakları olmak üzere bütün haklarını olumsuz etkileyen bir çocuk hakları ve insan hakları sorunudur (Çocuk Vakfı, 2021).

Dijital dünya, insan hayatında önemli etkiler yaratmakta; sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel yapıyı dönüştürmektedir. Bu gelişmeler hızla devam etmekte ve bu gelişmelerin gelecekte daha da artacağı öngörülmektedir (Sağlam, 2024). Değişen dünya ve çevresel koşullarla birlikte bağımlılık türleri çeşitlenmekte ve yaş grubuna göre de değişebilmektedir. Bu bölümde, teknoloji, madde ve tütün bağımlılığı ele alınmıştır.

4.2.1. Bağımlık Tanımı

Türk Dil Kurumuna göre bağımlılık “bir şeye veya bir kimseye bağlı olma durumu” olarak tanımlanmakta olup bağımlılık bir süre mutlu eder, sonra alışkanlık olur, sonra baskıya dönüşür (Türk Dil Kurumu, 2024). Bağımlılık, bir madde ya da davranışı kullanmayı bırakamama veya kontrol edememe şeklinde tanımlanmaktadır (Ektircioğlu vd., 2020).

Bağımlılık, risk faktörleri, nedenleri ve sonuçları açısından oldukça komplike anlaşılması güç bir yapıya sahip olduğu kabul edilmekle beraber başlıca üç önemli ve temel özelliği olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu özelliklerden ilki “bağımlı olunan şeye karşı” çok güçlü bir istek duyulması, ikincisi zaman kontrolünün kaybedilmesi ve son özellik olarak da ısrarcı olunmasıdır (Benli ve vd., 2018:13). Kontrolsüzce kullanılan her madde ya da gerçekleştirilen her davranış bağımlılık oluşturma riski taşımaktadır (Yeşilay, 2024). Bağımlılık ile yapılan başka bir tanım ise “bir nesneye, kişiye ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya başka bir iradenin altına girme durumu olarak tanımlanabilir ve insanın zihinsel aktivitesi ile ilişkili anormal veya olumsuz bir durumun sonucudur” (Bulut ve Yeşilkayalı, 2020). Literatürde, bağımlılık; psikolojik, nörolojik, genetik ve sosyoekonomik boyutlarla ele alınan karmaşık bir olgu; remisyon ve nüks dönemlerinin yaşandığı kronik bir beyin hastalığı olarak da tanımlanmaktadır (Erdemir ve Demirezen, 2021:71). Bileşenler modeli’nde bağımlılık, belirginlik, duygu durum değişimi, tolerans, yoksunluk, çatışma ve nüks etme bileşenlerinin toplamı olarak açıklanmaktadır. Bu bileşenlerin hepsinin bir kişide mevcut olması, bağımlılığın varlığını gösterir. Aynı zamanda bu kriterler bağımlılığın doğasının hem fiziksel hem de çevresel yönlerini içermektedir (Sharma, 2021).

Bağımlılık denildiğinde çoğumuzun ilk aklına sigara, alkol ve maddeler gelirken, günümüzde internet, dijital oyunlar ve yeme gibi davranışsal bağımlılıklar da sıklıkla gündeme gelmektedir (Benli vd., 2018:13; Bulut ve Yeşilkayalı, 2020; Aktan vd., 2018). Davranışsal bağımlılıklar, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı dışında kalan yineleyici ve ödüllendirici davranışların bir sonucu olarak gelişir (Yeşilay, 2024). Bu bozukluklar, çevrim içi ve çevrim dışı davranışlar olarak ortaya çıkabilir. Bağımlılığın türü ne olursa olsun kişiyi sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden etkilemektedir. Bağımlılığın sağlığa verdiği zararların yanı sıra çoğu zaman kişinin ailesine, içinde bulunduğu çevreye ve toplumun tamamına yansıyan hukuki, sosyal ve ekonomik

sorunları da beraberinde getirmektedir (Emniyet Genel Müdürlüğü [EGM] Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı [NSB], 2023). Bağımlılık, aniden gelişen bir hastalık değildir, belirli bir süreç içinde yavaş yavaş gelişir ve çoğu kez bu sürecin farkında bile olunmayabilir. Bağımlılık süreci, iç içe geçmiş ve birbiriyle sürekli etkileşim halinde olan döngüsel bir niteliktedir (Bulut ve Yeşilkayalı,, 2020).

4.2.2. Bağımlılıkta Ergenlik Döneminin Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergenlik dönemi 10-19 yaşları arasındaki dönem olarak tanımlamaktadır. Dünya nüfusunun altıda birini adölesan grup oluşturmakta ve nüfusun %90'nına yakınının yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde 2050 yılına kadar da bu nüfusun artacağı öngörülmektedir (World Health Organization [WHO], 2023). Türkiye'de 10-19 yaş grubu nüfus verisi bulunmamakla birlikte Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2022 yılı nüfus verilerine göre toplam nüfusun %12,05'ini 10-17 yaş grubu oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2022). Ergenlik dönemi, çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş olarak kabul edilmektedir (Yiğit ve Ügücü, 2020:157). Ergenlik döneminde, soyut düşünme becerisine paralel olarak göreceli bakış açısı ve yansıtıcı düşünce gelişir (Üstündağ, 2022). Ergenlik döneminde bağımsızlık ve sosyal üretkenlik önem kazanmakta olup ergen bu dönemde birçok riske de açık hale gelmektedir (Parlaz vd., 2012).

Ergenlik döneminde yaşanan duygusal ve ruh halindeki değişimler, düşük dürtü kontrolü gibi durumlar hem hormonal hem de çok yönlü sosyal stres faktörlerinin bir arada olması nedeniyle görülmektedir (Üstündağ, 2022). Hızlı fiziksel, bilişsel ve psikososyal büyüme ile karakterize olan ergenlik dönemi madde kullanımı, sigara kullanımı, güvenli olmayan cinsel aktivite gibi riskli sağlık davranışlarının en az bir kez deneyimlenebildiği bir dönemdir (WHO, 2023). Ergenler bu dönemde, öz-kontrol ve değerlendirme yeteneği tam olarak gelişmediği için riskli davranışlara eğilimlidirler. Bu eğilimin nedeni duyguları düzenleyememe ve dürtüselliğidir. Ergenlikte, duyguları düzenlemeye yardımcı olan psikososyal kapasiteler tam olarak gelişmemiştir; bu da sağlık riski ile ilgili risk alma davranışlarını artırmaktadır. Dürtüselliği yüksek olan gençler arasında alkol alma, sigara içme, esrar kullanma davranışlarına karşı risk artmaktadır (Erdemir ve Demirezen, 2021:71). Ayrıca, çocuklar bu dönemde kendi sağlıklarını ve çevrelerindeki insanların sağlığını koruyacak veya riske atacak davranış kalıplarını geliştirirler (Şanver ve Özvarış, 2023,).

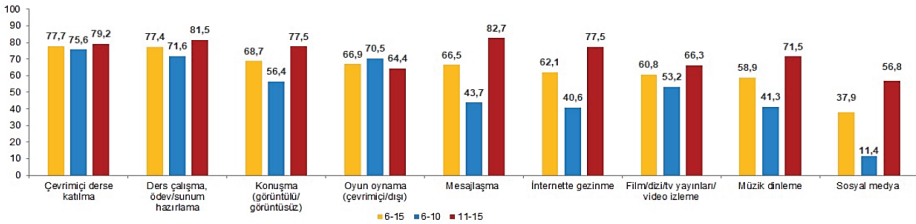
Gelişim dönemi itibarıyla ergenlik, duygusal dalgalanmaların ve kimlik bunalımının yaşandığı, arkadaşlığın ve sosyal çevrenin önemli olduğu bir dönemdir (Ektiricioğlu vd., 2020). Akran ilişkilerinin ön plana çıktığı ergenlik döneminde akran ilişkileri, riskli davranışlarda bulunmaya karşı koruma sağlamanın yanı sıra bu riskli davranışları teşvik etme potansiyeline de sahiptir. Ergenler özellikle madde, sigara, alkol kullanımında akranların etkisi altında kalabilmektedir. Akranları tarafından onaylanma ve kabul bu dönemin önemli özelliklerindedir (Şanver ve Özvarış, 2023; Parlaz vd., 2012; Yiğit ve Ügücü, 2020:159). Bağımlılık oluşturabilecek davranışların (sigara, madde kullanımı vb.) gelişiminde, ergenlik döneminin özelliği olan akranlar tarafından kabul görme davranışının yanı sıra akran çatışmaları ve yalnızlık gibi sorunların yarattığı olumsuz duygularla baş etmek için kullanılması da katkı sağlamaktadır (Şanver ve Özvarış, 2023). Riskli davranışların görüldüğü ergenlik dönemi internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı vb. teknolojik bağımlılıklar açısından da kritik bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Ektiricioğlu vd., 2020; Üstündağ, 2022).

4.2.3. Teknoloji Bağımlılığı

Teknoloji bağımlılığı davranışsal bağımlılıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Davranışsal bağımlılık, hiçbir maddenin dahil olmadığı bir durumda aşırı yemek yeme, egzersiz yapma ve oyun oynama gibi belirli davranışlara olan bağımlılığı ifade ederken, internet gibi medya ile ilgili bağımlılıklar bazen video medyası veya teknolojik gelişim alanı genişledikçe teknoloji bağımlılığı olarak sınıflandırılmaktadır (Jeong vd., 2022).

21. yüzyılda çocuk ve gençlerden bilgi, medya ve teknoloji okuryazarlığı, öğrenme ve yenilik, yaşam ve kariyer becerileri kazanması beklenmektedir. Tüm bunlar teknolojinin doğru kullanımıyla mümkündür (Benli vd., 2018:7). Ekran karşısında internet aracılığıyla yüz yüze etkileşim, popüler bir kişilerarası iletişim yöntemi haline dönüşmüş olup çocukların da eğitimleri ve sosyal ilişkileri ekran ile yürütülebilmektedir (Üstündağ 2022). Teknoloji ile ilgili araçları kullanmaya başlama yaşı giderek düşmektedir (Ayar, 2021:38). Günümüz çocukları Z kuşağı olarak bilinmekte olup teknolojinin içine doğmakta ve bu kuşak “dijital yerliler” olarak adlandırılmaktadır (Bayzan vd., 2024). Dijital yerliler olan çocuklarımız teknolojinin birçok yararlarından faydalanırken zararlarına da maruz kalır.

Dijital teknolojileri, çocukların günlük yaşamına girmesi kaçınılmaz olmakla birlikte çocukların bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimleri üzerindeki etkisi de giderek daha yaygın kabul görmektedir (Sağlam 2024). Çevremize bakıldığında, ilkokula başlayan çocukların bile artık cep telefonu olduğunu görmek mümkündür. TÜİK'in “Çocuklarda (6-15 yaş) Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması” sonuçlarına göre cep telefonu/akıllı telefon kullandığını belirten 6-15 yaş grubundaki çocukların oranı, 2021 yılında %64,4'tür. Bu oranın 6-10 yaş grubunda %53,9, 11-15 yaş grubunda %75'dir (TÜİK 2021). Çocukların cep telefon kullanımı Grafik 4.2.1'de yer almaktadır.



Grafik 4.2.1. Düzenli cep telefonu/akıllı telefon kullanan çocukların yaş grubuna göre telefonu kullanım amaçları (%), 2021

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2021-41132>

Cep/akıllı telefonlar, çocuklarda potansiyel olarak bağımlılık yapabilecek sohbet, oyun, alışveriş ve sosyal medya gibi birçok farklı içerik türüne erişimi kolaylaştıran mobil bir yoldur (Üstündağ 2022). Ebeveynlerin telefon kullanım davranışları, çocuklar için rol modeli olmaktadır. Bu konuda Kore’de 3615 çocuk ve anne ile yapılan üç yıl süren boylamsal bir çalışmada, hem annelerin hem de çocukların akıllı telefon bağımlılığının zaman içinde önemli ölçüde arttığı ve annenin akıllı telefon bağımlılığının çocuğun akıllı telefon bağımlılığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Jeong vd., 2022). Sosyal öğren-

me teorisine göre, çocuklar ebeveynlerinin davranışlarından etkilendikleri için, çocuklar ebeveynlerinin akıllı telefon kullanımını öğrendiklerinde ve taklit ettiklerinde bağımlılık olasılığı da artmaktadır (Kim vd., 2022).

Bilindiği gibi cep telefonu kullanımı, internete erişimi kolaylaşmaktadır. İnternete erişim ise güvenlikle ilgili risklerin yanı sıra oyun bağımlılığı, internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı gibi teknoloji bağımlılığının gelişimine yol açabilen bir faktördür. TÜİK 2023 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması sonuçlarına göre, 2023 yılında evden internete erişim imkânı olan hanelerin oranı bir önceki yıla göre 1,4 puan artarak %95,5'dir. İnternet kullanım oranı, 16-74 yaş grubundaki bireylerde 2022 yılında %85,0 iken 2023 yılında %87,1'dir. (TÜİK, 2023).

TÜİK'in 2021 yılında "Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması" sonuçlarına göre internet kullanımı, 6-15 yaş grubundaki çocuklar için 2013 yılında %50,8 iken 2021 yılında %82,7'ye yükselmiştir. Düzenli internet kullanan çocukların oranı artarak, hemen her gün internet kullananların oranı %90,1'e ulaşmış olması da araştırmanın diğer önemli bir sonucudur. TÜİK'in 2013 yılındaki araştırma sonucunda bu oranın %45,6'dır (TÜİK 2021). UNICEF'in dünya çocuklarının durumu (2017) raporunda, tüm dünyadaki internet kullanıcılarının üçte birini 0-18 yaş grubundaki çocukların oluşturulduğu bildirilmiştir. Aynı raporda dünya genelinde toplam nüfusun %48'i internete bağlanırken, gençlerin %71'inin çevrim içi olduğu da vurgulanmaktadır (UNICEF 2017). Düzenli internet kullanan 6-15 yaş grubundaki çocuklar, haftalık ortalama 12 saat 25 dakika ders içi, 6 saat 59 dakika ders dışı zamanlarında internet kullandıklarını ifade etmişlerdir (TÜİK 2021). İnternette geçirilen bunca saat ekran maruziyetini de arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, ekran maruziyeti fazla olan çocukların, ekran maruziyeti az olanlara göre iyilik halleri daha düşük bulunmuş; sakin kalma, sorunlarla başa çıkma gibi duygu düzenleme becerilerinin zayıf olduğu ve arkadaşlık ilişkilerinde, ayrıca arkadaş edinmede zorluk yaşadıkları saptanmıştır (Twenge ve Campbell 2018). Ekran maruziyetinin artması internette geçirilen zamanın artması anlamına da gelir ki bu durumda bağımlılığın oluşmasında etkili bir faktördür (Bağatarhan ve Siyez 2017).

İnternetin fazla kullanımının, bir bağımlılık olup olmadığı tartışılmakta iken, artık günümüzde önemli bir davranışsal bağımlılık olarak görülmektedir. İnternet bağımlılığı, istenirse bile internetin başından kalkmama, planlanan kullanım süresinden daha fazla kullanma, internette kalabilmek için yalan söyleme, internet kullanımı yüzünden sorumluluklarını aksatma ve sosyal izolasyon yaşama gibi özelliklerle ile karakterize bir durumdur (Konuk Şener ve Kuzlu Ayyıldız, 2021: 59). İnternet bağımlılığı, bağımlılık yaratan uygulama veya etkinliğin türüne bakılmaksızın bir bütün olarak değerlendirilmektedir (Ektiricioğlu vd., 2020).

Konuk Şener ve Kuzlu Ayyıldız (2021), "Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması-(ICD-10)" ktiterlerine göre internet bağımlılığı semptomlarını ve bu semptomlardan bir yıl içinde en az üç semptomun görülmesi durumunda internet bağımlılığından bahsedilebileceğini vurgulamaktadır;

- İnterneti aşırı kullanma ihtiyacı veya zorunluluğu duyma
- İnterneti kullanmayı bırakmaya çalışırken huzursuzluk, endişe, gerginlik ve sinirlilik gibi belirtilerin görülmesi
- Daha önce daha az zaman alan memnuniyet ve iyiliğe ulaşmak için, internette daha fazla zaman harcanması
- Zararlı etkilerinin farkındalığına rağmen internet kullanımına devam edilmesi
- Gerçek dünyanın ihmal edilmesi (okul-iş, sosyal ve ailevi yaşamı) ve
- İnternet kullanımı ile ilgili davranışların kontrol edilemeyeceğini düşünme (Bkz. Bölüm 2.6) (Konuk Şener ve Kuzlu Ayyıldız 2021 : 60).

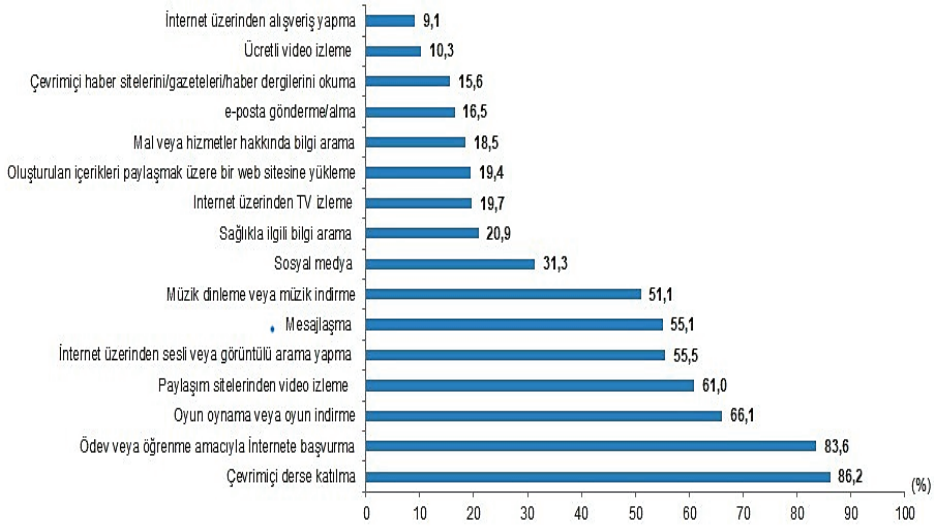
Tablo 4.2.1. Cinsiyete ve yaş grubuna göre çocukların internet kullanımı ve kullanım sıklığı (%)

	6-15						6-10						11-15					
	Toplam		Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın	
	2013	2021	2013	2021	2013	2021	2013	2021	2013	2021	2013	2021	2013	2021	2013	2021	2013	2021
İnternet kullanımı	50,8	82,7	53,7	83,9	47,8	81,5	36,9	78,1	38,3	79,5	35,4	76,7	65,1	87,4	68,9	88,4	61,0	86,4
"İnternet kullanım sıklığı																		
"Hemen her gün	45,6	90,1	48,2	90,5	42,6	89,8	45,1	88,3	50,8	90,0	38,9	86,5	46,0	91,8	46,8	90,9	45,0	92,7
"Haftada en az bir defa	46,2	8,5	44,5	8,4	48,1	8,6	46,7	10,1	41,2	9,2	52,7	11,1	45,9	7,1	46,4	7,6	45,2	6,4
"Haftada bir defadan az	8,2	1,4	7,2	1,1	9,3	1,6	8,2	1,6	8,0	0,8	8,4	2,4	8,2	1,2	6,8	1,4	9,8	0,9
"Düzenli İnternet kullanımı	91,8	98,6	92,8	98,9	90,7	98,4	91,8	98,4	92,0	99,2	91,6	97,6	91,8	98,8	93,2	98,6	90,2	99,1

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2021-41132>

TÜİK 2021 verilerine göre hemen her gün internet kullanan çocukların oranlarına bakıldığında 6-10 yaş grubu için %88,3 ve 11-15 yaş grubun için %90,1 olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.1). Anderson ve Jiang'ın çalışmasında da sürekli ya da gün içerisinde birden fazla kez çevrim içi olan ergenlerin %89 olduğu bulunmuştur (Anderson ve Jiang, 2018). Bu rakamlar çocuklarda internet bağımlılığı gerçeği ile yüz yüze kalınabileceğini göstermektedir. İnternet, çocuk ve ergenlerin kullanım amacına göre değişmekle birlikte, yeni bir kimlik oluşturma, özgür olma, onaylanma, sosyalleşme, sınırsız olma, kendini ifade etmede kolaylık gibi nedenlerle çocuk ve ergenler için ilgili çekici olmakta ve kullanımı da aşırı ve kontrolsüz olabilmektedir (Rebisz ve Sikora 2016). İnternet bağımlılığında internet kullanım süresi önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Bağatarhan ve Siyez 2017).

Türkiye' deki çocukların internet kullanım amaçlarına bakıldığında ilk iki sırada çevrim içi derslere katılma ve ödev yapma alırken, hiç az olmayan oranda %66,1 (Grafik 4.2.2) ile üçüncü sırada oyun oynama veya oyun indirme yer almaktadır (TÜİK 2021).



Grafik 4.2.2. Düzenli İnternet kullanan çocukların İnternet kullanım amaçları, 2021

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2021-41132>

Çocuklar eğlence, heyecan, meydan okuma veya duygusal başa çıkma amaçlı dijital oyun oynamayı tercih etmektedir (Wan ve Chiou, 2006). Son yıllarda ortaya çıkan ve yaygınlığı gün geçtikçe artan bağımlılık türlerinden bir diğeri de dijital oyun bağımlılığıdır. Çocuklar ve ergenler, dijital oyun bağımlılığında risk grubunda olan bireyler olarak değerlendirilmektedir (Benli vd., 2018 : 12). TÜİK (2021) verilerine göre dijital oyun oynadığını belirten 6-15 yaş grubundaki çocukların %94,7'si hemen her gün veya haftada en az bir defa olmak üzere erkek çocukları hafta içi günde ortalama 3 saat 2 dakika, kız çocukları 2 saat 18 dakika, hafta sonu ise erkek çocukları 2 saat 59 dakika, kız çocukları 2 saat 11 dakika dijital oyun oynadığı görülmektedir (TÜİK 2021).

Oyun bağımlılığı, DSM-5'te önerilen oyun bozukluğu tanı kriterlerinden en az beş ya da ya da daha fazlasının bir yıllık bir süre içerisinde görülmesi ile klinik olarak önemli bir bozukluk ve sıkıntıya yol açacak şekilde internetin oyun oynama amacıyla kullanımı olarak tanımlanmaktadır (American Academy of Pediatrics 2013). DSM-5'te İnternet Oyun Oynama Bozukluğu (İnternet Gaming Disorder) için önerilen tanı ölçütleri (Benli vd., 2018 : 14):

- İnternet oyunları ile zihinsel uğraş sergileme.
- İnternette oyun oynamaktan uzaklaştırıldığında yoksunluk belirtileri gösterme.
- İnternet oyunları ile uğraşmak için gittikçe artan miktarda zaman harcamaya ihtiyaç duyma (tolerans).
- İnternet oyunlarına katılmayı kontrol etmede yetersizlik yaşama.
- Oyun oynamanın miktarı konusunda aile üyelerini, terapistleri kandırma.
- Oyunlar dışında geçmişteki hobilere ve eğlencelere karşı ilgiyi kaybetme.

- Psikososyal problemlere karşın oyun oynamaya devam etme.
- Olumsuz bir duygu durumunu hafifletmek ya da durumdan kaçmak için oyun oynama.
- İnternet oyunları nedeni ile bir ilişkiyi, işi, eğitimi veya kariyer imkânını tehlikeye atma.

İnternet kullanımı artıkça sosyal medya kullanımında da artış görülmektedir (Tektaş 2014). Araştırma sonuçları, internet, oyun ve sosyal medya gibi teknolojik ve davranışsal bağımlılık türleri arasında güçlü ilişkiler olduğunu göstermektedir (Andreassen, 2015; Monacis vd., 2017). Ülkemizde 12-15 yaşları arasındaki 248 çocukla yapılan çalışmada, çocukların tamamının akıllı cep telefonu kullandığı, çevrim içi oyun oynadığı, herhangi bir sosyal medya uygulamasını kullandıkları ve sosyal medya ve oyun bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Üstündağ 2022). Sosyal medya araçlarını oldukça hızlı bir şekilde benimseyen çocuklar, sosyal medyanın olumsuz etkilerine karşın daha savunmasız bir grup olarak kabul edilmektedir (Ayar 2021 : 39). Sosyal medyayı kullanan 6-15 yaş grubundaki çocukların %77,7'si hemen her gün kullanmaktadır. Düzenli internet kullanıp hemen her gün veya haftada en az bir defa olmak üzere düzenli sosyal medya kullandığını ifade eden çocukların oranı %94,2'dir. Bu oran, 11-15 yaş grubundaki çocuklarda %95,9 iken 6-10 yaş grubundaki çocuklarda %84,6'dur (TÜİK 2021). Yaşla birlikte sosyal medya kullanım oranların da arttığı görülmektedir ancak Çocukların Çevrim içi Gizliliğini Koruma Yasası (Children's Online Privacy Protection Rule-COPPA)'na göre çocukların sosyal medya platformlarında hesap açılabilmesi için yaş sınırı 13'tür (Montgomery 2018). TÜİK verileri de görmektedir ki bu yaş sınırının altındaki çocuklar sosyal medya kullanmaktadır. Sosyal medya uygulamaları sanal ortamlar oluşturduğu için çocuğun yaşı ile ilgili gerçeğin ayırt edilmesi de zorlaşacaktır (Üstündağ 2022).

İnternet, dijital oyun vb. teknoloji bağımlılığı her geçen gün artmaktadır. Artan bağımlılıkta çok fazla risk faktörü karşımıza çıkmaktadır (Ceyhan 2011; Üstündağ 2022; Augner ve Hacker 2012; Elhai vd., 2017; Konuk Şener ve Kuzlu Ayyıldız 2021 : 61-62; Öner ve Arslantaş 2016, Ektiricioğlu vd., 2020; Randler vd., 2016; Dikeç vd., 2017; Tang, vd., 2014; Wu vd., 2016);

- Düşük benlik saygısı
- Aile ilişkilerinin yetersiz olması
- Olumsuz benlik imajı
- Ebeveynlerin ilgi ve desteğinin yetersiz olması
- Sosyal destek eksikliği
- Aile ile etkin zaman geçirmeme
- Yalnızlık
- Aile içinde tutarsız davranışların olması
- Düşük akademik başarı
- Aile içinde rol dağılımının belirgin olmaması
- Utangaçlık
- Evde sağlıklı ve güvenli bir ortamın olmaması
- Duygusal yetersizlik,
- Rol çatışmasının yaşanması
- Özgüven eksikliği
- Akran ilişkilerinin yetersiz olması
- Depresif duygulanım
- Akran baskısı
- Problem çözme ve stresle baş etme becerilerinin eksikliği
- Cinsiyet (erkek ergenlerin internet bağımlılığı ve dijital oyun bağımlılığı riskleri yüksek iken kızlarda sosyal medya bağımlılığı riski daha yüksektir)

Teknoloji bağımlılığının gelişiminde etkili olabilen risk faktörleri oldukça fazladır. Bu faktörler bireysel, akran ve aile ile ilgidir. Çocuğun yaşamının her alanında ailenin olumlu ve olumsuz etkisi vardır. Aile, çocuğun geleceğine yön verebilmektedir. Çocuğun yaşının artması ile ailenin etkisi, akran etkisi ile birleşerek önemli bir güç oluşturacaktır. Risk faktörlerinin farkında olunması bağımlılığın önlenmesinde anahtardır. Her çocuk ve ergen her bir risk faktörü açısından bireysel, aile, okul ve akran ortamı ile birlikte bütüncül bir şekilde ele alınmalıdır. Ancak bütüncül değerlendirme ve eylem planları ile bağımlılık önenebilir. Bağımlılık geliştikten sonra tedavisi ve etkileri ile mücadele çok daha zor ve uzun süreli olacaktır.

Teknoloji bağımlılığı şemsiyesi altında yer alan internet, dijital oyun ve sosyal medya bağımlılıkları çocuk üzerinde birçok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Bu etkiler hem fiziksel hem de psikososyal olabilmektedir. Bu etkiler şöyle sıralanabilir (Rebisz ve Sikora 2016; Falbe vd., 2015; Elhai vd., 2017; Chern ve Huang 2018; Lu vd., 2018; Benli vd., 2018: 23-24, Ayar 2021:39; Kaya vd., 2018; Ektiricioğlu vd., 2020; Sharma 2021));

Fiziksel etkileri; uyku sorunları, kötü beslenme alışkanlıkları, obezite, kas ve sırt ağrıları, duruş bozukları, boyun ağrıları, kol, parmak ve el ile ilgili sorunlar, yorgunluk, göz kuruluğu, gözde kızarıklık ve sulanma, görme ile ilgili sorunlar.

Psikososyal etkileri; aile, arkadaşlar, okul gibi sosyal çevreden uzaklaşma, sorumlulukları erteleme veya yerine getirmeme, zaman yönetiminde sorunlar, anksiyete bozukluğu, duygu durum bozukluğu, yalnızlık, iletişim problemleri, depresyon, üzüntülü hissetme, öfke, panik atak, sosyal fobi, kişilik bozuklukları, suça karışma, istismara ve siber zorbalığa maruz kalma.

Bilişsel etkileri; akademik başarıda düşme, değerlerde kafa karışıklığı, yazma ve dil becerilerinde bozulma, dikkat eksikliği.

Gerek ülkemizde gerek yurtdışında konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçları, teknoloji ile ilgili bağımlılığının yukarıda belirtilen etkilerini ortaya koymaktadır. Ülkemizde 6-15 yaş grubundaki çocuklarla yapılan çalışmada, ekran başında daha fazla zaman geçirdiği için çocukların %35,9'u daha az kitap okuduğunu, %33,5'i daha az ders çalıştığını, %27,7 ailesi ile daha az vakit geçirdiğini, %25,4'ü arkadaşlarıyla yüz yüze daha az görüştüğünü ve arkadaşları ile daha az oyun oynadığını ve %17,2'si daha az uyuduğunu ifade etmişlerdir (TÜİK 2021). Dijital teknoloji, çocukların fiziksel aktiviteden uzaklaşarak pasif alıcılar olmalarına ve çevreleri ile "temassızlık" yaşamalarına yol açarak, ebeveynler ile çocuklar arasındaki iletişim sorunları ile birlikte disiplinle ilgili anlaşmazlıklar da artmıştır (Sağlam 2024). Yaşları 10-12 arasında olan çocuklarla yapılan çalışmada, günde 4 saat veya daha fazla ekran kullanımı olanların iştahta azalma, uykuya dalmakta zorlanma, bir şeyler yapmaya karşı ilgisizlik, yalnızlık, üzgün veya depresif hissetme, çabuk ağlama, gelecek için umutsuz hissetme gibi olumsuz iyilik hali belirtileri ile pozitif güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (Yang vd., 2013). Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine çeşitli duygusal ve davranışsal sorunlar ile ilk kez başvuran, 13-17 yaş aralığındaki ergenlerle yapılan çalışmada, internet bağımlılığı ile psikiyatrik bozukluklar ve özellikle major depresif bozukluk arasında yakın bir ilişki olduğu bulunmuştur (Hekim vd., 2019). Yurt dışında büyük bir örneklem (n = 120,115) ile yapılan başka bir çalışmada ise, video oyunları oynama, bilgisayar ve akıllı telefon kullanımı gibi ekran maruziyeti olan çocukların mental iyilik halleri ile ekran maruziyet süreleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Przybylski ve Weinstein 2017). Ülkemizde Çınar ve

arkadaşlarının (2017) ergenlerle yaptığı çalışmada internet kullanımı ile siber zorbalık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Cinar vd., 2017).

Teknoloji kullanımı, çocukların sağlıkları ile ilgili sorunlar yaşamasının yanı sıra siber güvenlikle ilgili sorunların yaşanmasına da neden olabilmektedir. Bu sorunlar, pornografik içeriğe maruz kalma, kişisel bilgilerin paylaşımı, hiç tanımadığı kişilerle arkadaşlık ve onların isteklerini yerine getirme, kendi ile ilgili fotoğraf ve videolarını paylaşma gibi güvenli olmayan kullanımlara bağlı olabilmektedir (Ayar 202: 40; Karakuş vd., 2014). Bağımlılık türleri arasında farklılıklar olmasına rağmen, her biri çocuk ve ergen sağlığı üzerinde derin etkiler yaratır. Bu bağlamda, teknoloji bağımlılığının yanında madde bağımlılığı da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.2.4. Madde Bağımlılığı

Literatürde madde, “kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, değişik yollarla alınabilen, duyu durum, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde değişikliğe yol açan her türlü kimyasal” olarak tanımlanmaktadır (Altuner vd., 2009). Başka bir tanıma göre ise madde, bağımlılık da dâhil olmak üzere sağlık ve sosyal sorunlara neden olma potansiyeli olan herhangi bir psikoaktif bileşiktir (Tek, 2021:79). Bağımlılık durumunda maddenin etki süresi farklılık gösterse de zaman geçtikçe önceki etkiyi elde edebilmek için madde kullanımı gittikçe artar ve kişi madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybeder, kullanıma bağlı işlevselliğinde bozulmalar yaşar (Arabacı vd., 2017).

DSM-5'teki sınıflandırmada madde kullanım bozukluğu kapsamında; alkol, kafein, esrar, halüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimulanlar), nikotin ve diğer bilinmeyen maddeler yer almaktadır (Tek, 2021:79). Görüldüğü gibi DSM-5'e birçok madde, bağımlılık yapabilmektedir. Madde bağımlılığı sorunu her geçen gün giderek artan evrensel bir toplum sağlığı sorunudur (Bulut ve Yeşilkayalı, 2020). Madde kullanımı ve bağımlılığı, günümüzde hemen her ülkede, teknoloji alanındaki hızlı gelişmelerle beraber her geçen gün büyüyen uyuşturucu pazarı nedeniyle önemli küresel sorunlardan biri hâline gelmiştir (Aktan vd., 2018). Çocukla ilgili birinci derecedeki risk alanlarından biri olan madde bağımlılığı sınır ötesi dolaşımın en örgütlü yapılarından biridir (Çocuk Vakfı, 2021). Dünyada ve ülkemizde yaşanan çevresel faktörler, çocukların yaşamında önemli değişimlere neden olabilmektedir. Değişen dünyada içinde çocuklarının sağlığını ciddi boyutta etkileyen küresel bir sorun olarak ele alınması gereken madde bağımlılığı toplumlar için birçok tehlikeyi beraberinde getirebilmektedir.

Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin yaklaşık %10'u 15 yaş altında ve %36'sı 15-19 yaş arasında madde kullanmaya başladığı (Tek, 2021:78) düşünülürse ergenlik dönemindeki çocukların madde kullanma açısından riskli bir dönem olduğu görülecektir. Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, dünyada uyuşturucu kullanımı 275 milyon iken kullanımın bağımlılık düzeyindeki sayısı 31 milyondur (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018). Türkiye uyuşturucu raporunda (2023) ülkemiz coğrafyasında görev yapan güvenlik güçleri, uyuşturucu ticaretini bir insanlık suçu kabul eder ve bu suçla mücadeleyi “tüm dünya çocuklarını kendi çocukları olarak gören” bir anlayışla sürdürmekte olup özellikle suçun oluşmasının önlenmesi ve uyuşturucunun sokak düzeyli ulaşılabilirliğinin engellenmesi amacıyla Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı tarafından 2014 yılında uygulamaya konulan NARKOTİM, tüm illerde faaliyet göstermektedir. Türkiye genelinde

2021 yılında 215.771, 2022 yılında ise %14,1 artışla 246.237 olaya müdahale edilmiştir (EGM-NSB, 2023:25,41). Alkol ve Diğer Maddeler Okul Araştırması olarak bilinen ESPAD- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Avrupa'daki okullarda yürütülen çok geniş ölçekli (35 ülke) bir araştırmadır. ESPAD araştırma sonuçlarına göre alkollü içecekler kolay erişim sağlayabilen çocukların oranı %80'dir ve çocukların %33'ü alkol alma deneyimini 13 yaşında önce yaşamaktadır. Araştırmanın diğer bir önemli sonucu ise öğrencilerin %32'sinin esrarı kolayca elde edebilmesi ve %2,4'ünün 13 yaşından önce kullanmaya başlamasıdır. Araştırmada diğer yasa dışı maddelere erişim, ekstazi (%14), kokain (%13), amfetamin (%10) ve metamfetamin (%8,5) esrara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (ESPAD, 2019). Madde kolay erişim madde kullanımında etkili bir faktör olarak kabul edilmektedir (Tek, 2021:81).

DİKKAT

Ergenlerde madde bağımlılığı 4 evrede gerçekleşir:

- 1-Deneysel kullanım; kendilerini araştırmak ve sınamak amacıyla kullanım
- 2-Sosyal kullanım; aile ve arkadaşları tarafından kabul görmek amacıyla kullanım
- 3-Karakterolojik veya operasyonel kullanım; zihnin madde ile devamlı meşguliyeti söz konusudur yalnızlık, yabancılaşma, boşluk ve diğer sorunlarından kaçmak amacıyla kullanım
- 4-Bağımlılık

Ergenin madde kullanımında hangi evrede olduğunu saptamak uygun önleme ve müdahale uygulamalarının yapılabilmesi açısından yardımcıdır (Erdemir ve Demirezen, 2021:72). İstendik olan maddenin hiç kullanılmamasıdır, ancak kullanımı durumunda deneysel kullanım aşaması, erken müdahale için çok önemli bir aşamadır.

DSM- V'e göre madde ile ilişkili önemli sorunlara karşı kişinin maddeyi sürekli bir biçimde kullandığına işaret eden bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bir grup belirtinin varlığı madde bağımlılığı olarak tanımlanmakta ve tanı kriterlerinden en az üçünün varlığı ile tanılanmaktadır. DSM-V göre tanı kriterleri (Kalkınma Bakanlığı 2018:1);

- Bağımlı olunan maddeye karşı son bir yıl içinde tolerans geliştirilmiş olması,
- Yoksunluk belirtileri göstermek ve bundan kurtulmak için bağımlı olunan maddeyi veya benzerlerini almak,
- Düşündüğünden yüksek dozlarda ve uzun dönemlerde maddeyi kullanmak,
- Madde kullanımından kurtulmak veya kontrol altına almak için devamlı çaba içinde olmak,
- Maddeyi bulmak, kullanmak ve etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak,
- Maddeyi kullanmaktan dolayı sosyal, mesleki ve serbest zaman etkinliklerinde azalma veya bu etkinlikleri terk etmek,
- Kullanılan maddeden dolayı fiziksel veya psikolojik sorunların varlığına rağmen madde kullanımına devam etmek.

Madde bağımlılığın önlenmesinde ve erken müdahalesinde risk faktörlerinin bilinmesi ve çocukların bu faktörler açısından izlenmesi hayati öneme sahiptir. Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi madde bağımlılığında da risk faktörleri bulunmaktadır. Risk faktörleri bireysel, ailesel ve toplumsal olarak çok yönlü faktörlerdir (Dilbaz vd., 2011; Tek, 2021:81; Maseko vd., 2020; Yeşilay, 2024; Aktan vd., 2018; Gazioğlu ve Canel, 2018; Çocuk Vakfı 2021; Huynh vd., 2019; Şener Taplak ve Erdem, 2020:19)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| - Sağlıksız aile ortamı | -Yaşam koşulları ile başedememe |
| - Ebeveynle kurulan bağda eksiklik | - İçten denetimli olmadan çok dıştan denetimli olma |
| - Güvensiz bağlanma | - Dayanıksız ve güçsüz bir kişilik yapısı |
| - Etkisiz ebeveynlik | - Kendini değersiz algılama |
| - Kaotik ev ortamı | - Özgüven eksikliği |
| - Aile üyelerinde bağımlılık öyküsü | - Depresyon |
| - Aile içi çatışma, | - Sosyal iletişim becerilerinde yetersizlik |
| - Uygun olmayan disiplin yöntemleri | - Düşük akademik başarı |
| - Düşük ebeveyn takibi | - Duygusal bakımdan olgunlaşmama |
| - Yüksek ekonomik koşullar | - Merak ve heyecan arayışı |
| - Düşük ekonomik koşullar | - Farklı olma isteği |
| - İhmal ve istismar | - Alkol ve sigara gibi diğer maddeleri kullanma |
| - Şiddet | - Arkadaş ortamında kötü alışkanlıkların olması |
| - Sosyal bağların zayıf olması | - Akran baskı |
| - Toplumun bağımlılığa ilişkin tutumu | - Maddeye ilişkin algı ve kolay erişim |

Hiçbir kişisel veya çevresel faktör, bir bireyin madde kullanım bozukluğu için tek başına etkili olmamakla birlikte, çoğu risk faktörü, güvenlik açığını azaltmak için önleyici politikalar ve programlar aracılığıyla değiştirilebilir (Tek, 2021:82). Risk faktörlerine erken müdahale etmek, çocuğun yaşamının yörüngesini problemlerden uzaklaştırıp olumlu davranışlara doğru değiştirmek çoğu zaman müdahaleden daha etkilidir (Bulut ve Yeşilkayalı, 2020). Sosyal alan ve sokak önemlidir. Ayrıca, çok sayıda çocuğun maruz kaldığı ihmal ve istismar sonucu yaşadığı sorunlardan kaçmak için uyuşturucu maddelere yöneldikleri de bilinen evrensel bir veridir (Bkz. Bölüm 6.5) (Çocuk Vakfı, 2021).

Yapılan bir çalışmada, ebeveynin madde kullanımı ve çocuk yetiştirme tarzı, okul iklimi, akranların madde kullanımı, heyecan arayışı ve olumsuz duygusallığın madde kullanımının önemli yordayıcıları olduğu bulunmuştur (Maseko vd., 2020). İlk kullanımda uyuşturucu maddelerin %71,9'unun arkadaş ya da çevreden temin edildiği verisi, arkadaşlarının madde kullanması ve madde kullanımını onaylayan tutumları ergenin madde kullanımında akran grubunun önemini ortaya koymaktadır (Tek, 2021:81). Spesifik risk ve koruyucu faktörlerin potansiyel etkisi yaşla birlikte değişir. Aile içindeki risk faktörleri küçük bir çocuk üzerinde daha büyük etkiye sahipken, bir ergen için uyuşturucu kullanan akranlarla ilişki daha büyük bir risk faktörü olabilir (Bulut ve Yeşilkayalı, 2020). Madde kullanımına karşı aile düzeyindeki koruyucu faktörlerin başında olumlu ebeveyn-çocuk ilişkisi yer almaktadır (NCPC,

2009). Olumlu aile ortamı ve duygusal destek madde kullanımında çocuklar için koruyucu bir faktördür (Botzet vd., 2019).

İlk kullanım yaşı ne kadar erken olursa, yetişkinlikte madde kullanım bozukluğu gelişme olasılığı da o kadar yüksek olmaktadır (Tek, 2021:78). Literatürde, madde kullanımına 16 yaşından önce başlanmasının, akut zarar görme, bağımlılık ve psikiyatrik problemlerin görülme riskini artırdığı vurgulanmaktadır (Tek, 2021:81). Henüz büyüme ve gelişimini tamamlamamış çocuklarda kullanılan maddenin etkisi ile özellikle beyin kimyası değişebilmekte ve birçok fiziksel sorunlarla beraber psikososyal sağlık sorunları görülebilmektedir. Kullanılan maddeye göre değişmekle birlikte etki mekanizması beyinde periferde dopamin ve norepinefrin geri alınımının inaktivasyonunu engelleyerek, katekolamin salımını arttırarak sempatik sinir sistemini uyarma ve beyinden serotonin salımını arttırarak serotonerjik reseptörleri aktive etme şeklindedir (Şener Taplak ve Erdem, 2020:19).

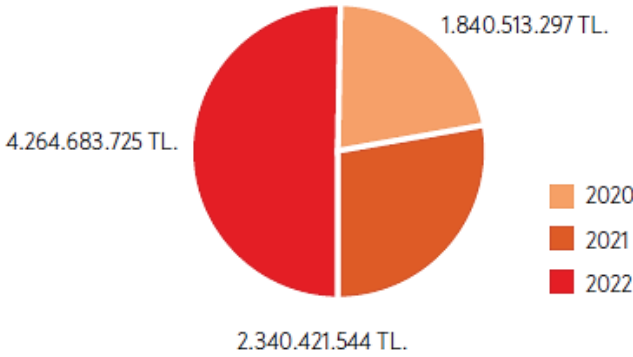
Madde bağımlılığı, çocukta ve ailede bedensel, psikolojik ve sosyal alanlarda çok katmanlı sarmal bir etki yaratır (Bulut ve Yeşilkayalı 2020). Maddeye göre değişmekle birlikte fiziksel etkiler birçok sistemin etkilenmesi sonucu görülür. Madde bağımlılığının fiziksel psikososyal etkileri şöyle sıralanabilir (Tek, 2021;81; Dilbaz vd., 2011:34; Şener Taplak ve Erdem, 2020:20)

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| - Halsizlik | - Uyku bozukluğu |
| - Bitkinlik | - Konuşma güçlüğü |
| - Terleme | - Yüzde kızarıklık |
| - Titreme | - Gastrointestinal sistem yakınmaları |
| - Gözde kanlanma | - Yürüme bozukluğu, dengesizlik |
| - Göz bebeğinde daralma | - Solunum güçlüğü |
| - Akut intoksikasyon | - Duygusal değişimler |
| - Bakımsız dış görünüş | - İlgi-istek kaybı |
| - Bilişsel bozukluklar | - İçe kapanma |
| - Sinirlilik | - Saldırganlık ve şiddet |
| - İlişkilerinde bozulma | - Dalgınlık ve dikkatsizlik |
| - Akademik başarıda düşme | - Ekonomik sorunlar |
| - Aile ile çatışma | - Şiddet uygulama veya maruz kalma |
| - Alkol kullanımı | - Suça sürüklenme, suç işleme |
| - Aileden uzaklaşma | - Arkadaş çevresinin değişimi |
| - Riskli cinsel davranışlar | - İntihar |
| - Toplumsal dışlanma | - Ölüm |

Madde kullanımı ve suça sürüklenme, birbirinin yordayıcısıdır (Arabacı vd., 2017). Ancak uyuşturucuya bulaşan çocuk, suça sürüklenmiş değil korunmaya ihtiyacı olan çocuk olarak görülmelidir (Çocuk Vakfı, 2021). Gelişimini devam ettirmede ve dünyayı keşfetmekte çocuklar yaşadığı ortamın koşulları doğrultusunda yasal olmayan madde ve alkol kullanımına eğilim ve hatta suç işleme davranışına eğilim gösterebilmektedir (Arabacı vd., 2017).

Ruhsal hastalıkların çoğunda olduğu gibi alkol ve madde bağımlılığı için de (birçok ülke de tütün hariç) etiketlemeler çoğu kez; ahlaki açıdan düşük değerlilik, kişilik zayıflığı, kişilik bozukluğu, suç eğilimi gibi olumsuz yargılar şeklindedir (Erdemir ve Demirezen, 2021:72). Bu yargılamalar aileler tarafından çocuklarının madde kullanımına ilişkin inkârın yaşanmasına neden olabilmektedir ki bu durum erken müdahaleyi geciktirebilen önemli bir unsurdur. Ebeveynler, çocuklarındaki davranış değişimlerini ve depresif belirtileri fark ettiğinde, bu dönemin madde kullanımı açısından en riskli dönem olduğunu bilmeli ve çocuklarını bu açıdan değerlendirmelidir ki erken dönemde farklı ve ağır olabilecek maddeleri kullanmasını ve denemesini önlemiş olur (Dilbaz vd., 2011:35-36).

Madde bağımlılığı önemli bir sağlık sorunudur ve tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi sorunun tedavisi, önlemeden her zaman daha maliyetlidir (Tek, 2021:82). Mücadele tedavi ve önlem ile bir bütündür ve maliyetlidir. EGM-NSB'nin verileri de bu maliyetin giderek arttığını Grafik 4.2.3'de göstermiştir (EGM-NSB, 2023:4)



Grafik 4.2.3: Uyuşturucu ile Mücadele Alanında Yapılan Kamu Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Emniyet Genel Müdürlüğü-EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı-NSB. (2023). Türkiye uyuşturucu raporu eğilimler ve gelişmeler. Ankara, :4.

Madde bağımlılığında mevcut programlarda uygulanan ilaç tedavisi yöntemi sadece bir tür detoks işlevi görmektedir. Tıbbi tedavi, çocukların yeniden uyuşturucuya bulaşmaması için önemlidir ancak yetersizdir. Yataklı tedaviye başvuranların % 60,4'ünün daha önce tedavi görmüş kişiler olması tıbbi boyutun yetersizliğinin bir göstergesi iken sokak dâhil sosyal uygulamalarla, tıp ve sosyal hizmetin uyumunun sağlanması ile yaşanan sorunu yönetebilmek mümkün olacaktır (Çocuk Vakfı, 2021).

Gençlerin madde kullanımını önlemek için, aile ortamında erken çocukluk döneminden başlayarak çocuğun duygusal gelişimi güçlendirilmeli, çocuğun madde kullanımına karşı direncinin artırılması ve sosyal becerilerinin geliştirilmesi amaçları doğrultusunda aileler desteklenmelidir (Erdemir ve Demirezen, 2021:73). Madde kullandığından şüphe edilen veya madde kullandığı tespit edilen çocuklar için okul idaresi, öğretmenler ve aile arasında iletişim ve iş birliğini sağlanarak doğru davranış ve yaklaşım ile danışmanlık hizmeti vermeli ve genç ve ailesini bir çocuk psikiyatrisi uzmanına ve tedavi merkezlerine yönlendirme yapılmalıdır (Erdemir ve Demirezen, 2021:72). Bu yönlendirmelerde, çocuk ile iletişimde olan okul sağlığı hemşiresi, öğretmen, ebeveynler ve bazen de akranlara sorumluluklar düşebilmektedir. Okul sağlığı alanında çalışan profesyonellerin ve birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar

çocukları madde kullanımı yönünden değerlendirmeli ve izlemelidir. Bu değerlendirme ve izlemlerin çocuğun yaşamında hayati öneme sahip olduğu unutulmamalıdır.

Birleşmiş Milletler küresel hedeflerinin ilk üçü içinde madde bağımlılığının önlenmesi ve tedavisi yer almaktadır (United Nations Development Goals [UNDP], 2019). Ülkemizde uyuşturucu ile mücadele alanında ulusal kurum ve kuruluşlarca yürütülen faaliyetlere ilişkin bilgi ve veriler en hızlı şekilde toplanarak hızlı ve etkin şekilde politika ve stratejiler oluşturulması hedefi ile “Uyuşturucu Karar Destek Sistemi (UKDS)” kurulmuş ve Nisan 2022 tarihinde kamu kurum ve kuruluşlarından veri akışı sağlanmaya başlanmıştır (EGM-NSB, 2023: 9-10). Uyuşturucu ile Mücadele Uygulaması (UYUMA) projesi (Resim 4.2.1), Eylül 2018 yılında hayata geçirilerek, bildirim yapan kişinin (UYUMA ile bildirim yapanların kimliğinin gizli tutulması yasal zorunluluktur) konum bilgisinin alınması ile 112 Acil Çağrı Birimleri koordinesinde en yakın kolluk birimine aktarılması sağlanarak, olaylara daha hızlı müdahale edilmesi mümkün olmaktadır (EGM-NSB, 2023: 43).



Resim 4.2.1: Uyuma Uygulama Afifi

Kaynak: Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı. Türkiye uyuşturucu raporu eğilimler ve gelişmeler. Ankara – 2023, :44

Ulusal düzeyde madde kullanımını önleme sorumluluğu devlete ait olup, bu sorumluluk Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır” (58. madde) ifadesi ile açıkça yer

almaktadır. Ayrıca Türkiye'nin yasadışı madde için hedef ve transit ülke konumunda olması hem ulusal hem de evrensel düzeyde madde bağımlılığının önlenmesi için büyük sorumluluk getirmektedir (Tek, 2021:82). Ülkemizde alkol kullanımı ve satışına yönelik yasal kısıtlılık bulunmakta, kullanımın ve bağımlılığın azaltılması konusunda kamu ve özel sektörde çalışmalar bulunmakta olup uyuşturucu konusunda 2014 yılına kadar çalışmalar İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü Koordinasyonu tarafından devam etmiş, 2014 yılında Başbakanlık Genelgesi ile Başbakan Yardımcısının başkanlık yaptığı Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu kurularak Uyuşturucu ile mücadele çalışmaları, bu kurulun koordinasyonunda ve Sağlık Bakanlığı sekreteryasında devam etmiştir. Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu 2017 yılında yayınlanan Başbakanlık Genelgesi ile çalışmalar, Adalet, Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, Gıda, Tarım ve Hayvancılık, Gümrük ve Ticaret, İçişleri, Maliye, Milli Eğitim, Sağlık, Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlarının katılımı ile yürütülmüştür (Kalkınma Bakanlığı, 2018:2). Günümüzde bağımlılıkla mücadele çalışmaları 2019 yılında çıkan Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu tarafından organize edilmektedir (Bkz. Bölüm 1.1) (Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu [BMYK], 2020).

4.2.5. Tütün Bağımlılığı

Tütün ve tütün ürünleri anne karnındaki dönemden başlayarak yaşam boyu insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen küresel bir sağlık problemidir (Ok ve Öztürk, 2021:7). Türkiye'de tütün kullanımı oldukça yaygındır ve uzun süreli tütün kullanımı tütün bağımlılığının gelişmesinde etki bir faktördür (Kalkınma Bakanlığı, 2018:8). Ergenler arasında en sık kullanılan maddeler tütün, alkol ve esrardır ve bu maddelerin bir arada kullanımı ile karşılaşılması da olasıdır (Zhu vd., 2023).

Şanver ve Özvarış (2023), 13- 15 yaş arasındaki çocuklarda dünya genelinde her 10 çocuktan en az birinin tütün kullandığını belirtmektedir (Şanver ve Özvarış 2023). Zhu ve arkadaşları (2023), Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, lise öğrencilerinin son bir ay içinde %26'sının tütün kullandığını ifade etmektedir (Zhu vd., 2023). Taylan'ın (2017) ülkemizde 1100 ortaöğretim öğrencisi ile yaptığı çalışmada, sigara içme oranı %28,2 bulunmuştur (Taylan, 2017). Ülkemizde ise Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) 2017 verilerine göre 13-15 yaşlarındaki ergenlerin % 40,2'si en az bir kez tütün ürünü denerken %28'i en bir kez sigarayı, % 24,6'sı nargile içmeyi deneyimlemişlerdir (KGTA-2017). Nargile içimi bazen masum olarak gösterilmekte ancak nargile bağımlılık yapıcı etkiye sahiptir ve sağlık üzerine birçok olumsuz etkisi vardır (Erdemir ve Demirezen, 2021:73). Ergenler arasında kullanım oranı artan nargile, ortak kullanımlar nedeniyle myobacterium tuberculosis, C tipi hepatit, herpes simpleks, AIDS gibi bulaşıcılığı olan inflamasyonlara ve diğer larenks tümörlerinin de beraberinde olduğu birden fazla ağır hastalığa sebep olmaktadır (Ok ve Öztürk 2021:8).

Nargile kullanımı, nikotin bağımlılığına götüren önemli bir geçiş kapısıdır (Erdemir ve Demirezen, 2021:73). KGTA sonuçlarına göre ergenlerin sigara içme durumu %7,7 olarak bulunmuştur. Bu oran 2009 yılında % 8,4 iken 2012 yılında %10,4 yükselmiş ve 2017'de ise düşüş göstermiştir (KGTA-2017). Her gün sigara içen her 10 yetişkinden yaklaşık 9'u sigara içmeyi 18 yaşından önce deneyimlemektedir (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024). Bu sonuç, sigara bağımlılığı ile mücadele önlemlerin çocuk yaş grubunda başlaması ve hedef

yaş grubunun 18 yaş altı grup olması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gelişmiş ülkelerdeki sigaraya karşı açılan davalar ve diğer yürütülen yoğun projeler nedeniyle, tütün endüstrisi her geçen gün daha fazla oranda gelişmekte olan ülkelere yönelmekte olup, yeni içicileri bulup yeni pazarlar oluşturmayı hedeflemektedir. Bu hedeflerinde en iyi kaynakları ise, hiç kuşkusuz uzun vadede müşteri olabilecek olan çocuk ve gençlerdir (Ok ve Öztürk, 2021:8). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) verilerine göre her 100 ortaokul öğrencisinden yaklaşık 1'i (%1,1) her 100 lise öğrencisinden 2'si (%1,9) yaklaşık son 30 gün içinde sigara içtiğini bildirmişlerdir (CDC, 2024). Erken yaşta yani çocuk denebilecek yaşta tütün kullanmaya başlama ergenlik ve yetişkinlik döneminde sağlık sorunlarının hatta bu sorunların ölümcül olmasına bile neden olabileceği vurgulanmaktadır (Şanver ve Özvarış, 2023). KGTA (2017)'sına göre hiç tütün içmeyen ergenlerin %12,9'u sigara kullanmaktan keyif alabileceğini düşünmektedir (KGTA, 2017). Bu veri geleceğin yetişkinleri olan çocukların, sağlıklarının endişe verici olabileceğini düşündürmektedir. Sigara içmeyen bir ergenin, arkadaş çevresi veya bulunduğu ortamda sigara içiliyor olması bir taraftan sigarayı denemeye teşvik edici olabilirken iken diğer taraftan pasif etkilenime de neden olmaktadır. Kalkınma Bakanlığı Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma grubunun raporuna göre dünyada yaklaşık 700 milyon çocuk sigara dumanına maruz kalmaktadır, her yıl yaklaşık 1 milyon kişi de tütün ürünü kullandığı için değil tütün ürünü dumana maruz kaldığı için hayatını kaybetmektedir. Anlaşılabacağı üzere sigara dumanından pasif etkilenme toplum için tehlikeli boyutlardadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Çocukların tütün ürünleri ile tanışma, deneme ve kullanmalarına neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu risk faktörleri Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına göre şöyle sıralanmıştır (KGTA, 2017);

- Kitle iletişim araçlarının tütün ürünü kullanımını normal bir aktivite olarak gösterme şekli, gençlerin bu ürünleri denemek istemesine neden olabilir.
- Gençlerin, bu ürünleri kullanan kendi yaşlarındaki insanları gördüklerinde tütün ürünlerini kullanma olasılıkları daha yüksektir.
- Lise sporcularının, sporcu olmayan aynı yaştakilere göre dumsuz tütün kullanma olasılığı daha yüksektir.
- Bir ebeveyn bu ürünleri kullanıyorsa, gençlerin tütün ürünlerini kullanma olasılığı daha yüksek olabilir.
- Gençlerin nikotine duyarlı olabileceğine ve gençlerin yetişkinlerden daha erken nikotine bağımlı hissedebileceklerine dair kanıtlar vardır.
- Genetik faktörler gençler için sigarayı bırakmayı zorlaştırabilir.
- Hamilelik sırasında sigara içmek, çocuğun gelecekte düzenli olarak sigara içme olasılığını artırabilir.
- Gençlerin sigara içmesi ile depresyon, anksiyete ve stres arasında güçlü bir ilişki vardır.
- Kişisel görüşler: Gençler sigaradan stresle daha iyi başa çıkmak veya kilo vermek gibi olumlu şeyler beklediklerinde, sigara içme olasılıkları daha yüksektir.
- Düşük gelir veya eğitim dâhil olmak üzere daha düşük sosyoekonomik durum.

- Tütün ürünü kullanımına “hayır” demeyi bilmemek.
- Ebeveynlerden destek veya katılım eksikliği.
- Tütün ürünlerinin erişilebilirliği, bulunabilirliği ve fiyatı.
- Okulda kötü performans göstermek.
- Düşük benlik imajı veya benlik saygısı.
- Mağazalarda, televizyonda, internette, filmlerde veya dergi ve gazetelerde tütün ürünü reklamlarını görmek.

Özellikle son zamanlarda tütün bağımlılığı için risk faktörleri arasında sıklıkla vurgulanan en güncel etkenlerden biri de “technophilia”dır, technophilia teknolojinin hızla ilerlemesi ile geliştirilen tütün ürünlerinin teknolojik içerikli tasarlanması ve ergenlerin bu geliştirilen yeni nesil ürünlere uyumu olarak ele alınmaktadır. Flash disk görünümünde şarj edilebilir elektronik tütün ürünleri, görsel olarak teknolojik bir cihaz gibi görünmesinden dolayı öğretmen ve ebeveynler tarafından tütün kullanımını olduğu fark edilemeyebilir. Böylece ergenler bu ürünleri kolaylıkla yanlarında taşıyabilmekte, saklayabilmekte ve arzu ettiklerinde bu ürünleri rahatlıkla kullanabilmektedir (Ok ve Öztürk, 2021:10).

Hastalıkların ve ölüm nedenlerinden biri olan tütün kullanımı, uyuşturucu bağımlılığının aksine toplum tarafından kabul görmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Bu kabul, toplumun tütün bağımlılığına bakış açısını ve yaklaşımını etkileyebilir. Tütün kullanmaya başlayan bir kişinin bırakmasının zor olduğunu düşünen öğrencilerin oranı %36,9’dur. Ayrıca, sigara içmenin kendilerini kutlamalar, partiler ve sosyal ortamlarda daha rahat hissettireceğini belirten öğrencilerin oranı ise %26,2’dir (KGTA-2017). Sigara ile başlayan içiciliğin madde kullanımı ile devam edebileceği hiçbir zaman akıldan çıkarılmamalıdır. Erdemir ve Demirezen (2021) madde bağımlılığı için sigaranın bir geçiş olduğunu şu cümle ile ifade etmiştir; “Sigara ve türevleri bağımlılık yapar; ergenlik dönemindeki gençlerde diğer bağımlılık yapıcı maddelere giriş için kapı görevi görürler; öncelik ergenleri sigaraya ve türevlerine bulaştırmamak olmalıdır” (Erdemir ve Demirezen, 2021:73). Sigara kullanımı ve var olan ruhsal bozukluklar arasında ilişki görülmektedir. Bu ilişki literatürde, sigara içen ergenlerde psikiyatrik bozukluğu olanların, psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre erişkin yaştaki tütün bağımlılığı riskinin daha fazla olduğu ve bu bireylerin daha erken sigara içmeye başladığı, daha yoğun olarak sigara içtiği, sigarayla ilişkili daha fazla tıbbi komorbidite riski taşıdığı şeklinde vurgulanmaktadır (DeHay vd., 2012). Sigara içen tüm ergenler için tütün tüketimi düzeyine bakılmaksızın mümkün olduğunca erken dönemde bırakma girişimlerinin uygulanması gereklidir (Erten vd., 2020). “Günde bir sigara içiyorum, ben bağımlı değilim” algısı doğru bir algı değildir, bağımlılığı belirlemede tütün tüketim düzeyi bir kriter olmayıp erken dönemde yapılabilecek uygulamalara bir engel oluşturabilir.

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV)’nın yetişkinlerle yaptığı araştırmanın verileri hem erkeklerde hem de kadınlarda hiç tütün ürünü kullanmamış olanların oranının hızla düştüğünü ve düzenli sigara kullananların oranının arttığını göstermektedir (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı [TEPAV], 2022). Yetişkin demek bir ebeveyn ya da ebeveyn adayı, öğretmen, rol modeli demektir. Yetişkinlerden, çocukları her türlü zararlı davranışlardan korumaları, rol modeli olmaları, sağlıklı ortamlar oluşturmaları beklenmektedir. Çocuklar geleceğin yetişkinleridir ve daha sağlıklı bir gelecek için ise yetişkinler onlar için sağlıklı ortamlar

oluşturmakla yükümlü kişilerdir. Bunu da iyi bir rol modeli olarak başarabilirler.

Ergenlerin sigara tüketimi sağlık profesyonelleri tarafından her fırsatta sorgulanmalıdır. Bu değerlendirme erken müdahale için oldukça önemlidir. Türkiye çocuk ve genç psikiyatrisi derneğine kayıtlı 850 hekim ile beş (Öğren, Öner, Değerlendir, Yardım et, Örgütle) yaklaşımının kullanımına ilişkin yapılan çalışmada, çocuk ve ergenlere, hekimlerin yaklaşık yarısı (%52,5) sigara içme durumunu sorduğu, %30,9'unun sigarayı bırakma konusunda açık ve güçlü bir mesaj verdiği, %31,4'i sigarayı bırakma istediği konusunda konuştuğu, %30,9'unun sigarayı bırakma konusunda danışmalık hizmeti verdiği bulunmuştur. Ayrıca çalışmada, sigarayı bırakmayı deneyen çocuk ve ergen hastaların tedavi sürecinde ilk hafta içerisinde görüşmeyi sadece %15 hekimin planladığı bulunmuştur (Erten vd., 2020). Çocuk ve ergenlerin her türlü sağlık kontrollerinde, sağlık profesyonelleri sigara kullanma ve erken müdahale uygulamalarını yapma konusunda primer sorumlu kişiler olması gerekir. Çünkü tütün ürünleri, içtikleri binlerce kimyasal madde ve yol açtığı birçok sağlık problemleri ile dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Tütün ürünleri ile ilgili bağımlılıklar ergenlerde akciğer fonksiyonlarında azalma ile birlikte kardiyovasküler sistemde de önemli değişimlere neden olabilmektedir (Gentzke vd., 2020). Tütün kullanımının erken yaşlarda başlaması, çocukların tütün ürünlerinin zararlı etkilerine daha fazla maruz kalmasına yol açmakta ve ilerleyen yaşamlarında ciddi sağlık sorunlarıyla karşılaşma riskini artırmaktadır. Ayrıca, bu durum, çocukların ileriki yaşantılarında kanser gelişme riskini de yükseltmektedir. Büyüme gelişme döneminde olan çocuklarda, sigaranın endokrin sistemi etkilemesi ve osteoblast işlevlerini bozması nedeniyle büyüme gelişme de etkilenmektedir (Ok ve Öztürk, 2021:8).

Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun ile 18 yaşından küçük çocuklara sigara satılmasını ve tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yapılması yasaklanmıştır. Ayrıca tütün ürünü ihtiva eden ve etmeyen nargile ile benzerlerinin 18 yaşını doldurmamış kişilere satılması ve onların tüketimine sunulması da yasaklanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2018:9). Son yıllarda kanunun uygulanması konusunda önemli başarılar elde edildiği günlük yaşamda da görülebilmektedir. Ülkemizde tütün endüstrisinin satış politikaları ve toplumda tütün kullanımının yaygın olması, tütünle mücadele konusundaki kazanımların aratarak devam etmesi gerektiği ve bu kazanımların devamlılığı için kurum ve kuruluşlarla işbirliğinin sürdürülmesi oldukça önem arz etmektedir.

Her bir bağımlılık öncelikle bir deneme ile başlar daha sonra alışkanlık ile devam eder. Alışkanlıklar ise bağımlılığa dönüşebilir. Bağımlılığa müdahale, alışkanlıkların bağımlılığa dönüşmeden müdahale edilmesini içermelidir. Bağımlılıkla mücadelede başarılı olma, öncelikle önleme müdahalelerine, projelerine ve uygulamalarına yer verilmesi ile mümkün olabilir.

4.2.6. Önleme Programları

Bağımlılığa biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilenimleri olan bir hastalık gözü ile bakmak, bağımlılığı önleyici, iyileşmeyi destekleyici program ve politikaları zenginleştirmesini, toplumun sağlığının korunmasını ve güçlendirmesini sağlayacak (Erdemir ve Demirezen, 2021:70) bir yaklaşımı benimsenmesi müdahalede başarıyı getirecektir. Bağımlılığın tedavi ve müdahalesi, çocuğun her türlü tehlikeden korunmasını içerecek şekilde planlanmalıdır. Neden-sonuç ilişkilerine dayalı çok yönlü, çok bileşenli ve çok paydaşlı bir ekosistem kurulması (Çocuk vakfı 2021) ve bu

yaklaşım ile hareket edilmesi önleme planının temel noktası olmalıdır. Bağımlılıkta ekolojik model, kullanılan yaklaşımlardandır (Sharma 2021). Ekolojik modelde, temel amaç çocuğun gelişmesi, büyümesi ve potansiyellerinin belirlenmesidir. Modelde merkezdeki çocuğun gelişimi, sosyo-kültürel katmanların (mikrosistem, mezosistem, ekosistem ve makro sistem) birbiri ile ilişkisi doğrultusunda olacaktır. Bu gelişim süresinde çocuk, her bir katmandan ve katmanların birbiri ile ilişkisinden etkilenecektir (Bulut ve Yeşilkayalı, 2020). Ekolojik modelde büyük etkiye sahip olan ailenin de içinde bulunduğu “Aile ve Çocuk Koruma Sistemi” gibi sistemler, bağımlılıkla mücadele de önemlidir. Aile ve Çocuk Koruma Sistemi’nin sosyal yardımla sınırlı olmayan, hak temelli sosyal hizmet anlayışına dayanan, önleyici hizmetleri kurumsallaşmış, yeterli bütçe ve donanımlı insan kaynağına sahip bir koruma sistemi şeklinde olması gerektiği vurgulanmaktadır (Çocuk Vakfı 2021).

Yaşamın her alanına giren dijital araçlar günlük yaşamı olduğu kadar eğitim ve öğretim süreçlerini de doğrudan etkileyerek çocukların yaşamında sürekli daha fazla yer almakta, bu da çocukların dijital araç kullanımını sürekli arttırmaktadır (Sağlam 2024). Teknoloji bağımlılığı konusundaki en önemli müdahalelerden biri ekran maruziyetini azaltmak olduğu unutulmamalıdır. Bu müdahalede ebeveynler primer kişilerdir. Bu bağlamda literatüre yeni bir kavram olan “dijital ebeveynlik kavramı” girmiştir. Dijital ebeveynlik kavramı, çocukların tüm gelişim alanları (fiziksel-sosyal-bilişsel-emosyonel) etkileyen dijital araçların (oyun, eğlence, araştırma, vakit geçirme gibi herhangi bir amaç için kullanılabilen her türlü elektronik araçtır) doğru kullanmaları için sahip olmaları gereken özelliklerin barındırıldığı bir kavramdır (Akbaş ve Dursun 2020). Dijital ebeveynlik “dijital çağın gereksinimlerine göre hareket eden, temel düzeyde dijital araçlara hâkim, sonu gelmeyen bir ortam olan dijital ortamlardaki olanakların farkında olan ve çocuğunu bu ortamlardaki risklere karşı koruyabilen, kişi haklarına gerçek hayatta saygı duyulması gerektiği gibi sanal ortamda da aynı şekilde davranılması gerektiğini çocuğuna aşıl原因 ve teknolojik gelişmelere kendini kapatmayan birey” olarak tanımlanmaktadır (Kabakçı Yurdakul vd., 2013: 888).

Dijital ebeveynlik davranışları içerisinde, çocukların teknoloji kullanım kurallarının oluşturulması ve bu kurallara uyulmasının sağlanması, dijital araçların çocuklar tarafından kullanımının izlenmesi, dijital kullanım becerilerinin geliştirilmesi ve eğitim yapılması gibi davranışlar yer almaktadır (Odgers, 2019). Ebeveynlerin bu davranışları sergileyebilmesi için bazı becerilere sahip olması gerekir. Başta temel teknoloji kullanım becerisi, dijital okuryazarlık becerisi, internet ve gizlilik politikaları bilgisi, dijital gelişmeleri takip edebilme beceri gibi beceriler dijital ebeveynlik becerileridir. Bu beceriler, ebeveynlerin farkında olma özelliğini sağlayarak (Sağlam 2024) çocuklarını teknolojinin zararlarından ve bağımlılıktan korumaya yardımcı olacaktır.

Riskli olan çocuklar için psiko-eğitim müdahale programları, bağımlılıkla mücadele yer alan programlardan biridir. Bu programlarda baş etme ve kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi hedeflenmektedir (Berdibaeva vd., 2016). Diğer bir programda gençlik programıdır. Bu program, ergenlerin bağımlılık kavramı hakkında bilgilerini ve farkındalığını arttırmak, duygusal yeterliliği güçlendirmek, akran ilişkileri ön planda olacak şekilde sosyal yeterliliği güçlendirmek, akran baskısına hayır diyebilmede ve uyumu sağlamada davranış yetkinliğini arttırmak gibi çok yönlü bir şekilde risk faktörlerine yöneliktir (Shek vd., 2016).

Bağımlılık önleme programlarının en temel amacı, yeni ve mevcut koruyucu faktörleri güçlendirmek ve değiştirilebilir risk faktörlerini tersine çevirmek veya azalt-

maktır (Bulut ve Yeşilkayalı 2020). Koruyucu ve önleyici çalışmalar kapsamında 2017 yılında uygulanmaya başlanan Okul Destek Projesi; Sosyal ve Ekonomik Destek hizmetinin etkinliğini artırmak, ailelerde çocuk ile ilgili farkındalık oluşturmak, ortaokul ve lise çağındaki çocuklar için akademik, sosyal, kültürel ve sportif etkinlikleri düzenlenerek çocukların boş zamanlarda gelişimlerini destekleyecek ortam ve imkânları sunmak ve toplum kaynaklarına erişimde fırsat eşitliği sağlamayı amaçlamaktadır (EGM 2023:55).

Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) eğitim programı, ülkemizin sosyolojik yapısı, ihtiyaçları ve mevcut eğitim sistemi göz önüne alınarak bağımlılıklarla mücadelede etkin bir program olarak hayata geçirilmiştir. Ülkemizde yaşayan çocuk ve gençlerin daha güvenli ve sağlıklı bir hayat sürdürmelerine katkıda bulunmak amacıyla yeni neslin bağımlılıklarla ilgili bilinç düzeylerini arttırmayı hedeflemektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018:30). TBM Eğitim Programı 2014 yılında Yeşilay tarafından geliştirilmiş olup teknoloji, tütün, alkol ve madde bağımlılığı ve sağlıklı yaşam modüllerinden oluşmaktadır. TBM eğitim programı, başta çocuklar ve gençler olmak üzere toplumun tamamını bu konularda bilgilendirmeyi ve farkındalıklarını artırmayı amaçlayan birincil önleme programıdır. Bu programla, Milli Eğitim Bakanlığı ile 2015 yılında yapılan protokol kapsamında tüm çocuklara ulaşılması hedeflenmiştir (Resim 4.2.2). Millî Eğitim Bakanlığı başta olmak üzere geliştirilen kamu, sivil toplum kuruluşları (STK), özel sektör iş birlikleri ile TBM Eğitim Programı her yıl yaklaşık 10 milyon öğrenciye ve 3 milyon da yetişkine ulaşmaktadır. TBM'de bağımlılığa karşı farkındalık kazanması amacıyla modüller yaş gruplarına özel kitap, broşür, afiş ve video içerikleri ile hazırlanan eğitimleri kapsamakta ve eğitimler anaokulu düzeyinden başlamaktadır (<https://tbm.org.tr>).

MODÜLLER					
Yeşilay Bilim Kurulu dan uzmanlığıyla alan uzmanları tarafından hazırlanmıştır.					
	Anaokulu	İlkokul (1,2,3,4)	Ortaokul (5,6,7,8)	Lise (9,10,11,12)	Yetişkin
Sağlıklı Yaşam	✓	✓	✓	✓	✓
Teknoloji Bağımlılığı	✓	✓	✓	✓	✓
Tütün Bağımlılığı		✓	✓	✓	✓
Alkol Bağımlılığı				✓	✓
Madde Bağımlılığı				✓	✓

Resim 4.2.2. TBM Eğitim Modülleri

Kaynak: Türkiye Bağımlılıkla Mücadele-TBM Eğitim Programı. (2014). Erişim Tarihi: 20.03.2023 <https://tbm.org.tr>

Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programının etkinliğini değerlendirmesine ilişkin 156 kişi (yönetici, öğretmen ve ebeveyn) görüşlerinin alındığı çalışmada, bağımlılıkla mücadele alanında farkındalık oluşturduğu, madde bağımlılığı, teknoloji bağımlılığı ve diğer zararlı alışkanlıklar konusunda bilginin artmasına katkı sağladığı ancak eğitim programının içerik, uygulama boyutu, zamanlama ve ebeveyn desteğiyle ilgili sorunlarının da olduğu bulunmuştur (Aktan vd., 2018). Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Eğitim programı anaokulundan yetişkin gruba kadar tüm kesimleri kapsamaktadır. Her yaş grubu için bağımlılık türüne göre kazanımları vardır. Bu kazanımların sayısı Tablo 4.2.2'de yer almıştır.

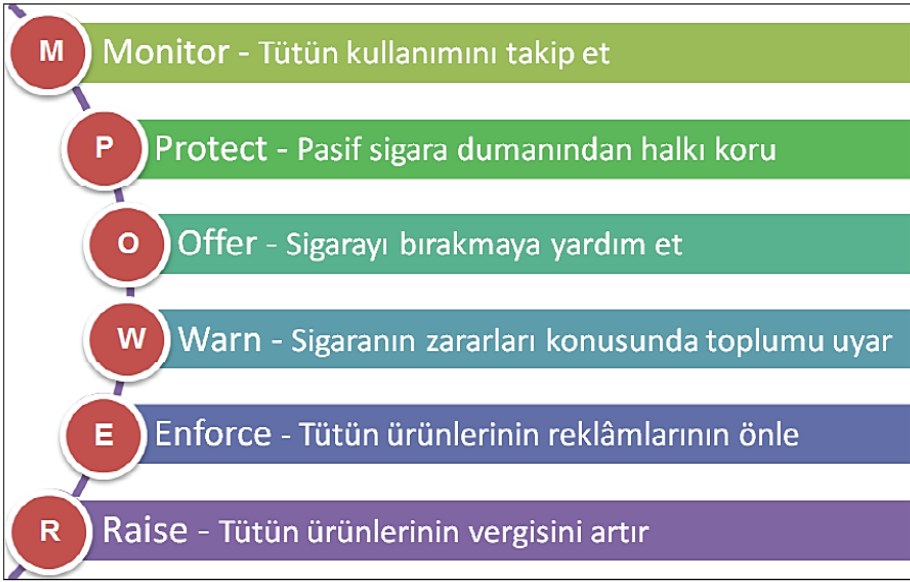
Tablo 4.2.2. Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı'nda Yer Alan Kazanımların Bağımlılık Alanlarına ve Eğitim Kademelerine Göre Dağılımı

Hedef Kitle	Teknoloji Bağımlılığı	Sağlıklı Yaşam	Tütün Bağımlılığı	Alkol Bağımlılığı	Badde Bağımlılığı	Alanın Hedef Kitle Düzeyindeki Toplam Kazanım Sayısı
Anaokulu ve 1. sınıf	73	75	62	63	63	84
İlkokul (2,3,4)	147	141	128	123	123	173
Ortaokul (5,6,7,8)	167	156	147	142	142	197
Lise (9,10,11,12)	161	172	154	157	155	214
Yetişkin	178	165	158	161	159	224

Kaynak: Aktan, O., Yılmaz, M., Yılmaz, M. (2018). Ortaokullarda uygulanan bağımlılıkla mücadele programının etkililiğinin değerlendirilmesine yönelik yönetici, öğretmen ve veli görüşleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 5, 637–664.

Bağımlılık sorunu genç nesilleri tehdit eden ve toplumun geleceğine de zarar veren ciddi bir güvenlik problemidir. 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı kapsamında, uyuşturucu kullanımının önlenmesine yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının öncelikli sorumlusu Millî Eğitim Bakanlığı olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte multidisipliner bir yaklaşımla eşgüdüm içerisinde yürütülen önleme çalışmalarında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Yeşilay Cemiyetinin faaliyetleri bulunmaktadır. (EGM-NSB, 2023:53). Çocukların uyuşturucu maddeye erişiminin tüm yollarının engellenmesi ve uyuşturucu ile mücadele ve madde kullanımına ilişkin bilinçlendirme ve farkındalık eğitimlerinin küçük ölçekte çocuk ve ailelerle, orta düzeyde mahalle ve okullarda örgütlenmeyle ve büyük ölçekte ise programlar ve politikalar geliştirilerek uyuşturucu ile mücadelede ilerleme kaydedilebilir (Çocuk Vakfı, 2021). Okulda Bağımlılığa Müdahale (OBM) programı, zararlı davranışın bağımlılığa dönüşmeden okul temelli önlenmesini kapsamaktadır. OBM kapsamında okul rehberlik ve psikolojik danışmanları, müdahale alanında teknik ve mesleki yetkinliklerini artırıcı eğitimlere katılarak; “OBM Uygulayıcısı” olmakta; risk grubundaki öğrencilere önleyici müdahalede bulunmaktadır. Uygulayıcılarının müdahaleleri sayesinde risk altındaki öğrencilerin sigara, alkol, madde ve riskli internet kullanımı gibi zararlı alışkanlık ve davranışları bağımlılığa dönüşmeden önleme amaçlanmaktadır (EGM-NSB, 2023:65-66).

Tütünle mücadelenin bir ayağı olan ve DSÖ'nün önerdiği M-POWER yol haritası Türkiye'de de yürütülmektedir. MPOWER, DSÖ'nün tütün kontrol çalışmalarına rehberlik etmesi için tüm üye ülkelere önerdiği bir yol haritasıdır. MPOWER politikası, Monitor-Protect-Offer-Warn-Enforce-Raise kelimelerinin kısaltmasından adını almış olup Şekil 4.2.1'de görüldüğü gibi İzle-Koru-Öner-Uyar-Yasakla-Vergilendir şeklinde altı uygulama ile yürütülmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018:12).



Şekil 4.2.1. Dünya Sağlık Örgütü MPOWER Rehberi

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı (2018). Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu. Sağlıklı yaşam ve Bağımlılıkla mücadele Çalışma grubu yayını. Yayın No: Kb: 3024 - Öik: 805. Ankara, :12

Bağımlılığı önleme programlarından bir diğeri de SUCCESS programıdır. SUCCESS, Programı Schools Using Coordinated Community Efforts to Strengthen Students cümlesindeki kelimelerinin baş harflerinden oluşturulmuş bir kısaltma olup “Öğrencileri Güçlendirmek İçin Koordineli Toplum Çabalarını Kullanan Okullar” programıdır. Program, özellikle yüksek riskli öğrenciler için tasarlanmış bir programdır. Program 14-18 yaş grubunda uygulanmakta, önleme ve erken müdahale hizmetleri okullarda, madde bağımlılığı konusunda eğitilmiş profesyoneller ile sağlanmaktadır. SUCCESS programı;

- Önleme eğitimleri; sekiz seanstan oluşan madde bağımlılığı önleme eğitimleri,
- Bireysel ve grup danışmanlığı; yapılan değerlendirmelerden sonra okulda yürütülen 8-12 seans arasındaki bireysel veya grup seansları,
- Ebeveyn programları; ebeveyn eğitim programları aracılığıyla önlemede işbirlikçi ortaklar olarak ebeveynlerin yer alması,
- Daha fazla danışmanlığa, tedaviye veya diğer hizmetlere gereksinimi olan öğrenciler ve ebeveynleri, toplumdaki uygun kurumlara veya hizmet sağlayıcılara yönlendirilmesi (National Crime Prevention Centre [NCPC], 2009).

Önleme müdahaleleri, madde bağımlılığı ile mücadelenin en etkili ve ekonomik yöntemi olarak kabul edilmektedir. Madde bağımlılığını önleme kapsamında; alkol kullanımını yasal yaş sınırına çekerek minimize etme, reçeteli ve reçetesiz ilaçların sadece amaca yönelik kullanımını sağlama, bağımlılık yapan diğer maddelerin yalnızca amaca uygun kullanımını sağlama ve yasa dışı madde ve tütün ürünlerinin hiç kullanılmamasını sağlama bulunmaktadır. Madde bağımlılığı ile mücadelede öne çıkan önleme çalışmalarında ana hedef, kişilerin temel yaşam becerilerini geliştirmelerine imkân vererek daha sağlıklı bir yaşama sahip olabilmelerine yardım

etmektedir (Özbay vd., 2018). Yaşam Becerileri Eğitimi (Life Skills Training -LST), Amerika Birleşik Devletinde 30 yıl önce Botvin tarafından geliştirilen, bağımlılığının önlenmesi ve sağlıklı davranışların geliştirilmesini amaçlayan madde bağımlılığını önleme programıdır (Public Safety Canada 2014). Kanada da Yaşam Becerileri Eğitimi özellikle ortaokulda (6. ve 7. sınıflar) erken dönemde uyuşturucu ve alkol kullanımını hedefleyen okul tabanlı bir önleme programı olarak kullanılmaktadır. Programının temel hedefleri, ergenler arasında madde kullanımını önlemeyi amaçlayan etkinliklerle riskli sağlık davranışlarına karşı güçlendirmeyi şu alanlarda yapmaktır;

- Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımına ilişkin toplumsal baskılara hayır demek için gerekli becerileri öğretmek;
- Olumlu bir benlik imajı geliştirmek;
- Öz güven geliştirmek;
- Anksiyete için etkili baş etme beceriler geliştirmek;
- Madde bağımlılığının sonuçları hakkında bilgi edinmek;
- Riskli sağlık davranışlarını azaltmak ve önlemek için bilişsel ve davranışsal yeterliliği geliştirmek (Public Safety Canada, 2014).

Ülkemizde de Yaşam Becerileri Eğitim Programı (YBE), Yeşilay tarafından Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim (YYBE) Programı şeklinde yürütülmekte olup sağlıklı yaşam, sağlıklı birey, sağlıklı toplum perspektifiyle öğrencinin çok yönlü gelişimini sağlamayı hedefleyerek öğrencilerin bağımlılık riskinden uzak bir yaşam sürmesini, olumlu davranış değişiklikleri ve alışkanlıklar kazanmasını, kendini riskli ortam ve durumlardan korumasını sağlayacak etkinliklerden oluşan okul temelli, koruyucu - güçlendirici bir eğitim programıdır. Programın diğer önleme programlarından en önemli farkı sadece riskli öğrenciyi değil, sağlıklı öğrenciyi de odağına alıp risklere karşı güçlendirmeye çalışmaktadır (Yeşilay[a], 2022).

Bağımlılıkla mücadele ile ilgili farkındalığın artırılmasına yönelik çocuklar ve gençler arasında aktiviteler gerçekleştiren Yeşilay, en etkili dönüşleri Genç Yeşilay kamplarından almaktadır. Kamp etkinliklerini Gençlik ve Spor Bakanlığı, Türkiye İzcilik Federasyonu, Türkiye Kızılay Derneği ve Beyoğlu Belediyesi iş birliği ile gerçekleştirmektedir. Yeşilay bu etkinlikler ile mücadelesine çocukları ve gençleri de dâhil etmiştir (EGM-NSB, 2023:71). Yeşilay tarafından 2022 yılında Bağımlılıklardan Koruyan Aile Rehberi de geliştirilmiştir. Bu rehber, bağımlılıklarla ilgili yaş gruplarına özel bilgileri, önerileri ve uygulamaları içermektedir. Rehber aynı zamanda, aile içi iletişimi güçlendirmek ve çocukların birçok yaşam becerilerini desteklemek için gelişim dönemine uygun çeşitli aile etkinliklerini de içermektedir (Yeşilay[b], 2022).

En İyi Narkotik Polisi; Anne Projesi, 2021 yılından itibaren Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı tarafından yürütülen bir eğitim projesidir (Resim 4.2.3). Projenin hedef kitlesi, anneler ve yetişkin anne adaylarıdır. Bilinçlendirme ve farkındalık eğitimine katılacak anneler; belediyeler, muhtarlar, halk eğitim merkezleri, STK, din görevlileri ve okul aile birlikleriyle koordine kurularak belirlenmektedir (EGM-NSB, 2023:56-57).



Resim 4.2.3: En İyi Narkotik Polisi; Anne Logosu

Kaynak: Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı. Türkiye uyuşturucu raporu eğilimler ve gelişmeler. Ankara – 2023, :57.

Çocuklarda riskli davranışların ortaya çıkmasında temel çevresel etkenlerin aile, okul ve akranlar olduğu bilinmektedir (Şanver ve Özvarış, 2023). Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede aile ortamı ve ebeveynler temel kişilerdir. Çocuk ve ergenlerde bağımlılıkla mücadele, çok boyutlu ve bu boyutlarında mutlaka okul ve akranlarında yer alması gereken uygulamalar ile başarıya ulaşmak mümkün olabilecektir. Birçok kurum ve kuruluş, bağımlılıkla ilgili çocuklara, ailelere ve kamu çalışanlara yönelik farkındalık eğitimleri yürütülmektedir. Ailelere yönelik yapılan eğitimlerde, çocukları korumak ve gelişmelerini daha üst düzeye çıkarmak birincil hedef olarak görülmektedir. Bağımlılığı önlemeye yönelik yaklaşımlara, mutlaka ebeveyn eğitimi de dâhil edilmelidir. Bu eğitimde, ebeveyn- çocuk iletişim becerileri, aile içi etkileşimin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi, etkili baş etme yöntemleri, uyumsuz aile davranışları gibi konulara yer verilmelidir (Ektiricioğlu vd., 2020). Sistematik ve kavramsal temele dayalı aile eğitiminde amaç, anne-babaları beceri sahibi yapmak ve anne-babalığın değişen yönleri hakkında bilgilendirmektir. Bu programların, salt bilgilendirme eğitim programları olmaması gerektiği beceri kazandırmaya odaklı olması gerektiği vurgulanmaktadır (Gazioğlu ve Canel, 2018; Van Ryzin vd., 2016). Bağımlılıkla mücadelede aile eğitim programlarına sadece aileler dâhil edilmemeli, programlar çocuk ve ergenlere yönelik içerik ve uygulamalarla desteklenmelidir (Gazioğlu ve Canel, 2018).

Çocukların yaşamında diğer en önemli bir yaşantı da okuldur. Okul çocuğun sağlıklı davranışlar kazanmasında büyük katkısı olan bir ortamdır. Bu nedenle öncelikle çocukların okul ortamına karşı olumlu duygular geliştirmesi sağlanmalıdır. Yapılan çalışmalarda okulundan memnun olan, okulunu seven öğrencilerin riskli davranış gösterme düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Demanet ve Van Houtte, 2021; Hallinan, 2008). Bağımlılık davranışı, riskli davranışları önce deneme isteği ile başlayıp vazgeçilmez düzeye gelmesi ile sonuçlanır. Bağımlılık davranışının önlenmesi ya da müdahale edilmesinde, riskli davranışları gösterme konusunda etkisi olan okul temelli programların sayısının ve etkinliğinin artırılması önemli bir uygulamadır. Okul tabanlı bağımlılığı önleme programlarının, daha büyük bir resmin

sadece bir parçası olduğu bilinmelidir, daha büyük resim için birden fazla kurumun güçlerini ve kaynaklarını organize edilmesini sağlayan geniş ölçekli, toplum çapında bir çaba gerekmektedir (NCPC, 2009).

Bağımlılıklardan korunmada özellikle akran desteğinin önemli olduğu bilinmektedir (Ektiricioğlu vd., 2020). Bu doğrultuda akran liderliği odağında yapılacak önlemlerle programları etkili bir yöntem olacaktır (Kömür vd., 2017). Bağımlılıkla mücadele toplumun her kesimine görev düşmekte olup özellikle aile ve okul primer sorumlu birimler olmakla birlikte çocuklar ile çalışan her meslek grubunun ve devletin her kurumunun sorumluluğu olduğu da kabul edilmelidir. Özellikle sağlık profesyonellerinin bu konuda sorumluluğunu Erdemir ve Demirezen (2021), ergenler ile çalışan sağlık profesyonellerinin iyi organize olmuş bir müdahale sistemine ihtiyaçları olduğunu, önleme boyutunda sağlık sistemi içinde okul sağlığı hemşireliğinin önemli ve zorunluluk şeklinde vurgulamaktadır.

Özet noktalar

Bağımlılık, çocukların yaşamlarının herhangi bir aşamasında karşı karşıya kalma ihtimali oldukça yüksek bir sorundur. Değişen dünya ile birlikte bağımlılık türleri de değişmekle birlikte her geçen gün madde ve davranış bağımlılık oranları artmakta ve çocukların yaşamında ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Geleceğimiz olan çocukların sağlıklı olması ile sağlıklı toplumlara ulaşılacağı gerçeği kabul ederek bağımlılık gibi çok yönlü ve çok boyutlu sorundan çocukları korumak her toplumun birincil hedeflerinden biri olmalıdır. Korumada önleme programları önemli araçlardır. Önleme programları, risk faktörlerini ortadan kaldırılmayı veya etkisini azaltılmayı amaçlar. Her bir riske yönelik hizmetlerin tek bir koruma sisteminin parçası olacağı şekilde ülke ölçekli bütüncül sistemlerin oluşturulması ve işletilmesi her çocuğun, çocuk hakları çerçevesinde yaşamasını sağlayacaktır.

Risk grubundaki çocuk ve ergenlerin belirlenmesi, belirlendikten sonra onların güçlendirilmesi, risk durumlarının mümkün olduğunca kontrol altına alınması, birey-aile-okul odaklı koruyucu müdahalelerin planlanarak kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde uygulanması bağımlılıkla mücadele genel ve temel bir yaklaşım olarak benimsenmelidir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, Ö. Z., Dursun, C. (2020). Teknolojinin aileye etkisi: değişen ailenin dijital ebeveyn ve çocukları. *Turkish Studies-Social*, 15(4), 2245-2265.
- Aktan, O., Yılmaz, M., Yılmaz, M. (2018). Ortaokullarda uygulanan bağımlılıkla mücadele programının etkililiğinin değerlendirilmesine yönelik yönetici, öğretmen ve veli görüşleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 5, 637–664.
- Altuner, D., Engin, N., Güner, C., Akyay, İ., Akgül, A (2009). Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel bir Araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2009;7(2):87–94.
- American Academy of Pediatrics. (2013). Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132(5), 958–961.
- Anderson, M., Jiang, J. (2018). Teens, social media & technology 2018. Pew Research Center. Erişim tarihi: 12.02.2024 https://www.pewresearch.org/internet/wp-content/uploads/sites/9/2018/05/PI_2018.05.31_TeensTech_FINAL.pdf
- Andreassen, C.S. (2015). Online social network site addiction: A comprehensive review. *Curr Addict Rep.*, 2(2): 175–184.
- Arabacı, L.B., Taş, G., Dikeç, G. (2017). Çocuk ve ergenlerde madde kullanımı, suça yönelme, ruhsal bozukluklar ve hemşirelik bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4):135-144.
- Augner, C., Hacker, G.W. (2012). Associations between problematic mobile phone use and

- psychological parameters in young adults. *Int J Public Health*, 57:437-41.
- Ayar, D. (2021). Teknoloji/ekran bağımlılığı ve hemşirelik yaklaşımları. Öztürk C, editör. *Çocuklarda Bağımlılık ve Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021.38-43.
- Bağatarhan, T., Siyez, D.M. (2017). Ergenlik döneminde internet bağımlılığını önleme programları: Sistematik gözden geçirme. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 4:243-65.
- Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK). (2020). BMYK. Erişim Tarihi: 17.09.2024. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38462/0/bagimlilikla-mucadele-cumhurbaskanligi-genelgesipdf.pdf>
- Bayzan, Ş., Yaman, F. ve Elkonca, F., Gün, A. (2024). Ortaokul ve Lise Öğrencilerinin Dijital Oyun Oynama Alışkanlıkları Raporu. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu Yayını, Ankara.
- Benli, Ü., Kaya, M., Naz, R., Kesgin A.D., Koşar, E., Kızılay, F.N.G., Çerçioğlu, H., Karavuş, S. (2018). Dijital Oyun Bağımlılığı Çalıştayı Sonuç Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Yayını. Ankara.
- Berdibaeva, S., Garber, A., Ivanov, D., Masalimova, A., Kukubayeva, A., Berdibayev, S. (2016). Psychological prevention of older adolescents' interpersonal relationships, who are prone to internet addiction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217:984–89.
- Botzet, A.M., Dittel, C., Birkeland, R., Lee, S., Grabowski, J., Winters, K.C. (2019). Parents as interventionists: Addressing adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99:12433.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC- 2024). Youth and Tobacco Use. Erişim Tarihi: 30.06.2024. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/
- Ceyhan, A.A. (2011). Ergenlerin problemleri internet kullanım düzeylerinin yordayıcıları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18:85-93.
- Chern K.C., Huang, J.H. (2018). Internet addiction: Associated with lower health-related quality of life among college students in Taiwan, and in what aspects? *Computers in Human Behavior*, 84:460-6.
- Cinar, G., Beyazıt, U., Yurdakul, Y., Ayhan, A.B. (2017). Investigation of the relationship between cyber bullying behaviours and internet addiction in adolescents. *Press Academia Procedia*, 4(1):123-8.
- Çocuk Vakfı. (2021). Türkiye'de "uyuşturucu ve çocuk" -genel değerlendirme ve öneriler. *Çocuk ve Medeniyet*. 6 (11): 143-151.
- DeHay, T., Morris, C., May, M.G., Devine, K., Waxmonsky, J. (2012). Tobacco use in youth with mental illnesses. *J Behav Med.*, 35: 139–48.
- Demant J, Van Houtte M. School belonging and school misconduct: The differing role of teacher and peer attachment. *J Youth Adolesc* 2021;41(4):499-514.
- Dikeç, G., Yalnız, T., Bektaş, B., Turhan, A., Çevik, S. (2017). Relationship between Smartphone addiction and loneliness among adolescents. *Bağımlılık Dergisi*, 18:103-11.
- Dilbaz, N., Darçın, E., Nurmedov, S., Nayon, O., Başabak, A.Z., Mordağ, O., Çengel, S.M., Dağ, M. (2011). Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığında Korunma. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara.
- Ektiricioğlu C, Arslantaş H, Yüksel R. Ergenlerde çağın hastalığı: Teknoloji bağımlılığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2020;29(1):51-64.
- Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 207:251–259.
- Elhai, J.D., Dvorak, R.D., Levine, J.C., Hall, B.J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 207:251- 9.
- Emniyet Genel Müdürlüğü-EGM- Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı-NSB. (2023). Türkiye uyuşturucu raporu eğilimler ve gelişmeler. Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı (NSB) Yayınları: 52, EGM Yayın Katalog No: 763, Ankara.
- Erdemir, F., Demirezen, D. (2021). Ergenlik, bağımlılık ve hemşirenin rolü. Öztürk C, editör. *Çocuklarda Bağımlılık ve Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 70-77.

- Erten, T., Yalın Sapmaz, Ş., Güleç, A.G., Hesapçioğlu, S.T., Kandemir, H., Yılmaz, Ö., Yüksel, H. (2020). Awareness and intervention approaches related to smoking addiction among child and adolescent psychiatrists. *Turk Pediatri Ars.*, 55(4): 401–8.
- ESPAD Report. (2019). Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Erişim tarihi: 06.03.2023. https://www.euda.europa.eu/publications/joint-publications/espac-report-2019_en
- Falbe J, Davison KK, Franckle RL, Ganter C, Gortmaker SL, Smith L, Taveras EM. Sleep duration, restfulness, and screens in the sleep environment. *Pediatrics*. 2015;135(2):368- 375.
- Gazioğlu, İ.E., Canel, A.N. (2018). UNODC Madde Bağımlılığını Önlemede Aile Beceri Eğitimi Programları Uygulama Rehberi'nin Türkiye'nin ihtiyaçları açısından incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5, 365–403.
- Gentzke AS, Wang TW, Jamal A, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, Neff L. Tobacco Product Use Among Middle and High School Students - United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 18;69(50):1881-1888.
- Hallinan MT. Teacher influences on students' attachment to school. *Sociol Educ* 2008;81(3):271-83.
- Hekim, Ö., Göker, Z., Aydemir, H., Çöp, E., Din,ç G., Üneri, Ö. (2019). Ergenlerde internet bağımlılığı ve psikopatoloji ile ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22:329-337.
- Huỳnh, C., Morin, A.J.S., Fallu, J. (2019). Unpacking the longitudinal associations between the frequency of substance use, substance use related problems, and academic achievement among adolescents. *J Youth Adolescence*,48:1327-41.
- Jeong, K.H., Kim, S., Ryu, J.H., Lee, S. (2022). A longitudinal relationship between mother's smartphone addiction to child's smartphone addiction. *Int J Ment Health Addict.*, 29:1-12.
- Kabakçı Yurdakul, I., Dönmez, O., Yaman, F., Odabaşı H. (2013). Dijital ebeveynlik ve değişen roller. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 12(4): 883-896.
- Kalkınma Bakanlığı (2018). Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu. Sağlıklı yaşam ve Bağımlılıkla mücadele Çalışma grubu yayını. Yayın No: Kb: 3024- Öik: 805. Ankara.
- Karakuş, T., Çağiltay, K., Kaşıkçı, D., Kurşun, E., Ogan, C. (2014). Türkiye ve Avrupa'daki çocukların internet alışkanlıkları ve güvenli internet kullanımı. *Eğitim ve Bilim*, 39(171), 230-243.
- Kaya, G.N., Bayraktar, D.M., Yılmaz, Ö. (2018). Digital parenting: Perceptions on digital risks. *Kalem Uluslararası Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 131-157.
- Kim, S.H., Jeong, K.H., Ryu, J.H. (2022). The effects of parental smartphone addiction sub-factors on children's smartphone addiction. *The Journal of Humanities and Social Sciences*, 30(1), 31–49.
- Konuk Şener, D., Kuzlu Ayyıldız, T. (2021). Ergenlerde internet bağımlılığının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Öztürk C, editör. *Çocuklarda Bağımlılık ve Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.59-63.
- Kömür, E., Güngör, A., Gündüz, O. (2017). Türkiye'de Çocuklara Yönelik Koruyucu ve Önleyici Politikaları Değerlendirme Çalıştay Raporu. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yayın No: 10, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 05, Ankara.
- Küresel Gençlik Tütün Araştırması- KGTA. (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı Yayını. Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti. Ankara.
- Lu, L., Xu D.D., Liu, H.Z., Zhang, L., Ng, C.H., Ungvari, G.S., An, F.R., Xiang, Y.T. (2018). Internet addiction in Tibetan and Han Chinese middle school students: prevalence, demographics and quality of life. *Psychiatry Research*, 268:131-6.
- Maseko M.M., Sibangilizwe, M., Chisango ,T. (2020). Psycho-Ecological Predictors Patterns of Substance Use among In-school Adolescents in Gweru urban, Zimbabwe. *Journal of Glanings of Academic Outliers*, 9(1):17-40.
- Monacis, L., de Palo, V., Griffiths, M.D., Sinatra, M. (2017). Exploring individual differences in online addictions: The role of identity and attachment. *Int J Ment Health Addict.*, 15(4):

853-868.

Montgomery, K.C. (2018). Büyük veri devrinde çocukların gizliliğinin korunması. Çocuk ve Medeniyet, 1:23-46.

National Crime Prevention Centre-NCPC. (2009). School-Based Drug Abuse Prevention: Promising and Successful Programs. Erişim tarihi: 22.05.2024. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sclbsd-drgbs/index-en.aspx#ch01a>

Odgers C. L. (2019). Why digital tools have not yet revolutionized adolescent health research and what we can do. Journal of Research on Adolescence, 29(3), 675–681.

Ok Y.S., Öztürk, C. (2021). Çocuklarda tütün bağımlılığı ve hemşirelik yaklaşımları. Öztürk C, editör. Çocuklarda Bağımlılık ve Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 7-14.

Öner, K., Arslantaş, H. (2016). Depression, internet addiction and loneliness relations in adolescents of high school students. Jurnal Medical Brasovean, 45-51.

Özbay, Y., Yılmaz, S., Büyüköztürk, Ş., Aliyev, R., Tomar, İ. H., Eşici, H. ... Akyıldız, F. D. (2018). Madde bağımlılığı: Temiz bir yaşam için bireyin güçlendirilmesi. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 5, 81–130.

Parlaz, E.A., Nurdan Tekgül, N., Karademirci, E., Önge, K. (2012). Ergenlik dönemi: Fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. The Journal of Turkish Family Physician, 3(4),10-16.

Przybylski, A.K., Weinstein, N. (2017). A large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents. Psychological Science, 28(2):204-15.

Public Safety Canada (2014). Life Skills Training Program – LST Crime Prevention in Action. Erişim tarihi:22.05.2024. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2014-lfsskl-trng-prgrm/index-en.aspx>

Randler, C., Wolfgang, L., Matt, K., Demirhan, E., Horzum, M. B., Beşoluk, Ş. (2016). Smartphone addiction proneness in relation to sleep and morningness-eveningness in German adolescents. Journal of Behavioral Addictions, 5(3):465–473.

Rebisz, S., Sikora, I. (2016). Internet addiction in adolescents. Practice and Theory in Systems of Education, 11(3):194-204.

Sağlam, T. (2024). Çocuklarda Teknoloji Kullanımı ve Dijital Ebeveynlik. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi, 14(1), 123-129.

Sharma, S. (2021). Internet addiction in children and its effect on mental health. Elementary Education Online, 1 20 (1): 6286-6292.

Shek, D.T.L, Yu, L, Leung, H., Wu, .FK.Y., Law, M.Y.M., (2016). Development, implementation, and evaluation of a multi-addiction prevention program for primary school students in Hong Kong: The B.E.S.T. Teen Program. Asian Journal of Gambling Issues and Public Health, 6:1-17.

Şanver TM, Özvarış ŞB. Adölesan dönemde riskli sağlık davranışları: Ebeveyn, okul, akranların rolü. Sted. 2023, 32(4): 321-327.

Şener Taplak. A., Erdem. E. (2020). Çocuk ve ergenlerde madde bağımlılığı. Polat S, editör. Çocukluk Çağında Sık Karşılaşılan Adli Sorunlar ve Hemşirelik Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 18-24.

Tang, J., Yu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhang, D., Wang, J. (2014). Prevalence of internet addiction and its association with stressful life events and psychological symptoms among adolescent internet users. Addictive Behaviors.;39:744-47.

Taylan, H.H. (2017). Sakarya'daki liselerde madde kullanımını etkileyen demografik değişkenler. The Journal of Academic Social Science Studies, 57:457-70.

Tek, S. (2021). Madde bağımlılığı ve hemşirelik yaklaşımları. Öztürk C, editör. Çocuklarda Bağımlılık ve Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 78-84.

Tektaş, N. (2014). Üniversite öğrencilerinin sosyal ağları kullanımına yönelik bir araştırma. Journal of History School, 7(17): 851-870.

Türk Dil Kurumu -TDK. (2024). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim Tarihi: 01.03.2024. <https://sozluk.gov.tr/>

Türkiye Bağımlılıkla Mücadele-TBM Eğitim Programı. (2014), Erişim Tarihi:02.03.2023.

www.tbm.org.tr

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı- TEPAV. (2023). Tütün Kontrolü Politikaları İzleme Bülteni. 4:1-18.

Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK. (2021). Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Erişim Tarihi: 06.11.2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilism-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2021-41132>

Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK. (2022). İstatistiklerle Çocuk. Erişim tarihi: 15.09.2023, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,7%27sini%20k%C4%B1z%20%C3%A7ocuklar%20olu%C5%9Fturdu>

Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK. (2023). Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması. Erişim Tarihi: 13.12.2023. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilism-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2023](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilism-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2023) .

Twenge, J.M., Campbell, W.C. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12:271-83.

UNICEF. (2017). Dünya Çocuklarının Durumu: Dijital bir dünyada çocuklar. Erişim Tarihi: 03.04. 2024 https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/SOWC_2017_SUM_TR.pdf

United Nations Development Goals- UNDP. (2019). Decade of Action. Erişim tarihi: 06.03.2023. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/stories/decade-of-action.html>

United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC. (2018). Executive summary conclusions and policy implications. Erişim tarihi: 18.02.2023 https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf

Üstündağ, A. (2022). Çocukların sosyal medya, akıllı telefon ve oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*;23(3):316-326.

Van, Ryzin., M.J., Roeth, C.J., Fosco, G.M., Lee, Y.K., Chen, I.C. (2016). A component centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72–80.

Wan, C.S., Chiou, W.B. (2006). Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *Cyberpsychol Behav.*, 9(6): 762–766.

Wasinski, A., Tomczyk, Ł. (2015). Factors reducing the risk of internet addiction in young people in their home environment. *Children and Youth Services Review*, 57:68-74.

World Health Organization-WHO. (2023). Adolescent health, overview. Erişim tarihi: 15.11.2023. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2

Wu, J.Y.W., Ko, H.C., Lane, H.Y. (2016). Personality disorders in female and male college students with internet addiction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204:221-25.

Yang, F., Helgason, A. R., Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L. (2013). Electronic screen use and mental well-being of 10-12 year old children. *European Journal of Public Health*, 23(3), 492-498.

Yeşilay. (2024). Bağımlılık Nedir?. Erişim Tarihi: 15.04.2024. <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir>

Yeşilay (a). (2022). Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı. Erişim Tarihi: 15.04.2024. <https://www.yesilay.org.tr/tr/makaleler/yasam-becerileri-bagimliliklerden-koruyor>

Yeşilay (b). (2022). Bağımlılıklardan Koruyan Aile Rehberi. Erişim Tarihi: 25.04.2024. <https://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/bagimliliklerden-koruyan-aile-rehberi-yayinlandi>

Yiğit, R., Ügücü G. (2020). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme Gelişme. (2 baskı), Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevleri. s.157-165.

Zhu, N., Hawke, L.D., Henderson, J. (2022). Substance use problem trajectories in Canadian adolescents: A longitudinal study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(4), 176-188.

BÖLÜM 4.3

Sağlık Çalışanları ve Bağımlılık

Dr. A. Kadir ATLI

İşyeri Hekimi, Halk Sağlığı (İş Sağlığı) Bilim Uzmanı,
Atılım Üniversitesi, Sağlık İşleri Koordinatörlüğü

İçindekiler

Giriş

4.3.1. Sağlık Çalışanları Kimlerdir?

4.3.2. Bağımlılık

4.3.3. Sağlık Çalışanlarında Madde Bağımlılığı

4.3.3.1. Sağlık çalışanlarında tütün ve tütün ürünleri bağımlılığı

4.3.3.2. Sağlık çalışanlarında alkol bağımlılığı

4.3.3.3. Sağlık çalışanlarında farmakolojik madde bağımlılığı

4.3.3.4. Alkol-Madde bağımlılığı olan sağlık çalışanına yaklaşım

4.3.4. Sağlık Çalışanlarında Davranışsal Bağımlılıklar

4.3.4.1. Sağlık çalışanlarında internet, akıllı telefon, sosyal medya bağımlılığı

4.3.4.2. Sağlık çalışanlarında kumar bağımlılığı

4.3.4.3. Sağlık çalışanlarında yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervoza ve diğer bağımlılıklar

Özet noktalar

Kaynaklar

Kısaltmalar

Stajyer olarak çalıştığım psikiyatri servisinde yatan oğlunun ceplerini gizlice karıştırırken bulduğu haşhaşı servis şefine titreyen ellerle teslim eden anne, akşam aynı profesörün kendi evinde bize aynı haşhaşı ikram ettiğini görmedi tabii, ama ben artık meslektaş olmuştum.

*Gündüz VASSAF
Cehenneme Övgü-Gündelik Hayatta Totalitarizm*

GİRİŞ

Sağlık çalışanlarında bağımlılık hem ülkemizde hem de dünyada önemli bir sorundur. Bu bölümde mevzuatımızda sağlık çalışanları olarak kabul edilen meslekler ve bu mesleklerde çalışanlarda bağımlılık konusu ele alınmıştır.

4.3.1. Sağlık Çalışanları Kimlerdir?

Sağlık çalışanı kavramı, sağlık alanında eğitim alan çalışanları ve sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren kişileri kapsamaktadır. Sağlık hizmet sunumunu herhangi bir yerde gerçekleştiren kişi de sağlık çalışanı olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de sağlık çalışanlarına ilişkin mevzuatın kökeni Cumhuriyet’in ilk yıllarına dayanmaktadır. 1928’de çıkarılan 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ile sağlık alanında eğitim alanlar “Sağlık Meslek Mensubu” olarak kabul edilmiştir. Bu yasada diğer sağlık kurumlarında çalışanlara atıfta bulunulmamıştır. Daha sonra 1936’da yayımlanan 3017 Sayılı “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu” ile sağlık alanında eğitim almamış olanlar “diğer memurlar” olarak tanımlanmıştır. Bu düzenlemeler, sağlık hizmeti sunan herkesi sağlık çalışanı olarak kabul etmektedir (Kurt, 2021).

224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961)” sağlık hizmetlerinde çalışanları “sağlık personeli” ve “yardımcı sağlık personeli” olarak iki kategoriye ayırmıştır. Aynı şekilde, 1965 yılında yayımlanan 657 sayılı yasada ise, sağlık hizmet alanında çalışanlar “sağlık hizmetleri” ve “yardımcı hizmetleri” sınıfı olarak tanımlanmıştır (Devlet Memurları Kanunu, 1965). Bu sınıflandırmalar, çalışanların eğitim düzeyi ve sağlık alanıyla ilişkisine dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2001 yılında yayımladığı 8597 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” içinde, sağlık çalışanları eğitim alanlarına göre üç sınıfa ayrılmıştır: “Sağlık Hizmetleri Sınıfında (doktorlar, eczacılar, hemşire, ebe, sağlık memurları vb.) sağlıkla ilgili personel bulunurken, “Genel İdari Hizmetler Sınıfı” ve “Yardımcı Hizmetler Sınıfı” ise idari ve yardımcı görevleri yerine getiren personeli kapsamaktadır. Yönergede bütün çalışanlar sağlık çalışanı olarak tanımlanmıştır (Kurt, 2021).

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na (2012) bağlı olarak çıkartılmış olan “İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik” sağlık çalışanlarını; “işyeri hekimi ve hekim dışı sağlık çalışanları” olarak iki gruba tanımlanmıştır (İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, 2013). Bu yönetmelik, bağlı bulunduğu kanunda ve uluslararası literatürde “işyeri hemşiresi” olarak yer alan tanımı “diğer sağlık personeli” olarak tanımlanmasından dolayı eleştirilmektedir (Tokur Kesgin, 2014).

Sağlık alanında çalışanları “sağlık hizmetleri sınıfı” ve “yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı” olarak iki gruba ayıran 663 sayılı “Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 2011 yılında ve “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği” 2013 yılında yayımlanmıştır. Çalışanları “sağlık meslek mensupları” ve sağlık hizmetlerinde çalışan “diğer meslek mensupları” olarak iki gruba ayıran “Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik”, 2014 yılında yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığının 2021 Personel Dağılımı Cetvelinde çalışanlar yaptığı görevin görece önemi temel alınarak iki gruba ayrıl-

maktadır: 1-Tabip, uzman tabip kadroları, “stratejik personel” ve 2-Ebe, hemşire, sağlık teknisyenleri gibi çalışanlar “diğer sağlık personeli” (Kurt, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarını, görev tanımına göre doğrudan (sağlık profesyonelleri) ve dolaylı (sağlık yönetimi ve destek çalışanları) olarak sağlık hizmet sunumunda yer alan çalışanlar olarak iki gruba ayırmaktadır (World Health Organization (WHO), 2019). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), sağlık çalışanlarını, sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan tüm ücretli çalışanlar olarak tanımlamaktadır. ILO'nun ISCO-08 sınıflandırmasında (ISCO-International Standard Classification of Occupations), sağlık profesyonelleri ve yardımcı sağlık profesyonelleri olarak iki gruba ayrılmaktadır (ILO, 2012). ILO'nun ISCO-08 sınıflandırması, ülkemizde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından da kullanılmaktadır (Kurt, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık çalışanlarını, görev tanımına göre doğrudan (sağlık profesyonelleri) ve dolaylı (sağlık yönetimi ve destek çalışanları) olarak sağlık hizmet sunumunda yer alan çalışanlar olarak iki gruba ayırmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), sağlık çalışanlarını, sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan tüm ücretli çalışanlar olarak tanımlamaktadır. ILO'nun ISCO-08 sınıflandırmasında (ISCO-International Standard Classification of Occupations), sağlık profesyonelleri ve yardımcı sağlık profesyonelleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. ILO'nun ISCO-08 sınıflandırması, ülkemizde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve TÜİK tarafından da kullanılmaktadır (Kurt, 2021).

Basında dünya nüfusunun yaklaşık %3'ünü sağlık çalışanlarının oluşturduğu ifade edilse de sağlık kuruluşlarında çalışan diğer personel dâhil edildiğinde bu oran %7.4' ü bulmaktadır. 2019 yılında 12.8 milyon doktor, 29.8 milyon hemşire ve ebe, 4.6 milyon dış hekimi, 5.2 milyon eczacılık personeli olmak üzere 104 milyon sağlık çalışanı olduğu tahmin edilmektedir (Haakenstad vd., 2022).

Tablo 4.3.1. Sektörlere ve Unvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen Hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657	-	37.017
Toplam Hekim	107.248	39.692	36.629	183.569
Uzman Dış Hekimi	1.077	2.125	3.337	6.539
Dış Hekimi	10.528	362	19.841	30.731
Asistan Dış Hekimi	30	2.551	-	2.581
Toplam Dış Hekimi	11.635	5.038	23.178	39.851
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.588	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğer Sağlık Personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
Toplam Personel	728.020	178.359	345.543	1.251.922

(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023)

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2021 yılı itibarıyla 18.569 hekim, 39.851 diğ hekim, 232.442 hemşire, 219.630 diğ sağlık personeli olmak üzere toplam 1.251.922 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu sayının 481.311'i (1/3'ünden fazlası) diğ personel ve hizmet alımı adı altında, sağlık mesleğiyle doğrudan ilgisi olmayan temizlik, yemek, bakım, onarım vb. işlerde çalışan kişilerden oluşmaktadır (Tablo 4.3.1) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Bu bölümde tıp, tıpta uzmanlık, hemşirelik, sağlık teknisyenliği, teknikerliği gibi alanlardaki sağlık profesyonellerinin ve bu alanlarda eğitim gören öğrencilerin bağımlılıkla ilgili durumlarını aydınlatacak çalışmalardan söz edilecektir. Sağlık çalışanlarında bağımlılığa neden olan tütün, alkol ve farmakolojik ürünler madde bağımlılığı, internet, dijital oyun, sosyal medya, akıllı telefon gibi teknoloji bağımlılığı, kumar ve alış-veriş bağımlılığını ise davranışsal bağımlılık başlığı altında incelenecektir.

4.3.2. Bağımlılık

Sağlık çalışanlarında bağımlılık; bir maddenin amacı dışında, gittikçe artan miktarlarda alınması; sağlık çalışanının yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımı bırakamaması ve madde alımını azalttığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur. Bağımlılıkta sağlık çalışanı yaşadığı, ailesel, sosyal ve iş/okul yaşamı ile ilgili sorunlara rağmen maddeyi kullanmayı sürdürür. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'de (DSM-5) bağımlılık yapan maddeleri; alkol, kafein, esrar, halusinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar, nikotin ve diğ (ya da bilinmeyen maddeler) şeklinde on alt başlığa ayırmıştır. Bağımlılık anlatımı DSM-5 ile yerini daha yüksüz bir ifade olan madde kullanım bozukluğuna bırakmıştır (American Psychiatric Association [APA], 2013; Göker vd., 2015:134).

DSM-5 tanı listesinde henüz yer almasa da, bu listede yer almaya aday olabileceği öne sürülen ve ileri araştırmalar gerektiren bazı durumlar tanımlanmıştır. Bu durumlar "internet bağımlılığı", "sosyal medya bağımlılığı" ve "akıllı telefon bağımlılığı" olarak sıralanabilir. İnternet bağımlılığı, internet ile ilişkili diğ bağımlılıkların ana çerçevesini oluşturmaktadır. Bu bağlamda internetin yanı sıra internette gerçekleştirilen aktivitelerin de bağımlılık kaynağı olduğunu vurgulanmaktadır. Dolayısıyla "sosyal medya bağımlılığı", "dijital oyun bağımlılığı" ve "akıllı telefon bağımlılığı" gibi kavramlar, etkin maddesinin internet olduğu bağımlılıklar olarak değerlendirilebilir (Bkz Bölüm 2.6) (Özsoy ve Kulu 2021:83).

4.3.3. Sağlık Çalışanlarında Madde Bağımlılığı

Sağlık çalışanlarında madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı, hem çalışan hem de hizmet verdiği hasta için önemli bir sorundur. Sağlık çalışanlarında; inkâr mekanizmasının kullanımı, eğitim düzeyi ve deneyimlerinden yararlanarak sorunu rahatlıkla saklamaları ve madde kullanımını mantıklı kılan gerekçeler bulmaları nedeniyle madde kötüye kullanımını saptamak oldukça zordur. Sağlık çalışanlarında madde kötüye kullanımı ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaların sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Literatürde, sağlık çalışanlarında meslek yaşantıları boyunca alkol ya da madde kötüye kullanım oranının yaklaşık %10-15 olduğu belirtilmektedir (Şahin, 2015:48).

Bu bölümde tütün ve tütün ürünleri bağımlılığı ile alkol bağımlılığı diğ madde bağımlılıklarından ayrı başlıklarda ele alınmıştır.

4.3.3.1. Sağlık çalışanlarında tütün ve tütün ürünleri bağımlılığı

Tütünün Avrupa'ya geliştikten sonra sağlık sorunlarına neden olduğuna ilişkin bazı görüşler dile getirilmiştir (Grafton vd., 2004). Çoğu zaman sağlığa olumlu katkıları olduğu savıyla pazarlanmıştır. Portekiz'deki Fransız elçisi Jean Nicot, 1559 yılında, baş ağrısı olan Fransa Kraliçesine tütün bitkisini sunmuş ve kraliçenin baş ağrısını geçirmiştir (Zorlu, 2022:235). Bu nedenle "kraliçe otu", "konsolos otu" gibi isimlerle de anılmıştır. İspanya'da 1565'te Sevilla'lı Profesör Nicolo Mondares tütünün öksürük, astım, baş ağrısı, mide ağrısı ve kadınların dönemsel ağrılarına birebir olduğunu ilan etmiş ve kısa süre içinde Vatikan'ın bahçesinde bile yetiştirilmeye başlanmıştır. Hollanda'da 1636 yılındaki veba salgınında tütünün vebaya karşı etkili bir ilaç olduğu söylentisiyle tüketimi yaygınlaşmıştır. İngiltere'de 16. yüzyılın sonunda, tütün içmek aristokrasinin ayır edici özelliklerinden biri olarak kabul edilmiştir (Seydioğulları, 2010:4).

Eskiden şifa olarak kullanılan tütün, zaman zaman farklı gerekçelerle yasaklanmış ve kullananlar ağır cezalara çarptırılmıştır. İngiltere'de 1889 yılında St. John's Hastanesi kayıtlarından alınan bilgiye dayalı olarak larinks kanserinin sigarayla ilişkili olabileceği kaydedilmiştir. Birinci Dünya Savaşı ve sonrasında askerlere parasız sigara dağıtılması, İkinci Dünya Savaşı'nda asker tayının içine katılması, sigaranın toplumda yaygınlaşmasına neden olmuş, 1940'lardan itibaren erkeklerde akciğer kanserinde artışa neden olduğu gözlenmiştir (Bilir, 2017:127). Bu yıllarda, 1800'lü yıllarda başlayan basılı reklamlarda doktorların kullanılması daha da yaygınlaşmış, "sağlığınız için astım sigarası", "boğazda daha az tahrişe neden olan sigara", "doktorların çoğu diğer sigaralardan daha fazla bizi tercih etmekte" gibi sloganlarla reklamlarda fotoğraflarıyla birlikte doktorlar yer alırken, bununla yetinmeyen tütün endüstrisi hemşireleri de reklamlarda kullanmaya başlamıştır. Kamuoyunda sigaranın zararlarına dair endişelerin artmasıyla, tütün şirketleri 1954 yılında doktor imajlı reklamlardan vazgeçmiştir (Kocabaş, 2010:103). 1950'lerde sigaranın bağımlılık yaptığı bilinmiyordu. Ancak 1964'te sigaranın sağlığa zararları anlaşıldıktan sonra bu düşünce değişmiştir. Sigara bağımlılığını destekleyen kanıtlar arasında, düzenli sigara içme, giderek artan tüketim, bırakma girişimlerinde başarısızlık ve bırakıldığında yoksunluk ortaya çıkması yer almaktadır (Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD), t.y.).

DİKKAT

Dr. Richard Doll ve Bradford Hill, 1950'lerde İngiltere'de İngiliz Tabipleri Birliği ile işbirliği içinde sigara kullanımı ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir kohort çalışması başlattılar. Bu çalışma, izlenen doktorların sigara kullanımı ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan önemli bir epidemiyolojik çalışma olarak tarihe geçti. Araştırma raporu ayrıca, akciğer kanseri dışında diğer kanser türleri, kalp hastalıkları ve kronik bronşit gibi önemli hastalıklara bağlı ölüm risklerinin de arttığını ortaya koydu. Kohort grubunun izlemi devam etti ve sonraki yıllarda 20, 30, 40 ve 50 yıllık izlem raporları yayınlandı. Kohort grubuna ait son rapor 2004 yılında yayınlandığında, sigara içenlerin yarısının sigaranın yol açtığı bir sağlık sorunu nedeniyle hayatını kaybettiği, sigarayı bırakanlarda akciğer kanseri ve sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölüm riskinin azaldığı, sigara içmeyi 60 yaşında bırakmış olanların yaşam süresinin 3 yıl uzadığı, 50 yaşında bırakanların 6 yıl, 30 yaşında bırakmış olanların 10 yıl yaşam süresinin uzadığı gösterildi (Bilir, 2017:133).

Öztürk'ün belirttiğine göre; "Avrupa Sigara ve Sağlık Tabipleri Birliği (European Medical Association on Smoking or Health [EMASH], 1997) kişi "günde 15 tane veya üstünde sigara tüketiyor ve ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk yarım saat içinde içiyor" ise sigara tiryakisi (nikotin bağımlılığı) olarak kabul edildiğini bildirmiştir" (Öztürk, 2009:33). Oliver ve Foulds (2021) ise 6793 sigara kullanıcı ile yaptığı çalışmada daha az sigara içenlerin (günde bir, üç ya da üçten fazla içenler) hatta her gün sigara içmeyenlerin bile sigara bağımlısı olabileceğini belirtmektedir.

Hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarında tütün kullanımıyla ilgili 1974-2004 yıllarında yayınlanmış, 30 yıllık bir süreci kapsayan, 81 İngilizce makalenin incelemesinde; 1959'da hekimlerin %40'ının sigara içtiği, 70'lerde bu oranın %21'e düştüğü, 80'lerin ortalarında Amerika Birleşik Devletleri'nde hekimlerin %17'sinin sigara, %8'inin pipo veya puro içtiği bildirilmiştir. 1987-94 arasında düşüşün devam ettiği, 1990'ların ortasında hekimlerde sigara kullanımının %10'un altına düştüğü, benzer düşüşün İskandinav ve Hollanda'da da görüldüğü ifade edilmiştir. İngiltere'de 1951'de %62 olan doktorlarda tütün kullanma oranı 1990'larda %18'e düşmüş, bu düşüşün diğer gelişmiş ülkeler kadar olmaması ise hekimlerde pipo ve puro içiminin yüksekliğiyle açıklanmıştır. Gelişmiş ülkeler içinde İtalya, Japonya ve Fransa'da hala %25'in üzerinde olan doktorlarda sigara içme oranı, Çin, Estonya, Bosna-Hersek ve Türkiye'de artma eğilimindedir. Yunanistan'da %49, Japonya ve Çin'de %45 (Çin erkek doktorlarda %61), İtalya'da kadın doktorlarda %34 olan sigara içme oranı, Nijerya'da %3 olarak bildirilmiştir (Smith ve Leggat, 2007:7). Hekimler arasında sigara içme prevalansı, genel popülasyondan daha düşük olsa da bu oran hala yüksektir ve hekimler arasında sigara içme prevalansı, kıtalara ve meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Besson ve ark. (2019) tarafından 246 araştırma makalesinin ve 497.081 hekim arasında yapılan bir meta-analiz çalışmasında hekimlerde sigara içme prevalansı incelenmiştir. Avrupa ve Asya, hekimler arasında sigara içme prevalansının en yüksek olduğu kıtalar olmuştur. Okyanusya ise hekimler arasında sigara içme prevalansının en düşük olduğu kıta olarak görünmektedir. Avustralya ve Yeni Zelanda sigaraya karşı en güçlü politikaya sahip ve sigarada vergi yükünün en fazla olduğu dolayısıyla sigaranın en pahalı olduğu ülkelerdir. Meta-analizde uzun dönemde doktorlar arasında sigara içme sıklığının 1985'ten bu yana azaldığı görülmektedir. Çalışmada sigara içme prevalansı tıp öğrencileri ve aile hekimleri arasında daha yüksek çıkmıştır. Tıp öğrencilerinde zorlu akademik çalışmaların stresiyle, sosyalleşme gereği parti yapmak ve tütün tüketimi gibi yüksek risk alma davranışlarının da sigara tüketiminde artışın nedeni olabileceği ifade edilmiştir. Aile hekimleri arasındaki yüksek yaygınlık ise iş yükü, stres ve uyumlu ekip çalışmasının olmaması gibi çeşitli varsayımsal faktörlerle açıklanmıştır. İş yükü ve stres literatürde sigara içmenin önemli bir risk faktörü olarak gösterilmiştir. Uyumlu ekip çalışmasının olmaması gibi çalışma ortamı, depresyon ve uyuşturucu kullanımı için bir risk faktörüdür, depresyon ve uyuşturucu kullanımı ile bağlantılıdır. Benzer şekilde, iş yükü ve iş stresi de işlerinin bir parçası olarak yasal sorunlarla karşılaşabilen cerrahi dallarda çalışan hekimlerde sigara içme prevalansının yüksek olmasına yol açabilir. Malpraktis sorunları, mahkemede yargılanma ve tekrarlanan davalar, depresyonu ve dolayısıyla sigara içmeyi teşvik edebilir. Psikiyatristler için, sigara içmeye katkıda bulunan faktörler,

rutin olarak travmatik deneyimler, tedavi edilemez hastalıklar ile karşı karşıya kalmaları ve hastalara ya da yakınlarına son dakika kötü haber verme zorunluğu olabilir. Çocuk hekimlerinin en az sigara içen grupta yer almaları, muhtemelen en sık yaygın ve tedavi edilebilir hastalıklarla ilgileniyor olmalarıyla açıklanmıştır. Çocuk doktorları ağırlıklı olarak kadın olması ve kadın doktorlar arasında daha yüksek sigara içme prevalansı bulunmasına rağmen, literatür genel popülasyonda erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda daha düşük bir sigara içme oranı tanımlanmıştır. Meta-analizde hekimler arasında sigara içme prevalansı %21 olarak bulunmuştur. (95CI %20 ila %23). Sigara içme sıklığı tıp öğrencilerinde %25, aile hekimlerinde %24, cerrahlarda %18, psikiyatristlerde %17, tıpta uzmanlık eğitimi alan asistanlarda %16, anesteziistlerde %11, radyologlarda %9 ve çocuk doktorlarında %8 olarak raporlanmıştır (Besson vd., 2021:12)

Sağlık çalışanları arasında tütün kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu durum, özellikle erkek sağlık çalışanları ve orta ve düşük gelirli ülkelerde daha belirgindir. Bununla birlikte kadın sağlık çalışanlarındaki tütün kullanım yaygınlığı göz ardı edilmemelidir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Nilan ve ark. (2019) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında, dünya çapında sağlık çalışanları arasında tütün kullanımının yaygınlığını araştırılmıştır. Çalışma, 457.415 sağlık çalışanı ve 63 ülkeyi temsil eden 229 çalışmayı kapsamıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarında tütün kullanımının genel yaygınlığı %21, erkeklerde %31 ve kadınlarda %17 olarak bulunmuştur. Tütün kullanımının yaygınlığı ile ilgili en yüksek tahminler Üst-orta gelirli ülke ve Alt-orta ve düşük gelirli ülkelerdeki erkek doktorlara (%35 ve %45) ve Yüksek gelirli ülke ve Üst-orta gelirli ülkelerdeki kadın hemşirelere (%21 ve %25) aitti. Yüksek Gelir düzeyindeki ülkelerin erkek sağlık çalışanları genel popülasyondaki erkeklerle kıyasla daha düşük tütün kullanım yaygınlığına sahipken, kadınlarda ise genel popülasyondaki tahminlerle benzer sonuçlar ortaya konmuştur. Üst-orta gelirli ülke ve Alt-orta ve düşük gelirli ülkelerde erkek ve kadın sağlık çalışanlarının tütün kullanım yaygınlığı genel popülasyona benzer ya da daha yüksek yaygınlığa sahip olma eğilimindedir. Genel popülasyondaki erkeklerle karşılaştırıldığında erkek sağlık çalışanlarında tütün kullanım yaygınlığı Meksika, Türkiye, Brezilya, İran ve Ekvador'da daha yüksekti (%2,9 -%21). En düşük yaygınlık (<%30) Arjantin, Brezilya ve Meksika'da görülürken, en yüksek yaygınlık (>%40) Türkiye'deydi. Üst-orta gelirli ülkelerde kadın sağlık çalışanları arasında tütün kullanımı, genel kadın popülasyonundan daha yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Bu durum, özellikle Ekvador, Ürdün, Türkiye, Küba ve Arjantin'de (>%20) belirgindir. Bu sonuçlar, rol model olarak toplumdaki tütün kullanımının azaltılmasında büyük öneme sahip olan sağlık çalışanları arasında tütün kullanımının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Nilan vd., 2019:9-11).

Türkiye'de hekimlerin sigara alışkanlığına ilişkin bir çalışma 1997 yılında yapılmıştır. Çalışma İngiliz Tabipleri Birliği'nin Avrupa bölgesinde yapacağı bir araştırmanın pilot çalışması olarak gündeme gelmiş, zorunlu nedenlerle Ankara, İstanbul ve İzmir illeri dışında Türk Tabipleri Birliği (TTB) üyesi hekimlerden örneklem seçilerek 17 ilden 1068 hekime anket gönderilmiş, 15 ilden 502 hekimden geri dönüş sağla-

nabilmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, kadın hekimlerin %34'ü, erkek hekimlerin %44.4'ü, genel olarak tüm hekimlerin %42.4'ü sigara tiryakisidir. Eski tiryaki olan %21.3 ile birlikte, hekimlerin %63.7'sinin halen ya da geçmişte sigara ile ilişkisi olmuştur (Aşut, 1999: 7). Türkiye' de 4110 sağlık çalışanını kapsayan bir çalışmada "günde 15 tane veya üstünde sigara içme" oranı pratisyen hekimlerde %53.0, uzman hekimlerde %41.6, ebe-hemşirelerde %23.5 olarak bulunmuştur (Çalışkan vd., 2005:129). Bu değerler araştırmanın yapıldığı dönemde ülkemizdeki sağlık çalışanlarında nikotin bağımlılığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Ankara'da, 1999'da TTB 48. Büyük Kongresi'ne katılan TTB delegeleri ve tıp odası yöneticileri arasında sigara içme davranışını değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. 101 hekimin yer aldığı çalışmaya 74 hekim katılmıştır. Sonuçlara göre, hekimlerin %39.2'si halen sigara içmekte, %29.7'si sigarayı bırakmış, %31.1'i ise hiç içmemiştir. Erkeklerin %40.3'ü, kadınların %33.3'ü sigara içmektedir. Yaş ilerledikçe sigara içme oranı düşmekte ve bu azalma özellikle 40 yaş sonrası belirginleşmektedir ($p < 0.05$). 1993 yılına kıyasla sigara içme oranlarında düşüş gözlenmiş olup, genel hekim kitlesi gibi TTB yöneticileri arasında da olumlu bir eğilim gözlemlenmiştir. Ancak sigara kullanımı hala yaygın bir sorun olarak devam etmektedir (Aşut ve Kalaça 2005:38).

Türkiye'de yapılan 22 çalışmanın derlemesine göre, doktorlar arasında sigara içme oranları %31.9 ile %70.0 arasında değişmektedir. Erkek doktorlarda bu oran %33.3 ile %64.5, kadın doktorlarda ise %13.6 ile %72.2 arasında bulunmuştur (Öztürk, 2009:34). Sigara ile mücadelede önemli görev üstlenen göğüs hastalıkları doktorları arasında ise sigara içme oranını Erbaycu ve diğerleri İzmir'de yaptıkları bir çalışmada düşük bulurken (Erbaycu vd., 2004:6-7), Kosku ve diğerleri Türk Toraks Derneği üyesi olan göğüs hastalıkları doktorlarında %35.3 olarak bulmuştur (Kosku vd., 2003:223).

Sağlık Bakanlığı, HASUDER ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) işbirliğiyle 2008 yılında yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti veren personelin sigara kullanma sıklığı incelenmiştir. 4761 kişilik grupta, sigara kullanımı pratisyen doktorlarda %39.4, uzman doktorlarda %30.9, hemşire ve ebelerde %40.7, sağlık teknisyenlerinde ise %43.4 olarak tespit edilmiştir (Bilir vd., 2010:22).

Sağlık çalışanlarının tütün kontrolündeki rolü önemlidir ve bu konuda Türkiye'de birçok çalışma yapılmıştır. Önceki çalışmalarda, sağlık çalışanlarında tütün kullanımının genel toplumla benzer olduğu, ancak son yıllarda doktorlar arasında bu oranın azaldığı görülmektedir. 2007'de 4.000'den fazla sağlık personelinin katıldığı bir çalışmada, pratisyen doktorların %30.5'i, uzman doktorların %22.1'i sigara içmektedir. 2011'de tekrarlanan çalışmada sigara içme oranları uzman doktorlarda %12.7'ye, pratisyenlerde %23.9'a düşmüştür. En büyük azalma sağlık yöneticilerinde (%55.5) görülmüş, sigara içme sıklığı dört yıl içinde yarıya inmiştir. Doktorların çoğunluğu hastalarının sigara durumuyla ilgilenmektedir. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

DİKKAT

Ülkemizde uzman hekimlerin %22'si, diş hekimi ve eczacıların %25'i, hemşire ve ebelerin %30'u, pratisyen hekimlerin %31'i Sağlık teknisyenlerinin %34'ü sigara içmektedir (Türkiye'de Sağlık Personelinde Sigara İçme Durumu-2008.-Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı 2010).

2017 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre, 15 yaş ve üzeri bireylerde tütün kullanımı erkeklerde %47.2, kadınlarda %19.4, toplamda %33.2 olarak kaydedilmiştir. Tütün ürünleri arasında en yaygın kullanılan sigara olup, erkeklerde %94, kadınlarda %95.6 oranında içilmektedir. Sarma sigara ve nargile daha az tercih edilirken, pipo ve puro gibi ürünler daha düşük oranlarda tüketilmektedir. TÜİK 2016-2022 verilerine göre ara sıra tütün kullananlar ve hiç kullanmayanların oranlarında küçük değişiklikler gözlenmiştir; 2022'de hiç kullanmayanların oranı erkeklerde %41.7, kadınlarda %76.3 olarak bulunmuştur (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması [TBSA], 2019:252; TÜİK, 2016-2022).

Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, tıpta uzmanlık öğrencilerinin sigara kullanma oranları; temel bilimlerde %18.8, dâhili bilimlerde %24.6, cerrahi bilimlerde ise %27.7 olarak belirlenmiştir (Çolak Oray vd., 2013:69). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin %16.6'sının sigara kullandığı saptanmış, bu oranın literatüre göre düşük olduğu belirtilmiştir. Birinci sınıf öğrencilerinde sigara içme sıklığı, altıncı sınıftakilere göre daha düşük bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Baştürk vd., 2018:286). Bülent Ecevit Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin yaklaşık üçte birinin sigara içtiği bulunmuştur. Altıncı sınıf öğrencilerinin (%43.3), birinci sınıflara (%24.5) göre sigara içme oranı daha yüksek saptanmıştır. Diğer çalışmalar da tıp eğitimi süresince sigara kullanımının arttığını göstermektedir, bu artışın yoğun ders yükü, nöbetler ve uzmanlık sınavı hazırlıklarıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu durum, hekimler arasında sigara kontrol programlarının önemini göstermektedir (Er ve Kurçer, 2020: 206; Baştürk vd., 2018:286).

Malatya'da İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinin Araştırma ve Uygulama Hastanesi olan Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmakta olan doktor, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme prevalansını saptamak amacıyla 1997 yılında yapılan bir çalışmada; doktorlar arasında %45.9, hemşireler arasında %40.3, tıp öğrencileri arasında ise %39 oranlarında sigara içme sıklığı bulunmuştur (Güneş vd., 1997:408). Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinde sigara kullanım sıklığının araştırıldığı Ekim 2015-Mart 2016 tarihleri arasında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %24.4'ünün sigara içmekte olduğu saptanmıştır (Saka vd. 2016:5427). Kasım 2016'da İstanbul'da bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesindeki 1054 öğrenci ile yapılan bir başka çalışmada; öğrencilerin %13.9'unun sigara içtiği, %96.9'unun ikincil sigara dumanına maruz kaldığı bulunmuştur (Kaya ve Ergün, 2020:418). Hemşirelik lisans öğrencilerinin yeme tutum davranışları ile alkol ve madde bağımlılık riskleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma 2017-2018 öğretim yılında, 477 öğrenci üzerinde Edirne'de yapılmıştır. Bu çalışmada hemşirelik lisans öğrencilerinin %11.8'inin sigara içtiği bulunmuştur (Öztürk ve İncedere, 2021:239).

Kırklareli Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, sağlık bölümlerinde okuyan (çocuk gelişimi, optisyenlik, sağlık kurumları işletmeciliği, tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, tıbbi laboratuvar teknikleri, tıbbi tanıtım ve pazarlama ile yaşlı bakımı bölümleri) 354 öğrencinin %26.3'ünün tütün ve ürünlerini kullandığı tespit edilmiştir (Kuloğlu vd., 2022). Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi'nde hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada ise, %18.1'inin sigara içtiği, özellikle dördüncü sınıfta okuyan, erkek, ilçede yaşayan, beden kütle indeksi zayıf ya da normal olan öğrencilerde bu oranın daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, parafonksiyonel

alışkanlıklar (örneğin, tırnak yeme, kalem, kürdan gibi nesnelere ağza alma) sigara içme olasılığını artırmaktadır (Seki Öz ve Akdeniz, 2022). Gazi Üniversitesi'nde tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranı %18.2 olarak bulunmuştur (Osmanoğlu ve Uğraş Dikmen, 2022). Amasya Üniversitesi'nde ise hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin %11.7'sinin sigara kullandığı tespit edilmiştir (Topaktaş ve Çetin, 2023). Bu paragrafta farklı bölge ve illerde sağlık alanında eğitim gören öğrencilerde yapılan çalışmalarda sigara içme oranının son yıllarda bir azalma eğilimine girdiği sezilen-se de bu düzeyin hala yüksek olduğu görülmektedir.

Türkiye'de 2003-2020 yılları arasında üniversite ve yüksekokul öğrencilerinde tütün kullanımına ilişkin 56 çalışmayı inceleyen bir derlemede, erkek öğrencilerin kızlara oranla daha yüksek sigara kullanım oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Kız öğrencilerde tıp, hemşirelik, diğer sağlık bilimleri ve beden eğitimi dışındaki bölümlerde sigara kullanımı daha yaygındır. En yüksek kullanım Orta Anadolu, en düşük ise Batı Anadolu'da gözlemlenmiştir. Tütün kullanımının en sık nedenleri merak/özenti (%33.6) ve yakın çevre/arkadaş etkisi (%32.4) olarak belirtilmiştir. Ayrıca, tıp fakültelerinde sigara ile mücadeleye yönelik çeşitli etkinliklerin düzenlendiği ve tıp öğrencilerinin sigara kullanım oranının genel popülasyona göre daha düşük olduğu vurgulanmıştır. Genel olarak, 2003 ile 2020 yılları arasında sigara kullanım oranlarında bir düşüş eğilimi gözlemlenmiştir (Doğan Merih vd., 2021). Bu sonuçlar doğrultusunda Türkiye'de sigarayla mücadelede yapılan çalışmaların, öğrenci grupları arasında sigara kullanım oranlarının azalmasında etkili olduğu söylenebilir.

Kahramanmaraş'ta birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan sağlık personelinin maraş otu hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırıldığı bir tez çalışmasında; 101'i hekim olmak üzere toplam 251 sağlık çalışanı incelenmiştir. Hekimlerin %20.8'inin, yardımcı sağlık personelinin %14.7'sinin sigara içtiği görülmüştür. Maraş otu kullanımı ise hekimlerde %8.9, yardımcı sağlık personelinde ise %4.7 olarak bulunmuştur. Sigara içme durumları incelendiğinde; uzman hekimlerin %30.8'inin, pratisyen hekimlerin %19.3'ünün, hemşirelerin %17.8'inin, ebelerin %11.5'inin, sağlık memurlarının %20'sinin diğer yardımcı hizmetlerde çalışanların %17.6'sının halen sigara içtiği, maraş otu kullanma durumları incelendiğinde uzman hekimlerin %15.4'ünün, pratisyen hekimlerin %8'inin, hemşirelerin %2.2'sinin, ebelerin %1.3'ünün, sağlık memurlarının %20'sinin, diğer yardımcı hizmetlerde çalışanların da %17.6'sının halen maraş otu kullandığı bulunmuştur.

Farklı ülkelerdeki hemşireler arasında sigara içme oranları şu şekildedir: Danimarka %29-30, İngiltere %25.8, Fransa %25, İtalya %43, Japonya %18.6 ve Çin %7.4. Akdeniz ülkeleri İspanya (%42.3) ve Yunanistan (%44) ise bu oranlarla daha yüksek değerlere sahiptir. Bu farklılıkların, Dünya Sağlık Örgütü ve ülkelerin tütün kullanımıyla ilgili sağlık politikalarının etkisiyle açıklanabileceği, özellikle Türkiye'deki 4207 sayılı Kanun ve artan sigara vergilerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Dumansız tütün çeşitlerinden tombak, Sudan'da erkeklerde %23, kadınlarda %1.7 oranında kullanılırken, bir diğer dumansız tütün olan snus kullanım oranları İsveç'te erkeklerde %16, kadınlarda %3 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, Amerika'da erkek adolesanların %13'ü, Kongo Cumhuriyeti'nde ise %18'i dumansız tütün kullanmaktadır. Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada, maraş otu kullanım oranlarının benzer çalışmalara göre daha düşük olduğu görülmüş ve bu durumun tütün kullanımına karşı artan koruyucu hizmetlerle ve bağımlılıkla ilgili önleyici faaliyetlerle ilişkilendirildiği değerlendirilmiştir (Alıcı, 2016:37,38).

Sağlık çalışanları arasında tütün kullanımı yaygın olmakla birlikte, 2009'dan

sonra bir düşüş eğilimi gözlemlenmiştir. Uzman hekimlerde %12,7, pratisyen hekimlerde %23,9, hemşirelerde %19,2 ve sağlık teknisyenlerinde %23,5 oranında tütün kullanımı saptanmıştır. Aynı araştırmaya göre, Türkiye genelindeki ortalama oran ise %27,1'dir. (Şan, 2022:16). Covid-19 Pandemisi döneminde Ankara'da 200 sağlık çalışanında yapılan bir araştırmada sigara içme oranı %30.5 olarak bulunmuş, sigara içenlerin %20.5'i pandemi döneminde sigarayı azalttığını, %33.5'i ise sigarayı artırdığını bildirmiştir (Erzurum Alim vd., 2022:956)

Son yıllarda, Ortadoğu ülkelerine kıyasla daha az yaygın olsa da Türkiye'de nargile kullanımının arttığı gözlemlenmektedir. 2008'de her 100 kişiden 31'i tütün kullanırken, 2012'de bu oran 27'ye düşmüştür. Ancak, tütün kontrol programlarının sigara tüketimini azaltmada etkili olmasına rağmen, nargile kullanımının popülerleşmesi tütün bağımlılığında önemli bir artışa neden olmuştur. İstanbul'daki bir devlet üniversitesinde yapılan çalışmada, Güzel Sanatlar Fakültesi öğrencilerinin %67.2'si, Tıp Fakültesi öğrencilerinin ise %34.4'ü nargile içmektedir. Sigara içenlerde nargile içme oranı %76.3, hiç sigara içmeyenlerde ise %28.2'dir. Nargile içmeye başlamalarının nedenleri arasında %27'si merak ve arkadaş etkisi, %23'ü aroma tadı, %40'ı ise sosyal uyum nedeniyle nargile içtiğini belirtmiştir. Ayrıca, nargile içen öğrencilerin %91.8'i aromalı nargile tercih etmektedir (Aktaş vd., 2018: 69,70). Bu durum, gençler arasında nargilenin yaygın kullanımının, tütün kontrolü açısından yeni bir mücadele alanı oluşturduğunu ve tütün endüstrisinin, kapsamlı yasakların yaygınlaşmasıyla nargile kullanımını artırma çabalarını yoğunlaştırdığını göstermektedir.

DİKKAT

Günümüzde özellikle gençler arasında nargilenin yaygın kullanımı, tütün kontrolü açısından dünyada yeni bir mücadele alanı ile karşı karşıya kaldığımızı göstermektedir.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi 1,2,3, ve 6. Sınıfta okuyan 522 öğrencide tütün ve tütün ürünleri kullanma durumlarının araştırıldığı bir çalışmada; araştırmaya katılan öğrencilerin %42.8'si hiçbir tütün ürünü kullanmayı denemediklerini, 8 öğrenci sigara içmemesine rağmen diğer tütün ürünlerini kullandıklarını, sigara içen 67 (%17.1) öğrencinin 44'ü (%11.2) diğer tütün ürünlerini de kullandıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %22.9'u (90 kişi) halen sigara veya diğer tütün ürünlerini kullanmaktadır, %4.8'i (19 kişi) ise bu alışkanlıklarını bırakmıştır. Sigara ve diğer tütün ürünleri arasında en yaygın olarak nargile içildiği saptanmıştır. Nargileyi hala içenlerin oranı %12.2'dir (48 kişi). Sadece nargile içenlerin oranı ise %5.1'dir (20 kişi). Sigara içen ya da bırakmış öğrencilerin %23.2'si (22 kişi) sigaraya tıp fakültesinde başladıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin sigaraya başlama yaşı ortalama 16.3±3.3 olup, sigara içme süresi ortalama 4 yıl 8 ay ve günlük ortalama sigara tüketimleri 10 adettir. Aynı çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin %17.2'sinin sigara, %11.8'inin nargile, %3.1'inin puro, %1.4'ünün pipo, %1'inin elektronik sigara ve %1'inin çiğneme tütün kullandığı bildirilmiştir (Kuş vd., 2019:189).

Sağlık çalışanlarının hastalarına örnek olmaları ve tütüne bağlı sağlık risklerini toplumun diğer kesimlerinden daha fazla bilmeleri gereklidir. Bununla birlikte, genel toplumla karşılaştırıldığında sağlık çalışanı olmanın sigara içmek için bir risk faktörü olup olmadığını belirleyen bir çalışma olmadığından da söz edilmektedir. Literatür,

dezavantajlı grupların diğerlerinden daha fazla sigara içtiğini göstermektedir. Bir şekilde sağlık çalışanları, sigara içme konusunda kümülatif risk faktörleri nedeniyle dezavantajlı olarak da değerlendirilebilir. Haftalık çalışma saatlerinin fazlalığı, büyük bir iş yüküyle karşı karşıya olmaları, iş yerindeki stres, çalışma temposunun yüksekliği, sağlık personeline uygulanan şiddet sigara içme alışkanlıklarında önemli bir rol oynayabilir. Kendi sağlıkları için olumsuz sonuçlarının yanında, sigara içen sağlık çalışanlarının hastalarına sigarayı bırakmayı teşvik etme olasılığı da daha düşüktür. Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının hem kendileri hem de hastaları için sigara içme davranışlarının ele alınmasına ihtiyaç vardır. Sağlık çalışanlarında sigara kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir. Meta analizlerdeki kapsamlı araştırmalarda bile sağlık çalışanlarında sigarayı bırakmak için hükümetlerin herhangi bir eylemi saptanamamıştır. Bununla birlikte COVID salgınıyla birlikte Fransa Halk Sağlığı Kurumu (, Santé Publique France), tütünün COVID semptomlarını ağırlaştırdığı gerçeğine dayanarak, tütün kontrolünü teşvik etmek için bir dijital kampanya ve özel bir operasyona öncülük etmiştir. Fransa'da, Ocak 2019 itibarıyla nikotin yerine geçen ürünler Ulusal Sağlık Sistemi tarafından %65 oranında geri ödenmektedir. Kanada'da, ücretsiz nikotin bantlarının (yamalarının) postayla dağıtılması, özellikle mali açıdan dezavantajlı olanlar arasında yararlı görünmektedir (Besson vd., 2021:16).

Afyon'da Kocatepe Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2020 yılında 130'u intörn doktor, 300'ü hemşire, 162'si asistan doktor ve 132'si öğretim üyesinden oluşan toplam 370 sağlık çalışanında tütün ürünleri kullanma durumuna ilişkin bir araştırma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre tütün ürünleri kullanan sağlık çalışanlarından birinci sırayı hemşirelerin %31 ile (40), ikinci sırayı intörn doktorların %25 ile (32), üçüncü sırayı ise asistan doktorların %20 ile (26) aldığı görülmektedir. Pratisyen hekim ve eğitim kadrosunda bulunan doktorların tütün ürünü kullanma sonuçlarına baktığımız zaman birinci sırada pratisyen hekimler %8 ile (11), ikinci sırada doçent doktorların %7 ile (9) yer aldığı gözlenmiştir. Tütün ürünü kullanan 126 kişiden 122'si (%98) sigara içtiğini belirtmiş, 49'u (%38) ise nargile ve sigarayı birlikte kullandığını ifade etmiştir. 126 kişinin 7'si (%5) elektronik sigara (e-sigara) kullanmaktadır. Tütün ürünleri kullanan sağlık çalışanlarının 66'sı (%52) bağımlı olduğunu düşünürken, geri kalan %50'ye yakın kişi bağımlı olmadığını belirtmiştir (Çilekar vd., 2020:296-297).

İzmir'de üç büyük eğitim ve araştırma hastanesinde görevli 70 acil servis asistanı ile 70 dahili branş asistanı arasında yapılan bir çalışmada, acil servis asistanlarının %42.86'sının, dahili branş asistanlarının ise %22.86'sının sigara içtiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.012$) belirlenmiştir (Şehitoğlu Alpagut vd., 2022:288,289). İstanbul'daki üç ilçede (Ümraniye, Maltepe, Kartal) Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 271 aile hekiminin katılımıyla 2015 yılında yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin elektronik sigara hakkında farkındalık düzeyleri, zarar algıları ve klinik uygulamalarını etkileyen faktörler araştırılmıştır. Bu çalışmada, aile hekimlerinin %6.6'sının e-sigara denediği, %1.1'inin ise araştırma döneminde e-sigara kullandığı bulunmuştur. Ayrıca, aile hekimlerinin %6.6'sı, sigara bırakma amacıyla hastalarına e-sigara önerdiğini ifade etmiştir (Tanrıöver, 2016:31).

E-sigara, başlangıçta tütün ürünlerini bırakma amacıyla önerilmesine rağmen, gençler arasında kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte sigara kullanımına geçişi artırdığı gözlemlenmiştir. Bu durum, e-sigara pazarlamasının tütün kullanımını başka gruplarda da teşvik edebileceğini göstermektedir. Elektronik sigaranın sigara bırakma başarısının değerlendirildiği iki meta-analiz çalışması sonucunda elektronik

sigara kullananlarda sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu konusunda kanıt bulunamadığı ifade edilmiştir. E-sigaranın tütün kullanımını artırabileceği, hatta ikili kullanıma yol açabileceği belirtilmiştir. Isıtılmış tütün ürünleri, tütün içermesi ve tütünün ısıtılarak nikotin sağlanmasıyla e-sigaradan farklılık gösterirken, e-sigara sıvı içindeki nikotini gaz formuna dönüştürerek sağlamaktadır (Bilir, Özcebe 2022:15,24). E-sigara ve ısıtılmış tütün, sağlığa zararlı tütün ürünleri olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de 2013 yılında e-sigara reklamı, kapalı alanlarda kullanımı ve satışı yasaklanmış, 25 Şubat 2020’de ise 2149 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararı ile e-sigara ve benzeri cihazların ithali yasaklanmıştır (Cumhurbaşkanlığı Kararı, 2020).

4.3.3.2. Sağlık çalışanlarında alkol bağımlılığı

Çalışma yaşamında uyuşturucu ve alkol bozukluğu, özellikle sağlık hizmetlerinin verildiği ortamlarda yaygın bir sorundur. Sağlık ekip üyelerinde uyuşturucu ve alkol bozukluğunun yüksek yaygınlığı, kariyeri sona erdiren sonuçların riski ve hastalara istenmeyen zarar verme potansiyeli göz önüne alındığında, bu konuyla ilgili artan bir farkındalık vardır (Toney-Butler ve Siela, 2023:1). Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık’ta yürütülen çeşitli araştırmalar, tıp öğrencilerinin daha yüksek oranda içki içtiklerini göstermektedir. Bu sorun, akademik baskı düzeyi, iş yükü ve tükenmişlik ile ilişkili olarak tıp öğrencilerinin üstlendiği faaliyetlerin türü ile bağlantılı olabilir. Gerçekten de, aşırı alkol tüketimi de dâhil olmak üzere madde kötüye kullanımı, ulusal ve uluslararası tıp öğrencileri arasında bir stres azaltma yöntemi olarak kabul edilmektedir ve tıp öğrencilerinin önerilen yönergeleri aşan seviyelerde alkol tükettikleri bildirilmiştir. Sağlık meslekleri alanında eğitime devam eden 359 öğrenci, 641 tıp öğrencisi ve 500 asistan doktor (tümü İtalya’daki İkinci Napoli Üniversitesi İşyeri Hekimliği Anabilim Dalı gezici sağlık gözetiminden geçiyor) üzerinde kesitsel bir çalışma yürütülmüştür. Katılımcıların %76,1’i alkol kullanırken, tıp öğrencilerinin %85,5’i, asistan hekimlerin %77,4’ü ve sağlık meslekleri öğrencilerinin %63’ü düzenli olarak alkol kullandığını bildirmiştir. Tüm örneklemde ortalama Audit-C (alkol kullanımının değerlendirilmesinde kullanılan kısa bir tarama aracı) puanı erkekler için 1,6 ve kadınlar için 1,1 bulunmuş; erkeklerin yalnızca %5,5’i ve kadınların %7,1’i sırasıyla ≥ 4 ve ≥ 3 olan bir Audit-C puanıyla tehlikeli alkol tüketimine sahip olarak ifade edilmiştir (Lamberti vd., 2017:1,5).

Ocak 2006 ile Mart 2020 arasında yayınlanan ve 17 ülkede 51.680 katılımcıyı kapsayan 31 çalışmanın sistematik derlemesinde, hekimlerde sorunlu alkol kullanım oranının %16,3’ten %26,8’e yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu artışın, alkol kullanımını bildirmedeki şeffaflığın artmasından mı yoksa gerçek bir artıştan mı kaynaklandığı net değildir. Derlemede, sorunlu alkol kullanımının erkeklerde 7 çalışmada kadınlardan, 4 çalışmada ise kadınlarda erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, son yıllarda kadınların sorunlu alkol kullanımını bildirme olasılığı daha yüksek çıkmıştır (2015-2020 arasında yayınlanan çalışmalarda). Amerika Birleşik Devletleri’nde ve İtalya’da kadın doktorların sorunlu alkol kullanım oranları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Derlemeye dâhil olan bir çalışma, cerrahların ve anesteziyologların tehlikeli içme ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu, dermatologlar ve ortopedi uzmanlarının ise alkol kötüye kullanımı prevalansının en yüksek olduğu gruplar arasında olduğunu belirtmiştir. Genel olarak, hekimlerin kaygı ve depresyon riskinin arttığını gösteren kanıtlar bulunmakla birlikte, sorunlu alkol kullanımının hekimlerde genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak, yaş, uzmanlık ve kariyer aşamasına göre sorunlu alkol kullanımında net bir fark bulunmamıştır (Wilson vd., 2022:9-10).

Hughes ve arkadaşlarının (1991'de yayınladıkları) 1987'de Amerika Birleşik Devletleri'nde asistan doktorlarla yaptıkları çalışmada en sık kullanılan maddeler sırasıyla alkol, marihuana, sigara ve kokain olarak bulunmuştur İngiltere'de doktorlar, diğer meslek gruplarına göre en az tütün tüketirken, en çok alkol tüketenler arasında yer almaktadır. Bu duruma, tütünle ilgili eğitimlerin etkinliği ve tütün kullanımıyla hastalık arasındaki güçlü kanıtların etkili olduğu düşünülmektedir. Alkol tüketiminin yüksek olmasında ise, günde 1-2 standart içkinin koroner kalp hastalığı riskini azaltabileceği yönündeki kanıtlar, alkol reklamlarının kısıtlı olmaması ve "sağlığa zararlıdır" uyarılarının eksikliği gibi faktörler etkili olabileceği belirtilmektedir (Akvardar vd., 2002:240).

2011 yılında Belçika'da tıp uzmanları arasında alkol kullanımı ve tehlikeli içki içme üzerine bir çalışma yapılmıştır. 24.568 tıp uzmanına anket gönderilmiş, ancak 1501 geri dönüş alınmıştır. Katılımcıların %8.1'i hiç alkol kullanmadığını, %18'i ise tehlikeli içki alışkanlığına sahip olduğunu belirtmiştir. Kadın tıp uzmanlarının %15'inde tehlikeli içki içme testi (CAGE ve AUDIT) pozitif çıkmıştır. Kadın anestezi-reanimasyon uzmanlarında bu oran %23.5, kadın-doğum uzmanlarında %23.2 olarak bulunmuştur. Erkeklerde aşırı içki içme oranı %23.3 iken, kadınlarda %8.9'dur. Cerrahi branşta erkeklerde aşırı içki oranı %24.6, kadınlarda %15.2'dir. Çalışma, özellikle anestezi-reanimasyon ve kadın-doğum uzmanlıklarında kadın doktorların tehlikeli içme oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Yaşlı doktorlar arasında daha yüksek tehlikeli içki içme oranları gözlenmiş, ancak bu eğilim kadınlarda daha belirgin olmuştur. Araştırma, genç doktorların alkol tüketimine karşı daha sağlıklı bir tutum sergilediklerini ve farkındalıklarının arttığını göstermektedir (Joos vd., 2013:94,96).

Çok sayıda kanıt, sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün yüksek oranda alkol kullandığını ve tüketimin zamanla arttığını göstermektedir. Tüm sağlık çalışanlarının yaklaşık %10-15'inin kariyerlerinin bir döneminde alkol veya uyuşturucuları kötüye kullandığı tahmin edilmektedir. Yakın zamanda 3.213 Kanadalı doktorla yapılan bir anket çalışması, erkek doktorların %1,3'ünün ve kadın doktorların %0,8'inin geçen yıl günde beş veya daha fazla alkollü içki tükettiklerini ve geçen ay erkek doktorların %12'sinin ve kadın doktorların %4'ünün alkol tükettiklerini ortaya çıkardı. İsviçre birinci basamak doktorlarının katıldığı başka bir ankette, doktorların %66'sının alkol tükettiği ve %30'unun zararlı içki içme riski taşıdığı bulunmuştur. İsviçre genel nüfusunun küçük bir örneklemeyle karşılaştırıldığında, doktorların alkol içme olasılığının daha yüksek olduğu (%78'e karşılık %96)) ve doktorlarda iki kat daha fazla riskli içki içildiği (%30'a karşı %15) saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının alkolle ilgili mesleki uygulamaları ve kişisel alkol tutum ve davranışları ile mesleki uygulamaları arasındaki ilişkiyi araştıran sistematik bir incelemede 2007-2013 yılları arasında İngilizce yayınlanmış 117 makale ele alınmıştır. İnceleme, doktorlar, hemşireler, ebeler, diş hekimleri, eczacılar ve çeşitli ortamlarda çalışan diğer tıbbi personel dahil olmak üzere farklı sağlık uzmanı gruplarını içeriyordu. Diziden elde edilen bulgular, bir dizi sağlık profesyonelinin günlük klinik uygulamalarına alkolle ilgili sağlığı geliştirme faaliyetlerini dahil ettiğini göstermiştir. Makalelerin niteliğinin yetersizliğinden yakınan yazarlar, sağlık çalışanlarının alkolle ilgili sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamalarını ve bunlarla ilgili faktörleri inceleyen gelecekteki araştırmaların, geçerli ve güvenilir ölçümler kullanan daha büyük ve temsili örneklemeler içeren iyi tasarlanmış (ileriye dönük tasarımlarla) çalışmalarını içermesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Bakhshi ve While 2014:241).

Çin anakarındaki 29 eyaletin başkentlerindeki 41 üçüncü basamak psikiyatri hastanesinde 21.858 ruh sağlığı çalışanının tamamı alkol kullanımına ilişkin araştırmaya katılmaya davet edilmiş, 4382 doktor (%64'ü psikiyatrist), 9339 hemşire ve 259 psikolog toplam 13.980 ruh sağlığı çalışanı anketi tamamlamıştır. Katılımcıların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktaydı (%75,1). Alkol tüketimi katılımcıların %41,8'i tarafından bildirilmiştir (doktorların %53.9'u, hemşirelerin %36.2'si ve klinik psikologların %40.5'i). AUDIT-C'nin (kadınlar için ≥ 3 ve erkekler için ≥ 4) kesme puanlarına göre, %7.5'i son bir yıl içinde muhtemel alkol kullanıcısı olarak sınıflandırılmıştır. Bu oranlar doktorlarda %10.2, hemşirelerde %6.3 ve klinik psikologlarda %5.8 olarak bulunmuştur. Çoklu lojistik regresyon yapılmış, erkek cinsiyet (OR=3.772; CI=3.206–4.439), doktor olma (OR=1.259; CI=1.052–1.506), boşanmış veya dul olma (OR=1.979; CI=1.467–2.666), önlisans veya daha düşük düzey diplomaya sahip olmak (OR=1.809; CI=1.040–3.147), Kuzeydoğu Çin'de çalışmak (OR=1.538; CI=1.281–1.848) ve sigara içme alışkanlığı (OR=3.345; CI= 2.280–3.967) olarak hesaplanmıştır (Tao vd., 2021:351,353).

Doktorlar arasında alkol ve madde kötüye kullanımını araştıran çalışmalar genellikle büyük ölçekli anketlerle yapılmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde doktorların %5 ila %20'sinin sorunlu alkol tüketimi bildirdiği saptanmıştır. Örneğin, 7209 Amerikalı doktorun yer aldığı bir çalışmada, %15.3'ü alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık belirtileri göstermiştir. Danimarkalı doktorlarda ise tehlikeli alkol kullanımı %18.9 oranında saptanmıştır. Birleşik Krallık'taki bir çalışmada doktorların %20'si önerilen seviyelerin üzerinde alkol tüketirken, başka bir çalışmada bu oran %5'tir. Uzmanlık alanları arasında bazı farklar gözlemlense de genel popülasyonla karşılaştırıldığında doktorlar benzer veya daha yüksek oranlarda alkol tüketebilmektedir. Son çalışmalar, alkolün tıbbi hatalarla ilişkili olabileceğini ve hasta bakımındaki olguların %5'ine kadar alkolün etkisinin katkıda bulunabileceğini göstermektedir (Harvey vd., 2021:923).

Rusya'da yapılan bir çalışma, AUDIT testinin Rus içki alışkanlıklarını yeterince yakalayamadığını ve kültürel farklılıklar nedeniyle uyarılma gereksinimi olduğunu vurgulamıştır. Araştırmada 25 hasta ve 12 sağlık uzmanıyla yapılan görüşmelerde, Rusya'da yoğun alkol tüketiminin özellikle şenlikler ve özel günler etrafında toplandığı ve "zapoi" olarak bilinen uzun süreli aşırı içme (yıkılana kadar içme) eğiliminin yaygın olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, vekil alkol (içinde etil alkol bulunan, insan içimine uygunluğu çok da bilinmeyen, merdiven altı üretilen, ev yapımı alkol) tüketiminin bağımlılar arasında sık görüldüğü tespit edilmiştir. Sonuç olarak, AUDIT'in Rusya'ya özgü uyarlanmış bir versiyonunun, erken tespit ve müdahale için gerekli olduğu saptanmıştır. Yüksek düzeyde alkole atfedilebilir zararlar, fiyat artışları ve alkol pazarlamasındaki kısıtlamalar gibi çeşitli alkol kontrol önlemlerinin uygulanmasından sonra azalan içme seviyelerine rağmen, Rusya Federasyonu'ndaki önlenebilir en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olmaya devam etmektedir (Neufeld vd., 2022).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında Türkiye'de düzenlenen "Sağlık Çalışanlarında Bağımlılığa Müdahale ve Önleme" eğitimi kapsamında yapılan bir çalışmada, 16 ilde 1877 sağlık çalışanına anonim anket uygulanmıştır. Katılımcılar doktor, hemşire-sağlık memuru ve yöneticilerden oluşmaktadır. Veriler, kişisel alkol ve madde kullanımı, bağımlılık algısı ve tedavi görüşleri üzerine toplanmıştır. Sonuçlara göre, katılımcılar arasında yaşam boyu alkol kullanımı %57.9'dur. Sağlık çalışanları arasında alkol ve madde kullanımının yaygınlığına dair sonuçlar çelişkili

olmakla birlikte, genel olarak kendi sosyoekonomik sınıflarıyla benzer olduğu düşünülmektedir (Mutlu vd., 2014:118). Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, 219 sağlık çalışanının ruhsal durumu ve vardiyalı çalışmanın etkileri incelenmiş, vardiyasız çalışanlarda alkol kullanımı %12.8, vardiyalı çalışanlarda ise %29.1 olarak bulunmuştur (Geniş vd., 2020). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki bir diğer çalışmada ise, kronik yorgunluk sendromu (KYS) ve depresyon sıklığı araştırılmış, alkol ve sigara kullanımı, uzun süre yatılı okumak, cinsiyet (kadın) ve yüksek okul başarısının KYS ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Sayın vd., 2013:14).

Bir psikiyatri kliniğinde 1997-2002 yılları arasında alkol-madde kullanım bozukluğu tanısıyla yatarak tedavi gören 4879 hasta arasında mesleği hekim olan 41 kişinin özellikleri incelenmiştir. Bağımlı hekimlerin oranı genel örneklem içinde %0.84 olarak saptanmıştır. Kadın-erkek oranı genel örneklemde 1/8 iken, hekimler arasında bu oran 1/2'dir, bu da kadın hekimlerde bağımlılık oranının arttığını göstermektedir. Hekimlerin %26.8'i bekâr, %26.8'i boşanmış olup, %90.2'si aktif olarak çalışmaktadır. Hekimlerin %61'i uzman olup, dâhili ve cerrahi dallarda benzer sayıda hekim bulunmaktadır. Alkol (%41.5), meperidin (%34.1), alkol+madde (%14.6), eroin (%2.4) ve diğer farmakolojik maddelerin (%7.3) kullanımı nedeniyle tedavi görmüşlerdir. Hekimlerin alkol ve reçete edilen opioid ve benzodiazepinleri daha fazla kullandığı gözlemlenmiştir. Ayaktan tedavi veya kendi kendine tedavi gibi sebeplerle yatarak tedavi oranı düşük bulunmuştur. Tedaviye başvuran hekimler mesleki itibar kaybı endişesi yaşamaktadır. Bu nedenle birçok merkezde hekimlere özel tedavi programları geliştirilmiştir (Ünsalan vd., 2014:151,152).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde 1994-2007 yılları arasında alkol ya da madde kullanımı nedeniyle başvuran 77 sağlık çalışanının kayıtları incelenmiştir. Bu grubun %87'si yatarak, %13'ü ayaktan tedavi görmüştür. Yatarak tedavi gören 1004 hastanın %6.7'si sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Hastaların %63.6'sı alkol, %26.0'sı madde, %10.4'ü ise alkol ve madde kullanımına bağlı tedavi görmüştür. Cerrahi bölümlerde çalışan sağlık çalışanlarında madde kullanım riski artmakta, birinci, ikinci ve üçüncü basamakta çalışanlar serbest çalışanlara kıyasla daha fazla risk taşımaktadır. Sağlık çalışanları tedavi için genellikle kendi istekleriyle başvurmaktadır (%64.9). Alkol, opiatlar ve benzodiazepinler en sık kullanılan maddeler olup, madde kullanımını önlemeye yönelik somut adımların atılması önemlidir (Demirbaş vd., 2008:121,122).

Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim, hemşire ve hemşirelik bölümü öğrencilerinde yapılan çalışmada, alkol kullanım sıklığı doktorlarda 4 (%15.4), hemşirelerde 7 (%8.9) ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinde 3 (%8.6), toplamda 14 kişi (%10) olarak hesaplandığı, alkol alan kişilerin çoğunluğunun özel günlerde alkol aldığı, CAGE testinden 2 ve üzeri puan alan kişi tespit edilmediği, bu sonuçların katılımcıların bilgilerinin ortaya çıkması ile ilgili yaşadıkları endişeden dolayı düşük çıkmış olabileceği ifade edilmiştir (Özsoy ve Kulu, M. 2021:85,87).

4.3.3.3. Sağlık çalışanlarında farmakolojik madde bağımlılığı

Doktorlar, hemşireler ve yardımcı sağlık çalışanları arasında madde kullanımı çeşitli faktörlerle ilişkilidir; yüksek başarı, takıntılılık ve yüksek iş ahlakı gibi tıpta yüksek stresli pozisyonları seçmeye yönlendiren kişilik özellikleri de, bir kişiyi daha yüksek bir performans düzeyine ulaşmak için uyarıcıları seçmeye yönlendirebilir. Sağlık profesyonellerinin ayrıca reçeteli ilaçlara nispeten doğrudan erişimi vardır ve bu da bağımlılık yapan ilaçları almayı kolaylaştırır. Sağlık uzmanları, büyük olasılık-

la erişim kolaylığı nedeniyle, benzodiazepinleri ve afyonları yasadışı sokak uyuşturucularından daha fazla kullanma eğilimindedir. Sağlık hizmetlerinde uzun çalışma saatleri, stres ve giderek yaygınlaşan işgücü eksiklikleri nedeniyle sağlık hizmet sunucularında madde kullanımının artması beklenmektedir (Toney-Butler ve Siela, 2023:1,2).

Madde bağımlılığı olan sağlık çalışanları, sokaktaki bağımlılardan farklıdır; tedavi amaçlı ilaç erişimleri daha kolaydır ve genellikle ilaç kapsamındaki maddeleri kullanırlar. İlk olarak ağrı kesiciler ve stres azaltıcı ilaçlara yönelirler. Kullandıkları maddeler (enjektör gibi) genellikle sterildir, ancak kullandıkları maddelerin saf olması daha yüksek dozlarda kullanılmalarına ve daha ciddi bağımlılıklara yol açar. Sağlık çalışanları madde kullanımını genellikle yalnız başına yapar ve kariyer, statü ve özsaygılarına verdikleri önem nedeniyle bağımlılığı gizleme eğilimindedirler. Bağımlılık ilerledikçe aile ilişkileri, kişisel sağlık ve iş performansı etkilenir ve bu durum sonunda açığa çıkar. Fiziksel görünümde bozulma, duygusal krizler, hastaneye kaldırılma ve uygun olmayan davranışlar gözlemlenebilir. Sosyal ve profesyonel izolasyon, iş performansında azalma, düzensiz kayıtlar ve uygunsuz tedavi düzenlemeleri gibi belirtiler sıklıkla görülür. Hemşirelerde narkotik ilaç dolabı anahtarı taşıma ve medikasyona ilgi, izinli olduğunda serviste bulunma, gerektiği durumlarda verilen ilaçların aşırı kullanımı ve fazla israf bildirme, acil ilaçların kaybolması ve sık lavabo ziyaretleri bildirilmiştir. Doktorlar ve diğer sağlık görevlileri, meslektaşlarının madde kullanımını fark ettiklerinde etik sorumlulukları gereği müdahale etmelidirler. İngiltere’de bu sorumluluk, hastanın güvenliğini öncelikli olarak koruma ve gerekli durumlarda işverene bildirme şeklinde özetlenmiştir (Bryson vd., 2008:907; Ögel, 2010: 43,45; Toney-Butler ve Siela, 2023:1,3; Akvardar, 2012:242; Oğan vd., 2014:34).

Hughes ve arkadaşlarının (1991) Amerika Birleşik Devletleri’nde asistan doktorlarla yaptığı 1987 tarihli çalışmada en sık kullanılan maddeler sırasıyla alkol, marihuana, sigara ve kokain olarak bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencilerine benzerlik gösteren madde kullanımında, yaşam boyu kokain kullanımı asistanlarda tıp öğrencilerinden biraz daha düşüktür (%29.2’ye %32.5), benzodiyazepin (%22.7’ye %19.6) ve barbitürat (%8.5’e %7.3) kullanımları ise daha yüksektir. Doktorlar bu ilaçları, doktorun ilk kez reçete yazma ayrıcalığını elde ettiği asistanlık döneminde kullanmışlardır. Halen benzodiyazepin ve opiyat kullananlar, bu ilaçları eğlence amaçlı değil, kendilerini tedavi etmek amacıyla aldıklarını belirtmektedir (Akvardar vd., 2002:240).

Anestezistler, diğer sağlık uzmanlarına kıyasla madde bağımlılığı ve kötüye kullanılmasına daha yatkındır. Orta Doğu’da bu konuda yayınlanmış bir literatür bulunmamaktadır. Bu nedenle, katılımcı sayısı düşük olsa da Ürdün’deki anestezi personeli arasında yapılan çalışma değerlidir. Araştırmada Ürdün’deki farklı hastanelerde çalışan her düzeydeki anestezi personelini hedefleyen kesitsel bir kişisel bildirim anketi oluşturulmuş, toplam 94/113 katılımcı anketi doldurmuştur. Katılımcılar ağırlıklı olarak erkek (%83.2) ve 26-35 yaşları arasındaki kişilerden oluşmuş. Toplam 21 (%18.6) katılımcı bazı reçeteli veya OTC (tezgah üstü) ilaçları tıbbi olmayan nedenlerle kullandığını bildirmiştir. Çoğunluğu asistan (%57.2) ve (%33.3) danışman ve (%9.5) teknisyen olarak çalıştığını bildirmiş. Katılımcıların %1’i “bağımlılık” ve “kötüye kullanım” tanımları arasındaki farkı doğru biliyordu. Kendi kendine reçeteli ilaç yazabilen altı anestezi personeli (%6.4) ve diğer iki katılımcı (%1.7) opioidleri tıbbi olmayan nedenlerle kullandığını belirtmiştir. Çalışma, anestezi per-

sonelini madde kullanım bozukluğundan korumak için daha fazla yasal düzenleme çabası gerektiğinin, uzmanlığa yeni başlayanlar arasında uyuşturucu kullanımı ve kötüye kullanımı alanında farkındalığın derinleştirilmesi ihtiyacının vurgulamaktadır (Al-Maaz vd., 2019:317) .

Mısır'daki üç büyük (devlet ve özel) hastanede çalışan tüm hemşireler Kasım 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında sosyodemografik form, Alkol, Sigara ve Madde Bağımlılığı Tarama Testi doldurarak Mini Uluslararası Nöropsikiyatri Görüşmesi (MINI) için araştırma ekibine yönlendirilmişlerdir. Araştırmaya katılan 417 hemşirenin %21.6'sının madde bağımlılığı yaşadığı, madde bağımlılığının cinsiyet, din, eğitim düzeyi, medeni durum, doğum yeri, uzmanlık, maaş geliri ve hastane türü ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca hemşireler arasında madde kullanımı ile psikiyatrik komorbiditeler arasında da anlamlı bir ilişki saptanmış, madde kullanım bozukluğu olan sağlık çalışanlarının kamu güvenliğine, kendi sağlıklarını, kariyerlerini ve hastalarının hayatlarını tehlikeye attıkları ifade edilmiştir (Elalla vd., 2020: 99).

Brezilya'nın Minas Gerais kentindeki Uberlandia belediyesinde bulunan büyük bir devlet hastanesinde 2016 yılında 416 sağlık çalışanının alkol kullanımı incelenmiştir. Katılımcıların %84.1'i kadın, yaş ortalaması 41.2 yıl ve %69.5'i evlidir. Örneklemin %28.5'i yardımcı hemşire, %49.3'ü hemşirelik teknisyeni ve %22.2'si hemşiredir. AUDIT-C testine göre düşük riskli ve riskli düzeyde alkol kullanan katılımcı grubunun; % 68.9'u erkek, % 60.9'u bekâr, % 76.3'ü başka dinlere sahip, %55.3'ü yükseköğrenimlidir. Bu grupta alkol kullanımı ile ilgili farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p < 0.05). Alkol bağımlılığı olmayan grup ise ilköğretim mezunu (%71.4), hemşirelik teknisyeni (%58.3), evli (%53.4), kadın (%54.6) ve ve evanjelikler (%75) olarak tanımlanmıştır. Sorunlu düzeyde alkol tüketenlerin %49.8'i, sigara içme %16.8, amfetamin kullanımı %2.2 ve sedatif kullanımı %4.4'tür. Sorunlu düzeyde alkol kullanan katılımcılar, fiziksel egzersiz yapmama (% 58.2) ve spor yapmama (% 64) ve iki ünite sınırının üzerinde içme (% 63.1) gibi daha yüksek sağlıksız davranış yüzdeleri sundular. Bununla birlikte, güncel bağışıklama kayıtlarına uymak (% 64.3), yağlı yiyeceklerden kaçınmak (% 58,4), kafeinli içecek tüketiminden kaçınmak (% 55.7) ve gürültülü ortamlardan kaçınmak (% 62,6) gibi diğer sağlık davranışlarını benimsemişlerdi. Lojistik regresyon analizinde; erkek olmak (OR=4.3; CI95% 1.992–9.276; p <0.001), bekar olmak (OR 3.7; CI95% 1.928–14.840; p = 0.044), başka dinlere sahip olmak (OR 3.8; CI95% 1.715–8.356; p <0.001), hemşirelik teknisyeni olarak çalışmak (OR 2.3; CI95% 1.402–6.886; p <0.001), günde iki birimden az alkol tüketmek (OR 2.0; CI95% 1.111–3.742; p=0.021), sigara kullanmak (OR 8.9; CI95% 3.126–25.728; p <0.001), kafeinli içecek tüketiminden kaçınmak (OR 1.9; IC95% 1.962–6.797; p=0.041) ve gürültülü ortamlardan kaçınmak (OR 2.0; CI95% 1.017–3.950; p=0.045) alkol tüketiminde sorun yaşama riskini artırmaktadır (Junqueira1vd., 2017: 1,5,6).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2016 itibarıyla yaklaşık 3.1 milyon hemşire bulunmaktadır ve bunların %8'i madde kullanım bozukluğu yaşamaktadır. Hemşireler için Teksas Akran Yardımı Programındaki 348 hemşire (2016 yılı), madde bağımlılığıyla ilgili suçlar için programa aktif olarak katılmıştır. 2010–2016 yılları arasında, 1.553 hemşire madde kötüye kullanımı nedeniyle bu programa yönlendirilmiş olup, bu hemşireler Teksas'taki hemşire nüfusunun %2'sini temsil etmektedir. Katılımcıların ortalama yaşı 40.1 olup, %75'i kadın ve %76'sı kayıtlı hemşireydi.

Programı nüks etmeden başarıyla tamamlayanların oranı %41, en az bir nüks bildirilenlerin oranı ise %32'dir. Opioidler en sık kötüye kullanılan uyuşturucudur, bunu alkol ve uyarıcılar takip etmektedir. Bazı hemşireler ilaçları hatalı veya yetkisiz bir şekilde elde etmiştir. Literatürün aksine, uzun süreli bakım, medikal-cerrahi birimler ve evde sağlık bakımında çalışan hemşireler en yüksek uygulama bozukluğu prevalansına sahipti. Psikiyatrik komorbidite nüks ile anlamlı bir ilişki göstermemekte, ancak kişisel bildirim durumu cinsiyet, yaş, lisans türü, nüks ve tercih edilen ilaç ile anlamlı bir şekilde ilişkilidir. Programa kaydolma süresi ile perhiz yapılan gün sayısı arasında ters bir ilişki vardır. Ayrıca, erkeklerin programdayken istihdam edilme olasılığı daha yüksektir (Mumba vd., 2019:78).

İngiltere'de farklı uzmanlık alanlarında çalışan doktorlarda meslek hastalığı yaygınlığının saptanmasına yönelik bir araştırma içinde Mesleki Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından 2009 yılında yürütülen sistematik bir gözden geçirmede, kronik sağlık sorunlarından (özellikle psikiyatrik hastalıklardan) yakınan doktorların %25'inden fazlasının alkolü ve daha az ölçüde reçeteli ilaçları kötüye kullandığını bildirdiğine dair orta düzeyde kanıtlar buldu. Madde kötüye kullanımı sorunu olan 144 doktorla yapılan bir araştırmada, ortalama başvuru yaşının 43,1 olduğu ve kötüye kullanılan maddelerin: %42 alkol, %31 madde ve alkol ve yalnızca madde %26 olarak bildirilmiştir. En yaygın yasa dışı maddeler opiatlar, barbitüratlar, benzodiazepinler ve amfetaminlerdi. Belirlenen risk faktörleri arasında kişilik sorunları, iş yerindeki stres, anksiyete veya depresyon, spesifik olmayan içki içme eğilimi, ağrı, yaralanma veya kaza, ailevi sorunlar yer almaktadır. Bir başka incelemede 2007'de tıp mesleğinde en yüksek alkol kötüye kullanımı kadın tıp öğrencilerinde, 40 yaşın altındaki doktorlarda ve cerrahlarda bulunmuştur. Başa çıkma mekanizmaları olarak alkol ve yasa dışı maddeleri kötüye kullanan doktorların psikiyatrik hastalık riskinin iki kat arttığı kaydedilmiştir (Vijendren vd., 2015:522,526).

Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD), Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD), Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (ATTD) ve İstanbul Tabip Odası (İTO) tarafından yürütülen bir çalışma, anestezi çalışanlarının çalışma koşullarına bağlı sorunları ve çözüm önerilerini incelemiştir. Çalışma üç ana yöntemle gerçekleştirilmiştir: anket, odak görüşmeler ve internet araştırması. 2013 yılında yapılan "Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme" anketine 398 kişi katılmıştır. Katılımcıların % 6'sı, son 12 ayda kafayı bulmak, kendini iyi hissetmek veya ruh halini değiştirmek için madde kullandığını belirtmiştir. Odak grup görüşmelerinde, fentanil, dolantin, dormicum, contramal, halotan, ve propofol ve bunun gibi maddelerin bağımlılık riskine neden olabileceği vurgulanmış, bu maddelerin bulunmasının kolay olduğu, ancak kurumsal denetimlerin önem taşıdığı ifade edilmiştir. Madde bulmada zorluk ve kolaylıklar konusunda yapılan iş gereği bulmanın çok kolay olduğu, bir takım önleyici uygulamalar olsa da (kayıt, dolap) sonuçta isteyen kişinin bir şekilde bulabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, anestezi ortamında ilaçların kaybolması ve kişisel tedavi amacıyla kullanılması gibi sorunlar vurgulanmıştır (Oğan, vd. 2014: 25,28,30,33,35). Türkiye'de 2014 yılında yapılan bir diğer çalışmada çalışmaya katılan 398 anestezi çalışanının 102'sinin (%25) ruh sağlıklarının tedavi gerektirecek düzeyde bozuk olduğunu ortaya konmuştur. Raporda, anestezi çalışanlarının depresyon ve alkol/madde bağımlılığı oranlarının toplum ortalamasından yüksek olduğu ve bu durumun çalışma koşullarıyla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Erol, 2020:43). Özetle, anestezi çalışanlarının çalışma koşulları bağımlılık riskini artırmakta ve mevcut denetimlerin yetersizliği bu riski daha da büyütmektedir. Ayrıca, bu alanda ruhsal

sağlık sorunlarının yüksekliği, hem meslektaşlar hem de sağlık sistemleri tarafından daha dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır.

Tütün bağımlılığı başlığı altında gördüğümüz acil servis asistan hekimleriyle diğer dahili branş asistan hekimleri arasında depresyon ölçeğinin karşılaştırıldığı İzmir’de yapılan çalışmada; acil servis asistanlarında antidepresan ilaç kullanımı %14.29, diğer dahili branş asistanlarında bu oran %4.29 olarak bulunmuştur (p=0.042). Aynı çalışmada acil servis asistanlarından 3’ü uyumak için ilaç kullandığını ifade etmiştir. Diğer dahili branş asistanlarından hiç biri uyumak için ilaç kullanmadığını bildirmiştir (Şehitoğlu Alpagut vd., 2022:288).

Madde kullanımının ve hastanelerde narkotik madde kayıplarının tespitinde dikkat edilmesi gereken ipuçları şunlardır:

● **Çalışan davranışları:** Sık sık hasta olma, fazla mesai yapma isteksizliği, denetim olmayan alanları tercih etme, işe geç gelme, erken çıkma, uzun molalar alma, unutkanlık, hatalı kararlar verme, performans düşüşü, kurallara uymama, sağlık kayıtlarında özensizlik, ilaç uygulama notlarında tutarsızlıklar, ve narkotik ilaçlarda eksilme gibi durumlar gözlemlenmelidir. Ayrıca, ilaç paket veya flakonlarında tahribat, narkotik dolaplarını açmak için yalnız kalma beklentisi ve hayali hasta isimlerinin kullanılması gibi belirtiler de dikkate alınmalıdır (Bekar Özen, 2014:45).

● **Fiziksel ve psikolojik belirtiler:** Çalışanlarda öfke kontrolü sorunları, sulu gözler, kanlı gözler, göz bebeklerinde büyüme (midriyazis), aşırı terleme (diyaforez), azalan uyanıklık, düzensiz görünüm, tükenmişlik, sık kaza geçirme, ağrı yakınmaları, sakız veya nane şekeri kullanımı, hiperaktivite, hipoaktivite, uykusuzluk, izolasyon, savunmacı tutum, sosyal işlevlerde bozulma, konsantrasyon sorunları, burun akıntısı, nazal septum perforasyonu, ruh hali değişiklikleri, uzun kollu giysiler giymek, kilo değişiklikleri gibi belirtiler de madde bağımlılığına işaret edebilir (Toney-Butler ve Siela, 2023:9,10,11).

4.3.3.4. Alkol-Madde bağımlılığı olan sağlık çalışanına yaklaşım

Sağlık çalışanlarının bağımlılık tedavisine başvurması genellikle gecikmektedir. “Doktor hasta olmaz” inancı, yardım arayışını engelleyebilmektedir ve tanı koyulması 2-3 yıl sürebilmektedir. Tedaviye, genellikle ailenin ısrarı, iş yerinde yaşanan ciddi sorunlar nedeniyle resmi yollarla bağımlılık durumunun değerlendirilmesi istemiyle başlanmaktadır. İnkâr, mantıksallaştırma, mesleki kaygılar ve itibar kaybı tedaviyi geciktiren nedenlerdir. Madde kullanan sağlık çalışanlarını sorunla yüzleştirmek, tedavi sürecini başlatmak için kritik bir adımdır. Yüzleştirme, bireyin sorunu kabul etmesi, tedaviye istekli hale gelmesi ve destek alması için önemli bir motivasyon kaynağıdır. Bu süreç, bireyin saygınlığına ve gizliliğine özen gösterilerek, empati ve anlayış çerçevesinde yürütülmelidir. Yüzleştirme, tedavi sürecinin başlangıcı için önemli bir adım olmakla birlikte, bu sürecin başarılı olabilmesi için bireye ve topluma yönelik kapsamlı destek programları geliştirilmelidir. Bağımlı sağlık çalışanlarının madde kullanımını inkâr etmeleri önlenmeli ve müdahalenin iyileşmeleri için yapıldığı vurgulanmalıdır. Empati odaklı yaklaşımla tedaviye katılımları sağlanabilmektedir. İyileşenler, arınma sürecini tamamladıklarını kanıtladıktan sonra periyodik kontrollerle mesleklerine dönebilmektedir. Başaramayanlar, ilaçlara erişimin zor olduğu alanlara yönlendirilebilmekte ve üstlerinin durumdan haberdar edilmesi yararlı olabilmektedir (Ögel, 2010:45).

Bağımlılık, birçok kişi tarafından sağlık hizmetleri uygulamalarına dahil olanlar için hala mesleki bir tehlike olarak kabul edilmektedir. Çalışma ortamlarında bulunan bağımlılık yapıcı maddelerin varlığı, özellikle risk altında olanların bu maddeleri kötüye kullanma potansiyelini artırmaktadır. Bu kişileri bağımlı hale gelmeden önce tespit etmek zor olduğundan, hem çalışma arkadaşlarının hem de hastaların güvenliğini korumak için bağımlılık belirtilerini ve semptomlarını tanımak hayati önem taşımaktadır. Motivasyonu yüksek bazı sağlık çalışanları tedavi sonrasında klinik uygulamalarına başarılı bir şekilde geri dönebilse de, bu her zaman mümkün değildir. Tedavi programının tamamlanması, gelecekte nüksetmeyeceğinin garantisi değildir. Bu nedenle, bağımlı bir sağlık çalışanının görevine dönmesine izin verilmeden önce her vaka dikkatle değerlendirilmelidir (Bryson vd., 2008:916). Tüm sağlık kurumlarının, madde kullanımını önleme, suistimal durumunda hızlı tespit ve etkin müdahale içeren planlara sahip olması gerekmektedir. Önerilen bu planlama, hastane eczanesi, güvenlik birimi, hukuk, insan kaynakları, başhemsirelik ve anesteziyoloji gibi birimlerin kendi planlarını oluşturup, diğer birimlerle işbirliği içinde bir organizasyon şeması geliştirmesini de içermelidir. Ayrıca, soruşturma prosedürleri ve sonuçlarına göre alınacak kararların kurum politikası olarak açıkça belirlenmesi gerekmektedir (Erkan vd., 2022:102).

4.3.4. Sağlık Çalışanlarında Davranışsal Bağımlılıklar

Davranışsal bağımlılıklar, fiziksel bir maddeye dayanmayan internet, oyun ve kumar gibi insan-makine etkileşimlerine dayalı teknolojik bağımlılıkları kapsamaktadır. Bu bağımlılıklarda, davranışın kontrol edilememesi ve haz alınamaması nedeniyle kullanım süresi veya sıklığı artmaktadır. Zamanın büyük kısmı bu davranışlara harcanmaktadır, bu da psikolojik, sosyal ve fiziksel sorunlara yol açmaktadır. Ancak, bilişim teknolojilerinin eğitim ve bilgi sağlama amaçlı kullanımı, zararlı kullanımı azaltabilmektedir. Sosyal medyanın sunduğu kolaylıklar, gelişmeleri kaçırma korkusu (GKK) gibi olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Amerikalı bilim insanları tarafından 'Fear of Missing Out (FoMO)' olarak adlandırılan bu durum, başkalarının kendisi yokken bir deneyimi yaşadığı endişesiyle bireyde dışlanma korkusu oluşturmaktadır (Oral vd., 2021:614).

Dürtü, organizmanın yaşaması için gerekli olan gerginlik durumudur. Açlık, susuzluk ve uykusuzluk gibi hemostazisi bozan uyaranlar, organizmada gerginlik yaratır ve bu da yoğun bir gereksinim hali doğurur. Dürtüsellik ise, planlama ve düşünme becerilerini bozan, sabırsızlık ve öz denetim eksikliğiyle karakterize edilen bir sorundur ve birçok psikiyatrik problemle ilişkilendirilmektedir. Dürtüsel bireyler, zaman yönetimi ve plan yapma konusunda zorluk yaşarlar. Dürtüsellüğün, alkol ve madde bağımlılığı gelişiminde önemli bir rolü olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Aynı zamanda dürtüsellik, sosyal medyanın patolojik kullanımına da zemin hazırlayabilmektedir (Topbaş ve Karabay, 2021:361).

4.3.4.1. Sağlık çalışanlarında internet, akıllı telefon, sosyal medya bağımlılığı

Akıllı telefon bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıkların tanımlanması zor olabilir, çünkü bu bağımlılıklar sadece fiziksel değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik faktörlerle de ilişkilidir. Standart tanı kriterlerinin eksikliği ve akıllı telefon bağımlılığının diğer bağımlılıklardan net bir şekilde ayrılmaması, durumu "kötü tanımlanmış ve heterojen bir yapı" haline getirmektedir. Nomofobi, cep telefonu veya bilgisayarla

iletişimin kesilmesiyle oluşan rahatsızlık, endişe ve sinirlilik hissi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, teknolojiye temassız kalma korkusu olarak ifade edilmektedir ve dijital çağın bir sorunu olarak kabul edilmektedir. Sağlık çalışanlarının da tıpkı diğer mesleklerdeki bireyler gibi, mesai saatleri içinde kişisel cep telefonlarını işle ilgili olmayan aktiviteler için kullandıkları bilinmektedir. Bu süreçte aile ve arkadaşlarla mesajlaşma, kişisel e-posta gönderme, sosyal medya tartışmalarına katılma gibi faaliyetler yaygındır; nadiren de olsa oyun oynama da bu kullanıma dâhil olmaktadır (Lupo vd. 2022:292,293).

Macaristan'daki bir hastanede 2020 yılında gerçekleştirilen bir çalışma, sağlık çalışanları arasında internet bağımlılığının yaygınlığını ve bu durumun etkilerini ortaya koymaktadır. Araştırmaya göre, sağlık çalışanlarının yaklaşık %4'ü internet bağımlılığı sorunu yaşamaktadır. Özellikle genç, bekar, çocuksuz çift ve daha kısa süredir çalışan sağlık çalışanları bu durumdan daha fazla etkilenmektedir. İnternet bağımlılığı ile birlikte depresyon, uyku sorunları gibi mental sağlık sorunları da sıkça görülmektedir. Günde 5 saatten fazla internet kullanımı, bağımlılığın en güçlü belirleyicisi olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, yasadışı uyuşturucu kullanımı ve diyabet gibi sağlık sorunlarının da internet bağımlılığı riskini artırdığı belirtilmiştir. Çalışma, internet bağımlılığının sağlık çalışanlarının hem kişisel hem de profesyonel yaşamlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (Toth vd., 2021:2). Son yıllarda ülkemizde de internet, akıllı telefon ve sosyal medya bağımlılığına ilişkin sağlık çalışanlarında çok fazla çalışma yapılmıştır. Çalışmalarda bu bağımlılıklara neden olan farklı etkenler incelenmiştir.

Bir Hastanede 2018 yılında, 250 hemşirenin katıldığı "hemşirelerde internet bağımlılığı ve zaman yönetimi ilişkisinin belirlenmesine" yönelik bir hemşirelerin %52.4'ünün zamanı kullanma durumunun orta düzeyde olduğu ve %44'ünün haftada 10 saatten az internette vakit geçirdiği saptanmıştır. Sosyal medya kullanımı, çevrimiçi oyun oynama durumu internet bağımlılığını artıran önemli faktörler olarak ortaya çıkmıştır. Erkek hemşireler ve gençler internet bağımlılığına daha yatkın bulunmuştur. 40 yaş üzeri hemşirelerin zaman yönetimi becerileri daha iyi olduğu ortaya konmuştur (Eroğlu ve Koca Kutlu, 2020:110,113).

Konya'da yapılan bir çalışmada, 400 sağlık çalışanının sosyal medya bağımlılığı incelenmiştir. Katılımcıların çoğu her gün düzenli olarak sosyal medyaya girip, ortalama 141 dakika kullanmaktadır. Kadın ve erkeklerin günlük kullanım süresi benzerken, eğitim seviyesi arttıkça ve yaş ilerledikçe sosyal medya kullanım süresi azalmaktadır. Gençlerin yeni iletişim teknolojileri bilgisi ve kullanımı, bu sonucu etkileyebilir. Sağlık çalışanları en çok Instagram, Facebook ve WhatsApp kullanmaktadır; sosyal medyaya yönelme nedenleri arasında gündemi takip etme, eğlenme ve vakit geçirme öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının benlik saygısı genellikle orta düzeydedir; üniversite ve lisansüstü eğitimlilerin benlik saygısı ortaokul mezunlarına göre daha yüksektir. Benlik saygısı, "Kendini Sevme ve Öz Yeterlilik" olarak iki alt boyuta ayrılmaktadır. Katılımcıların sosyal medya bağımlılığı ise orta düzeyin altındadır (Balcı vd., 2020: 312-313). Düzce'deki aile sağlığı çalışanları arasında yapılan araştırmada, internet bağımlılığının %11.3 oranında olduğu tespit edilmiştir. İnternet bağımlılığı olanların önemli bir kısmında (%20.4) sigara bağımlılığı da bulunmasına rağmen, alkol kullanımı ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Yılmaz vd., 2019:19-20). Şişli Florence Nightingale Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin internet kullanım alışkanlıklarını inceleyen bir araştırmada, hemşirelerin büyük bir kısmının günde ortalama bir saatten biraz fazla internet kullandığı tespit edilmiştir.

tir (ortalama 65.36 ± 57.628 dk/gün). Hemşirelerin çoğunluğu evden (%81) ve cep telefonlarıyla (%94,3) internete bağlanmakta olup, internet kullanım amaçları arasında bilgi edinme, sosyal medya kullanımı ve eğlence ön plana çıkmaktadır (Karaoğlu, 2019).

Balıkesir'deki iki hastanede görev yapan hemşirelerle 2015 yılında yapılan araştırmada, internet bağımlılığı ile yalnızlık arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Özellikle erkek hemşireler, daha genç yaştaki hemşireler, serviste internet kullananlar ve internette bir saatten fazla zaman geçirenler internet bağımlılığına daha yatkın bulunmuştur. Ayrıca, hemşirelerin sosyal ilişkilerinde yaşadıkları olumsuzluklar da yalnızlık ve internet bağımlılığı düzeylerini artıran faktörler arasında yer almaktadır. Bu bulgular, hemşirelerin yalnızlık duygularını gidermek için internete başvurduklarını ve bu durumun internet bağımlılığına yol açabileceğini göstermektedir (Kaynak vd., 2018:27,33)

İstanbul'daki bir üniversitenin ebelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin dijital bağımlılık ve internetsiz kalma korkusu (netlessfobi) düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Öğrenciler, gün içerisinde ortalama 4 saate (3.92 ± 1.5 saat) yakın sürelerini telefonlarında geçirmekte ve birden fazla sosyal medya hesabına sahip bulunmaktadırlar. Uyku saatleri öncesi telefon kullanımı, ders esnasında telefona bakma gibi davranışlar, dijital bağımlılık ve netlessfobi düzeylerini artıran faktörler arasında yer almaktadır (Aydın Kartal ve Bulut, 2022:60). Bu durum, ebelik öğrencilerinin dijital dünyayla olan ilişkilerinin sağlıklı bir dengede olmadığını ve bu durumun akademik başarıları ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi üçüncü sınıf öğrencileriyle 2019-2020 yılında yapılan araştırmada, öğrencilerin sosyal medyadaki gelişmeleri kaçırma korkusu yaşadığı (Öğrencilerin Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği Puan ortalaması 24.0 ± 6.6) belirlenmiştir. Bu korku, özellikle sıklıkla sosyal medya kullanan, bildirimleri hemen kontrol eden ve yaşamdan memnun olmayan öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur. Sosyal medya kullanım süresi ve çeşitli sosyal medya platformlarına üyelik süresi de bu korkuyla pozitif bir ilişki göstermiştir (Oral vd., 2021:619). Bu durum, öğrencilerin sosyal medyayı stresle başa çıkma mekanizması olarak kullanabileceğini ve bu durumun da gelişmeleri kaçırma korkusunu artırabileceğini düşündürmektedir.

Trakya Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik öğrencileriyle 2015 yılında yapılan araştırmada, öğrencilerin büyük bir kısmının (%97.9) internete erişimi olduğu ve günde ortalama 4.5 saat (4.51 ± 3.02 saat) internet kullandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %24.7'si kendini internet bağımlısı olarak görmekte ve bu durum, akademik öz yeterlilik düzeyleriyle negatif bir ilişki göstermektedir. Erkek öğrencilerde internet bağımlılığı ve akademik öz yeterlilik eksikliği daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, öğrencilerin yaşı küçüldükçe internet bağımlılığı ve haftalık internet kullanım süresi artarken, akademik öz yeterlilik düzeyi azalmıştır. Bu sonuçlar, hemşirelik öğrencilerine yönelik bilinçli internet kullanımı eğitimleri ve akademik öz yeterliliklerini artırıcı destek programlarının önemini vurgulamaktadır (Kocaaslan vd., 2021:500). Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yapılan araştırma (2020-2021 yıllarında) sonucuna göre, dürtüsellik yüksek olan öğrencilerin sosyal medyaya bağımlı olma olasılıkları daha yüksektir ve dürtüsellik değişkeni, sosyal medya bağımlılığının yaklaşık %18'ini açıklamaktadır. Bu bulgu, dürtüsellikğin sosyal medya bağımlılığı için önemli bir yordayıcı olduğunu

göstermektedir (Topbaş ve Karabay, 2021:366) .

Akıllı telefonların yaygınlaşmasıyla, örgütlerin işyerinde internet kötüye kullanımını kontrol etmesi zorlaşmıştır. Ayrıca, yeni nesil çalışanların sürekli çevrimiçi olmayı hak olarak görmesi, kişisel mobil cihazların kullanımını takip etmeyi güçleştirmektedir. Kırklareli kamu hastanelerinde görev yapan 397 sağlık çalışanıyla 2016 yılında yapılan araştırmada, internet bağımlılığı ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, internet bağımlılığı semptomu göstermeyen çalışanların, sınırlı semptom gösterenlere göre daha yüksek düzeyde örgütsel vatandaşlık davranışı sergilediği bulunmuştur ($p < 0.01$). İki grup arasındaki bu fark, internet bağımlılığı ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasında negatif bir korelasyon olduğunu gösteren istatistiksel sonuçlarla ($r = -0.29$; $p < 0.01$) desteklenmektedir. Bu bulgular, internet bağımlılığının örgütsel vatandaşlık davranışını olumsuz yönde etkilediğini ve çalışanların iş dışında gönüllü olarak yaptığı bu tür davranışları azalttığını ortaya koymaktadır (Şahin ve Açar, 2017:1095-1101).

4.3.4.2. Sağlık çalışanlarında kumar bağımlılığı

Kumar, “daha değerli bir şey elde etme umuduyla değerli bir şeyi riske atmayı içeren bir faaliyet” olarak tanımlanabilir (Yeşilay Danışmanlık Merkezi [YEDAM], (ty). İskambil kart oyunları, spor bahisleri, kazı kazan kartları, piyango biletleri, kollu kumar makineleri (slot) gibi sürekli yeni ürünlerle karşımıza çıkan kumar dijital dünyanın gelişimiyle birlikte giderek daha erişilebilir hale gelmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Creighton Üniversitesi’nde 2009 yılında yapılan bir çalışmada, dış hekimliği öğrencileri arasında kumar oynama düzeyini saptamak için South Oaks Kumar Ekranı (South Oaks Gambling Screen-SOGS) anketi kullanılmıştır. Ankete katılanların %61.3’ü ($n=186$) son 12 ayda en az bir kez kumar oynadığını bildirmiştir. Aynı üniversitede 2012’de 418 tıp öğrencisi üzerinde SOGS anketi uygulanmış ve katılımcıların %61’i önceki yılda en az bir kez kumar oynadığını bildirmiştir. SOGS puanlamasına göre, bunların %17.6’sı kumar oynama sorunu geliştirme riski taşıyordu. Kumar oynama türüne göre sırasıyla %56.5 ile slot makineleri, %55.7 ile arkadaşlarla kağıt oynamak, %45.9 ile loto, %44.9 ile kumarhane kart oyunları ve %36.1 ile spor karşılaşma bahisleri izlemiştir. Bu araştırmaya göre, kumarın tıp öğrencileri arasında yaygın bir etkinlik olduğu bulundu; kumarla uğraşan tıp öğrencilerinin erkek olma, son 12 ayda esrar tüketmiş olma ve kumar oynamayan tıp öğrencilerine göre daha genç olma olasılıkları daha yüksekti. Genel olarak, kumar oynayan öğrencilerin %13.6’sı kumar oynama sorunuyla ilgili en az bir semptom veya davranış bildirdi ve öğrencilerin yüzde birinden azı patolojik kumar oynadığını bildirdi. Çok az öğrenci, kumarın akademisyenlerin kendilerine bakışını veya diğer ilişkilerini olumsuz etkilediğini bildirdi (Kavan vd., 2012:121).

Haziran ile Ekim 2015 arasında 1.083 hemşirelik öğrencisi üzerinde yapılan bir İtalyan araştırması, SOGS puanlarına göre, katılımcıların yalnızca %14’ünün kumar oynama sorunu olmadığını, %83.3’ünün kumar oynama sorunu ve %2.7’sinin patolojik kumar sorunu olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmaya göre, erkeklerde ve kaygı bozukluğu olanlarda kumar sorunu daha yüksekti (Cicolini vd., 2018:305). İtalya’da yine hemşirelik öğrencileri üzerinde yürütülen daha yeni (2019) bir kesitsel çalışma yapılmıştır. “Kanada Problemlili Kumar İndeksi”ne göre 413 katılımcıdan oluşan bir örneklemde %9.4’ünün kumar oynama sorunu saptanmıştır. Bu çalışma aynı zamanda “Risk altındaki oyuncu/Orta derecede kumar sorunları/Ciddi oyun

sorunları” olarak sınıflandırılma olasılığının erkek cinsiyet (OR:5.15 %95 CI 2.72-9.77; $p < 0.001$), aile üyeleriyle birlikte yaşamama (OR:2.98 %95 CI 1.34-6.61; $p = 0.007$), algılanan sağlık durumunun düşüklüğü (OR:2.51 %95 CI 1.19-5.30; $p = 0.016$) ve riskli alkol tüketimi (OR:3.40 %95 CI 1.60-7.23; $p = 0.001$) ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (Provenzano vd. 2020:296, 299). Nisan ile Eylül 2020 tarihlerinde İtalya’da hem kamu hem de özel sektörde çalışan toplam 502 hemşirede internet ve kumar bağımlılığına yönelik yapılan araştırmada, İnternet Bağımlılık Testi (Internet Addiction Test-IAT), South Oaks Kumar Ekranı (SOGS) testi ile birlikte, yanıt verenlerin aradığı destek biçimi ve motivasyonlarına ilişkin sorgulamada yapılmıştır. Erkek cinsiyet kayıtları, kadın cinsiyetinden, 61 yaşın üzerindeki, dikkate alınan diğer yaş gruplarından, yönetici rolündekiler, diğerlerinden ve 16 ila 20 yıllık iş deneyimi bildirenler, diğerlerinden daha yüksek seviyeler bildirmiştir (Tümü için $p < .001$). Hemşireler arasında 60 katılımcıda (%12) ciddi bir kumar bağımlılık düzeyi saptanmıştır. Kumar bağımlılığında destek kaynakları sorgulandığında; katılımcıların %79.5’i iş arkadaşlarından, %74.1’i arkadaş gruplarından, %85.7’si danışmanlardan, %78.9’u psikologlardan, %88’i sağlık kuruluşlarından, %74.3’ü aileden, %88.2’si kendi kendine yardım gruplarından, %87.8’i gönüllü derneklerden asla destek göremeyeceklerini, yalnızca küçük bir yüzdesi, iş arkadaşlarına ($n = 21$; %4.2) ve aileye ($n = 17$; %3.4) destek almak için döndüklerini ifade etmişlerdir (Lupo, R., Vitale, E., vd. 2022:9,12).

Ülkemizde 2004’de çıkartılan Türk Ceza Kanunu’nun 228. Maddesi “kumar oynanması için yer ve imkân sağlayanlara verilecek cezaları”, 2017 ve 2018’de eklenen fıkralarda “suçun bilişim sistemlerini kullanması suretiyle işlenmesi durumunda” verilecek cezaları belirlemiştir. Milli Piyango İdaresi tarafından sunulan sayısal loto, piyango, kazı-kazan veya izin verilen televizyon yarışma programları ile at yarışları, iddia gibi oyunlar ve çeşitli çekilişler dışında üçüncü kişiler tarafından kumar oynatılması yasaklanmıştır (Türk Ceza Kanunu, 2004). Yabancı internet kumar sitelerini kullanımını engellemek için önlemler alınmaya çalışılmaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanlarında kumar alışkanlığı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

4.3.4.3. Sağlık çalışanlarında yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervoza ve diğer bağımlılıklar

Yeme bozukluklarının kökeninde birden fazla faktörün etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler arasında aile ilişkileri, psikolojik durum, sosyal baskılar ve biyolojik özellikler yer almaktadır. Ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenmeye yönelik aşırı bir takıntı olarak tanımlanan ve günümüzde sıkça görülen bir yeme bozukluğu türüdür. Ancak, bu rahatsızlığın resmi tanı kriterleri henüz tam olarak belirlenmemiştir. Bu durum, ortoreksiya nervozanın ciddi bir sağlık sorunu olduğu ve tanı kriterlerine dahil edilmesi gerektiği yönündeki tartışmaları beraberinde getirmektedir (Erol, 2018:2).

Aydın’daki bir devlet üniversitesinde 2014 yılında yapılan araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin büyük bir kısmının yeme bozukluğu (%84.5) ve ortoreksiya (%45.3) riskini taşıdığı tespit edilmiştir. Özellikle aldığı kaloriye dikkat edenlerin, şişmanlama korkusu olanların yeme bozukluğu yeme bozukluğu riski daha yüksek bulunmuştur. Doğru beslenmeye önem verenlerin ve kaloriye dikkat edenlerin ise ortoreksiya eğiliminin fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlginç bir şekilde, yeme bozukluğu ve ortoreksiya arasında zayıf bir negatif ilişki bulunmuştur ($r = -.162$; $p = 0.027$), bu da bu iki durumun birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkabileceğini

göstermektedir (Arslantaş vd., 2017:142).

İnönü Üniversitesi'nde 2017 yılında yapılan bir çalışmada, 298 tıp fakültesi öğrencisi incelenmiş ve katılımcıların %76.2'sinin ortoreksiya eğilimi gösterdiği, %11.1'inde ise yeme bozukluğu tespit edilmiştir. 24 yaş grubundaki öğrencilerin daha genç gruplara ve şişman öğrencilerin diğer öğrencilere kıyasla ortoreksiya eğilimlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Üçüncü sınıfta okuyan öğrencilerin daha ileri sınıflardakilere oranla daha yüksek ortoreksiya eğiliminde olduğu, beşinci sınıfta okuyanların ise bu eğilimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Erol, 2018).

Hemşirelik bölümü öğrencileri arasında yeme davranışları ile alkol ve madde bağımlılığı riskini inceleyen bir çalışmada, 477 öğrenci değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, öğrencilerin %8'inin yeme bozukluğu riski taşıdığı, %9.2'sinin alkol kötüye kullanımı ve %1.9'unun madde kullanımı açısından yüksek risk altında olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yeme bozukluğu olan öğrencilerin aynı zamanda alkol ve madde kullanımında da riskli olduğu ortaya çıkmıştır. Bu iki sorunun birlikte görülmesi, belirtilerin kötüleşmesine ve tedavinin zorlaşmasına yol açabilir (Öztürk ve İncedere, 2021).

DSM-V'e dahil edilmemiş ve henüz yeni tanınmakta olan hastalıklardan kompulsif satın alma, misofoni (sesten nefret etme: yemek yeme, nefes alıp verme, kalem tıklatma, tırnak kesme, diş fırçalama, sakız çiğneme, hapşırma, anahtarların çıkarıldığı sesler, ısıklık, boğaz temizleme, içeceği höpürdetme, buzdolabı, klima sesleri, evcil hayvan sesleri vb.), siberkondria (kişinin sağlığı ile ilgili aşırı endişe ve sıkıntısını giderebilmek için bilgi edinmeyi hedefleyen aşırı internet kullanımı), pika (besleyici olmayan ve yiyecek olarak tanımlanmayacak bir ya da daha çok maddenin en az bir ay boyunca devamlı olarak yenmesi; geofaji-toprak yeme, amilofaji-nişasta yeme, pagofaji-buz yeme, litofaji-taş yeme, koprofaji-feçes yeme, lektofaji-yeşillik yeme gibi bir çok alt türü bulunmaktadır), Facebook kıskançlığı gibi hastalıklar tanımlanmış, bunların bazıları ile ilgili bağımlılık düzeyini ölçmeye yarayan ölçekler geliştirilmiştir (Gençer vd., 2018: 88,89,90,91). Sağlık çalışanlarında bu konularda yapılmış bağımlılık düzeyini ölçen çalışmaya rastlanılmamıştır.

Özet noktalar

Sağlık profesyonellerinin eğitimi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hem en pahalı hem de en uzun eğitimidir. Zahmetli olmasının yanı sıra süreklilik gerektirir. Yoğun emekle yetişmiş sağlık insan gücünün bir kalemde harcanmadığı ülkelerde bağımlılık teması şu anda derin bir ilgi konusudur. Alışılmış bir davranışın ya da bağımlılık nesnesinin sağladığı sürekli haz arayışından kaynaklanan bir köleliğe dönüştüren mekanizmalar merak edilmekte aynı zamanda, o belirli nesne veya davranışla karşılaşmanın onu bireyin yaşamının odak noktası haline getirmesinden, onu diğer herhangi bir faaliyetten uzaklaştırma noktasına kadar ne olduğu sorusuna cevap aranmaktadır. Batılı ülkelerde, bağımlı sağlık çalışanlarını izleyen resmi lisans komisyonları bulunmaktadır. Bu komisyonlar, tedavi sonrası düzenli belge sunumu, idrar taramaları ve antagonist ilaç kullanımının denetimini sağlar. Sağlık personeline uygulanan bağımlılık tedavisi, diğer hastalardan farklı olmamakla birlikte, bu süreçte izlenen hekimlerin tedavi başarı oranları %27 ile %92 arasında değişmektedir (Yargıç, 2009:86; Akvardar vd., 2002:243).

İngiltere'de doktorlar arasındaki akıl hastalığı sorunlarını ele almak için, gizli Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service-NHS) Pratisyen Sağlık Programı (Practitioner

Health Programme-PHP) 2008 yılında kurulmuştur (www.php.nhs.uk). Başlangıçta Londra'da doktorlar ve dış hekimleri için kurulan hizmet, Ocak 2017'den bu yana İngiltere'deki tüm pratisyen hekimleri ve stajyerleri kapsayacak şekilde genişledi. PHP, psikiyatristler, özel klinik ilgiye sahip pratisyen hekimler, ruh sağlığı hemşireleri ve terapistlerinden oluşan bir ağ tarafından sunulan gizli, kendi kendine sevk hizmetidir. Hizmet, aynı gizli elektronik kaydı kullanan personel, günlük multidisipliner ekip toplantıları (uzaktan ve yüz yüze) ve hastaların kendi seçtikleri klinisyenle randevu almaları için yeni bir rezervasyon uygulaması ile entegre bakım sunmakta. Ulusal bir terapist ağı yüz yüze, web tabanlı ve telefonla bilişsel davranış terapisi hizmeti vermektedir. Doktorların yardım isteme nedenleri çoğunlukla depresyon, anksiyete (veya ikisinin bir kombinasyonu) ve travma sonrası stres bozukluğundan ayırt edilemeyen semptomlardır. Yaklaşık %10'u alkol ve/veya uyuşturucu kullanımı (çoğunlukla eski), daha az sayıda kumar ve diğer bağımlılıklar gibi sorunlarla başvuruyor. Madde kötüye kullanımı (kumar dahil) ile başvuran hastaların sonuçlarının 2017 yılında yapılan analizi, başvuran 255 hastanın %80'inin tedaviden sonra maddeyi bıraktığını ve bunu (bırakmışlığını) sürdürdüğünü ve yalnızca %6'sının sorunlu kullanıma geri döndüğünü göstermiştir. Geri kalan %14'lük kısım, ya ikame ilaç kullanan ya da kontrollü içki içmeye geri dönen doktorlardı (Gerada, 2017:660).

Amerika Birleşik Devletleri'nde pek çok eyalette sağlık meslek grupları için akran yardım programları yürütülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2016 itibariyle 3,1 milyon hemşire vardır ve bunların yaklaşık %8'i madde kullanım bozuklukları yaşamaktadır. Bağımlılık sorunu olan hemşireler, rehabilitasyon ararken akran yardım programlarına yönlendirilir. 2016 itibariyle, Hemşireler için Teksas Akran Yardımı Programındaki 348 hemşire, madde bağımlılığıyla ilgili suçlar için programa aktif olarak katılıyordu. Son 6 yılda (2010-2016), 1.553 hemşire, özellikle madde kötüye kullanımıyla ilgili sorunlar için Hemşireler için Teksas Akran Yardımı Programına yönlendirildi. Bunlar Teksas'taki hemşire nüfusunun %2'sini temsil ediyordu. Katılımcıların ortalama yaşı 40.1 idi. Kadınlar, katılımcıların %75'ini oluşturuyordu ve %76'sı kayıtlı hemşireydi. Yaklaşık %41'i programı tekrarlamadan başarıyla tamamladı, ve %32'si en az bir nöks bildirdi. Reçeteli ilaçlar ve yasa dışı ilaçlar da dahil olmak üzere çeşitli uyuşturucu türleri kötüye kullanılmıştı. Opioidler en sık kötüye kullanılan uyuşturucu sınıfıydı, bunu alkol ve uyarıcılar izledi. Çoğu hemşire ilaçlarını hastalardan saptırarak elde etmişti. Literatürün aksine, uzun süreli bakım, medikal-cerrahi birimler ve evde sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler uygulama bozukluğu prevalansının en yüksek olduğu gruptu. Psikiyatrik komorbidite, nöks ile anlamlı bir şekilde ilişkili değildi, ancak öz-bildirim durumu, cinsiyet, yaş kategorisi, lisans türü, nöks ve tercih edilen ilaç ile anlamlı şekilde ilişkiliydi. Programa kaydolmak için geçen süre ile perhiz yapılan gün sayısı arasında anlamlı bir ters ilişki vardı. Erkeklerin de programdayken istihdam edilme olasılığı daha yüksekti (Mumba vd. 2019:798). Florida'da, işyerinde alkol veya uyuşturucu sorunu yaşadığı tespit edilen hemşireler için yasal disipline alternatif sunan "Hemşireler İçin Müdahale Projesi"ni geliştirmiştir. Alkol ve uyuşturucu sorunu olan sağlık çalışanlarının cezai yaptırımlar yerine değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Meslekler arası ekip üyelerinin, madde kullanımının belirtilerini ve semptomlarını tanıyabilmeleri ve yardıma ihtiyacı olan meslektaşlarına yardımcı olmak için uygun araçları kullanabilmeleri gerekir. Bu, hem hasta hem de tedavi güvenliğini artırma-ya yardımcı olacak ve yıllarını eğitimlerine adanmış bir uygulayıcının kalıcı kaybını önleyecektir (Toney-Buler ve Siela, 2022:2).

Sonuç olarak, sigara bağımlılığında aile yapısı, yaşanan yerin sosyal yapısı, kül-

türel faktörleri, eğer bir fakülteyse oradaki yöneticilerin sigaraya bakışı, dumansız hava sahasına yönelik yaklaşımları bile öğrencilerin, asistanların sigara kullanımını ve bağımlılık düzeyinde rolü olabilen etkenler arasındadır.

Alkol bağımlılığında bu roller daha da belirginleşiyor. Yaşanılan ildeki mahalle baskısı bile önem taşıyabilmekte. Uyuşturucu bağımlılığının asayiş boyutu unutulmadan, gümrük denetimlerinden, sağlığa, eğitime, sportif faaliyetlerin geliştirilmesine çok geniş bir yelpazede ele alınması gerekmektedir. Bağımlılıkların başlangıç dönemi olan öğrenciliğin ilk yıllarından itibaren başta tüm sağlıkçılar olmak üzere tüm düzeydeki okullarda, eğitim programlarında bilimsel verilerle desteklenmiş bağımlılık konuları eklenmeli, öğrenci kulüpleri arasına bağımlılıkla mücadele kulübü de yer almalı, sigarayla savaşın sigara içenlerle savaş olmadığı, alkol bağımlılığı ile mücadelenin alkol kullananlarla mücadele olmadığı unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları, bireylerin, ailelerin ve toplulukların sağlığını ve esenliğini desteklemek ve iyileştirmek için vardır. Hastaları tarafından sıklıkla rol model olarak görüldüklerinden ve bu nedenle “vaaz ettikleri” şeyi uygulamaları beklendiğinden, hizmet verdikleri nüfusun büyük bir kısmını etkileyebilirler. Bununla birlikte, hastalarla etkileşimleri ve hastalara sağlanan müdahale ve bakımın düzeyi, sağlık çalışanlarının kişisel ve profesyonel tutumları, alkole ilişkin inançları ve deneyimleri ve ayrıca kendi kişisel alkol kullanımları gibi çeşitli faktörler tarafından belirlenebilir. Kişisel sağlık inançları ve bireyin davranışlarına verdiği önem, sağlıkla ilgili davranışların benimsenmesinde de etkili olabilir. Örneğin, madde kullanıcılarına yönelik olumsuz tutumlar, farklı sağlık profesyonelleri grupları tarafından, bu tür hastalara bakmanın ödüsüz ve nahoş olarak görülmesi de dahil olmak üzere rapor edilmiştir (Bakhshi ve While, 2014: 218). Sağlık profesyonellerinin kendi alkol kullanımları da hastalarıyla etkileşimlerinde önemli bir rol oynayabilir. Onların bağımlılıklarıyla ilgili müdahalelere daha çekinik yaklaşabilirler. Başta doktorlar olmak üzere sağlık çalışanlarının alkol kullanımı ve alkole karşı tutumları hakkında bilgi sahibi olunması son derece önemlidir. Yaşam tarzı ve sağlık uzmanı olarak profesyonel rolleri göz önüne alındığında yaşam tarzı ve içme alışkanlıkları hastaları ve toplumun diğer kesimleri tarafından örnek alınabilir. Genel olarak, doktorların içme alışkanlıkları, genel halkın alkol tüketimine yönelik tutumlarını etkileyebilir. Ayrıca, alkol sorunları, tıp uygulamalarını ciddi şekilde tehlikeye atabilir. Alkol tüketimleri ve tutumları, hastaların alkol sorunları için taranması ve tedavi edilmesi konusundaki tutum ve uygulamalarını etkileyebilir. Bununla birlikte, tıp mesleklerinde alkol kullanımının yaygınlığı ve kötüye kullanımı ile ilgili çalışmalar hem sayı hem de tıp uzmanı popülasyonunu temsil etme açısından çok sınırlı kalmaktadır (Joos vd., 2013:90,94). Bu kaygılar bütün ülkelerde sağlık yöneticileri tarafından ciddiye alınmalıdır.

Ülke düzeyinde sağlık çalışanlarındaki bağımlılık düzeylerinin gerçek durumunu saptamaya yönelik geniş katılımlı epidemiyolojik çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık çalışanlarında saptanan bağımlılıkların sağlık kuruluşlarında nasıl yönetileceğine ilişkin yönetim seçenekleri geniş katılımlı (tıp fakültelerinin ilgili bilim dalları, sağlık meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, bağımlılıkla mücadele eden sivil toplum kuruluşları vb) çalıştaylarda tartışılıp standart uygulamalar belirlenmelidir. Bağımlılık sorunu yaşayan sağlık çalışanlarının gizli, kendi kendine sevki de içeren, ayaktan ya da yatarak tedavilerine olanak sağlayan programların başlatılması kaybedilebilecek yetişmiş sağlık insan gücünün yeniden kazanılmasına fırsat sağlayacaktır. Elbette bu programlarda çalışacak bağımlılık uzmanı psikiyatrist, pratisyen hekim, işyeri hekimi, hemşire ve diğer sağlık personellerinin bağımlılık konusunda yetkinliklerini artıracak eğitimler planlanmalı ve hayata geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Aktaş, A., Hıdıroğlu, S., Karavuş, M. (2018) Üniversite öğrencilerinin nargile içme konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Fırat Tıp Dergisi/Fırat Med J* 2018; 23(2): s:68-72
- Akvardar, Y., Türkcan, A., Çakmak, D. (2002) Doktorlar arasında madde kötüye kullanımı bir sorun mu? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(3) s:238-244
- Alıcı, O.S. (2016) Kahramanmaraş İl Merkezi'ndeki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personelinin Maraş Otu Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- Al-Maaz, S., Abu-Dahab, R., Shawagfeh, M. (2019) Prevalance and pattern of substance use and misuse among anesthesiologists health-care personnel in Jordan. *Journal of Substance Use* Vol 24, 2019 Issue3 p:317-322
<https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1570366>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Arslantaş, H., Adana, F., Ögüt, S., Ayakdaş, D., Korkmaz, A. (2017) Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2017;8(3):137-144
- Aşut, Ö. (1999) Türkiye'de Hekimlerin Sigara Alışkanlığı. TTB Yayını Ocak-1999. Ankara.
- Aşut, Ö., Kalaça, S. (2005) Türk Tabipleri Birliği Yöneticilerinde Sigara İçme Alışkanlığı. *STED-TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005 Cilt 14 sayı 2 s: 38-43.
- Aydın Kartal, Y., Bulut, A. (2022) Ebelik öğrencilerinin dijital bağımlılık ve netlessfobi düzeylerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi. *Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences International Indexed and Refereed* ISSN 2667-6702 www.euroasiajournal.org 69 Volume (9), Issue (25), Year (2022) s:60-70
- Bakhshi, S., While, A.E. Health Professionals' Alcohol-Related Professional Practices and the Relationship between Their Personal Alcohol Attitudes and Behavior and Professional Practices: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014; 11(1):218-248. <https://doi.org/10.3390/ijerph110100218>
- Balcı, Ş., Karakoç, E. ve Ögüt, N. (2020). Sağlık çalışanları arasında sosyal medya bağımlılığı: iki boyutlu benlik saygısının rolü. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 33, s:296-317
- Baştürk, M., Koç, E.M., Sözmen, M.K., Arslan, M., Albaş, S. (2018) Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları, Anksiyete Düzeyleri ve 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Tutumları *Konuralp Tıp Dergisi* 2018;10(3): s:282-288
- Bekar Özen, E. (2014) Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* Sayı:1 Cilt: 1 s:43-47 doi:10.5222/SHYD.2014.043
- Besson, A., Tarpin, A., Flaudias, V., Brousse, G., Laporte, C., Benson, A. Navel, V., Minois, J.B.B., Dutheil, F. (2021) Smoking Prevalence among Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec; 18(24): 13328. Published online 2021 Dec 17. doi: 10.3390/ijerph182413328
- Bilir, N., Güçüz Doğan, B., Yıldız, A.N. (1997) Sigara İçme Konusundaki Davranışlar Ve Tutumlar (Ankara - Türkiye) Proje No: 94 - 0200 1 02882. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 7. ISBN 975-94618-0-3 Ankara-1997 (s:2)
- Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T., Önder, Z. (2010) Türkiye'de Tütün Kontrolü Politikaları Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Bölgesi-2010
- Bilir, N. (2017) Türkiye'de Tütün Kontrolünün Öyküsü Ankara-1. Basım Ankara Ofset Basım-Kum Baskı Hizmetleri (s:127-138)
- Bilir, N., Özcebe, H. (2022) Elektronik Sigara ve Isıtılmış Tütün Ürünleri. Teknik Rapor: 17/2022-1 Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını Ankara
- Bryson, E.O., Silverstein, J.H., Warner, D.S., Warner, M.A. (2008) Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology* November 2008 Vol. 109:905-917 <https://doi.org/10.1097/00000600-200811000-00000>

org/10.1097/ALN.06013e3181895bc1

- Cicolini, G., Pelle, C., Simonetti, V., Comparcini, D., Sepede, G., & Cipollone, F. (2018). Pathological Gambling among Italian Nursing Students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 305–309. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.020>
- Craft, N. (2018) *The Little Book of Medical Breakthroughs-Tıpta Çığır Açan Buluşların Küçük Kitabı 2. Basım* (Çev: Ö. Akpınar) Ankara TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları (Original work published 2008)
- Cumhurbaşkanı Kararı (2020). Elektronik Sigara ve Benzeri Cihazlar ile Bazı Tütün Mamulleri ve Tütün Mamulünü Taklit Eder Tarzda Kullanılan Mamullerin İthaline İlişkin Karar. Resmi Gazete 25 Şubat 2020 Sayı:31050 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/02/20200225-23.pdf>
- Çalışkan, D., Çulha, G., Sarışen, Ö., Karpuzoğlu, S., Tunçbilek, A. (2005) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2005; 58(3) s:124-31.
- Çilekar, Ş., Günay, E., Burhan, E.S., Özalp, N., Sansar, B., Ertürk, S., Kıran, M., Çakır, E., Erdoğan, B. (2020) Hastanemizde Sağlık Çalışanlarının Tütün Ürünlerini Kullanma Durumu *Kocatepe Tıp Dergisi* 2020-21 s:295-300.
- Çolak Oray, N., Balcı, B., Özlem, E.N., Özkaçar, E., Abalı, L., İbış, M.A., Öncel, T. (2013) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin mesleki tükenmişlik düzeyleri. *Deü Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 27, Sayı 2, (Ağustos) 2013, s:67 – 73.*
- Demirbaş, H., Özgür İlhan, İ. Doğan, Y.B. (2008) Bir üniversite hastanesinde alkol/madde kullanım sorunu nedeniyle ayaktan ya da yatarak tedavi görmüş sağlık çalışanlarının kayıtlarının gözden geçirilmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2008;9(3) s:119-123.
- Devlet Memurları Kanunu (1965). Resmi Gazete Tarih:23.07.1965, Sayı:12056. Erişim Tarihi:30.08.2023, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.657.pdf>
- Doğan Merih, Y., Güdük, Ö., Ertürk, N., Yemenici, M., Arğa, K.Y., Satman, İ. (2021) Üniversite öğrencilerinde tütün kullanım alışkanlıklarının belirleyicileri ve algılar: sistematik bir derleme çalışması. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 49-84 (2021)
- Elalla, A., Mona, A., Mahmoud, E., Sherien, K., Mohamed, N. (2020) Substance abuse among nursing staff: prevalence and sociodemographic and clinical characteristics. *Addictive Disorders & Their Treatment*, Volume 19, Number 2, 21 June 2020, pp.99-107(9). DOI:10.1097/ADT.000000000000191
- Er, T., Kurçer, M.A. (2020) Tıp fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinin sigara içme davranışları ve anksiyete düzeyleri. *Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence* | 2020; 21(3) s:201-209
- Erbaycu, A.E., Aksel N., Çakan, A., Özsöz, A. (2004) İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004; 5(1) s:6-12.
- Erkan, İ., Erkan, G.N., Bayram, A. (2022) Ameliyathane ve anesteziyoloji çalışanlarında madde kullanımı ve bağımlılık. Hancı V, editör. *Anesteziyoloji ve Ameliyathanede Organizasyon, Yönetim ve Eğitim*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. s:99-104
- Eroğlu, Ç., Koca Kutlu, A. (2020) Hemşirelerde internet bağımlılığı ve zaman yönetimi ilişkisinin belirlenmesi. *CBU-SBED*, 2020, 7(2) s:110 -116
- Erol, Ö. (2018) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Erol, S. (2020) Hekimlerdeki Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığının Üniversite ve Devlet Hastanesine Göre Ölçümü ve Yorumu. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi.*
- Erzurum Alim, N., Türk, Ö.P., Türkmen, R.B., Yumurt, G., Çapçı, H., Taşar, H. Alma, B.K. (2022) COVID-19 salgınında sağlık personelinin beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin değerlendirilmesi. *IGUSABDER*, 18 (2022) s:948-962.
- European Medical Association Smoking or Health (EMASH) (1997): Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. *Monaldi Arch Chest Dis* 1997; 52(3) (p:282-84).
- Gençer, A.G., Karadere, M.E., Okumuş, B., Hocaoğlu, Ç. (2018) DSM-V'e giremeyen

tanılar (kompulsif satın alma, misophonia, Facebook kıskançlığı, pagofaji, siberkondria, internet bağımlılığı) Hocaoğlu Ç editör. DSM-V'in Yeni Tanıları. Ankara; Türkiye Klinikleri; 2018. s:87-96.

Geniş, B., Coşar, B., Taner, M.E., (2020) Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. J Psychiatric Nurs 2020;11(4) s:275-283 DOI: 10.14744/phd.2020.60590

Gerada, C. (2017) Doctors and mental health. Occupational Medicine, Volume 67, Issue 9, December 2017, Pages 660–661, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx090>

Göker, Z., Üneri, Ö., Dinç, G., Güney, E., Hekim Bozkurt, Ö. (2015) Çocuk ve ergenlerde madde kullanım bozukluğuna yeni bir bakış: DSM-5'in Getirdikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 22 (2) 2015 (s:131-139)

Grafton, A. Shelford, A. Siraisi, N. (2004) New Worlds, Ancien Text: The Power of Tradition and the Shock of Discovery-Yeni Dünyalar Eski Metinler Geleneğin Gücü ve Keşiflerin Yarattığı Şaşkınlık 1. Basım (Çev: F. Savcı) İstanbul Kitap Yayınevi (Original work published 1992) (s:14-150)

Güneş, G., Pehlivan, E., Eğri, M., Genç, M. (1997) Turgut Özal Tıp Merkezi hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1997;4(4) s:407-412

Haakenstad, A., Irvine, C.M.S., Knight, M., Bintz, C. vd. (Toplam 185 yazar) (2022) Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Volume 399, Issue 10341, 4–10 June 2022, (p: 2129-2154)

Harvey, S.B., Epstein, R.M., Glazier, N, Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., Dean, K., Henderson, M. (2021) Mental illness and suicide among physicians. Lancet 2021;398.920-930

International Labour Office (ILO) (2012). International Standard Classification of Occupations- ISCO-08. Erişim Tarihi: 30.05.2023, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012). Kanun No:6331, Resmi Gazete Tarih:

30.06.2012, Sayı:28339. Erişim Tarihi:30.05.2023, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>

İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (2013). Resmi Gazete Tarih:20.07.2013, Sayı:28713, Erişim Tarihi: 30.08.2023, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130720-10.htm>

Joos, L. Glazemakers, I., Dom, G. (2013) Alcohol use and hazardous drinking among medical specialists. Eur Addict Res 2013;19:89-97 DOI:10.1159/000341993

Junqueira1, M.A.B., Moura Ferreira1, M.C., Soares, G.T., Brito1, I.E., Pires, P.L.S., Santos, M.A., Pillon, S.C. (2017) Rev Esc Enferm USP · 2017;e03265 <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046103265>

Karaoğlu, N. (2019) Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve İnternet Kullanım Özellikleri ile İnternet Bağımlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Kavan, M.G., Westerman, G.H., Elsasser, G.N., Turner, P.D. A Survey of Medical student gambling and implications for medical school educators and program development. Med. Sci. Educ. 2012, 22, 121–128.

Kaya, M., Ergün, A. (2020) Sağlık bilimleri, öğrencilerinin sigara içme durumu, etkileyen faktörler ve ikincil sigara dumanı ile ilgili farkındalık düzeyleri. Jaren 2020;6(3) s:416-425

Kaynak, S., Duran, S., Karadaş, A. (2018) Determination of the relationship between internet addiction and the level of loneliness among nurses. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi Sayı:1 Cilt:5 s:27-35 doi:10.5222/SHYD.2018.027

Kocaaslan, E.N., Akgün Kostak, M. Özdilek, S., Topçu, N. (2021) Hemşirelik bölümü öğrencilerinin internet bağımlılığı ve akademik öz yeterlilik düzeyleri. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2021;13(3):493-501

- Kocabaş, A. (2010) Tütün Kontrolünde Hekimlerin Ve Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Rolü. Tütün Ve Tütün Kontrolü-Toraks Kitapları Sayı:10 Ed: Karadağ, M., Bilgiç, H.; Konuk Ed: Aytemur, Z.A., Akçay, Ş. Özbek, O. Aves Yayıncılık-İstanbul (s:99-114).
- Kosku N, Kosku M, Çıkrıkçıoğlu U, Tümer ZÖ. (2003)Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi* 2003; 4(3): 223-30.
- Kuloğlu, Y., Yalçı, C., Helvacı, M. (2022) Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarının incelenmesi: Kırklareli Üniversitesi örneği. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2022;15(1), 116-128.
- Kurt, Ö. (2021) Kimler Sağlık Çalışanıdır?. *Forum Sağlık 2023* <https://saglik2023.org/expert-opinions/oner-kurt/kimler-saglik-calisanidir> Erişim Tarihi:13.04.2023
- Kuş, C., Gümüştaşım, R.Ş., Eryılmaz, E.M. (2019) Kahramanmaraş Sütcü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanma Durumu ve İlişkili Faktörler *Turkish Green Crescent Society Winter 2019* 6(4) (s:182-193)
- Lamberti, M., Napolitano, F., Napolitano, P., Arnese, A., Crispino, V., Panariello, G., Giuseppe, G.D. (2017) Prevalence of alcohol use disorders among under-and post-graduate healthcare students in Italy. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175719>
- Lupo, R., Vitale, E., Carriero, M.C., Calabrò, A., Imperiale, C., Ercolani, M., Filippini, A., Santoro, P., Carvello, M., Rizzo, E., Artioli, G., Conte, L., Muratori, P. F. (2022) Gambling and internet addiction: a pilot study among a Population of Italian Healthcare Gambling and Internet Addiction in a Healthcare Group *Journal of Gambling Studies* 2022 <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10150-6>
- Lupo, R., Zaccino, S., Lezzi, A., Lezzi, P., Calabrò, A., Carvello, M., Conte, L., Vitale, E. (2022). Exploring Internet Addiction in Italian Nurses during the COVID-19 Outbreak. *Psych.* 2022; 4(2):292-300. <https://doi.org/10.3390/psych4020026>
- Mumba, M.N., Baxley, S.M., Snow, D.E., Cipher, D.J. (2019) A retrospective descriptive study of nurses with substance use disorders in Texas. *Journal of Addictions Nursing* 30(2):p 78-86, 4/6 2019.DOI: 10.1097/JAN.0000000000000273
- Mutlu, E., Bilici, R., Çetin, M.K. (2014) Sağlık çalışanlarının bağımlılık hakkında tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, 2014, Cilt:15, Sayı:3, s:118-123 / *Journal of Dependence*, 2014, Vol:15, N.:3, pp.118-123
- Neufeld, M., Ferreira-Borges, C., Bunova, A., Gornyi, B., Fadeeva, E., Koshkina, E. et al. (2022) Capturing Russian drinking patterns with the Alcohol Use Disorders Identification Test: An exploratory interview study in primary healthcare and narcology centers in Moscow. *PLoS ONE* 17(11): e0274166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274166>
- Nilan, K, McKeever, T.M., McNeill, A., Raw, M., Murray, R.L. (2019) Prevalence of tobacco use in ealthcare workers: A systematic review and metaanalysis (p:1-26). *PLoS-ONE*14(7):e0220168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220168>
- Oğan, H., Sercan, M., Ütücü, N., Tırtıl, L., Şam, B., Koç, S., Evren, C., Mutlu, E., Yavru, A., Özay, K., Özyurt, A., Durmaz, S., Koçer, T. (2014) Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme Raporu Ekim 2013-Nisan 2014 <https://istabip.org.tr/icerik/anestezirapor.pdf> Erişim Tarihi: 13.05.2023
- Oliver, J. A., Foulds, J. (2021). Association Between Cigarette Smoking Frequency and Tobacco Use Disorder in U.S. Adults. *American journal of preventive medicine*, 60(5), 726–728. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.10.019>
- Oral, B., Aslı Şimşek, A., Oğuzhan Yıldız, O., Ural, A.Z., Aras, E.B., Mutlutürk, H.M., Çöl, M. (2021) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 3 öğrencilerinde sosyal ortamlardaki gelişmeleri kaçırma korkusunun değerlendirilmesi ve ilişkili faktörler. *CBU-SBED*, 2021, 8(4): 613-620
- Osmanoğlu, V., Uğraş Dikmen, A. (2022) Tıp fakültesi öğrencilerinde iş sağlığı ve güvenliği bilgi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi SOYD Aralık 2022* 3(3):144
- Ögel, K. (2010) Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları-Tanı Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları-İsatanbul.
- Özsoy, F., Kulu, M. (2021) Sağlık çalışanlarında bağımlılık: sigara, alkol, internet, akıl-

lı telefon bağımlılığı ve dikkat eksikliği düzeylerinin incelenmesi - Genel Tıp Dergisi 2021;31(1) (s:82-90)

Öztürk, S., İncedere, A. (2021) Hemşirelik lisans öğrencilerinin yeme tutum davranışları ile alkol ve madde bağımlılık riskleri arasındaki ilişki. J. Psychiatric Nurs 2021;12(3):237-244. DOI:10.14744/phd.2021.14890

Öztürk, Ö. (2009). Sağlık çalışanları ve sigara. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2009;16(2)/ 32-38 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961). Resmi Gazete Tarih: 12.01.1961 Sayı:10705. Erişim Tarihi: 30.08.2023, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.4.224.pdf>

Saka, G. Şen, M.A., Yakıt, E. (2016)Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde sigara kullanım sıklığı. Journal of Human Sciences, 13(3),5423-5433. doi:10.14687/jhs.v13i3.4229

Sayın, S., Kara, İ.H., Baltacı, D., Yılmaz, A. (2013) Tıp fakültesinde görev yapan araştırma görevlilerinde kronik yorgunluk ve depresyon sıklığının incelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2013;5(1):11-17

Seki Öz, H., Akdeniz, E. (2022) Hemşirelik öğrencilerinin parafonksiyonel oral alışkanlıkları ile bağımlı kişilik özelliğinin sigara içme durumlarına etkisi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2022;7(1):41-48

Seydioğulları, M. (2010) Dünyada ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti Ve Temel Politikaları. Tütün Ve Tütün Kontrolü-Toraks Kitapları Sayı:10 Ed: Karadağ, M., Bilgiç, H.; Konuk Ed: Aytemur, Z.A., Akçay, Ş. Özbek, O. Aves Yayıncılık-İstanbul (s:3-20)

Smith, D.R., Leggat, A.P. (2007) An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. BMC Public Health 2007, 7:115 doi:10.1186/1471-2458-7-115. This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/115>

Şahin, G. (2015) Sağlık Çalışanlarında Madde Kötüye Kullanımı Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2015;1(3) (s:48-52)

Şahin, S., Açar, V. (2017) İnternet bağımlılığı ve örgütsel vatandaşlık davranışı: hastanelerde uygulanan bir araştırma. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi ICMEB17 Özel Sayı (s:1094-1103)

Şan, M. (2022) Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Covid-19 Pandemisi Döneminde Çalışma Koşulları ile İş Stresi Düzeyleri. HÜTF Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi 2022 Ankara

Şehitoğlu Alpagut, G., Ayvat, P., Parlak, İ. (2022) Acil tıp asistan hekimleri ve diğer dahili branş asistan hekimleri arasında depresyon ölçeğinin karşılaştırılması. Forbes J Med 2022;3(3):284-290 DOI:10.4274/forbes.galenos.2022.7261

Tannöver, Ö. (2016) Aile Hekimlerinin Elektronik Sigara ile İlgili Farkındalık Düzeyleri, Zarar Algıları ve Bu Konuda Klinik Uygulamalarını Etkileyen Faktörler. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi 2016-İstanbul

Tao, R., Jiang, F, Min, K., Liu, T., Liu, Y., Xia1, L., Wang, J., Liu, H., Tang, Y. (2021) Alcohol use among mental health professionals in China: a nationwide cross-sectional survey. Alcohol and Alcoholism, 2021, 56(3) 351–359 doi: 10.1093/alcalc/aga065

T.C. Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2021. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Ankara. 2023. Erişim Tarihi: 30.08.2023, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>

Tokur Kesgin, M., Kublay, G. (2014). İşyerinde Çalışan Hemşirelerin Görevlerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 1(2): 16-31.

Toney-Butler TJ, Siela D. (2023) Recognizing Alcohol and Drug Impairment in the Workplace in Florida. 2022 Dec 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 29939551.

Topaktaş, B., Çetin, M. (2023) Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinde sosyal medya bağımlılık düzeylerinin beslenme alışkanlıkları üzerine etkisi. Hitit Med. J 2023;5(1):19-24 DOI:10.52827/hititmedj.1161788

Topbaş, Z.S., Karakay, A. (2021) Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde dürtüsellik düzeyleri ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi 2021

Cilt: 22 Sayı:4, s:360-369 DOI: 10.51982/bagimli.895161

Tóth, G. (2021) Internet Addiction and Its Consequences Among Healthcare Workers. University of Pécs Doctoral School of Clinical Neurosciences School Leader: Prof. Dr. Sámuel Komoly, Program leader: Prof. Dr. Sámuel Komoly Project leader: Dr. Gergely Feher Department of Occupational Health.

Toth, G., Kapus, K., Hesszenberger, D., Pohl, M., Kosa, G., Kiss, J., Pusch, G., Fejes, E., Tibold, A., Feher, G. (2021) Internet Addiction and Burnout in A Single Hospital: Is There Any Association? International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(2):615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020615>

Türk Ceza Kanunu (TCK). (2024). Kanun No: 5237, Kabul Tarihi: 26.09.2004. Erişim tarihi:15.09.2024 <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&Mevzuat-Tur=1&MevzuatTertip=5>

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). (2019) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2017 T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü SB Yayın No:1132-2019 Tiraj Basın ve Yayım San. Tic.Ltd. Şti. Ankara

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2016-2022). Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması. Sağlık İstatistikleri 2016 Arşiv, İstatistiksel Tablolar. Erişim Tarihi:30.08.2023, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014) Küresel Yetişkin Tütün Araştırması-2012 Anıl Matbaa Ltd. Şti- Ankara 2014

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD). (t.y.) Nikotin (Sigara) bağımlılığı, sigaranın tarihçesi. Erişim Tarihi:30.05.2023, <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik> Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) (2010) Sağlık Bakanlığı Yayın No:796 Anıl Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara

Ünsalan, N., Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Mırsal, H., Beyazyürek, M. (2004) Yatarak tedavi gören madde bağımlılığı (alkol ve alkol dışı) tanısı konan hekimlerin özellikleri. Anatolian Journal of Psychiatry 2004;5:148-153

Vijendren, A., Yung, M., Sanchez, J. (2015) Occupational health issues amongst UK doctors: a literature review. Occupational Medicine, Volume 65, Issue 7, October 2015, p: 519–528, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv088>

Wilson J, Tanuseputro P, Myran DT, et al. Characterization of Problematic Alcohol Use Among Physicians: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2022;5(12):e2244679. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.44679

World Health Organization (WHO) (2019). Classifying health workers. Erişim tarihi:30.09.2023, <https://www.who.int/publications/m/item/classifying-health-workers>

Yargıç, İ. (2009) Sağlık çalışanlarında bağımlılıkla ilgili sorunlar ve çözüm yolları. İstanbul Tabip Odası Süreli Bilimsel Yayını Cilt:2 Sayı:4 s:84-87

Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM).(ty). Kumar Bağımlılığı. Erişim Tarihi:15. 09.2024. <https://www.yedam.org.tr/kumar-bagimlilik>

Yılmaz, M., Yılmaz, A., Sönmez, C.I., Aşıkhasan, İ. (2019) Düzce ili aile sağlığı merkezi çalışanlarında internet, sigara, alkol, madde bağımlılığı ile kişilik ilişkisi. Nobel Medicus 43 Cilt:15 Sayı:1 s:15-20

Zorlu, D. (2022) Doktorlarda Sigara Bağımlılığı: Anadolu'dan Kesitsel Bir Çalışma. Ahi Evran Med. J. 2022;6(3)(s;234-241). DOI: 10.46332/aemj.881850

KISALTMALAR

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
 AÖYÖ: Akademik Öz Yeterlilik Ölçeği
 ASM: Aile Sağlığı Merkezi
 APA: American Psychiatric Association –Amerikan Psikiyatri Birliği
 AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test-Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi
 AUDIT-C: Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption-Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi-Tüketim
 ATTD: Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği
 ATUD: Adli Tıp Uzmanları Derneği
 BAPİRT-Alkol: Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Formu-Alkol Ölçeği
 BAPİRT-Madde: Bağımlılık Profil İndeksi Risk Tarama Formu-Madde Ölçeği
 CAGE: Cut down-Annoyed-Guilty-Eye opener-KESİ: Kesmek-Eleştiri-Suçluluk-İlk iş
 CDC: Centers for Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
 CI: Confidence Interval- Güven Aralığı
 DSM-5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
 DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
 EKA-GGK: Eysenck Kişilik Anketi-Kısaltılmış Form
 EMASH: European Medical Association On Smoking or Health- Avrupa Sigara ve Sağlık Tabipler Birliği
 FoMO: Fear of Missing Out-Gelişmeleri Kaçırma Korkusu
 GGK: Gelişmeleri Kaçırma Korkusu
 GGKÖ: Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Ölçeği
 GİHS: Genel İdari Hizmetler Sınıfı
 HASUDER: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
 IAT: Internet Addiction Test-İnternet Bağımlılık Testi
 IOM: Institute of Occupational Medicine-Mesleki Tıp Enstitüsü
 ISCO: International Standard Classification of Occupations-Uluslararası Meslek Sınıflaması Standartı
 İBÖ: İnternet Bağımlılık Ölçeği
 İTO: İstanbul Tabip Odası
 KYS: Kronik Yorgunluk Sendromu
 MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview-Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme
 NHS: National Health Service-Ulusal Sağlık Servisi
 ON: Ortoreksiya Nervoza-Sağlıklı Beslenme Takıntısı
 OR: Odds Ratio-Olasılıklar Oranı
 ORTO-11: Ortoreksiya-11 Ölçeği
 OTC: Over The Counter-Tezgah Üstü Piyasası
 PDC: Personel Dağılım Cetveli
 PHP: Practitioner Health Programme-Pratisyen Sağlık Programı
 SHS: Sağlık Hizmet Sınıfı
 SOGS: South Oaks Gambling Screen-Güney Oaks
 TARD: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
 TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
 TPD: Türk Psikiyatri Derneği
 TTB: Türk Tabipleri Birliği
 TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
 YHS: Yardımcı Hizmetler Sınıfı
 YTT: Yeme Tutum Testi
 ZYA: Zaman Yönetimi Anketi

BÖLÜM 4.4

Seks İşçileri ve Bağımlılık

Dr. Öğr. Üyesi Yurdagül GÜNAYDIN¹

Doç. Dr. Betül ÖZEN²

¹Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

4.4.1. Ticari Cinsel İlişkinin Tanımı ve Dinamikleri

4.4.2. Seks İşçiliği

4.4.2.1. Seks işçiliğinin türleri

4.4.2.2. Seks işçiliğine girişle ilgili faktörler

4.4.3. Seks İşçilerinde Bağımlılık

4.4.3.1. Seks işçilerinde alkol bağımlılığı

4.4.3.2. Seks işçilerinde madde bağımlılığı

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Seks işçileri, sosyal ve kültürel marjinalleşmeye, damgalanmaya ve ayrımcılığa, sosyo-ekonomik dezavantajlara karşı savunmasız bireyleri oluşturmaktadır. Seks işçileri arasında madde kötüye kullanımı yaygın olarak görülmektedir. Madde kötüye kullanımı cinsel davranışların risk faktörü olabileceği gibi, cinsel davranışların sonuçlarını da oluşturabilir. Seks işçileri, suçluluk, damgalanma ve şiddet dâhil olmak üzere seks işçiliğinin tehlikelerini yönetmek amacıyla madde kullanmaktadır. Danışanlarla cinsel ilişkiye girme sürecini kolaylaştırmak için bir başa çıkma stratejisi olarak başvurulmaktadır. Seks işçiliği, gelişmekte olan toplumlarda birçok yoksul kadın için bir hayatta kalma aracıdır. Madde bağımlısı olan seks işçilerinde, biyolojik, davranışsal ve yapısal risk faktörleriyle ilişkili olarak İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) ve CYBE (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar) daha sık görülmektedir. Seks işçiliği veya alkol ve madde kullanımını azaltmayı hedefleyen politika ve toplumsal algılarda değişiklik oluşturacak multidisipliner yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

4.4.1. Ticari Cinsel İlişkinin Tanımı ve Dinamikleri

Ticari Cinsel İlişki, başka bir deyişle fuhuş, geçmişten günümüze her toplumun bir parçası olan, bazı dönemlerde kontrol altına alınan genel anlamda cinsel hizmet sunumu içeren bir kavramdır. Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre “Fuhuş; içinde bulunulan toplumun kurallarına uymayan bir biçimde bir veya birkaç kişiyle para karşılığında cinsel ilişkide bulunma” olarak açıklanmıştır. Çeşitli coğrafyalara ve kültürlere göre değişkenlik gösteren bir kavram olsa da, esasında cinsel, duygusal ve ekonomik olarak kadının sömürsünü içeren ve kadın bedeninin cinsel bir meta olarak kullanımını toplumsal açıdan meşru kılan sosyal bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Tarihsel süreç içerisinde bu kavram içerisinde birçok aktör yer almış ve kendini şekillendirmiştir. Bu aktörler içerisinde müşteri, patron, pazarlamacı, devlet, seks çalışanı yer almaktadır (Açıkalın, 2013).

Fuhuş ya da seks işçiliği, ticarileşmiş cinsel davranış tanımlar (Artantaş,2021). Fuhuşun; gelir getiren bir faaliyet olması, cinsi münasebette duygusal yön bulunmaması ve sanat kabul edilmesi” olarak üç özellik bulunmaktadır. Fuhuş yapan kişi, bedenini cinsel hizmetler karşılığında para ile sunmaktadır (Yacoub, 2019). Fuhuş olgusu kadına özgü bir durum olmakla birlikte, çok sayıda genç erkeği de kapsayan erkek fuhuşunun da gelişim sürecinde olduğu bir alandır. Kadınlar için onur kırıcı durum olan fahişe olarak tanımlanmak, genç erkeklerin, eşcinsel olduklarını gizlemek amacıyla kendilerini fahişe olarak göstermeye çalışmaları sık rastlanan bir durumdur (Dylewski and Prokop, 2021).

Seks işçiliği araştırmalarında, “seks işçiliği” ve “fuhuş” gibi terminolojinin kullanılması konusunda uzun süredir devam eden bir tartışma vardır. “Seks işçiliği” ticari seksin emek yönünü vurgulamak için kullanılmaktadır (Sawicki vd., 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından para karşılığında seks yapan bireylerin tanımlanması için kullanılan kavram “seks işçisi” olarak belirtmiştir (Godwin, 2012). Seks işçiliği “dünyanın en eski mesleği” olarak anılsa da, ILO'nun (Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) işçi haklarından yararlanması açısından büyük ölçüde dışlanmıştır. Çoğunlukla kadınlar tarafından yapılan aynı zamanda transseksüel ve erkek işçiler tarafından üstlenilen seks işçiliği, apartman dairelerinde, genelevlerde veya sokakta doğrudan cinsel hizmet vermek amacıyla erotik dans, porno oyunculuğu, telefon seksine vb. çeşitli faaliyetlerden oluşmaktadır (Siegmann, 2019).

4.4.2. Seks İşçiliği

Rudyard Kipling, 1920'de yayınladığı kısa öyküsünde fuhuştan “tarihin en eski mesleği” olarak bahseden ilk kişi olmuştur. DSÖ'ye göre seks işçiliği “para veya mal karşılığında cinsel hizmet sağlanması” olarak tanımlarken, seks işçileri ise “cinsel hizmet karşılığında para veya mal alan kadın, erkek ve trans kişiler” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2022). Seks işçileri, “cinsel hizmetler karşılığında para veya mal alan ve seks işçiliğini bir meslek olarak görmese de, bu faaliyetleri bilinçli olarak gelir elde etmek amacıyla gerçekleştiren kişiler” olarak tanımlanmaktadır (Overs, 2004). Seks endüstrisi, çeşitli seks işçiliği alanlarını (sokak, eskort, masaj, telefon seksi, dans, pornografi) kapsamaktadır. Araştırmacılar seks işçiliğini doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki kategoriye ayırmışlardır. Doğrudan seks işçileri, başka bir kişiyle cinsel ilişkiyi, oral çiftleşme, anal penetrasyon vb. fiziksel cinsel etkileşimleri içeren esas amacı ücret elde etmek olan kişileri tanımlanmaktadır (Harcourt ve Donovan, 2005). Araştırma literatüründe incelenen doğrudan seks işçiliği türleri arasında sokak, genelev, özel ve eskortlar yer alır. Dolaylı seks işçileri, bir bireyle birincil cinsel faaliyet gerektirmeyen, ancak bir ücret karşılığında cinsel faaliyetleri yapan kişiler yer almaktadır (Harcourt ve Donovan, 2005). Dolaylı seks işçiliği, kucak dansı, striptiz ve sanal seks hizmetleri (internet veya telefon üzerinden) gibi hizmetleri ifade etmektedir. Bu tür seks işçiliği, düşük sosyo-ekonomik koşullardaki bireyler için ek gelir sağlayabilir. Ayrıca bu gruba, cinsel hizmetleri yaşam alanları veya yiyecek karşılığında değiş tokuş ederek seks işçiliğini bir hayatta kalma tekniği olarak ara sıra kullanan kişiler de dâhildir (Balfour ve Allen, 2014).

Uyuşturucu alış-verişi açısından bu tür seks biçimleri halk sağlığı bakış açısıyla risk oluşturabilmektedir. Hem seks işçisi hem de müşteri, cinsel sağlık önlemlerine uymadan plansız olarak eylemi gerçekleştirirler. Katılımcılar seks yapmadan önce çok miktarda uyuşturucu veya alkol tüketebilmektedir. Gizli seks, ticari olsun veya olmasın, genellikle açık havada veya hijyen koşullarının olmadığı tesislerde gerçekleşir. Seks işçileri, sözel ve fiziksel şiddet, cinsel saldırı, toplum tarafından dışlanma ve can güvenliği tehlikesi gibi sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Sokak seks işçileri, evsizlik, şiddet, cinsel ve ruhsal sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Bu durum onları halk sağlığı ve sosyal hizmetler için önemli kılmaktadır. (Deering vd., 2014; Harcourt ve Donovan, 2005). Bazı araştırmacılar Harcourt ve Donovan'ın (2005) seks işçiliğini genital temasın yapıp yapılmamasına göre tanımlamayı tercih ederken; bazı araştırmacılar ise doğrudan seks işçiliğini bir ücret karşılığında genital cinsel teması içeren bir faaliyet şeklinde tanımlamıştır (Henry ve Farvid, 2017).

DİKKAT

Seks işçileri, madde bağımlılığı gibi ciddi sağlık sorunlarıyla sıklıkla karşı karşıya kalmaktadır.

Sağlık Riskleri: Bağımlılık yapıcı madde kullanımı, seks işçilerinin fiziksel ve ruh sağlığını ciddi şekilde etkilemektedir.

Sosyal Stigma ve Erişilebilirlik: Seks işçileri, bağımlılık tedavisine erişimde zorluk yaşamaktadır.

4.4.2.1. Seks işçiliğinin türleri

Seks işçiliği teriminin kullanılması, satıcılar tarafından istihdam edilmiş işçilerin

imajını yeniden şekillendirmiştir. McMillan ve arkadaşları (2018), seks işçiliğinin doğrudan ve dolaylı cinsel temastan oluştuğunu ve striptiz, erotik dans ve pornografi gibi hizmetleri tanımlayarak seks işçiliği literatürüne katkıda bulunmuştur. Literatür, “seks işçiliğinden” farklı olan “işlemsel seks”i de incelemiştir. İşlemsel seks, hediye, para veya diğer hizmetlerin verilmesinin ve/veya alınmasının önemli bir faktör olduğu cinsel ilişki biçimini ifade eder. Bu tür bir ilişki, seks işçileri ve müşteriler arasında gerçekleşmeyip, genellikle kız arkadaşlar veya erkek arkadaşlar arasında yaşanır. Seks teklif eden kişiler, partnerlerine karşı şefkat hissedebilir ya da hissetmeyebilir (Krisch, 2019).

Seks işçiliğinde, cinsel etkileşime girmeden önce taraflar arasında değiş tokuşun şartları sözlü olarak ifade edilir ve düzenlenir. Seks işçiliğinde alıcılar ve tüketiciler müşteri olarak tanımlanır. Cinsel hizmet alışverişinde bulunan seks işçilerinin aksine, işlemsel seks yapan kişiler geçici ihtiyaçları karşılamak, gelir sağlamak veya sembolik teşhir amacıyla bunu gerçekleştirmektedir. Cinsel alış-veriş etkileşimlerini ayırt etmek için kullanılan hem seks işçiliğinden hem de işlemsel seksten farklı olarak tanımlanan temel ihtiyaçları karşılamak için yapılan seks türü hayatta kalma seksidir. Hayatta kalma seksini yapan bireyler, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla bu eylemi geçici olarak gerçekleştirirler. Seks kaçakçılığı veya sömürüsü gibi, hayatta kalma seksini yapan bireyler, olumsuz yaşam koşullarına sahip dezavantajlı gruplar içerisinde yer almaktadırlar (Saulman, 2021). İşlemsel seks ve hayatta kalma seks yapma türü, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, fiziksel veya cinsel şiddet, suça karışma, madde bağımlılığı, psikolojik sorunlar ve fiziksel hastalıklar dâhil olmak üzere çeşitli olumsuz sonuçlar ve sağlık riskleriyle ilişkilendirilmiştir (Wamoyi vd., 2019).

DİKKAT

Hayatta kalmak için seks işçiliği yapanlar, genellikle yoksulluk ve şiddet gibi sorunlarla mücadele eden dezavantajlı gruplardan gelir. Bu durum, onları birçok sağlık sorunu ve sosyal riskle karşı karşıya bırakır.

4.4.2.2. Seks işçiliğine girişle ilgili faktörler

Bireylerin seks işçiliğine katılma sebeplerinin altında ekonomik nedenlerin ağırlıklı olduğu görülmektedir. Bazı kişilerde, ekonomik zorluklar krize neden olduğu için yaşamlarında büyük etkiler oluşturabilmektedir. Kadınlar eğitim seviyesinde farklılıktan kaynaklı daha fazla ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar (Gerassi, 2015). Çalışmalarda seks işçilerinin, seks işçisi olmayanlara göre daha düşük eğitim seviyesine sahip oldukları belirtilmektedir (Daalder ve vd., 2013). Pek çok seks işçisi, ekonomik zorluklar nedeniyle kısa sürede yüksek gelir elde etmek amacıyla bu işi yapmaktadır (Huschke, 2017). Bazı kadınlar romantik olarak veya finansal olarak desteklendiklerinde dahi sağlıksız ilişkiler nedeniyle seks işçiliğine yönelmektedirler. Akran baskısı, birçok kadını seks işçiliğine iten önemli bir faktördür. Özellikle destek sistemlerini kaybetme korkusu yaşayan kadınlar, akranlarının etkisiyle bu işe başvurabilirler (Cox ve vd., 2013). Seks işçiliğiyle ilgili baskı ve akran etkisi, uyuşturucu kullanımına başlama ve devam konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Birçok seks işçisi uyuşturucu ve alkol kullanmaktadır. Bu nedenle bireyler seks işçiliğinde yer aldıklarında, akranları tarafından madde kullanmaya teşvik edilebilmektedirler (Roshanfekar vd., 2015). Madde kullanımı, seks işçilerinin mali durumlarını daha da zorlayarak, hem madde ihtiyaçlarını karşılamak hem de diğer masraflarını karşı-

lamak için seks işçiliğine devam etmelerine yol açmaktadır (Murphy, 2010).

4.4.3. Seks İşçilerinde Bağımlılık

Bağımlılık kavramı, madde bağımlılığı (Alkol, uyuşturucu maddeler vb.) özelinde ilk kez 1964 yılında DSÖ tarafından tanımlanmıştır. Bağımlılık, kelime anlamı olarak zevke neden olan madde veya davranışların artan miktarlarda tekrarlanmasıyla oluşan biyopsikososyal bir bozukluktur (Rinaldi vd., 1988).

Madde kötüye kullanımı ve riskli cinsel davranışlar, dünyada yüksek oranda hastalık ve ölümden sorumlu olan davranışlar arasında yer alır. Seks işçileri arasında fuhuş ile “Madde Kullanım Bozukluğu” arasındaki komorbidite ilişkisi vardır. Özellikle kadınlarda madde kullanım riski, psikolojik ve sosyal faktörlerin de etkisiyle erkeklerden daha yüksektir. Kadınlar, psikolojik ve fiziksel savunmasızlıkları, partner baskısı, istenmeyen cinsel deneyimler ve zayıflama gibi nedenlerle madde kullanımına daha yatkın hale gelebilmektedir. Bu durum, kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmekte ve mali, ailevi, sosyal sorunlara yol açmaktadır (Khodabakhshi Koolae ve Damirchi, 2016). Erkeklerle cinsel ilişki yaşayan erkekler arasında damar içi uyuşturucu kullanımı, HIV bulaş riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu nedenle, madde kullanımıyla birleşen seks işçiliği, HIV salgınlarını hızlandırabilir, ayrımcılığı ve sömürüyü artırabilir ve olumsuz sosyal ve sağlık sonuçları doğurabilir (Moro Simon ve Sarosi, 2013).

Uluslararası Hastalıklar ve İlişkili Sağlık Sorunları İstatistiksel Sınıflandırması'nın (ICD-11- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) 11. versiyonu ile madde bağımlılığı tanı kriterleri yeniden düzenlenmiştir. ICD'de bağımlılık, “tekrarlanan veya sürekli kullanımından kaynaklanan bir madde kullanım düzenleme bozukluğu” olarak tanımlanmıştır (Heinz vd., 2022). DSM-5'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı), bağımlılıklarla ilgili gelişen anlayışları yansıtmak amacıyla, “Maddeyle Bağlantılı ve Bağımlılık Yapıcı Bozukluklar” tanımlaması yapılmıştır. DSM-5, bu kategoride alkol, kafein, esrar, halüsinojenler, inhalanlar, opioidler, sakinleştiriciler, hipnotikler ve anksiyolitikler, uyarıcılar ve tütünü listelemektedir (Tarhan ve Serdar, 2021) (Bkz. Bölüm 2.4).

4.4.3.1. Seks İşçilerinde Alkol Bağımlılığı

Alkol kullanım bozuklukları, kompulsif olarak ağır alkol kullanımı ve alkol alımı üzerinde kontrol kaybı ile karakterize bozukluklardan oluşur. Zararlı düzeyde alkol tüketen insanların bazılarında alkol bağımlılığı gelişmektedir. Bu durum aşırma ile karakterizedir. Alkolün sağlığa zararlı etkileri bilinmesine rağmen düzenli olarak tüketilen alkol, aniden kesildiğinde veya tüketimi azaltıldığında vücutta fizyolojik yoksunluk sendromuna neden olabilir. Bu duruma ICD ve DSM'de yer verilmiştir. ICD-10 ve DSM-IV tanı kriterleri içinde alkol bağımlılığı ile ilgili ruhsal bozukluklar tanımlanmıştır (Goh ve Morgan, 2017).

Aşırı alkol kullanımının ciddi sosyal, ekonomik ve sağlıkla ilgili olumsuz sonuçları vardır. Seks işçilerinden özellikle kadınlar, erkeklerle karşılaştırıldığında, alkol kullanımına bağlı şiddet, istenmeyen gebelik vb. olumsuz sonuçlara karşı daha savunmasızdırlar (Amogne vd., 2021). Ticari seks işçiliğinin çoğu, alkol servisi yapan kuruluşlarda gerçekleşir ve alkol kullanımı seks işçiliğine geçişi ve seks işçiliğini sürdürmeyi kolaylaştırabilen bir faktördür (Lichtwarck vd., 2022). Alkol kullanımı,

özellikle barlarda veya kulüplerde faaliyet gösteren mekân temelli seks işçiliğinin bir parçasıdır. Seks işçilerine, alkol içmesi için baskı yapılabilir veya teşvik edilebilir (Patel vd., 2015). Seks işçilerinde, aşırı alkol tüketme veya sarhoşluk da dâhil olmak "içme sorunu" ve belirtileri yaygındır. Sarhoş olma durumu cinsiyete, kiloya, genetiğe ve diğer faktörlere bağlı değişmektedir. Ulusal Alkol İstismarı ve Alkolizm Enstitüsü'ne (NIAAA) göre kandaki alkol konsantrasyonları yaklaşık 0,08g/dl' (kadınlar için 3-4 standart içki) ulaşması durumunda aşırı içmeyi tanımlamaktadır (NIAAA, 2023). İlgili literatür, seks işçilerinin %33-65'inin bir önceki ay içinde en az bir gün sarhoş olduğunu (bir oturuşta 3-4 standart içkiden fazla) belirtmiştir (Chersich vd., 2007). Konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada ise, seks işçilerinin %28'den fazlası haftada dört defadan fazla içtiğini bildirirken, yaklaşık yarısı (%48) bir günde 5-6 standart içki veya daha fazlasını tükettiğini bildirmiştir (Mmbaga vd., 2017).

Seks işçileri, seks işçiliğini kolaylaştırmak için alkol kullanırken müşteriler ise seks sırasında alkol kullanabilmektedir. Seks işçileri, güvensiz ortamın risklerini azaltmak veya müşterilere yaklaşırken daha rahat olmak için alkol alırlar. Müşteriler ise genellikle alkolün cinsel çekingenliği azaltacağı inancıyla içki içen seks işçilerini tercih etmektedirler (Onyango vd., 2015). Alkol kullanımı, muhakeme gücünü ve bilişsel işlevi bozarak korunmasız seks ve cinsel şiddet riskini artırmaktadır (Hagger-Johnson vd., 2011). Seks işçilerinin sarhoşken seks yapması sağlıkla ilgili ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Alkolün etkisi altındayken seks yapmak ve prezervatif kullanmamak cinsel açıdan risk oluşturabilmektedir. Ayrıca prezervatifin kayması/ yırtılması, grup seks veya anal seks gibi diğer yüksek riskli cinsel davranışlar görülebilmektedir. Bu durum kadın seks işçilerinde istenmeyen gebelikler, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) ve HIV enfeksiyonları gibi ciddi sağlık sorunlarının yanı sıra, aşırı alkol tüketimi nedeniyle de yüksek sosyal riskler altındadırlar. Aşırı alkol tüketimi, seks işçilerinde HIV bulaşma riskini artıran önemli bir faktördür (Khumaidi vd., 2021). DSÖ yönergelerinde, seks işçilerinin sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamak için yüksek kaliteli, entegre hizmetlerin önemi vurgulanmaktadır (WHO, 2016). Parcasepe ve arkadaşlarının (2016) seks işçilerinde altı seanslık alkolün zararını azaltmaya yönelik yaptıkları müdahale çalışmasında, kadın seks işçilerinin müdahaleden altı ay sonra seks işçiliğine başlama oranlarının düştüğünü ve bu müdahalenin sağlık ve güvenliklerini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Bu müdahale, seks işçilerinin alkol kullanımını azaltmalarına ve daha güvenli çalışma koşulları sağlamalarına yardımcı olmuştur (Parcasepe vd. 2016). Çalışmalarda seks işçileri için alkolü azaltma müdahalelerine bireysel düzeyde odaklanılmıştır. Bireysel düzeydeki müdahaleler, kısa süreli alkol kullanımının azaltılmasında etkili olmuştur; ancak uzun vadeli programlarda bu konu ele alınmamıştır. Uzun vadeli alkol azaltma müdahalelerinin sürdürülebilir olması için, seks işçilerinin alkol kullanımını azaltmada etkili olan sosyoekolojik faktörlerin ele alınması gerektiği önerilmektedir (L'Engle vd., 2014).

4.4.3.2. Seks işçilerinde madde bağımlılığı

Dünyada madde kullanımı, kadın ve erkek seks işçileri arasında yaygındır (Lancaster vd., 2017; Viera vd., 2022). Bu popülasyonda özellikle yüksek düzeyde alkol, marihuana, kokain ve eroin kullanımı gözlemlenmiştir ve bu maddeler bağımlılık göstergesi olan miktarlarda kullanılmaktadır. Madde kullanımı, birçok açıdan seks işçiliği yaşam biçimiyle iç içedir. Özellikle kokain kullanımı bazı kadınların seks ticaretine sürüklenmesine neden olabilmektedir. Seks işçiliği, alkol ve diğer uyuştur-

rucu maddelerin kolayca bulunabildiği yerlerde gerçekleşir. Madde, sokaklarda seks işçiliğinin günlük tehlikeleriyle bir baş etme mekanizması olarak kullanılabilir. Madde kullanan kadın seks işçilerinde prezervatif kullanımı düşüktür, genellikle cinsel istismara maruz kalırlar ve HIV kapma riskleri yüksektir. Ayrıca, bu kadınlar madde bağımlılığı nedeniyle hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Nuttbrock vd., 2004). Seks işçileri, işlerine bağlı olarak karşılaştıkları damgalanma ve stresle başa çıkmak için de madde kullanımına yönelmektedirler.

Madde bağımlılığının nedeni çok faktörlüdür ve psikolojik, biyolojik, sosyo-kültürel ve çevresel faktörleri içerir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, yasa dışı madde kullanımı riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Çevresel ve genetik faktörler de madde kullanım bozukluğunda güçlü rol oynamaktadır (Jahan ve Burgess, 2022). Seks işçiliği ve madde kötüye kullanımı yüksek oranda ilişkili olduğu için, madde bağımlılığı tedavi protokollerinin bağımlılığın ötesinde seks işçiliği ile ilgili sorunları da ele alması gerekir. Nuttbrock ve arkadaşlarının (2004) sokakta yaşayan kadın seks işçileri ile madde bağımlılığı tedavisini değerlendirmek amacıyla mobil erişimin değerlendirildiği çalışmasında altı ay boyunca başarıyla takip edilen 144 kadının %35'inin detoksifiye edildiği, 78 eroin kullanıcısının %43,1'inin metadon tedavisi gördüğü, takip edilen hastaların %35,4'ü başka bir tür tedavi gördüğü belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarında müdahale grubunda anlamlı bir farklılık bildirilmemiştir (Nuttbrock vd., 2004).

● *Seks işçilerinde sigara bağımlılığı*

DSÖ'ne göre sigara içmek artık bir alışkanlık değil, önlenilebilir bir hastalık ve bir salgın olarak görülmektedir. Her yıl 8 milyon kişi tütüne bağlı hastalıklardan hayatını kaybetmektedir. Tütün kullanımı, erkekler arasındaki ölümlerin %36,7'sini ve kadınlar arasındaki ölümlerin %7,8'inden sorumludur. Dünyadaki 1,3 milyar tütün kullanıcısının %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2021). Sigaranın küresel bir sağlık sorunu olduğu ve özellikle dezavantajlı grupları etkilediği düşünüldüğünde, seks işçiliği gibi sosyal ve ekonomik sorunlarla mücadele eden kadınların tütün kullanımına daha yatkın olmaları şaşırtıcı değildir.

Seks işçiliği için risk faktörleri; "şehir merkezlerine göç, işsizlik, çocuk yetiştirmekte güçlük çeken bekâr annelerin sayısının fazlalığı, olumsuz yaşam koşulları, eğitim seviyesinin düşüklüğü, ekonomik nedenlerdir". Bunların dışında duygusal sorunlar, çocuklukta veya ergenlikte travmaya maruz kalma, aile desteğinin eksikliği gibi psikolojik faktörler sigara/uyuşturucu madde kullanımı ile ilişkilendirilebilir (Devóglia vd., 2017). Ticari seks işçiliğinin yapıldığı yerlerde, alkol ve tütün ürünlerinin satışı ve kullanımı teşvik edilmektedir. Genelevlerde yaşayan ve çalışan kadın seks işçilerinin bu maddelere maruz kalma oranı daha yüksektir. Yapılan bir araştırma, kadın seks işçilerinin en fazla kullandığı maddenin %45,8 ile tütün ürünleri olduğunu bildirmiştir (Baker ve Case, 2003). Sigara kullanımının yüksek olduğu, bir diğer grup ise gey erkekler veya erkeklerle seks yapan erkeklerdir. Erkeklerle seks yapan erkekler, alkol ve/veya tütün kullanımıyla ilişkili sağlık sorunları yaşayabilmektedirler. Sigara içmek, yaşam kalitesini düşürürken, bakteriyel pnömoni, AIDS'i tanımlayan hastalıklar ve malignite olasılığını artırarak, HIV ile enfekte olan kişiler arasında ölüm oranını yükseltmektedir (Crothers vd., 2005). Tütün kullanımı, sık görülen anal kanser ile de ilişkilidir. Ayrıca, gelişmiş ülkelerde tütün endüstrisi eşcinsel pazarı hedefleyerek yüksek tütün kullanımını teşvik etmektedir (Greenwood vd., 2005). Çalışmalar, özellikle kadın seks işçilerinin savunmasız olduğunu, boyun eğme davranışı ve uyuşturucu kullanımı gibi çeşitli risklere maruz kaldığını, yaşam

kalitelerinin düşük olduğunu, sonuç olarak sağlık açısından riskli davranışları benimsediklerini belirtmiştir. Bu açıdan sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal yönünü ele alan müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (Passos ve Figueiredo, 2004).

● *Seks işçilerinde esrar bağımlılığı*

Esrar, dünya çapında en yaygın olarak yetiştirilen, ticareti yapılan ve kötüye kullanılan yasa dışı maddedir. DSÖ'ye göre, esrar tüketiminin yıllık yaygınlık oranı yaklaşık 147 milyon kişidir ve bu dünya nüfusunun yaklaşık %2,5'ine denk gelmektedir. Esrar, doğal ortamda yetişen maddeler içerisinde yer alır. Esrar, Cannabis bitkisinden, Hint Kenevirinin yaprakları, sapı ve tohumunu içeren bir karışımından oluşmaktadır. Esrar ile ilgili aynı bitkiden elde edilerek tedavide kullanılan veya kötüye kullanılabilen maddelere farklı isimler verilmektedir. Toplumda esrar sıklıkla haşhaş, haşiş, kunnap, marijuana veya ganja isimleri ile tanımlanmaktadır. Esrar içerdiği THC (tetrahydrocannabinol) maddesinden dolayı beyin yollarında değişim oluşturmaktadır. THC, beyindeki alıcılar, özellikle; ağrı, acı algısı, hafıza, bellek ve motor davranışlar üzerinde etki göstermektedir. Esrar içildiğinde, THC akciğerlerden beyne ve vücuttaki diğer organlara hızla geçer. THC, yiyecek veya içecek yoluyla alındığında daha yavaş emilmektedir (Bridgeman ve Abazia, 2017; Zehra vd., 2018).

Uzun süreli esrar kullanımı, THC'nin etkilerine tolerans geliştirmenin yanı sıra bağımlılığa yol açabilir. Esrar kullanımı, ciddi vakalarda bağımlılık şeklini alan, esrar kullanım bozukluğu olarak bilinen problemlili kullanımanın gelişmesine yol açabilir. Son veriler, esrar kullananların %30'unun bir dereceye kadar esrar kullanım bozukluğuna sahip olabileceğini bildirmektedir (Hasin vd., 2015). Esrar kullanım bozuklukları genellikle kişinin uyuşturucuyu kullanmadığı zaman yoksunluk belirtileri hissettiği bağımlılıkla ilişkilendirilir. Esrar kullanan kişilerde anksiyete, depresyon ve psikotik hastalıklar gibi çeşitli akıl sağlığı problemleri belirlenmiştir (Lopez-Quintero vd., 2011). Seks işçileri, alkol ve diğer uyuşturucu kullanımı açısından yüksek risk altındadır. Seks işçileri arasında uyuşturucu kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan bir çalışmada, seks işçilerinde, cinsel ilişki öncesinde veya sırasında 488 kişi esrar kullanımı, 210 kişi uçucu inhalan kullanımı, 149 kişi eroin kullanımı ve 151 kişi benzodiazepinler, ecstasy, speed ve kokain dahil diğer uyuşturucu kullanımı olduğu bildirilmiştir (Minichiello vd., 2003). En sık kullanılan maddeler arasında alkol ve esrar yer almaktadır. Bu maddeler ya tek başlarına ya da bir arada tüketilmektedir (Minichiello vd., 2003). Seks işçilerinde madde kötüye kullanımı, cinsel ve fiziksel şiddet için bir risk faktörüdür. Madde kullanımı bir kadının seks işçiliği yaparken yaşadığı utanç duygusunu yatıştırabilmekte ve günlük ritüelinin bir parçası haline gelebilmektedir (Wechsberg vd., 2009). Seks işçileri, madde bağımlılığı tedavisine ve diğer hizmetlere erişim açısından dezavantajlı bir grupta yer almaktadır. Birçok seks işçisi, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimde ciddi engellerle karşılaşmaktadır, bu topluluk için uzman hizmetler yetersiz kalmaktadır (Johnson vd., 2023). Yapılacak müdahalelerde, kullanıcı dostu zararı azaltma hizmetlerinin yanı sıra, mesleki eğitim yoluyla ekonomik güçlendirmeyi amaçlayan programlar da yer almalıdır (Phyllis vd., 2022).

● *Seks işçilerinde sentetik kannabinoid madde bağımlılığı*

Sentetik kannabinoidler, halk sağlığı için zararlı sonuçları olan psikoaktif maddeler olarak ortaya çıkmıştır. Psikoaktif maddeler kategorisinde yer alan, sentetik kannabinoidler "Bonzai" olarak adlandırılmaktadır. Son yıllarda uyuşturucu pazarında

popüleriği artan, sentetik kannabinoidler “Cannabis” benzeri ancak daha güçlü etkilere yol açan geniş bir madde grubudur. Sentetik kannabinoidler esrar ile benzerlik göstermektedir. Ürünler tipik olarak, çeşitli bitki kırıntılarına emdirilen aktif bileşiklerin kurutulması ile esrar görünümünde olan, yeşil bitki kırıntılarını ihtiva eden bir üründür. Sentetik kannabinoidler, psikoaktif maddelerin en büyük grubunu oluşturur. Esrarın hammaddesi olan doğal kenevirin temel psikoaktif bileşenini 9-tetrahidrokannabinol (THC) etkilerini bağlama afinitesini taklit etmek için geliştirilmiştir. Sentetik kanabinoid ürünleri, doğal kenevir ile benzer etkilere sahiptir ancak bu ilaçlar daha güçlü ve tehlikelidir. Sentetik uyuşturucular, çoğunlukla kanabinoid reseptörlerini yüksek etkiyle bağlayan psikoaktif bileşiklerin bir karışımını içerir. Kullanımına bağlı solunum güçlükleri, hipertansiyon, taşikardi, göğüs ağrısı, kas seğirmeleri, akut böbrek yetmezliği, anksiyete, ajitasyon, psikoz, intihar düşüncesi ve bilişsel bozukluk gibi daha ciddi yan etkilere neden olurlar. Yasadışı uyuşturucu bağımlılığı, morbiditenin temelini oluşturmaktadır. Sentetik kanabinoidlerin kronik kullanımı ciddi psikiyatrik bozukluklar ve ölümlle ilişkilendirilmiştir (Cohen ve Weinstein, 2018).

2020’de küresel olarak 275 milyondan fazla psikoaktif madde kullanıcısı belirlenmiştir ve bunların 36 milyonu uyuşturucu kullanım bozukluklarını içermektedir (Ssekamatte vd., 2023). Yasadışı psikoaktif maddelerin kullanımı, seks işçileri arasında önemli bir sorundur. Seks işçiliği ve uyuşturucu kullanımı bağlantılıdır. Seks işçileri maddi kazanç elde etmek için fuhuş yaparken, bazen de uyuşturucu elde etmek için cinsel hizmet sunmaktadırlar. Seks işçileri açısından psikoaktif maddeler, ticari seks sektöründe hem patronlar hem de çalışanlar için bir gelir kaynağıdır. Seks işçileri ayrıca duyarsızlaştırma, güven oluşturma ve işin monotonluğunu ortadan kaldırma gibi başka amaçlarla da madde kullanmaktadır. Konuyla ilgili 46 ülkeden 86 çalışmanın incelendiği bir çalışmada, seks işçileri arasında yaşam boyu yasadışı uyuşturucu kullanım oranının %35 olduğu belirlenmiştir (Iversen vd., 2021). Seks işçiliği ve uyuşturucu kullanımı her ikisi de suç sayıldığından, uyuşturucu kullanan seks işçilerinin damgalanması, etkili ve erişilebilir hizmetlerin, tedavi dahil olmak üzere, geliştirilmesini ve sunulmasını engellemektedir (Shannon vd., 2009).

● **Seks işçilerinde uçucu madde bağımlılığı**

İnhalanlar, düşük maliyetli, yasal olarak satılan, kolayca erişilebilir ev eşyalarının da bulunan çözücüleri, aerosol spreyleri, gazları ve nitritleri içermektedir. Uçucu çözücüler, gazlar, aerosoller ve nitritler olarak dört inhalan tür vardır. DSM-V, uçucu madde kullanım bozukluğunu, “klinik açıdan önemli bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan, hidrokarbon bazlı bir uçucu maddenin sorunlu kullanım modeli” olarak tanımlar (APA, 2013).

Ulusal Uyuşturucu Suistimali Enstitüsü (National Institute of Drug Abuse- NIDA), inhalanları “psikoaktif veya zihni değiştiren bir etkiyi oluşturarak solunabilen kimyasal buharlar üreten uçucu maddeler” olarak tanımlar. Uçucu maddelere örnek olarak yapıştırıcılar, benzin ve içerikleri, çakmak gazları, tıbbi veya endüstriyel amaçlarla kullanılan yapıştırıcılar yer almaktadır. Uçucu madde kullanıcıları kaplardan, kâğıt veya plastik torbalardan, ıslanmış bezlerden veya doğrudan aerosol kutularından çıkan dumanları “koklar” veya “buruna çekerler”. Uçucu madde zehirlenmesinin etkileri sadece birkaç dakika sürer ve alkole benzer şekilde, konuşmada bozulma, ataksi, öfori ve baş dönmesini içermektedir. Uçucu madde kullanımı beyin hasarı, kalp düzensizlikleri, optik sinir hasarı, işitme kaybı, karaciğer hasarı, kas atrofisi ve ölüme sebep olmaktadır (NIDA, 2012). Avrupada uçucu madde kullanım oranı

%10-25 arasında değişmektedir (Woodward ve Braunscheidel, 2022). Erkeklerle seks yapan erkekler tarafından yaygın olarak kullanılır ve HIV bulaşında önemli bir risk faktörüdür. Bazen “poppers” olarak bilinen nitritler, cinsel zevki artırabilir. Poppers (nitrit inhalanlar) yasal olarak kullanılır. 1960’lardan bu yana, amil nitritler eşcinsel ve biseksüel erkekler arasında anal sfinkteri ve kılcal damarları gevşetmek amacıyla kullanılmaktadır (Romanelli vd., 2004). Poppers, sıcak bir his oluşturarak öforiye neden olan güçlü ve kısa etkili periferik vazodilatörlerdir. Öforik etkileri ve düz kas dokusunu gevşetme yetenekleri nedeniyle, poppers genellikle anal ilişkiyi kolaylaştırmak veya arttırmak için kullanılır. Poppers, korunmasız anal seks de dâhil olmak üzere erkeklerle seks yapan erkekler ve cinsel partnerleri için olası sağlık riskleri oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada erkeklerle seks yapan erkeklerin %72’si yaşam boyu madde kullanımının (esrar hariç) olduğu ve %25,6’sının yaşam boyu popper kullandığı bildirilmiştir (Pepper vd., 2020). Çinde yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %47,3’ü nitrit inhalan kullandığını ve %41,8’i son bir yılda en az bir kez nitrit inhalan kullandığını belirtmiştir (Li vd., 2014). Nitrit inhalan maddelerin gelişigüzel kullanımı seks partnerleri arasında HIV enfeksiyonun bulaşması açısından risk oluşturmaktadır. Nitrit gibi uçucu madde kullanımının azaltılması, HIV önleme stratejileri arasında öncelikli basamaklar arasında yer almalıdır (Chen vd., 2020; Lampinen vd., 2007).

● *Seks işçilerinde opioid bağımlılığı*

Haşhaştan elde edilen afyon maddesinin, öğütülerek ve uyuşturucu özelliği taşıyan maddelerin (morfin, kodein, eroin,) tümü opioid olarak tanımlanır. Opioidler, insan vücudundaki opioid reseptörleri mu (μ), delta (Δ) ve kappa (K) üzerinde etkili olan, nefes almayı baskılayan, duyguları artıran, opiatlar ve sentetik analogları da dâhil olmak üzere bir dizi madde içeren ilaç grubudur. Yarı sentetik türevleri arasında eroin, hidrokodon, oksikodon ve buprenorfin bulunur. Opioid sınıfı ayrıca metadon, petidin, tramadol ve fentanil gibi bir dizi sentetik veya farmasötik türevi olan opioidleri de içerir. Narkotik İlaçlar Tek Sözleşmesi opioidleri narkotik olarak sınıflandırır ve Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu (INCB) tarafından tıbbi kullanımı, dağıtımı ve erişimi düzenlenmektedir (Hoffman vd., 2019). Opioidler genellikle yüksek oranda kötüye kullanım riskine sahip maddelerdir. 2020’de dünya genelinde geçen yıl 61,3 milyon kişinin (Aralık: 36,5 milyon–78,1 milyon) opioid kullandığı tahmin edilmektedir (World Drug Report 2022).

Yapılan bir çalışmada Madde Kullanım Bozukluğu için tedavi grubu örnekleminde, kadınların %50-69’u ve erkeklerin %19-22’si yakın zamanda seks işçiliği öyküsü olduğu bildirilmiştir (Cavanaugh ve Latimer, 2010). Opiatlar merkezi sinir sistemini (MSS) etkileyen depresan ve analjeziklerdir. Opioid kullanımı fiziksel ve psikolojik bağımlılık yapar. Opiatlar, baş dönmesi, sedasyon, zihinsel bulanıklık, ruh hali değişiklikleri ve ince motor becerilerinde kayıp gibi merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileriyle bilinmektedir. Goldenberg ve arkadaşlarının (2022), 9.5 yıllık izlemin yapıldığı kohort çalışmasında uyuşturucu kullanan 645 seks işçisi kadının %32,1’i, madde kullanım tedavisine erişimde başarısız sonuçlar bildirmiştir. Madde kullanımı tedavisine erişimdeki başarısızlık nedenleri, cinsel/cinsiyete dayalı bir azınlık olması, opioid kullanımı, evsizlik, polis tacizi, işyerinde şiddet ve yakın partner şiddeti gibi nedenlerden kaynaklı olduğu bildirilmiştir.

Opioid bağımlılığı, opioid maddelerini uzun süre olarak tıbbi bir neden olmadan ya da opioid tedavisini gerektiren tıbbi nedenden dolayı kullanılması durumunda gereğinden fazla kullanıldığı zaman ilaç alınmadığı durumlarda yoksunluk belirtileri

oluşabilmektedir (Nabipour vd., 2014). Seks işçileri arasında, özellikle bir opioid türü olan eroinin kullanımı, bu tür bağımlılık örneklerinden biridir. Eroin, güçlü bağımlılık yapıcı etkisi ve yoksunluk belirtileriyle, seks işçileri arasında ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Bu bölümde, seks işçilerinde eroin bağımlılığının yaygınlığını, nedenlerini ve bu bağımlılığın yarattığı etkileri incelenecektir:

Seks işçilerinde bir opioid türü olan eroin bağımlılığı

Eroin, afyon haşhaş bitkilerinin tohum kabuğundan elde edilen ve doğal bir madde olan morfinden yapılan bir opioid türü uyuşturucudur. Opioidler en çok kullanılan intravenöz ilaçlardır (NIDA,2021). İntravenöz ilaç kullanım yaygınlığı son 10 yılda önemli ölçüde artmıştır. Dünya genelinde damar içi uyuşturucu kullanan yaklaşık 15,6 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir (NIDA,2021). Damar içi uyuşturucu kullanımı yasa dışı uygulama olduğundan, veri toplamayı da zorlaştırmaktadır. Dünya genelinde, uyuşturucu kullanan kadınlar sıklıkla seks işçiliği yapmaktadır. Eroin bağımlılığı olarak kendini gösteren opioid bağımlılığı, tedavi edilmediğinde kan yoluyla bulaşan viral enfeksiyonlar, endokardit ve aşırı dozda ilaç kullanımı gibi olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Yasadışı opioid kullanımı ayrıca evsizlik, işsizlik, aile bağlarının kaybı ve yasa dışı faaliyetler gibi ciddi psikososyal sorunlarla da ilişkilidir. Hayatta kalmak için seks işçiliği yapanlarda ve sokakta uyuşturucu kullanıcıları arasında çok yaygındır. Damar içi uyuşturucu kullanıcıları olan seks işçiliği yapan kadınların, damar içi uyuşturucu kullanan seks işçisi olmayan kişilere göre daha fazla savunmasız olduğu belirtilmiştir (Marchand vd., 2012). İntravenöz uyuşturucu kullanıcıları arasında yaygın kullanılan maddenin eroin olduğu bildirilmektedir İntravenöz ilaç uygulamaları ve özellikle ortak iğne kullanımı, HIV'in daha fazla yayılmasında önemli rol oynayan deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarına, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan Hepatit B ve C 'nin bulaşmasına sebep olmaktadır (Gu vd., 2011). İntravenöz ilaç kullanımının yaygınlığı son on yılda artmıştır ve Derin Ven Trombozu (DVT) için önemli bir risk faktörüdür. İntravenöz ilaç kötüye kullanımı, DVT'nin klinik tablosundan sonra ikincil olarak bacak ülseri gelişme riskini %15,7'ye kadar ulaştırabilmektedir. Bu durumun enjekte edilen bölgeye kan akışındaki azalma ile yakın ilişkili olduğu düşünülmektedir. Seks işçileri DVT gelişme açısından en yüksek riske sahip olan bir gruptur (Cornford vd., 2011).

Eroin bağımlılığı halk sağlığı sorunları arasında çok önemli bir yere sahiptir. En etkili tedavi yöntemi opioid replasman tedavisidir. Kısa ve etkili bir öfori etkisi oluşturan eroinin, daha uzun etki süresine sahip olan metadon veya diğer opioidlerle değiştirilmesinde terapötik fayda sağlar. Opioid detoksifikasyonunun hem akut yoksunluğu önlemede hem de uzun süreli yoksunluğu sürdürmede önemli rolü vardır. Eroin bağımlılarının tedavisi için çok çeşitli psikososyal ve farmakoterapötik tedaviler mevcuttur. Bunlardan biri olan metadon idame tedavisi yüksek kanıt düzeyine sahiptir. Metadon tedavisi eroin kullanımını azaltır ve/veya ortadan kaldırır. Eroin kullanımına bağlı ölüm ve suç oranını azaltır. Hastaların sağlık ve sosyal üretkenliklerini iyileştirmelerine olanak tanır (Hosztafi ve Fürst, 2014). Eğitimsel ve davranışsal danışmanlık ve bilişsel-davranışçı terapi, metadon idame tedavisi alan opioid bağımlısı kişiler için en etkili psikososyal müdahaleler olarak bildirilmiştir (Wen vd., 2023).

● Seks işçilerinde kokain bağımlılığı

Kokain, en yaygın olarak kötüye kullanılan uyuşturucu maddelerden biridir. Kokain koka ağacının yapraklarından elde edilen bir alkoid maddedir. Kokain hidroklo-

rür tuzu, serbest bazlı kokain ve crack kokain olmak üzere üç formdan oluşur. Hidroklorür tuzu, burundan çekilen veya suda çözünen, intravenöz olarak da enjekte edilen bir tozdur. Kokain merkezi sinir sistemi üzerinde bir uyarıcısı olarak, dopamin geri alım inhibitörünü harekete geçirir. Bu durum öfori hissi ve enerji düzeyinde artış yaratır. Kokain kullanıcıları, kokainin yarattığı öforik etkileri yoğunlaştırmak ve uzatmak için genellikle dozlarını artırır. Kokain bağımlısı bireyler, kokain kullanımından kaynaklanan bilişsel bozukluklar, yüksek stres nedeniyle kokainden uzak durmakta zorluk yaşarlar. Kokain kullanımı ayrıca beynin motor işlevi, öğrenme, duyu ve hafıza ile ilgili alanlarını etkileyerek etkili müdahalelerin uygulanmasını daha da karmaşık hale getirir (Penberthy vd., 2010). Dünyanın birçok yerinde, kokain kullanımıyla, ticari seks ve artan HIV enfeksiyonu arasında bir ilişki bildirilmiştir (Jones vd., 1998; Malta vd., 2008; Ward vd., 2000). Seks işçilerinin çoğu, cinsel birliktelikten önce kokain kullanmışlardır (Malta vd., 2008). Kadın seks işçileri arasında, hepatit C enfeksiyonu ve gebeliğin sonlandırılması gibi sağlık sorunlarında kokain kullanımının etkili olduğu belirtilmiştir. (Ward vd., 2000).

Crack Kokain içilebilir ve oldukça bağımlılık yapan bir kokain türüdür. Farmakolojik etkisi, yoğun, kısa süreli “yüksek” etki yapar, ardından yoksunluk üzerine güçlü bir istek oluşturur. Kompulsif kullanımı durumunda derin bir depresyona yol açar. Pek çok crack kullanıcısı, bağımlı kaldıkları veya uyuşturucu kullanmaya başlamalarıyla ilişkili psikososyal sıkıntı ve psikiyatrik hastalık yaşamaktadırlar (Jones vd., 1998). Dünyanın birçok yerinde, seks endüstrisinde crack kokain kullanımı ile korunmasız ticari seks arasında bir ilişki vardır (Jones vd., 1998; Malta vd., 2008; Ward vd., 2000)

Seks işçilerinde istenmeyen gebelikler, CYBE ve HIV dahil olmak üzere birçok sağlık sorunu belirtilmektedir. Crack kullanımı HIV ve CYBE riskini en az üç düzeyde artırabilir. İlk olarak, crack türü sigara içenler bağımlılıklarını finanse etmek için seks işçiliğine başlayabilirler. İkincisi, daha önce seks işçiliği yapan uyuşturucu bağımlıları, maddeyi finanse etmek için seks işçiliğine geri dönebilir veya seks işçiliğinin sıklığını artırabilir. Üçüncüsü, crack'in etkisi altındaki seks işçileri, cinsel uygulamalarda daha dikkatsiz davranabilirler. Konuyla ilgili yapılan çalışmada, çoğu seks işçisi, ilk kez crack içmeden önce seks işçiliğine başlamıştır. Katılımcıların, %25'ten fazlası HIV (%27,9), Sifiliz (%37,5) veya Herpes Simpleks Virüs Tip 2 (%66,8) ile enfekte olmuştur (Jones vd., 1998; Malta vd., 2008).

Kokaine bağımlı bireylerde, beynin pek çok bölgesi etkilenir, bu durum etkili tedaviyi güçleştirmektedir. Kokain bağımlılığının psikolojik ve sosyal yönleri, tedavisini zorlaştırarak, hastaların tedavi programlarında düşük oranlarda katılımı ve hastalarda yüksek düzeyde nüksetme durumlarına yol açar. Kokain bağımlılığı için tedavilerin geliştirilmesi, kötüye kullananların tedavi programlarını sürdürmeme eğilimleri ve nüksetme eğilimleri nedeniyle süreç zorlaşabilmektedir. Bu zorluklara rağmen, bilişsel davranışçı terapi ve ilaçlar gibi bazı tedavi yaklaşımları, kokain bağımlılığını başarılı bir şekilde tedavi etmede umut vaat etmektedir. Kokain bağımlılığını önlemek ve tedavi etmek için daha etkili yöntemlerin geliştirilmesi ve özellikle kadınlar/gençler için tedaviye erişimin yaygınlaştırılması, önlemede başarının sürdürülmesi için kritik öneme sahiptir (Penberthy vd., 2010).

● **Seks işçilerinde amfetamin ve metamfetamin bağımlılığı**

Amfetamin, insan bedeninin ürettiği adrenaline benzer etki eden sentetik maddelere verilen genel isimdir. Amfetaminler, merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiler

gösterir. Amfetamin grubu içinde yer alan başlıca maddeler, amfetamin ve metamfetamindir. Bu iki madde, genellikle “amfetaminler” olarak sınıflandırılır. Ancak amfetaminler terimi, bu maddelerle aynı kimyasal yapı ve etki mekanizmasına sahip olan diğer türevleri de kapsayabilir. Amfetamin ve metamfetamin, özellikle tıbbi ve yasadışı kullanım açısından dikkat çeker ve uyarıcı özellikleri nedeniyle bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin en son raporuna göre, amfetamin tipi uyarıcıların dünyada en çok kötüye kullanılan ikinci madde grubu olduğu bildirilmiştir (Merz, 2018). Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, “ecstasy” kullanıcılarının sayısının 20 milyon, amfetamin ve metamfetamin türü maddeleri kullananların sayısının ise 27 milyon olduğu belirtilmiştir (UNODC, 2021). Amfetamin tipi uyarıcılar, enjekte edilebilen, tütsülenebilen veya ağızdan alınabilen metamfetamin, amfetamin ve ekstazi dâhil olmak üzere bir dizi sentetik psikostimülan madde içermektedir. Metamfetamin (MA), dünya çapında yaygın olarak kullanılan oldukça bağımlılık yapan bir uyarıcı maddedir. Merkezi sinir sistemini etkileyerek kişinin “savaş ya da kaç” durumuna geçmesine neden olur. Adrenalin salgılandığında kan şekeri artar, nefes alışverişi hızlanır, dikkat ve konsantrasyon yeteneği artar. Metamfetaminler; noradrenalin, adrenalin ve dopamin adı verilen beyin kimyasallarının seviyesini artırarak etki eder. Bu madde kullandığı zaman, kişinin kendini keyifli hissetmesine, özgüvenin ve dikkatin artmasına neden olur. Uzun süreli ve yüksek dozlarda kullanımda kaygı, aşırı derecede uyanık kalma, paranoya, psikoz, panik düzeyinde artış gibi ciddi olumsuz durumlara neden olabilir (Tarhan ve Serdar, 2021).

Diğer yasa dışı maddelerin aksine, kadınlar arasındaki metamfetamin kullanım oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Rusch vd., 2009). Kadınlar, kilo vermek veya iş ortamında daha uzun süre uyanık kalmak amacıyla kullanılmaktadırlar (Semple vd., 2005). Depresyon, erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksektir ve kadınlar bu maddeyi duygudurum artırıcı olarak kullanabilmektedir. Dünya genelinde, metamfetamin kullanımı ve buna bağlı olarak riskli cinsel davranışlar arasında bir ilişki vardır. Araştırmalar, kadın seks işçileri arasında riskli madde kullanımının yaygın (örn. metamfetamin kullanımı) olduğu bildirilmektedir (Liu vd., 2017; Shannon vd., 2011; Urada vd., 2014). Kadınlar arasında metamfetamin kullanımı, para veya uyuşturucu karşılığında seks yapma, daha fazla cinsel partnere sahip olma, anal ilişki, HIV ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) dâhil olmak üzere riskli cinsel davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Seks işçiliği yapanların yüksek metamfetamin kullanımına bağlı cinsel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Urada vd., 2014). Metamfetamin kullanımı aynı zamanda hem seks işçiliğine girişi teşvik edebilmekte hem de mesleğin zorluklarıyla baş etmeye bir yanıt olabilmektedir (Shokoohi vd., 2018; Urada vd., 2014).

Amfetamin tipi uyarıcılarda bağımlılık, tıbbi, psikiyatrik ve sosyoekonomik sonuçları olan dünya çapında ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Amfetamin bağımlısı bireylerin tedavisi iki yaklaşımı içermektedir. İlk yaklaşımda uyuşturucu kullanımını ve yoksunluğu azaltmak, nüksetmeyi önlemek amaçlanmaktadır. İkinci yaklaşımda psikotik ataklar ve depresyon gibi amfetamin ile ilişkili bozuklukları tedavi etmek amaçlanmaktadır. Amfetamin ile ilişkili bozuklukları tedavi etmek için birçok anti-psikotik ve anti-depresif ilaç bilişsel güçlendirici olarak kullanılabilir (Cao vd., 2016).

Amfetamin kullanıcıları ile birlikte madde kullanım bozukluklarını tedavi etmek için çok çeşitli psikososyal müdahaleler uygulanmaktadır. Psikososyal terapilerde,

kullanıcıların uyuşturucunun zararlı etkilerini anlamaları, kişisel değerlerini ve güçlerini tanımasını hedeflenmektedir. Bireysel veya grup terapilerine katılmanın amacı, sosyal damgalama ve kendini damgalamanın üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktır (Tran vd., 2021).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Metamfetamin kullanım nedenlerine ilişkin yapılmış olan bir sistematik derlemeye göre, metamfetamin kullanımının başlıca nedenleri arasında cinsel arzuları artırma isteği ile enerjiyi ve uyanıklığı yükseltme ihtiyacı bulunmaktadır. Özellikle seks işçileri arasında, uzun çalışma saatlerine dayanabilmek, cinsel performansı artırmak ve müşterilere daha iyi hizmet verebilmek amacıyla metamfetamin kullanımı yaygındır. Cinselliği artırıcı etkileri nedeniyle metamfetamin, cinsel ilişki sırasında daha fazla haz almak ve cinsel isteği artırmak için tercih edilmektedir. Bunun yanı sıra, metamfetaminin psikolojik rahatlama ve kaçış aracı olarak da kullanıldığı görülmektedir. Seks işçileri, zorlayıcı çalışma koşulları ve travmatik deneyimlerle başa çıkmak için bu maddeye yönelebilmektedir. Metamfetamin, bu guruplarda hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılığa yol açarak kullanımı yaygınlaşmaktadır. Kullanımın bir diğer nedeni ise ekonomik kazanç sağlama baskısı altında, işlerini sürdürebilme arzusudur. Sonuç olarak, metamfetamin kullanımı, özellikle seks işçileri arasında, çok boyutlu bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Hançer Tok, Tokur Kesgin, 2024).

Özet noktalar

Seks işçileri, uluslararası düzeyde sağlık sorunları yaşayan dezavantajlı bir grup olarak kabul edilmektedir. Seks işçileri, fiziksel ve ruhsal sağlıklarına yönelik çok faktörlü tehditler yaşamaktadır. Seks işçileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımı, yaygın görülen riskli bir davranıştır. Seks işçiliği ve madde kullanımı sıklıkla bağlantılıdır. Madde kötüye kullanımı, psikolojik veya fiziksel etkilere yol açmaktadır. Madde bağımlılığıyla ilişkili HIV ve CYBE için davranışsal ve yapısal düzeyde risk faktörlerini hedefleyen müdahaleler aracılığıyla koruyucu davranışlar kazandırılabilir.

KAYNAKLAR

- Açıklan, N. (2013). Fuhuş Pazarında Sermaye Olmak: Mersin Örneği. *Çalışma ve Toplum*, 3(38), 243-282.
- American Psychiatric Association, D., American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Amogne, M. D., Agardh, A., Abate, E., Ahmed, J., Asamoah, B. O. (2021). Determinants and consequences of heavy episodic drinking among female sex workers in Ethiopia: A respondent-driven sampling study. *PLoS one*, 16(5), e0252432.
- Artantaş, G. (2021). Bir Sapma Davranışı Olarak Fuhuş. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 70(1), 1-29.
- Baker, L. M., Case, P., Policicchio, D. L. (2003). General health problems of inner-city sex workers: a pilot study. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 91(1), 67-71.
- Balfour, R., Allen, J. (2014). A review of the literature on sex workers and social exclusion by the UCL institute of health equity for inclusion health, department of health. GOV. UK.
- Bridgeman, M. B., Abazia, D. T. (2017). Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, And Implications for the Acute Care Setting. *P T: a peer-reviewed journal for formulary management*, 42(3), 180-188.
- Cao, D. N., Shi, J. J., Hao, W., Wu, N., Li, J. (2016). Advances and challenges in pharmacotherapeutics for amphetamine-type stimulants addiction. *European Journal of Pharmacology*, 780, 129-135.
- Cavanaugh, C. E., Latimer, W. W. (2010). Recent sex trade and injection drug use among pregnant opiate and cocaine dependent women in treatment: The significance of psychiatric comorbidity. *Addictive disorders their treatment*, 9(1), 32.
- Chen, J., Huang, Y. L., Chen, H. L., Xia, J. (2020). Nitrite inhalants use, sexual behaviors and HIV/syphilis infection among men who have sex with men in Chongqing, China. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(05), 12-21.
- Chersich, M. F., Luchters, S. M. F., Malonza, I. M., Mwarogo, P., King'Ola, N., Temmerman, M. (2007). Heavy episodic drinking among Kenyan female sex workers is associated with unsafe sex, sexual violence and sexually transmitted infections. *International journal of STD AIDS*, 18(11), 764-769.
- Cohen, K., Weinstein, A. M. (2018). Synthetic and Non-synthetic Cannabinoid Drugs and Their Adverse Effects-A Review From Public Health Prospective. *Frontiers in public health*, 6, 162. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00162>
- Cornford, C. S., Mason, J. M., Inns, F. (2011). Deep vein thromboses in users of opioid drugs: incidence, prevalence, and risk factors. *British Journal of General Practice*, 61(593), e781-e786.
- Cox, K. S., Casablanca, A. M., McAdams, D. P. (2013). "There is nothing good about this work:" Identity and unhappiness among Nicaraguan female sex workers. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1459-1478.
- Crothers, K., Griffith, T. A., McGinnis, K. A., Rodriguez-Barradas, M. C., Leaf, D. A., Weissman, S., ... Justice, A. C. (2005). The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. *Journal of general internal medicine*, 20, 1142-1145.
- Daalder, A. L., Bogaerts, S., Bijleveld, C. C. (2013). The severity of childhood abuse and neglect in relationship to post-traumatic stress disorder among female sex workers in the Netherlands. *Journal of Aggression, Maltreatment Trauma*, 22(9), 935-949.
- Deering, K. N., Amin, A., Shoveller, J., Nesbitt, A., Garcia-Moreno, C., Duff, P., Shannon, K. (2014). A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *American journal of public health*, 104(5), e42-e54.
- Devóglgio, L. L., Corrente, J. E., Borgato, M. H., Godoy, I. (2017). Smoking among female sex workers: prevalence and associated variables. *Jornal Brasileiro de pneumologia: publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 43(1), 6-13.
- Drug Market Trends Cannabis Opioids, World Drug Report 2022, UNITED NATIONS New

- York, 2022. Erişim Tarihi: 28.04.2023, https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_3.pdf
- Dylewski, Ł., Prokop, P. (2021). Prostitution. Encyclopedia of evolutionary psychological science, 6331-6334. Erişim Tarihi: 16.04.2023, https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf.
- Gerassi, L. (2015). From exploitation to industry: Definitions, risks, and consequences of domestic sexual exploitation and sex work among women and girls. *Journal of human behavior in the social environment*, 25(6), 591-605.
- Godwin, J. (2012). Sex work and the law in Asia and the Pacific: Laws, HIV and human rights in the context of sex work. Erişim Tarihi: 15.05.2023, <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282271218767872>
- Goh, E. T., Morgan, M. Y. (2017). pharmacotherapy for alcohol dependence—the why, the what and the wherefore. *Alimentary pharmacology therapeutics*, 45(7), 865-882.
- Goldenberg, S. M., Perry, C., Watt, S., Bingham, B., Braschel, M., Shannon, K. (2022). Violence, policing, and systemic racism as structural barriers to substance use treatment amongst women sex workers who use drugs: Findings of a community-based cohort in Vancouver, Canada (2010–2019). *Drug and alcohol dependence*, 237, 109506.
- Greenwood, G. L., Paul, J. P., Pollack, L. M., Binson, D., Catania, J. A., Chang, J., Stall, R. (2005). Tobacco use and cessation among a household-based sample of US urban men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 95(1), 145-151.
- Gu, J., Lau, J. T., Chen, H., Tsui, H., Ling, W. (2011). Prevalence and factors related to syringe sharing behaviours among female injecting drug users who are also sex workers in China. *International Journal of Drug Policy*, 22(1), 26-33.
- Hagger-Johnson G, Bewick BM, Conner M, O'Connor DB, Shickle D. (2011). Alcohol, conscientiousness and event-level condom use. *British Journal of Health Psychology*. 16(4):828–845. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02019.x.
- Hançer Tok, H., Tokur Kesgin, M. (2024). Reasons for using methamphetamine: Systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 52:147-154.
- Harcourt, C., Donovan, B. (2005). The many faces of sex work. *Sexually transmitted infections*, 81(3), 201-206.
- Hasin, D. S., Saha, T. D., Kerridge, B. T., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Zhang, H., Grant, B. F. (2015). Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001–2002 and 2012–2013. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72 (12): 1235–42.
- Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A., Liu, S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit [ICD-11: changes in the diagnostic criteria of substance dependence]. *Der Nervenarzt*, 93(1), 51–58.
- Henry, M. V., Farvid, P. (2017). 'Always hot, always live': Computer-mediated sex work in the era of 'camming'. *Women's Studies Journal*, 31(2).
- Hoffman, K. A., Ponce Terashima, J., McCarty, D. (2019). Opioid use disorder and treatment: challenges and opportunities. *BMC health services research*, 19(1), 884.
- Hosztafi, S., Fürst, Z. (2014). Therapy in heroin addiction. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület Lapja= Official Journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 16(3), 127-140.
- Huschke, S. (2017). Victims without a choice? A critical view on the debate about sex work in Northern Ireland. *Sexuality Research and Social Policy*, 14, 192-205.
- Iversen, J., Long, P., Lutnick, A., Maher, L. (2021). Patterns and epidemiology of illicit drug use among sex workers globally: a systematic review. *Sex work, health, and human rights*, 95.
- Jahan, A. R., Burgess, D. M. (2023). Substance Use Disorder (Archived). In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Johnson, L., Potter, L. C., Beeching, H., Bradbury, M., Matos, B., Sumner, G., ... Luchenski, S. A. (2023). Interventions to improve health and the determinants of health among sex workers in high-income countries: a systematic review. *The Lancet Public Health*. 8(2), e141–e154. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00252-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00252-3)
- Jones, D. L., Irwin, K. L., Inciardi, J., Bowser, B., Schilling, R., Word, C., Evans, P., Fa-

- rique, S., McCoy, H. V., Edlin, B. R. (1998). The high-risk sexual practices of crack-smoking sex workers recruited from the streets of three American cities. The Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. *Sexually transmitted diseases*, 25(4), 187–193.
- Khodabakhshi Koolae, A., Damirchi, F. (2016). Comparing quality of life among female sex workers with and without addiction. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 2(4), 201-206.
- Khumaidi, K., Yona, S., Waluyo, A. (2021). Condom-use negotiation, alcohol consumption, and HIV-risk sexual behavior among female sex workers in Kupang, East Nusa Tenggara, Indonesia: A cross-sectional study. *Journal of public health research*, 10(s1), jphr.2021.2334.
- Krisch, M., Averdijk, M., Valdebenito, S., Eisner, M. (2019). Sex trade among youth: A global review of the prevalence, contexts and correlates of transactional sex among the general population of youth. *Adolescent Research Review*, 4, 115-134.
- Lampinen, T. M., Mattheis, K., Chan, K., Hogg, R. S. (2007). Nitrite inhalant use among young gay and bisexual men in Vancouver during a period of increasing HIV incidence. *BMC Public Health*, 7(1), 1-6.
- Lancaster, K. E., Lungu, T., Mmodzi, P., Hosseinipour, M. C., Chadwick, K., Powers, K. A., Pence, B. W., Go, V. F., Hoffman, I. F., Miller, W. C. (2017). The association between substance use and sub-optimal HIV treatment engagement among HIV-infected female sex workers in Lilongwe, Malawi. *AIDS care*, 29(2), 197–203.
- L'Engle, K. L., Mwarogo, P., Kingola, N., Sinkele, W., Weiner, D. H. (2014). A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce alcohol use among female sex workers in Mombasa, Kenya. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 67(4), 446-453.
- Li, D., Yang, X., Zhang, Z., Qi, X., Ruan, Y., Jia, Y., ... Hu, Y. (2014). Nitrite inhalants use and HIV infection among men who have sex with men in China. *BioMed research international*, 2014.
- Lichtwarck, H. O., Kazaura, M. R., Moen, K., Mmbaga, E. J. (2022). Harmful Alcohol Use and Associated Socio-Structural Factors among Female Sex Workers Initiating HIV Pre-Exposure Prophylaxis in Dar es Salaam, Tanzania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 698.
- Liu, D., Jiang, Z., Xiu, C., Li, Z., Song, Q., Wang, Z. (2017). Sexually transmitted infection prevalence and related risk factors among heterosexual male methamphetamine users in China. *International journal of STD AIDS*, 28(12), 1208–1214.
- Lopez-Quintero, C., de los Cobos, J. P., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and alcohol dependence*, 115(1-2), 120-130.
- Malta, M., Monteiro, S., Lima, R. M., Bauken, S., Marco, A.d, Zuim, G. C., Bastos, F. I., Singer, M., Strathdee, S. A. (2008). HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de saude publica*, 42(5), 830–837.
- Marchand, K., Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Marsh, D. C., Brissette, S., Schechter, M. T. (2012). Sex work involvement among women with long-term opioid injection drug dependence who enter opioid agonist treatment. *Harm Reduction Journal*, 9(1), 1-7.
- Merz, F. (2018). United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2017. 2017. *SIRIUS-Zeitschrift für Strategische Analysen*, 2(1), 85-86.
- Minichiello, V., Mariño, R., Khan, M. A., Browne, J. (2003). Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter. *AIDS care*, 15(4), 549-561.
- McMillan, K., Worth, H., & Rawstorne, P. (2018). Usage of the terms prostitution, sex work, transactional sex, and survival sex: Their utility in HIV prevention research. *Archives of sexual behavior*, 47(5), 1517-1527.
- Mmbaga, E.J.; Makayo, N.; Leshabari, M.T.; Leyna, G.H.; Karonda, P.; Ndayongeje, J.; Welty, S.; Said, C.; Mboya, I. (2018). Integrated Bio-Behavioural Survey among Female

- Sex Workers in Dar Es Salaam, 2017; National Aids Control Programme, Ministry of Health, Community Development, Gender, Elders and Children: Dar es Salaam, Tanzania, p. 72. https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/Tanzania_covid.pdf
- Móró, L., Simon, K., Sárosi, P. (2013). Drug use among sex workers in Hungary. *Social science medicine* (1982), 93, 64–69.
- Murphy, A. B. (2010). The effects of metal vapour in arc welding. *Journal of Physics D: Applied Physics*, 43(43), 434001.
- Nabipour, S., Ayu Said, M., Hussain Habil, M. (2014). Burden and nutritional deficiencies in opiate addiction- systematic review article. *Iranian journal of public health*, 43(8), 1022–1032.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2023) Understanding Binge Drinking. National Institute on Drug Abuse. Inhalants. Research Report Series. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health 2012. Erişim Tarihi: 10.05.2023, <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/inhalants/letter-director>.
- National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents (in brief) [Sep; 2021]. Erişim Tarihi: 20.04.2023, <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/acknowledgments>.
- Nuttbrock, L. A., Rosenblum, A., Magura, S., Villano, C., Wallace, J. (2004). Linking female sex workers with substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3), 233–239.
- Onyango MA, Adu-Sarkodie Y, Agyarko-Poku T, Asafo MK, Sylvester J, Wondergem P, ... Beard J. "It's all about making a life": Poverty, HIV, violence, and other vulnerabilities faced by young female sex workers in Kumasi, Ghana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;68(Suppl 2):S131–S137.
- Overs, C. (2002). Sex workers: part of the solution. An analysis of HIV prevention programming to prevent HIV transmission during commercial sex in developing countries. Unpublished report. Erişim Tarihi: 30.04.2023, <https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/OVERS-SOLUTION.pdf>.
- Passos, A. D., Figueiredo, J. F. (2004). Risk factors for sexually transmitted diseases in prostitutes and transvestites in Ribeirão Preto (SP), Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica= Pan American Journal of Public Health*, 16(2), 95-101.
- Patel SK, Saggurti N, Pachauri S, Prabhakar P. (2015). Correlates of mental depression among female sex workers in Southern India. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 27(8):809-819.
- Penberthy, J. K., Ait-Daoud, N., Vaughan, M., Fanning, T. (2010). Review of treatment for cocaine dependence. *Current drug abuse reviews*, 3(1), 49–62.
- Pepper, N., Zúñiga, M. L., Reed, M. B. (2020). Prevalence and correlates of “popper” (amyl nitrite inhalant) use among HIV-positive Latinos living in the U.S.-Mexico border region. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 19(3), 435–452.
- Phyllis, K., Ziro, O. W., Kissinger, G., Ngari, M., Budambula, N. L. M., Budambula, V. (2022). Poly-drug use among female and male commercial sex workers visiting a drop in centre in Mombasa County, Kenya. *PLOS global public health*, 2(11), e0001247.
- Rinaldi, R. C., Steindler, E. M., Wilford, B. B., Goodwin, D. (1988). Clarification and standardization of substance abuse terminology. *Jama*, 259(4), 555-557.
- Romanelli, F., Smith, K. M., Thornton, A. C., Pomeroy, C. (2004). Poppers: epidemiology and clinical management of inhaled nitrite abuse. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 24(1), 69-78.
- Roshanfekr, P., Noori, R., Dejman, M., Geshnigani, Z. F., Rafiey, H. (2015). Drug use and sex work among at-risk women: a qualitative study of initial factors. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2).
- Rusch, M. L., Lozada, R., Pollini, R. A., Vera, A., Patterson, T. L., Case, P., Strathdee, S. A. (2009). Polydrug use among IDUs in Tijuana, Mexico: correlates of methamphetamine use and route of administration by gender. *Journal of Urban Health*, 86, 760-775.

- Saulman, K. E. (2021). Understanding Sex Work in the Twenty-First Century (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Sawicki, D. A., Meffert, B. N., Read, K., Heinz, A. J. (2019). Culturally Competent Health Care for Sex Workers: An Examination of Myths That Stigmatize Sex-Work and Hinder Access to Care. *Sexual and relationship therapy: journal of the British Association for Sexual and Relationship Therapy*, 34(3), 355–371.
- Seiple, S. J., Grant, I., Patterson, T. L. (2005). Female methamphetamine users: social characteristics and sexual risk behavior. *Women health*, 40(3), 35-50.
- Shannon, K., Kerr, T., Strathdee, S. A., Shoveller, J., Montaner, J. S., Tyndall, M. W. (2009). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ (Clinical research ed.)*, 339, b2939. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2939>
- Shannon, K., Strathdee, S., Shoveller, J., Zhang, R., Montaner, J., Tyndall, M. (2011). Crystal methamphetamine use among female street-based sex workers: Moving beyond individual-focused interventions. *Drug and alcohol dependence*, 113(1), 76–81.
- Shokoohi, M., Karamouzian, M., Sharifi, H., Rahimi-Movaghar, A., Carrico, A. W., Hooshyar, S. H., Mirzazadeh, A. (2018). Crystal methamphetamine use and its correlates in women engaged in sex work in a developing country setting. *Drug and alcohol dependence*, 185, 260-265.
- Siegmann, K. A. (2019). 'Decent Work for Sex Workers' as ILO's Centenary Treat'. Erişim Tarihi: 16.04.2023, <https://repub.eur.nl/pub/115981/>
- Ssekamatte, T., Nalugya, A., Mugambe, R. K., Wagaba, B., Nakalembe, D., Mutebi, A., ... Buregyeya, E. (2023). Prevalence and predictors of sex under the influence of psychoactive substances among young people in informal settlements in Kampala, Uganda. *BMC public health*, 23(1), 801. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15679-8>
- Tarhan, N. N. Serdar. (2021). Bağımlılık Sanal veya Gerçek Bağımlılıkla Başa Çıkma. İstanbul: Timaş Yayınları, 8. p. 208-215.
- Tran, M. T. N., Luong, Q. H., Le Minh, G., Dunne, M. P., Baker, P. (2021). Psychosocial Interventions for Amphetamine Type Stimulant Use Disorder: An Overview of Systematic Reviews. *Frontiers in psychiatry*, 12, 512076.
- Türk Dil Sözlüğü, (TDK, 2021). Erişim Tarihi: 10.05.2023, <https://sozluk.gov.tr/>
- UNODC. (2021). Drug Market. Trends: Cocaine, Amphetamine-Type Stimulants. Erişim Tarihi: 15.05.2023, https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_4.pdf.
- Urada, L. A., Strathdee, S. A., Morisky, D. E., Schilling, R. F., Simbulan, N. P., Estacio Jr, L. R., Raj, A. (2014). Sex work and its associations with alcohol and methamphetamine use among female bar and spa workers in the Philippines. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 26(2), 138-146.
- Viera, A., Sosnowy, C. D., van den Berg, J. J., Mehta, N. A., Edelman, E. J., Kershaw, T., Chan, P. A. (2022). Substance Use Treatment Engagement among Men Who Have Sex with Men Who Use Stimulants in the Northeastern United States. *Substance use misuse*, 57(4), 595–602.
- Wamoyi, J., Heise, L., Meiksin, R., Kyegombe, N., Nyato, D., Buller, A. M. (2019). Is transactional sex exploitative? A social norms perspective, with implications for interventions with adolescent girls and young women in Tanzania. *PloS one*, 14(4), e0214366.
- Ward, H., Pallearos, A., Green, A., Day, S. (2000). Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sexually transmitted infections*, 76(4), 292–293.
- Wechsberg, W. M., Wu, L. T., Zule, W. A., Parry, C. D., Browne, F. A., Luseno, W. K., ... Gentry, A. (2009). Substance abuse, treatment needs and access among female sex workers and non-sex workers in Pretoria, South Africa. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 4, 1-11.
- Wen, H., Xiang, X., Jiang, Y., Zhang, H., Zhang, P., Chen, R., Wei, X., Dong, Y., Xiao, S., Lu, L. (2023). Comparative efficacy of psychosocial interventions for opioid-dependent people receiving methadone maintenance treatment: A network meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 10.1111/add.16167.

- Woodward, J. J., Braunscheidel, K. M. (2022). The Effects of the Inhalant Toluene on Cognitive Function and Behavioral Flexibility: A Review of Recent Findings. *Addiction neuroscience*, 5, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.addicn.2022.100059>
- World Health Organization. (2021). WHO report on the global tobacco epidemic, 2021: addressing new and emerging products. World Health Organization. Erişim Tarihi: 04.05.2023, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. World Health Organization. Erişim Tarihi: 10.05.2023, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/97892?sequence=1>
- Yacoub, A. R. (2019, September). Consensual sex work: An overview of sex-workers' human dignity in law, philosophy, and Abrahamic religions. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 76, p. 102274). Pergamon.
- Zehra, A., Burns, J., Liu, C. K., Manza, P., Wiers, C. E., Volkow, N. D., Wang, G. J. (2018). Cannabis Addiction and the Brain: a Review. *Journal of neuroimmune pharmacology: the official journal of the Society on NeuroImmune Pharmacology*, 13(4), 438–452.

BÖLÜM 4.5

Göç ve Bağımlılık

Araş. Gör. Uzm. Zeynep PEHLİVAN KÖKSAL¹

Doç. Dr. Ayten YILMAZ YAVUZ²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

4.5.1. Göç ve İlgili Kavramlar

4.5.2. Göçün Sınıflandırılması

4.5.3. Göçün Nedenleri

4.5.3.1. Ekonomik nedenler

4.5.3.2. Siyasal nedenler

4.5.3.3. Sosyo/kültürel nedenler

4.5.3.4. Doğal nedenler

4.5.4. Göç ve Etkileri

4.5.4.1. Göç ve beslenme sorunları

4.5.4.2. Göç ve barınma sorunları

4.5.4.3. Göç ve üreme sağlığı sorunları

4.5.4.4. Göç ve bulaşıcı hastalıklar

4.5.4.5. Göç ve bulaşıcı olmayan hastalıklar

4.5.4.6. Göç ve ruhsal problemler

4.5.5. Göç ve Bağımlılık İlişkisi

4.5.6. Göç Eden Bireylerde Bağımlılığa Neden Olan Faktörler

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Göç, bireylerin birden fazla nedene bağlı olarak uluslararası ya da ulusal sınırlar içerisinde yer değiştirme hareketi olarak tanımlanmaktadır. Göç olgusu, bireyi yaşadığı topraklardan ayrılarak farklı bir kültürde ve yerleşimde yaşama zorunluluğuna mahkum etmektedir. Bununla beraber, bu süreçte yaşanan sorunlara bağlı olarak ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte ve göçmenler bağımlılık açısından riskli bir grup haline gelmektedir. Bu nedenle son zamanlarda dünya genelinde ve ülkemizde göçmen sayısının artmasıyla beraber göç ile bağımlılık arasındaki ilişkiye odaklanan çalışma sayısı giderek artmaktadır. Bu bölümde göç, göçün nedenleri, etkileri ve bağımlılık ile ilişkisi hakkında bilgi verilecektir.

4.5.1. Göç ve İlgili Kavramlar

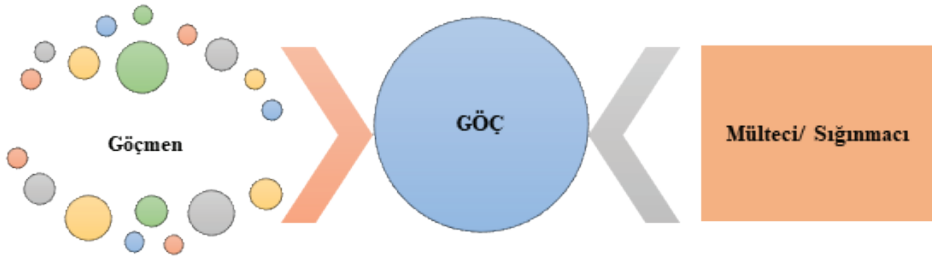
Tarih boyunca pek çok insan çeşitli nedenlerle buldukları yerlerden ayrılarak ya da ayrılmak zorunda kalarak başka yerleşim yerlerine taşınmışlardır. İnsanlık tarihi kadar eski bir kavram olan bu göç olayının anlaşılması ve yorumlanması gerekmektedir (Karataş ve Ayyıldız, 2021: 475). Literatür incelendiğinde göç kavramının pek çok tanımının yapıldığı görülmektedir. Göç kavramı en kapsamlı olarak *“belli bir mesafede ve süre içerisinde gerçekleşen bütün yer değiştirme hareketleri”* şeklinde tanımlanmaktadır. Göçün nedenlerini de içeren bir tanım Türk Dil Kurumu tarafından yapılmış ve göç *“ekonomik, toplumsal ve siyasi nedenlere bağlı olarak bireylerin veya belli bir topluluğun bir ülkeden başka bir ülkeye ya da ülke sınırları içerisinde bulunduğu yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme hareketi, taşınma”* şeklinde ifade edilmiştir. Bir başka tanıma göre, *“bireylerin sosyo/ekonomik olarak daha iyi şartlarda yaşamak umuduyla ikamet ettikleri yeri bırakıp, başka yerlere giderek oraya yerleşmeleri”* olarak belirtilmiştir (Aktel ve Kaygısız, 2018: 581). Göç kavramının tanımlarından da anlaşılacağı üzere göç olgusunun çok yönlü bir bakış açısı ile değerlendirilmesi gerekliliği söz konusudur.

Göç kavramı kendi içerisinde de birkaç kavramı barındırmaktadır. Bunlardan birisi “göçmen” kavramıdır. Göçmen, *“maddi ve sosyal olarak daha iyi koşullarda yaşamak aynı zamanda yaşam standartlarını ve beklentilerini geliştirmek amacıyla başka bir yerleşim yerine gitmek üzere yer değiştiren bireyler”* için kullanılan bir kavramdır. Göçmen kavramının, kültürel ve toplumsal iş birliğini oluşturmak amaçlı kurulan bir örgüt olan Birleşmiş Milletler tarafından da tanımı yapılmıştır. Bu tanıma göre göçmen *“sebepleri, gönüllü olup olmaması, göç yolları, düzenli veya düzensiz olması fark etmeksizin, yabancı bir ülkede bir yıldan fazla ikamet eden bir bireylerdir”* (Aktel ve Kaygısız, 2018: 582).

Göç ile ilgili diğer bir kavram ise “Mülteci” ya da “Sığınmacı” kavramıdır. Mülteci, sözlük anlamı “sığınmacı” olarak belirtilen *“Başka bir ülkeye veya yere sığınmış olan kişi, sığınık”* ya da *“Yabancı bir ülkede iltica etmeden önce belirli bir süre kalan kimse”* olarak açıklanan kavramdır (Türk Dil Kurumu, 2023). Çeşitli kaynaklarda mülteci ya da sığınmacı, *“yaşanılan koşulların ağır gelmesi ve katlanılmaz olması durumunda kişinin içinde bulunduğu bu durumdan kurtulmak ve uzaklaşmak için bulunduğu yeri terk eden kişiler”* olarak da tanımlanmıştır (Aktel ve Kaygısız, 2018: 582). Mülteci olayının önem kazanmasında dünya savaşlarının ve rejim değişikliklerinin etkisi olmuştur. Mültecilere yönelik Birleşmiş Milletler Mülteciler Teşkilâtı (İRO) tarafından yürütülen faaliyetler neticesinde 1951 yılı itibari ile Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’na bağlı bulunan Mülteciler Yüksek Komiserliği kurulmuş ve mülteci kavramının tanımı oluşturulmuştur. İlgili tanım *“1 Ocak 1951*

den evvel cereyan eden hâdiseler neticesinde ve ırkı, dini, tabiiyeti, muayyen bir içtimai gruba mensubiyeti veya siyasi kanaatleri yüzünden takibata uğrayacağından haklı olarak korktuğu için vatandaşı olduğu devletin ülkesi dışında ve işbu devletin himayesinden istifade edemeyen veya bahis konusu korkuya binaen istifade etmek istemeyen, yahut tabiiyeti yoksa ve bu gibi hâdiseler neticesinde evvelce mütadene ikamet ettiği memleket dışında bulunuyorsa oraya dönemeyen veya mezkûr korkuya binaen dönmek istemeyen her şahıs” olarak yapılmıştır (T.C Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Tetkik Dairesi, 1961).

Göç kavramının temel bileşenleri olarak değerlendirilebilecek olan “göçmen” ve “mülteci/sığınmacı” kavramları yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere birbirinden farklıdır. Özetle göçmen kavramı “herhangi bir nedene bağlı olarak farklı bir bölge ya da ülkeye gitmek için yer değiştiren birey” ve mülteci/sığınmacı kavramı ise “bulunduğu yerde zulme uğrayan ve güvenliğini korumak amacıyla göç eden bireyler” olarak tanımlanabilir (Ertan ve Ertan, 2017: 12) (Şekil 4.5.1).



Şekil 4.5.1. Göç İle İlgili Kavramlar

Göçmenlerin ve mültecilerin yeni yaşam alanlarında bir takım düzenlemelere gereksinim olmuştur. Bu konuda yürütülen faaliyetlerden Cenevre’de düzenlenen bir konferansta “Mültecilerin Hukuki Durumuna dair Sözleşme, 1951” imzalanmış olması ve ülkemizin de ilgili sözleşmeye katılmış olması önemli düzenlemelerdir. Sözleşme ile “umumi hükümler, hukuki durum, kazanç temin edici işler, sosyal yardım, idari tedbirler” konusunda yasal haklar güvence altına alınmıştır (T.C Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Tetkik Dairesi, 1961). Söz konusu mülteci ya da sığınmacı olarak kişilerin adlandırılmasında uluslararası kriterler vardır ve bu kriterlerin devletler tarafından kabul ediliyor olması gerekmektedir. Bu kapsamda yasal boyutta “Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşme ve Protokolü (1967), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (1950), Vatansız Kişilerin Statüsüne İlişkin Sözleşmesi (1954), Vatansızlığın Azaltılmasına İlişkin Sözleşmesi (1961), Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme, İşkenceye ve Diğer Zalimane, Gayriinsani veya Küçültücü Muamele veya Cezaya Karşı Sözleşme (1966), Birleşmiş Milletler İşkence ve Diğer Zalimane, Gayriinsanî veya Küçültücü Muamele veya Cezaya Karşı Sözleşme’nin Seçmeli Protokolü (1984), Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Sınır aşan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi’ne Ek Kara, Deniz ve Hava Yoluyla Göçmen Kaçakçılığına Karşı Protokol, Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” önemli dayanaklardır (UNHCR, 2023).

Türkiye, dünyada en fazla mülteci ya da sığınmacı barındıran ülkelerin başında gelmektedir (Şahin ve Güngör, 2022). Göç İdaresi Başkanlığı’nın (2023) verilerine göre 23 Mart 2023 tarihi itibarıyla Suriyeli sığınmacıların sayısının 3.443.219 olduğu tespit edilmiştir (Göç İdaresi Başkanlığı, 2023). Bu sayının son yıllarda

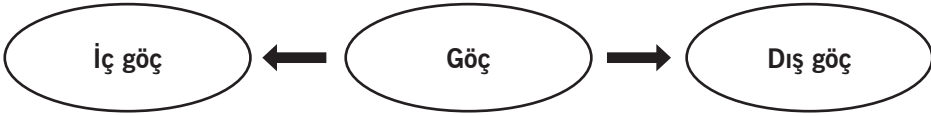
giderek artmasıyla beraber literatürde göç ve göçmen konusunda çalışmalar önem kazanmış ve güncel konuların odak noktası haline gelmeye başlamıştır (Şahin ve Güngör, 2022: 320).

DİKKAT

- Göç, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi, taşınma durumudur.
- Göçmen ve mülteci/sığınmacı birbirinden farklı kavramlardır.
- Türkiye, dünyada en fazla mülteci/sığınmacı barındıran ülkeler arasındadır.

4.5.2. Göçün Sınıflandırılması

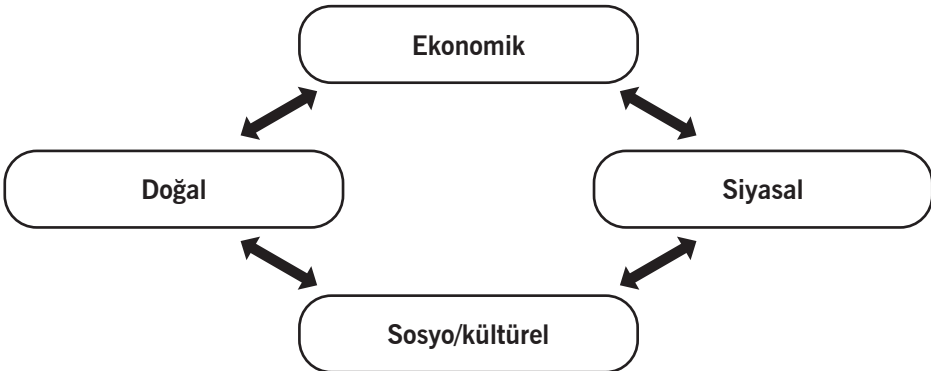
Göç, hem ulusal hem uluslararası yerleşim yerleri arasında gerçekleşebildiği için geniş bir oluşumu kapsamaktadır. Bu kapsamda farklı kriterler esas alınarak yapılan birçok göç sınıflandırması bulunmaktadır. Sınıflandırmada en yaygın olarak iç göç ve dış göç kavramları kullanılmaktadır (Solgun ve Durat, 2017: 138) (Şekil 4.5.2). İç göç, ülke sınırları içerisinde gerçekleşen göçleri tanımlamaktadır. Aynı zamanda iç göç, ülkenin kendi yerleşim yerleri (il ve ilçe merkezi, köy vb.) arasında kısa veya uzun süreli olarak gerçekleştirilen yer değişikliğinin aynı toplumsal sistem içerisinde olmasıdır. Dış göç ise, ülke sınırlarını aşan yer değiştirme hareketidir. Dış göç kapsamında bireyler, iş bulmak, daha iyi koşullarda çalışmak ve daha iyi yaşam standartlarına sahip olmak için farklı ülkelere göç etmek zorunda kalabilmektedirler (Beşer, 2012: 57).



Şekil 4.5.2. Göçün Sınıflandırılması

4.5.3. Göçün Nedenleri

Bireylerin yaşadıkları toprakları bırakıp farklı ülke ya da bölgelere yerleşmelerinin temelinde birden çok neden vardır. Bunlar literatürde ekonomik, siyasal, sosyo/kültürel ve doğal nedenler olmak üzere dört grupta incelenmiştir (Tamer, 2020: 2812) (Şekil 4.5.3).



Şekil 4.5.3. Göçün Nedenlerinin Gruplandırılması

4.5.3.1. Ekonomik nedenler

Ülke sınırları içerisinde ya da ülkeler arasında gerçekleştirilen göçün en önemli nedeni ekonomik faktörlerdir. Göçün en önemli ekonomik nedenleri arasında “enflasyon, istihdam oranı, büyüme oranları ve ödemeler tablosu” gibi pek çok değişken neden sayılabilir (Sırım ve Demir 2020: 81; Tamer, 2020: 2812). Bireyler hayatlarının herhangi bir döneminde iş bulmak, ekonomik gücünü ve yaşam standartlarını iyileştirmek amacıyla buldukları bölgeden göç etmek zorunda kalabilmektedirler. Göç eğilimlerinin büyük oranda gelişmişlik oranı yüksek olan kentlere veya ülkelere doğru gerçekleştirildiği açıktır (Günay vd., 2017: 39). Göç alan ülkeler ekonomik düzeyleri açısından değerlendirildiğinde genellikle gelişmişlik ve ekonomik düzeyleri iyi olan, kişi başına düşen milli gelirleri ve yaşam standartları yüksek olan ülkeler olduğu görülmektedir. Göç veren ülkeler incelendiğinde ise ekonomik durumu kötü, işsizlik oranının yüksek ve yaşam standartlarının düşük olduğu ülkeler olduğu anlaşılmaktadır (Tamer, 2020: 2812).

4.5.3.2. Siyasal nedenler

Göçe neden olan siyasal nedenler arasında ‘savaşlar, terör tehdidi, ihtilaller, diktatör yönetimler, sürgünler, siyasi gelişme’ gibi olaylar sayılmaktadır (Günay vd., 2017: 39; Tamer, 2020: 2812). Tarih boyunca insanlar, yaşadıkları bazı siyasal nedenlerden dolayı göç etmek zorunda kalmıştır. Örneğin, Osmanlı-Rus Harbi’nden (1877-1878) sonra Osmanlı Devleti’nin yenilip Kafkasya ve Balkanlar’ın kaybedilmesiyle Anadolu’ya doğru hareketi, Yugoslavya’da meydana gelen iç savaş neticesinde parçalanma sonucunda yaklaşık üç milyon insanın göç etmek zorunda oluşu büyük bir göç hareketliliğidir (Tamer, 2020: 2812).

4.5.3.3. Sosyo/kültürel nedenler

Eğitim nedeniyle yapılan göçler sosyo/kültürel nedenlerin başında yer almaktadır. Türkiye’de eğitim kaynaklı göç hem kırdan kente hem de gelişmiş ülkelere yapıldığı görülmektedir. Bu tür bir göçün nedenleri incelendiğinde kentin taşraya göre, gelişmiş ülkelerin ise gelişmemiş ülkelere göre daha iyi eğitim şartlarına sahip olmasından kaynaklı olduğu anlaşılmaktadır. Bir diğer göçe neden olan sosyal nedenler arasında dini sebepler yer almaktadır. Tarihte Balkanlar’da meydana gelen Bulgar ayaklanması ile bölgedeki Müslümanların din değiştirmeye zorlanması nedeniyle göç etmek zorunda kalması dini sebepli göçe bir örnektir. Bunun dışında “kız kaçırma, kan davası, akraba evliliği ve başlık parası” gibi sosyal faktörler de göçe neden olabilmektedir (Tamer, 2020: 2812).

DİKKAT

İç göç ülke sınırları içerisinde, dış göç ülke sınırlarını aşan yer değişikliği olarak gerçekleşmektedir.

Göç nedenleri ekonomik, siyasal, sosyo/kültürel ve doğal nedenler olmak üzere dört grupta incelenmektedir.

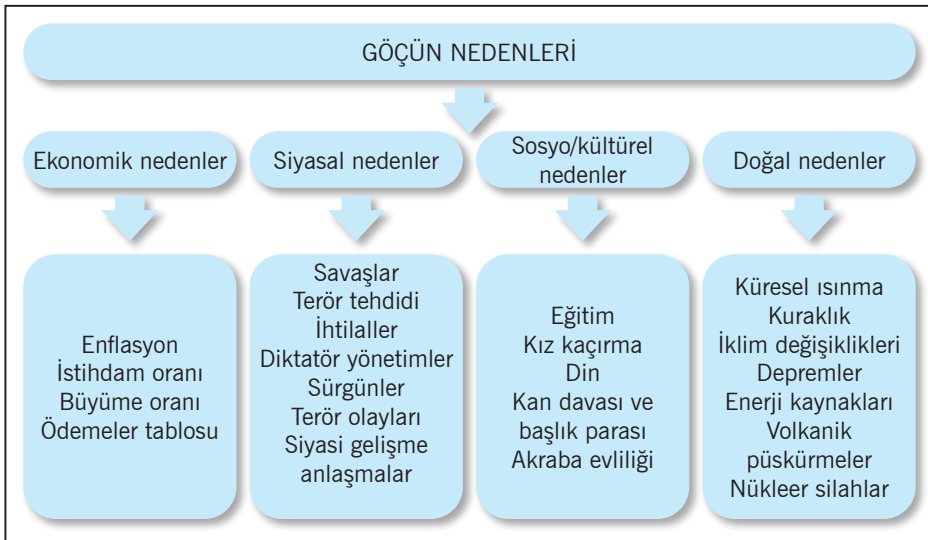
4.5.3.4. Doğal nedenler

Göçe neden olabilecek önemli nedenler arasında doğal olaylar da (depremler, volkanik püskürmeler, iklim değişiklikleri, küresel ısınma, kuraklık, nükleer silahlar ve enerji kaynakları vb.) yer almaktadır. Doğal olaylar, insan hataları nedeniyle

tetiklenerek toplumların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek durumlara neden olabilmektedirler. Hatta tarihsel süreçte doğal olaylara bağlı yaşanan birçok göç örneği vardır. Hunlar ve Moğollar IV. V. yy da Orta Asya'dan kuraklık, Kırgızistan'da 20. yy da yaşanan toprak kayması nedeniyle göçler meydana gelmiştir. Günümüzde Afrika'da her yıl doğal afetlere ve kuraklığa bağlı olarak milyonlarca insan göç etmek zorunda kalmaktadır (Günay vd., 2017: 39).

Ülkemiz Alp-Himalaya kuşağı olarak bilinen en önemli deprem kuşağında yer almakta olup 1900'lı yıllardan günümüze birçok can ve mal kaybı ile sonuçlanan 269 deprem yaşamıştır. Bu depremlerden en çok can kaybıyla sonuçlanan Kahramanmaraş (6 Şubat 2023) merkezli deprem 11 ili etkilemiş ve deprem bölgesinde insan hareketliliği yaşanmıştır. Deprem bölgesinde yaklaşık ülke nüfusunun %16.4'lük kısmını oluşturan 14 milyon nüfusun yer aldığı ve geçici koruma kapsamında 1.738.035 göçmen bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca iki milyon gibi yüksek sayıda kişinin göç ettiğine dair bir veriden bahsedilmektedir. Deprem gibi doğa olaylarının etkileri sadece ilgili bölgelerle sınırlı kalmamaktadır. Deprem nedeniyle gerçekleşen geçici ya da kalıcı göç hareketliliğine bağlı "barınma, gelir, eğitim, istihdam, göç edilen ile sosyal uyum" gibi pek çok sorun yaşanmakta olup, bireylere yönelik hizmet sunumlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir. Deprem sonrasında kurulan geçici barınma alanlarının çocuklar için bağımlılık oluşması açısından bir risk faktörüdür. Ayrıca ergenler ve gençler için "ruhsal ve psikolojik olarak sağlıklı bir durumda olmama, ne yapacağını bilememe ve geleceğine dair duyulan kaygılarla beraber bağımlılığa, bağımlılık yapıcı maddelere ve bunları temin eden kişilere yakınlaşabilme risk" altında olabilmektedir (T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

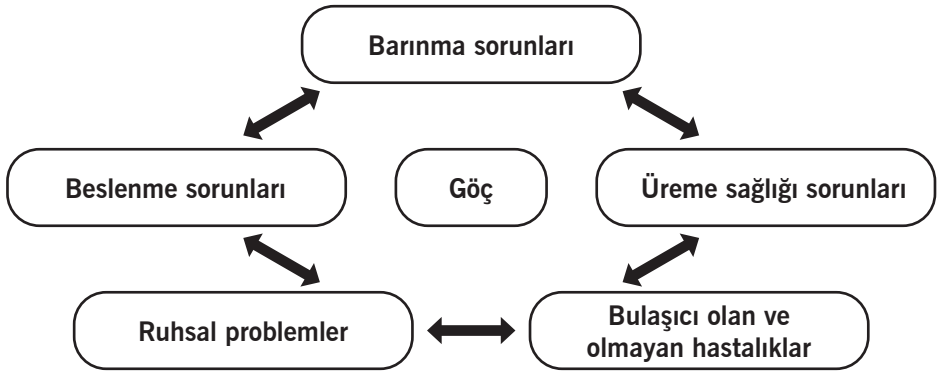
Göç nedenleri incelendiğinde (Şekil 4.5.4) çok yönlü bir bakış açısının gerekliliği gözler önüne serilmektedir. Bu bölümde her ne kadar göçe neden olabilecek durumlar dört grupta ele alınmış olsa da çağın gerekleri ve insan ihtiyaçlarının her geçen gün değişmesi insan hareketliliğine neden olabilecek durumların da gelecekte farklı gruplandırılmasına neden olacaktır. İnsana dair tarihsel süreçte meydana gelen değişiklikler ve günümüzde bilim ve teknoloji alanında meydana gelen değişiklikler zaman içerisinde bu gruplamaları değiştirecektir.



Şekil 4.5.4. Göçün Nedenleri

4.5.4. Göç ve Etkileri

Göç, hem göçmen birey hem de ev sahipliği yapacak toplumların sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Göçmen ve mülteci sağlığı konuları değerlendirilirken; herkesin sağlık hakkı olduğunun farkında olunması, göçmen ve mülteci yasal dayanaklarının, sağlık hizmetlerine erişim durumlarının, sağlık durumlarının ve olası risklerin belirlenmesi gerekmektedir (World Health Organization [WHO], 2022). Göç eden bireyler göç sürecinde (öncesi, sırası ve sonrası) pek çok sorunla karşılaşmaktadırlar. Karşılaşılan sorunlar arasında; can güvenliği, şiddet, barınma, sağlık açısından uygun olmayan yaşam koşulları, gerekli su ve besin kaynaklarına erişebilme gücünün, giyecek ve hijyen gibi temel ihtiyaçların karşılanamaması, yeniden sosyalleşme, yeniden kültürlenme, dışlama ve ayrımcılık, kültür şoku, sosyal destek yetersizliği, ekonomik sorunlar ve sosyal statü değişikliği gibi birçok faktör yer almaktadır. Bu faktörler, göçmenlerin kendilerini pasif ya da değersiz hissetmeleri gibi bir takım psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Güler ve Demircan, 2022: 3; Milli Eğitim Bakanlığı, 2023:2). Mültecilerin göç sürecinde en çok karşılaştıkları sorunlar beslenme, barınma, üreme sağlığı, enfeksiyon hastalıkları ve ruhsal problemler olup; bu sorunlar bireylerin göç sürecinden olumsuz etkilenmelerinin bir göstergeleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydoğan ve Metintaş, 2017: 40) (Şekil 4.5.5).



Şekil 4.5.5. Göçün Neden Olduğu Sorunlar

Göç sürecinin etkileri incelendiğinde çeşitli sorunlar, nedenleri ve sonuçları açısından Tablo 4.5.1'de açıklanmıştır. Her bir sorunun ayrıntılı olarak incelenmesi, olası sorunların anlaşılması ve karşılaşılabilecek sorunların belirlenmesi açısından yol gösterici olacaktır.

4.5.4.1. Göç ve beslenme sorunları

Beslenme, bireyin en temel fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Mülteciler ya da sığınmacılar göç sürecinde günlük enerji ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde besin alamayabilirler. Yetersiz ve dengesiz beslenen bireylerde “vitamin eksikliği, anemi, çocuklarda büyüme ve gelişme yetersizliği ve malnütrisyon” gibi ciddi sorunlara neden olabilecek durumlar görülebilmektedir. Buna ilaveten mültecilerde yüksek karbonhidrat ağırlıklı beslenme nedeniyle “obezite, diyabet ve kalp hastalıkları” gibi kronik hastalıkların görülme sıklığının da artacağı bildirilmiştir. Ayrıca temiz suya

erişim sağlanmaması da bulaşıcı hastalıklar açısından önemli bir risktir (Aydoğan ve Metintaş, 2017: 40). Burada bir diğer önemli konu, beslenme sorununun aynı zamanda ekonomik güçle de paralel olarak şekillendiği, yeterli ve dengeli beslenebilmek için ekonomik yeterliliğin sağlanması gerekliliğidir. Bu konuda göçmenlerin ve mültecilere yönelik işgücü piyasasında dengesizliklerin ele alınarak, kültürel çeşitliliğe, kamuda vergiler ya da sosyal katkılar yoluyla katkıda bulunmaları sağlanarak sosyal ve ekonomik kalkınmaya aktif olarak katılmaları desteklenmelidir (WHO, 2022).

DİKKAT

Göç sürecinde mülteci ve sığınmacılar beslenme, barınma, üreme sağlığı, enfeksiyon hastalıkları ve ruhsal problemler gibi birçok sağlık sorunu yaşamaktadırlar.

Göç eden bireylerde beslenme yetersizliğine bağlı vitamin eksikliği, anemi, malnütrisyon, çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği gibi ciddi sorunlar görülebilmektedir.

4.5.4.2. Göç ve barınma sorunları

Göç, bireylerin barınma ihtiyacını olumsuz etkileyen bir olgudur (Tunç, 2015: 54). Özellikle savaş, doğal afet gibi durumlarda hızla gelişen bir insan hareketliliği barınma ile ilgili problemlere yol açabilmektedir. Mültecilerin büyük bölümü kamplarda, geri kalanı kamp dışında kalmaktadır. Yaşanan konut ya da kamplarda rutubet, solunum yolu ile ilgili hastalıklara (astım, bronşit, alerji vb.) neden olabilecek önemli bir sorundur. Mülteci ya da sığınmacıların büyük çoğunluğu bir evde birkaç aile yaşamaktadır. Kalabalık bir barınma ortamında özellikle çocukların sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte, solunum, damlacık ve temas yolu ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkması ve yayılması için de bir risk oluşmaktadır (Aydoğan ve Metintaş, 2017: 40). Barınma ya da konut sorunu günlük yaşamın idame ettirilmesi için temel bir gereklilik olmasının yanı sıra uyum sürecini sağlayan önemli bir araç olarak da değerlendirilmektedir. Göçmenlerin barınma sorununun çözümünde üç aşamalı bir model “İlk aşamada çadır kent benzeri acil durum çözümleri, ikinci aşamada geçici yerleşim yerleri, üçüncü aşamada kalıcı yerleşim yerleri” önerilmektedir. Ayrıca yerleşim alanları tasarlanırken göçmen ya da mültecilere yönelik özel alanların kurulması, geçici olarak oluşturulan yaşam alanlarının iyileştirilmesi ve daha sonrasında yeni toplumla kaynaşması ve kademeli bütünleşmenin sağlanması gibi barınma çözümlerinin hayata geçirilmesi önerilmektedir (Sayın vd., 2018: 364).

4.5.4.3. Göç ve üreme sağlığı sorunları

Göç sürecinde ortaya çıkan sorunlar göz önünde bulundurulduğunda göç bireyleri fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilenmektedir ve özellikle kadınları dezavantajlı duruma düşürmektedir. Mülteci kadınlar “şiddet, cinsel taciz, tecavüz, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, erken yaşta gebelik, gebelik ve doğumla ilgili sorunlar” gibi üreme sağlığı sorunları ile mücadele etmek durumundadırlar. Birde bu tabloya dil engeli, sağlık hizmetlerine erişememe ve sağlık güvencesinin olmayışı eklenince artan sağlık problemlerine ek olarak üreme sağlığına yönelik gereksinimlerin de artması söz konusudur (Bükecik vd., 2019: 460; Çiftçi vd., 2018). Suriyeli mülteci

kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada elde edilen sonuçlara göre doğurganlıklarını “kendi toplumsal yapıları, eş ve aile büyüklerinin istekleri, kendi toplumları içindeki statüleri, ilk evlilik yaşı, eğitim durumları, yaşadıkları coğrafya (köy-kent), eşlerin yaptığı çoğul evlilikler, oğlan çocuk istemi, ataerkil ve dini sistem” gibi faktörlerin etkilediği bulunmuş ve ülkemizde de hala benzer davranışı sergiledikleri belirlenmiştir. Gebelik sayısının ve aralıklarının düzenlenmesi gibi pek çok sağlığı koruyucu yaklaşımın hayata geçirilmesi noktasında “sağlık hizmetini planlarken her bireyin bakım hizmeti alma hakkına sahip olduğu, hizmet alan birey ile ilgili önyargılı olunmaması gerekliliği, bireylerin sağlık davranışlarının içinde yaşadıkları toplum ve kültürden etkilendiği ve gereksinimlerinin çevre koşulları ile ilgili olduğu” temel ilkelerinin benimsenmesi vurgusu yapılmıştır (Karakaya vd., 2017). Göçmenlerin ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları engelleri, genellikle yasal statü, tercüman eksikliği nedeniyle dil problemi, sağlık sistemine kayıt konusunda belirsizlikler ve hukuki destek hizmetlerinin eksiklikleri olarak sıralayabiliriz (WHO, 2022). Bu nedenle sağlık hizmetlerine ilk erişimin basamağı olarak düşünülebilecek evlilik öncesi danışmanlık, doğum öncesi ve sonrası bakım, bebek, çocuk ve ergen izlem hizmetleri ile başlanmalıdır. Böylelikle bir bireyin hayata sağlıklı başlaması sağlanmış ve olası sağlık riskleri azaltılarak; toplumun sağlığı korunmuş ve geliştirilmiş olacaktır.

4.5.4.4. Göç ve bulaşıcı hastalıklar

Mültecilerin göç sürecinde karşı karşıya kaldıkları en önemli tehlikelerden biri de bulaşıcı hastalıklardır. Göçmenlerde kızamık, diyare, solunum sistemi hastalıkları, tüberküloz, sıtma, HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar yaygın olarak görülebilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını “düşük sosyo/ekonomik düzey, beslenme problemleri, kötü hijyen koşulları, kalabalık yaşam, alt yapı yetersizliği ve sağlık kuruluşuna ulaşmadaki güçlükler” gibi pek çok sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin neden olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bir diğer önemli sorunun herhangi hastalığın tanılanmasının geç kalması, tanılanan vakalarının ilaç temini konusunda yaşanan sıkıntılar nedeniyle tam tedavi edilememe ve taşıyıcı olarak kalması bulaşıcı hastalıkların yayılması açısından hatta salgına yol açabilmeleri açısından önemli durumlardır (Çıtıl ve Eğri, 2017; Taşkın ve Özkoçak, 2020: 1109). Göçmen ve mülteci nüfusta bulaşıcı hastalık durumu örneklerle açıklanacak olursa örneğin; tüberküloz prevalansının yüksek olduğu bölgeden geliyorsa benzer prevalansı gösterebilirler. Hepatit B ve C virüsleri ya da tropikal ve paraziter enfeksiyonlar gibi endemik hastalığı yüksek olan bölgelerden gelenlerin hastalığı göç ettikleri bölgelere bulaştırabilmesi söz konusu olabilmektedir (WHO, 2022).

4.5.4.5. Göç ve bulaşıcı olmayan hastalıklar

Göç sürecinde göçmen ve mülteci sağlığı açısından önemli riskler; sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, kesintiye uğrayan sağlık hizmetleri, tanılama ve tedavi süreçlerindeki gecikmelerdir (WHO, 2022). Ani gelişen göçler, bulaşıcı hastalıklar kadar kronik hastalıklar açısından da büyük sorun oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşamama, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanamama, kötü çevre ve yaşam koşulları kronik hastalıkların ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Bu hastalıklar tedavi edilmediği takdirde ülke ekonomisine ciddi yük oluşturmaktadır. Hipertansiyon, kanser, diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olaylar ve böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklar göçmenler ve mültecilerde karşılaşılan önemli sağlık sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydoğan ve Metintaş, 2017: 43).

4.5.4.6. Göç ve ruhsal problemler

Göç sürecinin tüm aşamalarında ve ev sahibi ülkeye yerleşme sırasında ruh sağlığı sorunları yaşanabilmektedir. Uluslararası göçmenler arasında en yaygın olarak travma sonrası stres bozukluğu görülmektedir. Göçmenlerde işsizlik ve sosyal izolasyon gibi sosyo/ekonomik koşulların yetersizliği depresyon görülme oranını arttırmaktadır. Göç olgusunun özellikle çocukların ruh sağlığının bozulması açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (WHO, 2022). Göç eden bireyler bu süreçte yaşadığı birçok soruna bağlı olarak yoğun stres altında kalmaktadır. Aynı zamanda bireylerin yaşadığı değersizlik, yalnızlık, yabancılık ve özlem gibi duygular da strese neden olabilmektedir (Güler ve Demircan, 2022: 4). Göç eden bireyler, yaşanılan bölgeden ayrılması, sosyal ve fiziksel çevrenin değişmesi, iletişimin azalması ve kültürel çatışma yaşaması sonucu “anksiyete, posttravmatik stres, depresyon ve psikoz” da dahil olmak üzere birçok ruhsal sağlık problemleri için yüksek risk altındadır. Çocuklar ve kadınlar özellikle bu problemler açısından daha yüksek risk altındadır. Göç sürecini deneyimleyen çocuklarda “suça eğilim, şiddet uygulama, özgüven eksikliği, madde bağımlılığı, depresyon ve anksiyete” gibi birçok psikolojik ve davranışsal bozukluk görülebilmektedir (Aydoğan ve Metintaş, 2017: 43).

Göçmen kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada duygusal olarak yaşanan sorunların “yalnızlık, öfke ve depresif duygulanım; sosyal alanda yaşanan sorunların ise bağımlılık, eğlence faaliyetlerinde değişim, sosyal izolasyon ve etkisiz toplumsal baş etme” şeklinde belirtildiği görülmektedir (Akdeniz, 2013). Gençler üzerinde yürütülen bir çalışmada ise mülteci gençlerde topluluk şiddetine maruz kalma, disosiyatif semptomlar, travmatik yaş, somatizasyon ve fobik bozukluk oranlarının yerli gençlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Betancourt vd., 2017).

Tablo 4.5.1. Göç Süreci ve Etkileri

Göçe bağlı sorunlar	Nedenler	Sonuçlar
Beslenme sorunları	Sosyoekonomik düzeyin düşük olması	Vitamin eksiklikleri Anemi Diyabet Kalp hastalıkları Çocuklarda büyüme gelişme geriliği Malnütrisyon Obezite
Barınma sorunları	Kalabalık ortam Hijyen koşullarının yetersiz olması Sosyoekonomik düzeyin düşük olması Rutubet Temiz suya ulaşma güçlüğü Temizlik malzemelerine ulaşma güçlüğü	Astım Bronşit Alerji Kronik ağrı Enfeksiyon hastalıkları Gastroenterit Bit vb. paraziter hastalıklar
Üreme sağlığı sorunları	Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşma güçlüğü Sağlık sigortasının olmaması Düşük sosyoekonomik düzey Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmada yetersizlik Dil engeli Sağlık personeli olmadan evde doğum oranlarının yüksek olması	Düzensiz adet kanamaları Cinsel yolla bulaşan hastalıklar Spontan düşüklükler Gebelik sayısının fazlalığı Gebelik aralığının kısa olması
Bulaşıcı hastalıklar	Yetersiz ekonomik şartlar Beslenme problemleri Sağlık kuruluşuna ulaşmada zorluk Kalabalık yaşam Alt yapı yetersizliği Kötü hijyen İlaç temini konusunda yaşanan sorunlar	Tüberküloz HIV/AIDS Hepatit Kızamık Akut solunum sistemi hastalıkları İshalli hastalıklar Sıtma
Bulaşıcı olmayan hastalıklar	Sağlık hizmetlerine ulaşamama Koruyucu hizmetlerden faydalanamama Kötü çevre ve yaşam koşulları	Diabetes mellitus Kanser Hipertansiyon Böbrek yetmezliği İskemik kalp hastalığı
Ruhsal problemler	Bireylerin yaşadıkları kayıplar Ayrılık İşsizlik Sosyal statü değişiklikleri İletişim azalması Sosyal izolasyon/ yalnızlık İletişim sorunları/ Dil problemi Kültür şoku/ kültürel fark ve çatışma Savaşlar Afetler Sosyal çevrenin değişmesi	Davranış bozuklukları Saldırganlık Suça yönelme Anksiyete Madde bağımlılığı Posttravmatik stres Depresyon, anksiyete ve psikoz Şiddet uygulama Özgüven eksikliği Hiperaktivite

4.5.5. Göç ve Bağımlılık İlişkisi

Göç süreci, toplumsal ve kültürel yapıda birtakım etkiler meydana getirmektedir. Bu etkilerin bireysel açıdan da irdelenmesi gerekmektedir. Özellikle göç olgusunun kendi doğasından kaynaklanan sorunlar ruh sağlığını doğrudan etkileyerek göçmenleri bağımlılık açısından riskli gruplar haline getirmektedir (Güler ve Demircan, 2022: 4; Kaylı vd., 2017: 382). Bağımlılık kavramı “*kişinin hayatında hem bireysel hem de sosyal problemleri arttıran, hastalık riski oluşturan ve tekrarlayan alışkanlık kalıpları*” olarak tanımlanmaktadır (Güler ve Demircan, 2022: 4). Bağımlılık en geniş tanımıyla “*kullanılan bir nesne veya gerçekleştirilen bir eylem üzerinde kontrolün kaybedilmesi ve zararı açıkça görülse bile bırakılmamasıdır*” olarak ele alınabilir (Yeşilay, 2022: 7).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Pinedo ve arkadaşları tarafından ABD doğumlu bireylerle yapılan bir çalışmada, göç politikalarının, göç nedeniyle gözaltına alınmaktan ve sınır dışı edilmekten korkan veya endişelenen bireylerde alkol ve madde kullanma olasılığının daha yüksek olduğu belirlendi. Aynı zamanda, göçle ilgili daha fazla sayıda stres faktörü deneyimlemenin madde kötüye kullanma olasılığını da arttırdığı tespit edildi (Pinedo vd., 2022).

Bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilen bağımlılık pek çok etkenin bir araya gelerek oluşturduğu bir süreçtir ve bağımlılığa neden olabilecek unsurlar erken yaşlarda karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple bağımlılığın oluşum, önlenme ve tedavi süreçleri düşünüldüğünde; aile, toplum ve kültürel özellikler dikkate alınarak bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmelidir. Bağımlılığı kimyasal ve davranışsal olarak ele alabiliriz. Kimyasal bağımlılık olarak incelenen türü, bir madde ile vücuda alınan ve sonrasında bağımlılığın geliştiği türdür. Tütün, alkol ve uyuşturucu madde kimyasal bağımlılık içerisinde yer almaktadır (Yeşilay, 2022: 14).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Westrick ve arkadaşlarının göçmenlerin göç öncesi ve hemen sonrasında madde kullanım durumunu belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada, zorunlu göç yaşayan göçmenlerin göçten önce ve sonraki süreçte madde kullanma olasılığının daha yüksek olduğu belirlendi (Westrick vd., 2022:6-7).

Davranışsal bağımlılık türü ise insan-makine etkileşiminin ön planda olduğu bir davranışın artarak tekrar etmesi ve kişinin bu davranışa bağlı bedensel, ruhsal ve sosyal sıkıntılar yaşamasına sebep olması şeklinde oluşmaktadır (Ayakdaş ve Yüyen, 2023: 105). Davranışsal bağımlılık türleri arasında kumar bağımlılığı, internet bağımlılığı, yeme bağımlılığı ve alışveriş bağımlılığı yer almaktadır (Yanardağ vd., 2020: 551; Sanal vd., 2020: 45).

Literatürde “göç, ruhsal travma, ekonomik problemler, uyum problemleri, arkadaş grubunun etkisi, ailedeki rol modeller, baskıcı ve ilgisiz ebeveynler, psikolojik sorunlar, fiziki şartlar, maddeye kolay erişim” gibi bağımlılığa neden olan pek çok risk faktörü bildirilmiştir (Şahin ve Güngör, 2022:321; Maina vd., 2023). Göç olgusu ve göç politikaları ruh sağlığı problemleri ve bağımlılık açısından önemli bir stresör ve risk faktördür (Arslan, 2020; Pinedo vd., 2022). Yapılan çalışmalarda

göç ile bağımlılık arasında güçlü bir ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır (Salas-Wright vd., 2014; Westrick vd., 2022:6-7; Pinedo vd., 2022). Göç eden bireylerde bağımlılığa neden olan faktörlerin incelenmesi göçmen ve mültecilere yönelik etkilerinin irdelenmesi açısından önemlidir.

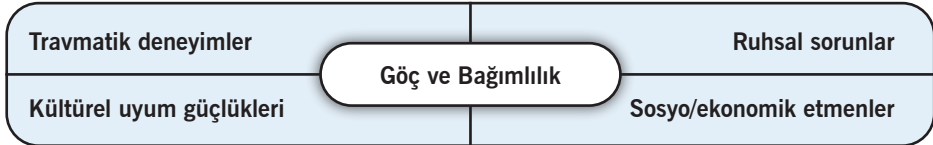
Göçmenler arasında bağımlılık, göç öncesi travmatik deneyimler, yerinden edilme süresi, yaşanan zorluklar ve göç edilen ülkedeki farklılıklar ve ayrımcılıklar gibi birçok faktörden etkilenebilir. Dolayısıyla bu durum, göçmenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir (Salas-Wright ve Vaughn, 2014). Literatürde göçmen nüfus ile bağımlılık arasındaki ilişkiyi ortaya koyan mevcut veriler, göçmenlerin göç ettiği ülkede yaşadığı ayrımcılık ile madde kullanımını, arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Ramos vd., 2017; Lo vd., 2017). Bu sonuçlar, göçmenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık ihtiyaçlarının ele alınması ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi konusunda acil bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Araştırma Örneği

Urban ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, göçmen geçmişi olan bireylerde olmayanlara göre nikotin bağımlılığı oranları önemli ölçüde daha yüksekti. Bunun yanında göçmen geçmişi olan bireylerin diğer gruba göre sigarayı bırakma konusunda daha istekli oldukları belirlendi (Urban vd., 2015).

4.5.6. Göç Eden Bireylerde Bağımlılığa Neden Olan Faktörler

Göç olgusu bireyler istemli ya da istemsiz yer değişikliğine maruz kaldıkları için yeni yerleşim yerlerine uyum problemi yaşamakta, bununla beraber sosyo/ekonomik güçlüklerin, travmatik deneyimlerin ve çeşitli ruhsal sorunların yaşanması göç eden bireyleri bağımlılık gelişmesi açısından riskli hale getirmektedir (Şekil 4.5.6).



Şekil 4.5.6. Göç eden bireylerde bağımlılığa neden olan faktörler

Travmatik deneyimler ve ruhsal sorunlar

Göç nedenlerine bakıldığında aslında göçmenler olumlu gelişmeler yaratmak için yer değiştirmektedirler. Ancak beklentilerin aksine olumsuz yönde gerçekleşen bazı durumlarla da karşı karşıya kalabilmektedirler (Derin, 2020). Göç sürecinde (öncesi, sırası ve sonrasında) bireyler pek çok travmatik deneyimler yaşamaktadırlar. Bu süreçte bireylerin savaş, yıkım ve aile üyelerinin ölümüne tanık olma, işkence ve şiddete maruz kalma, insan hakları ihlali, güvenli olmayan ulaşım araçları ile yolculuk etme ve yolculuk sırasında fiziksel ya da cinsel şiddet, bulaşıcı hastalık, insan kaçakçılığı gibi durumlara maruz kalma gibi birçok travmatik deneyimler yaşadıkları görülmektedir (Şekil 4.5.7) (Giacco vd., 2018: 147; Priebe vd., 2013). Ayrıca göçle birlikte “sağlık ve eğitim hizmetlerine erişim eksikliği, ayrımcılık, sosyal dışlanma, çalışma izni edinmede yaşanan zorluk, kültür şoku, işsizlik, aile üyelerinden uzak kalma ve göç edilen yerde kendini yalnız hissetme” gibi karşılaştıkları olumsuz yaşam deneyimleri de söz konusudur (Derin, 2020). Bu nedenle göçmen-

ler ve mülteciler, yeni yaşam yerlerine uyum sürecine ek olarak travmatik deneyimlerinin sonucu olarak göçmenlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek “travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ve somatoform bozukluk” gibi kronik psikiyatrik rahatsızlıkları da yaşayabilen en savunmasız ve en riskli gruplar olarak ele alınmalıdır (Giacco vd., 2018: 147; Priebe vd., 2013; Derin, 2020; Bhugra vd., 2014: 110). Literatürde yapılan çalışmalarda, göç eden bireylerin yaşadığı zorlu yaşam deneyimleri ve ruhsal problemlerle başa çıkma mekanizması olarak madde kullanımına yöneldiği bildirilmiştir (Salas-Wright vd., 2018:1; Hamilton vd., 2011:1). Bazı çalışmalarda da göç eden bireylerde ruhsal sorunların ve madde kullanım bozukluklarının eş tanı olarak verildiği belirtilmektedir (Swendsen vd., 2011: Posselt vd., 2014). Özellikle savaş gibi olumsuz deneyim yaşayan bireylerin savaşla ilişkili travmatik olaylara ve göç sonrası stres kaynaklarına daha fazla maruz kalmalarının zamanla artış gösterebilecek ruhsal bozukluk ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Güler ve Demircan, 2022: 8).

Ülkemizde önemli bir göç dalgası olan Bulgaristan göçünü (1989) deneyimleyen kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada kadınların/annelerin travma kaynaklı travmatik stres düzeyleri artışı ile çocuklarda görülen psikolojik belirtilerin kötüleşmesi arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Hatta aile işlevselliğinin psikolojik sağlık açısından koruyucu olabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca göç ve yaşanan deneyimler psikolojik sağlık açısından önemli ve kuşaklararası aktarım söz konusudur. Travmatik deneyimlerin kuşaklararası etkilerinin özellikle çocuk yetiştirmede olumsuz etkileri olabileceğinin farkında olunması gerekmektedir (Hocaoğlu vd., 2021). Mülteci çocukların göç sürecinde karşılaştıkları en önemli zorluklar ‘ailede bozulma, kültürel farklılık, kimlik arayışı ve yeni kültüre uyum’ olup çocukların bir kaos (zorluklarla yüzleşmek, yabancılık hissetme) ve arayış içerisinde oldukları belirtilmektedir. Gençlere yönelik yürütülecek sosyal desteğin aidiyat duygularının gelişiminde katkı sağladığı bulunmuştur. Gençlere yönelik uyum süreçlerini teşvik etmek ve kültürel farkındalığı teşvik edecek faaliyetlerin hayata geçirilmesi gerekmektedir (Woodgate vd., 2018; Woodgate vd., 2021). Göç olayı kriz yaşantısıyla deneyimlenmiş olması ve ruh sağlığına etkileri dikkate alınarak göçmenlerle çalışacak psiko-sosyal destek sağlayacak özel ekiplerle (psikolog, psikiyatrist ve sosyal çalışmacılar) hizmet verilmelidir (Öztürk vd., 2019: 220).

Kültürel uyum güçlükleri

Göç eden bireyler kendi kültürlerinden farklı özellikler taşıyan bir kültürle karşılaştıklarında birçok uyum sorunu yaşamaktadırlar. Bireylerin kendi kültürleri ile yeni karşılaştıkları kültür arasındaki farklara göre yaşanan stres ve kültürel şok düzeyinin değişkenlik gösterdiği, aradaki fark arttıkça yaşanan stres ve kültürel şok düzeyinin arttığı görülmektedir (Bogic vd.,2012). Yapılan çalışmalar ile göç eden bireylerin göç edilen yerdeki toplum tarafından kabul edilmediğini hissetmesi ve geçici bir ikamet statüsüne sahip olması durumlarının daha fazla duygu durum ve kaygı bozukluklarına neden olduğu belirtilmektedir (Bogic vd., 2012). Toplumlar arasında kültürel farklara bağlı olarak uyum süreçleri değişmekte olup göç eden bireylerde yaşanan bu uyum sorunlarının madde kullanımına neden olabileceği bildirilmiştir (Şekil 4.5.7) (Ezard vd., 2011).

Göç eden bireyler, göç ettikleri toplumun gelenek ve uygulamalarını benimsedikçe bağımlılık gibi davranışlarında da o topluma benzemeye başlamaktadırlar. Eğer göç edilen toplumda madde kullanımı ve bağımlılık konusunda olumlu bir tutum sergiliyorsa bu durum göç eden bireyler arasında madde kullanım olasılığı artırmak-

tadır. Dolayısıyla göç eden bireyler, göç ettikleri toplumda kabul görmek için madde kullanmaya başlayarak bağımlılık için riskli grupta yer alabilmektedirler (Güler ve Demircan, 2022:6). Bunun dışında göç sırasında ve sonrasında süreçte sosyal desteklerinin kaybeden ve geldiği ülkesine özlem duyan bireylerin madde kullanımına yönelimleri olabileceği belirtilmektedir (Güler ve Demircan, 2022: 6).

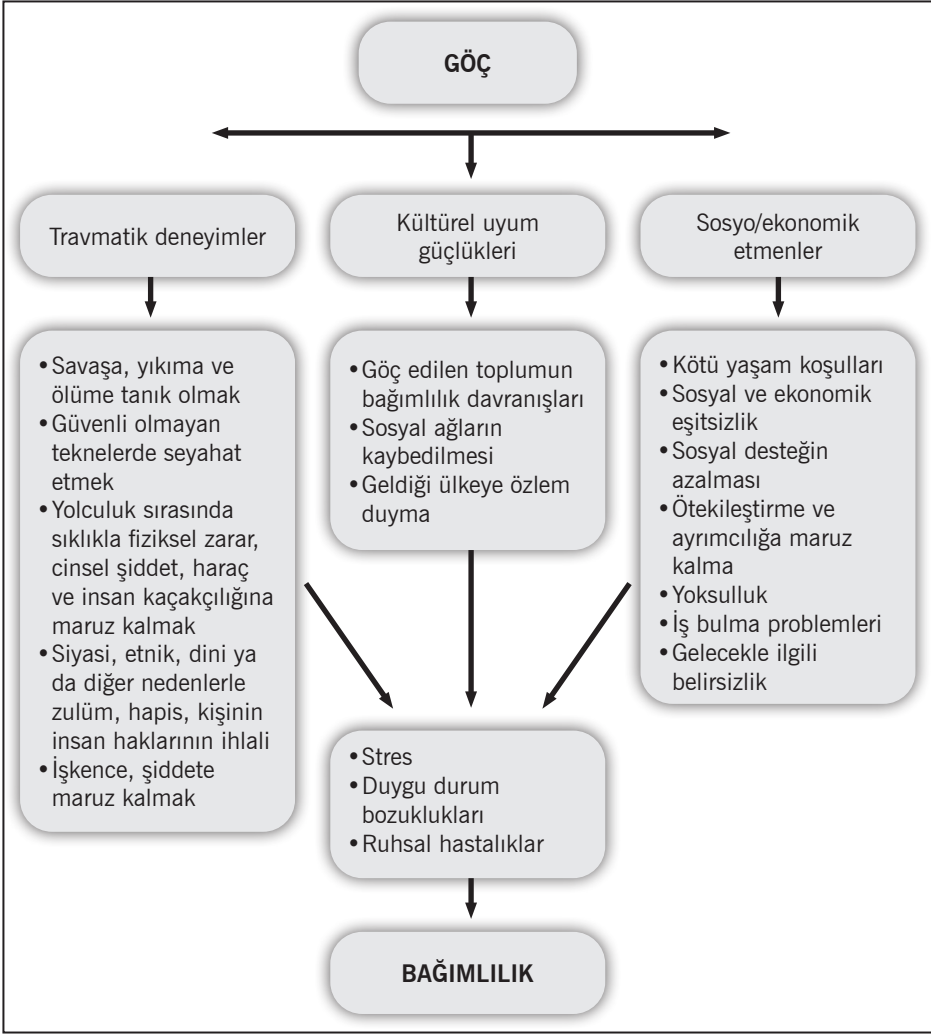
Farklı kültürlerden gelen bireylerin etkileşimi, ortaya çıkan kültürel uyum sorunlarını beraberinde getirebilmektedir. Göç sayesinde pek çok açıdan birbirinden farklı geçmişe sahip bireyler dil, din, gelenek ve kültür gibi bileşenler ile birlikte aynı ortamda yaşamını sürdürmek durumunda kalmaktadır (Aksoy, 2012: 297). Göçmenlerin yeni yerleşim yerlerinde bütünleşmesi, ayrılması ve asimilasyonunu etkileyen faktörler “göçmenlerin ülkesini ziyaret etme ve göçmen arkadaşlarıyla görüşme sıklığı, kişi ya da grup düzeyinde algılanan ayrımcılık, yerli halkla görüşme, temas isteği, yaşam doyumu, sosyal mesafe, benlik saygısı, cinsiyet, medeni durum, yerli hakla evli olma, sosyo/ekonomik durumu” olduğu anlaşılmaktadır. Göç sürecinin bireyler açısından olumlu gelişmelerinin ortaya koyulabilmesi için hem göçmenler hem de yerli halkın etkileşiminin sağlanması gerekmektedir (Saygın, 2016). Bireyler bu toplumsallaşma sürecinde yeni yerleştikleri toplumun değerlerini, normlarını ve yaşayış tarzlarını öğrenirken; aynı zamanda kendi yaşam tarzları arasında farklılıklar da yaşayabilmektedirler. Ayrıca işsizlik, ayrımcılık ve kendi kültürüne uymayan toplumsal yaşam özellikle gençleri suç ortamlarına yöneltebiliyor hatta alkol, kumar, madde gibi kötü alışkanlıklara neden olabilmektedir (Bedirhan, 2009).

Sosyo/ekonomik etmenler

Göç eden bireylerin göç sonrası maruz kaldıkları sosyal destek azalması, kötü yaşam koşulları, yoksulluk gibi sosyo/ekonomik güçlükler gibi faktörler bireylerin aşırı stres yaşamasına neden olabilmektedir. Göç eden bireylerin ikamet ettiği yerlerde daha çok riskli grupların yaşadığı, madde kullanım oranlarının yüksek olduğu ve dolayısıyla bireylerin maddeye ulaşma ve kullanma riskinin arttığı belirlenmiştir (Karriker-Jaffe, 2011: 85).

Göç eden bireyler, genellikle sosyal ve ekonomik eşitsizliğe, ötekileştirme ve ayrımcılığa maruz kalmakta ve toplumda çoğunlukla dezavantajlı gruplar arasında yer almaktadırlar. Aynı zamanda ırk, etnik köken ya da dini inançları sebebiyle dışlanabilmekte ya da ayrımcılığa uğrayabilmektedirler. Yaşanan bu olumsuz durumlar göç eden bireylerin yoğun bir stres ve güçsüzlük yaşamasına neden olarak başa çıkma mekanizması olarak madde kullanımına yöneltebilmektedir (Şahin ve Güngör, 2022: 321; Güler ve Demircan, 2022: 6).

Göçmen aileler ve çocukları, kentleşme sorununun devam ettiği yerlerde yaşarken kente uyum problemi yaşamasının yanı sıra sosyo/ekonomik sorunlar da yaşayabilmektedir. Ergenlerde “ebeveynlerin sosyo-ekonomik durumlarının çocuk yetiştirme ve madde kullanım tutumlarına etkisi, ergenlerin yakın çevresinde olumlu rol modellerin eksikliği veya yanlış rol modellerin varlığı, akran gruplarının madde kullanımına karşı yaklaşımları ve sosyal medyanın” bu maddeleri kullanmaya yönelten belirleyici etkenler olduğu görülmüştür (Şekil 4.5.7) (Şencan ve Canatan, 2020).



Şekil 4.5.7. Göç ve bağımlılık ilişkisi

DİKKAT

Göç sürecinde yaşanan birçok sorun göç eden bireylerde bağımlılık açısından risk oluşturmaktadır.

Travmatik deneyimler, ruhsal hastalıklar, kültürel uyum güçlükleri ve sosyo/ekonomik güçlükler gibi etmenler göç eden bireyleri bağımlılık gelişmesi sürecinde riskli bir grup haline getirmektedir.

Göç eden bireylerin yaşadığı zorlu yaşam deneyimleri ve ruhsal problemlerle başa çıkma mekanizması olarak madde kullandıkları belirlenmiştir.

Göç eden bireyler yeni karşılaştıkları kültür karşısında uyum gücünü yaşayarak stres ve kültürel şok yaşayabilmektedirler.

Göç sürecinde yaşanan sorunlar bireylerde stres, duygudurum bozuklukları ve ruhsal problemlere neden olarak bağımlılık açısından risk oluşturmaktadır.

Sonuç olarak; göç olgusu istemli ya da istemsiz yer değişikliği olarak gerçekleştiği için bireylerin bu süreçte yaşadıkları uyum problemleri, sosyo/ekonomik güçlükler ve travmatik deneyimler bireyleri ruhsal sorunlar açısından daha dezavantajlı bir grup haline getirmektedir. Aynı zamanda söz konusu sorunların yaşanması göç eden bireyleri bağımlılık gelişmesi açısından da riskli hale getirdiği anlaşılmaktadır. *Önemli bir toplumsal değişim olan göçün bağımlılık üzerine etkisini inceleyen çalışma örnekleri incelendiğinde;*

Mültecilerin aile ilişkilerinin bozulması, evsizlik, kişilerarası şiddet, adalet ve sağlık sisteminde yeterince destek alınamaması dahil olmak üzere bir dizi sağlık ve sosyal sorunlar yaşamasının bireyleri alkol kullanımına yönlendirdiği (Horyniak vd., 2016),

Mültecilerin can sıkıntısı, hayal kırıklığı ve travmayla başa çıkmak amacıyla alkol kullandığı (Horyniak vd., 2016),

Mültecilerin yaşam koşullarının potansiyel olarak maddeye ulaşımı kolaylaştırdığı, aile ayrılığının kontrol ve sorumluluk kaybına yol açması nedeniyle madde kullanım riskini artırdığı ve akran etkileşimi bir aidiyet duygusu arayışının yansıması olarak madde kullanımına neden olduğu (Hertner vd., 2023),

Savaş ve göç sürecinde silahlı kuvvetler ve diğer kültürlerle etkileşimlerin alkol kötüye kullanımı davranışının benimsenmesine katkıda bulunduğu (Diese vd., 2022),

Mülteci gençlerde yaygın olarak alkol ve madde bağımlılığı görüldüğü (Posselt vd., 2014),

Göç süreci ailelerin çocuklarına yeterince zaman ayıramadıkları, sosyo/ekonomik yetersizlikler nedeniyle çocukların büyüme ve gelişmesi için gerekli şartların sağlanamadığı, ihmal ve istismar sorunlarının yaşanması neticesinde göçmen çocuklarda “suça yönelme, şiddet uygulama, depresyon ve anksiyete gelişimi, gelişme geriliği, uyku ve yeme bozuklukları, özgüven eksikliği, okulda başarısızlık, intihar, hiperaktivite” gibi psikolojik ve davranışsal sorunlar aynı zamanda sigara ve alkol bağımlılığı gibi riskli davranışlar ortaya çıkardığı (Aydın vd., 2017),

Göçte bağlı sosyo/ekonomik yetersizlik nedeniyle sokakta çalışan çocukların yaygınlaştığı ve çeşitli suçlar işlendiği, sorunlu aile yapılarına sahip oldukları, özellikle sokak kaynaklı madde bağımlılığının yaygınlaştığı ve akran gruplarının da suça eğilimli olduğu (Kızmaz ve Bilgin, 2010),

Mülteci çocuk/ergenlerde depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunu yaygın olduğu ve ruhsal bozukluklara karşı savunmasız olan bu gruplara yönelik kültürel olarak uygun önleme ve müdahale uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu (Scherer vd., 2020),

Sigara bağımlılığı olan göçmenlerin bu bağımlılığı bırakacak farkındalık ve motivasyonlarının olduğu ancak bağımlılığı bırakmak için çevresel engellerle karşılaştıkları (Taşdemir vd., 2020) gibi sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Göç süreci ve bu deneyim yaşayanların ya da riskli grupların üzerinde daha fazla çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır. Bağımlılık ve türlerin araştırıldığı durum tespitinin yapılması, nedenlerinin ortaya konması, en uygun çözüm yollarının ve önleyici yaklaşımların hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Özet noktalar

Bu bölümde göç süreci, göçe neden olan durumlar, göçün etkileri ve göç ve bağımlılık ile ilişkisi konuşulmuştur. Tarih boyunca iç ya da dış göçler yaşanmış ve yaşanmaya devam edecektir. Göç eden bireylerin yer değişikliği yapıyor olmasının nedeninin hayatını idame ettirebileceği daha iyi koşullarda yaşamak amaçlı olduğu görülmektedir. Ancak göç sürecinde her zaman olumlu gelişmeler olmamaktadır. Göç eden bireyler, göç sürecinde birtakım travmatik deneyimler yaşayabilmektedir. Aynı zamanda ruhsal hastalıklar, kültürel uyum güçlükleri ve sosyo/ekonomik sorunlar yaşayarak bağımlılık açısından riskli bir grup haline dönüşebilmektedir. Göç sürecinde yaşanan bu etmenler nedeniyle bireyler stres yükünü artıran durumlar ile karşı karşıya kalmaktadır ve bu durumlar göç eden bireylerde bağımlılık gelişme riskini arttırmaktadır.

Bağımlılık ciddi sağlık problemlerine yol açabilen, her yıl milyonlarca cana mal olan ve bağımlılık geliştikten sonra tedavi süreci oldukça zorlayıcı olan bir durumdur. Bağımlılık sadece bireyin değil aynı zamanda ailenin ve toplumun sorunudur. Son zamanlarda gerek dünyada gerekse ülkemizde göçmen sayısının artması, göç ve bağımlılık ilişkisini araştıran çalışmaların sayısının artmasına da neden olmuştur. Yapılan çalışmalarda da anlaşıldığı üzere aile ilişkilerinin bozulması, evsizlik, kişilerarası şiddet, adalet ve sağlık sisteminde yeterince destek alınamaması dahil olmak üzere bir dizi sağlık ve sosyal sorunlar bireyleri bağımlılık açısından riskli hale getirmektedir. Pek çok psikolojik ve davranışsal sorunlar büyüme ve gelişme süreci devam eden çocukları ve ergenleri daha riskli bir grup haline dönüştürmektedir.

Göç ve bağımlılık ilişkisinin araştırılmasının yanı sıra bağımlılık açısından riskli grupların tespiti, bağımlılık sürecindeki bireylerin tedavisi ve sosyal rehabilitasyonu, en önemlisi de bağımlılığın önlenmesi için göçe bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunların oluşumunun önlenmesiyle üstesinden gelinbilir. Her insanın doğasında temel gereksinimlerinin karşılanması (yeme, içme vb) yanı sıra kendini güvende hissetme (barınma vb.), sevilme, sayılma ve kendini gerçekleştirme içgüdüleri vardır. Bireylerin insan haklarına uygun yaşam alanlarında yaşam sürmeleri ve sağlık hizmetlerine eşit ulaşabilmeleri oldukça önemlidir. Göçmen ve mülteci bireylere yönelik evrensel sağlık sigortalarının geliştirilerek tüm insanların ihtiyaç duydukları zaman ve yerde sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi noktasında sağlık okuryazarlıkları sağlanarak sağlık konusunda daha bilinçli olmalarının sağlanması önemlidir. Sağlık sistemlerinin mülteci ve göçmen dostu olması sağlanmalıdır. Göçmenlere yönelik yürütülecek politika ve stratejilerin bu kişilerin yeni topluma entegrasyonlarını ve kültürel uyumlarını sağlayıcı yönde düzenlenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksoy, Z. (2012), Uluslararası göç ve kültürlerarası iletişim. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 5(20), 292-303.
- Aktel, M., Kaygısız, Ü. (2018). Türkiye'de göç yönetimi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23(2), 579-604.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB Yay.
- Arslan, H. (2020). Kente tutunamayanlar: Konya örneğinde madde bağımlılığı ve göç ilişkisi. Toplumsal Değişim, 2, 213-234.
- Ayakdaş, D.D., Yüyen, M.N. (2023). Davranışsal bağımlılıklar ve hemşirelik yaklaşımı. Bağımlılık Dergisi, 24(1), 104-112. <https://doi.org/10.51982/bagimli.1086045>
- Aydın, D., Şahin, N., Akay, B. (2017). Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 7(1), 8-14. doi:10.5222/buchd.2017.008
- Aydoğan, S., Metintaş, S. (2017). Türkiye'ye gelen dış göç ve sağlığa etkileri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 2(2), 37-45.
- Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S., Güldal, D. (2016). Bir toplum sağlığı merkezi örneğinde sığınmacı ve mültecilere verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10(1), 6-12. <https://doi.org/10.5455/tjfm.199143>
- Babaoğlu, A. E. (2013). Almanya'nın bir yerleşim yerinde yaşayan göçmen Türk kadınlarının kalitatif yöntem ile belirlenen sorun alanları. International Journal of Human Sciences, 10(2), 503-520.
- Bedirhan, Y. (2009). Avrupa Birliği ülkelerinde yaşayan Türk çocuklarının kültürel uyum sorunları ve çözüm önerileri. Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, 16, 1-7.
- Beşer, A. (2012). Kültürlerarası Hemşirelik. (Ed., Seviğ, Ü, Tanrıverdi, G). İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Betancourt, T.S, Newnham, E.A, Birman, D, Lee R, Ellis, B.H, Layne, C.M. (2017). Comparing trauma exposure, mental health needs, and service utilization across clinical samples of refugee, immigrant, and U.S.-origin children. Journal of Trauma Stress, 30(3), 209-218. <https://doi.org/10.1002/jts.22186>
- Bhugra, D., Gupta, S., Schouler-Ocak, M., Graeff-Calliess, I., Deakin, N.A., Qureshi, A., Till, A. (2014). EPA guidance mental health care of migrants. European Psychiatry, 29(2), 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.003>
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği UNHCR, (2023). Türkiye'deki Mülteciler ve Sığınmacılar. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2023, <https://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar>
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., Kucukalic, A, Wang, D. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former yugoslavia in germany, italy and the uk. The British Journal of Psychiatry, 200(3), 216-223. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>
- Bükecik, E., Şahin, S., Abay, H., Kaplan, S., Düzgün, A.A. (2019). Mülteci kadınlar ve üreme sağlığı: Sağlık hizmetlerine ulaşmalarını etkileyen faktörler, engeller ve çözüm önerileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4), 460-464. DOI: 10.22312/sdusbed.531868
- Çıtıl, R., Eğri, M. (2017). Göçler ve enfeksiyon hastalıkları. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi, 3(1), 14-21.
- Çiftçi, S., Bayram, D. V, Ertem, M. (2018). Suriyeli göçmenler ve önemli bir üreme sağlığı sorunu erken yaş gebelikleri. Göç Dergisi, 5(1), 33-42. <https://doi.org/10.33182/gd.v5i1.587>
- Derin, G. (2020). Travma ve göç: Bir gözden geçirme. Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi, 5 (2), 46-55. DOI: 10.46628/itbhsj.816859. <https://doi.org/10.46628/itbhsj.816859>
- Diese, E.L., Raines-Milenkov, A., Felini, M., Akpan, I., Hussain, A., Baker, E. (2022). Alcohol use among congolese babembe male refugees in tarrant county: a qualitative

- study. Plos one, 17(8), e0272293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272293>
- Ertan, K.A., Ertan, B. (2017). Türkiye'nin göç politikası. *Contemporary Research in Economics and Social Sciences*, 1(2), 7-39.
- Ezard, N. (2012). Substance use among populations displaced by conflict: A literature review. *Disasters*, 36(3), 533-557. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2011.01261.x>
- Giacco, D., Laxhman, N., Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 77, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030>
- Göç İdaresi Başkanlığı (2023). Yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> adresinden 01.04.2023 tarihinde elde edilmiştir.
- Güler, M., Demircan, D. (2022). Zorunlu göç: bağımlılık açısından riskli bir süreç. *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1), 1-14.
- Günay, E., Atılğan, D., Serin, E. (2017). Dünya'da ve Türkiye'de göç yönetimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(2), 37-60.
- Hamilton, H. A., Mann, R.E., Noh, S. (2011). Adolescent immigrant generation and stigmatizing attitudes toward drug addiction. *Addiction Research & Theory*, 19(4), 344-351. <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.530713>
- Hertner, L., Stylianopoulos, P., Heinz, A., Kluge, U., Schäfer, I., Penka, S. (2023). Substance (mis) use among refugees as a matter of social ecology: insights into a multi-site rapid assessment in Germany. *Conflict and Health*, 17(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00499-9>
- Hocaoğlu, U.A., Yılmaz, B. (2021). Göçün kuşaklararası bağlamda psikopatolojik yansımaları. *Psikoloji Çalışmaları*, 41(1): 167-197. <https://doi.org/10.26650/SP2019-0079>
- Horyniak, D., Higgs, P., Cogger, S., Dietze, P., Bofu, T. (2016). Heavy alcohol consumption among marginalised African refugee young people in Melbourne, Australia: motivations for drinking, experiences of alcohol-related problems and strategies for managing drinking. *Ethn Health*, 21(3):284-99. doi: 10.1080/13557858.2015.1061105.
- Kara, P., Nazik, E. (2018). Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 58-69.
- Karakaya, E., Margirit, Ç.A., Özerdoğan, N., Yakı, E. (2017). Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: kalitatif bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10 (48): 417-428.
- Karataş, K., Ayyıldız, A. (2021). Bugünün Türkiye'sinde göç gerçeği: Küresel hareketliliğin neresindeyiz? *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 473-500. <https://orcid.org/0000-0002-3854-4906>
- Karriker-Jaffe, K.J. (2011). Areas of disadvantage: A systematic review of effects of area level socioeconomic status on substance use outcomes. *Drug and Alcohol Review*, 30(1), 84-95. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00191.x>
- Kaylı, D. S., Altıntoprak, A. E., Çelikay, H., Korkmaz, Y. B., Kabakçı, D. (2017). Madde bağımlılığı nedeniyle denetimli serbestlik tedavisine yönlendirilen bireylerde madde kullanım örüntüsü ile göç arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(5), 376-384.
- Kızmaz, Z., Bilgin, R. (2010). Sokakta yaşayan/çalışan çocuklar ve suç: Diyarbakır örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(32), 269-311.
- Lo, J., Patel, P., Shultz, J. M., Ezard, N., & Roberts, B. (2017). A systematic review on harmful alcohol use among civilian populations affected by armed conflict in low-and middle-income countries. *Substance Use & Misuse*, 52(11), 1494-1510.
- Maina, G., Mousavian, G., Sherstobitoff, J., Kamrul, R., Twum-Antwi, B., Lewis, K., Okinyo-Owiti, D. (2023). Process and outcome of community engagement event on substance use and addiction risks facing their immigrant communities in Regina, Saskatchewan. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17, 11782218221150109. <https://doi.org/10.1177/11782218221150109>
- Millî Eğitim Bakanlığı, (2023). Göç travması psikososyal destek programı özel eğitim ve rehberlik hizmetleri genel müdürlüğü, Psikososyal Destek Programı Kitabı, Göç Travması Modülü, MEB. <https://orgm.meb.gov.tr/psikososyaldijitaldestek/pdf/goc.pdf>
- Özdemir, A., Budak, F. (2017). Göçün çocuk ruh sağlığı üzerine etkileri. *Kadem Kadın*

- Araştırmaları Dergisi, 3(2), 212-223. DOI: 10.21798/kadem.2018236598
- Öztürk, E., Erdoğan, B., Çalıcı, C. (2019). Göçmenler ve ruh sağlığı göçmenler ve göç süreci: Psiko travmatolojik bir değerlendirme. Türkiye’de Göçmen kapsayıcılığı: Sorundan fırsata dönüşüm önerileri (Ed. H. Sakız-H. Apak). Ankara: Pegem Akademi. s. 213-226.
- Pinedo, M., Montero-Zamora, P., Pasch, K. E., & Schwartz, S. J. (2022). Immigration policies as political determinants of alcohol and drug misuse among US-born Latinos. *International Journal of Drug Policy*, 106, 103754.
- Posselt, M., Galletly, C., de Crespigny, C., Procter, N. (2014). Mental health and drug and alcohol comorbidity in young people of refugee background: A review of the literature. *Mental Health and Substance Use*, 7(1), 19-30. <https://doi.org/10.1080/17523281.2013.772914>
- Priebe, S., Gavrilovic, J.J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., Schützwohl, M. (2013). Psychological symptoms as longterm consequences of war experiences. *Psychopathology*, 46(1), 45-54. <https://doi.org/10.1159/000338640>
- Ramos, Z., Fortuna, L. R., Porche, M. V., Wang, Y., Shrout, P. E., Loder, S., ... & Alegría, M. (2017). Posttraumatic stress symptoms and their relationship to drug and alcohol use in an international sample of Latino immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19, 552-561.
- Salas-Wright, C. P., & Vaughn, M. G. (2014). A “refugee paradox” for substance use disorders?. *Drug and alcohol dependence*, 142, 345-349.
- Salas-Wright, C.P., Vaughn, M.G., Goings, T.T.C., Córdova, D., Schwartz, S.J. (2018). Substance use disorders among immigrants in the United States: A research update. *Addictive Behaviors*, 76, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.014>
- Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Clark, T. T., Terzis, L. D., & Córdova, D. (2014). Substance use disorders among first- and second- generation immigrant adults in the United States: evidence of an immigrant paradox?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 75(6), 958–967. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.958>
- Sanal, Ö.Y., Hamzaoglu, N., Türk, B. (2020). Üniversite öğrencilerinin kimyasal ve davranışsal bağımlılıklara ilişkin bakış açıları ve bilgi düzeyleri. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 44-55.
- Saygın, S. (2016). Kültürel Uyum Süreci Bağlamında Göç. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Sayın, H.C., Çabuk, S.N., Özgüler, V.C., Akşit, A., Çabuk, A. (2018). Göçmenler için barınma, istihdam ve mekânsal çözümleri kapsayan bir yerleşim modeli önerisi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 65, 351-368. <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS7212>
- Scherer, N., Hameed, S., Acarturk, C., Deniz, G., Sheikhanı, A., Volkan, S., Örucü, A., Pivato, I., Akıncı, İ., Patterson, A., Polack, S. (2020). Prevalence of common mental disorders among Syrian refugee children and adolescents in Sultanbeyli district, İstanbul: Results of a population-based survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 10(29), 1-9. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001079>
- Sırım, V., Demir, H. (2020). Göçün nedenleri ve sosyoekonomik etkileri: tekkirdağ ili odaklı bir inceleme. *Sosyal Bilimler Metinleri*, 2020(1), 79-89.
- Solgun, C., Durat, G. (2017). Göç ve ruh sağlığı. *Journal of Human Rhythm*, 3(3), 137-144.
- Swendsen, J., Conway, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R., Kessler, R.C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x>
- Şahin, M., Güngör, F. (2022). Göç ve Bağımlılık: Suriyeli Göçmenlerin Madde Kullanım Süreçlerine Dair Nitel Bir Araştırma. *İçtimaiyat*, 6 (Göç ve Mültecilik Özel Sayısı), 319-337. <https://doi.org/10.33709/ictimaiyat.1111559>
- Şencan, F., Canatan, K. (2020). Göç ve kentleşme sürecinde ergenlerin madde kullanımına yönelen sosyal bağlamın analizi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(2): 115-125.
- T.C Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Tetkik Dairesi, (1961). Erişim Tarihi 20 Mayıs 2023, (https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/KM__d00/c002/km__00002024ss0053.pdf).

- T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023. Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu. Erişim Tarihi:20 Mayıs 2023, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/03/2023-Kahramanmaraş-ve-Hatay-Depremleri-Raporu.pdf>).
- Tamer, M. (2020). Göç, göçün nedenleri ve uluslararası göç üzerine kavramsal bir analiz. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(60), 2808-2818. <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.2070>
- Taşdemir, M. Taşdemir, Küçükali, H., Uçar, A., Sur, H. (2020). Exploring alcohol and substance addiction among Syrian migrants in Turkey: A qualitative study integrating perspectives of addicts, their relatives, local and national institutions. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 7(4), 253-276. <https://dx.doi.org/10.5152/ADDICTA.2020.20074>
- Taşkın, D., Özkoçak, V. (2020). Kitlesel göçler ve enfeksiyon hastalıkları arasındaki ilişkiler kapsamında antropolojik değerlendirmeler: Koronavirüs (covid-19). *Electronic Turkish Studies*, 15(4), 1105-1127.
- Tunç, A. Ş. (2015). Mülteci davranışı ve toplumsal etkileri: Türkiye'deki Suriyelilere ilişkin bir değerlendirme. *Tesam Akademi Dergisi*, 2(2), 29-63.
- Türk Dil Kurumu. Erişim Tarihi 20 Mayıs 2023: <https://sozluk.gov.tr/>.
- Urban, M., Burghuber, O. C., Dereci, C., Aydoğan, M., Selimovic, E., Catic, S., & Funk, G. C. (2015). Tobacco addiction and smoking cessation in Austrian migrants: a cross-sectional study. *BMJ open*, 5(6), e006510.
- Westrick, A.C., Vazquez, V., De La Rosa, M., Romano, E., Rojas, P., Sanchez, M. (2022). Prescription drug and cannabis use among recent Latinx immigrants pre-and post-immigration to the US. *Substance Use & Misuse*, 57(2), 175-184.
- Woodgate, R.L., Busolo, D.S. (2018). Above chaos, quest, and restitution: Narrative experiences of African immigrant youth's settlement in Canada. *BMC public health*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5239-6>
- Woodgate, R.L., Busolo, D.S. (2021). African Refugee Youth's Experiences of Navigating Different Cultures in Canada: A "Push and Pull" Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2063. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042063>
- World Health Organization (2022). Refugee and migrant health., Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2023, <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/10-facts-on-refugee-and-migrant-health>
- Yanardağ, M.Z., Bilge, M., Yanardağ, U. (2020). Davranış bağımlılığı ve sosyal hizmet uygulamaları üzerine bir inceleme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(4), 551-560. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.713866>
- Yeşilay (2022). Bağımlılıklardan Koruyan Aile Rehberi. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2023, <https://tbm.org.tr/images/tbm-aile-rehberi-ekim-2022.pdf>

BÖLÜM 4.6

Yaşlı ve Bağımlılık

Öğr. Gör. Uzm. Hacer ALPTEKER

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

İçindekiler

Giriş

4.6.1. Yaşlılıkla İlgili Tanımlar ve Demografik Bilgiler

4.6.2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler ve Sorunlar

4.6.2.1. Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve sorunlar

4.6.2.2. Yaşlılıkta meydana gelen psikolojik değişiklikler ve sorunlar

4.6.2.3. Yaşlılıkta meydana gelen sosyal/toplumsal değişiklikler ve sorunlar

4.6.3. Kırılgan Yaşlı ve Bağımlılık

4.6.4. Afet, Yaşlı ve Bağımlılık

4.6.5. Sosyal Medya, Yaşlı ve Bağımlılık

4.6.6. Yaşlı ve Sigara Bağımlılığı

4.6.7. Yaşlılıkta Alkol ve Madde Bağımlılığı

4.6.7.1. Yaşlılıkta alkol bağımlılığı

4.6.7.2. Yaşlılıkta alkol dışı, diğer maddelerin bağımlılığı

Özet noktalar

Araştırma Örneği

Kaynaklar

GİRİŞ

Dünyada yaşlı nüfusun sayısı hızla artmaktadır. Yaşlı nüfustaki bu artış beraberinde farklı sorunları da gündeme getirmektedir (Alpteker 2019). Bunlardan bir tanesi de yaşlılık ve bağımlılıktır. Son yıllarda yaşlılar arasında da madde kullanımı artmıştır (NIH¹, t.y). Hatta yaşlılar arasında en yaygın ve fazla kullanılan madde alkoldür (Treating Substance Use Disorder in Older Adults, 2020; Ögel, t.y; Yarnel vd., 2020). Toplumda ise yaşlıların madde kullanım bozukluğu yaşamadığına dair hem yaygın hem de yanlış bir kanı vardır. İnsanlar bağımlılık ya da madde bağımlılığı hakkında düşündüklerinde, genellikle bunun gençler için bir sorun olduğunu hayal ederler. Gençlerin madde bağımlılığı açısından daha yüksek risk altında olduğu doğru olsa da dünya çapında bakıldığında yaşlılar arasında da bağımlılığın hızla arttığı bir gerçektir (Premier Nursing Academy, 2024). Bu konu sağlık hizmeti verenler tarafından sıklıkla gözden kaçırılmakta ve gereğinden az ele alınmaktadır (Treating Substance Use Disorder in Older Adults, 2020). Yaşlılar arasındaki bağımlılık genellikle hafife alınır ve yeterince teşhis edilemeyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu da onların ihtiyaç duydukları yardımı almalarını engelleyebilir (Addiction in the elderly, t.y). Diğer yandan, yaşlılar arasında madde kötüye kullanımı oldukça tehlikelidir. Çünkü yaşlılar özel grup olarak bu maddelerin kötüleştirici etkilerine karşı daha duyarlıdır. Yaşlılar gençlere nazaran bağımlılık ve madde kullanımından daha yaşamsal boyutta ve çok daha olumsuz etkilenirler (Addiction Center, 2024). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin yaşlılık ve bağımlılık konusunun farkında olması önem arz etmektedir.

4.6.1. Yaşlılıkla İlgili Tanımlar ve Demografik Bilgiler

Yaşlılık ve bağımlılık konusunu anlamak için öncelikle yaşlı ve yaşlılığın tanımlanması, yaşlılık döneminin özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir. Yaşlı ve yaşlılık kavramları göreceli ve çok boyutlu kavramlardır. Yaşlılıkla ilgili ortak bir tanım da bulunmamaktadır. Yaşlıyı çoğu zaman yetersizlik süreci yaşayan birey şeklinde ifade eden tanımlardan emekliliği bir kırılma noktası olarak kabul eden, geniş bir yelpazede ele alan farklı tanımlar olduğu görülmektedir (Alpteker, 2019). Bir tanıma göre; yaşlılık, “bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkilerin, sosyal yaşantının ve statünün, desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir” (Terci vd., 2016). Dünya Bankası ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development) gibi kuruluşlar, 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak tanımlarken, Birleşmiş Milletler ise 60 yaş ve üzerini yaşlı kapsamında ele almaktadır (Alpteker, 2019). Yaşlılık ve yaşlı ile ilgili bazı kaynakların 55, bazılarının 50, bazılarının ise 70 veya 75 ve üzeri yaşlara odaklandığını görebiliriz ancak çoğu kaynakta, yaşlı diye tanımlanan grubun 65 yaş ve üstü olduğu belirtilmektedir (Premier Nursing Academy, 2024).

4.6.2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler ve Sorunlar

Yaşlanma bir takım değişiklikler ve gerilemelerin olduğu fizyolojik bir süreçtir. Yaşlanan bireyde meydana gelen değişiklikler; fizyolojik, psikolojik ve sosyal/toplumsal işlevlerde değişiklikler olarak gruplandırılabilir (Kalınkara, 2011). Bu değişiklik ve gerilemeler, bireyin günlük yaşamını olumsuz etkiler. Bireyin toplumsal rollerini yerine getirmesini güçleştirerek sosyal olarak ta yaşlanmasına neden olur (Sinav, 2019).

4.6.2.1. Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve sorunlar

Yaşlanma, hücre, organ ve sistemlerdeki değişiklikler ile fonksiyonel kayıplarının olduğu geri dönüşümsüz gelişimsel bir süreçtir. Bu değişimler, yıllar içinde yaşanan bireyin organlarında yenilenmenin yavaşlaması, durması ve yıpranması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Kalınkara, 2011; Açar, 2020). Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, tat ve koku gibi duyu ile deri, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nörolojik sistem, endokrin sistem, gastrointestinal sistem, boşaltım sistemi, kas-iskelet sistemi ve bağışıklık sisteminde fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir (Açar, 2020).

Hücresel düzeyde baktığımızda; hücreler metabolik olarak aktif kalır ancak çoğalma kapasiteleri, hücre yenilenme kapasitesi, total vücut sıvısı, yağsız kas kütlesi azalırken, göreceli olarak vücut yağ kütlesi, dehidratasyon ve ilaç toksisite riski artar (Soysal, t.y). Duyusal organlardan gözlerde yaşla birlikte önemli değişimler gerçekleşir. Bunun en önemli nedeni gözden beyine giden sinir hücrelerinin sayısındaki azalmadır (Açar, 2020). *Gözlerle ilişkili olarak;* lens rijiditesi ile birlikte görme netliğinde azalma ve görme için daha fazla ışık ihtiyacı oluşur. İnce detayları fark etme güçlüğü, akomodasyon (yakın mesafeye odaklanmak ve okumak için gözlerin uyumu, odaklama), renk tonlarını ayırmada zorlanma ve göz kuruluğu sorunu ortaya çıkar. Kronik hastalıklar ve bu değişimlerle birlikte glokom, retinopati, maküler dejenerasyon ve katarakt gibi göze ilişkin hastalıkların gelişiminde kaçınılmaz olarak bir artış olur (Açar, 2020, Soysal, t.y). Görme kaybı, düşme ve kaza riskini artırır. Düşme sonucu deride ve deri altı dokuda ezilme, hematoma, ekstremitelerde hastaneye yatışa neden olabilecek kalça kırıkları görülebilir. Yaşlıda ortaya çıkan kalça kırıkları ölümlerle sonuçlanabilir (Varlı, 2019).

Kulakla ilgili olarak; kohlear ve sensorial nöron kaybına bağlı tinnitus, denge bozukluğu ve presbiakuzi yani işitme kaybı görülür. Yaşlı, yüksek perdeli seslerin ayırımında güçlük yaşar (Soysal, t.y). Klinik olarak, yaşla ilgili işitme kaybındaki en yaygın şikayet, kokteyl partisi etkisi de denilen arka plan gürültüsü varlığında konuşmayı anlamada güçlülüdür. Vestibüler sistemde görülen değişiklikler denge kaybı ve düşmeye neden olan vertigo gibi hastalıkları artırır (Varlı, 2019). Diğer yandan diyabet, ateroskleroz ve viral enfeksiyon gibi tıbbi durumlar işitme kaybını alevlendirebilir (Açar, 2020).

Tat ve koku almaya ilişkin olarak baktığımızda; dil papillasındaki tat ile burundaki koku reseptörlerinin sayısı ve fonksiyonu azalır. Yaşam kalitesi olarak yemeklerden tat alamadıklarından şikayet eden yaşlılarda iştahsızlıkta önemli bir sorundur. Yaşlılar yediklerinden keyif almak ve mutlu olmak için yiyeceklere daha fazla şeker ve tuz eklemeye meyillidirler (Açar, 2020). Bu durum var olan diyabet, hipertansiyon gibi metabolik durumları kötüleştirebilir.

Derideki fizyolojik değişiklikler; yaşlanmayla birlikte gözle görülür en büyük değişim şüphesiz derideki kırışıklıklar ve saçların grileşmesidir. Yaşla birlikte hücre yenilenmesi ve kanlanması azalır. Derideki elastik liflerde dejenerasyon başlar, kolajen lif ve melanosit üretimi azalır. Dermis epidermis tabakasını kanla yeterince besleyemediği için epidermis inceliyor kırışıklığa ve derinin soluk görünmesine neden olur. Tüm bunlar yaşlıda, basınç yaralanması riski, vücut ısısının regüle edilememesi, cilt kanseri gibi sorunlara yol açabilir (Açar, 2020).

Solunum sistemindeki değişiklikler; solunum fonksiyon testlerinden FEV1 ve

FVC ile akciğer elastikiyetinin azalması, solunum kaslarında zayıflama, göğüs duvarı esnekliğinde ve solunum kas gücünde azalma, intervertebral aralıkların daralması, siliyer aktivite, öksürük refleksi, bronkokonstriksiyon algı ve bronkodilatörlere yanıtın azalmasıdır. Diğer yandan respiratuar bulgular gizli kalırken, rezidüel volüm ile ventilasyon/perfüzyon uyumsuzlukları ise artmaktadır. Tüm bu değişiklikler solunum iş yükünü artırarak solunum kas yorgunluğuna sebep olur. Göğüs duvarının ve diyaframın solunum etkinliği azalır. Yaşlanmayla beraber uyku apne sendromu, akciğerlerde gelişen siliyer aktivite ile öksürüğün azalması sebebiyle aspirasyon pnömonisi, bağışıklık sisteminin zayıflaması ile akciğer enfeksiyonları gençlere nazaran daha kolay gelişir. Sigara bağımlılığı gibi durumlar akciğer sorunlarını daha da kötüleştirir. Yaşlıları yukarıda sayılan nedenlerden dolayı oldukça çok etkileyen ve yaygın görülen pnömoni ve influenza enfeksiyonları bu grupta ölüme sebep vermektedir (Ağar, 2020; Soysal, t.y).

Kardiyovasküler sistemdeki fizyolojik değişiklikler incelendiğinde; yaşlanma ile damar duvarlarının kalınlaştığı ve elastikiyetinin azaldığı görülmektedir. Kardiyak debi ile stroke volüm azalırken postural hipotansiyon (ortostatik hipotansiyon) riski artmaktadır. Postural hipotansiyon ise yaşlıda düşme, inme (felç), kalp yetmezliği ve ölüm riskini artırmaktadır. Kalpte ve damarlarda oluşan kalsifikasyonlar sonucu, aort ve mitral kapak olumsuz etkilenecek ateroskleroz gelişmekte, kalp kapakçıkları kalınlaşmakta ve üfürümler oluşmaktadır. Düz kaslarda beta-adrenerjik uyarıya yanıt ve buna bağlı olarak egzersiz esnasında kardiyak debi ve egzersiz toleransı azalmaktadır. İleri yaş ile birlikte genellikle sistolik kan basıncı ise artar (Ağar, 2020; Soysal, t.y).

Gastrointestinal sisteme ilişkin fizyolojik değişikliklere bakıldığında; midenin, yaşlanmayla birlikte önemli fizyolojik değişime uğradığı görülmektedir. Bu değişimler, gastrik atrofi, alt özefageal sfinkter basıncı, pepsin, gastrik muköz salgılar, mukozal prostaglandin seviyesi, mukus üretimi, mide asidi salgısı ve mide boşalmasında azalma gibi değişiklikler şeklinde görülür. Kalsiyum, demir, B12 vitamini gibi besin öğelerinin yetersiz sindirim ve emilimi söz konusudur. Yaşlanma ile ince bağırsaklardan emilim azalır. Bu değişiklikler farklı sindirim sorunları ve hastalıklara neden olabilmektedir. Ayrıca ağız ve diş sağlığının bozulması, özellikle yaşlılar arasında çiğneme ve beslenme sorunları ile yaşam kaliteleri üzerinde oldukça olumsuz etkilere neden olur. *Karaciğerle ilişkili olarak,* hepatik kan akımı, karaciğer rejenerasyon yeteneği, albumin ve K vitamini bağımlı pıhtılaşma faktörü sentezi azalırken safranin kolesterol ve fosfolipid içeriği artar. İlaç metabolizma değişiklikleri oluşur. Karaciğerde metabolize olan ilaçlar dikkatle reçetelenmelidir (Soysal, t.y). Yaşlıda alkol kullanımı söz konusu ise; onunda karaciğerde metabolize olacağı, çoklu ilaç kullanımı söz konusu olabileceği için, yaşlıda ilaç- alkol etkileşiminin olumsuz etkilerinin oluşabileceği de unutulmamalıdır (NIH¹, t.y).

Yaşlanma ile birlikte nörolojik sistemde de önemli değişiklikler oluşmaktadır. Beyne giden damarlarda vasküler değişiklikler oluşarak kan akımını %20 kadar azaltır. Beyinde yapısal olarak, giruslarda atrofi, sulkuslarda ve ventriküllerde genişleme olurken, beyin hacmi de azalır. Bazal ganglionda nöron kaybı ve atrofi gelişir, dopamin seviyesi azalır. Nöronlarda ileti hızı azalırken, reaksiyon zamanı yavaşlar. Tüm bunlar yaşlıda özellikle hafıza, plan yapma, işlem hızı ve öğrenme becerisinde azalma ile karakterize kognitif değişikliklere sebep olur (Soysal, t.y). Nörolojik yaşlanmaya bağlı duyu kaybı da geliştiği için yaşlının diyabet gibi nörolojik komplikasyonları olan kronik hastalıkları varsa tedavi ve bakım sürecini yönetmek güçleşebilir

(Ağar, 2020). Amputasyon gibi durumlar söz konusu olduğunda bu yaşlının ekstremite kaybı ile başkalarına bağımlı olması, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden başka sorunlar yaşamasına ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep verecektir. Ayrıca yaşlılıkta kas güçsüzlüğü, düşme ve deliryum riski, uyku sorunları, antikolinergik ve anti-dopaminerjik ilaç duyarlılığında da artma görülür (Soysal, t.y).

Kas iskelet sistemindeki fizyolojik değişiklikler, yaşlılarda kas kütlesi ve gücü ile fonksiyonel kapasitede azalma şeklindedir. Yaşlanmayla kemik kaybı oluşur, kemik mineral yoğunluğu azalır ve kemik yapısı bozulur. Eklemlerin kıkırdak dokusu inceler. Kıkırdak esnekliğini kaybederek, sertleşir ve katı, kırılabilir bir hal alır. Bağlar ve tendonlar yırtılmaya yatkın hale gelir (Soysal, t.y). Genellikle 75 yaş sonrasında kas kaybı hızlanıp progresif zayıflığa neden olurken yağ dokusu genç bir bireyinkinin iki katına çıkar, kas kütlesi ise yarı yarıya azalır. Merkezi sinir sistemindeki gerilemeye bağlı nöron kaybı, kas kasılma fonksiyon kaybı, hormonal faktörler (büyüme hormonu, testosteron ve östrojen azalır) ile iskelet kasının protein sentezi azalır. Bu nedenle bu yaş grubunda osteoporoz, boya kısalma, denge ve yürüme bozuklukları, düşme, fraktür, osteoartrit, sarkopeni yaygın olarak karşımıza çıkar (Soysal, t.y). Sigara kullanımı kalp ve akciğerlere zararlı olmak yanında aynı zamanda kemik dokusuna da zarar verir. Aşırı alkol tüketimi de sigara gibi kemiklerin zayıflamasına ve kemik kaybına yol açar (Ağar, 2020; Christos vd., 2015). Yaşlıların sağlık kuruluşlarına başvuru nedenlerinden biri kas ve iskelet sistemine ilişkindir ve her dört yaşlıdan birinde, kas iskelet sistemi yakınması vardır. En sık kronik ağrı nedenleri ise artrit ve miyofasiyal ağrı sendromudur ve yaşlının ilaç kullanımına neden olur (Toraman, 2011).

Endokrin sistemlerdeki fizyolojik değişiklikler; yaşlı kadınlarda yaşlanmanın ilk objektif bulgusu olan menopo; erkeklerde ise hipogonadizm ve andropozdur. Kadınlarda östrojen erkeklerde testosteron hormonu üretimi yaşla birlikte azalmaya başlar. Kadınlarda menopo;la östrojen azalmasıyla vazomotor semptomlar, depresyon, deride ve vücut kompozisyonunda kas kütlesi azalır yağ kütlesi artışı olur. Zamanla kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve kognitif bozuklukların görülme sıklığı artar. Erkeklerde yaşlanmayla, testislerdeki Leydig hücreleri yeterince testosteron üretemez. Bunun en önemli nedeni hipotalamus ve hipofiz bezlerindeki gerilemedir (Ağar, 2020).

Ürogenital sistemdeki fizyolojik değişiklikler; yaşlanan kadında uterus ve overlerde atrofi, pelvik kasların zayıflaması, posterior üreto-vezikal açının bozulması şeklindedir. Bu yaş grubu kadınlarda atrofik vajinit ve inkontinans sorununu sık karşımıza çıkar. Erkeklerde ise; prostatta büyüme, hipogonadizm, erektil disfonksiyon ve impotans yaygın olarak görülür. Her iki grupta, mesane kontraksiyonlarında bir artış mevcut olup nokturnal poliüri ile üriner sistem enfeksiyonları da yaygındır. Yaşla birlikte, böbreklerin hacmi, ağırlığı ve süzme yeteneği belirgin biçimde azalır. Tubulus sayısı ve boyutu ve böbreğe gelen kan miktarı azalır (Soysal, t.y). Böbrek damarlarında ateroskleroz gelişir, ateroskleroz arttıkça böbrekte o ölçüde küçülür. Böbrek glomerulusları sertleşir kalınlaşır. Böbrekteki süzme yeteneğindeki azalma, glomerülüs kılcal damarlarının sertleşmesi, elastik doku kaybı, düz kas ve kollojen liflerinin azalması nedeniyledir. Böbreklerin idrar konsantrasyon yeteneği azalır, ilaçların vücuttan atılımı yavaşlar (Varlı, 2019). Ayrıca yaşlılarda böbrekteki gerileme ve yaşlanmanın, yaşlının bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ağar, 2020).

İmmün sistemdeki fizyolojik değişiklikler; kişiden kişiye değişmekle birlikte ço-

ğunlukla zayıflar. Yaşının timus bezinde atrofi gelişir. Total lenfosit sayısı çok değişmezken, T lenfosit sayısı ve aktivitesi, doğal öldürücüler denilen NK hücre fonksiyonları, lökositlerin enfeksiyon alanına migrasyon hızı ile enflamasyona yanıtı ve sitokin düzeyleri (IL-1 ve IL-2) azalırken, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, TNF-a düzeyleri artar. Antikor yapımı ve aşılarla antikor yanıtı azalır. Bunların sonucunda; yaşlıdaki enfeksiyonlar daha ciddi seyreder ya da yara iyileşmesi gecikir. Yaşlanmayla kanser ve otoimmün hastalıklara yatkınlık ve prevalansı artar (Varlı, 2019; Soysal, t.y; Açar, 2020).

Yaşlanma bir hastalık değil, kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Fizyolojik fonksiyonlarda ve organ rezervlerinde bir azalma söz konusudur (Soysal, t.y). Yaşlı bireylerde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, kanser, çeşitli kronik-otoimmün hastalıklar için artmış bir risk faktörüdür. Yaşlılık sürecinde gelişen fizyolojik değişiklikleri bilmek, yaşlılarda meydana gelen hastalıkları ya da riskleri anlamak için çok önemlidir (Açar, 2020). Yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik değişimlere etki eden fiziksel-kognitif aktivite, diyet, alkol ve madde kullanımı gibi faktörlerin istendik yönde düzenlenmesinin olumlu etkileri olacağı unutulmamalıdır (Varlı, 2019).

4.6.2.2. Yaşlılıkta meydana gelen psikolojik değişiklikler ve sorunlar

Yaşlanmayla beraber her anlamda bir düşüş yaşanmakta ve zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Yaşlılıkta ortaya çıkan stres ve krizler nedeniyle, bu dönem bir bakıma kayıplar dönemi olarak tanımlanmaktadır (Sinav, 2019). Örneğin emeklilik nedeniyle iş kaybı, fiziksel gücün azalması, duyu kayıpları, hastalıklar (kronik/ otoimmün hastalıklar, kanserler), bir eşe bakma veya onu kaybetme, çocukların taşınması, sevdiklerinin ve akranlarının kaybedilmesi, toplumsal statüdeki değişiklikler, yaşam standardındaki olası düşüşler ve mali kaygılar yaşlıların karşılaşılabileceği zorluklar arasındadır (Kalınkara, 2011, Pomidor and Palmer, 2016; Sinav, 2019). Yaşlı bireyin, öğrenme, algı, problem çözme, psikomotor ve kişilik özellikleri bakımından uyum sağlama potansiyelinin, kronolojik olarak yaşı ilerledikçe değişmesi yaşlılığın psikolojik boyutu olarak tarif edilmektedir. Aslında yaşlıdaki fiziksel, psikolojik ve sosyal/toplumsal değişiklik ve sorunlar iç içe geçmiş durumdadır. Yaşlıdaki fiziksel değişiklikler ve sorunlar psikolojik değişiklikler ve sorunların gelişiminde rol oynarken bu ikisi de sosyal/toplumsal sorunların oluşmasına neden olmaktadır (Sinav, 2019).

4.6.2.3. Yaşlılıkta meydana gelen sosyal/toplumsal değişiklikler ve sorunlar

Gençken aktif olarak çalışan ve fiziksel gücünün zirvesinde olan birey yaşlanınca fiziksel güç kaybı, emeklilik gibi durumlarla birden rol kaybı yaşamakta ve daha pasif, kendine has görev ve sorumlulukların olduğu başka bir yaşam dönemine geçiş yapmak durumunda kalmaktadır. Bu aynı zamanda yaşlı için toplumsal bir statü kaybı anlamına da gelmektedir. Bu yeni pozisyon, fizyolojik değişikliklerle birlikte fiziksel etkinlikler de azalır ya da yaşının toplumdan uzaklaşmasına ve soyutlanmasına neden olabilmektedir (Sinav, 2019). Günümüzde, coğrafi, iş, ekonomik sebepler ile nesillerin daha az bir arada yaşadığı, daha az kaynaşmış topluluklar gibi nedenlerle yaşlıların daha fazla sosyal izolasyona uğradığı ve yalnızlık eğilimlerinin arttığı ifade edilmektedir (Kalınkara ve Sarı, 2019).

Bir bireyi toplumsal yaşama bağlayan temel unsur, gereksinimlerinin yeterince karşılanmasıdır. İnsan gereksinimleri bir bütündür ve birbirini tamamlar. Yaşlıların sosyal destek vadaşlık ihtiyacı karşılanmazsa bu durum yaşının sağlık sorunla-

rının artmasına ve ölümüne bile neden olabilir. Ekonomik, fiziksel gereksinimlerin karşılanmaması yaşlının topluma katılımını güçleştirir, sosyal izolasyona sebep olur (Kalıncara ve Sarı, 2019). İşte bu aşamada yaşlı fiziksel güç harcamayacağı, yeni iletişim teknolojileri ile tanışabilir veya ilgisi artabilir (Sinav, 2019).

Dijital teknolojinin yaşlı bireylerin sosyalleşmesinde önemli bir rolü bulunmaktadır (Tuna Uysal, 2020). Çünkü bu yeni alan yaşlının sosyal yaşama aktif olarak katılımını sağlayıp bir şekilde, yaşam doyumunu artırabilir. Ancak dikkatli olunmazsa bu yaşlıda sosyal medya bağımlılığının gelişmesine ortam hazırlayabilir (Sinav, 2019).

4.6.3. Kırılgan Yaşlı ve Bağımlılık

Kırılgan yaşlı sendromu, yaşlı nüfusu artan toplumlar için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kırılganlık, yaşlanmayla birlikte fizyolojik rezervin azalması, stresi tolere edememe, güçsüzlük, düşük fiziksel aktivite, tükenmişlik ve düşük beden kütle indeksi gibi olumsuz sağlık sonuçlarını içeren geriatrik bir sendromdur. Bu sendrom, fizyolojik sistemlerdeki çoklu bozuklukların bir sonucudur ve ölümcül olabilir (Hall vd., 2021; Kapucu ve Ünver, 2017). Kırılgan Yaşlı Sendromuna yaygın olarak kadınlarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük yaşlılarda daha sık rastlanır (Kapucu ve Ünver, 2017).

Geriatrik popülasyonda, kırılganlık ve düşmeler; sakatlık, hastaneye yatış ve mortalite ile sıkı bir ilişki içindedir (Guo vd., 2023). Madde bağımlılığı (sigara, alkol, esrar vb.) yaşlılarda gençlere kıyasla çok daha ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bunlardan bazıları; düşme-kalça kırığı-ölüm, trafik kazası, alkolün etkilerine bağlı oluşan diğer kaza ve yaralanmalar, konjestif kalp yetmezliği, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-alkol etkileşimi, karaciğer sorunları, akciğer kanseri, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz, hafıza sorunları, depresyon, psikoz, suisid ve benzeri duygu durum bozuklukları ve bunama gibi sıralanabilir (CDC, 2023; Yarnell vd, 2020; Khoury, Maliha, ve Ibrahim, 2022). Yaşlanmaya eşlik eden sağlığın bozulması ve artan kırılganlığın kişileri maddeye ve alkole yönlendirdiği ifade edilmektedir (Çavuşoğlu ve Demirkol, 2018).

Guo ve arkadaşlarının tütün ve alkol kullanımının kırılganlık ve düşme riskiyle ilişkisini inceledikleri araştırmanın sonucuna göre; alkol kullanımının kırılganlık üzerine olumsuz etkisi gösterilememiş ancak tütün kullanımının kırılganlık ve düşme riskini önemli ölçüde artırdığı tespit edilmiştir (Guo vd., 2023). Kojima ve diğerlerinin (2018) sigara içmek ile kırılganlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri ve 4 yıl süren longitudinal çalışma sonuçlarına göre de, İngiltere’de toplumda yaşayan yaşlılarda sigara içenlerde sigara içmeyenlere kıyasla, kırılganlık gelişme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kojima vd., 2018). Strandbery ve diğerlerinin çalışmasına göre ise (2018); orta yaşlardaki yüksek alkol tüketiminin, yaşlılıktaki kırılganlık riskinin artmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Strandbery vd., 2018).

4.6.4. Afet, Yaşlı ve Bağımlılık

Canlı ya da cansız çevreye büyük zarar veren, ciddi oranda can ve mal kaybı ile ekonomik ve sosyal kayıplar oluşturan, doğal veya insan kaynaklı olağan dışı olaylar afet olarak tanımlanmaktadır (Afetler ve afet yönetimi). Afetler, doğal ve insan kaynaklı olmakla birlikte; jeolojik (depremler), iklimik (sıcak dalgası, aşırı kar yağışı, buzlanma, su basması, toprak kayması), biyolojik (grip salgınları), sosyal

(yangınlar, savaşlar ve göçler) ve teknolojik afetler (nükleer silah ve kazalar) olarak gruplandırılır. Afetler toplumlara onarımı zor, tahrip edici zararlar vermektedir. Bireylerin fiziksel, duygusal ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli olumsuz etkilere sahiptir (Alpteker, 2020).

Afet ve acil durumlarda kişilerin daha önceden sahip olduğu alkol-madde bağımlılığı, depresyon gibi psikolojik problemlerin yeniden ortaya çıkması söz konusu olmaktadır. Bunun dışında içinde bulunulan acil durumda, beklenen yardımların gelmemesi, yetersiz bilgilendirilme gibi durumlar psikolojik sağlığı kötü etkilemektedir. Afet durumunda ve sonrasında, kişinin kayıp yaşaması, ailesinden ayrı düşmesi, sosyal bağlarının kopması, toplumsal yapı ve güvenin yıkılması gibi durumlar kişinin sosyal hayatında sorunlara sebep olmaktadır (Afetlerde psikolojik ilkyardım ve psikososyal destek).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bir afet durumunda yaşlıları savunmasız ve kırılgan nüfus olarak tanımlamaktadır. Yaşlıların sosyal izolasyon, güç kaybı, çok sayıda kronik hastalık ve bunların alevlenmesi, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, reflekslerde azalma, hareketlerde ağırlaşma, reaksiyon zamanında azalma, görme ve işitmede azalma/kayıplar, fiziksel ve bilişsel engellere sahip olma olasılığı daha yüksektir. Tüm bunlar yaşlıların iletişim kurma, hazırlık yapma ve bunlara yanıt verme yeteneklerini engellerken afetlerden çok daha fazla etkilenmelerine de neden olmaktadır (Zhu and Sun, 2017). Bu nedenle afet sırasındaki müdahalelerde ve afetin sonrasında, yardım mekanizmalarında yaşlılar dezavantajlı gruplardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Alpteker 2020; Çakır, Aydoğmuş Atalay ve 2021). Özellikle kendilerine bakamayacak durumda olan ya da kendilerine bakan aile bireylerini kaybetmiş yaşlı bireyler acil durumlarda yüksek risk altındadırlar (Aleksander vd., 2019).

Afetler ve sigara kullanımına ilişkin literatüre baktığımızda; Aleksander ve diğerleri (2019) doğal afet sonrası sigara kullanımı ve bağımlılık durumlarını inceledikleri çalışmada, bir afete maruz kalan ve afet öncesi sigara içenlerin psikolojik stres nedeniyle, sigara içmeyenlere kıyasla afet sonrası gün boyunca çok daha fazla sigara içtiklerini tespit etmişlerdir (Aleksander vd., 2019). Koyama ve arkadaşlarının Büyük Japonya Depremi sonrası, stres ve tütün tüketimini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada (2020), kadın olmak, çalışma çağına olmak ve afete bağlı iş kaybı yaşamak tütün kullanmak için risk faktörleri olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların, afet sonrası sigara içmeye başladıkları, afet öncesi sigara içenlerin ise günlük sigara içme sayısını artırdıklarını söyledikleri tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada afetle ilgili 49 araştırma makalesi incelenmiş olup; 46'sının kadınların bir felaketten sonra erkeklerden daha fazla stres yaşadıklarını tespit ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca, tütünün zararlı etkilerinden korunmak ve afet stresiyle baş edebilmek için sosyal desteğin önemi vurgulanmıştır (Koyoma vd., 2021).

Ferguson ve diğerleri afetin ruh sağlığına etkisine ilişkin yaptıkları çalışmada ise; algılanan sosyal desteğin nikotin bağımlılığı üzerindeki etkisini yumuşattığını, kamu yardımı ve kaynakların afet öncesi seviyelere döndükçe algılanan sosyal desteğin öneminin daha da artabileceğini tespit etmişlerdir (Ferguson vd., 2014). Konuyla ilgili yapılan pek çok araştırma, yüksek düzeyde sosyal desteğin, genel stres düzeylerini ve yoksunluk belirtilerini azaltarak sigarayı bırakma girişiminden sonra sigara içme olasılığını azalttığını göstermiştir (Bandiera, Atem, Ma, Businelle ve Kendzor, 2016; Creswell, Cheng ve Levine, 2015). Bu nedenle acil durumlarda psikososyal sorunların tüm yaş gruplarında ve yaşlılarda iyi anlaşılması, bunlara yönelik müda-

halelerin belirlenmesi ve sosyal destek önemli görünmektedir (afetlerde psikolojik ilkyardım ve psikososyal destek).

4.6.5. Sosyal Medya, Yaşlı ve Bağımlılık

Sosyal etkileşim her yaşta bireyin temel ihtiyaçlarından biridir. Yaş ilerledikçe bireyin çevreyle iletişimi azalır. Eş ve yakın arkadaşların kayıpları, çocukların yaşlıdan uzak mesafede yaşaması gibi faktörler bireyi yalnızlığa ve sosyal medya kullanımıyla sosyalleşmeye sebep olabilir (Hutto vd., 2015). Yalnız yaşayan yaşlılarda bu çok daha önemli olabilmektedir. Günümüzde, sosyal medya ve dijital teknoloji kullanımı yaşlı bireyler arasında da hızla artmaktadır (Tuna Uysal, 2020; Sinav, 2019; Kalinkara ve Sarı, 2019). Sosyal medya uygulamalarından, facebook, instagram, pinterest, twitter, youtube vb sosyal ağlar, kullanıcılara profil oluşturma, görüntüleme, içerik yükleme, kendini ifade etme, tanıtım, mesajlaşma, diğer insanlarla bağlantı kurma ve mevcut sosyal bağlantılarını sürdürme imkanı tanımaktadır. Bu ağlar aynı zamanda bireylerin ortak ilgi alanlarını içeren sanal gruplara katılma, sosyal iletişim kurabilme, profilleri aracılığıyla birbirlerinin hobileri, ilgi alanları ve ilişki durumlarını görme fırsatı sunar (Kalinkara ve Sarı, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir araştırmaya göre; ABD'de 65 yaş ve üstü yaşlı nüfusun sosyal medya kullanım oranı 2008 yılında %3, 2010 yılında %14, 2015 yılında %35, 2018 yılında ise %37'ye yükselmiştir. İnternet kullanan yaşlıların %71'i her gün, %11'i ise haftada 3 ile 5 gün arasında internete bağlandıklarını belirtmişlerdir (Smith and Anderson, 2018). Türkiye İstatistik Kurumu hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması sonuçlarına göre; 2022 yılında hanelerin %94'nün evden internete erişiminin olduğu; internet kullanan 65-74 yaş grubundaki bireylerin oranı 2017 'de %11,3 iken, 2022 yılında %36,6'ya yükseldiği ve cinsiyete göre internet kullanan incelendiğinde, erkeklerin kadınlardan daha fazla İnternet kullandığı tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023). Demir Erbil ve Hazer'in (2021), Pandemi döneminde yaşlıların internet kullanımına ilişkin yaptıkları araştırma sonucuna göre; yaşlıların, interneti haftada ortalama 17,5 saat kullandıkları tespit edilmiştir. Loipha (2014) bu oranı ortalama 3.5 saat, Şahin ve Yıldırım (2019) ise haftalık ortalama kullanım süresinin 14.54 saat olduğunu belirlemişlerdir. Bu veriler, yaşlılarda internet kullanımının her geçen yıl daha da arttığını göstermektedir (Demir Erbil, Hazer, 2021; Şahin ve Yıldırım, 2019; Loipha, 2014). Yaşlılık ve sosyal medya bağımlılığına ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Yapılan çalışmalar, yaşlıların dijital teknolojileri kullanmasının yalnızlıkla başa çıkmada bir fırsat sunduğunu ve yaşam doyumuna katkı sağladığını göstermektedir. Ancak, sosyal medya bağımlılığının her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılar arasında da görülebileceği varsayılarak, bu konuda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Demir Erbil, Hazer, 2021; Tuna Uysal, 2020; Kalinkara, Sarı, 2019; Sinav, 2019).

4.6.6. Yaşlı ve Sigara Bağımlılığı

Sigara içmek, tüm dünyada hastalık ve ölümlerin en önemli sebeplerinden biridir ve önlenemez (Deepa vd., 2012). Amerika'da 65 yaş ve üstü her 100 yetiştikten yaklaşık 8'i (%8,3) sigara kullanmaktadır ve her yıl yaklaşık 300.000 yaşlı sigara ve oluşturduğu zararlar nedeniyle ölmektedir. Hem direkt sigara içmek hem de ikinci el dumana maruz kalmak, kardiyovasküler sistemi ani ve olumsuz etkiler. Koroner kalp hastalığı ve akciğer kanserine neden olur (CDC, 2023).

Sigara içmenin vücuttaki diğer etkilerine baktığımızda; nitrik oksit üretiminin azalması, pro-trombotik durum, artmış oksidatif stres ve aktive edilmiş enflamatuar yollar ile endotel fonksiyonunun bozulmasına neden olur. Bu nedenle, sigara içmek tüm kardiyak hastalık türlerine katkıda bulunmakla birlikte, vasküler etkilerde neden olur. Sigara oksidatif stresi ve inflamasyonu artırarak, sistolik ve diyastolik disfonksiyona neden olarak miyokardı olumsuz etkiler. Kan basıncı, artan kalp hızı, diyabet ve ateroskleroz, kalp yetmezliği gibi risk faktörlerini de destekler (Deepa vd., 2012). Eretil disfonksiyon, osteoporoz, kalça kırığı riski ve hareketlilik kaybına neden olur (Yarnel vd., 2020). Deepa ve arkadaşları yaşlılarda, sigara içme ve kalp yetmezliği ilişkisini araştırdıkları çalışmada, şuanda ve geçmişte sigara içmenin kalp yetmezliği riskini artırdığını bulmuşlardır (Deepa vd., 2012).

Barengo ve arkadaşlarının yaşlılarda sigara içme, kalp hastalıkları ve kanser ilişkisini inceledikleri çalışmada (2019), sigara içmenin hem orta yaşlı popülasyonda hem de yaşlılarda kardiyovasküler hastalık (KVH) ve kansere bağlı ölüm riskini artırdığını tespit etmişlerdir. Ayrıca KVH, kanser ve mortaliteyi azaltmak için sigarayı bırakmanın yaşlı popülasyonda çok faydalı olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, yaşlı bireylere sağlık çalışanları tarafından sigarayı bırakmalarının tavsiye edilmesi ve özellikle, sigarayı bırakma danışmanlığının rutin olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran yaşlı bireylere yapılmasını hedeflenmesini önermişlerdir (Barengo vd., 2019).

DİKKAT

Yaşlıların sigarayı bırakmayı düşünme noktasında ürettikleri çeşitli bahaneler vardır!

- Sigara içmek beni henüz öldürmedi!
- Artık çok geç; sigara bana çoktan zarar verdi!
- Sigara içmek beni rahatlatıyor!
- Sigarayı bırakırsam kilo alırım!
- Bırakmayı çok denedim, başaramam!

Yukarıdaki bahanelere rağmen, sigara içen yaşlıların sigarayı bırakmada gençlere oranla neredeyse iki kat daha fazla başarılı oldukları belirtilmektedir (CDC, 2023).

Sigarayı bırakmanın faydaları; sigarayı bırakmak her yaşta faydalıdır ve tütüne bağlı gelişen üç büyük hastalık olan kalp hastalığı, akciğer kanseri ve felç (inme) dahil olmak üzere hastalık risklerini azaltır. Hali hazırda tütüne bağlı hastalıklara yakalanmış olanlar için bile sigarayı bırakmak ölüm oranını azaltır, solunum semptomlarını tersine çevirir, pnömoni riskini ve pnömoniye bağlı ölüm, ağız ve akciğer kanseri riskini azaltır, yaşlının yaşam kalitesini yükseltir (Yarnel vd., 2020; Jopp vd., 2017; Deepa vd., 2012).

- 65 yaşından sonra sigarayı bırakan sigara içicisi, ortalama yaşam süresini iki ila üç yıl uzatabilir.
- Sigarayı bıraktıktan sonraki bir yıl içinde, koroner kalp hastalığı riskini yarı yarıya azaltır.
- Sigarayı bıraktıktan on yıl sonra sigarayı bırakmak akciğer kanseri riskini yarı

yarıya azalır.

- 60 yaşından sonra sigarayı bırakanların akciğer fonksiyonları, sigara içmeye devam eden akranlarına göre daha iyidir.
- Sigarayı bırakmak, koroner kalp hastalığı teşhisi konmuş yetişkinlerde ölüm veya ikinci bir kalp krizi riskini önemli ölçüde azaltır.
- Sigarayı bırakmak egzersiz toleransını artırır, sigaraya bağlı komplikasyonlardan amputasyon riskini azaltır ve genel sağ kalımı artırır.
- Sigarayı bırakmanın yaşlı bireylerin yaşam kalitesini olumlu etkileyeceği ve yaşamına yıllar katabileceği hatırlanmalıdır.
- Erken yaşlarda alınacak önlemlerin maksimum fayda sağlayacağı açıktır. Bu bakımdan ömür boyu sigarasız yaklaşımı en üst düzeyde seçmek iyi bir yol olabilir (Jopp vd., 2017).

İlginç bir veri olarak, sigaranın kendisi başlı başına yaşlanmayı kolaylaştırmaktadır. Sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre telomerler daha kısa bulunmuştur. Bu veri, tütün dumanına maruz kalma ve yaşlanmayla ilişkili hastalıklar arasındaki bağlantıyı ortaya koymaktadır (Astuti vd., 2017). Sigarayı bırakmak yalnızca sigara bağımlısı yaşlıya katkı sağlamaz aynı zamanda yaşlının, eşi, torunları, arkadaşları, komşuları için ikinci ve üçüncü el sigara dumanının tehlikelerini de azaltıp (CDC, 2023 çok daha güzel kokmasına neden olur. Diğer yandan, ileri yaşlarda tütünsüz yaşamın bir başka önemli yönü daha vardır. Yaşlı insanların çoğu büyükanne ve büyükbaba olup, muhtemelen torunları vardır. Bu da onlara genç nesiller için iyi rol model olma konusunda başka bir sorumluluk vermektedir. Yaşlıların rol model kimliği literatürde de tanımlanmıştır. Buna göre, *genç kuşakların genellikle sigara içmeyen yaşlı büyüklerini rol model seçtikleri* belirlenmiştir (Jopp vd., 2017). Tütün kullanımıyla küresel mücadele, genellikle tütün şirketlerinin manipülasyonlarını ortadan kaldırmak için genç yaşlara odaklanılır. Bu elbette anlaşılabilir bir yaklaşım ancak bu mücadelede yaşlıları da unutmamak gerekir. Yukarıda bahsedilen pek çok nedenden elimizde tütünsüz yaşama dair umut verici pek çok veri olduğunu da unutmamak gerekir.

4.6.7. Yaşlılıkta Alkol ve Madde Bağımlılığı

Yaşlılıkta madde kullanım bozuklukları, çok farkında olmadığımız ancak hızla büyüyen sağlık sorunları arasındadır. Yaşlılarda madde kullanım oranının %1 ile %67 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bu oldukça geniş bir aralık olmakla birlikte bu alandaki araştırmaların eksikliği, acele muayenehane ziyaretleri, yaşlı ayrımcılığı, dini ve sosyal baskıdan çekinme, yaşlılar ve bakım verenleri tarafından madde kullanımı durumunun reddedilmesi, teşhis ve taramada kullanılan araçların farklılığı, yaşlılıkta bağımlılığın olmayacağı kanısı gibi yanlış algılamalar yaşlılarda madde bağımlılığının yetersiz teşhis edilmesine sebep olmaktadır (Yarnel vd., 2019; Çavuşoğlu ve Demirkol, 2018; NIH², t.y). Ülkemizde ise bu konu halen bakir olup, yaşlılıkta madde bağımlılığının boyutuna ilişkin nerdeyse hiç veri bulunmamaktadır (Çavuşoğlu ve Demirkol, 2018).

Yaşlılıkta yukarıda ayrıntılı biçimde bahsedildiği üzere fizyolojik, toplumsal rol, sorumluluk ve ilişkilerde oldukça önemli değişiklikler ortaya çıkmakta bunlarda, psikolojik, sosyal/toplumsal değişiklikleri ve sorunları beraberinde getirmektedir (Çunmuş, Yiğitoğlu ve Akbaş, 2019). Kronik hastalıklar, yaşlı bir birey olarak hasta

eşinin primer bakım vereni olmak, eş ve arkadaş/akran kayıpları, emeklilik ile statü ve gelir kaybı, bazı yaşlıları alkol ve madde kullanımına yatkın hale getirebilmektedir (Pomidor and Palmer, 2016). Yaşlılarda en sık görülen madde bağımlılığı türü alkoldür. Genel olarak bağımlılık, madde bağımlılığı, madde kullanım bozuklukları ya da madde kötüye kullanımı diye ifade edilen bağımlılığı alkol, madde bağımlılığı ve reçetesiz ilaç kullanımı olarak ayrı alt başlıklarda ele almak daha uygun olacaktır.

DİKKAT

Yaşlılıkta alkol ve madde bağımlılığı, “ Görünmez Bir Salgındır” (<https://www.healthinaging.org>).

4.6.7.1. Yaşlılıkta alkol bağımlılığı

Yaşlılıkta alkol kullanımının sağlık üzerine pek çok olumsuz etkileri mevcuttur. Yaşla birlikte beden kütlesi ve toplam vücut sıvısının hacmi azalırken, yağ/kas hacmi artmakta, karaciğerin alkolü metabolize etme yeteneği azalmaktadır. Kan beyin bariyeri geçirgenliği ile alkolün sedatif etkisine karşı hassasiyet artmakta ve tüketilen alkol miktarı sabit kalsa bile kan alkol düzeyi yükselmektedir. Bu nedenle alınan alkol miktarı gençliktekiyle aynı kalsa bile, etkisi yaşlıda daha fazla hissedilmektedir (Yarnel vd., 2020; Kültegin, ty). Çok fazla alkol içmek, karaciğer sorunları dışında, kalp, hafıza sorunları, zayıflamış bağışıklık sistemi olmak üzere olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Özellikle yaşlı kadınlar bu anlamda çok daha fazla risk altındadır (Rising alcohol use amon older adults, (t.y). Yaşlı ve alkol tüketen bireylerde birden çok bunama türü daha yaygındır. Otopsi sırasında, alkolizm teşhisi konan kişilerin %78’inde beyin patolojisi kanıtı vardır (Yarnel vd., 2020).

DİKKAT

Birlikte alındığında alkolle kötü etkileşime giren ilaçlar;

- Aspirin,
- Parasetamol: Asetaminofen,
- Soğuk algınlığı ve alerji ilaçları,
- Öksürük şurupları,
- Uyku hapları,
- Ağrı kesiciler,
- Anksiyete ve depresyon ilaçları.

Yaşlının bu ilaçları alkolle birlikte alması oldukça tehlikeli hatta ölümcül olmaktadır (Sabuncuoğlu ve Özgüneş, 2015)).

Birçok kanser çeşidi alkol bağımlılığı yüzünden ilerleyebilir. Alkol kullanan bir kadında meme kanseri görülme olasılığının kullanmayanlara kıyasla 1,3 kat daha fazla gerçekleşme ihtimali olduğu belirtilmiştir. Alkol kullanan yaşlıların, alkol yanında sedatif ve analjezik ilaç kullanımı, tütün bağımlılığı ve bazen madde kullanımının alkolle eşlik ettiği de raporlanmaktadır (Kültegin, ty).

Yaşlılıkta alkol ve madde kullanımında iki durum söz konusudur. Birincisi daha önce yaşamı boyunca hiç alkol ve madde kullanmayan yaşlının yaşlılık döneminde alkol ve madde kullanmaya başlamasıdır. İkincisi ise genç yaşlardan beri alkol ve

madde kullanan yaşlının yaşlılık döneminde de hali hazırda kullanmaya devam etmesidir. İkisi de sağlık açısından istendik durumlar değildir. Moos ve arkadaşlarının yaşlılarda yüksek riskli alkol tüketimiyle ilgili araştırmasına göre (2010); 50 yaşına kadar içki içme sorunu olan bireylerin yaşamın ileri dönemlerinde de yüksek riskli alkol tüketimi ve alkolle ilgili sorunlar yaşayabildiğini göstermiştir (Moos vd., 2010). Bu sonuç genç yaştan itibaren alkolden uzak kalmanın önemli olduğunu düşündürmektedir.

Yaşlılıkta alkol sorununun yaşlı bireylerde %7-30 oranında intihara yol açtığı ifade edilmektedir. Alkol bağımlısı olan yaşlıların yaklaşık yarısında depresyon olduğu ve alkolün yaşlılar üzerindeki diğer etkilerine bakıldığında ise alkole bağlı boşanma, evsizlik, pedofili gibi cinsel sapkınlıklar ve şiddete başvurma/egilim gibi durumlarının da gelişebildiği tespit edilmiştir (Kültegin, ty).

Yaşlılıkta alkol bağımlılığı tedavi edilebilir mi?

Alkol bağımlısı olan yaşlının tedavisinde, yaşlılarda da en az genç insanlar kadar ve ya daha iyi iyileşme gösterebilmektedir. *Yaşlıda alkol tedavinin üç amacı vardır;*

1. Alkol kullanımının azaltılması veya bırakılması,
2. Tıbbi ve psikiyatrik komorbid durumların tedavisi,
3. Relaps riskini azaltmak için psikososyal ve diğer değişikliklerin yaratılması.

Alkol bağımlılığı olan yaşlıların, ilerleyen zamanlarda profesyonel bakıma ve bakım verene ihtiyacı olabileceği unutulmamalıdır. Yaşlıların gençlikten itibaren sağlıklı sosyal bağlarının olması önemlidir. Moos ve arkadaşlarının çalışmasında (2010), aile üyelerinden ve arkadaşlarından yardım almanın daha düşük alkol tüketimi ile ilişkisi bulunmuştur (Moos vd., 2010). Sağlıklı sosyal ağlar ve aile ilişkileri ile yaşlıların desteklenmesi ve yalnızlıkları paylaşılmalıdır. Bu yolla alkole olan savunmasızlıkları azaltılabilir mi diye araştırılmalıdır. Alkol sadece kullananları değil, kullananların çevresindeki insanları da olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla alkol sağlık için zararlı olduğu kadar, yol açtığı sosyal sorunlarla bireyler ve aileleri için yıkıcı sonuçlar doğurabilmekte ve toplumsal yaşamı olumsuz etkilemektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

4.6.7.2. Yaşlılıkta alkol dışı, diğer maddelerin bağımlılığı

Yaşlanma, madde bağımlılığına karşı savunmasızlığı artırabilecek sosyal ve fiziksel değişikliklere yol açabilir (Yarnel vd., 2019; NIH², t.y). Uyuşturucu ve alkolün yaşlanan beyin üzerindeki etkileri hala tam olarak bilinmemektedir. Ancak, yaşlının vücudu bu maddeleri daha yavaş metabolize eder ve beyinleri ilaçlara karşı daha duyarlıdır (Addiction in elderly, 2023).

Radyolojik olarak yapılan bir çalışmaya göre, gençliğinde kokain bağımlısı olan kişilerin, kokain kullanmayan kontrol gruplarına kıyasla, yaşa bağlı olarak temporal lob gri maddesinde daha hızlı bir düşüş ve daha küçük bir temporal loba sahip olabileceği öne sürülmüştür. Bu, onları yaşlandıkça kokain kullanımının olumsuz sonuçlarına karşı daha savunmasız hale getirebilir. İleri yaşlılıkta, duyu durum bozuklukları, akciğer ve kalp sorunları veya hafıza sorunları yaşama olasılıkları daha yüksek olabilir (NIH², t.y).

Uyuşturucu maddeler, yaşlıda var olan sağlık sorunlarını şiddetlendirerek, kötüleştirir. Bazıları, muhakeme, koordinasyon veya reaksiyon süresi gibi durumları

etkileyerek, düşme ve motorlu taşıt kazaları gibi kazalara neden olabilir. Bu tür yaralanmalar, genç yetişkinlere göre sağlık için daha büyük bir risk oluşturabilir ve daha uzun bir iyileşme süresini gerektirebilir (NIH², t.y).

DİKKAT

Yaşlılıkta madde bağımlılığı için risk faktörleri;

Erkek olmak

Boşanmak veya eşin kaybı

Yalnızlık ve sosyal izolasyon, Depresyon, yas,

Zihinsel ve fiziksel sağlıkta düşüş,

Aile fertleriyle çatışma,

Huzurevine yerleşme veya yer değiştirme,

Yaşama dair amacını kaybetme,

Kronik ağrılar,

Uyku problemi,

Terminal dönem kanser,

Gelir kaybı ve finansal zorlanma,

Engelli olmak,

Primer bakım veren olmak,

Dini inancın olmaması sayılabilmektedir (Yarnel vd., 2020).

Madde bağımlısı olan yaşlılar, nörotoksisite ve ilaca bağlı yan etkiler yaşama riski altındadır. Beyindeki, ilaç metabolizmasındaki ve farmakokinetikteki yaşa bağlı değişiklikler, yaşlı bir bireyin bu yan etkilere karşı savunmasızlığına katkıda bulunur. Nispeten düşük seviyelerde uyuşturucu veya alkol, yaşlı kişilerde azalan fizyolojik rezerv nedeniyle altta yatan fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarını şiddetlendirilebilir ve hızlandırabilir. Yasadışı veya reçeteye yazılmış maddeler ayrıca tıbbi veya psikiyatrik sorunlar için uygulanmakta olan ilaçların yan etkilerini artırıp çapraz reaksiyona neden olabilir veya artırabilir (Yarnel vd., 2020).

DİKKAT***Yaşlılarda madde bağımlılığı ne kadar yaygındır diye bakıldığında;***

- Her beş yaşlıdan üçü düzenli ağrı kesici kullanmaktadır ki bunlar bağımlılık yapabilmektedir.
- Her beş yaşlıdan en az biri merkezi sinir sistemini etkileyen ilaç kullanmaktadır.
- Yaşlıların yaklaşık %11'i Benzodiazepin grubu bağımlılık yapabilen, yatıştırıcı ilaç kullanmaktadır.
- Her üç yaşlıdan birinin alkolle ilgili sorun yaşadığı bildirilmektedir (Pomidor and Palmer, 2016).

Yaşlı bireylerde polifarmasi de; madde bağımlılığı içine giren önemli konulardan birisidir ve tehlikeleri oldukça iyi bilinmektedir. İlaçların istenmeyen yan etkileri (ciddi ilaç-ilaç etkileşimleri) yaşlılarda sık görülür. Yaşlılıkta reçeteli ilaçların, iyi klinik yönetimi çok önemlidir. En sık karşılaşılan problemler ilaç alkol etkileşimi ve ilaç-ilaç etkileşimidir. Psikoaktif reçeteli ilaçların kullanımı ve yanlış kullanımı, tıbbi olmayan kullanıma ve hatta bağımlılığa yol açabilir. Çok sayıda araştırma, 50 yaş ve üstü yetişkinler arasında en sık kullanılan yasa dışı uyuşturucuların tıbbi olmayan amaçlarla kullanılan reçeteli psikoterapötik ilaçlar olduğunu ortaya koymuştur. İlaçların yanlış kullanımı veya gelişigüzel reçetelenmesi bilişsel gerileme, bozulmuş fiziksel koordinasyon ve artan mekanik yaralanma riski ile ilişkilidir (Kuerbis, 2014).

Benzodiazepinler ve opioit içeren ağrı kesici ilaçlar, yaşlı bireyler için kötü ve benzersiz riskler oluştururlar. Yaşlılarda, bu bileşiklerin vücutta metabolizması uzar. Ayrıca, benzodiazepinler gibi yağda çözünen ilaçlar, yağ/kas oranı yaşla birlikte artan yaşlı kişilerde daha uzun yarılanma ömrüne sahiptir (Kuerbis, 2014). Bu ilaçların etki süresinin uzaması, aşırı sedasyon, hipotansiyon ve düşme riskinde artışa neden olabilir.

Barbitüratlar, zararlı yan etkiler için benzer potansiyele sahiptir. Alkol ve esrar, bu ilaçların yatıştırıcı özelliklerini daha da artırır. Özellikle, benzodiazepinler ve opioidler, yaşlıları orantısız bir şekilde etkileyen ağrı ve uyku semptomlarının tedavisine yardımcı olmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, tehlikeleri göz önüne alındığında, reçete yazanların bu maddeleri reçetelemenin risklerini göz önünde tutarak yarar zarar oranına göre dikkatli bir şekilde değerlendirmesi ve önermesi gerekir (Yarnell vd., 2020).

Qato ve diğerlerinin, 57-85 yaşları arasındaki 3.000 yetişkin üzerinde yaptıkları çalışmaya göre (2008); reçeteli ilaçların reçetesiz ilaçlar ve diyet takviyeleri ile gayri ihtiyari olarak yaygın şekilde karıştırıldığını göstermiştir. Bireylerin, %80'inden fazlası bunlardan en az bir tane kullandığını ifade etmiştir. Neredeyse %50'nin beş ve daha fazla ilaç veya takviye kullandığı, bu yaş grubundaki 25 kişiden en az birinin ise büyük bir ilaç-ilaç etkileşimi riski yaşadığı tespit edilmiştir (Qato vd., 2008). İyi niyetli veya art niyetli olarak yaşlıların ilaç kullanımı, bağımlılık yapıp yapmayacağı gibi durumlar sağlık profesyonellerince dikkatli biçimde takip edilmelidir.

Opioidlerin kullanımı; kanser gibi kalıcı ağrıya neden olan sağlık sorunları yaşayan yaşlılarda karmaşık olabilir. İlerlemiş kanseri olan hastaların %80'i, kalp hastalığı olan hastaların %77'si ve 65 yaş ve üstü bireylerin %4-9'unun reçeteli opioid grubu ağrı kesici ilaç kullandıkları belirlenmiştir (Lehmann ve Fingerhood, 2018).

Esrar kullanımı; üzücü olarak hem tıbbi hem de eğlence amaçlı nedenlerle giderek daha fazla kabul görmekte ve yaşlı bireylerde kullanımı artmaktadır. Bazı ülkelerde yasal şekilde, çeşitli rahatsızlıklar için yardımcı bir terapi olarak kullanıldığı görülmektedir (örneğin, kanser, glokom, mide bulantısı, kronik ağrı, amiyotrofik lateral skleroz, Parkinson hastalığı ve demansın nöro davranışsal belirtileri gibi). Yaşlı kişilerde esrar kullanımı, kalp atış hızı, solunum hızı ve kan basıncının yanı sıra, alımın ilk saatinde kardiyak olay riskinin dört kat artmasına neden olur. Esrar ayrıca klasik olarak kısa süreli hafıza bozukluğu ile ilişkilidir ve altta yatan bilişsel bozukluk (ör: Demans) varsa onu şiddetlendirebilir, karıştırabilir. Yaşla birlikte meydana gelen normal fizyolojik değişiklikler nedeniyle, esrarın olumsuz etkilerine karşı savunmasız olan yaşlı bireylerde esrarın kullanımına mutlak bir dikkatle yaklaşılmalıdır (Khoury , Maliha ve İbrahim, 2022; Yarnel vd., 2020).

DİKKAT

Yaşlıda hangi durumlarda madde bağımlılığından şüphelenilmelidir? *

- Yalnız ya da gizli içme,
- Akşam yemeğinden önce, yemekle birlikte veya sonrasında içmenin ritüel haline gelmesi,
- Hobilere ya da diğer zevkli etkinliklere karşı ilgisizlik veya ilginin azalması,
- Reçeteli ilaçların üzerindeki uyarılara rağmen ilaçla birlikte içki içmek,
- Sık sık yatıştırıcı ilaç kullanmak,
- Sonradan ortaya çıkan konuşma bozukluğu,
- Boş likör, şarap veya bira şişeleri,
- Nefeste alkol kokusu duyulması,
- Kişisel görünüm veya hijyendeki değişiklikler,
- Kronik sağlık şikayetleri,
- Agresif tavırlar veya depresyon,
- Hafıza kaybı ya da kafa karışıklığı (Pomidor ve Palmer, 2016).

*Amerikan Ulusal Alkolizm ve Uyuşturucu Bağımlılığı Konseyi önerisi.

Kokain kullanımı; yaşlılar da dâhil olmak üzere tüm yaş gruplarında, kardiyovasküler (sol ventrikül hipertrofisi, iskemik kalp hastalığı, aort veya serebrovasküler ateroskleroz, kalp ritmi ve repolarizasyon bozuklukları ve vazospazm), pulmoner (özellikle sigara içilmişse), serebrovasküler (inme, subaraknoid ve intraserebral kanama, anevrizma rüptürü ve serebral iskemi), kanama disfonksiyonu (kokainin doğal protrombotik özellikleri), immün disfonksiyon (sitokin yükselmeleri) ve psikiyatrik komplikasyonlar ile ilişkilidir. Yaşlılıkta kokain kullanımının ve bağımlılığının olumsuz etkisini araştıran çalışma olmayıp, bununla birlikte mevcut kanıtlar, yaşlı kişilerde kokain kullanımıyla kalp ve serebrovasküler sorunların sıklığının arttığını göstermektedir (Yarnel vd., 2020).

Yaşlılarda bağımlılık genellikle hafife alınır ve yetersiz teşhis edilir. Bu durum yaşlıların ihtiyacı olan tedavi ve yardımı almalarını engelleyebilir (Addiction in elderly, 2023). Öteki taraftan yaşlılıkta meydana gelen fiziksel değişikliklerin neden olduğu sorunlar ve kronik hastalıklar nedeniyle yaşlıda madde bağımlılığının tanısını koymak karmaşıktır. Alkol ve madde bağımlılığı, diğer tıbbi ve mental sağlık sorunlarının belirtilerini taklit edebilir. Yaşlıyla karşılaşan doktorların/sağlık profesyonellerinin bu durumu mental ya da fiziksel sağlığın bozulmasıyla ilişkilendirmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, yaşlıya özgü tanı ve tarama araçlarını geliştirilmesini önemli bir zorunluluktur (Yarnell vd., 2020; Addiction in elderly, 2023). Yaşlılarda madde bağımlılığının tedavisinde; doktor takibinde farmakolojik tedavi önerildikten sonra ilaç dışı yaklaşımlarla tedaviye devam edilmelidir. Madde bağımlılığı ile ilgili tedavi birden çok basamağı içerir. Bu basamaklar, detoksifikasyon, rehabilitasyon ve relapsın önlenmesi olarak sıralanabilir. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara ilaç dışı yaklaşım çeşitleri aşağıda sıralanmıştır. Ayrıca Amerikan Bağımlılık Tıp Derneği, madde bağımlılığı tedavisinde yaşlılar için etkili tedavi olarak ta aynı yak-

laşımları önermektedir;

- Eğitim, Bilişsel davranışçı yaklaşımlar,
- Grup temelli yaklaşımlar,
- Bireysel danışmanlık,
- Tıbbi/Psikiyatrik yaklaşımlar,
- Evlilik-Aile katılımı/Terapisi,
- Eğlence terapisi,
- Vaka yönetimi (Yarnell vd., 2020; Çavuşoğlu ve Demirkol, 2018).

Özet noktalar

Yaşlılık döneminde bağımlılık, toplum ve sağlık çalışanları tarafından çoğu zaman farkında olunmayan, görmezden gelinen veya ihmal edilen konulardan biridir. Ancak yaşlılarda da tüm yaş gruplarında olduğu gibi bağımlılık görülebilmektedir. Yaşlılık döneminde en çok görülen bağımlılık türü ise alkol bağımlılığıdır. Sigara kullanımı da azımsanmayacak kadar fazladır. Bunlardan başka yaşlılarda esrar, koka-in, çeşitli nedenlerle kullanılan benzodiazepinler, barbitüratlar, opioidler ve benzeri ilaçlarda kullanılmakta ve bağımlılık yapılabilmektedir.

Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeniyle madde kullanımına bağlı ortaya çıkan belirtiler yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişikliklerle karıştırılabilir ve yanılabilir. Örneğin demans ön tanısıyla gelen bir yaşlıda alkol veya madde bağımlılığı olabilir. Yaşlılara özgü tarama ve tanı testleri olmaması önemli bir sorun gibi görünmektedir. Yaşlı ve ailelerinin dini veya sosyal nedenlerle madde bağımlılığını gizlemeleri, sağlık profesyonellerinin bu konuya yeterince dikkat etmemeleri yaşlıların ihtiyacı olan yardımı almalarını engelleyebilir.

Yaşlıların neden madde kullandığı ve bağımlı olduklarının araştırılmasına, yaşlıya özgü tanı ve tarama testlerinin geliştirilmesine, bağımlı yaşlının tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda yaşlı, aile üyeleri, sağlık profesyonelleri ve topluma büyük görevler düşmektedir. Bağımlılıklar, sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında maddi sorunlara, aile içi şiddete, istismara ve aile huzurunu bozarak boşanmalara yol açarak ailenin dağılmasına sebep olur. Bağımlı bireylerin suça yönelebilir, bu toplumsal düzenin bozulmasına, çevre kirliliğine ve ekonomik kayıplara neden olur. Bağımlı bireyin madde arayışı ve bağımlılık sonrası tedavi süreci iş gücü kaybı demektir. Sağlık, sosyal, güvenlik, adalet ve ceza sistemleri üzerine yük getiren toplumsal bir sorundur. Bağımlı bireylerin tedavi ve rehabilitasyon sürecinde tüm toplumun katılımı ve desteği de şart gibi görünmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Amerika Birleşik Devletleri'nde orta yaşlı ve yaşlı yetişkinlerin esrar kullanımı: 2015–2016

Araştırma problemi/Amaç: Amerika'da orta yaşlı ve yaşlı yetişkinler arasında esrar kullanımının arttığı gözlemlenmekle birlikte, bu nüfusun kullanım şekline dair bilgiler oldukça sınırlıdır. Bu araştırma, Amerika'daki orta yaşlı ve yaşlı bireylerin esrar kullanım durumunu ve buna ilişkin özellikleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve yöntem: Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması'nın 2015 ve 2016 yıllarındaki uygulamalarında, 50 yaş ve üzerindeki 17.608 yetişkinin yanıtları kesitsel bir analizle incelenmiştir. Bu çalışmada, geçtiğimiz yıl esrar kullanımının yaygınlığı tahmin edilmiş ve orta yaşlı yetişkinler (50-64 yaş) ile yaşlı yetişkinler (65 yaş ve üzeri) arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Geçmişte esrar kullanan bireylerin demografik özellikleri, madde kullanımı alışkanlıkları, kronik hastalık durumları ve acil servis kullanımları gibi faktörler esrar kullanmayanlarla kıyaslanmış ve bu veriler yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. Ayrıca, esrar kullanım özellikleri orta yaşlı ve yaşlı yetişkinler arasında değerlendirilmiştir. Geçtiğimiz yıl esrar kullanımının ilişkili faktörlerini belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Önceki yıl, esrar kullanım oranı 50-64 yaş arası yetişkinlerde %9,0, 65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde ise %2,9 olarak tespit edilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu, nikotin bağımlılığı, kokain kullanımı ve reçeteli ilaçların (örneğin, opioidler, sakinleştiriciler ve yatıştırıcılar) kötüye kullanımı ise esrar kullanıcıları arasında, esrar kullanmayanlara kıyasla daha yaygın bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Çalışma, orta yaşlı ve yaşlı yetişkinler arasında esrar kullanımının korelasyonlarını inceleyerek, aynı zamanda sağlıklı ve potansiyel olarak riskli madde kullanımına katılım gösteren yaşlı esrar kullanıcılarından oluşan bir alt grubu tanımlamaktadır. Bu bulgular, yaşlı bireylerde çoklu madde kullanımına yönelik tarama yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Yaşlı nüfusta esrar kullanımının yaygınlığının artmaya devam etmesi muhtemel olsa da, bu kullanımın riskleri ve potansiyel faydaları halen belirsizliğini korumaktadır. Dolayısıyla, sağlık profesyonellerinin bu popülasyondaki esrar kullanımının etkilerine dair mevcut araştırma eksikliği hakkında hastalarını bilgilendirmesi büyük önem taşımaktadır (Han ve Palamar, 2018).

KAYNAKLAR

- Addiction Center (2024). Addiction in the elderly. Erişim: 20.06.2023, <https://www.addictioncenter.com/addiction/elderly/>
- Addiction in the elderly, SAMSHA, (t.y), Erişim: 23.06.2023, <https://www.addictioncenter.com/addiction/elderly/>
- Afetler ve Afet Yönetimi, Erişim: 04.07.2023, <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=160129>
- Afetlerde ve acil durumlarda psikolojik ilk yardım ve psikososyal destek. Erişim: 04.07.2023, [https://krtnadmn.karatekin.edu.tr/files/karatekin/afetlerde/Afetlerde%20ve%20Acil%20Durumlarda%20Psikolojik%20C4%B0lk%20Yard%C4%B1m%20ve%20Psikososyal%20Destek_Pdf%20\(1\).pdf](https://krtnadmn.karatekin.edu.tr/files/karatekin/afetlerde/Afetlerde%20ve%20Acil%20Durumlarda%20Psikolojik%20C4%B0lk%20Yard%C4%B1m%20ve%20Psikososyal%20Destek_Pdf%20(1).pdf)
- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 3(3), 347-354. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.752133>
- Alexander, AC., Ward, KD., Forde, DR., Stockton, M., Read, MC. (2019). Do current smokers use more cigarettes and become more dependent on nicotine because of psychological distress after a natural disaster? *Addict Behav.* 93:129-134. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.01.030. Epub 2019 Jan 25. PMID: 30710806; PMCID: PMC8581625.
- Alpteker H. (2019) Bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ve çözüm önerileri. Vize yayıncılık. Ankara, ISBN: 978-605-9278-88-1
- Alpteker H. (2020) Editör: Prof.Dr.Ayfer Karadakovan. Yaşlıda destek bakım, Bölüm30. Afet ve acil durumlarda yaşlıya destek bakım. Akademisyen Kitabevi.
- Astuti, Y., Wardhana, A., Watkins, J., Wulaningsih, W. (2017).PILAR Research Network. Cigarette smoking and telomere length: A systematic review of 84 studies and meta-analysis. *Environ Res.*158: 480-9.
- Aydoğmuş Atalay, G. ve Çakır, Ö. (2021). Kronik hastalığa sahip bireylerin afetlerde zarar görebilirliği. *Hastane Öncesi Dergisi*, 6 (2):243-261.
- Bandiera, F.C., Atem, F., Ma, P., Businelle, M.S., Kendzor, D.E. (2016). Post-quit stress mediates the relation between social support and smoking cessation among socioeconomically disadvantaged adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 71–76. 10.1016/j.drugalcdep.2016.03.023
- Barengo, N.C., Antikainen, R., Harald, K., Jousilahti, P. (2019). Smoking and cancer, cardiovascular and total mortality among older adults: The Finrisk Study. *Prev Med Rep.* 24;14:100875. doi: 10.1016/j.pmedr.2019.100875.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). Smoking and tobacco use, Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States. (2023, 04, May). Erişim: 01.06.2023, https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm
- Christos I, Alexandros M, Aikaterini F, Kiriaki T, Lambrini K. (2015). Diseases of the musculoskeletal system in the elderly. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 3, 58-62.
- Creswell, K.G., Cheng, Y., Levine, M.D. (2015). A Test of the Stress-Buffering Model of Social Support in Smoking Cessation: Is the Relationship Between Social Support and Time to Relapse Mediated by Reduced Withdrawal Symptoms? *Nicotine & Tobacco Research*, 17(5), 566–571. 10.1093/ntr/ntu192
- Çakır, Ö., Aydoğmuş Atalay, G. (2020) Afetlerde özel gereksinimli grup olarak yaşlılar. *Dirençlilik Dergisi*. Cilt: 4 Sayı: 1, 169- 186, DOI: 10.32569/resilience.630540. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/resilience/issue/54609/630540>
- Çavuşoğlu, Ç., Demirkol, M. E., (2018) Yaşlılarda bağımlılık, *Bağımlılık Dergisi*, 19(3):59-69
- Çunkuş., N, Taşdemir Yiğitoğlu, G., Akbaş., E. (2019).Yaşlılık ve toplumsal dışlanma, *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2 (2): 58-67.
- Deepa, M.G., Kalogeropoulos, A.P, Georgiopoulos, V.V., et al. (2012) Cigarette Smoking Exposure and Heart Failure Risk in Older Adults: The Health, Aging, and Body Composition Study. *Am Heart J* 2012;164(2): 236-42. (PMID: 22877810).
- Demir Erbil, D., Hazer, O. (2021). Covid-19 pandemi sürecinde yaşlıların internet ve sosyal

- medya kullanımı üzerine nitel bir çalışma. Sosyal bilimlerde covid-19 salgını dönemler ve değişim dinamikleri - 2 (pp.43-56), Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Boden, J.M., Mulder, R.T. (2014). Impact of a Major Disaster on the Mental Health of a Well-Studied Cohort. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 1025–1031. 10.1001/jamapsychiatry.2014.652
- Guo., Z, Tang., P, Zhang., L., Li., R. (2023). Tobacco and alcohol consumption and the risk of frailty and falling: a Mendelian randomisation study, *J Epidemiol Community Health*. 23;77:349–354. doi:10.1136/jech-2022-219855
- Hall, A., Boulton, E., Kunonga, P., Spiers, G., Beyer, F., Bower, P.,...Hanratty, B. (2021). Identifying older adults with frailty approaching end-of-life: A systematic review. *Palliative medicine*, 35(10), 1832–1843. <https://doi.org/10.1177/02692163211045917>
- Han, H.B., Palamar J.J. (2018) Marijuana use by middle-aged and older adults in the United States, 2015–2016, *Drug and Alcohol Dependence*, 191(1): 374-381.
- Hutto, C. J., Bell, C., Farmer, S., Fausset, C., Harley, L., Nguyen, J., Fain, B. (2015). Social media gerontology: Understanding social media usage among older adults. 13, 69–87. doi:10.3233/WEB-150310
- Jopp, D.S., Jung, S., Damarin, A.K., Mirpuri, S., Spini, D. (2017). Who is your successful aging role model? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 72(2):237-47.
- Kalınkara, V., Sari, İ. (2019). Yaşlılarda sosyal ağ kullanımı ve yalnızlık ilişkisinin belirlenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 12(1), 8-19.
- Kalınkara, V. (2011). *Temel gerontoloji: Yaşlılık bilimi*. (1. basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kapucu, S. Ünver, G. (2017). Kırılgan yaşlı ve hemşirelik bakımı. *Osman Gazi Tıp Dergisi*, 122 -129, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/299204> <https://doi.org/10.20515/otd.288967>
- Khoury, R., Maliha, P., Ibrahim, R., (2022). Cannabis use and misuse in older adults. *Clin Geriatr Med*, 38 (2022) 67–83 <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.07.003> geriatric.theclinics.com 0749-0690/22/a 2021, <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0749069021000653/first-page-pdf>
- Kojima G, Iliffe S, Jivraj S, et al. (2018). Does current smoking predict future frailty? the English longitudinal study of ageing. *Age Ageing*, 8;47:126–31.
- Koyoma, S., Tabuchi, T., Jun, A., Osaka, K., Miyashiro, I. (2021). Determinants of Increased Tobacco Consumption Following a Major Disaster, *Disaster Med Public Health Prep*, Feb;15(1):20-24. doi: 10.1017/dmp.2019.160. Epub 2020 Mar 18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32183911/>
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D.G., Moore, A.A. (2014). Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med*. 30:629-654.
- Kültegin, Ö. (t.y) *Özel Popülasyonlar*, Erişim: 20.07.2023, http://www.ogelk.net/dosyade-po/ozel_durumlar.pdf
- Lehmann, S., Fingerhood, M. (2018). Substance-use disorders in later life. *N Engl J Med*. 13; 379(24): 2351-2360. doi: 10.1056/NEJMra1805981
- Loipha, S. (2014). Thai elderly behavior of internet use. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 147:65-74.
- Moos, R.H., Schutte, K.K., Brennan, P.L., Moos, B.S. (2010). Late-life and life history predictors of older adults' high-risk alcohol consumption and drinking problems. *Drug Alcohol Depend*. 1;108(1-2):13-20. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.005.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcolism1 (NIH1) (t.y). *Alcohol's effects on health. Older adults*, Erişim: 10.05.2023, <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/older-adults>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcolism2 (NIH2) (t.y). *Substance use in older adults drug facts*. Erişim: 01.05.2023, <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-older-adults-drugfacts>
- Pomidor, A., Palmer, M. (2016). *Older Adults and Substance Abuse Awareness*, Erişim: 03.07.2023, <https://www.healthinaging.org/blog/older-adults-and-substance-abuse-awareness-2/>

can Association for Geriatric Psychiatry. 28(2), 226–236. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.06.005>

Zhu X, Sun B. (2017). Study on earthquake risk reduction from the perspectives of the elderly. *Saf Sci.* 91:3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753516302004>

BÖLÜM 5.1

Mindfulness / Bilinçli Farkındalık

Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM

Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

5.1.1. Mindfulness ile İlgili Kavramlar

5.1.1.1. Mindfulness

5.1.1.2. Farkındalık Tutumları

5.1.1.3. Bağımlılıkla mücadelede mindfulness temelli müdahalelerin (mindfulness-based interventions -MBI) kullanımı

5.1.1.4. Bağımlılıkta mindfulness mekanizmaları

5.1.1.5. Bağımlılıkta kullanılan mindfulness temelli müdahaleler

5.1.1.6. Bağımlılıkta hemşirelik bakımı

Özet Noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

*Dalgaları durduramazsınız ama sörf yapmayı öğrenebilirsiniz.
Jack Kornfield*

Mindfulness temelli müdahaleler (Mindfulness-based Interventions -MBI); sigara, içki, opioid kokain ve eroin gibi maddelerin kullanımı da dâhil olmak üzere bir dizi bağımlılık davranışı için bir tedavi olarak incelenmektedir. Bu bölümde mindfulness ile ilgili kavramlar ve bağımlılığa yönelik kullanılan mindfulness temelli müdahaleler (Tablo 5.1.1.) konuşulacaktır.

Tablo 5.1.1. Mindfulness ile İlgili Kavramlar

Mindfulness
Farkındalık Tutumları
Bağımlılıkla mücadelede mindfulness temelli müdahalelerin (mindfulness-based interventions -MBI) kullanımı
Bağımlılıkta mindfulness mekanizmaları
Bağımlılıkta kullanılan mindfulness temelli müdahaleler
Bağımlılıkta hemşirelik bakımı

5.1.1. Mindfulness ile İlgili Kavramlar

5.1.1.1. Mindfulness

Mindfulness, bilinçli olarak şimdiki an içinde ve yargılayıcı olmadan belirli bir şekilde dikkati yönlendirme becerisidir. Şu anda mevcut anın içinde bireyin kendisinde veya çevresinde olup bitenleri olduğu haliyle, yargılamadan, merakla, değiştirmeye çabalamadan gözlemlemek ve fark etmektir (Kabat-Zinn, 2009). Bu durum, mevcut deneyimlere, bilişlere, algılara ve duygulara eleştirel olmayan, dikkat odaklı bir odaklanma ile karakterize edilir (Kiken vd., 2015).

5.1.1.2. Farkındalık Tutumları

Mindfulness pratiği için temel olan tutumlar şu şekilde tanımlanmaktadır:

Yargıları fark etmek: Düşüncelere ve yargılara, beğenilere ve hoşlanmayanlara kapılmadan deneyimi gözlemlemek, tepkileri fark etmektir. Başkalarını, kendimizi, deneyimlerimizi ve genel olarak dünyayı yargılamak insan doğasında vardır. Olumsuz yargılar yorgun, stresli veya mutsuz olduğunda daha da kötüleşme eğilimindedir. Mindfulness, yargılamadan meraka geçmektir (Kabat-Zinn, 2009; Kabat-Zinn, 2013; Atalay, 2019a; Fitzgerald, 2020; Williams ve Kraft, 2022).

Trey'in Hikâyesi

Trey beş aydır alkol ve reçeteli ağrı kesici ilaç kullanmıyordu. Her sabah en az birkaç dakika meditasyon yapmaya ve geceleri uykuya dalmak için rehberli bir meditasyon dinlemeye başlamıştı. Dikkatini yemek pişirmek veya duş almak gibi günlük işlere vermektan keyif alıyordu. Kendi hayatında giderek daha fazla var olduğunu hissediyordu. Ancak günün büyük bölümünde hala tedirgin hissediyordu. Danışmanı bu duyguları araştırdığında, Trey “insanlar manyak gibi araba kullanı-

yor” veya “iş yerim her zaman buz gibi” veya “iyileşme grubumdaki herkes çok fazla konuşuyor!” gibi şeyler söyledi. Neyse ki Trey’in danışmanı farkındalık konusunda oldukça bilgiliydi. Trey’in bulmacanın önemli bir parçasını kaçırdığını biliyordu: yargılamayı bırakmak.

İçinde bulunduğunuz anı eleştiriyorsanız, olana direniyorsunuz demektir. Şimdiki anı yargılamadan karşılayabilmek için açıklık yaratmalısınız. Bazen bunu yapmanın en iyi yolu bedenden geçer. Bedeniniz pek çok bilgelik barındırır ve fiziksel olarak bir şeyler üzerinde çalışarak duygusal ve davranışsal değişikliklere de kapı açabilirsiniz. Aşağıdaki egzersiz, yargılayıcı tutumlarınızı fark etmeniz için bedeni kullanmayı amaçlamaktadır (Williams ve Kraft, 2022).

Açık Vücut Duruşu

Açık vücut duruşu egzersizi için on dakika ayırın. Oturmak için kollarınızı rahatça yana uzatabileceğiniz bir yer bulun. Gözlerinizi kapatın ve karnınızdan yavaş ve derin nefes alın. Ellerinizi kucağınızda rahatça dinlendirin. Bütün kaslarınızın gevşediğini hissedin. Vücudunuzun sanki havada asılıymış gibi hafif olduğunu hayal edin. Bu sırada kollarınızda bir ağırlık veya gerginlik hissediyorsanız, onları yavaşça göğsünüzün üzerinde çaprazlayarak bir ‘X’ işareti yapın. Bu pozisyonda birkaç saniye durun ve vücudunuzdaki tüm gerginliğin yok olduğunu hayal edin. Sonra kollarınızı yavaşça yanlara doğru açın, sanki kocaman bir kuşun kanatlarını açıyormuşsunuz gibi. Bu hareketle birlikte derin bir nefes alın ve tüm vücudunuzun rahatladığını hissedin. Göğsünüzün tamamen açılmasına izin verin, kürek kemiklerinizin sırtınızdan aşağıya doğru biraz daha yaklaştığını hissedin. Derin bir nefes alın, ciğerleriniz oksijenle dolsun. Vücudunuz açılırken başınız hafifçe geriye düşebilir, sanki güneşi yüzünüzde hissetmek için gözlerinizi kapatıyormuşsunuz gibi. “Kanatlarınızı” aşağıda tutmak, omuzların gevşemesine izin vermek, kolları baş aşağı V şeklinde tutmak yardımcı olabilir. Suyun kollarınızdan aşağı aktığını, parmak uçlarınıza kadar geldiğini ve yumuşak bir şekilde yere düştüğünü hayal edin. Bu açık beden pozisyonunu ve burada fark ettiğiniz her şeyi deneyimlemek için zaman ayırın. Ellerinizi dinlenme pozisyonunda kucağınıza geri koyun ve tüm dikkatinizi her bir duruşa vererek bu hareket dizisini size değerli geldiği sürece tekrarlayın. Her yeni uygulamada deneyiminizin değişebileceğini bilerek, deneyiminizi tanımlayın (Williams ve Kraft, 2022).

Başlangıç ruhu: Her şeyi sanki ilk kez görüyormuş gibi görmeye istekli olmaktır.

Çocuklar bir topu fırlatmak ve zıplamasını izlemek gibi küçük şeylerden bile heyecan duyarlar. Bir yetişkin için bu bilinen ve dolayısıyla dikkat çekmeyen bir durumdur. Ancak bir çocuğun yenilik deneyimi, sadece onları izleyerek hissedebileceğimiz her şeyi kapsayan bir mutluluk getirir. *Başlangıç ruhu, bildiğinizi düşündüğünüz şeyleri bir kenara bırakıp etrafınızdaki dünyayı sanki ilk kez görüyormuş gibi yeni ve taze bir bakış açısıyla* görmekle ilgilidir. Bu, bir tedavi planını takip ederken özellikle yararlı bir ilkedir. İnsanlar bağımlılıklarını yönetmek için davranış değişikliği üzerinde çalışmaya başladıklarında, ilk gün her zaman en iyisidir. Program yenidir, denenecek harika iç görü geliştirici faaliyetler vardır ve daha büyük bir şeyin çekiciliği hissedilir. Yine de bir noktada, bu yenilik kaçınılmaz olarak yıpranır. Tedavi programı kalıplaşmış hissettirmeye başlar. “*Yapmak zorundaymışız*” gibi hissetmek farkındalığı etkiler, öğrenebileceklerimizden bizi uzaklaştırır ve süreci zahmetli bir sorumluluğa dönüştürür. İşte bu noktada başlangıç ruhu yardımcı olabilir. Farkındalık, yeniden bir yenilik duygusu deneyimlemeyi sağlar. Her an tam olarak deneyimlendiğinde, artık “yapmak zorunluluğu” hissi tarafından yönlendirilmeyiz. Tedavi planına daha bağlı ve bilgili hissederek daha olumlu bir duruma yönlendiriliriz (Fitzgerald, 2020).

Öz – şefkat: Şefkat, birinin acısına karşı derin bir ilgi ve anlayış hissidir. İnsan acısını gerçek bir nezaketle karşılamanın, acıyı sevgiyle kabul etmenin bir yoludur. Kendinize bu tür bir özen göstermek ise öz-şefkatin tanımıdır (Williams ve Kraft, 2022). Öz şefkat zorlu zamanlarda kendimizi eleştirmek yerine kendimize karşı daha kibar olabilmeyi, böyle zamanlarda bu sıkıntıyı sadece ben yaşıyordum gibi hissetme eğilimimizi acının evrenselliğini fark etmeye dönüştürebilmeyi içerir (Atalay, 2019b). Bir mücadele veya meydan okuma anında olduğunuzda, kendinize özen gösteriyor musunuz? Bir hata yaptığınızı hissettiğinizde, bu deneyimi nezaketle karşılıyor musunuz? Acı çektiğinizde, kendinize sevgiyle yaklaşıyor musunuz? Hiç kimse bunu mükemmel bir şekilde yapmaz. Bazen diğer insanlara, hatta yabancılarla bile kendinize duyduğunuzdan daha fazla şefkat duyduğunuz fark edebilirsiniz. Belki de yıllarca süren bağımlılıktan dolayı suçluluk, utanç veya düşük özsaygı taşıyor olabilirsiniz (Kabat-Zinn, 2009; Williams ve Kraft, 2022).

Kabul etmek: Kabul, zevke ve sıkıntıya eşit derece de açık olmayı, kazanmayı karşıladığımız gibi kaybetmeyi de karşılamayı kolaylaştıran bir tutumdur. Kabul, pasif bir eylemden ziyade fark etmekle başlayıp kaçmamayı seçmekle devam eden aktif bir eylemdir (Atalay, 2019a). Olmasını istediğimiz gibi değil, her şeyi olduğu gibi, net bir şekilde görme tutumudur. *Bağımlılık söz konusu olduğunda kabullenme, şu anki benliğin ve mevcut durumun net bir şekilde görülmesine yardımcı olur. Farkındalığın bu ilkesi bağımlılıkla mücadele eden insanlar için özellikle yararlıdır çünkü bağımlılığın en büyük sonuçlarından biri olan kontrol kaybına karşı koyar.* Bağımlılık kişinin varoluşuna çok fazla müdahale ettiği ve pek çok kararın arkasındaki neden haline geldiği için, iyileşme sürecindeki pek çok kişi bağımlılığın hayatlarına ne yaptığı gerçeğiyle yüzleşemeyeceklerinden endişe eder. Ancak kontrol kaybını kabul etmek, sağlıklı bir tepki verme yoludur (Fitzgerald, 2020).

- **Sabır:** Sabır her şeyin bir vakti olduğunu kabul ederek, olayların kendi zamanlarında geliştiğini kabul etmektir. Hayatın karşımıza çıkardıklarıyla başa çıkabilme yeteneği herkes için mevcut olan bir kapasitedir. Zor olan ise bu yeteneğe erişmektir. Sabır, acılarımız ve denemelerimiz sırasında bize yardımcı olan başa çıkma becerilerinden biridir; sabırlı olarak, mevcut durumumuza karşı harekete geçmek yerine onu onaylamış oluruz. Ancak her zaman sabırlı olmak sağlıklı olacaktır, çünkü harekete geçmenin ve bir değişiklik yapmanın faydalı olduğu birçok durum vardır. Yani sabrı öğrenmek dengeyi öğrenmekle ilgilidir. Korkular, rasyonalizasyonlar ve kopukluklar insanları bir bağımlılık döngüsü içinde sıkışmış hissettiren şeylerdir. Sabır pratiği yaparak bu korkular kucaklanır ve kişiye, hayatına müdahale eden engeller olsa da, bunun insan deneyiminin bir parçası olduğunu hatırlatılır (Atalay, 2019a; Fitzgerald, 2020).

- **Güven:** Kendinize ve kendi temel bilgeliliğinize güvenmektir. Kendine güven, kişinin kendi duyguları ve ruh hali hakkında daha fazla farkındalık ve anlayış sağlar. Başkalarına güvenerek onlara izin verildiğinde ise, tam olarak etkileşime girebilir ve mevcut olunabilir. Başkalarına güvenilmediğinde, tetikte olmak gerektiği hissi ortaya çıkar. Bu da kişiyi başkaları ile etkileşim halindeyken o anda var olmaktan alıkoymaz. Bağımlılıkla mücadele ederken, geçmişte güvendiği kişiler tarafından incitilen bireyler bu olaylar nedeniyle başkalarına güvenmekten korkabilir. Bazen bu genel güvensizlik yardıma karşı direnç olarak algılanır. Farkındalığı uygulamak ve güvene odaklanmak, başkalarının niyetlerini daha net görmeyi sağlar. Bu, diğer insanlarla olan ilişkide bir güven duygusu yaratır. Bağımlılıkla mücadele ederken, kendi ihtiyaçlarına güvenmek bile korkutucu görünebilir. Kendine güvenmemek,

kişinin kendinden ve hayatından kopuk olmasının bir başka ifadesidir. Bağımlılık insanları bağlantıda olmaktan alıkoyar ve bu da bağımlılığa yaslanma ihtiyacını besler. Farkındalık bu tuzaktan kurtulmanın bir yolunu sunar, bireyin kendi ile olan bağlantısını güçlendirir (Fitzgerald, 2020).

Akışına Bırakmak: Her şeyin gelip geçici olduğunu görebilmek, unutmak, hissetmemek ve düşünmemek yerine tutunulan her ne ise onunla özdeşleşmemektir. Tutunulan her ne ise bunu fark etmek, onlara mesafe alabilmenin en becerikli yolu şimdiki “ana” odaklanmaktır. Deneyimler hakkında düşünmek yerine mevcut “anın” akışı içinde olmaktır (Atalay, 2019a; Kabat-Zinn, 2009).

Anda Kalabilme: Kalabalık bir yerde sürekli olarak ebeveyninden uzaklaşan, ancak defalarca yakalanıp gözaltına alınan bir çocuk gibi, zihnimiz geçmişe ve beklenen geleceğe doğru gezinme eğilimindedir. Serbestçe dolaşmasına izin verilirse, zihin, gezgin çocuk gibi kaybolabilir ve bunalabilir, kendini evinden (şimdiki an) uzakta bulabilir ve güvenlik ve huzur duygusunu kaçırabilir. Geçmiş ve gelecekle ilgili düşünceler doğası gereği “tehlikeli” veya “kötü” olmasa da, insanlar o kadar sabitlenebilir veya bunlarla kaynaşabilir ki, odaklanma, şimdi ve burada hareket etme yeteneklerini kaybederler. Bunun çözümü, geçmişini düşünmek yerine, kişinin şimdiki anın farkında olarak hayata aktif bir şekilde katılabilmesidir. Bu, kişinin mevcut anı yaşaması ve düşünceleriyle boğulmak yerine, günlük aktivitelerde daha bilinçli ve katılımcı olabilmesidir (Turner vd., 2013).

5.1.1.3. Bağımlılıkla mücadelede mindfulness temelli müdahalelerin (mindfulness-based interventions -MBI) kullanımı

Gün içinde çoğunlukla “otomatik pilota yaşarsınız. *Ya/ya da ve siyah/beyaz* terimleriyle düşünürüz. Bir olayla ilgili otomatik düşünce ve duygularımıza o kadar kapılırız ki, “*o andaki deneyimi gerçekte olduğu gibi görmeyiz*” (Kabat-Zinn, 2013). Yorgunluk, açlık, öfke veya acı gibi bedensel duyumlarla temas halinde olmayabiliriz. Mindfulness, kişiyi daha ayırt edici olmak ve gerçek deneyimleri onlar hakkında yapılan yorum ve yargılardan ayırt etmek için eğitir. Zor ve nahoş durumları kabulle karşılamak ve başlangıçta deneyimlenen duygu ve düşünce akışının daha fazla farkında olmak için kişiyi eğitir. Bunu yaparak, stresi yönetmek ve farklı başa çıkma stratejileri bulmak için tepki değil de yanıt verebilme ve kendine alan açma öğrenilir (Atalay, 2019a; Kabat-Zinn, 2013) .

Stres ve olumsuz yaşam olayları, alkol ve diğer uyuşturucu bağımlılığının en sık bildirilen nedenleri arasındadır (Marlatt ve Donovan, 2005). Bağımlılığı olanlarda, stres sisteminin (hem merkezi hem de periferik) aktivasyonunun uyuşturucu aşermesi üzerinde derin etkileri vardır. Bu da bağımlılıktan kurtulmak isteyenlerin nüksetme yatkınlığını artırabilir. Madde kullanım bozukluğu olan birçok kişi geçici, stres azaltıcı ve duygusal başa çıkma aracı olarak alkole başvurur (Sinha ve O'Malley, 1999). Bağımlılık nörobilimindeki gelişmeler, bağımlılık için potansiyel bir terapi olarak eski zihinsel eğitim uygulaması olan mindfulness'a artan ilgi ile paraleldir. MBI'ler; sigara, içki, opioid kokain ve eroin gibi maddelerin kullanımı da dâhil olmak üzere bir dizi bağımlılık davranışı için bir tedavi olarak incelenmektedir (Garland ve Howard, 2018). Jon Kabat-Zinn 1979'da Massachusetts Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Mindfulness Temelli Stres Azaltma Programını (Mindfulness-based Stress Reduction –MBSR) oluşturmuştur (Kabat-Zinn, 2009). İlk olarak kronik ağrı için uygulanan MBSR, tıbbi bir ortamda uygulanan ilk mindfulness temelli stres ile baş etmeye yönelik müdahalededir.

MBSR ve Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-based cognitive therapy- MBCT) gibi MBI'lerin, psikiyatrik bozukluklar ve semptomlar için kanıta dayalı uygulamalarla etkili olduğu ve diğer tedavilerle karşılaştırılabilir olduğu gösterilmiştir (Goldberg vd., 2018). Madde kullanım bozuklukları, fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde zarar verici sonuçları olan yaygın ve kalıcı psikiyatrik durumlardır. Son zamanlarda, MBI'ler bağımlılık tedavisinde kanıta dayalı çalışmalarla test edilmektedir (Marcus, 2021). MBI'ler, insanların bağımlılıklarını bırakmaya çalışırken ortaya çıkabilecek kopukluk hissine karşı koruyucu bir güçtür. Zihnin şimdiye daha fazla odaklanması için rehberlik etmeyi amaçlar. Dikkati burada ve şimdide toplayarak, zor şeyleri kabul etme ve bırakma öğrenilir. Bağımlılıkla ilişkili sorunların çoğu, dikkati dağıtma ve kaçınmaya dayanır. Bağımlılıkla mücadele eden insanlar, insan olma deneyiminin acısından kaçmak için, kendilerini uyuşturmanın yollarını ararlar. İnsanlar, acı ve hayal kırıklığı yaşadıkdan sonra, duygularının, çevrelerinin, kendileri ve en yakınları hakkındaki inançlarının güvenilmez olduğunu düşünmeye başlarlar. Şimdiki "anda" olmak zorlaştığında, mevcut duygu veya düşüncelerle başa çıkmak için bir alternatif bulmaya yönelirler. İnsanlar, bu düşünce ve duyguları yönetmenin en kolay ve en hızlı yollarını bulma eğilimindedir. Ne yazık ki, çoğu zaman bu kolay ve hızlı yol, deneyimleri doğru bir şekilde işlemeye izin vermeyip bireyi sürekli olarak krizde hissettirir (Fitzgerald, 2020).

DİKKAT

MBI'ler, insanların bağımlılıklarını bırakırken ortaya çıkan kopukluk hissine karşı koruma sağlayarak, mevcut anın farkındalığını artırıp, zor duygularla başa çıkmayı öğretir.

Mindfulness, bireyi düşünceleri, duyguları ve bedensel duyuları ortaya çıkartıkça kabul etmeye ve bunların süreksizliğini fark etmeye teşvik eder. Bağımlılık tedavisinin bir bileşeni olarak mindfulness eğitimi özellikle zorlayıcıdır, çünkü kişinin rahatsız edici düşünce ve duygulardan kaçınması veya bunları bastırması için madde kullanması (veya yemek yemesi, alışveriş yapması vb.) yerine an be an düşünce ve deneyimlerini kabul etmesini teşvik eder (Marcus, 2015). Mindfulness, bireyi bir alternatif sunar. Bağımlılıkla mücadele eden birinin şimdiki zamanda kalmasını ve bağımlılık yapıcı davranışlara başvurmadan zor düşünce ve duygularla baş etmesini sağlar. Ayrıca, bağımlılık deneyiminin kendisinin yeniden çerçevelenmesine yardımcı olur. Bireyin bağımlılık sürecini (başlangıç, relaps, tedavi) kabul etmesine izin verir. Yargılama ya da suçlama bırakılır. Bağımlılığa dair bakış açısını değiştirmek, kişinin bunun neden kendi başına geldiğine dair baskıyı üzerinden atmasına ve bağımlılık sürecini yönetmek için mevcut olana yeniden odaklanmaya yardımcı olabilir. Bu yeniden çerçeveleme, insanların damgalanmak yerine anlaşıldıklarını hissetmelerine yardımcı olur. Tedavi programına farkındalık eklemek, zihnin bağımlılığı bir bütün olarak yönetme yeteneğini geliştirir, daha büyük bir güven duygusu yaratır ve bağımlılıkla ilgili deneyimleri kötü ya da yanlış olarak değerlendirme hissinin ortadan kaldırmaya yardımcı olur (Fitzgerald, 2020).

MBSR'nin psikiyatrik bozuklukların tedavisinde ki başarısı, ruh hali ve kaygı üzerindeki olumlu etkileri, MBI'lerin bağımlılık bozukluklarına göre uyarlanarak geliştirilmesine yol açmıştır (Witkiewitz vd., 2005). Farkındalık Temelli Nüks Önleme (Mindfulness-Based Relaps Prevention (MBRP) ve Farkındalık Odaklı İyileşme Geliştirme (Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement -MORE) gibi MBI'ler doğrudan bağımlılığı destekleyen mekanizmaları ele alacak şekilde uyarlanmıştır

(Marcus, 2021). MBI'lerin, standart tedaviye kıyasla bağımlılık bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır (Byrne et al., 2019; Cavicchioli vd., 2018; Sancho vd., 2018). Aşırı akıllı telefon kullanan üniversite öğrencilerde MBI sonrasında, akıllı telefon kullanımı önemli ölçüde azalmıştır (Lan vd., 2018). MBI'lerin tikinircasına yemenin tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur (Godfrey vd., 2015).

5.1.1.4. Bağımlılıkta mindfulness mekanizmaları

Mindfulness'ın halk ve sağlık camiasındaki artan popülaritesiyle birlikte, son yıllarda bilim insanları, mindfulness eğitimi alan bireylerde terapötik gelişimin altında yatan mekanizmaları anlamaya yönelik çalışmalar yapmıştır (Shonin ve Van Gordon, 2016). Bu çalışmaların sonuçlarından bazıları aşağıda verilmiştir:

Yapısal Beyin Değişiklikleri: Nöropsikolojik görüntüleme çalışmaları, farkındalığın beynin çeşitli bölgelerinde (ön singulat korteks, insula, default mod ağ yapıları, sol hipokampus, temporo-parietal bağlantı ve fronto-limbik ağ) nöroplastik değişikliklere neden olabileceğini göstermiştir (Hölzel vd., 2011). Mindfulness ile ilişkili beyin değişimleri; öğrenme ve hafıza kapasitesinde artma (Holzel vd., 2010), öz düzenlemenin gelişmesi (MacKenzie ve Baumeister, 2015) ve interoseptif farkındalıkta artma (D'Antoni vd., 2022) ile ilişkilidir.

Azalmış Otonomik Uyarılma: Birçok mindfulness uygulaması solunumu ve buna bağlı olarak kalp atış hızını yavaşlatarak vagal tonusu iyileştirir (Zitron ve Gao, 2017).

Algısal Değişim: Mindfulness uygulamaları, düşünce, duygu ve duyuşsal uyarılara yanıt verme biçiminde algısal bir değişim yaratmaktadır (Jerath vd., 2012).

Öz-Farkındalıkta Artış: Mindfulness, öz-farkındalığı artırabilir ve bu da, olumsuz ruh hali durumlarını ve düşünme kalıplarını tanımlama ve etiketleme yeteneğini geliştirebilir (Gillespie vd., 2012).

Bağımlılık İkamesi: Mindfulness ile ilişkilendirilen huzurlu ve mutlu hallerin, bağımlılık sorunları olan bireylerin yaşadığı "sarhoşluk" veya "uyuşturucu kullanımı" gibi durumların yerine kullanılabileceği öne sürülmüştür (Shonin vd., 2014). Bu mekanizma, "negatif bir bağımlılığın" (örn. uyuşturucu, alkol, kumar vb.) "pozitif bir bağımlılıkla" (yani meditasyon/mindfulness) değiştirilmesini içerir (Shonin ve Van Gordon, 2016). Bu yöntem, bağımlılık tedavisinin erken aşamalarında yararlı olabilir, bireyler daha sonra mindfulness'a olan bağımlılığı bırakmaya teşvik edilmelidir (Van Gordon vd., 2016b).

Dürtü Sörfü: Dürtü sörfü, bireyin gözleme ve zihinsel dürtülere tepki vermemesi sürecini ifade eder (Shonin ve Van Gordon, 2016). Davranışsal bir dürtüyü gözlemek, onu nesnelleştirmeye yardımcı olur ve bu da dürtünün kendiliğinden dağılmasını sağlar. Böylece, "dürtüyü yönetirler" ve böylece bağımlılıkla ilgili aşermeyi daha iyi düzenleyebilirler (Van Gordon vd., 2016b). İç deneyimler, yükselecek, zirve yapacak ve sonunda düşecek olan bir okyanus dalgasıyla karşılaştırılabilir. Her dalga bir süre sonra sönümlenir ve deniz yüzeyine karışır. İç deneyimlerimiz de tıpkı dalgalar gibi geçicidir. Ne kadar yoğun olursa olsun, her duygu, her düşünce, bir süre sonra yerini başka birine bırakır.

Birçok kişi dalgayı durdurmak için genellikle geçici olarak işe yarayan ancak uzun vadede dalgayı güçlendiren stratejiler kullanır (savaşma, kaçınma, dikkat dağıtma, teslim olma vb.). Buna bir örnek, dürtü ve istek duyduğunda seçtiği ilacı

kullanan biri olabilir. Dürtü veya aşırma, maddenin ilk kullanımından sonra kesilebilir, ancak ilaç etkisi geçince kaçınılmaz olarak geri döner (çoğu zaman daha da güçlenir). Pek çok kişi bu döngüye kapılır ve hissetmemeye ya da deneyimlemeye hizmet ederek hayatlarını dikkat dağınıklığı içinde yasarlar. Dürtü sörfü, bireyi işleri yavaşlatmaya, nefes almaya ve dürtüsel hareket etme isteğini veya dürtüsünü rahatlatmaya teşvik eden bir stratejidir. Kontrol stratejilerini kullanmak yerine, kişi sonunda içsel deneyimlerin geçici olduğunu ve çok az duygusal ve fiziksel çabayla gelip geçeceğini öğrenebilir (Turner vd., 2013) .

Bırakma: Bilişsel, duygusal ve duygusal süreçlerin ortaya çıkışını ve çözülmesini dikkatli bir şekilde gözlemleyerek, farkındalık uygulayıcılarının varoluşun geçici doğasını daha iyi anladıkları iddia edilmektedir (Van Gordon vd., 2016a). Bu, (diğer şeylerin yanı sıra) nesnelere, insanlara, durumlara ve kavramlara olan bağlılığı azaltmaya ve olumsuz duygusal durumları düşünme kalıplarına ve davranışlara hükmetmeden önce 'bırakmayı' teşvik etmeye yardımcı olur (Shonin vd., 2016).

5.1.1.5. Bağımlılıkta kullanılan mindfulness temelli müdahaleler

Mindfulness temelli stres azaltma (MBSR)

Atalay (2019a), Kabat –Zinn'in ilk farkındalık çalışmalarını kanser hastalarının ağrı ve stresini hafifletmek için yaptığını bildirmiştir. Mindfulness temelli stres azaltma anda olmayı öğretmeye odaklanan bir grup psikoeğitim programıdır. Program, kabul edici bir tutum yoluyla herhangi bir anda neler olduğunun farkında olmasını amaçlar. İnsanlarda alışkanlık haline gelen negatif düşünceler, duygular ve davranış kalıplarından kaçınma yerine; artan farkındalık ve kabul etme ile bireylerin başa çıkma becerilerinin artmasına yardım eder. Program sekiz hafta süren, iki buçuk saatlik oturumlardan oluşmaktadır. Altıncı ve yedinci oturumlar arasında bir sessizlik günü yapılmaktadır (Tablo 5.1.2) (Atalay, 2019a).

Tablo 5.1.2. MBSR programının içeriği (Kabat-Zinn, 2009):

Birinci oturum: Farkındalığı keşfetmek, otomatik pilottan çıkmak
İkinci oturum: Kendimize ve dünyaya bakış /algılar
Üçüncü oturum: Bedende yaşamak
Dördüncü oturum: Stres ve stresi farkındalıkla karşılamak
Beşinci oturum: Stres tepkisi ve stres arttırıcı düşüncelerle uğraşmak
Altıncı oturum: Farkında iletişim
Sessizlik günü (6- 8 saat): Derin bir varoluş farkındalığı
Yedinci oturum: Kendine özel göstermek
Sekizinci oturum: Veda ve yeni bir başlangıç

Tıpkı kasları güçlendirmek için düzenli egzersiz yapıldığı gibi, zihinsel sağlığı güçlendirmek için de mindfulness uygulamalarını hayatın bir parçası haline getirmek önemlidir. Mindfulness uygulamaları formal ve informal olarak uygulanabilmektedir. İnfomal, yani günlük mindfulness uygulamaları; günlük rutin içinde değişiklik yapmadan ve uygulama için ayrı bir zaman ayırmadan her gün yapılan işleri farkındalık ile yapmaktır. Yemek yerken, yürürken, araba kullanırken, çalışırken o anda olmak-

tır. *Formal mindfulness uygulamaları*; beden tarama egzersizi, farkındalıkla nefes, mindful yoga, oturma ve yürüme meditasyonudur (Atalay, 2019a).

Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-based cognitive therapy - MBCT)

MBCT, MBSR ve bilişsel-davranışçı terapi unsurlarını birleştirir. Tekrarlayan majör depresif bozukluk tanılı remisyonadaki hastalarda depresyon nüksünü önlemek üzere geliştirilen bir terapi programıdır. MBCT sekiz saat boyunca grup formatında uygulanır. Meditasyon, vücut taraması, dikkatli Hatha Yoga ve dikkatli yürüyüş uygulamalarını içerir. MBCT'nin temel amacı, hastalara depresif düşünceleri tanımlarını, bu düşüncelerin zihinde sürekli olmadığını fark etmelerini ve onlarla özdeşleşmeden geçici olduklarını anlamalarını sağlamaktır. Böylece, depresif düşünceler ortaya çıkmaya devam etse bile, hastalar bu düşüncelerin kendilerini daha kötü hissetmelerine neden olmasını engellemeyi ve depresif dönemlerin tekrarlamasını önlemeyi öğrenirler (Segal vd., 2013). MBCT programlarının genel olarak depresyon ve anksiyete üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Bulat ve Baltacı, 2021).

Farkındalık Temelli Nüksetmeyi Önleme (MBRP)

MBRP, bilişsel-davranışçı stratejileri ve farkındalık temelli uygulamaları bütünleştiren, manuelleştirilmiş, sekiz oturumluk bir grup programıdır. İlk madde bağımlılığı tedavisini tamamlamış ve yoksunluğun erken aşamalarında olan yetişkinler için alternatif bir ayakta tedavi sonrası bakım seçeneği olarak tasarlanmıştır. Uygulamalar ve beceriler, potansiyel olarak tetikleyici durumların ve ipuçlarının farkındalığını artırmak, dürtüleri, arzuları ve bunlarla ilişkili fiziksel veya duygusal rahatsızlığı tepki vermeden tekrar tekrar gözlemleyerek bilişsel ve davranışsal tepkiyi azaltmak için tasarlanmıştır. Katılımcılara formal mindfulness uygulamaları öğretilir (örneğin, oturarak nefes farkındalığı, beden tarama vb.) ve günlük yaşamda bağımlılıkla ilgili tetikleyicilerle karşılaştıklarında (örneğin, “dürtü sörfü” ve “SOBER” [dur, gözlemler, nefes al, farkındalığı genişlet ve dikkatli bir şekilde yanıt ver] öğretilir. MBRP'ye gömülü mindfulness uygulamaları, madde kullanımıyla ilişkili içsel (ör. bilişler, duygular, duyular) ve dışsal (ör. arkadaşlar, fiziksel ortamlar) ipuçlarına ilişkin farkındalığı artırmayı ve hastaların daha becerikli, sağlıklı davranışlarda bulunmasına yardımcı olmayı amaçlar (Bowen vd., 2011).

Ampirik bulgular, MBRP'nin olumsuz etkilere ve isteklere yapıcı bir şekilde yanıt verme becerisini geliştirdiğini, alkol ve uyuşturucu kullanımında önemli azalmalara yol açtığını göstermektedir (Bowen vd., 2011). MBRP, daha yüksek kardiyak vagal kontrol ve daha düşük stres/endişeli reaktivite ile ilişkilidir. Olumsuz duyguların nüksetmenin önemli bir bileşeni olduğu göz önüne alındığında, bu sonuçlar, mindfulness'ın madde kullanım bozukluğu olanlar için yararlı olabileceğini göstermektedir (Carroll ve Lustyk, 2018).

Farkındalık Odaklı İyileşme Geliştirme (MORE)

MORE, manuelleştirilmiş, bütünleştirici bir tedavidir. Sekiz ila 10 haftalık iki saatlik grup seansı şeklinde sunulmaktadır. MORE, bağımlılık yapan davranışların ve kronik hastalıkların temelinde yatan bir dizi faktörü ele almak için pozitif psikoloji kavramları, bilişsel-davranışçı terapi stratejileri, bilişsel sinirbilim ve mindfulness eğitiminden yararlanır.

Psikoeğitim, deneyimsel egzersizler ve evde farkındalık uygulaması vurgulanmaktadır. Mindfulness eğitiminin MORE'da çok sayıda işleve hizmet ettiği düşünül-

mektedir: Bunlar:

(a) ağrı veya bağımlılıkla ilgili ipuçlarına dikkat sabitleme konusunda daha fazla farkındalık,

(b) ağrı veya aşırma hislerinin duygusal olarak işlenmesinden duygusal olarak işlenmesine geçme becerisinin artması,

(c) psikolojik esnekliğin artması,

(d) negatif duygular ve bağımlılık davranışları ile ilişkili işlevsiz bilişleri yeniden değerlendirme yeteneğinin geliştirilmesi

(e) doğal olarak ödüllendirici deneyimlerin tadını çıkarmak (örn, gün batımını izlemek).

Diğer mindfulness müdahalelerine göre MORE, ödül işleme ve mutluluğa (ödomatik) odaklanmasıyla benzersizdir. Müdahale kılavuzu mevcuttur (Garland, 2013).

MORE protokolünün sigara içenlerde sigara içmeyi önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), ventral striatumda ve medial prefrontal kortekste sigaraya karşı nöron işaret reaktivitesinin azaldığı, doğal sağlıklı ödüllerin tadını çıkarırken aynı bölgede artan duyarlılık tespit edildi (Froeliger vd., 2017). Reçeteli opioid kullanıcılarına uygulanan sekiz haftalık MORE sonrasında nicel opioid kötüye kullanımı ve aşırmanın azaldığı tespit edilmiştir (Garland vd., 2017).

Farkındalık Temelli Bağımlılık Tedavisi (Mindfulness Based Addiction Treatment -MBAT)

MBAT, MBSR'yi sigarayı bırakmaya yönelik bilişsel davranışsal/nüksetmeyi önleme kuramına dayalı bir yaklaşımla bütünleştirdiği için, MBAT yakından MBCT'ye göre modellenmiştir (Segal vd., 2002). MBAT, MBCT tedavi prosedürlerini yakından takip eder, ancak depresyonla ilgili materyali nikotin bağımlılığıyla ilgili materyale değiştirir. MBAT, oturumlar içinde ve arasında MBCT ile aynı yapıyı kullanır (Vidrine vd., 2016).

5.1.1.6. Bağımlılıkta hemşirelik bakımı

Bağımlılık, yaş, ırk, cinsiyet ve sosyoekonomik statüden bağımsız olarak, yaşam boyunca, tüm coğrafi bölgelerdeki bireyleri etkilemektedir. Bu da hemşireliği, bağımlılığın önlenmesi, tedavisi ve yönetimine önemli katkılar sağlamak için benzersiz bir konuma getirmektedir. Hemşireler, savunuculuk, hasta eğitimi, koruyuculuk, tarama, kısa müdahale, tedaviye sevk, araştırma ve kanıta dayalı uygulamalar yoluyla sağlık politikasının şekillendirilmesinde önemli roller üstlenmektedir (Mumba ve Snow, 2017). Hemşireler MBI eğitimi aldıktan sonra, MBI'leri aktif şekilde uyguluyorlar. Türkiye'de Mindfulness Institute' de Prof. Dr. Zümra Atalay başkanlığında yürütülen MBSR, MBCT MBCT Eğitmenliği sertifikalarını, ruh sağlığı alanında çalışan psikiyatri hemşireleri de almaktadır (Atalay, 2023).

Mindfulness, holistik hemşirelik uygulamalarına benzer teorik bakış açlarına sahiptir, fiziksel, duygusal, psikososyal ve ruhsal esenliğin geliştirilmesini destekleyebilir ve sağlığı bütüncül olarak geliştirmenin teoriden pratiğe dönüştürülmesine yardımcı olabilir. Mindfulness'ı hemşirelik eğitimine, uygulamasına ve araştırmasına daha bilinçli bir şekilde entegre etmek, terapötik hemşirelik niteliklerini artırabilir,

hemşirelerin kendileri ve başkaları için var olma konusunda belirli bir yol geliştirmelerine yardımcı olabilir ve tamamen teorik bir bilme yolundan daha somutlaştırılmış ve bütüncül bir bilme biçimine geçiş yaratabilir (White, 2014).

DİKKAT

Mindfulness, bireyi düşünceleri, duyguları ve bedensel duyumları ortaya çıkıkça kabul etmeye ve bunların süreksizliğini fark etmeye teşvik eder. Bağımlılık tedavisinin bir bileşeni olarak mindfulness eğitimi özellikle zorlayıcıdır, çünkü kişinin rahatsız edici düşünce ve duygulardan kaçınması veya bunları bastırması için madde kullanması (veya yemek yemesi, alışveriş etmesi vb.) yerine an be an düşünce ve deneyimlerini kabul etmesini teşvik eder. Mindfulness, bireye bir alternatif sunar. Bağımlılıkla mücadele eden birinin şimdiki zamanda kalmasını ve bağımlılık yapıcı davranışlara başvurmadan zor düşünce ve duygularla baş etmesini sağlar.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Uyğurucu bağımlıları arasında mindfulness temelli nüks önleminin (MBRP) etkinliği: randomize kontrollü klinik çalışma

Bu çalışma da; MBRP'nin uyğurucu kullanım sıklığı, olumsuz sonuç beklentileri, olumlu sonuç beklentileri, tedaviye hazır olma durumu, depresyon, anksiyete ve uyğurucu kullanımı sorunları olan toplumda yaşayan kişilerin farkındalığı üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. MBRP'nin olağan tedaviye kıyasla nüksü azaltmadaki etkinliğini test etmek için randomize kontrollü klinik bir çalışma tasarlanmıştır. Bu çalışmaya Tayvan'ın Taoyuan şehrinde bulunan bir toplum tedavi merkezine kayıtlı 49 kişi (deney grubu: 24, kontrol grubu: 25) katılmıştır. Deney grubunda, MBRP programı sekiz hafta boyunca haftada bir kez iki saat uygulanmıştır. Ön test, son test ve üç aylık takip değerlendirmeleri yapılmıştır. MBRP'nin, üç aylık takip süresi boyunca nüks önleme stratejisi olarak etkili bir müdahale olduğu, mindfulness'in özellikle duyguları düzenlemede faydalı olduğu ve uyğurucu kullanımının şiddetini azalttığı bulunmuştur (Lai vd., 2023).

Özet noktalar

Bu bölümde mindfulness ile ilgili bazı kavramlar ele alınmıştır. Bu kavramlar; mindfulness, farkındalık tutumları, bağımlılıkla mücadelede mindfulness temelli müdahalelerin (mindfulness-based interventions - MBI) kullanımı, bağımlılıkta mindfulness mekanizmaları, bağımlılıkta kullanılan mindfulness temelli müdahaleler ve bağımlılıkta hemşirelik bakımındır. Mindfulness, bilinçli olarak şimdiki an içinde ve yargılayıcı olmadan belirli bir şekilde dikkati yönlendirme becerisidir. Bu, mevcut anın içinde bireyin kendisinde veya çevresinde olup bitenleri olduğu haliyle, yargılamadan, merakla ve değiştirmeye çabalamadan gözlemlemek ve fark etmektir. Bu durum, mevcut deneyimlere, bilişlere, algılara ve duygulara eleştirel olmayan, dikkat odaklı bir odaklanma ile karakterize edilir. Jon Kabat-Zinn, 1979'da Massachusetts Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Mindfulness Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR) oluşturmuştur. İlk olarak kronik ağrı için uygulanan MBSR, tıbbi bir ortamda uygulanan ilk mindfulness temelli stresle baş etmeye yönelik müdahaledir. MBSR ve MBCT gibi MBI'lerin, psikiyatrik bozuk-

luklar ve semptomlar için kanıta dayalı uygulamalarla etkili olduğu ve diğer tedavilerle karşılaştırılabilir olduğu gösterilmiştir. Madde kullanım bozuklukları, fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde zarar verici sonuçları olan yaygın ve kalıcı psikiyatrik durumlardır. Son zamanlarda, MBI'ler bağımlılık tedavisinde kanıta dayalı çalışmalarla test edilmektedir. MBI'ler, insanların bağımlılıklarını bırakmaya çalışırken ortaya çıkabilecek kopukluk hissine karşı koruyucu bir güçtür. Zihnin şimdiye daha fazla odaklanması için rehberlik etmeyi amaçlar. Dikkati burada ve şimdide toplayarak, zor şeyleri kabul etme ve bırakma öğrenilir. MBSR'in psikiyatrik bozuklukların tedavisindeki başarısı, ruh hali ve kaygı üzerindeki olumlu etkileri, MBI'lerin bağımlılık bozukluklarına göre uyarlanarak geliştirilmesine yol açmıştır. Farkındalık Temelli Nüks Önleme (Mindfulness-Based Relapse Prevention - MBRP) ve Farkındalık Odaklı İyileşme Geliştirme (Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement - MORE) gibi MBI'ler, doğrudan bağımlılığı destekleyen mekanizmaları ele alacak şekilde uyarlanmıştır. MBI'lerin, standart tedaviye kıyasla bağımlılık bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır.

KAYNAKLAR

- Atalay, Z. (2019a). Mindfulness-Bilinçli farkındalık: Farkındalıkla anda kalabilme sanatı. İstanbul: İnkılap Yayınevi.
- Atalay, Z. (2019b). Şefkat-Zorlayıcı Duygu ve Durumlarla Yaşayabilme Sanatı: İnkılap Kitabevi Yayınevi.
- Atalay, Z. (2023). Erişim Tarihi: 25.08.2023, Eğitimler. <https://www.mindfulnessinstitute.com.tr/egitimler>.
- Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors a clinician's guide. New York: Guilford Press.
- Bulat, E., Baltacı, Ö. (2021). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sistematik Derleme. Uluslararası Psiko-Sosyal Eğitim Araştırmaları Dergisi, 1(1), 8-27.
- Byrne, S. P., Haber, P., Baillie, A., Costa, D. S., Fogliati, V., Morley, K. (2019). Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: should we be using third wave therapies? Alcohol and Alcoholism, 54(2), 159-166. doi:<https://doi.org/10.1093/alcalc/agy089>.
- Carroll, H., Lustyk, M. K. B. (2018). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: effects on cardiac vagal control and craving under stress. Mindfulness, 9(2), 488-499. doi:10.1007/s12671-017-0791-1.
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Maffei, C. (2018). The clinical efficacy of mindfulness-based treatments for alcohol and drugs use disorders: a meta-analytic review of randomized and nonrandomized controlled trials. European addiction research, 24(3), 137-162.
- D'Antoni, F., Feruglio, S., Matiz, A., Cantone, D., Crescentini, C. (2022). Mindfulness meditation leads to increased dispositional mindfulness and interoceptive awareness linked to a reduced dissociative tendency. Journal of Trauma & Dissociation, 23(1), 8-23. doi:<https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1934935>.
- Fitzgerald, M. (2020). Mindfulness skill workbook for addiction: practical meditations and exercises to change addictive behaviors. Emeryville, California: Rockridge Press.
- Froeliger, B., Mathew, A. R., McConnell, P. A., Eichberg, C., Saladin, M. E., Carpenter, M. J., Garland, E. L. (2017). Restructuring reward mechanisms in nicotine addiction: a pilot fMRI study of mindfulness-oriented recovery enhancement for cigarette smokers. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2017, 1-11. doi:<https://doi.org/10.1155/2017/7018014>.
- Garland, E. L. (2013). Mindfulness-oriented recovery enhancement for addiction, stress, and pain. Washington: DC: NASW Press.
- Garland, E. L., Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. Addiction science & clinical

- practice, 13(1), 1-14. doi:0.1186/s13722-018-0115-3.
- Garland, E. L., Howard, M. O., Zubieta, J.-K., Froeliger, B. (2017). Restructuring hedonic dysregulation in chronic pain and prescription opioid misuse: effects of mindfulness-oriented recovery enhancement on responsiveness to drug cues and natural rewards. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2), 111-112. doi:https://doi.org/10.1159/000453400.
- Gillespie, S. M., Mitchell, I. J., Fisher, D., Beech, A. R. (2012). Treating disturbed emotional regulation in sexual offenders: The potential applications of mindful self-regulation and controlled breathing techniques. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 333-343. doi:10.1016/j.avb.2012.03.005.
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 38, 348-362. doi:https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5 .
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 59, 52-60.
- Holzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Cogleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T., Lazar, S. (2010). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559. doi:https://doi.org/10.1177/17456916114196.
- Jerath, R., Barnes, V. A., Dillard-Wright, D., Jerath, S., Hamilton, B. (2012). Dynamic change of awareness during meditation techniques: neural and physiological correlates. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 131. doi: https://doi.org/10.3389/fn-hum.2012.00131.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hachette Books.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Bantam Books.
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41-46. doi:https://doi.org/10.1016/j.pay.2014.12.044.
- Lai, Y. H., Lee, K. H. Huang, T. W. (2023). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention among illicit drug abusers: a randomized clinical trial. *Current Psychology*, 43(5), 4516-4525. doi:https://doi.org/10.1007/s12144-023-04529-w .
- Lan, Y., Ding, J.-E., Li, W., Li, J., Zhang, Y., Liu, M., Fu, H. (2018). A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1171-1176. doi:https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.103.
- Mackenzie, M. J., Baumeister, R. F. (2015). Self-regulatory strength and mindfulness. In: Ostafin, B. D., Robinson, M. D., Meier, B. P., editors. *Handbook of mindfulness and self-regulation*, New York: Springer. p. 95-105.
- Marcus, M. T. (2015). Mindfulness as Behavioural Approach in Addiction Treatment. In: El-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter M., editors. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, Milano: Springer Milan. p. 821-839.
- Marcus, M. T. (2021). Mindfulness-Based Approaches in Addiction Treatment In: El-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter M., editors. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, Switzerland AG: Springer Milan. p. 391-399.
- Marlatt, G. A., Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Mumba, M., Snow, D. (2017). Nursing roles in addiction care. *Journal of Addictions Nursing*, 28(3), 166-168. doi:10.1097/JAN.000000000000181.

- Sancho, M., De Gracia, M., Rodriguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Menchon, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1-9. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00095>.
- Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford publications.
- Shonin, E., Van Gordon, W. (2016). The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction. *International journal of mental health and addiction*, 14, 844-849. doi:10.1007/s11469-016-9653-
- Shonin, E., Van Gordon, W., Griffiths, M. D. (2014). Cognitive behavioral therapy (CBT) and Meditation Awareness Training (MAT) for the treatment of co-occurring schizophrenia and pathological gambling: A case study. *International journal of mental health and addiction*, 12, 181-196.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Griffiths, M. D. (2016). Ontological addiction: classification, etiology, and treatment. *Mindfulness*, 7, 660-671.
- Sinha, R., O'Malley, S. S. (1999). Craving for alcohol: findings from the clinic and the laboratory. *Alcohol and alcoholism* 34(2), 223-230.
- Turner, N., Welches, P., Conti, S. (2013). *Mindfulness-based sobriety: A clinician's treatment guide for addiction recovery using relapse prevention therapy, acceptance and commitment therapy, and motivational interviewing*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Griffiths, M. D. (2016a). Buddhist emptiness theory: Implications for psychology. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(4), 309. doi:10.1037/re0000079.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Griffiths, M. D. (2016b). Meditation awareness training for the treatment of sex addiction: A case study. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 363-372. doi:<https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.034>.
- Vidrine, J. I., Spears, C. A., Heppner, W. L., Reitzel, L. R., Marcus, M. T., Cinciripini, P. M., Cao, Y. (2016). Efficacy of mindfulness-based addiction treatment (MBAT) for smoking cessation and lapse recovery: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 824 - 838. doi:<https://doi.org/10.1037/ccp0000117>.
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 282-294. doi:10.1111/jan.12182.
- Williams, R. E., Kraft, J. S. (2022). *The mindfulness workbook for addiction : a guide to coping with the grief, stress, and anger that trigger addictive behaviors*. Oakland: CA : New Harbinger Publications.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19(3), 211-228.
- Zitron, L., Gao, Y. (2017). The effects of mindfulness based interventions on physiological regulation. In: Powietrzyńska, M., Tobin, K., editors. *Weaving complementary knowledge systems and mindfulness to educate a literate citizenry for sustainable and healthy lives*, Rotterdam, Boston, Taipei: Sense Publishers.p. 387-400.

BÖLÜM 5.2

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Aile Terapisi

Uzm. Dr. Hüseyin Altuğ YENİCE

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

5.2.1. Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarında Ailesel Risk Faktörleri

5.2.2. Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarında Aileyi Tedavi Sürecine Dâhil Etme

5.2.2.1. Alkol madde kullanım bozukluğu ve psikiyatrik eş tanı birlikteliğinde aileyi tedavi sürecine dâhil etme

5.2.3. Ergen Bireylerde Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu ve Aile Terapisi

5.2.4. Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisinde Aile Terapisi Modelleri

5.2.4.1. Alkol madde kullanım bozukluklarında Yapısal-Stratejik Aile Terapisi Modeli

5.2.4.2. Alkol madde kullanım bozukluklarında Bowen Aile Terapisi Modeli

5.2.4.3. Alkol madde kullanım bozukluklarında Davranışçı Aile Terapisi Modeli

5.2.4.4. Alkol madde kullanım bozukluklarında Adlerci Aile Terapisi Modeli

5.2.4.5. Alkol madde kullanım bozukluklarında Çoklu Aile Terapisi

5.2.5. Aile Terapisi Sürecinde Yararlanılabilecek Toplumsal Kaynaklar

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Aile terapisi, aile bireyleri arasındaki ilişkiyi işleyişlerde, ara eylemselliklerde ve aile sistemlerinde değişim sağlamayı hedefleyen bir psikoterapi türüdür. Bu değişim hedefine ulaşabilmek için; sadece aile sistemlerinde değil, aynı zamanda aile üyelerinin bireysel davranışlarında ve özellikli bireylerin (alkol-madde kullanım bozukluğu olguları gibi) işlevselliklerinde değişim sağlanması oldukça önemlidir. Aile üyelerinin birbirlerinin duygusal gereksinimlerine dönük farkındalık kazanması ve birbirleriyle olan ilişkilerinde kaygı ve çatışma hallerinin azaltılması aile terapisinin temel amaçları arasındadır. Ailedeki değerlerin, üyelerin sağlıklı gelişimine ve olgunlaşmasına hizmet edecek hale evrilmesi, kuşak ve cinsiyet farklarından kaynaklanan ayrı rollerin uygun ilişkiler ağına oturtulması diğer önemli aile terapisi hedefleridir. Ailenin; toplumsal etkinlik ve hizmetlerin gerçekleştiği daha büyük sosyal sistemlere entegre olması, yanı sıra aile sisteminin dışından ve içinden gelebilecek yıkıcı etmenlerin üstesinden bir bütün olarak gelebilmesi de aile terapisinin temel amaçlarındandır (Sadock vd., 2016).

Pek çok psikiyatrik bozukluğun tedavi süreçlerinde aile terapisi önemli bir yer tutmaktadır. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni, yeme bozuklukları, çocuk ve ergen davranım bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarda aile terapisine sıklıkla başvurulabilmektedir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları (AMKB) da tedavi sürecinde aile terapisinin etkin rol oynadığı psikiyatrik bozukluklardandır (Varghese vd., 2020). AMKB, aile dinamiklerinin bir sonucu olarak gelişebildiği gibi, aile içi dinamiklerde bozulmanın ve ciddi problemlerin nedeni de olabilmektedir (Bkz. Bölüm 2.3). Dolayısıyla AMKB'nin aile dinamikleri ile ilişkisi çift yönlüdür ve aile terapisi AMKB tedavi süreçlerinin önemli bir bileşeni olarak ortaya çıkmaktadır.

5.2.1. Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarında Ailesel Risk Faktörleri

Alkol ve madde kullanım bozuklukları, aile dinamiklerinin bir sonucu olarak gelişebilmektedir (Slesnick ve Prestopnik, 2004). Aile içi iletişimde ve karşılıklı etkileşimde eksiklikler bulunması, sevgi ve ilgi yetersizliği, ailede bir başka AMKB'li üye bulunması gibi etmenler AMKB gelişimi açısından önemlidir. Aile içi disiplin eksikliği bir risk faktörü olduğu gibi, baskıya varan düzeyde koruyuculuk da bir risk faktörüdür. Aile içi çatışmalarda uzlaşma sağlayabilecek bireylerin olmaması, sorunlara çözüm bulma kapasitesinde ve yardım arama davranışında yetersizlikler, ailede boşanma ya da parçalanma varlığı AMKB gelişiminde rol oynayan diğer önemli etmenlerdir (Dar, 2019).

Aile içi sorunların çözümünde alkolün kısa vadeli bir enstrüman olarak kullanıldığını ortaya koyan bazı uzun süreli çalışmalar mevcuttur. Yine madde kullanım bozukluğu (MKB) olgularının ailelerinde; alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan baba ile aşırı koruyucu anne figürlerinin bir arada bulunduğu ve sınırların belirsizleştiği bir yapıya sıklıkla rastlanabilmektedir. Bu yapıdaki bir ailenin anne-baba dışındaki üyeleri, sorunlarını maskeleyebilmek amacıyla MKB geliştirebilmektedir (Karamustafaloğlu, 2018).

Ailesel tutumlar, AMKB gelişiminde etken olabildiği gibi; AMKB ortaya çıktıktan sonraki baş etme sürecini de başarısız hale getirebilmektedir. Örneğin, aile bireylerinin madde kullanımının olumsuz etkilerinden AMKB'li üyeyi korumaya çalışması; olgunun davranışlarının ciddi sonuçlarına ilişkin gerçekçi bir algı geliştirmesini zor-

laştırmaktadır (Meyers vd., 2002). Yine aile üyelerinin tüm mesaini AMKB olgusunu uyarmak, mahcup etmek veya olguya yalvarmak için harcaması da işlevsel olmayan ailesel tutumlardan biridir. Aile içi roller de AMKB ile baş etme sürecini başarısız hale getirebilmektedir. Örneğin ailenin “kolaylaştırıcı” üyesi AMKB olgusunun “yüz bulduğu” aile bireyidir ve alkol-madde istismarının azalmasına engel oluşturan bir role sahiptir. Yine ailenin AMKB olgusu dışındaki “günah keçisi” rolündeki bireyi, sorunların kaynağı olarak görülüp, ailenin dikkatini AMKB olgusundan uzaklaştırabilmektedir. AMKB olgulu ailelerde, öfke, korku, alınganlık, utanç, suçluluk, güvensizlik, şaşkınlık, reddedilme gibi olumsuz duygular aile üyelerinde gereğinden fazla yaşanabilmekte ve kontrolden çıkabilmektedir. Sonuç olarak üyelerin birbiriyle ve dış dünya ile ilişkileri kötüleşmekte, AMKB ile baş etme süreci güçleşmektedir. Aile bireylerinin AMKB olgusundaki alkol-madde kötüye kullanımının “geçerli ve geçici nedenlerden kaynaklandığı, dolayısıyla kayda değer bir sorun teşkil etmediği” şeklindeki bir “inkâr” yaklaşımı da AMKB ile baş etme sürecinin işlevsel olmayan yaklaşımlarından biridir. Aile içindeki bu başarısız yaklaşım bazen “inkâr” boyutunu da geçerek “birlikte alkol-madde kötüye kullanmak” gibi yozlaşmış bir ilişki tablosuna dönüşebilmektedir (Gladding, 2012).

AMKB’li bireyler, diğer aile bireyleriyle ilişki kurabilmek için de AMKB’yi bir araç olarak kullanabilmektedir (McCullum ve Trepper, 2001; Schroeder, 1989). Bu duruma örnek olarak alkol bağımlıların ailelerine ilettikleri mesajlar verilebilir. Bu mesajlardan ilki, AKB olgularının ‘kendilerinin normal olmayan, problemleri olan bireyler oldukları’ mesajıdır. Bir diğer mesaj ‘kendilerinin kabul edilemez davranışlarına alkolün neden olduğu, bu davranışlarını isteyerek gerçekleştirmedikleri’ mesajıdır. İlettikleri bu mesajlarla AKB olguları eylemlerinin sorumluluğunu üstlenmedikleri gibi, bu eylemlerinin tekrarına zemin hazırlamakta ve diğer aile üyelerinin kendilerinden uzaklaşmasının önünü almaktadırlar (Karamustafalıoğlu, 2018).

DİKKAT

- Aile içi disiplin eksikliği AMKB gelişimi açısından bir risk faktörü olduğu gibi, baskıya varan düzeyde koruyuculuk da bir risk faktörüdür.
- AMKB’li bireyin alkol-madde kötüye kullanımının etkilerinin aile üyeleri tarafından azımsanması/inkâr edilmesi; AMKB ile baş etme sürecinde işlevsel olmadığı gibi, diğer aile üyelerinin AMKB olgusuna dönüşmesi açısından da risk faktörüdür.

5.2.2. Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarında Aileyi Tedavi Sürecine Dâhil Etme

AMKB olgularında aile bazlı müdahaleler, tedavi sürecinin en önemli bileşenleri arasında kabul edilmektedir (Meyers vd., 2002; Rowe ve Liddle, 2003). Gerçekleştirilmiş pek çok çalışma, uygun yaklaşımlarla sağlanan aile danışmasının alkol-madde kötüye kullanımını anlamlı ölçüde azalttığını ortaya koymuştur (Whittinghill, 2002). Özellikle ergen yaş grubundaki AMKB olgularının tedavi süreçlerinde aile terapilerinin belirgin katkısı olduğu belirtilmektedir (Slesnick ve Prestopnik, 2009).

Aile üyelerinin tümünü tedavi sürecinin başlangıcından itibaren psikolojik danışma almaya ikna etmek terapi hedeflerine ulaşmada en önemli aşamalardan biridir, ancak çok defa güçtür. Kültürel farklılıklar gösteren azınlık ailelerde, psikolojik danışmaya daha yüksek bir direnç görüldüğü belirtilmektedir (Santisteban ve Szapocznik, 1994). Bu direncin kırılabilmesi, tedavi sonrası nüksleri önlemek

açısından önemlidir (Diamond, 2000). Bu bağlamda ailede psikolojik danışmanın varabileceği noktaya ilişkin kaygılar bulunuyorsa, danışman ve aile tam olarak nelerin üzerinde duracaklarını yeniden çerçevelemeli, bu sayede aile sürecin kendi kontrollerinde olduğunu hissedebilmelidir.

Anne-babaların ya da ebeveyn rolünü üstlenmiş başka üyelerin AMKB olgularının tedavi sürecine katılım ve uyumlarını sağlamada güçlü etkileri olduğu bilinmektedir (Stanton, 2004). AMKB olgusunun yanı sıra ailesinin tedavi sürecine katılımını kolaylaştıran stratejilerden biri “durumla ilgili önemli kişiyi” saptayıp sürece dâhil etmektir. Bu kişi AMKB olgusunun eşi, çocuğu, akrabası ya da bakıcısı olabilir. Bu stratejide en önemli amaçlardan biri, bu “önemli kişinin”, hastadaki alkol-madde kötüye kullanım davranışını değiştirmek üzere davranışsal beceriler geliştirmesidir (Meyers vd., 2002). Ayrıca bu stratejinin, tedavi isteksizliği olan AMKB olgularının tedavi sürecine katılım ve uyumunda önemli katkısı olduğu ortaya konmuştur (Miller vd., 1999). Aile üyelerini tedavi sürecine dahil etmede yararı bulunan bir diğer strateji ise, aile içi ilişkilerdeki belirleyiciliği görece zayıf olan ve psikolojik danışma sürecine katılmaya gönüllü olmayan bir aile üyesi ile doğrudan görüşme sağlamak ve bu üyeyi, sürece katılımı halinde aileyle olan terapötik sürece büyük katkısı olacağına ikna etmektir.

5.2.2.1. Alkol madde kullanım bozukluğu ve psikiyatrik eş tanı birlikteliğinde aileyi tedavi sürecine dâhil etme

Alkol madde kullanım bozukluklarında başka bir psikiyatrik eş tanı bulunma olasılığı oldukça yüksektir (Connery vd., 2020). Bu olasılık yasadışı madde kullanım bozukluklarında, alkol kullanım bozukluğuna kıyasla daha da yüksek bulunmuştur. (Davis vd., 2022). Hatta madde kullanım bozukluğu olgularında başka bir psikiyatrik eş tanı varlığının “istisna değil, neredeyse bir kural” olduğu belirtilmektedir (Evren vd., 2012). AMKB’ye eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk varlığında, aile üyelerinin olgudaki komorbid psikiyatrik bozukluklara, hastalık sürecine ve tedavi seçeneklerine dair bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir. AMKB’nin sıklıkla depresme gösterebildiği göz önünde bulundurulduğunda, özellikle alevlenmeler/ataklar ile seyreden bir psikiyatrik bozukluğun AMKB’ye eşlik etmesi halinde, tedavi sürecinin devamlılığı ile ilgili ailenin farkındalık kazanmasına özen gösterilmelidir. Bilgilendirilmelerinin yanı sıra, aile üyelerinin tedavi sürecine dahil edilmeleri ve aile terapisine alınmaları da fayda sağlamaktadır. AMKB ve komorbid psikiyatrik bozukluğu bulunan olgunun ailesindeki bireylerde olası bir genetik yatkınlığa bağlı olarak bilişsel işlevlerde yetersizlik olabileceği aile danışmanı tarafından göz ardı edilmemeli ve sabırlı bir yaklaşım gösterilmelidir (Evren, 2019).

DİKKAT

- Aile üyelerinde psikolojik danışmanın varabileceği noktaya ilişkin kaygılar bulunuyorsa, danışman ve aile tam olarak nelerin üzerinde duracaklarını yeniden çerçevelemeli, bu sayede aile sürecin kendi kontrollerinde olduğunu hissedebilmelidir.
- Komorbid psikiyatrik bozukluğu bulunan AMKB olgusunun aile bireylerinde, olası bir genetik yatkınlık ve buna bağlı olarak bilişsel işlevlerde yetersizlik olabileceği aile danışmanı tarafından göz ardı edilmemeli ve sabırlı bir yaklaşım gösterilmelidir.

5.2.3. Ergen Bireylerde Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu ve Aile Terapisi

Ergen bireylerde AMKB gelişme riski ile ebeveynlere ait özellikler arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu özellikler, çocuğun aileye bağlanmasındaki güven ilişkisinin tesisi ve sosyal dünyasının belirlenmesi süreçlerinde ergenlik öncesi dönemden itibaren etkili olmaya başlamakta ve ileri yaşlara kadar etkisini gösterebilmektedir (Evren vd., 2012). Ebeveynlere ait bireysel özelliklerin yanı sıra, aile sistemine ait özellikler de ergenlerde AMKB gelişiminde rol sahibidir. Dolayısıyla, aile bireyleri arasındaki ilişkiyi işleyişlerde ve etkileşimlerde değişim sağlamayı hedefleyen aile terapileri, AMKB geliştirmiş ergen bireyler için de oldukça etkili bir tedavi süreci bileşenidir (Dunne vd., 2017).

Eğer ergende bir yasadışı madde kullanımı söz konusu ise, bunun “birkaç kez deneme”den mi ibaret olduğu, yoksa “istismar” veya “bağımlılık” boyutlarında mı olduğu psikolojik danışman tarafından değerlendirilmeli ve durum tespitine göre yol haritası şekillendirilmelidir. “Birkaç kez deneme”ye kıyasla, istismar ya da bağımlılık boyutlarında ailede işlevsel olmayan davranışların varlığı daha olasıdır. Bu durum daha zorlu bir terapi sürecine yol açmakta ve profesyonel müdahale gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Gladding, 2012). Erişkin AMKB olgularının ihtiyaçları ile ergen yaş grubu AMKB olgularının ihtiyaçları farklılık göstermektedir, bu nedenle ergen yaş grubu için yapılandırılmış tedavi programları öncelenmeli ve aile terapisi desteği sağlanmalıdır (Evren vd., 2012). Aile üyelerinin duyguları ve savunma mekanizmaları üzerinde, aile terapisi sürecinde önemle durulmalıdır. Aile üyeleri, daha önceleri “görmezden gelen, azımsayan, mazur gören ve pekiştiren” davranışlarının sorumluluğunu üstlenmeleri ile ilgili aile danışmanı tarafından desteklenmelidir (Gladding, 2012; Meyers vd., 2002). Bu yolla; AMKB olgusu dışındaki aile üyelerinin AMKB’nin devamını sağlayan bir pekiştirici olmaktan çıkarılması ve ailenin işlevsel bir sisteme oturtulması amaçlanmaktadır (Van Deusen vd., 1982).

Ergen AMKB olgularında aile terapisi için öne çıkmış bazı modeller bulunmaktadır. Bunlardan ilki, ailedeki alt sistemleri, aile üyeleri arası sınırları ve etkileşimleri ele alan yapısal aile terapisi. Bu yaklaşımda, ailedeki işlevsel olmayan kalıpların geliştirilmesi/değiştirilmesi ve üyeler arası iletişim eksiklerinin giderilmesi yoluyla ergenlerin ruhsal ve davranışsal sorunlarının çözülmesi amaçlanmaktadır (Sexton ve Alexander, 2004). Özellikle genç ve evde yaşayan AMKB olgularında yapısal ve stratejik modeller, sosyal yeti öğretiminin de başarılması halinde oldukça etkili olmaktadır. Davranışçı yöntemlerin de sürece dâhil edilmesi ile madde alımına dönük otokontrol pekişmekte ve tedavi süreci güç kazanmaktadır (Karamustafalıoğlu, 2018).

Ergen AMKB olguları için öne çıkmış bir diğer aile terapi tekniği multisistemik terapi modelidir. Bu teknikte “çevresel etkiler”, üzerinde durulması gereken öncelikli konu olarak ele alınmaktadır (Lawson ve Lewis, 1994). Bu yaklaşıma göre aile ile okul, iş, komşular, arkadaşlar gibi çevresel etmenler birbirine bağlı bir sosyal ağ oluşturmakta ve bireyi kuşatmaktadır. Dolayısıyla AMKB ve yol açtığı davranış sorunları, çevresel etmenlerin birbirleriyle ve aileyle olan ilişkilerinin bileşkesinde ortaya çıkmaktadır (Slesnick ve Prestopnik, 2004). Bu yaklaşımda alkol-madde kötüye kullanımı sonlandığında, aile üyelerinin çevreyle olan ilişkilerine dair zamansal, mekânsal ve nedensel sorgulamalar yapabilecek hale gelmeleri hedeflenmektedir. Ayrıca ailelerin, ergendeki AMKB varlığını pekiştiren risk etmenleri ile ilgili farkındalık kazanmaları sağlanmakta, ergenin ve içinde bulunduğu aile dışı

sistemlerdeki koruyucu etmenleri destekleme yolları öğretilmektedir (Henggeler vd, 2002). Bu süreçte her bir aile üyesine ayrı ayrı ve bir bütün olarak aileye psikolojik danışman tarafından duygusal, sosyal ve mesleki konularla ilgili yardım sağlanması da oldukça önemlidir.

DİKKAT

- Erişkin AMKB olgularının ihtiyaçları ile ergen yaş grubu AMKB olgularının ihtiyaçları farklılık göstermektedir. Bu nedenle ergen AMKB olgularında bu yaş grubu için yapılandırılmış tedavi programları öncelenmeli ve aile terapisi desteği sağlanmalıdır.
- Genç ve evde yaşayan AMKB olgularında yapısal ve stratejik modeller, sosyal yeti öğretiminin de başarılması halinde oldukça etkili olmaktadır. Davranışçı yöntemlerin de sürece dahil edilmesi ile madde alımına dönük otokontrol pekişmekte ve tedavi süreci güç kazanmaktadır. Bu süreçte aile üyelerinin; AMKB'li ergeni kuşatan okul, iş, komşular, arkadaşlar gibi çevresel etmenlerle sahip oldukları ilişkilere dair zamansal, mekânsal ve nedensel sorgulamalar yapabilecek hale gelmeleri önemli hedeflerdendir.

5.2.4. Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisinde Aile Terapisi Modelleri

Aile terapisi teori ve uygulamalarının geçmişi, 1950'li yıllara kadar gitmektedir (Broderick ve Schrader, 2013). Aile terapisi süreçleri için birçok müdahale modeli tanımlanmış olup, bunlardan hiçbiri diğerine üstün tutulmamaktadır. Uygulanacak modelin türü terapistin kişiliğine, aldığı eğitime, terapi ortamına ve olgunun problemlerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Sadock vd., 2016).

5.2.4.1. Alkol madde kullanım bozukluklarında Yapısal-Stratejik Aile Terapisi Modeli

Yapısal-stratejik modelde; aile bireylerinin belirgin olarak birleştiği ve ayrıldığı noktalar, kuşaklar arası sınırların belirginliği ve geçirgenliği, üyeler arası güç hiyerarşisi birbiri ile ilişkili sistemler olarak ele alınmaktadır (Sadock vd., 2016). Bu modelin AMKB olgularında aile terapisi yaklaşımı olarak belirlenmesi halinde, olgudaki alkol-madde aşırı/kötüye kullanımını durdurmak başlangıç hedefi olmalıdır. Bu hedefe ulaşmak için yatırılarak detoksifikasyon tedavisinden ve adsız alkolikler, Al-Anon (olgu aileleri için oluşturulmuş ayrı bir program) gibi destek ağlarından yararlanılabilir. Alkol-madde aşırı/kötüye kullanımının sonlanması sağlandığında yapısal-stratejik aile terapisi modeli daha başarılı şekilde uygulanabilecektir (Gladning, 2012). Wycoff ve Cameron tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada (2000), yapısal aile danışmasının aksiyon bazlı olması ve terapistin aktif katılımını gerektirmesinden dolayı, alkol bağımlılık olgularının bulunduğu ailelerde terapi sürecinin başlangıç döneminde gerekli olan eğitsel ve destekleyici katkıyı sağlamak açısından oldukça elverişli olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada, terapi sürecinde aile haritası (family mapping) kullanımının, ailenin güçlü yanlarının detaylı ele alınmasının, sürecin övgü/saygı unsurlarını içermesinin ve geleneksel kültürle uyumlu olmasının, aile yapısında değişime katkı sağladığı gösterilmiştir (Wycoff ve Cameron, 2000).

5.2.4.2. Alkol madde kullanım bozukluklarında Bowen Aile Terapisi Modeli

Murray Bowen tarafından geliştirilen 'aile sistemleri modeli' zamanla 'Bowen modeli' adını almıştır. Olgunun 'ailesi sayesinde/tarafından karşılanan duygusal ve sosyal ihtiyaçlardan mahrum kalma' kaygısına karşı ailesinden ayrışması ve özbenliğinin güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu modelde üyeler arası sınırların belirsizleşmesine karşı, ayrışma becerilerinin ne düzeyde olduğunun değerlendirilmesi önemlidir. Bowen modelinde ele alınan bir diğer konu 'duygusal üçgen'dir. Duygusal üçgende; iki aile üyesi arasında çatışma/gerginlik şeklinde tekrarlayan yakın ilişkideki kaygı ögesini yayararak azaltmak için, üçüncü bir aile üyesini yakın ilişkideki çatışma/gerginliğe dahil etmeye eğilim söz konusudur (Bowen, 1993). Bunun yanı sıra; iki aile üyesi arasında sevgi ya da çatışma/gerginlik şeklinde tekrarlayan yakın ilişkinin, üçüncü bir aile üyesini dışarıda bırakmaya eğilimli bir hal alması da söz konusu olabilir. Dışarıda bırakılan üye, yakın ilişkideki ikiliye dahil olmak istediğinde, yakın ilişkideki ikiliden birinin dışarı atılmasıyla sonuçlanan duygusal çapraz geçişler gerçekleşebilir. Bir aile içinde birden çok duygusal üçgen varlığı mümkündür. Ailedeki sıcak üçgeni değiştirmek ya da stabilize etmek, Bowen modeli uygulayan aile terapistinin öncelikli görevidir. Bu sağlandıktan sonra, üçgenin tekrar oluşmaması için gerekli kişisel farklılaşmayı sağlamak amacıyla terapist, bireysel çalışmaya en elverişli aile üyesiyle bireysel görüşmeler gerçekleştirebilir. Tüm bu süreçlerde aile içi üçgenlere dönük tarafsızlığı korumak için terapistin, aile bireyleri ile duygusal temasını en alt düzeyde tutması önemlidir (Sadock vd., 2016).

Bowen modeline göre, AMKB olgulu ailelerde; madde bağımlısı olan aile üyesi (genellikle bir eş) gibi aşırı sorumluluk dinamiği ile madde kötüye kullanan aile üyesi gibi düşük sorumluluk dinamiğinin beraberce varlığı söz konusudur (Morgan, 1998). Bowen modeli, birbiriyle çatışma halinde olan bireysellik ve beraberlik arasında denge kurmayı amaçlar ve terapist, ailedeki hem bağımlı üyeye hem de madde kötüye kullanımı olan üyeye beraber çalışır. Bu süreçte, benlik saygısı düşük olan aşırı sorumluluk dinamiğinin (madde bağımlısı üye); öznel duygular ile nesnel düşünceler arasındaki farkı öğrenmesi, yanı sıra esneklik, uyum ve bağımsızlığını geliştirmesi sağlanabilmektedir. Düşük sorumluluk dinamiğinde ise (madde kötüye kullanan üye) davranışsal iyileşme sağlamanın görece daha zor olduğu belirtilmektedir (Gladding, 2012).

Bowen modelinde yararlanılan bir diğer önemli teorik araç genogramdır. Genogram, ailenin birkaç nesil geçmişine dönük inceleme olanağı sağlaması bakımından önemlidir. AMKB olgularında ele alınan genogramlar sayesinde, beden dili kullanımının ve duygusal ilişki kesme düzeyinin (cut-off) yeniden yönlendirilmesine bağlı olarak, aile örüntülerinin nasıl geliştiği ve devam ettirildiği konusunda farkındalık sağlanabilmektedir (Şekil 5.2.1, Şekil 5.2.2) (Gibson ve Donigian, 1993). Bu sayede AMKB olgularının, diğer aile üyeleri ile ilişki kurma biçimlerini ve kendilerini bağımlı hale getiren davranışlarını değiştirme kapasiteleri gelişebilmektedir.

5.2.4.4. Alkol madde kullanım bozukluklarında Adlerci Aile Terapisi Modeli

Adlerci aile terapisinde, çocukların ruhsal ve fiziksel iyilik halinin sağlanmasında ailesel/toplumsal aidiyetlerinin ve sosyal gereksinimlerinin önemli rolü olduğunun anne-babaya gösterilmesi amaçlanmaktadır. Aile bireylerine iletişim ve sorun çözme becerilerinin kazandırılması; üyelerin özsaygılarının ve sosyal ilgilerinin artırılması, aile içi karar alma süreçlerine katılımlarının geliştirilmesi Adlerci aile terapisinin diğer amaçları arasındadır (Akçabozan ve Sümer, 2016). Bu yolla hem aile üyelerinde tek tek hem de aile sisteminde bir bütün olarak değişimin sağlanması; sonuç olarak hem demokratik hem de destekleyici ve teşvik edici bir aile ortamının sağlanması hedeflenmektedir (Oryan, 2014; Sherman, 2013).

Adlerci aile terapisinde AMKB olguları psikiyatrik bir bozukluk olmaktan ziyade, toplumsal bir sorun olarak yeniden anlaşılmaktadır. Bu yaklaşıma göre AMKB olgusuna sahip ailedeki üyeler 'cesareti kırılmış' kişilerdir. Bu nedenle AMKB olgusu başta olmak üzere ailedeki tüm üyelerin sosyal ilgilerinin teşvik edilmesi, bu yolla ailenin sağlık ve işlevselliğinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Odom vd., 1999; Sweeney, 2009). Anne-babanın özgüvenlerini artırmaya dönük, beceri düzeyleri göz önünde bulundurularak bir grup içine katılımlarını sağlamak önemlidir. Bu amaçla oluşturulmuş 'Etkili Ebeveynlik İçin Sistematik Eğitim' (STEP, Systematic Education for Effective Parenting) grupları bulunmaktadır. Bu gruplarda, anne-babanın çocuklarıyla iletişimini geliştirmelerine olanak tanıyan programlar baz alınmaktadır (Dinkmeyer ve McKay, 1975). Ayrıca bu gruplara, ailedeki yetersiz işlevsellik dolayısıyla ebeveyn haline dönüştürülmüş (bir yönüyle duygusal istismar altında bulunan) çocuk da STEP programlarına dâhil edilebilmekte, çocuğun hem ebeveyn hem de çocuk rolünü canlandırması sağlanabilmektedir. Bu yolla anne-babanın çocuğu aracılığıyla eğitilmesi de mümkün hale gelmektedir (Odom vd., 1999).

5.2.4.5. Alkol madde kullanım bozukluklarında Çoklu Aile Terapisi

Çoklu aile terapisini, aynı psikiyatrik bozukluktan etkilenmiş farklı aileleri bir arada tedavi etmek esasına dayanmaktadır (Gelin vd., 2016). Bu model, AMKB olgusu bulunduran ailelerde de tercih edilebilen bir yöntemdir ve tedavi başarısı/maliyet oranı da oldukça yüksektir. Çoklu aile terapisini, AMKB olgusunun kendi dinamiğini diğer ailelerde yaşantılamasına ve farklı bir perspektiften görebilir hale gelmesine imkan tanımaktadır. Bu yolla kendi ailesindeki sorunlu davranış örüntülerinin tekrarı da önlenmektedir. Çoklu aile terapisinin bir diğer önemli yararı, 'ailedeki sorumlulukları nedeniyle tedaviyi bırakma konusunda baskı uygulanan üye'nin üzerindeki baskının giderilmesidir. Çünkü bu model ailedeki diğer üyelerin, 'tedaviyi bırakması için üzerinde baskı kurulan aile üyesi' evde olmadığına da, kendi başlarına idare edebileceklerini anlamasına imkan tanımaktadır (Boylin vd., 1997).

DİKKAT

Aile terapisini süreçleri için birçok müdahale modeli tanımlanmış olup, bunlardan hiçbiri diğerine üstün tutulmamaktadır. Uygulanacak modelin türü terapistin kişiliğine, aldığı eğitime, terapi ortamına ve olgunun problemlerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir.

5.2.5. Aile Terapisi Sürecinde Yararlanılabilecek Toplumsal Kaynaklar

Alkol-madde kötüye kullanım tekrarının önlenmesi, AMKB olgularının tedavi sürecinde en önemli aşamalardan biridir. Aile sisteminin dışındaki toplumsal kaynaklar ise, AMKB olgularının bulunduğu ailelerin terapisinde sıklıkla başvurulabilen destekleyici ve bilgi verici unsurlardır. Dolayısı ile alkol-madde kötüye kullanımına ilişkin aile üyelerince sağlanan birincil önlemenin yanı sıra, aile sisteminin dışından sağlanacak ikincil ve üçüncül önlemler de çoğu kez gerekli olabilmektedir (Gladding, 2012).

AMKB olgusu bulunan aileler, “Adsız Alkolikler”, “Adsız Narkotikler” ve olgu aileleri için oluşturulmuş ayrı bir program olan “Al-Anon” gibi gruplara yüksek ilgi gösterebilmektedirler (Morgan, 1998). Bu gibi gruplar sayesinde aile üyeleri, hem duygu/düşünce dünyalarına dair hem de davranışlarının aile işlevlerine olan etkileri ile ilgili farkındalık kazanmaktadırlar. Bu gruplar; geçmişleri, arka planları ve yaşantıları birbirine benzeyen farklı katılımcıların AMKB’nin üstesinden gelme sürecine dair birbirlerine aktarımlarda bulunmalarına da olanak sağlamaktadır. Özellikle Al-Anon gibi olgu aileleri için yapılandırılmış programlar, AMKB süreci dinamiklerinin aile tarafından anlaşılmasında oldukça etkilidir. “12 adım programı”, alışkanlık halini almış ve aile hayatını yıpratran davranış/etkinliklerin hem sonlandırılmalarında hem de tekrarlarının önlenmesinde etkili olabilmektedir. Ayrıca “Women for Sobriety (Ayıklık İçin Kadınlar)” ve “Rational Recovery (Rasyonel İyileşme)” gibi kendi kendine yardım grupları da, AMKB olgularına ve ailelerine destek unsuru olabilmektedir (Lawson ve Lewis, 1994).

Kötüye kullanım tekrarının önlenmesinde en önemli gerekliliklerden biri de, AMKB olgusu ve ailesinin alkol-madde istismarı ile bağlantılı rutine dönüşmüş etkinliklerden alıkonulmasıdır. Bunun için olgu ve ailesinin; sportif faaliyetler, sanatsal aktiviteler gibi sonuçları itibarıyla güvenilir olan etkinliklere yönlendirilmesi oldukça değerlidir. Bu gibi etkinliklere katılımı ailenin devamlılık sağlamanın başarılması, kötüye kullanım tekrarının önlenmesinde en önemli öğelerdendir. Ergen bireylerde kötüye kullanım tekrarının engellenmesinde ise, ergenin saygı beslediği bir kaynaktan nesnel bilgiler almasını sağlamak oldukça değerlidir. Bunun yanı sıra, ebeveyn ağrı oluşturmak ve katı kurallar belirlemek gibi yapı düzenlemesi içeren çalışmalar da işe yarayabilmektedir (Gladding, 2012). Ancak daha etkin başarı sağlanması için, sadece ailesel kaynakların değil, aynı zamanda aile sistemi dışındaki toplumsal kaynakların da kullanılması önem arz etmektedir (Bry, 1994).

DİKKAT

‘Adsız Alkolikler’, ‘Adsız Narkotikler’, ‘Al-Anon’ gibi farklı katılımcıların AMKB’nin üstesinden gelme sürecine dair birbirlerine aktarımlarda buldukları gruplar; diğer aile üyelerinin de duygu/düşünce dünyalarına, davranışlarının aile işlevlerine olan etkilerine ve AMKB süreci dinamiklerine dair farkındalık kazanmasına katkı sağlamaktadır.

Özet noktalar

Alkol-madde kullanım bozuklukları (AMKB) aile dinamiklerinin bir sonucu olarak gelişebildiği gibi, aile içi dinamiklerde bozulmanın ve ciddi problemlerin nedeni olarak da ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla AMKB’nin aile dinamikleri ile ilişkisi çift yönlüdür ve aile bazlı terapötik müdahaleler AMKB tedavi sürecinin en önem-

li bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Aile terapisi süreçleri için birçok müdahale modeli tanımlanmış olup; uygulanacak modelin türü terapistin, terapi ortamının ve AMKB olgusunun özelliklerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Terapi süreçlerinde en önemli aşamalardan biri, kötüye kullanım tekrarının önlenmesidir. Bu açıdan aile terapisi ile gerçekleştirilen birincil önlemenin yanı sıra, aile sisteminin dışından sağlanacak ikincil ve üçüncül önlemler de gerekli hale gelebilmekte, destekleyici ve bilgi verici unsurlar olarak toplumsal kaynaklardan yararlanılabilmektedir.

KAYNAKLAR:

- Akçabozan, N. B., & Sümer, Z. H. (2016). Adler yaklaşımında aile danışmanlığı. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 6(46), 87-101.
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Boylin, W. M., Doucette, J., & Jean, M. F. (1997). Multifamily therapy in substance abuse treatment with women. *American Journal of Family Therapy*, 25(1), 39-47.
- Broderick, C. B. ve Schrader, S. S. (2013). The history of professional marriage and family therapy. A. S. Gurman ve D. P. Kniskern (Ed.), *Handbook of family therapy* içinde (s. 3-41). New York, NY: Routledge
- Bry, B. H. (1994). Preventing substance abuse by supporting families' efforts with community resources. *Child & family behavior therapy*, 16(3), 21-26.
- Chan, J. G. (2003). An examination of family-involved approaches to alcoholism treatment. *The Family Journal*, 11(2), 129-138.
- Connery, H. S., McHugh, R. K., Reilly, M., Shin, S., & Greenfield, S. F. (2020). Substance use disorders in global mental health delivery: epidemiology, treatment gap, and implementation of evidence-based treatments. *Harvard review of psychiatry*, 28(5), 316-327.
- Dar, M. (2019). *Madde bağımlılığı tedavisi sürecinde aile işlevselliğinin rolünün incelenmesi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Davis, A., McMaster, P., Christie, D. C., Yang, A., Kruk, J. S., & Fisher, K. A. (2022). Psychiatric comorbidities of substance use disorders: does dual diagnosis predict inpatient detoxification treatment outcomes?. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15.
- Diamond, J. (2000). Making Friends With Your Addiction While substance abusers can be among therapists' most frustrating cases, asking them to write goodbye letters to their addictions can lead the way out of a therapeutic quagmire. *Family Therapy Networker*, 24(4), 40-46.
- Dinkmeyer, D., & McKay, G. D. (1975). *Systematic Training in Effective Parenting [STEP]*.
- Dunne, T., Bishop, L., Avery, S., & Darcy, S. (2017). A review of effective youth engagement strategies for mental health and substance use interventions. *Journal of Adolescent Health*, 60(5), 487-512.
- Evren, C. (2019) *Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Komorbidite ve Özel Durumlar*. İstanbul: Düşünen Adam
- Evren, C., Ögel, K., Uluğ B. (2012) *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y., & Hendrick, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21, 19-30.
- Gibson, J. M., & Donigian, J. (1993). Use of Bowen theory. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 14(1), 25-35.
- Gladding, S. T. (2012). Aile terapisi: Tarihi, kuram ve uygulamaları (İ. Keklik ve İ. Yıldırım, Çev). *Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları*.
- Henggeler, S. W., Clingempeel, W. G., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(7),

868-874.

- Karamustafaloğlu, K.O. (2018) Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Lawson, A. W., & Lewis, J. A. (1994). Family therapy and addictions. *Addictions: Concepts and strategies for treatment*, 211-232.
- McCollum, E. E., & Trepper, T. S. (2001). *Family Solutions for Substance Abuse: Clinical and Counseling Approaches*. London & New York.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention* (3rd ed.). W W Norton & Co.
- Meyers, R. J., Apodaca, T. R., Flicker, S. M., & Slesnick, N. (2002). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *The Family Journal*, 10(3), 281-288.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(5), 688.
- Morgan, O. J. (1998). Addiction, family treatment, and healing resources: an interview with David Berenson. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 18(2), 54.
- O'Farrell, T. J. (1996). Marital and family therapy in the treatment of alcoholism
- Odom, M., Snow, J. N., & Kern, R. M. (1999). Use of the identified patient as the helper in family therapy. *The Family Journal*, 7(2), 181-184.
- Oryan, S. (2014). The family council: Different styles of family deliberation in two cultures. *The Journal of Individual Psychology*, 70(2), 128-147.
- Rowe, C. L., & Liddle, H. A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 97-120.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2016). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (A. Bozkurt, Trans.), (11. baskı), Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Santisteban, D. A., & Szapocznik, J. (1994). Bridging theory, research and practice to more successfully engage substance abusing youth and their families into therapy. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 3(2), 9-24.
- Schroeder, E. (1989). Therapy for the chemically dependent family. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2(1), 95-129.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2004). *Functional family therapy clinical training manual*. Baltimore, MD: Annie E. Casey Foundation.
- Sherman, R. (2013). Family therapy: The art of integration. In *Intervention & Strategies in Counseling and Psychotherapy* (pp. 101-134). Taylor & Francis.
- Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2004). Perceptions of the family environment and youth behaviors: Alcohol-abusing runaway adolescents and their primary caretakers. *The Family Journal*, 12(3), 243-253.
- Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of marital and family therapy*, 35(3), 255-277.
- Stanton, M. D. (2004). Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: A review of outcomes and clinical options. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 165-182.
- Sweeney, T. J. (2009). *Adlerian counseling and psychotherapy: A practitioner's approach*. Taylor & Francis.
- Van Deusen, J., Stanton, D., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Mowatt, D., & Scott, S. (1982). Getting the addict to agree to involve his family of origin: The initial contact. *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, NY, Guilford.
- Varghese, M., Kirpekar, V., & Loganathan, S. (2020). Family interventions: Basic principles and techniques. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S192.
- Whittinghill, D. (2002). Ethical considerations for the use of family therapy in substance abuse treatment. *The Family Journal*, 10(1), 75-78.
- Wycoff, S., & Cameron, S. C. (2000). The García family: Using a structural systems approach with an alcohol-dependent family. *The Family Journal*, 8(1), 47-57.

BÖLÜM 5.3

Bilişsel Davranışçı Terapi

Doç. Dr. Aysel KARACA

Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

5.3.1. Bağımlılık Nedir?

5.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel Davranışçı Model ve temel varsayımları

5.3.3. Davranış Terapileri

5.3.3.1. Klasik koşullanma

5.3.3.2. Edimsel koşullanma

5.3.2.3. Sosyal öğrenme

5.3.2.4. Davranış terapisinin temel ilkeleri

5.3.4. Bağımlılığın Bilişsel Modeli

5.3.4.1. Bağımlılıkta kullanılan Bilişsel Davranışçı Terapi temelli müdahaleler

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılıkla ilgili son gelişmelere bakıldığında, toplumsal ve teknolojik gelişmelerin yaşanmasıyla birlikte bağımlılık kavramının içeriğinde de değişiklikler dikkati çekmektedir (Nazlıgül ve Yılmaz, 2019: 98). Bağımlılık kavramı insanlık tarihi kadar eski olan psikoaktif maddeler ile ilişkilendirilirken, güncel yaklaşımlarda madde kullanımı ile ilişkili olmayan davranışsal bağımlılıklar kategorisi karşımıza çıkmaktadır (Demirdil ve Harmancı, 2021:11; Nazlıgül ve Yılmaz, 2019: 98). Davranışsal bağımlılıklar (kumar oynama bozukluğu, egzersiz ve spor bağımlılığı, seks ve pornografi bağımlılığı, akıllı telefon ve sosyal medya bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, internet bağımlılığı ve internette oyun oynama bozukluğu, kişilerarası ilişki bağımlılığı ve yeme bağımlılığı) olumsuz sonuçlarına rağmen davranışa devam etme, davranış üzerindeki kontrolün azalması, kompulsif bir şekilde davranışta bulunma ve davranış öncesinde istek veya aşırma gibi birkaç tanımlayıcı bileşene sahiptir (Bkz. Bölüm 2.1- 2.8) (Demirdil ve Harmancı, 2021:11; Nazlıgül ve Yılmaz, 2019: 98).

“Bağımlı olan bireylerin, ruhsal ve sosyal sorunlar da dahil olmak üzere çok boyutlu sorunları olması, genellikle bir istisnadan çok bir kural olarak görülmektedir”. Araştırmalar bağımlılığın, suç oranındaki artışa katkıda bulunmanın yanı sıra (Han ve Lee, 2006: 229), anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (ADHD), dürtüsellik, kumar ve davranış sorunları dahil olmak üzere çok sayıda psikiyatrik bozuklukta rol oynadığını göstermiştir (Bozkurt vd., 2013:352). Bağımlılık ortaya çıkardığı bu etki alanı nedeniyle acil bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Bağımlılık tedavisinde rol alan klinisyenler ve araştırmacılar tedavide en iyi uygulamaları belirlemek için uzun zamandır çalışmaktadır. Bu hasta grubu için hem verimli hem de daha nazik ve muhtemelen daha uygun maliyetli olduğu bulunan yeni bir tedavi stratejisi, **entegre tedavidir** (Weisner vd., 2001:1716; Bador ve Kerekes, 2020:105). Farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin kombinasyonu olan entegre tedaviler uzun süredir bağımlılık tedavisinde kriter standardı olarak kabul edilmektedir (Anton vd., 2006:2003; Ray vd., 2020: 3).

Davranışçı müdahaleler arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), alkol/madde kullanım bozuklukları ve davranışsal bağımlılıklar için en iyi tanımlanmış ve en çok çalışılmış psikoterapötik müdahaleler arasındadır (Carroll vd., 2007: 305). BDT'ye ilişkin meta-analitik kanıtlar da bağımlık sürecindeki etkinliğini desteklemektedir (Ray vd., 2020: 3). Irvin ve diğerleri (1999: 563) 26 makaleyi inceledikleri meta-analiz çalışmasında, BDT'nin farmakoterapi ile birleştiğinde etki büyüklüğünün beş kat arttığını bildirmişlerdir. Bağımlılık için davranış terapileri gelişmeye devam ettikçe ve daha entegre hale geldikçe temel bileşenleri ve/veya mekanizmalar daha önemli hale gelmektedir (Carroll ve Kiluk, 2017:847; Magill vd., 2019:1093).

Günümüzde etkinliği kanıta dayalı bir yaklaşım olan BDT'nin birçok meta-analitik çalışma ile etkinliği gösterilmiştir (Şenyuva ve Sungur, 2021:385). BDT, 1977 yılında ilk sonuç çalışması yayınlandığından beri kapsamlı bir şekilde test edilmiştir. Bu noktada 500'den fazla uzun süreli bilimsel çalışmalardan elde edilen sonuçlar, geniş çapta psikiyatrik bozukluklar, psikolojik sorunlar, psikolojik bileşenleri olan tıbbi sorunlar için BDT'nin etkinliği kanıtlanmıştır (Beck, 2014:4).

Bu bölümde bağımlılık tedavisinde kanıta dayalı bir müdahale olan BDT'nin temel bileşenleri, mekanizmaları, çalışma prensipleri, bağımlılık olgusunun BDT bakış açısı ile açıklanması ve bağımlılık tedavi sürecinde BDT yaklaşımının kullanımı gibi başlıklara yer verilecektir.

5.3.1. Bağımlılık Nedir?

Bağımlılık, psikolojik, davranışsal ve sosyal boyutları olan karmaşık bir olgu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle bağımlılık çok yönlü bir hastalık olarak da düşünülebilir (Ateş ve Koçak, 2018:8). Literatürde de bağımlılık çeşitli açılardan ele alınmış ve farklı tanımları yapılmıştır. Bağımlılık, bir maddenin belirli bir etkiyi elde etmek için alınması ve bu süreçte bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşanmasına rağmen madde alımının devam etmesi, bırakma isteğine rağmen bırakılmaması, giderek alınan madde miktarının artırılması ve madde alma isteğinin durdurulmaması olarak tanımlanmaktadır (Ak vd., 2022:131).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını, bireyin beden işlevlerini ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyen maddeler kullanması ve zarar görmesine rağmen kullanımın önüne geçememesi, ilerleyen süreçlerde kullanım miktarını arttırması ve kullanıma ara verildiğinde yoksunluk belirtileri yaşaması olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, WHO, 2023). Bağımlılık bireyin beyin fonksiyonlarını etkileyerek, duygu, düşünce ve davranışlarını değiştirebilen bir durumdur. Ayrıca bağımlılık, beyin ödüllendirme sisteminde yarattığı etki nedeniyle suni bir iyilik hali yaratarak bireyin yaşamını devam ettirmesi için gerekli olmamasına rağmen kullanılan maddenin kesilememesi ile sonuçlanan bir bozukluktur (Şenyuva ve Sungur, 2021:385).

5.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

İnsanı oluşturan çeşitli özellikler içinde en özgün olanı düşünme veya düşündüğünü düşünme yeteneğidir. Bu önemli özelliğin insan psikolojisindeki rolü Yunan felsefesine kadar uzanmakla birlikte psikoloji biliminde yer veren ilk kişi Albert Ellis'tir. Ellis'in kurucusu olduğu "Akılcı Duygusal Terapi" insanın ruhsal sorunlarının büyük ölçüde bireyin akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inançlarından kaynaklandığını savunmaktadır. Bu yaklaşımın ardından Aaron T. Beck tarafından geliştirilen "Bilişsel Terapi" düşüncenin ruhsal sorunların oluşmasındaki yerini tartışmasız bir şekilde ortaya koymuştur. 1980'li yıllarda davranışçı terapistlerin büyük bir kısmı da bilişsel kuramı benimsemiş ve kendi alanlarına "Bilişsel Davranışçı Terapi" adını vererek bu akımın şemsiyesi altına girmiştir (Türkçapar, 2022:61).

BDT, öğrenme kuramlarını temel alan, ortaya çıkan değişimleri ölçekler yardımıyla nesnel olarak değerlendiren, bireyin yaşam kalitesini arttıran, problem çözme becerisi kazandıran, ruhsal bozuklukların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyon sürecinde uygulanabilen kısa süreli, kolay anlaşılabilir psikoterapi yaklaşımlarından biridir (Şenyuva ve Sungur 2021:385).

BDT temel ilkeleri şunlardır (Beck, 2014:9).

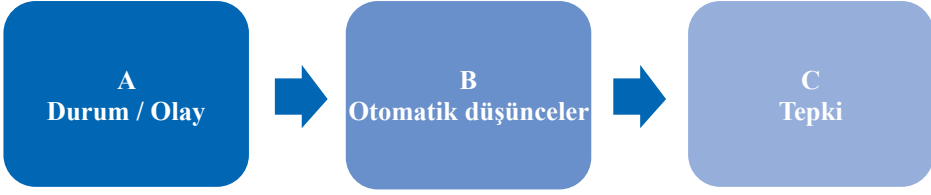
- Her zaman ortaya çıkan hasta sorunları formülasyonuna ve her bir hastanın bilişsel terimlerle kavramsallaştırılmasına dayanmaktadır.
- Sağlam bir terapötik anlaşma gerektirir.
- İşbirliğini ve aktif katılımı vurgular.
- Amaca dönük ve sorun odaklıdır.
- Başlangıçta şu anı vurgular.
- Eğitici, hastaya kendi terapisti olmayı öğretmeyi ve tekrarı önlemeyi

amaçlar.

- Amaçları zamanla sınırlı olur.
- Seanslar yapılandırılmıştır.
- Hastalara bozuk düşünce ve inançlarını belirlemeyi, değerlendirmeyi ve onlara yanıt vermeyi öğretir.
- Düşünceyi, duyu durumunu ve davranışı değiştirmek için çeşitli teknikler kullanır.

5.3.2.2. Bilişsel Davranışçı Model ve temel varsayımları

BDT kişilerin duyu, davranış ve fizyolojisinin olaylara karşı algılarından etkilendiğini varsayan bilişsel modele dayanmaktadır. İnsanların duygusal olarak nasıl hissettikleri ve nasıl davrandıkları, bir durumu nasıl yorumladıkları ve o durum hakkında nasıl düşündükleri ile ilişkilidir. Durumun kendisi, nasıl hissettiklerini veya ne yaptıklarını belirlemez; duygusal yanıtlarına, durumu nasıl algıladıklarına aracılık eder (Şekil 5.3.1) (Beck, 2014:30).



Şekil 5.3.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımda ABC Modeli

Örneğin selam verdiği bir arkadaşının kendisine yanıt vermemesi (durum/olay) üzerine çökkün hisseden bir kişiyi düşünelim. Eğer bu kişi arkadaşının selam vermemesini zihninde “beni önemsemiyor” (otomatik düşünce) diye bir düşünce belirirse kişi oldukça çökkün (duygusal tepki) hissedecektir (Özdel, 2015:18). Bu bakış açısıyla bireyin benliği ve dünyaya ilişkin bakış açısı duygularının ve davranışlarının belirlenmesinde merkezi konumdadır.

● Otomatik düşünceler

Otomatik düşünceler; biliş akışını oluşturan sözel ve imgesel parçalara verilen addır. Bu düşüncelerin “otomatik” olarak adlandırılmasının nedeni zihinde birdenbire beliren düşünceler, resimler olmalarıdır (Özcan, 2017:116). Örneğin bu metni okurken, düşüncenizde iki düzey fark edebilirsiniz. Zihninizin bir kısmı metindeki bilgilere odaklanırken diğer düzeyde hızla değerlendiren düşüncelere sahip olabilirsiniz. Bu düşünceler “otomatik düşünceler” olarak adlandırılır ve bunlar düşünme ve usavurma sonucu olan düşünceler değildir. Bu düşünceler kendiliğinden ortaya çıkar ve çoğu zaman oldukça hızlı ve geneldir. Bu düşüncelerin farkına nadiren varırız, genellikle bu düşüncelerin ardından gelen duyu ve davranışların farkında oluruz. Düşüncelerin farkına varsak da onların doğru olduğuna inanıp büyük olasılıkla eleştirmeden kabul ederiz (Beck, 2014:31). BDT özellikle duygusal sıkıntı anlarına eşlik eden olumsuz otomatik düşüncelerle ilgilendir. Sıklıkla bu düşünceler fark edilmezken eşlik eden duyu fark edilir. Örneğin girdiği sınavda stres düzeyi yüksek bir öğrencinin soruları okurken zihninden “anlayamıyorum, kesin başarısız olacağım.” şeklinde bir otomatik düşünce geçebilir (Özcan, 2017:116).

● İnançlar

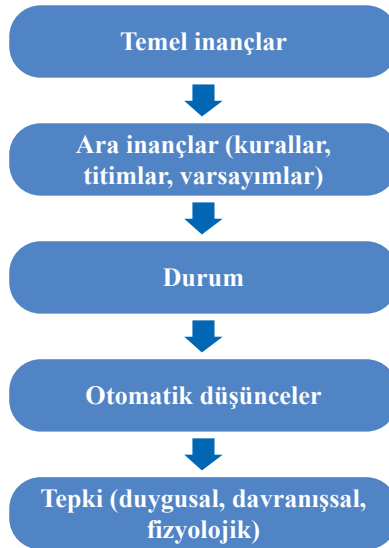
Temel İnançlar: İnsanlar, çocukluk çağlarından itibaren, başkaları, dünya ve kendileri hakkında belirli fikirler geliştirirler. En merkezi ya da temel inançları kendilerine bile çoğu zaman dile getirmedikleri için kalıcıdır, çok köklü ve derinlerdedir. Kişi bu bilgileri mutlak doğru olarak kabul eder. Genel olmaları ile otomatik düşüncelerden, şartlı değil kesin yargılar içermeleri ile ara inanç ve kurallardan ayrılırlar. Beck, temel inançları “çaresizlik, sevilmeme ve değersizlik” olarak üç ana grupta toplamıştır (Beck, 2014:32).

Ara inançlar (Kurallar, tutumlar ve varsayımlar): Temel inançlar, tutum, kural ve varsayımlardan oluşan ara inançların gelişimini etkiler (Beck, 2014:33). Kelimelerle çok fazla ifade edilmese bile, “eğer” sözcüğü ile başlayan ve “meli-malı” şeklinde gereklilik içeren düşünceler ara inanç ve kurallar olabilir (“eğer bir hata yaparsam, tamamen başarısız olurum”, “iyi çocuklar sinirlenmemelidir” gibi). Ara inançlar kişilerin olumsuz temel inançlardan korunmak amacıyla geliştirdikleri koruyucu bir tampon görevi görmektedir (Özcan, 2017:116).

Hastaların daha iyi hissetmelerine yardım etmenin en hızlı yolu, temel inançların doğrudan değiştirilmesinin mümkün olan en kısa sürede kolaylaştırmaktır. Hastalar bunu yapabildiklerinde gelecekte yaşayacakları sorunları da daha yapıcı bir şekilde değerlendirme imkânına sahip olacaklardır. Bu nedenle BDT’de tedavinin olağan süresi başlangıçta temel inançlardan kaynaklı otomatik düşünceleri belirlemeye ve onları değiştirmeye vurgu yapılmasını içerir. Hastaların şu bilişleri öğrenmesi mesafe katetmelerine yardımcı olabilir:

- Hastaların bazı şeylere inanıyor olmaları, inandıklarının doğru olduğu anlamına gelmez.
- Düşüncelerin daha yararlı ve gerçekçi bir zemine oturmasını sağlamak onların iyi hissetmelerine ve hedeflerine doğru ilerlemelerine yardımcı olur.

Bu noktaya kadar açıklanan biliş hiyerarşisi şu şekilde gösterilebilir (Şekil 5.3.2) (Beck 2014:37):



Şekil 5.3.2. Biliş Hiyerarşisi (Beck, 2014:37)

Beck'in bilişsel psikopatoloji modeline göre; temel inançlar, ara inançlar ve otomatik düşüncelerin içeriğinde oluşan bilişsel çarpıtmaların farklı psikopatolojilerin gelişmesine neden olduğu varsayılmaktadır (Gündüz ve Gündoğmuş, 2019:425).

5.3.3.Davranış Terapileri

Davranışçılık 20. yüzyılın başında doğmuş ve insanın psikolojik yapısını açıklayan bir kuramdır. Psikanalizden farklı olarak davranışçılık, çok farklı bir alandan, davranış bilimleri araştırmalarından, laboratuvarlardan gelir. Davranışçılık, bilimin gözlenebilir olanı temel alması ilkesinden hareketle, ruhbilimin içsel süreçleri değil, insan davranışlarını ele alması gerektiğini öne sürmektedir. Davranışçılık gözlem ve deneye dayalı bilimsel yöntemin psikoloji alanına ilk kez girmesini sağlamıştır (Türkçapar, 2022:36). Dolayısıyla davranış terapileri köklerini deneysel psikolojiden almıştır. Kökleri klasik davranışçı teoride Pavlov, Watson, Skinner ve Bandura'nın öncülük eden çalışmalarında bulunmaktadır. Temel öğrenme kuramları klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme olarak düşünülebilir (Şenyuva ve Sungur, 2021:385; Carroll vd., 2007).

5.3.3.1.Klasik koşullanma

Öğrenme sürecini açıklamaya yönelik ortaya konan ilk önemli kuramdır. Rus fizyolog Ivan Pavlov (1849-1936)'un köpeklerin salyaları hakkında yürüttüğü deneysel çalışmaları esnasında, köpeklerin eti görmemesine rağmen zil sesi duyduklarında salya tepkisi vermelerini fark etmesiyle bu kuramın temelleri atılmıştır (Şenyuva ve Sungur, 2021:386). Normal koşullar altında köpekte herhangi bir tepki doğurmayan bir uyarı, yani zil sesi (nötrül bir uyarı) yine normal koşullar altında köpekte salya akmasına yol açan bir uyarı olan etten (koşulsuz uyarı) hemen önce verildiğinde (zil sesinden hemen sonra hayvan etle beslendiğinde) bir süre sonra köpek sadece zil çaldığında da salya akma tepkisi vermeye başlar. Böylece "koşullanma ve öğrenme" gerçekleşmiş olur. Artık zil sesi koşullanmış bir uyarı haline gelir (Türkçapar, 2022:37). Bu kuram özetle kişide doğal olarak bir etki uyandırmayan bir uyarının, bu şekilde etkisi olan başka bir uyarıyla eşleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan bağlantı kurmaya dayalı öğrenme olarak tanımlanır (Şenyuva ve Sungur, 2021:386). Pavlov'un zil sesine koşullanmış köpeklerine eğer belli bir süre boyunca et verilmezse koşullanma ortadan kalkar. Yani artık zil çaldığında salya akması ortaya çıkmaz. Bu duruma "koşullanmanın sönmesi" adı verilir (Türkçapar, 2022:39).

5.3.3.2.Edimsel koşullanma

Davranışçılığı sistemleştiren B.F. Skinner'ın tanımladığı edimsel koşullanma, organizmanın çevrede geliştirdiği bir etkinlik sonucunda ortaya çıkan sonuca göre o davranışın sıklığının artmasına veya azalmasına dayalıdır. Bu kurama göre organizmanın davranışlarını belirleyen, uyarıcılara karşı verilen tepki olmadığı, bunların amaçlı davranış olduğunu öne sürmektedir. Klasik koşullanmada ortaya çıkan tepki refleksi tepki iken (zil-salya akması), edimsel koşullanmada motor sistemi ilgilendiren kompleks bir davranış ortaya çıkar. Edimsel koşullanmada, istenen davranışın ortaya çıkma sayısını arttıran her uyarıcıya pekiştireç adı verilir. Skinner'a göre davranışlar hem olumlu hem olumsuz pekiştireçler ile belli bir biçime sokulabilir. Olumlu pekiştireç kişi için keyif veren bir şeyin verilmesi, olumsuz pekiştireç kişi için keyif verici olmayan bir şeyin ortadan kaldırılmasıdır (Şenyuva ve Sungur, 2021:386; Türkçapar, 2022:39).

5.3.2.3. Sosyal öğrenme

Sosyal öğrenme kuramı, insanların başkalarını gözlemleyerek ve onların davranışlarını model alarak öğrendiklerini ifade eder. Bu kuram, Albert Bandura tarafından geliştirilmiş olup, birey, davranış ve çevre arasındaki karşılıklı etkileşimleri vurgulamaktadır. Kuram, canlı model, sembolik model ve sözlü direktifler gibi farklı modellere türleri üzerinden öğrenmenin gerçekleşebileceğini öne sürer. Ayrıca, sosyal öğrenme süreci bireylerin gözlemedikleri davranışların sonuçlarına göre bu davranışları benimsemeleri veya reddetmeleri ile ilgilidir. Bandura, bireylerin sadece davranışları gözlemleyerek değil, aynı zamanda bu davranışların sonuçlarına dair beklentiler geliştirerek de öğrendiklerini savunur. Bu kuram, öğrenmenin sadece doğrudan deneyim yoluyla değil, aynı zamanda başkalarının deneyimlerinden de öğrenilebileceğini vurgulamaktadır (Karadaban, vd., 2024).

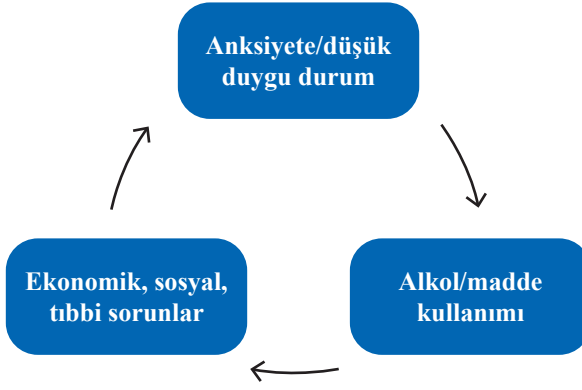
5.3.2.4. Davranış Terapisinin Temel İlkeleri

- Alıştırma (exposure): Çeşitli yöntemleri olan bu teknik özünde, bireyin kaygı duyduğu durumla karşı karşıya bırakılması ile aslında korkulan olumsuz sonuçların oluşmayacağını göstermektedir (Kafes, 2021:727).
- Alıştırma egzersizi sistematik uygulanmalıdır. Kaçınılan veya emosyonel tepki gösterilen nesne/imaj/durum/düşünce rastlantısal veya zorunlu karşılaşmalar kaygıyı düşürmeyebilir. Anksiyetenin azalmayacağı aksine artabileceği bilgisinin verilmesi ve bireyin kaygıyı yaşamayı öğrenmesi esastır.
- Kişinin kaçınma davranışını gösterdiği uyaran ile en az 60/90 dakika karşılaşması alıştırma egzersizlerinden alacağı yararı artırmaktadır.
- Egzersizlerin gerçeğe en yakın şekilde planlanması önemlidir.
- Hedeflerin danışan ile birlikte somut ve net olarak belirlenmesi davranış tedavilerinde önemli bir unsurdur (Şenyuva ve Sungur, 2021:388).

5.3.4. Bağımlılığın Bilişsel Modeli

Bağımlılığın bilişsel modeli üzerine çalışmalar, 1980'li yıllara dayanmaktadır. Bağımlılıkla ilgili dört kognitif süreçten bahsedilmektedir (Ak vd. 2022;146):

1. Öz yeterlik; kişinin yüksek riskli durumlarla baş edebilmesi ile ilgili kendini değerlendirmesini içerir. Örneğin; “ben bu maddeden kurtulamam”, ben maddeden kendimi uzak tutabilirim”, madde almadan hayatımı geçiremem” gibi düşünceler öz yeterlik ile ilgili otomatik inanışlardır.
2. Sonuç beklentileri; kişinin madde ya da bağımlılık yapıcı aktivite ile ilgili beklentilerini içerir. Örneğin; eğer madde alırsam bu gece harika geçecek”, bu gergin günleri ancak madde ile atlatabilirim” gibi beklentiler içinde olmak madde kullanımına devamlılığı sağlayan faktör haline gelir.
3. Nedensellik özellikleri; madde kullanan bireyin maddenin iç ya da dış faktörlere olan inancını ifade eder. Örneğin bir yıldır madde kullanmayan remisyonda olan birinin bir kez madde kullanımı sonrası “irademi kullanamadım, başaramadım” gibi düşünceler madde kullanımına yeniden sürekli başlamasına neden olmaktadır. Bu yaklaşım Beck'in ‘ya hep ya hiç’ bilişsel çarpıtmasına karşılık gelmektedir.
4. Karar verme süreçleri, madde kullanımının çoklu karar verme aşamasının sonucu olarak ortaya çıktığını vurgular.



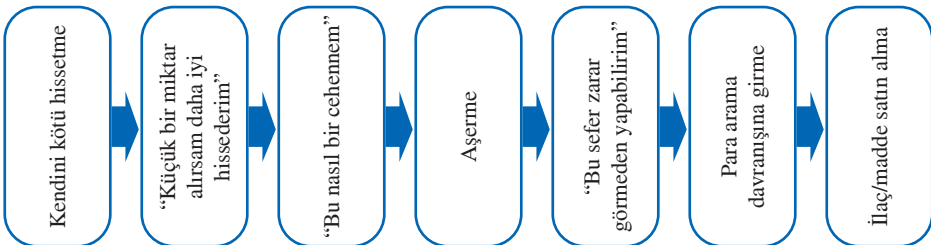
Şekil 5.3.3. Bilişsel Modele Göre Bağımlılığın Basit Kısır Döngüsü (Leahy, 2017: 62)

Bağımlılık, ekonomik, sosyal ve tıbbi durumlara neden olduğunda bireyler önce bu durumu yok saymaya, inkâr etmeye veya minimize etmeye çalışırlar. Bazı bireyler ise bu durumun farkındadır ancak durumun olumlu taraflarının daha çok olduğuna inanırlar. Aslında bu değerlendirme gerçek değerlendirmeden uzaktır. Kısacası bu değerlendirmeler bilişsel modelin işlevsiz otomatik düşünceleri olarak tanımlanabilir (Şekil 5.3.3) (Leahy, 2017: 62).

Bağımlılıkta işlevsiz otomatik düşüncelere örnekler şunlar olabilir (Leahy, 2017: 62)

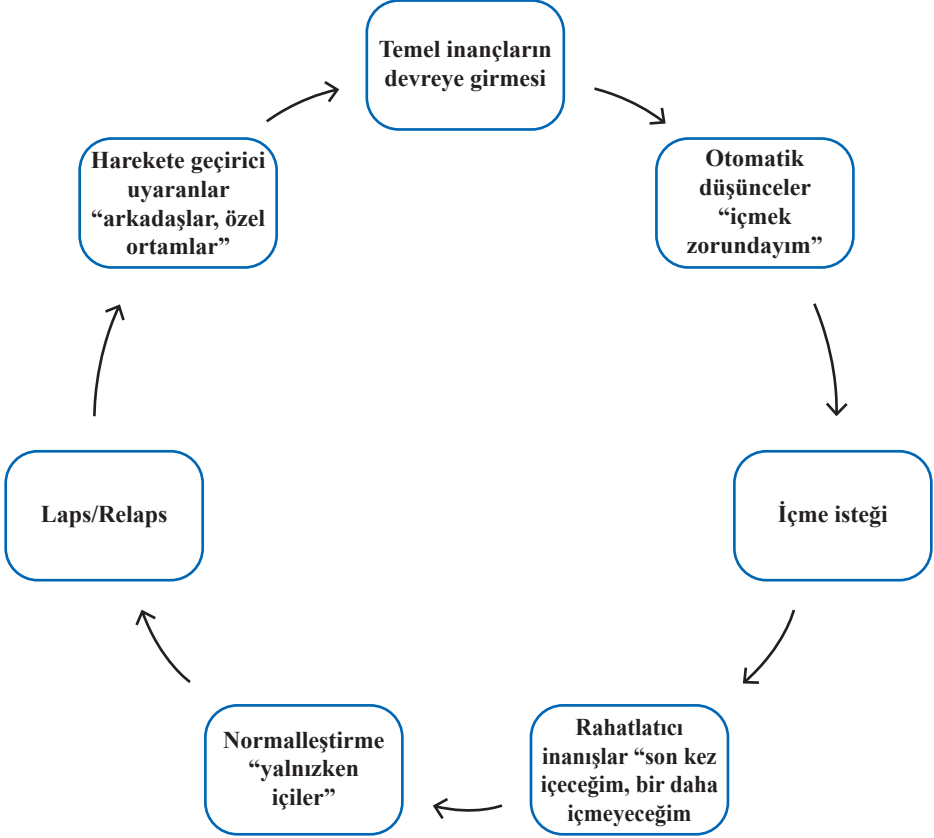
- “Eğer bunu kullanmazsam mutsuz olacağım”
- “Kontrolümü sağlamak için birkaç kadeh içmeliyim”
- “Bu yaşadıklarımın üstesinden gelecek gücüm yok benim”
- “Bıraksam bile nasıl olsa yeniden başlayacağım”
- “Aşerme çok güçlü”
- “Eğer kullanmazsam bu acıya dayanamam”

Bağımlı bireyler sıklıkla madde kullanmayı bırakmayı denerler ancak *aşerme* (craving) nedeniyle başarılı olamayabilirler. Genellikle maddeyi kullanmaya iten durumlarla karşılaştıklarında (kaygı, çökkünlük, madde kullanılan ortamlara girme, çağrıştıran ortamlarda bulunma vb.) aşerme olur. O sırada maddeden kaçınmış olsalar bile kendilerini hayal kırıklığına uğramış hissederler. Bu sırada “buna katlanamam”, “bunu durdurmada başarılı olamam” gibi bilişler devreye girer (Şekil 5.3.4).



Şekil 5.3.4. BDT'ye Göre Örnek Aşerme Döngüsü (Şenyuva ve Sungur 2021:396)

Yukarda bahsedilen otomatik düşünceler ve aşırma tedavide madde kullanımını bırakmayı zorlaştıran unsurlar olarak görülmektedir. Bağımlılık tedavisine karar verme ve başvurma süreçleri bu inanışlara göre şekillenmektedir. Şekil 5.3.5'te BDT bakış açısına göre bağımlılık davranışının nasıl sürdüğü görülmektedir.



Şekil 5.3.5. BDT'ye Göre Bağımlılık Davranışı Süreci

Bağımlılık tedavisinde BDT kullanımı Şekil 5.3.5'te görülen bağımlılık sürecine odaklanmaktadır. Bağımlılık sürecinde beş temel BDT bileşeni kullanılmaktadır (Leahy, 2017: 50; Şenyuva ve Sungur 2021:396).

- Bağımlı birey ile iyi bir terapötik ilişki ve işbirliği içinde olmak BDT yaklaşımında oldukça önemlidir.
- Bireye özgü vaka formülasyonu ve kavramsallaştırma yapmak gereklidir. Vaka kavramsallaştırma için temel anahtar empatik dinlemedir. Beck'e göre bilişsel vaka kavramsallaştırması erken dönem yaşam olayları (aile, travmalar, kayıplar), güncel yaşam olaylar ve bağımlılık davranışı arasındaki bağlantılar, otomatik düşünce kalıpları ve bağımlılık davranışını tetikleyebilecek riskli uyaranları, başa çıkma stratejileri ve tedavi planlarının entegrasyonunu içerecek şekilde planlanmalıdır.
- Seanslarda hedefe yönelik çalışma ve zamanın iyi planlanması önemlidir.
- Eğitim oldukça önemli bir BDT bileşenidir. Bağımlılık, yoksunluk, kayma ve nüks konularında doğru bilgilendirme yoksunluk belirtileri ile başa çıkmayı ko-

laylaştırmaktadır. BDT'nin temel amacı işlevsiz düşünceler, inançlar ve davranışlarda eğitim yoluyla değişimi sağlamaktır. Bilişsel davranışçı temelli psikoeğitimde, maddeler hakkında yanlış inanışlar, maddenin zararlarının fark edilmesi, riskli davranışların derecelendirilmesi, sorumluluk alma ve ev egzersizlerinin yerine getirmesi hedeflenmektedir.

● Bilişsel ve davranışsal teknikler bağımlılık tedavilerine önemli yer tutmaktadır. Bilişsel tekniklerde, temel inançları otomatik düşünceler, duygular ve davranışların tanımlanması, günlük düşünce günlüğünün tutulması, alternatif düşünce geliştirme teknikleri kullanılır. Davranışsal teknikler ise, sağlıksız davranışı değiştirmeye yönelik yapılandırılmış teknikleri içerir. Gevşeme egzersizleri, fiziksel aktivite, aktivite günlüğü oluşturma gibi teknikler kullanılmaktadır (Şenyuva ve Sungur, 2021:396).

5.3.4.1. Bağımlılıkta kullanılan BDT temelli müdahaleler

Bağımlılıklar için BDT, edimsel öğrenme süreçlerini, iyileştirmenin önündeki motivasyonel engelleri ve diğer bilişsel-davranışsal müdahalelerin geleneksel çeşitliliğini hedefleyenler dâhil olmak üzere çok çeşitli davranışsal tedavileri kapsar. Bilişsel davranışçı yaklaşım, geleneksel bilişsel davranışçı terapi (BDT), kabul ve kararlılık terapisi (ACT; Hayes vd., 2012: 3), diyalektik davranış terapisi, farkındalık temelli terapiler (MBSR; Kabat-Zinn, 2003:144) gibi daha yeni “üçüncü dalga” davranış terapileri dahil olmak üzere farklı müdahale türlerini içerir. Aşağıda bağımlılıklarda kullanılan bilişsel davranışçı müdahaleler yer almaktadır:

● Motivasyonel müdahaleler

Motivasyonel müdahaleler değişim için motivasyonu artırmada bireyin kararsızlıkları keşfetmesi ve çözmesine yardımcı olmak için tasarlanmış, yönlendirici, birey merkezli bir danışmanlık tarzıdır. Motivasyonel yaklaşımlar empatik, çatışmacı olmayan tarzı ve kullandığı aşamaya özgü stratejilerle diğer yaklaşımlardan ayrılmaktadır (Noonan ve Moyers, 1997:8). Motivasyonel yaklaşımlar bağımlılık davranışında hızlı ve içsel olarak güdülenmiş değişim yaratmak amacıyla tasarlanmıştır. Bu yaklaşım, sadece bağımlılık tedavisinde değil aynı zamanda bireylerin bir bağımlılık geliştirmeden önce davranış değişikliği oluşturması konusunda da motivasyon sağlamaktadır (Dorais vd., 2020:19). William Miller (1996:835) tarafından geliştirilen “Motivasyonel Görüşme” bu tür tedavi yaklaşımlarını en iyi temsil eden müdahale şeklidir. Motivasyonel görüşmede çeşitli teknikler kullanılıyor olsa da, bu yaklaşım bağımlı bireyin dirençten ziyade değişim yönünde hareket etmesini desteklemektedir (Carroll vd., 2007: 305). Yapılan çeşitli klinik araştırma sonuçları motivasyonel görüşmeyi bağımlılıkta yararlı bir klinik müdahale olarak desteklemektedir (Noonan ve Moyers, 1997:8).

Motivasyonel görüşmenin prensipleri şunlardır:

- Empatiyi ifade et
- Farklılık geliştir
- Tartışmaktan kaçın
- Direnci ortadan kaldır
- Kendi kendine yetebilmeyi destekle (Carroll vd., 2007: 305).

Bağımlılık tedavisine başlamadan önce, bireyin tedavi motivasyonu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Motivasyonel müdahaleler, aynı zamanda madde kul-

lanma olasılığını artıran bilişleri azaltmaya da çalışır. Motivasyonel görüşmenin unsurlarına ek olarak madde bağımlılığına özgü bilişsel çarpıtmaları da hedefleyebilir. Örneğin, kullanımı mantıklı hale getirme (“bunu sadece bir kez kullanacağım”, “bir içki bana zarar vermez”, “kötü bir gündü; bunu kullanmayı hak ediyorum” vb.) ve vazgeçmek (örneğin, “neden deniyorum,” “ben her zaman bağımlı olacağım ve bu durum değişmeyecek” vb.). Bu gibi durumlarda motivasyonel görüşme, bu bilişsel çarpıtmaların doğruluğuna ilişkin kanıt elde etmek ve daha uyumlu olabilecek ve hastanın deneyimini daha iyi yansıtabilecek alternatif düşüncelerin belirlenmesine yardımcı olabilir. Benzer şekilde, bu tür düşüncelerin doğası ve iyileşmede oynayabilecekleri rol hakkında psikoeğitim verilmesi, bireyin bu tür düşünce kalıplarının bağımlılığın devam etmesine nasıl katkıda bulunduğunu bireyin fark etmesine yardımcı olabilir (McHugh vd., 2010:511).

● Nüks Önleme Tedavileri

Bağımlılıkta kullanılan başka bir bilişsel-davranışçı yaklaşım nüks önlemeye yönelik olan ve “Nüks Önleme (NÖ)” olarak adlandırılan yaklaşımdır (McHugh vd., 2010:511). Bu tedavinin mekanizmasını anlamak için kayma (laps) ve nüks (relaps) kavramlarını açıklamak gerekir.

Kayma (laps); bireyin bağımlı olduğu maddeyi birkaç kez kullanması ve davranış değişikliğinin ortaya çıkmasıdır.

Nüks (relaps) ise, bireyin bağımlı olduğu madde kullanımının yeniden düzenli hale gelmesi ve miktarının eski düzeye çıkmasıdır (Leahy, 2017: 62). “*Kayma bir kere gelişmişse nüks önlenemez*” bilgisi doğru değildir. BDT ile kayma ve nüks sürecine başarılı şekilde müdahale edilebilmektedir. Marlatt ve diğerleri (1985: 208) tarafından geliştirilen nüks önleme tedavisi BDT müdahale stratejisi olarak kabul edilmiştir. Bu yaklaşım hastanın madde kullanma olasılığının daha yüksek olabileceği yüksek riskli durumların (örneğin sürekli gidilen favori barlar, aynı zamanda madde kullanan diğer arkadaşlar) tanımlanmasına ve önlenmesine odaklanır. Bu özellikler tanımlandıktan sonra yüksek riskli durumlara yönelik bireyin BDT repertuarındaki zayıflıkları belirlemek ve nüks riskini önlemek için bazı stratejiler geliştirilir.

Bu stratejiler şunlardır (Şenyuva ve Sungur 2021:395):

- Bireyin nüksü bir süreç olarak anlamasına ve erken uyarı belirtilerini tanımasına yardım etmek.
- Bireyin kendi yüksek riskli durumlarını tanımlamasına yardım etmek.
- Bireyin iletişim becerilerini, sosyal bağlarını ve kişilerarası ilişkilerini düzenlemesine yardım
- Bireyde madde kullanma isteği uyandıracak zorlu duygusal durumları yönetmesine yardımcı olmak.
- Bireyin kullanma isteğine eşlik eden bilişsel hatalarını bulmasına ve tanımasına yardım etmek.
- Medikal tedaviyi dikkate almasına destek olmak.

Nüks önleme aynı zamanda bireyin madde kullanımının olumlu etkilerine ilişkin beklentisine meydan okumasını ve tehdit edici durumlarda da daha bilinçli bir seçim yapmasına yardımcı olmak için psikoeğitim müdahalesini içerir (McHugh vd., 2010:511).

● Çift ve Aile Tedavi Yaklaşımı

Davranışsal Çift Terapisi, bağımlılık tedavisinde bağımlı birey için bir diğersinin desteğini kullanan yaklaşımlardan biridir. Bu tedavide, ilişkinin işleyişi ile madde kullanımı arasında karşılıklı bir ilişki olduğu varsayılır. Bu yaklaşımda madde kullanımının ilişkii olumsuz yönde etkileyebileceği ve bu ilişki sorununun da madde kullanımının artmasına neden olabileceği varsayılır (Epstein ve McCrady 1998:689). Bu nedenle tedavinin odak noktası, bir partnerin maddeyle ilgili durumlarla baş etmesini geliştirmenin yanı sıra genel ilişki işleyişini iyileştirmeyi içerir. Müdahaleler genellikle psikoeğitim, madde kullanımı şartına bağlı olarak ilişki temasını geri çekme eğitimi ve maddeden arındırılmış günlere bağlı takviye uygulamasıdır (örn. madde kullanma fırsatlarını azaltmak ve yoksunluğu ödüllendirmek) (McHugh vd. 2010:511).

● Kombinasyon Tedavi Stratejileri

Bağımlılık olgusunun yalnızca biyokimyasal mekanizmalarla değil, psikolojik mekanizmalarla da karakterize olduğu artık kanıtlanmıştır. Bu nedenle bağımlılık tedavisinde hem farmakolojik hem de psikolojik tedaviyi içeren entegre yaklaşımlara ihtiyaç vardır (Zamboni vd., 2021:835). Kombinasyon tedavi stratejilerinde en yaygın kullanılan kombinasyon BDT ve farmakoterapi birlikteliğidir. Kombinasyon tedavileri bağımlılık tedavilerinde etkili sonuçlar verse de hala bazı araştırmalar çelişkili sonuçlara dikkat çekmektedir. Bu konuda en etkili kombinasyon tedavi stratejilerinin belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Bong vd., 2021: 110).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

13-15 Yaş Grubu Ergenlerde Bağımlılığı Önlemede Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Risk Önleme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma, 13-15 yaş grubu ergenlerde bağımlılığı önlemede **“Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Risk Önleme Programının (RÖP)”** etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada randomize kontrollü deneysel bir tasarım kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Düzce il merkezindeki ilköğretim okullarının (n:24) 7. ve 8. sınıfları (n:4150) oluşturmuştur. Bu öğrenciler arasında risk altında olduğu belirlenen 363 öğrenciye 12 oturumdan oluşan RÖP uygulanmıştır. RÖP haftada bir gün iki oturum şeklinde uygulanmış ve her oturum 45 dakika sürmüştür. RÖP’ün içeriği uzman psikiyatri hemşiresi ve BDT terapisti uzmanlarından oluşan bir ekip tarafından hazırlanmıştır. RÖP oturumları, BDT temel prensipleri dikkate alınarak, öğrencilerin yaş dönemi özelliklerine göre hazırlanmış oyunlar ve yaşantısal deneyleri içerecek şekilde planlanmıştır. Oturumların içeriğinde, duyguları tanıma ve ifade edebilme, düşünce-duygu-davranış üçlüsü, bağımlılık yapan madde ve durumları tanımak, hayır diyebilmek gibi konular yer almıştır. Son test ve üç ay sonra izlem test ölçümlerine göre Güçler ve Güçlükler Ölçeğinin “Duygu-Davranış Sorunları”, “Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik” alt boyutlarına ait puanların deney grubunda anlamlı düzeyde düştüğü, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu araştırmanın sonucunda yazarlar, RÖP programının ilköğretim öğrencilerinde bağımlılıktan korunma konusunda etkin ve uygulanabilir olduğunu ve programın ruh sağlığı hemşireleri, okul sağlığı hemşireleri ve okul psikolojik danışmanları tarafından uygulanabileceğini bildirmişlerdir (Demirezen vd., 2019: 179).

DİKKAT

- Bağımlılık, psikolojik, davranışsal ve sosyal boyutları olan karmaşık bir olgudur.
- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), öğrenme kuramlarını temel alan, ruhsal bozuklukların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyon sürecinde uygulanabilen kısa süreli, kolay anlaşılabilir psikoterapi yaklaşımlarından biridir.
- BDT, bağımlılığın koruyucu, tedavi ve rehabilite edici müdahale yaklaşımları arasında en iyi tanımlanmış ve en çok çalışılmış olan yaklaşımdır.
- Bağımlılıkta BDT yaklaşımı, bireyin bağımlılık davranışını tetikleyen otomatik düşünce kalıpları, temel inanışları ve başa çıkma stratejilerini belirlemesini temel alan bir vaka formülasyonu kullanır.
- BDT, bağımlılık tedavisinde kayma (laps) ve nüks (relaps) tedavisinde etkili bir yaklaşımdır.
- Bağımlılıkta BDT yaklaşımı işbirliğini, etik yaklaşımı amaca yönelik çalışmayı ve eğiticiyi esas alır.
- BDT yaklaşımı, aile/çift terapi yaklaşımını da kullanarak bağımlı bireyi tüm çevresi ile ele alır.

Özet noktalar

Bağımlılık, psikolojik, davranışsal ve sosyal boyutları olan karmaşık bir durum olarak kabul edilmekte ve bireylerin yaşamında yarattığı çok boyutlu sorunlar nedeniyle acil bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Bağımlı bireyler için uzun yıllardır hem önleme hem tedavi ve rehabilitasyon için çeşitli tedavi seçenekleri kullanılmaktadır. Pek çok ruhsal sorunun tedavisindeki yeri artık tartışmasız olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımının bağımlılık tedavisindeki etkinliği de kanıtlanmıştır. BDT, öğrenme kuramlarını temel alan, ortaya çıkan değişimleri ölçmekle yardımcıyla nesnel olarak değerlendiren, bireyin yaşam kalitesini arttıran, problem çözme becerisi kazandıran, ruhsal bozuklukların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyon sürecinde uygulanabilen kısa süreli, kolay anlaşılabilir psikoterapi yaklaşımlarından biridir. Bağımlılıkta BDT yaklaşımında, güncel yaşam olayları ve bağımlılık davranışı arasındaki bağlantılar, otomatik düşünce kalıpları ve bağımlılık davranışını tetikleyebilecek riskli uyarıcılar, başa çıkma stratejileri ve tedavi planlarının entegrasyonunu içerecek şekilde vaka formülasyonu yapılması esastır. Aynı zamanda BDT ile kayma ve nüks sürecine başarılı şekilde müdahale edilebilmektedir. Elde edilen kanıtlar bağımlılıkta hem verimli hem de daha uygun maliyetli olan entegre tedavilerin etkili olduğunu göstermektedir. Farmakolojik ve bilişsel davranışçı müdahalelerin kombinasyonu bağımlılık tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ak, M., Kırpınar, İ., Atmaca, M., Erkan Yüce, A., Güler, Ö., Kesici, Ş., Akkişi Kumsar, N. (2022). Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi 2. Ankara: Nobel Yayıncılık. s.131.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Study Research Group. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(17), 2003-2017.
- Ataş, H., Koçak, A. (2018). Bir kamu politikası olarak bağımlılıkla mücadele: Yeni yaklaşımlar ve başarılı örnekler. Ankara: Nobel Yayıncılık. s.8
- Bador, K., Kerekes, N. (2020). Evaluation of an integrated intensive cognitive behavioral therapy treatment within addiction care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(1), 102-112.
- Beck, J.S. (2014). Bilişsel davranışçı terapi temelleri ve ötesi (M.Şahin, I.T. Cömert, Trans.), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Original work published 2011).s.4
- Bong, S., H., Won, G. H., Choi, T. Y. (2021). Effects of cognitive-behavioral therapy based music therapy in Korean adolescents with smartphone and internet addiction. *Psychiatry Investigation*, 18(2), 110.
- Bozkurt, H., Coşkun, M., Ayaydın, H., Adak, İ., Zoroğlu. S.S.(2013). İnternet bağımlılığı olan sevk edilen ergenlerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve kalıpları. *Psikiyatri Kliniği Neurosci*, 67 :352–359.
- Carroll, K. M., Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of addictive behaviors*, 31(8), 847.
- Carroll, K.M., Samuel, A., Martino, D.(2007). Cognitive behavioral and motivational therapies for substance abuse. In: Gabbard, G.O., editors. *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. (4th ed.) American Psychiatric Pub. s .305-309.
- Demirdil, Ö. Ü. G., Harmancı, Ö. Ü. P. (2021). Davranışsal bağımlılıklar. Ankara. İksad Yayıncılık. s. 11.
- Demirezen, D., Karaca, A., Konuk Şener, D., Cangür, Ş. (2019). 13-15 Yaş Grubu Ergenlerde Bağımlılığı Önlemede Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Risk Önleme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar*. 11. Chapter, Gece Akademi Yayınları. S.179-203
- Dorais, S., Gutierrez, D., & Gressard, C. R. (2020). An evaluation of motivational interviewing based treatment in a university addiction counseling training clinic. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 11(1), 19-30.
- Epstein, E.E, McCrady BS.(1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18:689–711.
- Gündüz, A., Gündoğmuş, İ. (2019). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile otomatik düşünceler, ara inançlar, uyumsuz şemalar, anksiyete ve depresif belirti şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22:424-435.
- Han, S.A., Lee, H.M. (2006). Çevrimiçi oyun bağımlılığı ve çocuk suçluluğu ile ilgili endişeler. *Kore Suç Psikolojisi Rev.* 2, 229–244.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed). New York: Guilford Press. s.3-375.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 563
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract.* 10:144–156.
- Kafes, A. Y. (2021). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde kullanılan davranışçı müdahale teknikleri: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 726-738.
- Karadaban, A., Taşkıran, N. D., Acar, A., Toz, M. Z., Işık, A., Efe, B., Gezer, M., Yolcu, H. (2024). Sosyal öğrenme. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 11(104):556-562.
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide* (2nd ed.) Guil-

ford Publications,. s.50-96.

Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(12), 1093

Marlatt, G.A, Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (1st ed). New York: Guilford Press.s.1-208.

McHugh, R.K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525.

Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive behaviors*, 21(6), 835-842.

Nazlıgül, M. D., Yılmaz, A. E. (2019). Oyun bağımlılığı ve egzersiz bağımlılığına davranışsal bağımlılık çerçevesinden bakış. *Bağımlılık Dergisi*, 20(2), 97-108.

Noonan, W. C., Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse*, 2(1), 8-16.

Özcan, Ö., Çelik, G. G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.

Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.

Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(6), 208279-208279.

Şenyuva, G., Sungur, M.Z. (2021). Bağımlılıkta kognitif ve davranışçı terapi. In: Dilbaz, N., Göçgeçöz, I., Noyan, C.O., Kazan Kızılkurt, Ö., editörs. *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* (1. Basım), Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. s.385-396.

Türkçapar, M.H. (2022). Bilişsel davranışçı terapi (21. Baskı). İstanbul:Epsilon Yayınevi. s.61.

Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., Lu, Y. (2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *Jama*, 286(14), 1715-1723.

World Health Organization. Definition of substance Erişim tarihi: 23 Nisan 2023, http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/

Zamboni, L., Centoni, F., Fusina, F., Mantovani, E., Rubino, F., Lugoboni, F., & Federico, A. (2021). The effectiveness of cognitive behavioral therapy techniques for the treatment of substance use disorders: a narrative review of evidence. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(11), 835-845.

BÖLÜM 5.4

Psikodrama

Doç. Dr. Burcu CEYLAN

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

İçindekiler

Giriş

5.4.1. Psikodrama

5.4.1.1. Isınma

5.4.1.2. Eylem

5.4.1.3. Paylaşım

5.4.2. Bağımlılık ve Psikodrama

Özet noktalar

Kaynaklar

“Her gerçek ikinci fırsat, birinciden kurtuluştur”

Jacob L. Moreno

GİRİŞ

Bağımlılık olgusu, günümüzde yaygın görülen ve bireyleri biyo-psiko-sosyal yönden etkileyen bir sorundur. Bağımlılık tedavisinde ilaçlı (farmakolojik) ve ilaçsız (non farmakolojik) yöntemler birlikte kullanılmaktadır. İlaçsız teknikler arasında insanların değişimi, iyileşmesi ve toplumla yeniden bütünleşmesini teşvik etmeyi amaçlayan bireysel ve grup terapi yöntemleri yer almaktadır. Bu yöntemler bir yandan bağımlılığın kronik ve tekrarlayan doğasını kabul ederken, diğer yandan bireylerin yaşam tarzındaki değişikliklere uyumuna odaklanan iyileşme yöntemlerini benimsetmeyi amaçlamaktadır. Bu terapi yöntemlerinden biri de psikodramadır.

5.4.1. Psikodrama

1920'lerin başında Jacob L. Moreno'nun öncülüğünü yaptığı psikodrama, grup formatında yürütülen bireysel eylem psikoterapi yöntemidir (Orkibi, 2011). Psikodramada, dramatik teknikler kullanılarak gerçek yaşam deneyimlerinin temsili gerçekleştirilmektedir. Bu esnada grup üyelerinin yeni duruma uygun bir yanıt verebilme veya eski duruma alternatif bir yanıt oluşturabilmede spontanlıklarını ve yaratıcılıklarını geliştirmelerine yardım edilir. Psikodramada amaç, yeni ve farklı etkileşim yollarının keşfedilmesi, öz farkındalığın, kişisel güçlendirmenin ve olumlu ilişkilerin geliştirilmesidir (Azoulay ve Orkibi, 2015; Cruz vd., 2016; Orkibi, 2008).

Psikodramada yönetici ve grup üyeleri bulunmaktadır. Yönetici, eyleme rehberlik eden eğitilmiş kişidir ve pek çok tedavide bu terapisttir. Bir psikodrama grubu ortalama 5-50 grup üyesinden oluşmaktadır. *Eşleme* (protagonistin farkında olduğu ya da bilinçdışı duygu ve düşüncelerin onun ağzından terapist ya da grup üyeleri tarafından dile getirilmesi), *rol değiştirme* (protagonistin ele alınan konuyla ilgili rollere tek tek girmesi, fiziksel ve davranışsal yer değiştirme) ve *ayna* (protagonistin sahnede canlandırdığı kendi hayatının bir bölümü ya da bölümlerini dışarıdan gözlemlemesi) üç temel psikodrama tekniğidir (Altınay, 2015b; Giacomucci, 2021). Psikodrama oturumları ısınma, eylem ve paylaşım olmak üzere 3 (üç) kısımdan oluşmaktadır (Somov, 2008; Karp, 2013; Altınay, 2015a).

DİKKAT

Psikodramada protagonist, kendi hayatından bir kesiti sahneye taşıyan ve bu sayede içsel dünyasını keşfederek kişisel gelişimine katkıda bulunan, sorunlarına çözüm bulmak için aktif bir rol üstlenen kişidir. Diğer grup üyeleri ve terapist, bu süreçte ona yardımcı olur. **Psikodramada protagonist olmak, kişi için oldukça dönüştürücü bir deneyim olabilir.**

Protagonist, kendi hayatından bir kesiti sahneleyerek duygularını ve düşüncelerini daha iyi anlar. Rol değiştirerek, olaylara farklı perspektiflerden bakma fırsatı bulur. Oyun içinde farklı davranışları deneyerek, sorunlarına yeni çözümler bulabilir. Psikodrama süreci, kişinin kendisini daha iyi tanımasına ve kişisel gelişimine katkıda bulunmasına yardım eder.

5.4.1.1. Isınma

Isınma, bireyin yöneticiye, diğer grup üyelerine ve psikodrama yöntemine güven sağlayacağı bir ortam oluşturur. Grubun kurallarının, grubun görevinin açıklığı kavuşturulduğu da bir aşamadır. Eylem aşamasından önce katalizör görevi görür. Isınmanın birçok yöntemi vardır. Isınmada amaçlardan biri grup üyelerinin birbiri ile kolay iletişim kurmasını sağlamaktır. Böylece ısınma esnasında yaşam sorunu olan birey grup üyeleri ya da yönetici tarafından protagonist (psikodramada kendi yaşantısını sahneye taşıyan kişi, psikodrama oturumunun öznesi) olarak belirlenebilir. Isınmada başka bir amaçta alternatif oturum konusunun çıkacağı protagonist merkezli ısınmadır. Burada grup üyeleri protagonist adayı olarak kendileri çıkabilir.

5.4.1.2. Eylem

Isınmadan sonra yönetici ve protagonist yaşam sorununu, belirlenmiş bir sahne alanında yeniden oynatır. Gruptaki diğer üyeler protagonistin yaşam sorunundaki önemli kişileri temsil eden yardımcı egolar olarak kullanılır. Oyun esnasında rolü olmayan grup üyeleri sahne dışından oyunu izler. Sahne alanı düzenlenmezse planlanan psikodrama, yöntem ve alan sınırları olmadığından yüzeysel kalır.

5.4.1.3. Paylaşım

Paylaşım, grup katarsisi ve bütünleşme süreci olarak ifade edilmektedir. Bu aşamada grup üyeleri protagoniste ne kadar benzediği ya da benzemediğini keşfeder. Grup üyeleri bir başkasının yaşam hikâyesi sahnelenirken sıklıkla öğrenme ve farkındalık kazanma fırsatı bulur. Ayrıca protagonist diğer grup üyelerinin benzer süreçler yaşadığını duyduğunda rahatlar ve yaşantının normal olduğunu algılar.

Psikodrama yaşamın daha güvenli yaşandığı; bireylerin yeni düşünme, duygu ve davranış yolları bulduğu özel bir alan oluşturan terapötik gruplardır. Bireysel motivasyon ve kendine güven için gerekli stratejiler geliştirmede psikodrama önemli eğitim araçlarıdır. Psikodrama esnasında yapılan eylemler ve yeni canlandırmalar dürtülere alternatif doyum alanları yaratırken, protagoniste engellenmelerle nasıl baş edeceğini de öğretir.

Psikodramada protagonist kendi oyununun, yaşam hikâyesinin, psikolojik ve duygusal süreçlerinin merkezindedir. Oyun esnasında protagonist kendi hikâyesini nasıl algılıyorsa bunu yansıtabilecek şekilde grup üyelerine rollerini dağıtır. Rol değiştirmeler esnasında sahneye dâhil olabilir, dışarı çıkabilir, yönetici ile sahneyi dondurabilir, sahneye geriden derinlemesine bakabilir. Psikodramanın rol temelli olması nedeniyle protagonistin belirli bir rolde karşılaştığı zararı keşfetmesinin yanı sıra hayatının diğer rollerinde sahip olduğu güç ve direnci fark etmesi sağlanabilir.

DİKKAT

Bağımlılık tedavisinde psikodrama, bireylerin bağımlılık davranışlarının kökenlerini anlamalarına ve yeni baş etme mekanizmaları geliştirmelerine yardımcı olur.

5.4.2. Bağımlılık ve Psikodrama

Bağımlılık, kontrol ve sorumluluk duygusu dâhil olmak üzere bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamlarını etkileyen karmaşık bir durumdur. Bağımlı bireyler suçluluk, utanç ve güçsüzlük gibi bireysel zorlanmaya neden olan duyguları da sıklıkla yaşarlar. Bunun yanı sıra psikolojik travmaya benzer davranış örüntüleri gösterebildikleri gibi, travma yaşayanlar maddelerle kendilerini tedavi etmeye çalışarak kısır bir döngü geliştirebilirler (Dayton 2013). Bağımlılığın öngörülemez ve kontrol edilemeyen doğası nedeniyle tedavide etkili ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlara gereksinim duyulmaktadır.

DİKKAT

Psikodrama ile birey geliştirmek istediği rollerde uygulama fırsatı bulur. Böylece rolün kaygısı ve yeniliği klinik bir ortamda keşfedilebilir ve üzerinde çalışılabilir (Dayton 2003).

Psikodrama yaşantısı bağımlı bireyin geçmiş, şimdi ve gelecek yaşamındaki etkilenimlerine ait farkındalıklar, alternatifler, yeni roller geliştirmesinde ve bu rollere uyumunda önemli bir yöntemdir. Psikodramatik oyunlarda bağımlı birey geçmişe giderek maddeyi ilk kullandığı an ve kullanmanın yaşantısal nedenlerini anlayabilir. Tam tersi ileri giderek bağımlılığın olası sonuçları (kayıp, hapis, ölüm vb.) ya da arınmışlığın getirilerine odaklanılabilir. Protagonist grup paylaşımlarında kendi öz-sever eğilimlerini farkedebilir, bağımlı bireyi ve özelliklerini objektif eleştirebilir, rol değişimi ile öteki tarafı deneyimleyebilir. Böylece gerçek yaşamda bağımlı birey ile yaşamının nasıl olduğunu algılayabilir. Ayrıca birey zarar görmüş ilişki örüntülerini sorgulayacak ve onaracak birçok terapötik fırsatı yakalayabilir. Bireyin çevresi üzerinde kontrol kazanması konusunda yardım edebilir. Bağımlılıktan kurtulma uzun bir süreç olduğu için, bağımlı olunan nesne kullanımına karşı güçlü bir direncin oluşturulmasında da etkili olabilir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Coşkun ve Çakmak (2005) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM Servisine alkol/madde kullanımı nedeniyle bağımlılık tedavisi için kendi istekleri ile başvuran 10 hasta ile haftada iki gün toplamda sekiz oturum yaptıkları psikodrama programı sonrasında bireylerin yetersizlik korkularının azaldığı, pozitif kendilik şema algıları oluşturdukları, öfke yönetiminde ve sosyal ortamlarda yaptıkları bazı boyun eğici davranışların düzeyinde pozitif yönde değişim olduğu belirlenmiştir (Coşkun ve Çakmak 2005).

Duygusal ve psikolojik acıya maruz kalan ve bu durumla başedebilecek içsel kaynak ve destek sistemlerinden yoksun bireyler başetmeye çoğunlukla kimyasal çözüm aramaktadırlar. Yapılan araştırmalar yaşanan travmalar (özellikle çocukluk dönemi ihmal ve istismar yaşantıları) sonucunda bireylerin kendi kendine tedavi yöntemi olarak maddeye yöneldiğini göstermektedir. Bu gruba ek olarak bağımlılarla yaşayarak duygusal ve psikolojik sorunlar yaşayan ve bu deneyimleri nedeniyle travmatize olan birçok insan da bulunmaktadır. Psikodrama bağımlılara ve ailelerine güveni geri kazanma ve yeniden iletişime geçme şansı verebilmektedir. Psikodrama grubunda uygulanan teknikler, bağımlı bireyin karmaşık içsel dünyasını somutlaştırabilir, sorunların keşfedilmesinde güvenli bir alan yaratır, düzeltici ve onarıcı deneyimler sunar.

DİKKAT

Nörobilim araştırmalarında, beyin taramalarında fiziksel ve sosyal acı benzer değerlendirdiği belirlenmiştir. Bu sonuç uyuyturucu maddelerin ve diğer ilaçların hem fiziksel hem de sosyal acıyı etkili bir Şekilde uyuyturmasının nedenlerinden biri olarak vurgulanmaktadır (Eisenberger, 2012).

Psikodrama her iyileşme dönemini kolaylaştırmaya yardımcı olan bir yöntemdir. Bağımlılıkta psikodrama çalışmalarında amaç yoksunluk ve nüksü nleme, durum algısı, bağımlılığın nedenleri, fiziksel zbakım, iyi hissetme, duyguları ayırt etme, sosyodramatik gelişim (rol değişimi, çoklu bakış aılları veya gözlemci bakış açısı), duygu düzenleme, ego güçlenmesi, yaratıcılık ve spontaniteye teşvik, yakın ilişkiler kurma ve bağımlı olunan madde kullanma nedenleriyle başa çıkma olarak belirtilmektedir (Waldhelm-Auer, 2017). Literatürde son 10 yılda bağımlıllarla ilgili yapılan psikodrama çalışmalarında da psikolojik iyi oluş ve yanlış inançlar (Nikzadeh ve Soudani, 2016); sosyal beceri geliştirme (Kooraki vd., 2012); nüks ve remisyon (Dehnavi vd., 2015; Zandi vd., 2019; Toker Uğurlu vd., 2020); öz yeterlik (Testonia vd., 2020); yaşam kalitesi (Dehnavi vd., 2016) gibi benzer amaçlara yönelik kavramların ele alındığı görülmektedir.

ARAşTIRMA RNEğİ

Dehnavi ve arkadaşlarının (2015) afyon bağımlısı erkeklerde nks nleme ve depresyonu azaltmada psikodramanın etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada psikodrama müdahalesinin afyon bağımlısı erkeklerde depresyonun azaltılmasında ve nksetmenin önlenmesinde etkili bir program olduğu belirtilmiştir (Dehnavi vd., 2015).

zet noktalar

Bağımlılık tedavisinde non farmakolojik kullanılan tekniklerinden biri psikodramadır. Psikodrama bir grup terapi yöntemidir. Psikodrama oturumları ısınma, eylem ve paylaşım aşamalarından oluşmaktadır. Bireylerin (grup üyelerinin) yaşadıkları sorunları ele alıp sorgulama ve sahneleme biçimi olarak tanımlanabilir. Böylece bireyler geçmiş, Şimdi ve geleceğe ait beklentilerini gerçekçi olarak değerlendirebilme, sorunları, çatışmaları, zorlukları ile başetme ve sonuçta oluşan farkındalıkla büyüme ve gelişme imkânı bulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Altınay, D. (2015a). Bir psikodrama oturumunun aşamaları. (11. Basım). Psikodrama grup psikoterapisi 400 Isınma Oyunu ve Yardımcı Teknikler. İstanbul: Epsilon Yayıncılık. s.36-44.
- Altınay, D. (2015b). Psikodramada temel teknikler. (11. Basım). Psikodrama grup psikoterapisi 400 Isınma Oyunu ve Yardımcı Teknikler. İstanbul: Epsilon Yayıncılık. s.45-51.
- Azoulay, B., Orkibi, H. (2015). The four-phase CBN Psychodrama model: Amanualized approach for practice and research. *The Arts in Psychotherapy*, 42,10–18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.12.012>
- Coşkun, B., Çakmak, C. (2005). Alkol ve madde bağımlılarının grup psikoterapisinde psikodramanın kullanılması. *Bağımlılık Dergisi*, 6, 103-110.
- Cruz, A. S., Sales, C. M. D., Moita, G., Alves, P. G. (2016). Towards the developmentof helpful aspects of morenian psychodrama content analysis system (HAMPCAS). *Zeitschriftfür Psychodrama und Soziometrie*, 15(1), 57–67.
- Dayton, T. (2003). Psychodrama and the treatment of addiction and trauma in women. In J. Gershoni (Ed.), *Psychodrama in the 21 century: Clinical and educational applications* (pp. 175–196). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Dayton, T. (2013). Travma ve bağımlılık tedavisinde psikodramanın kullanımı. Ünal S. (Ed.) *Travmadan Sağkalanlarla Psikodrama*. (1. Basım). Ankara:Nobel Akademik Yayıncılık. s.114-136.
- Dehnavi, S., Nofuti, M. A., Bajelan, M. (2015). The effectiveness of psychodrama in relapse prevention and reducing depression among opiate-dependent men. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 9 (24), 87-94.
- Dehnavi, S., Bajelan, M., Pardeh, S.J., Khodaviren, H., Dehnavi, Z. (2016). The effectiveness of psychodrama in improving quality of life among opiate-dependent male patients. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5, 5(S),243-247
- Eisenberger, N. I. (2012). The neural bases of social pain. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 126–135. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3182464dd1>.
- Giacomucci, S. (2021). Essentials of Psychodrama Practice. In:*Social Work, Sociometry, and Psychodrama*. pp 253–27.
- Karp, M. (2013). Psikodramaya giriş (Büke, A. & Türkdalı, Ş.) *Psikodrama Rehberi*. (1. Basım). Ankara:Nobel, Akademik Yayıncılık. s.29-45.
- Kooraki, M., Yazdkhasti, F., Ebrahimi, A., Oreizi, H.R. (2012). Effectiveness of psychodrama in improving social skills and reducing internet addiction in female students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (4), 279-288.
- Nikzadeh, E., Soudani, M. (2016). Evaluating the effectiveness of drama therapy by psychodrama method on psychological well-being and false beliefs of addicts. *Review of European Studies*, 8 (3), 148-155. doi: 10.5539/res.v8n3p 148
- Orkibi, H. (2008). Identifying psychodramatic elements and techniques in Goethe'sLila. *The British Journal of Psychodrama and Sociodrama*, 23(2), 3–13.
- Orkibi, H. (2011). Using intermodal psychodrama to personalize drama students'experien-

- ce: Two case illustrations. *Journal of Aesthetic Education*, 45(2), 70–82.
- Somov, P.G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, 35 (2008) 151–161. doi:10.1016/j.aip.2007.11.002
- Taylor, S. (2013). *Psikodramanın ilkeleri*. (Doğaner, İ.). Psikodrama Rehberi. (1. Basım). Ankara:Nobel Akademik Yayıncılık. s.47-66.
- Testonia, I., Bonellia, B., Biancalania, G., Zulianib, L., Navab, F.A. (2020). Psychodrama in attenuated custody prison-based treatment of substance dependence: The promotion of changes in wellbeing, spontaneity, perceived self-efficacy, and alexithymia. *The Arts in Psychotherapy*, 68 (2020) 101650, 1-10. doi:10.1016/j.aip.2020.101650
- Toker Uğurlu, T., Kalkan Oğuzhanoğlu, N., Ateşci, F. (2020). Effect of psychodrama group therapy on remission and relapse in opioid dependence. *Arch Neuropsychiatry*, 57:197-203. doi:10.29399/npa.25001.
- Waldhelm-Auer, B. (2017). Monodrama in der arbeit mit suchtkranken. *Z Psychodrama Soziom*, 16,311–318. doi:10.1007/s11620-017-0398-5.
- Zandi, A., Mohseni, A., Habibi, M. (2019). Effectiveness of psychodrama therapy in relapse prevention and rumination. *Etiadpajohi*, 12 (49), 57-70.

BÖLÜM 5.5

Motivasyonel Görüşme

Doç. Dr. Gülay TAŞDEMİR

Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

5.5.1. Motivasyonel Görüşme ile İlgili Kavramlar

5.5.1.1. Motivasyonel görüşmenin tanımı, özellikleri, motivasyonel görüşme ne değildir ve uygulama alanları

5.5.1.2. Motivasyonel görüşmenin dönemleri (parçaları/bileşenleri)

5.5.1.3. Motivasyonel görüşmenin ruhu (temel ilkeleri)

5.5.1.4. Motivasyonel görüşmede danışanın katılımına engel olan iletişim tuzakları

5.5.1.5. Motivasyonel görüşmede kullanılan temel teknikler (terapötik beceriler)

5.5.1.6. Motivasyonel görüşmenin oturum sayısı ve süreci

5.5.1.7. Motivasyonel görüşmede önemli kavramlar

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Birçok kişinin hayatının bazı alanlarıyla ilgili şikâyet ettiğini ama davranış değişikliğinde bulunmadığına şahit olmuşuzdur. Genelde bireylerin problemleri hayatlarına rağmen, bu durumlara neden müdahale etmedikleri, neden olumlu yönde değişmedikleri önemli bir konudur. İşte bu durum bireylerin motivasyonu ile ilişkilidir. Motivasyon, bireyin değişim stratejilerini benimsemesi ve sürdürmesidir. Yani bireyin sorun yaşadığı bir konu ile ilgili bir şey yapmak istemesi ve bu sorunla ilgili hedefe yönelik faaliyetlerin devamlılığıdır. Miller (1983) motivasyonun bir kişilik özelliği olmadığını, değişikliğe hazır olma durumu olarak değerlendirmiştir. Motivasyon dıştaki etkenlerden etkilenen içsel bir durumdur, değişmek için istekli ya da hazır olmaktır ve zamana, duruma göre farklılık gösterir (Britt vd., 2003; Ögel ve Şimşek, 2021; Ryan ve Deci, 2000).

İç ve dış motivasyon olmak üzere motivasyon 2'ye ayrılmaktadır. Kişinin belirlediği amaçları yerine getirirken dışsal etkenlerden etkilenmeden kendi kendini motive etmesi iç motivasyondur. Dış motivasyon ise dışarıdan gelen bir ödül ya da ceza sebebiyle bireyin harekete geçmesidir (Britt vd., 2003; Ögel ve Şimşek, 2021; Ryan ve Deci, 2000).

Motivasyonel görüşme bağımlılığın tedavisinde oldukça önemli olan bir yöntemdir. Bu bölümde Motivasyonel Görüşme ile ilgili kavramlardan (Tablo 5.5.1.) bahsedilecektir.

Tablo 5.5.1. Motivasyonel Görüşme ile İlgili Kavramlar

5.5.1.1. Motivasyonel görüşmenin tanımı, özellikleri, motivasyonel görüşme ne değildir ve uygulama alanları
5.5.1.2. Motivasyonel görüşmenin dönemleri (parçaları/bileşenleri)
5.5.1.3. Motivasyonel görüşmenin ruhu (temel ilkeleri)
5.5.1.4. Motivasyonel görüşmede danışanın katılımına engel olan iletişim tu-zakları
5.5.1.5. Motivasyonel görüşmede kullanılan temel teknikler (terapötik beceriler)
5.5.1.6. Motivasyonel görüşmenin oturum sayısı ve süreci
5.5.1.7. Motivasyonel görüşmede önemli kavramlar

5.5.1. Motivasyonel Görüşme ile İlgili Kavramlar

5.5.1.1. Motivasyonel görüşmenin tanımı, özellikleri, motivasyonel görüşme ne değildir ve uygulama alanları

Tanımı

Motivasyonel Görüşme (MG) kavramı ilk 1983'te William R. Miller tarafından bir dergide kullanılmıştır. Daha sonra bağımlı hastaların alışılmış yaklaşımlara direnç göstermeleri nedeniyle bir arayışa girilmiş ve MG ilk olarak Miller ve Rollnick tarafından 1995'te tanımlanmıştır (Miller ve Rollnick, 2002; Ögel ve Şimşek, 2021).

MG; empatik yaklaşimli, danışanların ambivalansını (aynı anda birbirine zıt duyguların hissedilmesi) ortaya çıkarıp çözümlenmelerine destek olan, davranış değişikliğini sağlamak için kullanılan danışan merkezli bir yöntemdir (Miller ve Rollnick 2009; Ögel, 2009; Prochaska ve Norcross, 2018). Bu yöntem ile bireyin iç motivasyonu ve farkındalığı arttırılmaktadır. Danışman, bireyin değişimine yardımcı olabilecek bir ortam hazırlar, ancak bireyi değişime zorlamaz (Miller ve Rollnick, 2002). MG, insanlara yardımcı olmak için ve değişim için onlarla iş birliği kurarak terapötik birlikteliği sağlamaktadır. Kişinin olası ya da şimdiki sorunlarını fark etmesi ve bu sorunlarıyla ilgili bir şeyler yapmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. MG bireyi yargısız kabul etme ve eşlik etmez. MG'de danışman kişinin tercihlerde bulunmasına ve bunun sonuçlarına katlanma özgürlüğüne ve özerkliğine saygılıdır (Kural, 2019; Miller vd., 2005).

MG'nin temel ilkesi ambivalansın çözümlenmesini sağlayarak değişimin başlamasına destek olmaktır. Bu bağlamda ambivalansın olması, MG uygulamak için uygun bir ortamdır. Ambivalans olmayan birey zaten değişime hazır olduğu için MG uygulanmasına gerek yoktur. Bu durumda sadece bireyin kararlılığını devam ettirmesi konusunda MG'den yarar sağlanabilir (Allsop, 2007; Kural, 2019; Ögel ve Şimşek, 2021).

DİKKAT

MG, kişinin içsel motivasyonu ile farkındalığının arttırılarak değişime hazırlanmasını amaçlayan bir yöntemdir.

MG, davranış değişimi sağlamak için danışan merkezli bir yöntemdir.

Motivasyonel görüşmenin özellikleri

- MG değişim için bir tuzak görüşme değildir ve kişiyi ikna etmeye çalışmaz. MG insanlarla birlikte olmanın bir yoludur ve danışan merkezlidir (Allsop, 2007).
- MG'de birey karar vermediği sürece çözüm önerilerinde bulunulmaz ve değişim motivasyonu dışarıdan dayatılmaz (Allsop, 2007).
- MG'de uzman olan danışandır. Bu nedenle terapist (danışman) kendi düşüncelerini dayatmaz (Rollnick ve Miller, 1995).
- MG bir dandir ve bireyle gürüş yapmaz. Bireyi yargılamadan kabullenmez (Miller ve Moyers, 2006).
- MG'de terapötik ilişkiden çok bir ortaklık ilişkisi vardır. Danışanın tercih yapma ve özerkliğine saygı duyulur (Miller ve Moyers, 2006).
- Değişime hazır olmak kişilerarası iletişimin bir ürünüdür, danışan özelliği değildir. Danışanda inkâr ve direnç olması terapistin (danışmanın) davranışına ilişkin bir geribildirimdir (Miller vd., 1992).
- Ambivalans çözmek danışanın görevidir, uzmanın görevi değildir (Miller vd., 1992).
- MG'nin zıt kavramları saldırgan yüzleştirme, tartışma ve doğrudan iknadır (Miller ve Rollnick, 2002).

Motivasyonel görüşme ne değildir?

MG bireyi ikna etmek değildir: Danışman bunu yaparsa danışanda utanç, suçluluk ve direnç oluşturabilir. Bireyin bağımlı ve pasif olmasına neden olabilir (Ögel ve Şimşek, 2021).

MG Transteoretik Modele dayanmaz: MG ve Transteoretik Model aynı zamanda ortaya çıkmış iki farklı yöntemdir. Transteoretik Model değişimin nasıl, neden olduğunu anlatır ve değişimle ilgili kavramları teorik olarak açıklamaktadır. MG ise değişim için elzem olan motivasyonun ortaya çıkarılmasını amaçlayan ve uygulamaya yönelik teknikler sunan bir yöntemdir (Ögel ve Şimşek, 2021).

MG bir takım hilelerle bireyin yapmak istemediklerini yaptırmak değildir: MG'nin primer amacı bireye bağımsızlık kazandırmaktır. Birey değişmeye samimi bir istek hissetmiyorsa, MG'nin teknikleri bireye bu isteği oluşturamaz (Miller ve Rollnick, 2009).

MG yalnızca karar dengesi oluşturmak değildir: MG'de karar dengesi, davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için yarar ve zararların ölçüldüğü bir denge işlevi görür. Karar dengesi MG'nin tekniklerinden sadece biridir. Temel ilkeler anlaşılmadan, sadece bu tekniği kullanmanın olumlu bir getirisi olmayabilir (Ögel ve Şimşek, 2021).

MG bilişsel davranışçı terapinin farklı bir şekli değildir: MG'nin esası kişiye yeni beceriler kazandırmak değil, bireyde var olan değişim motivasyonunu ortaya çıkarmaktır (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2018).

MG kolayca uygulanabilir değildir: MG kolay bir yöntem gibi görünse de bu alanda iyi bir eğitim aldıktan sonra bol bol alıştırma yapmak ve deneyim kazanmakla etkin uygulanabilir (Ögel ve Şimşek, 2021).

MG bütün dertleri çözmez: MG, bireyin bazı davranışlarında değişiklik yapması konusunda ambivalansı varsa işe yarar. Bireyin böyle bir durumu yoksa MG 'ye gerek yoktur. Bu nedenle MG bütün dertlere deva değildir (Ögel ve Şimşek, 2021).

DİKKAT

MG bireyi ikna etmek değildir.

MG, bireyi değiştirmeye zorlamak yerine, içsel motivasyonunu ortaya çıkararak değişim için destekleyen, birey merkezli bir yaklaşımdır.

Motivasyonel görüşmenin uygulama alanları

Literatürde MG'nin etkinliği; bağımlılık davranışları, sağlık davranışları ve tedaviye uyum olmak üzere üç ana alanda olduğu belirtilmektedir. Bu perspektifte bağımlılık, diyabet, obezite, ağrı, diyet ve kazaları önleme gibi davranış değişikliği gerektiren alanlarda yararlı olduğu ifade edilmiş bir yöntemdir (Akçay, 2015; Akdeniz ve Öncel, 2020; Chahal, 2017; Çavuşoğlu, 2018; Dilek, 2019; Ertem, 2016; Gill vd., 2022; Hetteema vd., 2005; Lundahl vd., 2013; Li vd., 2016; Li vd., 2020; Müssener vd., 2016; Miller ve Akohouse, 2017; Ögel, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021; Pardavilla-Belio vd., 2019; Piper vd., 2018; Steele vd., 2020; Yıldırım ve Avdal 2019). Ayrıca MG acil servislerde, gebelerde, evde bakım hizmetlerinde, yoğun bakım ve onkoloji üniteleri gibi alanlarda, hemodiyaliz, şizofreni gibi hastalıklarda, toplum ruh sağlığı birimlerinde öz bakımın sürdürülmesi, tedavi iş birliğinin sağlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında

kullanılabilmektedir (Balmumcu ve Atan, 2021; Çunkuş, 2021; Erat ve Ceyhan, 2020; Ertem ve Duman, 2015; Ok, 2017; Yönder vd., 2019).

5.5.1.2. Motivasyonel görüşmenin dönemleri (parçaları/bileşenleri)

MG'nin; katılımı sağlamak, odaklanmak, ortaya çıkarmak ve planlamak olmak üzere temel dört dönemi (parçası) bulunmaktadır. Her bir parça belli bir dönemi belirtmekte, bu dönemlere ait özellikler ve kullanılacak teknikler farklılık göstermektedir. Bir sonraki parça önceki parçanın üstüne eklenir ve aşamalar ilerlemeye devam eder. İlk olarak katılım sağlandıktan sonra odaklanmaya, daha sonra ortaya çıkarmaya ve en sonda planlamaya geçilir. Bu nedenle hangi dönemde olduğumuzu bilmek ve o döneme özgü uygun teknikleri kullanmak oldukça elzemdir (Miller ve Akohouse, 2017; Ögel ve Şimşek, 2021).

Katılımı sağlamak

Danışanın katılımı olmadan değişim imkânsızdır. Bunun için bireyin tüm hikâyesini dinlemekle bu süreç başlar. MG'nin bu parçası "Birlikte bir yola girecek miyiz?" sorusunun cevaplarını bulundurmaktadır. Bunun içinde danışmanın şu soruları sorması uygun olabilir: "Danışan benimle konuşurken rahat mı? Danışanı dinlerken danışman olarak ben ne kadar rahatım? Danışana yardımcı oluyor muyum ve destekleyici davranıyor muyum? İşbirlikçi bir ilişki kurulabildim mi?" (Ögel ve Şimşek, 2021).

Odaklanmak

Bu dönemde "Nereye gidiyoruz?" sorusunun cevapları bulunmaktadır. Bu dönemde danışmanın sorabileceği sorular şunlardır: "Bireyin değişim için hedefleri nelerdir? Bireyin bu hedefleri danışmanın hedefleri ile ortak mı? Gidilen yön konusunda danışman olarak emin miyim? Güreşiyor muyuz yoksa dans mı ediyoruz?" (Ögel ve Şimşek, 2021).

Odaklanmada 3 farklı yol kullanılabilir. Birincisi yönlendirmedir. Yönlendirmede gündemi danışman belirler ve sadece acil durumlarda yapılabilir. İkincisi danışana uymadır. Bunda da içeriği danışan nasıl isterse danışman o şekilde gider. Üçüncüsü ise yol göstermedir. Yol göstermede danışanın gündemi önemlidir ve gündem ortaklaşa oluşturulur (Ögel ve Şimşek, 2021).

Ortaya çıkarmak

MG'nin bu parçasında ise "Bu işi yerine getirecek miyiz ve neden?" sorularının cevapları bulunmaktadır. Danışman bu amaçla şu soruları sorabilir: "Değişmek istemesinin altında ne tür sebepler bulunmaktadır? Dinlediğim değişim konuşmasının niteliği nasıl? Değişim yolundaki refleksim hızlı ilerlememe sebep oluyor mu?" Danışanın davranış değiştirme ile ilgili kullandığı ifadeler değişim konuşması olarak değerlendirilmektedir ve danışmanın da bu ifadeyi tanıması oldukça kıymetlidir. MG'nin bu bileşenin de değişim konuşması yapılması MG'de önemli bir amaçtır (Ögel ve Şimşek, 2021).

Planlamak

Değişim konuşmasını sürdürmeyi hedefleyen bu dönem değişim konuşmasının duyulmasıyla başlar. Bu konuşmanın olması bu döneme girilmesi gerektiği mesajını verir. Ne zaman ve nasıl sorularına ait cevapları bulunduran dönemdir. Bu doğrultuda danışmanın sorması gereken bazı sorular olabilir: "Bundan sonraki gerçekçi

adım ne olacak? Danışanın ileriye yönelik adımı için ne gereklidir? Bu planı ortaya çıkarıyor muyum yoksa reçete mi ediyorum?" (Miller ve Akohouse, 2017; Ögel ve Şimşek, 2021). Değişim planı için beş yöntem bulunmaktadır. Bunlar;

1. Planlamayı başlatmak ve etkin tavsiye vermek: Bu süreçte değerlendirme yapmak önemlidir. Problem ve değişim konusunda gelinen noktayı özetlemek gerekir. Neredeydik, nereye geldik sorusunun cevabı bulunur. Burada uygun şekilde tavsiye verilebilir. Direnç gelişmemesi için MG'nin ilk aşamasında ve değişim konuşması olmadan tavsiye verilmemelidir. Tavsiyeden önce izin alınması direnci engeller (İsterseniz bu konu ile ilgili size bilgi verebilirim). Tavsiye verirken üçüncü şahıs dili üzerinden yapmak uygundur (Alkol kullanımının birey üzerinde ciddi sağlık problemleri olabileceği çalışmalarla tespit edilmiştir). Tavsiyenin sonunda sorumluluğu bireye vermek gerekmektedir (.....tabi kararı siz vereceksiniz). Bireyin fikri sorulmalıdır (Bununla ilgili neler düşünüyorsunuz?) Burada dikkat edilmesi gereken önemli nokta danışana sınırlı yönlendirme yapılmalı ve tavsiyeye çok sık başvurulmamalıdır (Ögel ve Şimşek, 2021).

2. Hedefleri somutlaştırmak: Danışanın hedefleri havada kalmamalı, hedefler netleştirilmeli ve somut ve gerçekçi olmalıdır (Planları ne, alkol/maddeyi ne zaman bırakacak?) (Ögel ve Şimşek, 2021).

3. Seçenekleri ortaya çıkarmak: Farklı seçeneklerin olması bireyleri rahat hissettirir. Bu nedenle farklı seçenek sunmak bireye kontrol duygusu hissettirdiği için iyi olmaktadır (Ögel ve Şimşek, 2021).

4. Bir planda karar kılmak: Birey değişimden bahsetmeye başlayınca değişim planı yapma zamanının geldiği anlaşılmalıdır. Burada danışanın gerçekçi hedeflerini tanımlaması beklenir (Ögel ve Şimşek, 2021).

DİKKAT

MG'nin; katılımı sağlamak, odaklanmak, ortaya çıkarmak ve planlamak olmak üzere temel dört dönemi (parçası) bulunmaktadır.

Direnç gelişmemesi için MG'nin ilk aşamasında ve değişim konuşması olmadan tavsiye verilmemelidir.

Birey değişimden bahsetmeye başlayınca değişim planı yapma zamanının geldiği anlaşılmalıdır.

5.5.1.3. Motivasyonel görüşmenin ruhu (temel ilkeleri)

MG'yi etkili uygulayabilmek için, MG'nin ruhunu görüşmeye aktarabilmek ve kullanılacak tekniklere dikkat etmek gerekmektedir. MG'nin ruhu aşağıda belirtildiği gibi 4 bileşenden oluşmaktadır (Rollnick vd., 2008).

1. İşbirliği yapmak,
 2. Yol açmak (ortaya çıkarmak),
 3. Şevkatle yaklaşmak,
 4. Anlayış göstermek,
- Değer vermek,

- Empatik ortam yaratmak,
- Özerkliği desteklemek,
- Desteklemek (Ögel ve Şimşek, 2021; Rollnick vd., 2008).

1. İşbirliği yapmak: MG, danışanla saygı dolu işbirliği içinde olduğu, danışmanın otoriter ve üstün bir durumda olmaktan kaçındığı işbirlikçi bir yaklaşımdır (Miller ve Rollnick, 2009).

2. Yol açmak (ortaya çıkarmak, akla getirmek, çelişkileri ortaya çıkarmak): MG, danışanların değişimi gerçekleştirebilmeleri için kendi kaynak ve motivasyonlarını harekete geçirir ve yol açar. Yol açmada danışman, danışanın bakış açısını, çözümlerini, hedeflerini ve değişimle ilgili düşüncelerini ortaya çıkarır (Rollnick vd., 2008). MG'de değişimi engelleyen nedenleri, ambivalansı ve bunlarla baş etme yollarını bulmak temel hedeftir. Bu süreçte bireyin içinde yer aldığı aşama ile olmak istediği aşama arasındaki ikilemi anlaması, seçim yapması ve devam etmesi sağlanmaktadır (Miller ve Rollnick, 2002). Bu yöntemde şu fikir olmalıdır: "İhtiyacın olan şeyler sende var, birlikte bulacağız." Kişinin içsel kaynaklarına ve güçlü yanlarına odaklanılır. Bireyde farklı bakış açısı için ve ambivalansını daha net ortaya çıkarılabilecek soruları sormak yararlıdır. Bunlar; "Ne yapmayı istersiniz? Neyin değişmesini ve neden değiştirmek istersiniz? Bunun sizin için önemi nedir? Benden ne bekliyorsunuz?" (Ögel ve Şimşek, 2021).

Şu anki durumun olumsuz yanları araştırılabilir: "Şu anki durumunuz hakkında sizi neler kaygılandırıyor?" Bununla birlikte değişimin yararları araştırılabilir: "Değişiminizin avantajları neler?" birey değişimin nedenlerini belirttiyse danışman konuyu ayrıntılandırabilir. Bunun için; ne zaman, nasıl, bazı örnekler verir misiniz, değişim konusuyla bağlantılı "başka" kelimesiyle başlayan soruların sorulması iyi olabilir (Ögel ve Şimşek, 2021).

3. Şefkatle yaklaşmak: Bunun için bireyin ihtiyaçlarına öncelik vermek gerekmektedir (Rollnick vd., 2008).

4. Anlayış göstermek: Danışanda suçluluk duygusu oluşturulabilecek davranışlardan uzak durup bireyi kabullenmek gerekmektedir. Terapötik olması için anlayış ve empatik yaklaşımın bir arada olması önemlidir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2018). Anlayış göstermek bileşeni aşağıdakileri içermektedir:

a. Empatik ortam yaratmak: Empati, karşıdaki bireyin düşüncelerini ve duygularını onun bakış açısından anlamaya çalışmak ve bu durumu ona iletmektir. Empatik olarak yaklaşma, bireyi problemlili davranışıyla birlikte yargısız bir şekilde kabul etmekle başlar (Erat ve Ceyhan, 2020; Hall vd., 2012). Empatinin ifade edilmesi, danışmanın danışanı destekleyen, ona saygı duyan ve onunla ilgilenen bir yaklaşım gösterilmesidir. Empatik yaklaşım, MG'nin temelidir ve tüm görüşme süresince kullanılması önemlidir (Ögel, 2009). Empatik bir atmosfer oluşturabilmek için yansıtıcı dinleme ve özetleme tekniklerini kullanmak oldukça önemli olabilmektedir (Erat ve Ceyhan, 2020; Ögel, 2009). Görüşme gergin, huzursuz bir havada olmamalı ve iyi bir empatik atmosfer oluşturulmalıdır (Erol ve Erdoğan 2007).

b. Özerkliği desteklemek: MG, danışanın içsel motivasyonunu arttırmak için özerkliğine saygı duyan bir görüşme yöntemidir (Miller ve Rollnick, 2009). Kişinin değişim ile ilgili bir kararı olmadığı sürece çözüm önerisinde bulunulmaz. Değişimle ilgili sorumluluk bireye ait olduğu için bu durum ona hissettirilmelidir. Şöyle ki; "Se-

nin hayatın, bu nedenle kendinle ilgili konularda sen karar vereceksin. Ben öneride bulunabilirim, ama sonuçta sen karar vereceksin.” (Ögel ve Şimşek, 2021).

c. Desteklemek: Görüşmeler esnasında danışman, bireyin değişimin getirdiği zorluklarla baş edebileceğine inanmasını sağlamalı ve öz güvenini artırmasına yönelik destekleyici davranması oldukça önemlidir. Bunun için danışman, birey ile iletişim kurarken özetleme ve onaylama becerilerini kullanmalıdır. Bu şekildeki bir yaklaşım, bireyin uyum sağlamasını kolaylaştırır (Erat ve Ceyhan, 2020; Miller ve Rollnick, 2009).

d. Değer vermek: Kişiyi bir birey olduğunu ve karar vermede özgür olduğunu fark ettirmektir. Bireyi yanlışları ve doğruları ile kabul etmek, benliğine ve kişiliğine saygı duymaktır (Ögel ve Şimşek, 2021).

DİKKAT

Empatik yaklaşım, MG'nin temelidir ve tüm görüşme süresince kullanılması önemlidir.

5.5.1.4. Motivasyonel görüşmede danışanın katılımına engel olan iletişim tuzakları

1. MG'nin parçalarından biri olan katılımı sağlama sürecinde (danışma sürecinin başlangıcında) soru-cevap aldatmasına (tuzağına) düşülebilir. Danışmanın peşe peşe çok soru sorması, ayrıca iletişimi geliştirme hedefinden uzak çok sık kapalı uçlu soru soruyorsa (cevabı evet-hayır olan) bu tuzağa düşülmüştür. Danışanı pasif tuttuğu için soru-cevap aldatması değişim konuşmasının ortaya çıkmasını engeller. Kişiyi motivasyonu araştırmak ve değişim konuşması yapmak için çok az olanak verir. Bunun için görüşmelerde yalnızca soru sormak yerine özetleme ve yansıtımlı dinleme gibi teknikler kullanılmalıdır (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

2. Danışanla iletişimi geliştirmeden, danışandan izin almadan öneride bulunmak, bilgilendirme yapmak uzman aldatması (uzman tuzağı) olarak değerlendirilir (Miller ve Rollnick, 2009).

3. Eğer danışan ve danışman farklı konulara odaklanmak isterlerse direnç oluşabilir. Bu nedenle MG'de gündemi danışan kişi belirler. Danışman bireyin gündemine eşlik eder. Danışanın katılımı sağlanamadığında, odaklanılan gündem konusu sorun olabilir. Bunun sebebi danışanı tam anlamıyla duymamaktır. Erken odaklanıldığında danışanın görüşmeye gelmemesi ya da direnç göstermesi olasıdır (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

4. Tanı ne olursa olsun, MG sürecinde bireyin tanısı etiketleyici olmamalı ve sadece bu şekilde yaklaşılmalıdır. Etiketleme aldatmasında alkol kullanıcıları için alkolik, madde kullananlar için eroinman gibi etiketleyici dilden uzak durulmalıdır. Bu etiketleyici dil etkileşimi olumsuz yönde etkiler ve terapötik olmaz (Ögel ve Şimşek, 2021).

5. Danışanlar görüşmeye geldiklerinde çoğunlukla suçlanacaklarını düşünebilirler. Görüşmede danışanın suçlanacağı konusunda endişeli olduğu fark edildiğinde, bu durum yansıtımlı dinleme tekniği ile bireye aktarılmalı ve bu durumda suçlu aramak gibi bir amacın olmadığı bildirilmelidir (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve

Şimşek, 2021).

6. Türk kültürü gibi bazı kültürlere terapötik iletişim başlamadan önce, katılımı sağlamak için danışanla sohbet etmek yararlı olabilir. Ancak görüşmenin büyük bir kısmına bu tarz konuşmalar yayılırsa danışmanın hedefi danışanın kaygılarına ya da hedeflerinden çok sohbet konusuna kayarsa muhabbet aldatmasına düşülmüş olur. Bu nedenle sohbet konularının kısa tutulmasına dikkat edilmesi gerekmektedir (Ögel ve Şimşek, 2021).

7. Danışman bilinçli olarak bir tarafı savunmak ya da desteklemek amacıyla olmasa da dikkatsizlik nedeniyle taraf tutma tuzağına düşebilir. Bu nedenle bireyde direnç gelişmemesi için danışmanın çok dikkatli olması gerekmektedir (Miller ve Rollnick, 2009).

DİKKAT

Tanı ne olursa olsun, MG sürecinde bireyin tanısı etiketleyici olmamalı ve sadece bu şekilde yaklaşılmamalıdır.

5.5.1.5. Motivasyonel görüşmede kullanılan temel teknikler (terapötik beceriler)

MG'nin birbirini tamamlayan temel teknikleri İngilizce ilk harfleri alınarak QARS şeklinde isimlendirilmektedir. Question (Q): Açık uçlu sorular sorma, Affirmation (A): Desteklemek, Reflective (R): Yansıtıcı dinleme, Summary (S): Özetlemek şeklindedir (Ögel, 2009; Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2018; Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019). Miller ve Rollnick ise MG'de açık uçlu sorular sormak, yansıtıcı dinlemek, onaylamak, özetlemek ve değişim konuşmasını ortaya çıkarmak üzere 5 teknikten bahsetmiştir. Belirtilen bu tekniklerin MG'nin ilk oturumdan son oturumuna kadar süreç boyunca kullanılması gereken teknikler olduğunu ifade etmişlerdir (Miller ve Rollnick, 2009). Miller ve Rollnick'in ifade ettiği bu 5 teknik aşağıda açıklanmıştır.

1. Açık uçlu sorular sormak: Genelde evet-hayır ile cevaplandırılmayan ve ne, nasıl ile başlayan sorulardır. Bu soru şekli danışanın keşfetmesine yardımcı olmak, ayrıntılı bilgi toplamak ve danışanın kaygılarını ortaya çıkarmak için kullanılır. MG'de genel olarak danışanı keşfetmek için açık uçlu soru sormak ve ardından yansıtıcı dinleme tekniği kullanılarak değişim konuşmalarını açığa çıkartma eğilimi vardır. Daha derinlikli ve empatik bir görüşme için açık uçlu sorular sormak oldukça önemlidir (Miller ve Rollnick, 2009).

Aşağıda açık uçlu sorular ile ilgili örnekler bulunmaktadır (Braastad, 2016; Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

“Neyi tartışmak istersiniz?”

“Siz ne düşünüyorsunuz?”

“Sizi buraya getiren nedir?”

“Burada olmanız gerçeğinden yola çıkarak, konuşmak istediğiniz bir şeyler olduğunu düşünüyorum. Neler anlatmak istersiniz?”

“Anladığım kadarıylaile ilgili kaygılarınız var. Bana bunlardan bahseder misiniz?”

“İlaç kullanımı ile ilgili neler düşünüyorsunuz?”

“Uyuşturucu kullanımı ile ilgili düşünceleriniz nelerdir, biraz anlatır mısınız?”

“Geçen haftadan bugüne neler oldu, biraz anlatır mısınız?”

“Bu sefer olacağını, bırakabileceğinizi düşündüren, farklı olan şey nedir?”

“Bir gününüzü anlatır mısınız?”

“Bugün size nasıl yardımcı olabilirim?”

“Geçmişte sizin için ne işe yaradı?»

“Bu olduğunda, nasıl hissediyorsunuz?”

Danışan ile etkileşimi geliştirmeyen, bireyin kendini sorgudaymış gibi hissettirdiği ve tercih edilmeyen kapalı uçlu soru örnekleri (cevabı evet-hayır şeklinde ya da kısa olan sorulardır) aşağıdaki gibidir (Miller ve Rollnick, 2009).

“İlaçlarınızı kullanır mısınız?”

“Bu bilgilendirmeden yarar gördünüz mü?”

“Alkolü bırakabileceğinizi düşünüyor musunuz?”

“Nerelisiniz?”

“Sağlığınıza düşünüyor musunuz?”

2. Desteklemek/onaylamak: Desteklemek, bireyin başarıları, güçlü yönleri ve değişim yönündeki çabalarını tanımlamadır. Bu teknik bireyin daha iyi hissetmesine, görüşmenin sürekliliğine ve değişimi başlatmasına neden olabilir (Corcoran, 2016). Bireyin yeterliliğini destekleyen örnekler aşağıdaki gibidir (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

“Bugün buraya gelerek büyük bir adım atmanızı takdir ediyorum.”

“Buraya zamanında geldiğiniz için teşekkür ederim.”

“Bu konuda çok net olduğunuzu görüyorum.”

“Bir hafta boyunca hiç maddeye yönelmediniz, bu çok iyi.”

“Bu iyi bir öneri, güzel bir düşünce.”

3. Yansıtma dinlemek: Bu teknik, danışanın söylediklerinin özünü veya bir kısmını bireyin kendisine geri göndererek yanıt vermeyi içerir. Bireyin ne söylediğini anlayıp, bireye yansıtma. Bu tekniğin yararı; bireyi dinlediğimizi ve onu anladığımızı ve konuşmaya devam etmesini sağlar. Ayrıca değişimle ilgili olumlu ifadelerin altını çizer ve bireyin direncini dağıtmak gibi yararı bulunmaktadır. Empatinin gösterilmesi bu teknikte en kolay yoldur (Levensky vd., 2007; Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

Yansıtma dinlemenin üç işlevi bulunmaktadır. İlki danışanın söylediğinin doğru anlaşılması ve bunun danışana yansıtılmasıdır. Eğer danışman tarafından yanlış anlaşılma olursa, bu teknik sayesinde danışan bu yanlış anlamayı düzeltecektir. Bu tekniğin ikinci işlevi danışanın direncini azaltmaktır. Yansıtma dinlemenin üçüncü işlevi ise danışanı, değişim yapma sebeplerini konuşmaya, tartışmaya yönlendirmektir. Bu teknikte danışman bireye yeni bir şey söylememektedir. Değişimi sağlamak için ve değişim yönünde kullanılması gereken bir tekniktir. Bireye neyin geri

yansıtıldığı çok önemlidir. Bu nedenle danışmanın neyi geri yansıttığını bilmesi oldukça önemlidir (Levensky vd., 2007; Ögel ve Şimşek, 2021).

Teknikte dikkat edilecek temel noktalardan biri, danışmanın ses tonunu iyi ayarlaması ve cümlelerin sonuna doğru ses tonunu azaltmaya dikkat etmesidir. Eğer yüksek bir ses tonu olursa danışana meydan okuma hissi verebilir. Ayrıca danışanın her söylediğini birbir papağan gibi çok sık geriye döndürmemek gerekir ve doğru yerde kullanmak gerekir. Aksi takdirde danışan iletişimi koparabilir. Bu teknik ile ilgili örnekler aşağıda bulunmaktadır (Ögel ve Şimşek, 2021).

Danışan: “İstediğim hiçbir şeyi yapamıyorum. Ailem hayatıma karışıyor.”

Danışman: “Aileniz hayatınıza karışıyor ve kısıtlandığınızı düşünüyorsunuz.”

Danışan: “Kilo vermeliyim.”

Danışman: “Kilo vermelisiniz.”

Yansıtımlı dinlemenin tekrar etmek, yeniden anlamlandırmak, empatik yansıtma, yeniden çerçeveleme, duygusal yansıtma, abartılmış yansıtma ve çift taraflı yansıtma gibi çeşitleri bulunmaktadır. Bunlarla ilgili örnekler aşağıda belirtilmiştir (Ögel ve Şimşek, 2021).

Tekrarlama: Danışan: “Alkolü bırakmak istiyorum.” Danışman: “Alkolü bırakmak istiyorsunuz.”

Yeniden anlamlandırma: Söyleneni çok az değiştirerek tekrarlamaktır. Bu teknik bireyin başka bir açıdan soruna bakmasını sağlar. Danışan: “Alkolü bırakmak için çok denemelerim oldu ve başarılı olamadım.” Danışman: “Alkolü bırakmak konusunda çabanız var ve bu sizin için önemli olsa gerek.”

Empatik yansıtma: Danışan: “Sigarayı bırakmanın çok zor olduğunu tahmin bile edemezsiniz.”

Danışman: “Sigarayı bırakmanın zor olabileceğini tahmin edebiliyorum.”

Yeniden çerçeveleme: Danışanın problemini farklı yönden görmesine yararlı olabilecek bir tekniktir.

Danışan: “Çok defa bırakma tecrübelerim oldu ama başarılı olamadım.”

Danışman: “Hayal kırıklığı yaşamınıza rağmen vazgeçmemişsiniz. Demek ki bunu yapmak sizin için oldukça önemli.”

Duygusal yansıtma: Konuşmanın içeriğindeki danışanın duygusunu yansıtmaktır.

Danışan: “Bir süredir bırakmayı düşünüyorum, çünkü sağlığımı oldukça kötü etkilediğini düşünüyorum.”

Danışman: “Sağlığınız hakkında kaygılanıyorsunuz.”

Abartılmış yansıtma: Danışanın ifade ettiklerini samimi ve destekleyici bir tonda abartılı yansıtmaktır. Danışanın tartışmaya girme riskini azaltabilecek bir tekniktir.

Danışan: “Sigara içmem çok kötü bir davranış değil.”

Danışman: “Sigara içmekle ilgili endişeye gerek yok.”

Çift taraflı yansıtma: Danışanın şu an söylediği ile daha önce söylediklerinden yararlanılarak ifade edilen tekniktir.

Danışan: “Sigara içince rahatlıyorum.

Danışman: “Sigara bir yandan sizi rahatlatıyor diğer yandan önceden sizde kuvvetli öksürüğe sebep olduğu için sizi kaygılandırdığını söylediniz.”

4. Özetlemek: Özetleme bilgilerin toparlanmasını ve daha iyi anlaşılmasını sağlar. Düzenli aralıklarla özetleme yapılması danışanın dikkatle dinlendiğini gösterir. Aynı zamanda danışanın kendi değişimi için kendisini bir kez daha duymasını sağlar. Danışanın sorunlu davranışını değiştirme veya değiştirmeme nedenlerini daha iyi anlamasına yardımcı olur. Değişim konuşmasını ortaya çıkarmada etkili olabilir. Bu teknik kullanılırken tüm görüşme ya da görüşmenin belirli bir kısmı özetlenir. Görüşmede ortaya çıkan noktaları toplamak için kullanılır (Arkowitz ve Miller, 2015; Miller ve Rollnick, 2009). Özetleme konuşmanın toparlanmasını, danışanın daha önce söylediği ile şu an söylediğini birbirine bağlamayı sağlayan ve oturumun sonlandırılmasında kullanılan önemli bir tekniktir (Miller ve Rollnick, 2009).

Özetlemede; “Doğru anladıysam...” ifadesiyle başlamak uygun olur. Özetlemede ama ve fakat sözcükleri kullanılmaz. Özetleme sonrası “Ne düşünüyorsunuz?” sorusu sorularak, değişim ile ilgili konuşmaya devam edilebilir. Örnek: “Doğru anladıysam buradan gitmek istiyorsunuz, giderseniz de sizin için iyi olmayacağını düşünüyorsunuz ve burada yaşamayı öğrenmeniz gerektiğini düşünüyorsunuz.” (Ögel ve Şimşek, 2021).

Örnek: “Alkol kullanımının çok maliyetli olması ve aile içi iletişiminizi etkileme ihtimali sizi kaygılandırıyor gibi geliyor. Çocuğunuzla birlikte olmayacağınız anlamına da geleceğini de söylediniz. Kolay bir seçim gibi görünmüyor.” (Miller ve Rollnick, 2002).

5. Değişim konuşmasını ortaya çıkartmak: MG’de kullanılan girişimlerin birçoğu değişim konuşmalarını fark etmek, ortaya çıkartmak ve değişim konuşmaları başladığında bunları pekiştirmek içindir (Miller ve Rollnick, 2009; Rollnick, vd, 2016). Davranış değiştirme ile ilgili kararlı ifadeler değişim konuşması olarak değerlendirilmektedir. Danışmanın görevi, danışanın değişim konusu ile ilgili fikirlerini ifade etmesini sağlayacak bir ortam oluşturmak ve değişim konuşmasının farkında olmaktır (Dicke, 2017; Ögel ve Şimşek, 2021).

Değişim konuşmaları:

MG iki aşamalıdır. Birinci aşamanın amacı; değişim için motivasyonu oluşturmak ve değişim konuşmasını başlatabilmektir. Değişim konuşmasını ortaya çıkarabilmek için güvenilirlik ve önemlilik cetveli, ayrıntılandırma, karar dengesi çalışması, uç durumları sorgulama, çelişkileri ortaya çıkarma, geleceğe bakma, hedefleri ve değerleri ortaya çıkarma gibi yöntemler bulunmaktadır. İkinci aşamanın amacı ise değişimi güçlendirmektir. Bunun için görüşmeyi değerlendirme ve gelinen noktayı özetleme ile başlanır, anahtar sorularla görüşmeye devam edilir ve gerektiğinde tavsiyeler kullanılır (Miller ve Rollnick, 2009).

Danışmanın, motivasyonun başladığının habercisi olduğu için değişim konuşmalarının farkında olması oldukça önemlidir. Ambivalans oluşmaması için danışmanın sakin ve yavaş ilerlemesi gerekmektedir. Değişim konuşmaları; istiyorum, yapmam lazım, değişebileceğimi düşünüyorum, bu durumdan sıkıldım, sigarayı bırakayım diye gidip spor ayakkabısı aldım, değişmem lazım bu şart. Bireyin bu değişim ifadeleri için MG teknikleri kullanılmalıdır (Ögel ve Şimşek, 2021).

Değişim konuşmaları; Mevcut durumun dezavantajlarını fark etmek, değişimin avantajlarını fark etmek, değişimle ilgili iyimserlik ifade etmek, açık değişme niyeti ve kararlılığı olmak üzere değişim konuşmaları dört kategoriye ayrılmaktadır (Miller ve Rollnick, 2009; Teater, 2014).

- *Mevcut durumun dezavantajlarını fark etmek:* Bununla ilgili açık uçlu soru; “Sizi şu anki durumla ilgili endişelendiren şey nedir?” sorusu olabilir. Bu duruma ait danışan ifadeleri: “Sanırım burada benim fark ettiğimden daha büyük bir sorun var.” Belki de çok fazla riskler alıyorum.”
- *Değişimin avantajlarını fark etmek:* Bu durumla ilgili soru; “Şu andan itibaren 5 yıl sonra yaşamınızın nasıl olmasını istersiniz, değişim yapmak için gördüğünüz temel nedenler nelerdir?” Danışan ifadeleri ise; “Muhtemelen çok daha iyi hissederdim.” Ailemin hoşuna giderdi.”
- *Değişimle ilgili iyimserlik ifade etmek:* Bu durumla ilgili soru; “Eğer isterseniz, değişebileceğinize sizi inandıran nedir, bu değişimi yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz var?” Bununla ilgili danışan ifadeleri; “Sanırım buna karar verseydim muhtemelen başarabilirdim.” “Gene yapabilirim, alkolü daha önce bırakmıştım.”
- *Açık değişme niyeti ve kararlılığı:* Bununla ilgili soru; “Neyi denemek istersiniz, bu sizin için ne kadar önemli, bunu yapmayı ne kadar istiyorsunuz?” Danışan ifadeleri ise; “Nasıl yapacağımı bilmiyorum ama bunu başaracağım.” Bir şeyler yapmam gerekiyor.” “Bırakmayı düşünmenin zamanı geldi sanırım.”

Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için ortaya çıkarıcı sorular sormak, önem ve güven-yeterlilik, geleceğe bakmak ve karar dengesi yöntemleri kullanılabilir (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

Ortaya çıkarıcı sorular sormak: Açık uçlu sorular sorulabilir. Bunlar; değişim için neler yapabileceğinize inanıyorsunuz, değişim için en çok hangi konularda kendinize güven duyuyorsunuz? Neyin değişmesini istersiniz, nasıl bir yardım beklentiniz var? Neden değişmek istiyorsunuz, şu an kötü olan ne, değişmenin avantajları neler? Sizin için..... ne kadar önemli, ne değişmeli (Ögel ve Şimşek, 2021).

Önemlilik ve güven-yeterlilik: Önemlilik için; neden, değer mi, ne fark eder, faydası ne, gerçekten istiyor muyum? Sorularının cevapları aranmaktadır. Güven-yeterlilik için ise; ne, nasıl, yapabilir miyim, nasıl yapabilirim, başarabilecek miyim? sorularının cevapları aranır. Hazır olmak için; yapmak zorunda mıyım, ne zaman, başka öncelikler neler? Sorularının cevapları aranır. Değişmek kişi için önemliyse ve bunu yapabileceği konusunda kendine güveniyorsa değişebilir. Bunu araştırmak için bir skala ile değerlendirme yapılabilir. Önce önemlilik ile başlanır,sizin için ne kadar önemli? “0” hiç önemli değil, 10 çok önemli ise siz kendinize kaç puan verirsiniz? Düşük puan veriyorsa neden 1 değil de 2; bu puanın 7 olması için ne gerekir, neye ihtiyacınız var? Bu şekilde kişi için değişimin önemi artırılır (Ögel ve Şimşek, 2021; Teater, 2014).

Güven-yeterlilik içinse; Eğer..... Düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Yine güveni 0 (hiç güvenmiyorum)-10 (çok güveniyorum) arası bir cetvel gibi değerlendirecek, siz kendinize hangi sayıyı uygun gördünüz? Verdiği puan düşükse neden 3 değil de 4 puan verdiniz; bunun 7 olması için ne gerekir? Soruları sorulur (Ögel ve Şimşek, 2021).

Geleceğe bakmak: Bireylerin geleceğinin değiştiğini hayal etmesine destek olmak, değişim konuşmasının ortaya çıkartmada başka bir tekniktir. Geleceğe bakmak ile ilgili birkaç soru sorulabilir. Herşey aynı şekilde devam ederse ne olabileceği sorgulanabilir. Bunlar; “Değişirseniz neler olabileceğini düşünüyorsunuz, on yıl sonra nasıl bir yaşamınız olacak?” (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

*Mucize sorusu sorulabilir. “İstedığınız değişim konusunda tamamen başarılı olsanız, yaşamınızda neler değişirdi?”

*Bazen geçmişe dönülebilir. “İçmeye başlamadan önceki sen ile bugünkü sen arasında nasıl bir fark var?”

*Uç durumlar sorgulanabilir. “Eğer bu şekilde devam ederseniz neler başınıza gelebilir?”

Karar dengesi:_Danışandan bir davranışı değiştirmenin ya da değiştirmemenin artılarını ve eksilerini tartışması istenir ve böylece danışanın değişim ihtiyacı belirlenmeye çalışılır. Zıtlıkların fark edildiği yerdir (Salvo ve Breland, 2015). Bu uygulama birçok alanda uygulanabilir. İlaçlarınızı almakla ilgili iyi şeyler/o kadar iyi olmayan şeyler gibi. Danışanda direnç gelişmemesi için bir davranışın iyi ve kötü yanları sorgulanmamalı; önce” iyi olan” ve sonra “o kadar da iyi olmayan yanları” sorgulanmalıdır (Ögel ve Şimşek, 2021).

Karar dengesinde ayrıca ikili karar dengesi (ambivalans haçı) tekniği vardır. Bu teknikte şimdiki durumun yararları ve zararları; değişimin yararları ve zararları bulunmaktadır. Önce şimdiki durumun (sigara kullanmaya devam etmek, diyetine dikkat etmemek, ilaçlarını kullanmaya dikkat etmemek) iyi yanları ve daha iyi olmayan yanları ile başlanır. Bu amaçla tekrarlı olarak “başka” ile başlayan sorular sorulmalıdır. Daha sonra değişimin olası iyi olmayan yanları ve en sonda değişimin olası iyi yanları sorulmalıdır. Bu sıralamaya dikkat etmek oldukça önemlidir. İkili karar dengesinin bu dört gözü de tamamlandıktan sonra özetleme yapılmalıdır. Özetlerken de sıraya dikkat ederek önce şimdiki durumun iyi yanları (1) ve değişimin o kadarda iyi olmayan yanları (2) sonra şimdiki durumun o kadar da iyi olmayan yanları (3) ve değişimin iyi yanları özetlenmelidir (4) (Ögel ve Şimşek, 2021).

Özetleme için örnek (Ögel ve Şimşek, 2021):

Doğru anladıysam diyet yapmadığınızda yaşamın size daha güzel göründüğünü, diyet yapınca kendinizi mutsuz hissettiğinizi; diyet yapmadığınızda ise sağlığınızın kötüleştiğini ve diyet yaparsanız fit görüneceğinizi belirtiyorsunuz.

DİKKAT

MG açık uçlu sorular sormak, yansıtmalı dinlemek, onaylamak, özetlemek ve değişim konuşmasını ortaya çıkartmak üzere beş teknikten oluşmaktadır.

5.5.1.6. Motivasyonel görüşmenin oturum sayısı ve süreci

MG iki basamaklı bir yöntemdir. I. basamaktaki amaç; bireyin değişimi için gerekli olan içsel motivasyonu ortaya çıkartmaktır. Bu aşamada gerekli olan içsel motivasyonun kazanılması için danışanın ikilemelerini yani ambivalansını çözümlenme sağlanmaktadır (Arkowitz ve Miller, 2015). Yaklaşık 1.-3. oturumlarda bu basamak kurulabilmektedir.

II. basamaktaki amaç; bireyde değişim sağlayabilmek için güçlü bir istek oluşturarak bu doğrultuda bir değişim planı hazırlamak ve uygulamaktır. Bu aşamada danışman, danışanın odağını değiştirebilmek için onun güçlü bir istekle olgular planlamasına yardım etmektedir. Bu noktada değişim konuşmaları olgunlaştıktan sonra danışanın hedeflerini belirlemesi sağlanmalı, I. basamaktan II. basamağa geçilmeli, ardından değişimin sürekli ve kalıcı olması temin edilmelidir (Arkowitz ve Miller, 2015). Bu basamak yaklaşık 4.-6. oturumlarda oluşabilmektedir.

MG kaç oturumdan oluşmaktadır?

MG oturumu hakkında net bir bilgi olmasa da her hafta bir görüşme oturumu uygulanacak şekilde yaklaşık altı oturumdan oluşabilmektedir. Her bir oturumun ortalama 45-60 dakika sürmesi uygun olabilir. İlk oturumda bireyin buraya gelme ile ilgili tüm hikayesini dinlemek, danışan hakkında bilgi toplamakla bu süreç başlar. Aklınızdan neler geçiyor, durumunuzla ilgili siz neler düşünüyorsunuz, sizi buraya getiren nedir gibi açık uçlu sorular sorulabilir. Ayrıca yansıtmalı dinlemek, onaylamak, özetlemek ve değişim konuşmasını ortaya çıkarmak gibi MG teknikleri oturumlar boyunca kullanılabilir. Bir vakada kullanılacak MG oturumları aşağıdaki gibi örneklendirilebilir (Ögel ve Şimşek, 2021).

1. Oturum (ilk görüşme): Bu oturumda danışanın klinik tanısı doğrultusunda uygun olabilecek ölçme araçları kullanılabilir. İlk görüşmede bireyin motivasyonunun sağlanması oldukça önemli olduğu için kullanılacak tekniklere dikkat etmek gerekmektedir. Uygun teknik kullanılmazsa bireyde direncin ortaya çıkmasına sebep olabilir. İlk görüşmede sözsüz ve sözel iletişim teknikleri uygun şekilde kullanılırsa olumlu bir iletişim kurulmuş olunacaktır. Danışmanın uygun göz iletişimi kurmaması (başka şeylerle ilgilenmesi), iletişimi olumsuz etkileyecek şekilde sınırlı iletişim kurması ve acele etmesi danışanda direnç oluşmasına neden olabilir (Miller ve Rollnick, 2009).

Danışan çeşitli korkularla görüşmeye gelmiş olabilir. Bu nedenle oturumun yapılandırılması oldukça önemlidir. Bunun için görüşmenin ne kadar süreceği, danışmanın rolü ve amaçlarını, danışanın rolünü somutlaştırmak ve bireyin ayrıntılı sorularla karşılaşabileceği konusunda bilgilendirmek gerekmektedir. Yapılandırma süreci açık uçlu bir soru ile sonlandırılmalıdır (Miller ve Rollnick, 2002).

Örnek: Merhaba S. Bey, görüşmemizin sürecine bağlı olarak yaklaşık 45-60 dakika arasında bir zamanımız bulunmakta. Bu süre içerisinde buraya gelme sebeplerini anlamaya çalışacağım. Olaylar hakkındaki düşüncenizi ve kaygılarınızı anlamaya çalışacağımdan bu süreç içinde daha çok sizi dinleyeceğim. Bu süreç içinde bazı beklentilerinizin olması olağan bir durum ve bunları ifade etmeniz oldukça önemli. Sizin buraya gelme nedeniniz ile ilgili olabilecek bazı kişisel bilgilerinizi de sorabilirim. İsterseniz başlayalım. Neler düşünüyorsunuz? Bana kaygılarınızdan bahsederseniz? (Ögel ve Şimşek, 2021). Tüm oturumlarda MG tekniklerini dikkatli ve uygun bir şekilde kullanmaya dikkat edilmelidir. Oturumun sonunda konuşulanlar danışman tarafından özetlenir ve haftaya olacak oturum planlanarak oturum sonlandırılır.

2. Oturum: Oturumlarda gündem belirleme ilk oturumdan itibaren tüm oturumlarda olmasının iyi olabileceği belirtilmektedir. Gündem belirleme ile ilgili netlik yoksa bu süreçte danışanın fikrinin araştırılması ve danışmanın da kendi düşüncesinin net olması önemlidir. Bu oturumda örneğin, danışanın düzenli ilaç kullanımını engelleyen etkenlerin saptanması, hastalık semptomlarının ortaya çıkarılması, ilaç

yan etkilerinin değerlendirilmesi, tedavinin yararlarının ve danışanın tedaviye ilişkin ambivalans duygularının ortaya çıkarılması amaçlanabilir (Ertem ve Duman, 2015). Bu amaçlar danışana iletilir ve içinde ona en yakın, en öncelikli konunun ne olduğu sorulması iyi olacaktır. Bu şekilde kontrolü danışana vermek bireyi daha aktif ve bağımsız bir katılımcı haline getirebilir. Bu sayede birçok konunun fark edilmesine neden olabilir. Ayrıca danışanın kaygılarını saptamak ve bu doğrultuda azaltmaya çalışmak, danışmanın daha sonraki planını uygulayabilmesini sağlayabilir (Ögel ve Şimşek, 2021).

Gündem oluşturma: Bugün nelerden bahsedilecek? İlk olarak danışana sormak çok önemlidir. Danışmanın ilk bireyin gündeminden başlayıp daha sonra kendi gündemine geçmesi gerekmektedir. Çünkü danışmanın erken odaklanma tehlikesine düşmesini engeller. Bu aşamada danışanın davranış değişimi için olası hedefler belirlenebilir. Bu oturumun başında danışman bireye tartışılacak seçenekler oluşturarak konuşmaya ilk nereden başlanacağı konusunda danışana şans vermelidir (Ögel ve Şimşek, 2021).

Örnek: Alkol kullanımı olan danışana öncelikle ölçekleri doldurduğu için teşekkür edildikten sonra ölçekler üzerinden ve bir haftasını nasıl geçirdiği hakkında konuşulur. Ölçekler doğrultusunda alkol bağımlısı danışana alkol tüketimi, alkolün yaşamını etkileme durumu hakkında konuşmak, bağımlılık hakkında konuşmak, yaşadığı sıkıntılar hakkında konuşmak, tedavi süreci ve ilaç kullanımı hakkında konuşmak, bireyi en çok kaygılandıran durum ya da bugün nelerden bahsetmek istediği sorulur. Oturumun sonunda özetleme yapılır ve unutulmuş ayrıntılar var ise danışanın eklemesi istenir (Miller ve Rollnick, 2009).

3. Oturum: Bu oturumda da ilgili sorunla bağlantılı amaçlar oluşturulmuştur. Bunlar danışana belirtilerek yine gündem belirlenmeye çalışılmalıdır. Örnek: İlaçların yan etkileri, tedavinin yararlarının incelenmesi, farkındalık geliştirilmesi ve hastalığı hakkında bilgi gibi amaçlar bulunmaktadır. Her bir oturumlarda MG tekniklerini etkili kullanmak danışanda farkındalık oluşmasında oldukça etkili olabilmektedir. Oturumda değişim için danışana ortam oluşturma ve danışanın değişim konuşmaları konusunda danışmanın dikkatli olması çok önemlidir (Ertem ve Duman, 2015).

4. Oturum: Bu oturumda bireyi değişim için cesaretlendirme amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda bireyi değişime cesaretlendirmek için geçmiş tecrübelerinin hem olumsuz hem de olumlu etkilerinin fark ettirilmesi sağlanmaktadır (Ertem ve Duman, 2015). Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için ortaya çıkarıcı sorular sormak, önem ve güven-yeterlilik, geleceğe bakmak ve karar dengesi yöntemleri bu oturumda kullanılabilir (Miller ve Rollnick, 2009; Ögel ve Şimşek, 2021).

5. Oturum: Bu oturumun amacı, bireyde uyumu geliştirmenin desteklenmesi ve relapsın önlenmesidir. Bunun için oturumda bireyin değişim ile ilgili aldığı kararları gözden geçirme, yeniden güven oluşturarak uyumun geliştirilmesine destek olunmakta ve relapsın önlenmesi sağlanmaktadır (Ertem ve Duman, 2015).

6. Oturum: Son oturumda tedavinin sürdürülebilir olmasında danışanın kendi etkililiğinin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Profilaktik veya idame tedavinin gerekliliği danışanla değerlendirilerek sağlıklı ve iyi olmanın önemi konuşulmaktadır (Ertem ve Duman, 2015). Son oturumda yöntemin değerlendirilebilmesi için danışanın klinik tanısı doğrultusunda uygun olabilecek ölçüm araçlarının kullanılması uygun olabilir.

DİKKAT

MG oturumu çok net olmasa da, her hafta bir görüşme oturumu uygulanacak şekilde yaklaşık altı oturumdan oluşabilmektedir.

5.5.1.7. Motivasyonel görüşmede önemli kavramlar

1. Ambivalans: Ambivalans, kişinin iki durum arasında kaldığı zaman yaşadığı duygudur. Ayrıca kişi, bir durumda birbiriyle ters, uyumsuz ve tutarsız kaldığı zaman bu duyguyu da yaşar. Gitsem-gitmesem, kullansam-kullanmasam, diyet yap-sam-diyet yapmasam gibi. Aynı zamanda ambivalans, değişim ikilemi olarak da ifade edilir. MG, bireyde ambivalans varsa etkili olabilen ve ambivalansın çözülüp bireyin değişime yönelmesini sağlamak amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Bunun için bireyin hangi konuda ambivalans yaşadığı ortaya çıkarılmalıdır (Miller ve Rollnick, 2009; Dicle, 2015; Ögel ve Şimşek, 2021).

2. Direnç: MG'nin temel görevlerinden biri dirençle çalışmadır. Danışanın direncini fark etme ve yönetmede MG'nin terapötik yaklaşımlarını kullanarak (yansıtma dinleme yapma, çelişkileri ortaya çıkarma) direnç ele alınabilir (Treasure, 2004). Treasure (2004) göre direncin iki çeşidi vardır. Bunlardan birincisi danışandaki problemle ilgilidir; ikincisi ise danışan danışman ilişkisi ile ilgilidir. Ancak MG'de direncin oluşmasında danışmanın davranışlarından kaynaklı olduğu düşüncesi daha ağır basmaktadır. Dirençli danışan değil, direnç geliştiren danışman vardır. Direncin danışmanın yaptığı, kullandığı tekniklerden kaynaklı ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır. Danışmanın değişimin yararlarını savunması, danışanı sorunu olduğuna inandırmaya çalışması, danışana nasıl değişeceğini söylemesi, değişmemenin sonuçları hakkında danışanı uyarması danışanda direncin oluşmasına sebep olan davranışlardır (Rosengren, 2009).

Değişim sürecinde danışanda direnç beklenen bir durumdur ve bireyin değişim istemediği anlamını taşımamaktadır. Bu nedenle danışman direncin ortaya çıkmasında etkili olan etkenleri danışanla birlikte konuşmalı ve direncin nedenleri fark ettirilmelidir. MG'de danışmanın uzman rolü üstlenmesi, değişimi savunması, etiketlemesi, eleştirmesi, ayıplaması, üstünlük iddiasında bulunması da danışanın direncinin ortaya çıkmasına sebep olabilecek durumlardır (Miller & Rollnick, 2002).

Direnç davranışları: Danışan eğer sık sık konuyu değiştiriyorsa, tartışıyor ve negatif düşünceler belirtiyorsa bunlar direnç davranışlarıdır (Miller ve Rollnick, 2009). Ayrıca danışmanı dikkate almama, meydan okuma, düşmanlık, danışmanın sözünü kesme, suçlama, zarar görmeyeceğini iddia etme, katılmama, bahane bulma, dikkatsizlik, cevap vermeme ve konuyu saptırma direnç davranışlarıdır. (Miller ve Rollnick, 2002).

Dirençle çalışma-direnci çözmek: Direnci çözmek için ilk yolu, ortaya çıktığı anda farkına varmaktır. Direnç durumunda danışmana düşen danışana değişim yönünde bireye hareket kazandırmaktır. Öyle bir durumda danışanın, sorunla ilgili konuşmayı neden istemediğini düşünmek, değişimin bireyin kendi kararı mı bunu öğrenmek, danışanla ilk olarak terapötik iletişim kurmayı ele almak ve danışanın önemli gördüğü konular hakkında konuşmak direnci çözebilir. Bu bağlamda direnci etkili çözmeye yollarından biri yansıtma dinleme yapmaktır. Örnek: Danışan, "Uğraşıyorum, artık üstüme gelmesinler." Danışman, "Değişmek için çok çabalıyorsunuz." Yargı olmadan yansıtma dinleme yapmak çatışmanın nedenini daha iyi anlaşılmasını sağlar.

Yine direnci kırmada empatik cümleler kurarak empatik yaklaşımda bulunmak ve danışanın dikkatini başka yöne çekmekte yararlı olabilmektedir (Miller & Rollnick, 2002; Ögel ve Şimşek, 2021).

3. Değişim: MG de hedef değişim sağlamaktır. Bu nedenle danışana nasıl yaklaşılacağını bilmek için değişimin aşamalarını ve bireyin değişimin hangi aşamasında olduğunu belirlemek önemlidir. Danışmanın yapacağı şey kişiyi hazır değilse hazır olabileceği yöne doğru yönlendirmektir. Motivasyonda isteklilik (değişimin önemi), yapabilirlik (değişim konusunda bireyin kendine güveni) ve hazır olmak (öncelik) şeklinde üç önemli öge bulunmaktadır (Ögel ve Şimşek, 2021).

Proshaska ve Di Clemente nin değişim döngüsü modelinde bireyin döngünün hangi evresinde olduğunu belirlemek ve yapılacak girişimi buna göre saptamak önemlidir. Bu modele göre kişinin farkındalık öncesinden farkındalık evresine geçişini sağlamak hedeftir (DiClemente ve Welasquez, 2002; Dicle, 2015). Değişim döngüsü; farkındalık öncesi/karar öncesi, farkındalık/karar/düşünce, hazırlık, eylem, sürdürme ve tekrarlama olmak üzere altı evreden oluşmaktadır (Miller ve Moyers, 2017).

Değişim döngüsü:

a. Farkındalık öncesi/karar öncesi evre: Birey davranışının olumsuz etkisinin farkında olmamaktadır. Değişim ile ilgili bir fikri yoktur ve değişime hazır değildir. Bu evrede danışanla güven ilişkisi geliştirmek, sorunlu davranış ile ilgili şüphe ve endişe uyandırmak, sorunlu davranış ile ilgili algılarını ortaya çıkarmak, sorunlu davranışın artı ve eksilerini saptamak yapılabilecek olanlardır (DiClemente ve Welasquez, 2002; Miller ve Moyers, 2017).

b. Farkındalık/karar/düşünce evresi: Bu evrede danışan problemleri davranışının farkındadır. Değişmek istemekle birlikte kararsızlığı bulunmaktadır. Bu evrede bireyin yaşadığı ambivalans duygunun normal olduğunu iletmek, değişim motivasyonuna yönelik karar dengesini belli bir yanda olmasına yönelik danışana destek olmak gerekmektedir. Ayrıca danışanın değişim konusundaki ihtiyaçlarını ve isteklerini incelemeyi sağlamak, danışana değişimin artı ve eksilerini keşfetmesinde rehber olmak, değişim ile ilgilerini algılarını ortaya çıkarmak ve tedavi konusundaki beklentilerini ortaya çıkarmak yapılabileceklerdendir (DiClemente ve Welasquez, 2002; Ögel ve Şimşek, 2021).

c. Hazırlık evresi: Birey davranışını değiştirmeye karar vermiştir, bunu istemektedir ancak henüz eyleme geçmemiştir. Bu evrede; danışana hedeflerini somutlaştırmak için rehberlik etmek, uygun olacak değişim seçeneklerini keşfetmek, davranış değişim anlaşması oluşturup üzerinde görüşme yapmak, danışanı aile ve arkadaş desteği sağlamak konusunda yönlendirmek, izin alarak bilgi ve tavsiye vermek uygun olabilmektedir (DiClemente ve Welasquez, 2002; Miller ve Moyers, 2017).

d. Eylem evresi: Bu evrede kişi artık davranışını değiştirmiştir. Ancak geçmişte dönme riski vardır. Bunun için; danışanı tedavi ile meşgul etmek, değişim için küçük adımları teşvik etmek, riskli durumların tanımlanıp ele alınmasında danışana destek olmak, olumlu değişimleri desteklemek, aile ve diğer sosyal destekleri tanımlamaya devam etmek, izin alarak danışana bilgi ve tavsiye vermeyi sürdürmek gerekmektedir (DiClemente ve Welasquez, 2002; Ögel ve Şimşek, 2021).

e. Sürdürme evresi: Birey artık yeni edindiği davranışlarını sürdürmektedir. Eskiye dönmeme yolunda çaba göstermektedir. Burada ya değişime devam edecek

ya da eskiye dönerek tekrarlama evresine girecektir. Bu evrede; danışanın değişim becerisini onaylamak ve kabul etmek, geri dönüşü engellemek için baş etme becerilerini geliştirme konusunda destek olmak, nüksü önleme açısından amaçlı plan geliştirmek gerekmektedir (DiClemente ve Welasquez, 2002; Miller ve Moyers, 2017; Ögel ve Şimşek, 2021).

f. Tekrarlama evresi: Kişi eski problemleri davranışlarına dönmüştür. Bu dönemde ise tekrar davranışlarından ortaya çıkan zararın farkına varmasını sağlamak hedeflenmelidir (DiClemente ve Welasquez, 2002; Ögel ve Şimşek, 2021).

DİKKAT

Motivasyonda isteklilik, yapabilirlik ve hazır olmak şeklinde üç önemli öğe bulunmaktadır.

Proshaska ve Di Clemente'ye göre değişim döngüsü; farkındalık öncesi, farkındalık, hazırlık, eylem, sürdürme ve tekrarlama olmak üzere altı evreden oluşmaktadır.

Özet noktalar

Bu bölümde motivasyonel görüşme ile ilgili bazı kavramlardan bahsedilmiştir. Bunlar; MG'nin tanımı, özellikleri, uygulama alanları, MG'nin dönemleri, MG'nin ruhu, MG'de danışanın katılımına engel olan iletişim tuzakları, MG'de kullanılan temel teknikler, MG'nin oturum sayısı, süreci ve MG'de önemli kavramlardır.

Sonuç olarak sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında bireylerin riskli davranışlardan korunması ve olumlu davranış kazandırılması oldukça önemlidir. Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin MG'yi uygulama alanlarında yaygın kullanmalarının ve bu alanda beceri geliştirmelerinin önemli olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akçay, D. (2015). Annelerle yapılan motivasyonel görüşmelerin okul öncesi dönemdeki çocuğun medya etkileşimine ve saldırganlık davranışlarına etkisi (doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akdeniz, E., Öncel, S. (2020). Sigara içen bireylere transteoretik modele dayalı uygulanan eğitimin ve motivasyonel görüşmenin sigarayı bırakmalarına etkisi: Sistematik derleme. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 102- 117.
- Allsop, S. (2007). What is this thing called motivational interviewing? *Addiction*, 102(3), 343–345. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01712.x>
- Arkowitz, H., Miller, W. R. (2015). Learning, applying and extending motivational interviewing in the treatment of psychological problems. Arkowitz, H., Miller, W.R., S. Rollnick (Ed.) In: *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. (p. 1-32). New York: Guilford Press.
- Balmumcu, A., Atan, S.Ü. (2021). Smoking cessation programs for pregnant women: Utilizing whatsapp text messaging. *Journal of Addictions Nursing*, 32(3), 188-196. doi:10.1097/JAN.0000000000000417
- Braastad, J. (2016). Using motivational interviewing techniques in SMART Recovery Erişim tarihi: 7 Nisan 2023, www.smartrecovery.org/wpcontent/uploads/2017/03/Using-MIinSR.pdf.
- Britt, E., Blampied, N. M., Hudson, S. M. (2003). Motivational interviewing: A review. *Australian Psychologist*, 38(3), 193-201. <https://doi.org/10.1080/00050060310001707207>
- Chahal, N., Rush, J., Manihot, C., Boydell, K.M., Jelen, A., McCrindle, B.W. (2017).

- Dyslipidemia management in overweight or obese adolescents: A mixed-methods clinical trial of motivational interviewing. *SAGE Open Medicine*, 5, 28567283. doi:10.1177/2050312117707152
- Corcoran, J. (2016). *Motivational Interviewing: A Workbook for Social Workers*. New York: Oxford University Press.
- Çavuşoğlu, F. (2018). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda transteoretik modelde göre evde uygulanan hemşirelik girişimlerinin sigara bırakmaya etkisi* (doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çunkuş, N. (2021). *Şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerine etkisi* (doktora tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Dicle, A. N. (2015). *Motivasyonel Görüşme Uygulamaları* (1. bs.). Saarbrücken, Deutschland/ Almanya: Türkiye Alim Kitapları.
- Dicle, A. N. (2017). Motivasyonel görüşme: Öğeler, ilke ve yöntemler. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 4(15), 2043-2053.
- DiClemente, C. C., Velasquez, M. M. (2002). Motivational interviewing and the stage of change. Miller, W. R., Rollnick, S. (Ed.) In: *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*. (p. 201-216). New York: Guilford Press.
- Dilek, F. (2019). *Sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin sigarayı bırakma, öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi* (doktora tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
- Dixon, D., Johnston, M. (2010). *Health behaviour change competency framework*. National Health Service Scotland. Erişim tarihi: 8 Nisan 2023, <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/14232483/health%20behaviour%20change%20competency%20framework.pdf>
- Erat, A., Ceyhan, Ö. (2020). Motivasyonel görüşme ile değişime hazırlanma. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (1) , 58-63.
- Ertem, M. (2016). *Şizofreni hastalarının ilaç uyumu ve içgörü düzeylerine motivasyonel görüşmenin etkisi* (doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Ertem, M., Duman, Z. Ç. (2016). Motivational interviewing in a patient with schizophrenia to achieve treatment collaboration: A case study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 150-154. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.003>
- Ertem, M. Y., Duman, Z. Ç. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 75-86. <https://doi.org/10.1111/ppc.12301>
- Erol, S., Erdoğan, S. (2007). Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10, 86-94.
- Hall, K., Gibbie, T., Lubman, D. I. (2012). Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*, 41 (9), 660- 667.
- Hettema, J., Steele, J., Miller, M. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Gill, V.S., Chaudhary, N., Randhawa, A., Verma, M., Rai, G.K., Mishra, S. (2022). A prospective study to assess the outcome of motivational interviewing among male students of haryana, India: A strive towards smoking cessation in the youth. *Cureus*, 14(2), e22642. doi:10.7759/cureus.22642
- Kural, H. U. (2019). *Psikolojik problemlerin tedavisinde motivasyonel görüşme*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T., Beitz, K. (2007). Motivational interviewing: An evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *AJN The American Journal of Nursing*, 107(10), 50-58. doi: 10.1097/01.NAJ.0000292202.06571.24
- Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*,

111(5), 795–805. <https://doi.org/10.1111/add.13285>

Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W., Wong, W. C. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for Patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(57), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8>

Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157-168. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 11(2), 147-172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual*. Washington, DC: US Government Printing Office.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. "Why Do People Change?"* New York: The Guildford Press.

Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L., Ernst, D., & Forcehimes, A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE Study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (15), 188-195.

Miller, W. R., Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(1), 3-17.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2009). *Motivasyonel görüşme: Tıbbi ve halk sağlığı ortamlarında motivasyonel görüşme* (F, Karadağ., K, Ögel., A.E., Tezcan, Çev.), Ankara: Hekimler yayın birliği, 268- 288.

Miller, S. T., Akohoue, S. A. (2017). Two-year follow-up study of a group-based diabetes medical nutrition therapy and motivational interviewing intervention among African American women. *Patient Related Outcome Measures*, 8, 57-61. doi:10.2147/PROM.S125884

Miller, W. R., Moyers, T. B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757-766. <https://doi.org/10.1037/ccp0000179>

Müssener, U., Bendtsen, M., Karlsson, N., White, I.R., McCambridge, J., Bendtsen, P. (2016). Effectiveness of short message service text-based smoking cessation intervention among university students: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 321-328. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8260

Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2 (2), 41-4.

Ögel, K., Şimşek, M. (2021). *Motivasyonel Görüşme Tekniği*. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları.

Pardavila-Belio, M. I., Ruiz-Canela, M., Canga-Armayor, N. (2019). Predictors of smoking cessation among college students in a pragmatic randomized controlled trial. *Prevention Science*, 20(5), 765-775. doi:10.1007/s11121-019-01004-6

Piper, M. E., Cook, J. W., Schlam, T. R., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Collins, L. M., Mermelstein, R., Fraser, D., Fiore, M. C. and Baker, T. B. (2018). A randomized controlled trial of an optimized smoking treatment delivered in primary care. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(10), 854-864. doi:10.1093/abm/kax059

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A Transtheoretical analysis*. New York: Oxford University Press.

Rollnick, S., Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334. doi: <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>

Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: The Guilford Press.

Rollnick, S., Kaplan, S. G., Rutschman, R. (2016). *Motivational interviewing in schools: Conversations to Improve Behavior and Learning*. New York: Guilford Press.

- Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. New York: Guilford Press.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25 (1), 54-67.
- Salvo, M. C., Breland, M. L. C. (2015). Motivational interviewing for medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 55, 354-363.
- Sommers-Flanagan, J., Sommers-Flanagan, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Steele, D. W., Becker, S. J., Danko, K. J., Balk, E. M., Adam, G. P., Saldanha, I. J., & Trikalinos, T. A (2020). Brief behavioral interventions for substance use in adolescents: A meta-analysis. *Pediatrics*, 146(4), e20200351.
- Teater, B. (2014). Grup çalışması (Karatay, A. Çeviri Ed.) içinde: *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri*. (s. 267-285). Ankara: Nika Yayınevi.
- Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331-337
- Yıldırım, J. G., Avdal, E. Ü. (2019). Diyabet yönetiminde motivasyonel görüşmenin etkililiği. Avdal, E. Ü. (Ed.) içinde: *Güncel Diyabet Yönetimi* (s. 48-55). Ankara: Türkiye Klinikleri.

BÖLÜM 5.6

Toplumsal Destek Yaklaşımı

Doç. Dr. Gülseren ÇITAK TUNÇ¹

Uzman Hemşire Emine DURA BUDAK²

¹Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

5.6.1. Madde Bağımlılığı ile Mücadele

5.6.1.1. Madde arzının azaltılması ve kaçakçılıkla mücadele

5.6.1.2. Risk gruplarının korunması ve madde kullanımının tüm nüfus açısından önlenmesi

5.6.1.3. Kullanıcıların tedavi ve rehabilitasyonu

5.6.2. Davranışsal Bağımlılıkla Mücadele

5.6.3. Türkiye’de bağımlılığın önlenmesine dair düzenlemeler

5.6.3.1. Eğitim düzenlemeleri

5.6.3.2. Yasal düzenlemeler

5.6.4. Korumada ve Önlemede Kurum ve Kuruluşlar

5.6.4.1. Uyuşturucu madde arzı ile mücadele eden kurumlar ve kuruluşlar

5.6.4.2. Madde kullanımını azaltma ve farkındalık düzeyini artırma faaliyeti ile ilişkili kurum ve kuruluşlar

5.6.5. Toplumsal Destek Yaklaşımı

5.6.5.1. Toplumsal destek yaklaşımının geleceği

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak etkileyen en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Kişiler, uyuşturucu, alkol, tütün gibi maddelere, kumar ve teknoloji gibi davranışlara bağımlı olabilirler. Davranışsal bağımlılıklar ise günümüzde dijital platformların bilinçsizce ve kontrolsüz olarak kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Teknoloji bağımlılığı; sosyal medyanın ve akıllı telefon kullanımında aşırıya kaçma olarak tanımlanmaktadır (Yeşilay). Bağımlılık riski oluşturan eylemler, deneme ile başlayıp ardından yaşam boyu süren alışkanlıklar haline gelmekte ve kötüye kullanım ortaya çıkmaktadır (Ögel, 2018).

Bağımlılık, küresel boyutta yıllar içinde artan bir sorundur. Bu sorun, tüm dünyada özellikle gençlerin sağlıklı gelişimine yönelik başlıca tehdit unsurlarındandır. Araştırma verileri, yıllar içerisinde Türkiye’de madde kullanımında artış olduğunu ortaya koymaktadır. 2011 yılı Türkiye Uyuşturucu raporunda yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2.7 bulunmuştur (TUBİM, 2012). Aynı rapor sonuçlarına göre, okul çocuklarında madde kullanım sıklığı %1.5 olarak tespit edilmiş olup maddeyi ilk kez denemede alt yaş sınırının 10 olduğu ve kullananların yaş ortalamalarının ise 14 olduğu belirlenmiştir (TUBİM, 2012). 2021 yılında yapılan geniş örneklemlerle bir araştırmada tek bir maddeye bağımlı olan kişi oranının 18-39 yaş aralığında %4.5, birden fazla maddeye bağımlı olan kişi oranının ise %2.6 olduğu belirlenmiştir (Ünüböl ve Sayar, 2021). Ülkemizde, uyuşturucu ile mücadele kapsamında, 2022 yılı kamu harcamaları, 2021 yılına oranla %82,2 artışla 4 milyar 264 milyon 683 Türk Lirası olarak gerçekleşmiştir (TUBİM, 2023). Mücadeleye yönelik gerçekleştirilen kamu harcamalarındaki artış da madde bağımlılığındaki artışın bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Bağımlılık ile mücadele çok boyutlu bir çalışma gerektirdiği için multidisipliner bir yaklaşımla konunun ele alınması gerekmektedir. Bu yönüyle güvenlik sorunlarında güvenlik güçlerini, sağlık sorunlarında sağlık kurumlarını, sosyal sorunlarda yerel yönetim kurumlarını, sivil toplum kuruluşları ve kamu kurumlarını ilgilendirmektedir (Sezik, 2012)

Avrupa Çevrim-İçi Çocuklar Araştırma Projesi sonuçları, Türkiye’de çocukların internet kullanmaya 10 yaş civarında başladığını ve 9-16 yaş arasında günde 1-1.5 saatlerini internette geçirdiğini ortaya koymaktadır. Çocukların interneti kullanım sebeplerine bakıldığında ise; okul/ödev çalışmaları (%92), video izleme (%59), oyunlarla eğlenme (%49), arkadaşlarla sosyal ağlarda paylaşımlar (%48), güncel haberlerin takibi (%40), ve müzik dinleme (%40) olduğu belirlenmiştir (Livingstone vd., 2011). 2020 yılında 19 ülkeyi kapsayan bir araştırmada, çoğu ülkede 14 ila 16 yaşındaki çocukların, 9 ila 10 yaş aralığındaki çocuklara göre neredeyse iki kat daha fazla çevrimiçi zaman harcadıkları belirlenmiştir (Smahel vd., 2020). İnternet ortamında ve sosyal medya platformlarında uzun vakit geçiren gençlerin ve çocukların yüz yüze iletişimde güçlük yaşadıkları ve yalnızlaşma eğiliminde oldukları belirlenmiştir (Suhail ve Bargees, 2016). Tüm bu veriler, dünyada teknolojik gelişmelere uyum sağlamada bilişim teknolojilerini bilinçli kullanımının geliştirilmesi ve konu ile ilgili toplumsal farkındalığın artırılmasını gerekli kılmaktadır.

Davranışsal bağımlılığın ve madde bağımlılığının bir çok benzer yönü bulunmaktadır. Her iki bağımlılık da yaygın olarak ergenlikte başlamaktadır ve benzer kişilik özelliği belirtileri göstermektedir (Karim ve Chaudhri; 2012). Davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilen patolojik kumar bağımlısı kişilerin çocukları üzerinde yapılan

bir araştırmaya sonuçları, çocuklarda hem davranışsal bağımlılığın hem de madde kötüye kullanımının görülme oranı artmıştır. Bağımlı birey, çocuklarını bağımlı hale getirme riski barındırdığı için bu çocuklarda ruh sağlığını korumaya ve bağımlılığı önlemeye ayrıca önem verilmelidir (Raylu ve Oei, 2001).

Dünyada bağımlılık sorununun katlanarak artması ve mevcut yaklaşımların çözüm üretmekte yetersiz kalması, yeni arayışları beraberinde getirmiştir. Günümüzde bağımlılıkla mücadelede konusunda izlenecek politika ve stratejilerde, madde arzının yanı sıra, bağımlının tedavi ve rehabilitasyonu konusuna daha fazla önem verilmektedir. Bağımlılık sorunu ile mücadelede tıbbi (psikiyatrik), klinik (psikolojik) ve adli (kriminolojik) yaklaşımlar olarak 3 başlıkta ele alınmaktadır (Kızmaz ve Çevik, 2016). Bağımlılıkta, madde bağımlılığı önleme ile ilişkili programların genellikle bütüncül ve aile odaklı olmasının yanı sıra kültürel özellikleri de dikkate alması gerektiği belirtilmektedir. Bu programların yrisk faktörlerinin yanında koruyucu faktörlere odaklanması gerektiği de vurgulanmaktadır (Greenberg, 1999).

5.6.1. Madde Bağımlılığı ile Mücadele

Madde bağımlılığını önlemede, kişilere sağlıklı davranış ve yaşam şekli kazandırarak ruhsal yönden güçlendirme amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda ilk olarak kişinin maddeyi hiç kullanmaması hedeflenmektedir. Kişi eğer maddeyi kullandıysa bu kez ikinci olarak kişinin bağımlı olmasının önlenmesi hedeflenmektedir (Center for Substance Prevention [CSAP], 2006).

Bu hedef doğrultusunda ülkemizde Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM, t.y) geliştirilmiştir. Bu program teknoloji, tütün, alkol ve madde bağımlılıkları ile sağlıklı yaşam modüllerinden oluşmaktadır. Program çocukların ve gençlerin yanı sıra toplumun tamamını bu konularda bilgilendirmeyi ve farkındalıklarını arttırmayı amaçlamaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı önderliğinde geliştirilen bu program ile her yıl ortalama 10 milyon öğrenciye ve üç milyon yetişkine eğitim verilmektedir (TBM, t.y).

DİKKAT

Ülkemizde Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı ile hangi alanlarda bilgilendirme yapılmakta ve farkındalık oluşturulmaktadır?

- Teknoloji bağımlılığı
- Tütün bağımlılığı
- Alkol Bağımlılığı
- Madde Bağımlılığı
- Sağlıklı Yaşam

Bağımlılığın önlenmesini içeren tüm faaliyetler, bağımlılık ile mücadelenin hem etkili hem de en ekonomik yöntemi olarak kabul görmektedir. Madde bağımlılığını önleme faaliyetleri kapsamında;

- (a) Alkol ve alkol içeriklerinin kullanımını yasal yaş sınırına çekme,
- (b) Bağımlılık yapan ilaçları (reçeteli ve reçetesiz) amacı dışında kullanmama
- (c) Bağımlılık yapan maddeleri yalnızca tıbbi amaçlarla ve doktor

gözetiminde kullanma

(d) Uyuşturucu madde ve tütün mamullerini hiç kullanmama (CSAP, 2006).

5.6.1.1. Madde arzının azaltılması ve kaçakçılıkla mücadele

Amaç: Burada temel amaç uyuşturucu maddeye erişimin önlenmesidir. Bunun için, doğal ya da sentetik içerikli uyuşturucu maddeler ve bunların üretiminde kullanılan kimyasallarla ilgili hem ulusal hem de uluslararası boyutta kaçakçılığının önlenmesi faaliyetleri gerçekleştirilmektedir.

Faaliyetler:

*Kara yolu, hava yolu, deniz yolu ve posta/kargo yolu ile sınırlardan ve gümrük kapılarından uyuşturucu maddenin yurda girişi ve çıkışının engellenmesi

*Uyuşturucu maddenin yurt içinde naklinin ve satışının engellenmesi

*Uyuşturucu madde kaçakçılığı ile mücadelenin etkin hale getirilmesi için arz ile mücadele eden kurum ve kuruluşlar arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi

*Uyuşturucunun maddenin izlediği finansal yol takip edilerek uyuşturucu madde ticaretinin engellenmesi (Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019-2023).

5.6.1.2. Risk gruplarının korunması ve madde kullanımının tüm nüfus açısından önlenmesi

Amaç: Uyuşturucu madde kullanımının zararlı etkileri konusunda hedef grupları bilgilendirmek ve bilinçlendirmek.

Faaliyetler:

*Aile sağlığı merkezlerinin koruyucu hizmetler aşamasında aldığı rolün etkisinin artırılması

*ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek hattının hizmet kalitesinin geliştirilmesi (Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019-2023).

5.6.1.3. Kullanıcıların tedavi ve rehabilitasyonu

Madde bağımlılığı genetik yönü de olan kronik bir beyin hastalığına dönüştüğünden ceza hukuku konusu cezalandırma ile birlikte tıbbi tedavi gerektiren bir durum olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla, madde kullanımında kullanma suç davranışı ile kamu güvenliğini de tehdit unsuru olan bu suçlular için sadece cezalandırma etkili bir yöntem olmadığı belirtilmektedir. Bundan dolayı adalet sistemine uyuşturucu kullanma sebebi ile dâhil olmuş olanları başka türlü tedavi yoluna başvurmayacakları düşünülerek acilen tıbbi tedaviye yönlendirmek gerekmektedir (Ateş ve Koçak, 2018 S:176). Araştırmalar bu tedbirlerden toplumsallaşma temelli bağımlılık tedavi yöntemlerinin madde kullanımı madde ile ilgili suçların azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir (Lurigio, 2000).

Amaç: 1) Madde kullananları topluma kazandırmak tekrar faydalı bir birey haline getirmek. 2) Uyuşturucu madde kullananların hem kendileri hem de yakınlarının danışmanlıklarını gerçekleştirerek tedavi ve rehabilitasyon birimlerine erişimlerini kolaylaştırmak

Faaliyetler:

*Ayakta ve yatarak tedavi merkezlerinin etkinliğinin ve ulaşılabilirliğinin artırılması

*112 hizmetlerinde ve acil servislerde uyuşturucu ile mücadele kapsamında prosedürlerin oluşturulması

*Rehabilitasyona yönelik hizmetlerde yaygınlaştırılması

*Sosyal uyum merkezlerinin yaygınlaştırılması

*Adalet sistemi, ruh sağlığı ve beden sağlığı tedavi merkezlerinin ve sosyal hizmet kurumlarının koordineli ve işbirliği içinde çalışmalarına olanak sağlamak (Çılga, 2009; Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi 2018-2023).

5.6.2. Davranışsal Bağımlılık ile Mücadele

Bilişim teknolojileri, internet ve sosyal medya bilgiye ulaşılabilirlik ve bilgi paylaşımını sağlayabilmede getirdiği kolaylıklar nedeniyle günlük yaşamda tercih nedenidir. Davranışsal bağımlılıkla mücadelede amaç; toplumu teknoloji, internet ve kumar alanlarında davranışsal bağımlılık gelişmesinden korumaktır. Davranışsal bağımlılıkların temel özelliği, kendine ya da başkalarına zarar verebilecek bir eylemde bulunma dürtüsüne ya da cazibesine karşı koyamazdır. Davranış kendilerine zarar verse bile kişiler bu davranışa direnememektedir (Grant vd., 2010). Kişilerin riskli kumar oynama davranışlarını önlemek için bu davranışlara neden olan durumları incelemek ve çözüm önerileri gerekmektedir. Riskli kumar oynama davranışında, danışmanlık hizmeti olarak motivasyonel görüşme teknikleri ve bilişsel davranışçı yaklaşımları, çözüme yönelik başarı sağlayabilmektedir (Blaszczynski ve Silove, 1995).

Davranışsal Bağımlılıkla Mücadelede; kumar oynamayanların korunması, bağımlılık riski taşıyan kişilere farkındalık kazandırma ve danışmanlık desteğinin sağlanması, kumar oynama bozukluğu olan bireylerin tedavilerinin yapılması ve yaşam boyu kumardan uzak durmalarının sağlanması hedeflenmektedir.

Faaliyetler:

*Bilişim teknolojilerinin, internetin ve sosyal medyanın bilinçli, güvenli ve etkin kullanımında gençler başta olmak üzere toplumun farkındalığının ve bilgi düzeyinin artırılması,

*Bilişim teknolojilerinin aşırı ve zararlı kullanımının önlenmesi, dijital oyun, bahis, şans ve kumar bağımlılığını önlemeye yönelik çalışmaların yürütülmesi,

*Davranışsal bağımlılığı olan kişilerin danışmanlık alabilmesi ve tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması,

*Koruyucu ve önleyici hizmetlerin yürütülmesinde kurumlar arası koordinasyonun sağlanması.

(Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019-2023).

5.6.3. Türkiye’de bağımlılığın önlenmesine dair düzenlemeler

5.6.3.1. Eğitim düzenlemeleri

Bağımlılıkla mücadelede, bağımlı olarak tanımlanmayan fakat bağımlılık riski taşıyan kişilere yönelik, eğitici ve koruyucu programların hazırlanması önerilmektedir. Bu nedenden dolayı eğitim kurumlarında, yazılı medyada, görsel medyada, eğitici ve koruyucu faaliyet programları hazırlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu yöntemlerle gençlerin bağımlılık davranışları önüne geçilebileceği belirtilmektedir (Chou ve ark. 1998). Türkiye’de bağımlılığın önlenmesi ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi için kurumsal iş birlikleri gerçekleştirilmiştir. Bu iş birliklerinden biri de Millî Eğitim Bakanlığı ile Yeşilay arasında kurulmuştur. Millî Eğitim Bakanlığı ve Yeşilay’ın belirlediği yol haritasında öncelikle çocuklar ve gençler olmak üzere her yaş grubundan insana bağımlılık ve bağımlılık yaratan maddelere karşı farkındalık oluşturulması amacıyla Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Programı (TBM, t.y) oluşturulmuştur. Burada alkol, tütün, madde, kumar ve internet bağımlılığı konusunda destek almak isteyenlere ve tedavi yöntemlerini öğrenmek isteyenlere hizmet verilir (TBM, t.y; YEDAM, t.y).

5.6.3.2. Yasal düzenlemeler

Türkiye’de gençliğin korunması devletin sorumluluğundadır. Ülkemizin de taraf devlet konumunda imzası olduğu Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde 33. Maddede çocukların ve gençlerin uyuşturucuya ve yasaklı maddelere karşı korunması, hukuki, sosyal ve eğitim alanlarında da gerekli önlemlerin alınması gerektiği hükmü belirtilmiştir (UNICEF Çocuk Haklarına Dair Sözleşme). Türki Cumhuriyeti Anayasası’nın 58. Maddesine göre, “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır” şeklindedir. 58. maddeye göre devlet, özel ve sivil toplum kuruluşları da bu konuda görevlidir (T.C. Anayasası-Madde 58, 1999).

Ülkemizde “Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu” 9 Aralık 2017 tarihli 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi kapsamında; oluşturulmuştur. Bu kurulda 11 bakan (Adalet, Aile ve Sosyal Politikalar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, Gıda, Tarım ve Hayvancılık, Gümrük ve Ticaret, İçişleri, Maliye, Millî Eğitim, Sağlık ve Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanları) yer almıştır. Burada, uyuşturucu, alkol, tütün, kumar ve teknoloji bağımlılığıyla mücadeleye yönelik eylem planı hazırlanması ve yürürlüğe konulması kararlaştırılmıştır (T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2018).

5.6.4. Korumada ve Önlemede Kurum ve Kuruluşlar

2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı kapsamında, uyuşturucu kullanımının önlenmesine yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının öncelikli sorumlusu Millî Eğitim Bakanlığı olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte multidisipliner bir yaklaşımla eşgüdüm içerisinde yürütülen önleme çalışmalarında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Yeşilay Cemiyetinin faaliyetleri bulunmaktadır (Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal

Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023)

5.6.4.1. Uyuşturucu madde arzı ile mücadele eden kurumlar ve kuruluşlar

Türkiye’de madde bağımlılığı ile mücadelede aktif rol alan kurumlar ve kuruluşlar bulunmaktadır. Bu kurumların ve kuruluşların en başında ise uyuşturucu maddelerin kaçakçılığı ile mücadelede rol alanlar gelmektedir. Söz konusu bu kurumların ve kuruluşların temel amacı yasa dışı maddelerin ülkeye girmesini, bulundurulmasını, nakledilmesini, depolanmasını ve ticaretini engellemektir. Yasadışı bu faaliyetleri gerçekleştirenler tespit edildiğinde ise gerekli müdahaleleri yapmak yükümlülükleri bulunmaktadır (Tezer, 2023).

1-Maliye Bakanlığı: Maliye bakanlığına bağlı olan ve MASAK olarak adlandırılan Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığı uyuşturucu suçundan elde edilen ve yasadışı gelirler ile mücadele etmekten sorumludur. Ayrıca çevrimiçi sitelerde koruyucu önleyici tedbirlerin alınmasıyla, kumar sitelerine yönlendirme yapan reklam içeriklerinin sistem sağlayıcıları tarafından denetlenmesi, bu sitelerde banka kredi kartı kullanımının engellenmesi ve yaş doğrulaması zorunluluğu benzeri uygulamalarla kişileri kumar bağımlılığından korumanın yanında toplumsal yönden önleyici zemin oluşturmaktadır.

2-İçişleri Bakanlığı: Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığına bağlı olarak hizmet veren Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) İçişleri Bakanlığı’na bağlıdır ve uyuşturucu ile mücadelede çok önemli bir yer tutmaktadır. TUBİM, yasa dışı bağımlılık yapıcı maddelerinin arz ve talep boyutundaki gelişmeleri takip etmektedir. Uyuşturucu maddeler ile ilgili verileri toplarken aynı zamanda bu verileri analiz etmekte ve tüm ulusal kurum ve kuruluşlar ile iş birliği içerisinde hareket ederek, uyuşturucuyla mücadele hususunda ülkenin risk profilini ortaya koyan ve mücadele planları yapmaktadır (TUBİM, 2023).

Uyuşturucu ile mücadelede bakanlık çeşitli projeler gerçekleştirmektedir. “En İyi Narkotik Polisi; Anne Projesi” 2020 yılında hayata geçirilerek uygulanmaya başlatılan projelerdendir. Bu projede annelere madde kullanımı ile mücadeleye yönelik farkındalık ve bilinçlendirme faaliyetlerine ağırlık verilmesi amaçlanmıştır. Bilinçlendirme ve farkındalık eğitimine katılacak anneler; belediyeler, muhtarlar, halk eğitim merkezleri, Sivil Toplum Kuruluşları (STK), din görevlileri ve okul aile birlikleriyle koordine kurularak belirlenmektedir. En İyi Narkotik Polisi; Anne projesi kapsamında faaliyetlerin geniş kitlelere ulaşabilmesi amacıyla <https://narkotikpolisianne.com> WEB sitesi hazırlanmış ve 2022 yılı itibarıyla internet ortamında hayata geçirilmiştir. Söz konusu sitede Türkiye’nin çeşitli illerinde yapılan etkinlikler, bağımlılıkla mücadele kapsamında hazırlanan yayınlar yer almaktadır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2023).

3-Milli Savunma Bakanlığı: Uyuşturucu madde ile ilgili kara, hava, deniz askeri birliklerinin bağlı olduğu bakanlık birimidir

4-Dışişleri Bakanlığı: Uyuşturucuyla mücadelede Türkiye Cumhuriyeti’nin yabancı devletler ve uluslararası kuruluşlarla olan ilişkilerini Dışişleri Bakanlığı yürütmektedir. Dışişleri Bakanlığı, yabancı ülkelerden gelen uyuşturucuyla mücadeleye ilişkin bilgi taleplerinin toplanmasını, ülkelerle uyuşturucu ile ilgili ikili anlaşmaların gerçekleştirilmesini ülkeler tarafından uyuşturucuya ilişkin olarak düzenlenen seminer, konferans gibi toplantılara katılım sağlama görevleri bulunmaktadır

5-Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı: Yurt içinde ekilmesi, üretilmesi, kullanılmasına izin verilmeyen bitkisel maddelerin ekimi, üretimi konusunda İçişleri ve Milli Savunma Bakanlıklarını ile birlikte çalışır. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı - Bitkisel Üretim Genel Müdürlüğü, kenevirin yasal olarak üretilmesini kontrol etmektedir.

5.6.4.2. Madde kullanımını azaltma ve farkındalık düzeyini artırma faaliyeti ile ilişkili kurum ve kuruluşlar

Bu kurum ve kuruluşlar şu şekilde sıralanabilir; Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Diyanet İşleri Başkanlığı, Yeşilay, Yerel Yönetimler; Sivil Toplum Kuruluşları ve Üniversiteler (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2023)

1-Sağlık Bakanlığı: Sağlık Bakanlığı bu alanda bünyesinde bulunan AMATEM, ÇEMATEM ile hizmet vermektedir.

1.1 Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM): AMATEM, alkol ve madde bağımlılığı konusunda tedavi ve eğitim amacıyla İlk olarak 1980 yılında kurulmuş olup 1983 yılında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır. AMATEM bünyesinde gerçekleştirilen tedavi yöntemi ve sürecini üç aşamada ele alınmaktadır

- Detoksifikasyon
- İlaçlı tedavi
- Psiko-sosyal tedavi.

Detoksifikasyon aşamasında madde bağımlısının maddeye olan arzusundan kaynaklanan yoksunluk belirtilerinin azaltılması amacıyla uygulanacak olan tedaviler gerçekleştirilmektedir. Bu aşama 7 ila 10 gün arasında bir zamanda tamamlanmaktadır. İlaçlı tedavi aşamasında ise detoksifikasyon işlemi tamamlandıktan sonra belirlenen ilaçların alımı ile iyileşme süreci devam etmektedir. Son aşama olan psiko-sosyal tedavi sürecinde ise bağımlının alkol veya maddeye tekrardan yönelmemesi için gerekli olan psiko-sosyal faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Psikoterapiler ve benzeri grup çalışmaları ile yaklaşık olarak 14 gün ile 28 gün arasındaki bir zaman diliminde süreç tamamlanmaktadır. Yatarak devam eden psiko-sosyal tedavi aşaması uygun görülmesi durumunda ayaktan tedavi sürecine geçilebilmektedir (Karataşoğlu, 2013).

1.2.Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM): Bu kurum, hastaların çocuk olması nedeniyle AMATEM den olarak gönüllülük veya kendilerinin rızaları aranmaksızın tedaviveya muayene gerçekleştirilebilmektedir. ÇEMATEM’de uygulanan tedavi yöntemi yatan vakanın genel tıbbi ve psikiyatrik değerlendirilmesiyle başlamaktadır. Yatışın ilk günlerinde tıbbi sorunlar değerlendirilmektedir ve gerekli tıbbi sorunların tedavisi gerçekleştirilir. Sık görülen ruhsal sorunlar ADHD, depresyon, psikoz, enürezis olarak sayılabilir. Detoksifikasyon uzun süreli olarak planlanır (Karataşoğlu, 2013).

2-Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı: Ülkemizde, madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadeleyle mücadeleye yönelik olarak sosyal politika geliştirme faaliyetleri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bağımlılıkla ilgili ulusal eylem planlarında, genç ve genel nüfusta uyuşturucu kullanım yaygınlığını ve uyuşturucu

bağımlıların sosyal ihtiyaçlarını tespit etmeye yönelik araştırmalar yapmak ve Aile Eğitim Programına uyuşturucu bağımlılığı ile ilgili ergen, yetişkin ve aile profillerinden oluşan yeni bir eğitim modülü eklemek bu bakanlığın sorumlulukları arasında yer almıştır. Ayrıca, “Koruma, Bakım ve Rehabilitasyon”, “Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon” ve “Çocuk ve Gençlik” Merkezlerinin sayılarının arttırılarak ülke çapında yaygınlaştırılması öngörülmüştür.

3-Milli Eğitim Bakanlığı: Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, çocukların ve gençlerin, beden ve ruh sağlıklarının korunması amacıyla sigara, alkol ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapan maddelere karşı korunması ve toplum temelli destek sağlanması noktasında ilgili birimdir. Milli Eğitim bakanlığına bağlı bu birim, bağımlılık yapan maddeler ve bunların zararları konusunda hedef gruplara eğitim programları düzenlemekte, öğrenci ve ailelere yönelik önleme programları geliştirmektedir. Bu birim ayrıca, çocuk ve gençlerin “iletişim”, “hayır diyebilme”, “çatışma çözme”, “uzlaşma” ve “problem çözme-sorunlarla baş etme” becerilerinin güçlendirilmesi ve okul/kurum yöneticileri ve öğretmenlere yönelik önleme odaklı bilgilendirme çalışmalarının gerçekleştirilmektedir.

4-Gençlik ve Spor Bakanlığı: Madde bağımlılarını hızlı ve kolay etkileyen akran gruplarıdır. Gençlik ve Spor bakanlığı, gençlere yönelik her türlü istismarın önlenmesinin yanında, gençleri madde bağımlılığı, kumar gibi kötü alışkanlıklardan koruyacak çalışmaların gerçekleştirilmesi ile ilgili görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu görev ve sorumlulukları gerçekleştirirken ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde hareket etmektedir. Özellikle dezavantajlı gençlere yönelik projeler önceliklendirilmektedir. Bu kapsamda bağımlılık yapıcı maddeler ve zararları hakkında hedef grupta yer alan gençlere yönelik eğitim programları ve boş zamanlarını doldurmaları amacıyla sosyal, kültürel ve sportif faaliyetleri düzenleme bu bakanlık tarafından gerçekleştirilmektedir.

5-Adalet Bakanlığı: Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü Denetimli Serbestlik Daire Başkanlığı, .Adalet Bakanlığı, bünyesinde hizmet vermektedir. Bu hizmetler, ceza infaz kurumlarında uyuşturucu madde suçlarından tutuklu veya hükümlü bulunan suçluların tedavisi ve rehabilitasyonunu kapsamaktadır.

6-Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK): Kuruluş olarak RTÜK, şans, bahis, talih oyunlarına özendirmenin engellemek amacıyla hareket etmektedir.

7-Diyanet İşleri Başkanlığı: Başkanlığa bağlı sorumlu birim olan Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü, önleme görevini, cami ve mescit gibi dini mekânlarda vaaz ve hutbe vererek yerine getirmektedir.

8.Sivil Toplum Kuruluşları: Madde bağımlılığı ile mücadelede sivil toplum kuruluşlarına bakıldığında bunların önleyici ve koruyucu faaliyetlerde farkındalık yaratmak ve toplumu bilinçlendirmek için ciddi çalışmalar yaptığını, yine maddeye bulaşmış kişilerin tedavi ve rehabilitasyonunda da etkili oldukları görülmektedir. Türkiye’de madde bağımlılığı ile mücadele alanında faaliyet gösteren çok çeşitli sivil toplum kuruluşları bulunmaktadır.

Yeşilay: Bir sivil toplum kuruluşu olarak Yeşilay’ın ülkemizde ortalama 100 şubesi bulunmaktadır. Bu kuruluş, toplumun ve özellikle de gençlerin tütün, alkol, uyuşturucu, kumar ve teknoloji bağımlılıklarından korunması için çalışmaktadır. Bu kuruluş, ulusal değerler ve bilimsel yöntemleri kullanarak, önleyici ve rehabilite edici halk sağlığı ve savunuculuk çalışmalarına katılarak tütün, alkol, uyuşturucu, tek-

noloji, kumar ve diğer bağımlılıklara karşı mücadele etmektedir (Karaman, 2017).

Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM): Bağımlılara ve ailelerine uzman kişiler tarafından psikolojik yardım sağlamak amacı güdülen Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı işbirliği ile Yeşilay Danışmanlık Merkezi YEDAM'ı kurmuştur. YEDAM'da, öncelik alkol ve madde bağımlıları olmakla birlikte 2019 yılı itibarıyla internet ve tütün bağımlılığı, 2020 yılı itibarıyla kumar bağımlılığı ile mücadele hizmeti de verilmeye başlanmıştır. 2022 yılında ise kumar bağımlılığı olan bireylerle ilgili Kumar Grup Terapi uygulaması geliştirilmiştir (Yeşilay, 2023).

Adsız Alkolikler (AA): Adsız Alkolikler (AA) Grubu alkol sorunu yaşayan ya bireylere yine alkol sorunu yaşayan bireylerin deneyimlerinden yola çıkarak ve bir birliktelik sağlanarak yardım sağlanabileceği düşüncesi ile 1930'ların ortasında kurulmuştur. Alkol bağımlılığı ile birlikte konumuzun odağını oluşturan damgalanmama isteği bu AA'nın yaygınlaşmasına neden olmuştur. On iki basamak programı şeklinde kurulmuş olan bu yapı, hastalar tarafından yürütülen ve alkol içmemeye yönelik becerilerin geliştirildiği bir kurguya sahiptir. Genel olarak Adsız Alkoliklerin yürüttüğü programların alkol bağımlılarının alkolden uzak durma konusundaki motivasyonlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir (Yıldız,2021).

9.Yerel Yönetimler: Türkiye'de madde bağımlılığı ile mücadele alanında faaliyet gösteren bazı kuruluşlar ise belediyelerin çatısı altında hizmet vermektedir

Oya Bahadır Yüksel Gençlik Merkezi: Madde bağımlılığının önlenmesi konusunda 2008 yılından bu yana Gaziantep Büyükşehir Belediyesi'nin çatısı altında bölgede madde kullanan 13-18 yaş arası gençlerin tedavi ve rehabilitasyonu ile ilgili faaliyet yürütmektedir

Gençlik ve Aile Destek Merkezi (GADEM): Bursa Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren 2015 yılında Bursa ilinde kurulmuştur. Hizmet sınırlarında yaşamlarını idame ettiren madde bağımlısı kişilerin tıbbi tedaviye ulaşımını sağlamak, maddeye yönelik talebi azaltmaktır (Karaman, 2017).

10. Üniversiteler: Türkiye'de birçok üniversite bağımlılıkla mücadele çalışmalarını bir merkez aracılığıyla yürütmektedir. Bu merkezler gerçekleştirdikleri araştırmalar, eğitim faaliyetleri ve danışmanlık hizmeti yolu ile bağımlılıkla mücadele gerçekleştirmektedir.

5.6.5. Toplumsal Destek Yaklaşımı

Toplumsal destek yaklaşımı bireylerin ruhsal sağlıklarının korunması ve bozulan ruhsal sağlıklarının iyileştirilmesi için aileyi, sosyal çevreyi ve istihdamı içerisine alan önemli faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilir (Ardahan, 2006; Sherba vd., 2018). Bağımlılıklarla mücadele kamu kurumlarının ve uluslararası kuruluşların sağladığı desteğin yeterli olmadığı, bu nedenle toplumsal destek yaklaşımları çerçevesinde etkinlik gösteren dernek ve vakıfların oldukça önemli olduğu, bir diğer ifadeyle sivil toplum kuruluşlarının madde bağımlılığıyla mücadelede gerekli toplumsal destek yaklaşımlarını bağımlı bireylere sağlamaya çalıştığı bilinmektedir. Sivil Toplum Kuruluşları (STK) tarafından yürütülen alkol ve uyuşturucu önleme programlarını topluma entegre etmenin yararlı olduğu, araştırmacılar ve kuruluşlar arasında güvenilir bir ortaklığın geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu; ayrıca finansman sağlayan kurum, uygulayıcılar ve STK'larla işbirliği yapabilecek araştırma gruplarına

bilgi ve kaynak tahsis etmenin yararlı olduğu kabul edilmiştir (Eriksson vd, 2011).

Kamu kurumlarında ve STK'larda görev yapan ve bağımlılıkla mücadele eden personellerin birbirinden farklı alanlarda zorlandıkları bilinmektedir. Bir araştırmada STK ve kamu kurumlarında görev yapan sosyal destek sağlayıcılarının rollerinin zamanla farklılaştığı, sorumluluk alanlarının bulanıklaştığı, bazı personellerin sorumluluk alanlarının dışında davranmaya başladığı; bu nedenle STK'larda görev yapan toplumsal destek sağlayıcılarının uzman akademik personeller tarafından desteklenmesinin yararlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Singwane ve Ramoshaba, 2023).

Bağımlılıkla mücadelede toplumsal destek yaklaşımlarının, ülkelerin gelişmişlik seviyesine ve ekonomik refahına bağlı olarak değiştiği bilinmektedir. Afrika'da gelişmemiş bir ülkede yapılan bir araştırmada bağımlılıkla mücadelede STK'ların devletin yetersiz kaldığı bağımlılıkla mücadele alanında yetersiz de olsa topluma yararlı destekler sağladığı; özellikle uyuşturucu bağımlılığının tedavisi (psikoterapi ve iyileşme sermayesi yoluyla), iyileşen bireylerin topluma yeniden entegrasyonu ve okullarda/topluluklarda koruyucu yaklaşımların oluşturulması için eğitim programlarının sağlanması olmak üzere üç önemli alanda yarar sağladığı bildirilmiştir (Asante vd., 2021). Buna ek olarak ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak sağlık sigorta sistemlerinin gerekli ruhsal ve fiziksel sağlık desteğini almak açısından sınırlayıcı bir faktör olduğu, bu nedenle toplum destekli yaklaşımı sergileyen kurumların bu sınırlamaları aşmada ve kişilere gerekli tedaviyi ulaştırmada oldukça yararlı olduğu bildirilmiştir (Sanadgol vd., 2021). STK'ların sağlık sektörleri arası eyleme yeni bir boyut eklediği, STK'ların sağlık sisteminin güçlendirilmesine dahil edilmesinin daha verimli, eşitlikçi ve daha iyi yönetilen bir sağlık sistemine yol açtığı, bu nedenle bu sonuçların daha net görülebilmesi için İran'da toplum destekli yaklaşımlar ve sağlık kuruluşları arasında kanıta dayalı stratejiler kullanılması gerektiği önerilmiştir (Sanadgol vd., 2022).

Türkiye'de devlet desteği dışında bağımlılıkla mücadelede toplumsal destek yaklaşımı sunan organizasyonların sayısının sınırlı olduğu, bu yaklaşımı benimseyen organizasyonların çoğunun sınırlı bir bölge içerisinde faaliyet yürüttüğü; buna ek olarak bu kuruluşların kanıta dayalı başarılarını değerlendiren bir yaklaşımın yetersiz olduğu görülmektedir (TUİC, 2021). Buna ek olarak son dönemde belediyelerde toplumsal destek yaklaşımının ön plana çıktığı, özellikle büyük şehir belediyelerine ayrılan sosyal belediyecilik bütçelerinin bağımlılıkla mücadelede iyi sonuçlar vermeye başladığı; bağımlılığı iyileşen kişilerde iş yaşamına katılmaya varan önemli başarıların elde bildirilmiştir (Sezik, 2017).

5.6.5.1. Toplumsal destek yaklaşımının geleceği

Bağımlılık üzerine yapılan araştırmalarda bağımlılıkla mücadelede rol alan beyin bölgelerinin aynı zamanda sosyal ilişkileri kurmamızı ve devam ettirmemizi sağlayan alanlar olduğu; dolayısıyla, bağımlılıkla mücadelede kişilerde gerekli sosyal etkileşimin ortaya çıkarılmasının oldukça önemli olduğu bilinmektedir (Nikulina vd., 2021; Bendersky, 2021). Bu nedenle, toplumsal destek yaklaşımını içeren etkinliklerin ve organizasyonların bağımlılıkla mücadelede her zaman kilit öneme sahip olacağı düşünülebilir. Dünyada bağımlılık tedavisi sunan toplum sağlığı kliniklerinin madde kullanımı tedavisine ve eşlik eden ruhsal hastalıklara yönelik karşılanmamış ihtiyaçların karşılanması için önemli bir kaynak sağladığı, bu nedenle toplum odaklı tedavi yaklaşımlarının giderek yaygınlaştığı görülmektedir (Druss vd., 2008; Iyiewuare vd., 2017). Dolayısıyla toplum içinde tedavi hizmeti sağlayan, toplum odaklı tedavi

ve rehabilitasyon kuruluşlarının yaygınlaştırılması ve STK'ların bu kurumlara destek olmalarının kolaylaştırılması oldukça yararlı olacaktır. Türkiye'de sosyal belediyeçilik hizmeti bünyesinde kullanılan bütçenin bağımlılıklarla mücadelede daha aktif kullanılması ve bu bütçelerin merkezi hükümetler tarafından desteklenmesi toplum odaklı rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesini artıracaktır. Bölgesel hizmet veren ve bağımlılıkla mücadele eden dernek ve vakıflar arasında gerekli koordinasyonların sağlanması ve bu organizasyonların etki alanlarının genişletilmesi daha iyi bir toplum odaklı tedavinin ortaya çıkmasına yardımcı olacaktır. Buna ek olarak, toplumsal destek yaklaşımını sağlayan kuruluş ve organizasyonların bağış toplamalarının, gerekli ruh sağlığı çalışanlarını istihdam etmelerinin kolaylaştırılması, ek olarak bu alanda etkinlik gösteren toplumsal organizasyonların etkinliklerinin kanıta dayalı olarak bilimsel bir çerçevede incelenmesi bağımlılıkla mücadelede yol gösterici olacaktır.

Sonuç

Bağımlılık günümüzde sayı ve çeşitlilik olarak giderek artmakta, yeterli ve etkili koruyucu önlemler alınmadığı takdirde yaş aralığının giderek daha da düşeceği öngörülmektedir. Maddenin her geçen gün daha hızlı bulunabilmesi, gençlerin ve ailelerin bu konuda az bilgi sahibi olması durumu gittikçe tehlikeli hale getirmektedir. Bağımlılıkla mücadele, dünyada her devletin kendi iç ve dış dinamiklerine göre mücadele politikaları oluşturduğu bir alandır. Ülke genelinde bağımlılık insanlarda psikolojik, toplumsal ve ekonomik yönden yıkımlar oluşturmaktadır. Bu durum korruma ve önlemede yer alması gereken kurum, kuruluş ve sivil toplum örgütlerinin eşgüdüm içinde mücadelesi ile gerçekleştirilebilir. Gençlerin bağımlılık yapan maddeler karşısında korunması ve bağımlılığın yaygınlığının gittikçe artmasını engellemek için okullarda eğitici önlemlerin alınması ve eğitim programlarının küçük yaşlarda uygulanması önemlidir. Madde bağımlılığı toplumda bir suç olarak değil bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmelidir. Bağımlılıkla mücadelede bilimsel kanıtlara dayalı sonuçları incelenebilen, ülke genelinde organize ve koordine olmuş, alanlarında uzman ruh sağlığı uzmanlarınca desteklenmiş ve finansal açıdan bağımsız ve güçlü toplum destekli yaklaşımları geliştirmek yararlı olacaktır.

Özet noktalar

Bağımlılık ile mücadele çok boyutlu bir çalışma gerektirdiği için multidisipliner bir yaklaşımla konunun ele alınması gerekmektedir. Bu yönüyle güvenlik sorunlarında güvenlik güçlerini, sağlık sorunlarında sağlık kurumlarını, sosyal sorunlarda yerel yerel yönetim kurumlarını, sivil toplum kuruluşları ve kamu kurumlarını ilgilendirmektedir

KAYNAKLAR

- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Asante, K. O., Asiama-Sampong, E., & Appiah, R. (2021). A qualitative exploration of the role of NGOs in the recovery support for persons with substance use disorders in a low-income African setting. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, 1-10.
- Ateş H. Koçak A. (2018). Bir Kamu politikası olarak Bağımlılıkla Mücadele. Ankara
- Bendersky, C. J., Milian, A. A., Andrus, M. D., De La Torre, U., & Walker, D. M. (2021). Long-term impacts of post-weaning social isolation on nucleus accumbens function. *Frontiers in psychiatry*, 12, 745406.
- Blaszczynski, A., and D. Silove (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological

- gambling. *Journal of Gambling Studies* 11:195-220.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2006). *Prevention Works. Prevention handbook*. Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) & National Prevention Network (NPN).
- Chou, C. P., Montgomery, S., Pentz, M., Rohrbach, L., Johnson, C., Flay, B., & Mackinnon, D. (1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents, *American Journal of Public Health*, 88: 944–948.
- Cılga, İ. (2009). “Madde ve Madde Kullanımı İle Mücadelede Ulusal Politika ve strateji Öncelikleri”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 7-22.
- Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019-2023. Erişim Tarihi: 08.03.2024. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Davranissal_Bagimlilikler_Ile_Mucadele_Ulusal_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani_2019-2023.pdf
- Druss, B. G., Bornemann, T., Fry-Johnson, Y. W., McCombs, H. G., Politzer, R. M., & Rust, G. (2008). Trends in mental health and substance abuse services at the nation’s community health centers: 1998–2003. *American Journal Of Public Health*, 98(Supplement_1), S126-S131.
- Eriksson, C., Geidne, S., Larsson, M., & Pettersson, C. (2011). A research strategy case study of alcohol and drug prevention by non-governmental organizations in Sweden 2003-2009. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 1-21.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *Am J. Drug Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241.
- Greenberg, S. (1999). Speaking in shorthand: A syllable-centric perspective for understanding pronunciation variation. *Speech Communication*, 29,159–176.
- Iyiewuare, P. O., McCullough, C., Ober, A., Becker, K., Osilla, K., & Watkins, K. E. (2017). Demographic and mental health characteristics of individuals who present to community health clinics with substance misuse. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 4, 2333392817734523.
- Karaman, H. (2017). Türkiye’de Bağımlılık Alanında Bir Rehabilitasyon Modeli Olarak Yeşilay Danışmanlık Merkezi’nin İncelenmesi. Ankara: Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 15-20.
- Karataşoğlu, S. (2013). Sosyal politika boyutuyla madde bağımlılığı. *Türk İdare Dergisi*, (476):321-352.
- Karim, R., & Chaudhr, P. (2012). Behavioral addictions: An overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1): 5-12.
- Kızmaz K., Çevik M. (2016). Madde Bağımlılığıyla Mücadelede İnanç Odaklı Yaklaşım: Kardelen Rehabilitasyon Merkezi Örneği”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26(2),13-335.
- Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A., & Ólafsson, K. (2011). Risk and safety on the internet: The perspective of European children. Full findings from the EU Kids Online survey of 9-16 year olds and their parents. EU Kids Online, LSE. [http://eprints.lse.ac.uk/33731/Lurigio_AJ_‘Drug_treatment_availability_and_effectiveness—studies_of_the_general_and_criminal_justice_Populations’_Crim._Justice_Behav._2000;_27\(4\):_495–528](http://eprints.lse.ac.uk/33731/Lurigio_AJ_‘Drug_treatment_availability_and_effectiveness—studies_of_the_general_and_criminal_justice_Populations’_Crim._Justice_Behav._2000;_27(4):_495–528).
- Nikulina, E. M., Johnston, C. E., Wang, J., & Hammer Jr, R. P. (2014). Neurotrophins in the ventral tegmental area: Role in social stress, mood disorders and drug abuse. *Neuroscience*, 282, 122-138.
- Ögel, K. (2018). Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap. Türkiye İş Bankası Yayınları
- Raylu, N. & Oei, T (2001). Pathological gambling: a comprehensive review. *JAMA*, 286, 141-14
- Sanadgol, A., Doshmangir, L., Majdzadeh, R., & Gordeev, V. S. (2021). Engagement of non-governmental organisations in moving towards universal health coverage: a scoping review. *Globalization and health*, 17, 1-19.
- Sanadgol, A., Doshmangir, L., Majdzadeh, R., & Gordeev, V. S. (2022). Strategies to strengthen non-governmental organizations’ participation in the Iranian health system. *Frontiers in Public Health*, 10, 929614.
- Sezik, M. (2017). Büyükşehirlerin Sosyal Belediyecilik Yaklaşımlarına Bir Örnek Olarak Madde Bağımlılığı İle Mücadele Çalışmaları. *Akademik İzdüşüm Dergisi*, 2(1), 51-63.

- Sherba, R. T., Coxe, K. A., Gersper, B. E., & Linley, J. V. (2018). Employment services and substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 87, 70-78.
- Singwane, T. P., & Ramoshaba, D. J. (2023). Social workers' roles and contemporary responsibilities in addiction management: The case of selected treatment centres. *International Journal of Research in Business and Social Science* (2147-4478), 12(2), 170-176.
- Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., Livingstone, S., and Hasebrink, U. (2020). EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries. *EU Kids Online*. Doi: 10.21953/lse.47fdeqj010fo
- Suhail K, Bargees Z. (2016). Effects of excessive internet use on undergradate students in Pakistan. *Cyber Psychol Behav*. 9(3): 297-307.
- Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23804.pdf>
- Türkiye Uyuşturucu Raporu (2018). T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2018). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2018. Ankara. Erişim Tarihi: 08.03.2024.
- Türkiye Uyuşturucu Raporu (2023). T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı <https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Duyurular/2018%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU.pdf>
- Tezer, A. (2023). Politika Transferi Literatürü Çerçevesinde Türkiye'de Uyuşturucu ile Mücadele Politikası. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 4(3), 397-430
- TUBİM (2012) Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi T.C. İç İşleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 08.03.2024 <https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202012.pdf>
- TUBİM (2023) Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi T.C. İç İşleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı, EGM Yayın Katalog No: 763 NSB Yayınları: 52, Birinci Baskı, Ankara. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%20BOM/Ulusal%20Yay%20B1nlar/2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf
- TUİC Akademi (2021). Madde Bağımlılığı Alanında Faaliyet Sürdüren Sivil Toplum Kuruluşlarında Gönüllü Motivasyonu. <https://www.tuicakademi.org/madde-bagimliliği-alanında-faaliyet-surduren-sivil-toplum-kuruluslarında-gonullu-motivasyonu/>
- Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Programı (TBM, t.y). Yeşilay. Erişim Tarihi: 08.03.2024. <https://tbn.org.tr/>
- UNICEF <https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>
- Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023, Erişim Tarihi: 08.03.2024 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-ve-madde-bagimliliği-ile-mucadele-db/dokumanlar/2018-2023_Uyusturucu_ile_Mucadele_Ulusal_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Planı.pdf
- Ünüböl, H., & Hızlı Sayar, G. (2021). Prevalence and sociodemographic determinants of substance use in Turkey. *European addiction research*, 27(6), 447-456.
- Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) (t.y). Erişim Tarihi: 08.03.2024 YEDAM <https://www.yedam.org.tr/>
- Yeşilay. Bağımlılık Nedir? Erişim Tarihi: 23.08.2024. <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir>
- Yıldız A. (2021). Dünyada ve Türkiye'de Adsız Alkolikler. *Bağımlılık Dergisi*. Hazi- ran;22(2):187-207. doi:10.51982/bagimli.841576

BÖLÜM 5.7

Kendi Kendine Yardım Grupları

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM¹

Araş. Gör. Uzm. Melisa BULUT¹

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

5.7.1. Kendi Kendine Yardım Grupları

5.7.2. Bağımlılıklarda Kendi Kendine Yardım Gruplarının Ortaya Çıkışı ve Tarihsel Gelişim Süreci

5.7.3. Kendi Kendine Yardım Gruplarının Temel Özellikleri ve Çalışma Prensipleri

5.7.3.1. Adsız Alkolikler, Adsız Narkotikler ve diğer On İki Adıma dayalı kendi kendine yardım grupları

5.7.3.2. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi (SMART Recovery)

5.7.3.3. Ölçülü Yönetim Programı (Moderation Management)

5.7.3.4. Laik Ayıklık Organizasyonu (Secular Organization for Sobriety, SOS)

5.7.3.5. Ayık Kadınlar (Women for Sobriety)

5.7.4. Türkiye'deki Kendi Kendine Yardım Grupları

5.7.5. Kendi Kendine Yardım Gruplarının Etkililiği

Özet Noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık, toplumun her kesiminde yaygın olup, tütün, alkol, madde, kumar, teknoloji ve diğer bağımlılık türleri insanların yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bağımlılığın sonuçlarıyla başa çıkma ihtiyacı, bireyleri yardım aramaya motive eden başlıca unsurdur. Bağımlılıkla mücadele etmek için birçok yöntem ve tedavi seçeneği mevcuttur ancak kişinin tek başına bağımlılığın üstesinden gelmeyi başarması oldukça zordur. İnsanlar, bağımlılıkla mücadelelerinde yatarak veya ayakta tedavi sırasında, eş zamanlı olarak ya da tedavinin ardından, baş etme sürecini sürdürebilmek için bir yardım grubundan destek almaya ihtiyaç duymaktadır.

Kendi kendine yardım grupları genel olarak, bağımlılığı olan kişilerin bir araya gelmesine, sorunlarını anlamalarına, duygularını ve deneyimlerini paylaşmalarına, birbirlerine destek olmalarına olanak tanır. Böylece bağımlılıkla mücadeleyi sürdürebilmek için cesaret, motivasyon ve güç kazanabilirler. Bu gruplar, aynı zamanda, toplumda damgalanma (stigmatize edilme) sorunuyla başa çıkmalarına da yardımcı olabilmektedir. Bağımlılıkla mücadele etmek isteyen herkes için kolayca erişilebilir olan bu gruplar, katılımcılar için güvenli bir ortam sağlar.

Bağımlılığın tekrarlama eğiliminin yüksekliği, bağımlılıktan mustarip bireylerin profesyonel tedaviye ek olarak diğer desteklere ihtiyaçlarının olması ve yardım gruplarının yadsınamaz katkıları göz önüne alınarak, bu bölümde bağımlılıklarının üstesinden gelmek isteyen kişiler için bir kaynak olarak kendi kendine yardım grupları ele alınmıştır.

5.7.1. Kendi Kendine Yardım Grupları

Kelimenin tam anlamıyla incelendiğinde “kendi kendine yardım”, kendi kendine yetme, toplumun yardımı olmadan kendi ayakları üzerinde durma veya kişisel esenliği geliştirmeye odaklanan kendi kendine yardım kitaplarından faydalanma gibi bireysel çağrışımlara sahiptir. “Kendi kendine yardım” kavramının bu gibi sınırlamaları nedeniyle, bunun yerine daha çok sosyallik, duygusal destek, uyum ve yardımın karşılıklı olduğu, üyelerin hem yardım ettiği hem de yardım aldığı vurgusuna odaklanan “karşılıklı yardım veya destek grubu” ve “karşılıklı yardım organizasyonu” kavramları savunulmaktadır. Literatürde sıklıkla birbirinin yerine kullanılan bu kavramlar, “kendi kendine yardım” teriminin daha tanıdık gelmesi sebebiyle yararlı olacağı düşüncesiyle halen sıklıkla kullanılmaya devam edilmektedir (Glasner ve Drazdowski, 2019; Humphreys, 2004:33). Karşılıklı destek grupları veya akran destek grupları olarak da adlandırılabilen kendi kendine yardım grupları, madde kullanımı ve psikiyatrik bozuklukları olan bireyler veya onların aileleri için resmi olmayan bakım sisteminin önemli bir bileşenidir. Kendi kendine yardım grupları, aynı soruna, hastalığa veya ortak bir deneyime sahip olan ve bu soruna yönelik özel destek sağlamak ve iyileşmek için birlikte bir şeyler yapmak isteyen iki veya daha fazla insandan oluşan kendi kendine organize olmuş gruplardır (Humphreys vd., 2004; Moos, 2008).

Bağımlılıkta kendi kendine yardım grupları, bağımlılıktan kurtulmakta olan ve iyileşme yolculuklarında birbirlerini desteklemek ve cesaretlendirmek için düzenli olarak bir araya gelen insan topluluklarıdır. Bu gruplar bağımlılık ve bağımlılıkla ilgili psikososyal sorunlar, nikotin, esrar, alkol ve diğer tüm uyuşturucu bağımlılıkları ve yemek yeme, seks, kumar, alışveriş gibi davranışsal bağımlılıklar dahil olmak üzere bağımlılıkla ilgili tüm sorunları, ayrıca bu tür sorunları yaşayan kişinin bir eş

veya ebeveyni ile yakın ilişki içinde olmayı ifade eder. Bağımlılıklarda kendi kendine yardım gruplarının en özgün özellikleri bağımlılıkla ilgili sorunları olan bireylere yardım etmeye adanmış, profesyonel olmayan, akrabalar tarafından yönetilen, önceden belirlenmiş adımlara veya kılavuzlara dayanan, kâr amacı gütmeyen, anonim destek grupları olmalarıdır (Glasner ve Drazdowski, 2019; Kissin vd., 2003).

5.7.2. Bağımlılıklarda Kendi Kendine Yardım Gruplarının Ortaya Çıkışı ve Tarihsel Gelişim Süreci

Bağımlılıklar için kendi kendine yardım hareketinin kökenleri, Adsız Alkolikler'in (AA) öncüsü olan Oxford Grupları'na dayanmaktadır. 1920'lerde ve 1930'larda bir papaz tarafından yönetilen uluslararası, muhafazakâr bir örgüt olan Oxford Grubu, temel Hıristiyan ilkeleri olarak kabul ettiği şeyleri üyelerine aşlamayı amaçlayan bir gruptur. Oxford Grubu, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) başlayan bir kendi kendine yardım hareketi olmuştur. Alkoliklerin katılımıyla bir araya gelinen toplantılarda üyelere kişisel dönüşüm, ruhsal yenilenme, inanç ve kardeşliğe vurgular yapılmış, akrabalar arasında günahların itirafına ve affına değer verilmiş, alkolizmden kurtulmanın sadece tıbbi tedaviyle değil manevi iyileşme ile de mümkün olduğuna odaklanılmıştır. AA'nın kurucularından William Griffith Wilson da bu grubun üyelerinden biridir ve 1935'te faaliyetlerine başlamıştır. Wilson hastanede gördüğü bağımlılık tedavisinin ardından Oxford Grubu'na katılmış, bir süre alkolden uzak durmasının ardından bağımlılığının tekrar nüks etmesiyle kendisi gibi alkolizmle mücadele eden ve AA'nın kurucularından Dr. Robert Holbrook Smith ile tanışmıştır. Wilson ve Smith ilk buluşmalarında, birbirlerine kendi hikayelerini anlatmalarının güç ve umut verebileceğini, iyileşmenin diğer alkoliklere yardımla olabileceğini fark etmişlerdir. Bu buluşma ilk AA toplantısı olarak kabul edilmektedir. Bir süre daha faaliyetlerine Oxford Grubu ile devam eden ikili, bu gruba kıyasla daha esnek, alkoliklerin ihtiyaçlarına daha uygun bir program isteğiyle, 1939'da "Adsız Alkolikler" adlı kitaplarını yayınlamışlar ve kendi organizasyonlarını kurmak için Oxford Grubu'ndan ayrılmışlardır. Henüz birkaç yüz üyesi olmasına rağmen, kitap kamuoyunda olumlu bir tutumla karşılanmıştır. Böylece AA'nın üye sayısı 1940'lı yıllar boyunca giderek artmıştır. Öyle ki, bu büyüme ile Dr. Robert Holbrook Smith 1950'de öldüğünde AA'nın üye sayısı 50.000'e ulaşmıştır (Alcoholics Anonymous [AA], 2023; Adsız Alkolikler, 2022; Humphreys, 2004:36; Nowinski, 1999:329).

Günümüze kadar AA istikrarlı bir şekilde büyümeye devam etmiştir. Bu süreçte, AA'nın bazı fikirleri ve felsefesi, bağımlılıkla mücadelede diğer kendi kendine yardım kuruluşları ve profesyonel tedavi kuruluşları tarafından uyarlanmıştır. Böylece kendi kendine yardım organizasyonlarının sayısı hızla artmıştır. İlk zamanlarda aynı kategoride Adsız Narkotik (NA) gibi madde bağımlılığıyla ilgili grupların yanı sıra Adsız Duygular (Emotions Anonymous), Adsız Kumarbazlar (Gamblers Anonymous) ve Adsız Aşırı Yiyenler (Overeaters Anonymous) gibi ruhsal sorunlara ve bağımlılıklara yönelik organizasyonlar oluşmaya başlamıştır. Ardından AA ve diğer oluşumların üyelerinin yurtdışına seyahatleriyle birlikte, kendi kendine yardım organizasyonları Danimarka, İzlanda, İsrail, İsveç, Japonya ve Finlandiya gibi diğer ülkelere de yayılmıştır. Son verilere göre AA'nın 178 farklı ülkede 100.000'in üzerinde grup ve 3.000.000'nun üzerinde üyeye sahip olduğu görülmektedir (Website of the General Service Office of Alcoholics Anonymous).

DİKKAT

Kendi kendine yardım gruplarının temel amacı, bireylerin yaşadıkları sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için karşılıklı destek sağlamaktır.

Kendi kendine yardım gruplarının profesyonel bir müdahale yerine, bireylerin kendi deneyimlerini paylaşarak birbirlerine destek olmalarına dayanan gönüllü bir yapısı vardır.

Bu grupların dünya genelindeki yaygınlığı, bağımlılıkla mücadelenin bireysel çabaların ötesinde, toplumsal bir destek ağı gerektirdiğini göstermektedir.

5.7.3. Kendi Kendine Yardım Gruplarının Temel Özellikleri ve Çalışma Prensipleri

Günümüzde kendi kendine yardım grupları çok çeşitlidir. Bununla birlikte bir takım ortak özellikleri ve çeşitlenen çalışma prensipleri vardır. Temel olarak tüm kendi kendine yardım gruplarının oluşma çabasının merkezinde alkolizm, kumar, madde gibi bağımlılıklar veya ruhsal, fiziksel kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar veya ölüm, yas gibi ortak bir sorun alanını ele almak için bir araya gelen ve birlikte çalışan bireylerin gücüne olan inanç vardır. Paylaşılan ortak sıkıntı alanı ve çaba, grubun toplu eylemi için bir anlam ifade etmektedir. Kendi kendine yardım gruplarında üyeler bu ortak çerçeve etrafında bir araya gelirler ve bir sorunu veya durumu paylaşırlar. Grubun resmi bir yöneticisi veya lideri yoktur. Grup üyeleri kendi kendini yöneten liderlik sergilerler. Bu öz-yönetimli liderlik, üyelerde özdenetimi geliştirmeyi amaçlar. Bu yönüyle kendi kendine yardım grupları, hasta ve bakım sağlayıcının rolünü açıkça ayırt eden psikoterapilerden farklılaşır. Üyeler birbirlerinin deneyimlerine ve paylaşılan bilgiye değer verirler. Bu bilgi mesleki profesyonel bilginin veya kitaplardan, literatürden erişilebilecek bilginin dışında tamamen üyelerin yaşadığı, deneyimlediği ve orada bulunmuş olmalarından kaynaklanan bilgidir (Baldacchino ve Rassool, 2006; Humphreys, 2004:12; Kelly ve Yeterian, 2008:63).

Grup normlarından en önemlisi kendi kendine yardım organizasyonunun temelinde yer alan karşılıklı yardım etme normudur. Yardım kavramı pek çok noktada tek yönlü bir yardım eden ve yardımı alan anlamı taşımaktadır. Fakat kendi kendine yardım gruplarındaki karşılıklı yardım, her üyenin hem yardım verebileceği hem de yardım alabileceği anlamına gelmektedir. Bu yönüyle kendi kendine yardım grupları yardım sunan kişi sayısını ve grup içi sosyal desteği artırmakta, her bir üyeyi yardım alan ve veren akran yaparak yardımın sunuluşunu oldukça pratik hale getirmektedir. Kendi kendine yardım gruplarının önemli bir diğer özelliği ise ücretsiz olmalarıdır. Profesyonel bir desteğin alındığı yardım programları yapılmışsa dahi, bu yardım gönüllülük esasıyla verilmekte ve profesyonel meslek üyesi ödeme almamaktadır. Üyelerden sadece toplantılardaki yiyecek, içecek gibi harcamalar nedeniyle isteğe bağlı miktarda ücretler toplanabilir. Bu yönüyle üyelerin gruplara katılımları kolaylaşmaktadır (Baldacchino ve Rassool, 2006; Humphreys, 2004:14; Kelly ve Yeterian, 2008:63).

Kendi kendine yardım gruplarına katılım tamamen gönüllük esasına dayanır. Üyeler, herhangi bir dış baskı olmaksızın kendi kendine yardım gruplarına katılabilirler. Ancak bazen bağımlı bireylerin arkadaşları veya aile üyeleri, onları bu gruplara katılmaları için teşvik veya ikna etmeye çalışabilirler. Bazı ülkelerde ise bağımlılık tedavisinin adli sürecinde, kişinin kendi kendine yardım grubuna dâhil olması ve

bir süre toplantılara devam etmesi zorunlu hale gelebilmektedir. Yine de bu gruplar karşılıklı yardım için gönüllü olarak bir araya gelen kişilerden oluşmaktadır. Kendi kendine yardım gruplarının bir diğer ortak özelliği ise üyelerin bazı kişisel değişim hedeflerinin sürece dahil edilmesidir. Bu nedenle üyelerin kendi içlerinde değişim için en azından bazı hedefleri daha ayrıntılı tanımlamaları gerekmektedir. Örneğin, baş etme becerilerinin güçlenmesi, içselleştirilmiş damgalamanın azaltılması, suçluluk gibi duyguların üstesinden gelinmesi gibi hedefler belirlenebilir. Kendi kendine yardım gruplarının toplantıları açık veya kapalı yürütülebilmektedir. Açık toplantılara herhangi bir bağımlılığı olmayan, bağımlı bireylerin aileleri veya yakınları da katılabilmekte iken; kapalı toplantılara sadece bağımlı bireyler katılabilmektedir (Bal-dacchino ve Rassool, 2006; Humphreys, 2004:16; Kelly ve Yeterian, 2008:64).

Kendi kendine yardım gruplarının ortak çalışma prensiplerinin yanında, üyeleriy-le çalışırken benimsedikleri çeşitli modeller bulunmaktadır. Aşağıda kendi kendine yardım grupları ve benimsedikleri çalışma modelleri açıklanmıştır.

5.7.3.1. Adsız Alkolikler, Adsız Narkotikler ve diğer On İki Adıma dayalı kendi kendine yardım grupları

On iki adım programı (12-step program), Adsız Alkolikler (AA), Adsız Narkotikler (NA), Adsız Kumarbazlar (GA), Adsız Sekskolikler (SA), Adsız Nikotinler (NicA), Adsız Kokainler (CA), Adsız Metadonlar (MA), Adsız Marihuana (MA) dahil olmak üzere birçok kendi kendine yardım grubu tarafından bireylerin maddelerden veya bağımlı oldukları davranıştan uzak durma yönünde çalışmasına ve bunu sürdürmesine yardımcı olmak için kullanılan bir dizi yol gösterici ilke ve eylemdir. On iki adımlı programı kullanan kendi kendine yardım grupları, manevi temelli kendi kendine yardım programlarının en yaygın olanlarıdır. On iki adımlı programların manevi bir temeli olmasına rağmen, toplantılara katılım için herhangi bir özel manevi veya dini inanç zorunluluğu bulunmamaktadır. Manevi veya dini yönün bağımlılıklarda nüksetmeye karşı koruyucu bir faktör olabileceği düşünüldüğü için program, her üyenin kendisi için yüksek bir gücü tanımlamasını teşvik eder (Donovan vd., 2013; Dossett, 2013).

On iki adımlı iyileşme programını esas alan kendi kendine yardım gruplarının toplantıları, çeşitli halka açık ortamlarda yapılan toplantılardır. Bu toplantılarda bireylere iyileşmelerinde rehberlik eden on iki adım takip edilir. On iki adımlı toplantılar, genellikle günde birden çok kez düzenlenir, yedi gün ve 24 saat belirli aralıklarda aktif toplantılar gerçekleştirilir. Toplantı yerleri ve saatleri on iki adımlı programı kullanan yardım gruplarının web sitelerinde paylaşılır. Toplantılar 60-90 dakika sürmektedir. Anonimlik temel bir ilke olduğundan, toplantılar kaydedilmez, katılımcılarla ilgili kayıtlar tutulmaz. Toplantılar ücretsizdir fakat grubun ihtiyaçlarıyla ilgili masrafları karşılamak için gönüllü katkıları kabul edilmektedir. On iki adımlı programların resmi bir lideri yoktur, program bir grup üyesi tarafından yönetilmektedir. Toplantı sırasında liderlik eden üye, her seferinde bir üyeyi iyileşme süreciyle ilgili deneyimini paylaşması için teşvik eder. Gruptaki diğer üyeler bu deneyimi dinlerler. Deneyimin herkese açık olarak paylaşılması isteğe bağlıdır. Bazı üyeler sadece dinlemekten fayda görebilir. Bir kişi, yalnızca kullanmayı bırakma isteğini dile getirmek için dahi on iki adımlık bir programa üye olabilir. On iki adımlı programlar, bireyi alkol veya maddeden uzak durmayı başarma ve sürdürme konusunda destekler (Burzinski ve Zgierska, 2014; Zemore vd., 2017).

On iki adımlı programı kullanan gruplarda toplantılar dört farklı şekilde yapılmak-

tadır. Bunlardan ilki olan *konuşmacı toplantıları*, özellikle yeni başlayanlar ve bir sorunu olup olmadığı konusunda kararsız kalanlar için uygun toplantılardır. Grup üyeleri ve konuk konuşmacılar bağımlılık ve iyileşme hikayelerini anlatırlar. Süreçleri hakkında “önceden nasıldı, ne oldu ve şimdi nasıl” soruları çerçevesinde konuşurlar. Bu hikayeler temel olarak bağımlılık ve yenilenme hikayeleridir. Hikâyelerini paylaşmak, üyelerin kendi hikâyeleri arasındaki benzerlikleri görmelerine ve aralarında bir ortaklık bağı oluşturmalarına yardımcı olur. Bu gruplar, bağımlılığa yönelik kötü anıları ve geçmişi unutmaya eğiliminin tehlikeli olduğuna inanırlar. Bu nedenle hikayesini paylaşmak, üyelerin alkol-madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile ilişkili sonuçlara ilişkin anılarını korumalarına da yardımcı olur. *Tartışma toplantıları* ise bir konu seçmek (minnettarlık, dargınlıklar gibi) ve bu konudaki düşünceleri paylaşmak üzerine yapılmaktadır. Lider o günkü konuyu seçer ya da üyeler bunu dönüşümlü olarak yaparlar. *Adım toplantılarında* ise on iki adımdan birini okumak ve üyelerin kişisel olarak o adımı günlük yaşamlarında nasıl uygulamaya çalıştıklarına ilişkin düşüncelerini paylaşmak esastır. Yeni üyeler adım toplantılarına katılarak, başkalarının adımları nasıl yorumladığını, adımların ayık kalmayla, iyileşmede yaşam tarzı ve tutum değişiklikleriyle nasıl ilişkili olduğunu öğrenme fırsatı yakalarlar. Her toplantıda farklı adımlar konuşulabilir. Bu toplantılar dışında *uzmanlık toplantıları* olarak adlandırılan özel nitelikli toplantılar da yapılabilmektedir. Örneğin sadece erkekler veya kadınlar için toplantılar, LGBTQIA+ bireyler için toplantılar, profesyoneller için toplantılar ve belirli etnik gruplar için toplantılar düzenlenebilir. Bu tür gruplara katılım benzer özellikteki diğer üyelerle özdeşleşmeyi ve bağ kurmayı kolaylaştırabilir (Adsız Alkolikler, 2012; Nowinski, 1999:332; Zemore vd., 2017).

On İki Adımlı Programın adımları aşağıda sıralanmıştır (Adsız Alkolikler, 2012):

1. Adım: Bağımlılığımız konusunda güçsüz olduğumuzu, yaşamlarımızın yönetilemez hale geldiğini kabul ettik.
2. Adım: Kendimizden daha büyük bir gücün bizi ruh sağlığına kavuşturabileceğine inanmaya başladık.
3. Adım: İrademizi ve hayatımızı algıladığımız anlamdaki Tanrıya teslim etmeye karar verdik.
4. Adım: Geçmişimizin ahlaki bir dökümünü araştırıcı ve korkusuz bir bakışla yaptık.
5. Adım: Hatalarımızın gerçek doğasını Tanrı'ya, kendimize ve başka bir insana itiraf ettik.
6. Adım: Tanrı'nın tüm bu karakter kusurlarını ortadan kaldırmasına tamamen hazırlandık.
7. Adım: Tanrı'dan eksikliklerimizi gidermesini alçakgönüllülükle rica ettik.
8. Adım: Zarar verdiğimiz insanların listesini çıkardık ve hatalarımızı telafi etmeye istekli hale geldik.
9. Adım: Daha önce zararımız dokunan kişilerden, onları veya başkalarını rahatsız etmeyeceğimize emin olduğumuz zaman doğrudan özür diledik ve hatalarımızı mümkün olduğu kadar telafi ettik.
10. Adım: Kişisel dökümümüzü yapmaya devam ettik, hatalı olduğumuz zamanlar bunu derhal itiraf ettik.

11. Adım: Dua ve meditasyon yoluyla, algıladığımız anlamdaki Tanrı ile bilinçli bağlantımızı geliştirmeye devam ettik. Onun bizlere uygun gördüğü şeyleri anlamak ve bunları yerine getirebilmek ve gerekli gücü vermesi amacı ile dua ettik.
12. Adım: Bu adımların sonucunda manevi bir uyanış yaşadık ve bu mesajı alkoliklere taşımaya ve bu ilkeleri tüm işlerimizde uygulamaya çalıştık.

On iki adım, bireylerin bağımlılıkları ve kişisel gelişimleri üzerinde çalışmalarını için esnek ve kapsayıcı bir çerçeve olmayı amaçlar. Bireyin inanç ve değerlerine dayalı olarak yorumlanmaya açıktır. On iki adım, bağımlılıktan kurtulma bağlamında ortaya çıkmış olsa da kişisel gelişim ve iyileşmenin diğer alanlarında kullanılmak üzere uyarlanmıştır.

5.7.3.2. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi (SMART Recovery)

Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi, bireylerin bağımlılıklarından kurtulmalarına yardımcı olmak için bilişsel-davranışçı terapi ve motivasyonel görüşme ilkelerine dayanan bir kendi kendine yardım grubu programıdır (Horvath ve Yeterian, 2012:103). Aynı isimli kendi kendine yardım organizasyonunun ise yılda iki kez toplanan, çoğunlukla bağımlılık alanında uzman kişilerden oluşan gönüllü bir yönetim kurulu ve merkezi idari ofisi bulunmaktadır. Organizasyon, bireysel katkılardan, toplantılarda toplanan bağışlardan ve yayınların satışından elde edilen kardan kendi kendini desteklemektedir (Horvath, 2000a).

Program, kendini güçlendirmeyi, kendine güvenmeyi ve pratik başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini vurgular. Dört anahtar noktaya odaklanan program; motivasyon oluşturmaya ve sürdürmeyi, dürtülerle başa çıkmayı, düşünceleri, duyguları ve davranışları yönetmeyi ve dengeli bir yaşam sürmeyi içerir. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi, bilimsel odaklı bir yaklaşıma dayanır ve manevi odaklı on iki adımlı kendi kendine yardım gruplarına bir alternatif sağlar (Horvath, 2000b:181). Program hem madde (alkol, uyuşturucu vb.) hem de davranışsal (kumar, seks vb.) tüm bağımlılıklardan kurtulmak için kullanılmaktadır. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi, bağımlılıkları bir hastalıktan ziyade uyumsuz bir davranış olarak görmektedir. Davranış değişikliğini oluşturmak için üyelerin kaçınma motivasyonunu, isteklerle başa çıkma yeteneğini, mantıksız düşünceleri belirleme ve değiştirme kapasitesini, anlık ve kalıcı tatminleri dengelemek için muhakemeyi geliştirmeye odaklanan bilişsel-davranışçı teknikleri kullanmaktadır (Humphreys vd., 2004). Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi toplantıları, çağdaş bilişsel davranışçı yönelime sahiptir, eğitici ve açık tartışmalar içermektedir. Program, reçete edilen ilaçların ve psikoterapilerin uygun şekilde kullanılmasını savunmaktadır. Çalışma prensibinde kanıta dayalı uygulamalardan yararlanır (Horvath, 2000b).

Toplantılarda yeni gelenlere özel ilgi gösterilir ve toplantılar genel bir karşılama ile başlar. Ardından üyelerden toplantılara katılarak öğrendikleri veya yaptıkları olumlu bir şeyi paylaşmaları istenir. "Son görüşmemizden bu yana hayatınızda neler oldu?" diye sorulur. Yeni gelenlere ise neden katıldıkları sorulur. Daha sonra üyelerin kişisel ilerlemelerine göre bir toplantı gündemi oluşturulur. Gündeme göre Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi'nin dört temel noktasından birine odaklanılır. Toplantı süresinin büyük bir kısmı iyileşme için geliştirilen yapılandırılmış ana temalardan ve alıştırmalardan oluşur. Son olarak önceki ödevler ve toplantı gözden geçirilir. "Bu toplantıda sizin için en anlamlı olan şey neydi?, Bu hafta hangi ödevi yapabildiniz?"

gibi sorularla değerlendirme yapılır. Toplantılar, her üyeden iyileşmesini desteklemek için önümüzdeki hafta ne yapmayı planladığı hakkında bir şeyler söylemesinin istenmesiyle ve yeni ev ödeviyle sonlanır. Toplantılar yaklaşık bir buçuk saat sürer. Toplantının sona ermesinin ardından, üyelerin sosyalleşmesi ve telefon numarası alışverişi yapması teşvik edilir. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi, rehberli kendi kendine yardım programıdır fakat diğer kendi kendine yardım programlarında olduğu gibi eğitilmiş uzmanlara herhangi bir ödeme yapılmaz, dolayısıyla üyelerden de ücret alınmamaktadır (Horvath, 2000a:165).

Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi'nin davranış değişikliğini oluşturmak ve iyileşmeyi desteklemek için kullandığı temalar ve alıştırmalar aşağıda sıralanmıştır (Hardin ve Henry, 2013).

1. Motivasyon oluşturmak: Bağımlı mıyım? Bırakmalı mıyım?
2. Dürtülerle başa çıkmak: Dürtüleri tanıma ve direnme, başa çıkmanın yeni yolları, bir bağımlılığı durdurmak, akışı yakalamak, ilk içeceği/maddeyi reddetmek, gerçeklik kontrolü.
3. Problem Çözme: Rasyonel-Duygusal Terapinin ABC'si, Duygusal Rahatsızlık Teorisi, bağımlılık yapan davranıştan bağımsız olmanın ABC'si, "değişim" kelimesi, engellenme toleransını artırmak için akılcı inançlar, güven oluşturan ve kaygı azaltan akılcı inançlar, öfke azaltıcı akılcı inançlar, öfkeyi yönetmek için bazı yöntemler, iyileşmeye yönelik ileri adımlar, bağımlılık yapıcı davranışlarda geri adımlar.
4. Yaşam Tarzı Değişikliği: İnançlarımız sosyalleşmemizi etkiliyor, karar vermeyle ilgili on akılcı inanç, kendi kendine yardım iyileşme ev ödevi önerileri.

5.7.3.3. Ölçülü Yönetim Programı (Moderation Management)

Ölçülü Yönetim Programı, AA gibi geleneksel perhiz temelli kendi kendine yardım gruplarına alternatif olarak 1994 yılında kurulmuş bir kendi kendine yardım grubudur. Organizasyon, alkol veya madde kullanım sorunları olan bazı kişilerin tamamen kaçınmak yerine kullanımlarını hafifletebilecekleri fikrine dayanmaktadır. Program, kendi kendini yönetmeyi, kendi kendini izlemeyi, içme veya uyuşturucu kullanma alışkanlıklarının sorumluluğunun geliştirilmesini vurgular (Humphreys, 2003:621; Kelly ve Yeterian, 2008:70; Kosok, 2006:295).

Ölçülü Yönetim programının temel ilkeleri şunları içerir (Rotgers vd., 2002).

Öz-yönetim: Üyeler, kendi alkol veya madde kullanım davranışlarının sorumluluğunu almaya ve kendileri için gerçekçi hedefler belirlemeye teşvik edilir.

Zararın azaltılması: Bazı kişilerin alkol veya maddeden tamamen uzak duramayacakları veya buna istekli olmayabilecekleri kabul edilir ve aşırı kullanımın neden olduğu zarar azaltılmaya odaklanır.

Kendini izleme: Üyeler günlükler veya çevrimiçi izleme sistemleri gibi araçları kullanarak alkol veya madde kullanma davranışlarının yanı sıra ilgili sorunları takip etmeye teşvik edilir.

Yaşam tarzı dengesi: Alkol veya madde kullanımı ile ilişkiler, iş ve hobiler gibi yaşamın diğer önemli alanlarını dengelemenin önemini vurgular.

Destekleyici topluluk: Organizasyon, benzer deneyimleri paylaşan, teşvik ve geri

bildirim sunabilen destekleyici bir topluluk sunar.

Ölçülü Yönetim toplantıları tipik olarak deneyimlerin tartışılmasının ve paylaşılmasının yanı sıra ölçülü alkol veya madde kullanımı, nüksetmeyi önleme ve stres yönetimi gibi konularda eğitimi içerir. Ayrıca öz değerlendirme sınavı, içki günlüğü, tartışma ve destek için çevrimiçi forum gibi kaynaklar da sağlar. Organizasyon bir hedef olarak ölçülü tüketimi vurgulasa da programın herkes için uygun olmadığını ve ciddi alkol veya madde kullanım sorunları olan bireylerin yine de profesyonel tedavi aramaları veya perhiz temelli kendi kendine yardım gruplarını düşünmeleri gerekebileceğini not etmek önemlidir (Kosok, 2006:300).

Ölçülü Yönetim'in Dokuz Adım Programı aşağıda sıralanmıştır (Glasner ve Drazdowski, 2019:163; Nowinski, 1999:341).

1. Ölçülü Yönetim toplantılarına katılın ve Ölçülü Yönetim programı hakkında bilgi edinin.
2. Otuz gün boyunca alkollü içeceklerden uzak durun ve bu süre içinde üçten altıya kadar olan adımları tamamlayın.
3. İçmenin hayatınızı nasıl etkilediğini inceleyin.
4. Önceliklerinizi yazın.
5. Eskiden ne kadar ne sıklıkta ve hangi koşullarda içtiğinize bir bakın.
6. Ölçülü içme için Ölçülü Yönetim yönergelerini ve sınırlarını öğrenin.
7. Orta düzeyde içme limitleri belirleyin ve olumlu yaşam tarzı değişikliklerine yönelik haftalık "küçük adımlar" başlatın.
8. İlerlemenizi gözden geçirin ve hedeflerinizi güncelleyin.
9. Olumlu yaşam tarzı değişiklikleri yapmaya devam edin, sürekli teşvik ve destek için toplantılara katılın ve gruba yeni gelenlere yardım edin.

5.7.3.4. Laik Ayıklık Organizasyonu (Secular Organization for Sobriety, SOS)

Laik Ayıklık Organizasyonu, AA gibi geleneksel on iki adımlı programlara alternatif olarak 1985 yılında kurulmuş bir kendi kendine yardım grubudur. Organizasyon; alkol, madde, yeme ve herhangi bir davranış bağımlılığıyla çalışmaktadır. Grup kendisini herhangi bir manevi veya dini katılım olmaksızın, her çeşitliliğe saygı duyarak "iyileşmeye yönelik kendi kendini güçlendirme yaklaşımı" olarak adlandırmaktadır. On iki adım gibi net, sıralı bir eylem programına sahip değildir ancak dürüst paylaşım, diğer grup üyeleriyle iş birliğine ve ne olursa olsun içmemeye odaklanmıştır. Program özgüven, kişisel sorumluluk ve karşılıklı destek ilkelerine dayanmaktadır. Bireysel özgürlüğü ve seçimi vurgulayan, üyelerin belirli bir inanç sistemini veya manevi pratiği benimsemesini gerektirmeyen, din dışı bir programdır. Yaklaşımı, hümanistik ve varoluşçu felsefeye dayanır (Kelly ve Yeterian, 2008:70; Secular Organizations for Sobriety, 2002a).

Laik Ayıklık Organizasyonu üyeleri, kendi iyileşmeleri için sorumluluk almaya ve davranışlarını değiştirme gücüne sahip olduklarını kabul etmeye teşvik edilir. İyileşme sürecinde kendine güvenmenin, kendine saygı duymanın ve kendi kendini motive etmenin önemi vurgulanır. Organizasyon üyelerine benzer deneyimleri pay-

laşan, teşvik ve geri bildirim sunabilen destekleyici bireyler topluluğu sağlar. Üyeleri diyetlerini iyileştirmek, düzenli egzersiz yapmak, hobiler ve ilgi alanları geliştirmek gibi olumlu yaşam tarzı değişiklikleri yapmaya teşvik eder. İyileşme sürecinde rasyonel düşünme ve problem çözmenin önemi vurgulanır, üyeler yeni başa çıkma becerileri ve stratejileri geliştirmeye teşvik edilir. Çalışma prensibi bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre yapılmıştır (Kelly ve Yeterian, 2011:351).

Toplantılar hastanelerde, okullarda, belediye binalarında, park ve dinlenme binalarında, aile merkezlerinde, çocuk bakım merkezlerinde, yaşlılar merkezlerinde, kulüplerde, localarda vb. kâr amacı gütmeksizin verilen alanlarda veya küçük ücretlerle kiralanan herhangi bir yerde yapılabilmektedir. Genellikle haftada bir kez yapılan toplantıların günü ve saati grup üyelerince belirlenmektedir. Toplantılar geleneksel olarak bir saatten bir buçuk saate kadar sürmektedir. Gruba bir üye liderlik etmektedir. Lider gönüllü bir profesyonel meslek üyesi de olabilir. Katılım ücretsizdir, fakat grubun o anki küçük ihtiyaçları için isteğe bağlı düşük ücretler toplanabilir (yiyecek, içecek ücreti gibi). Olağan bir toplantı grup lideri tarafından açılış yapılarak başlanır. Üyeler tanışır, organizasyonun amaç ve hedefleri açıklanır. Varsa eğer literatürdeki yeni bir gelişme, güncel toplantı programları, yiyecek içecek ikramı gibi duyurular yapılır. Üyelerin aylık süreleriyle ilgili önemli tarihler kutlanır. Toplantı gündemiyle ilgili metinler okunur, deneyimler paylaşılır. Toplantı sonunda üyelerden geribildirim alınır (Secular Organizations for Sobriety, 2002b).

Laik Aylık Organizasyonunun üyelerine önerileri aşağıda sıralanmıştır (Nowinski, 1999:337).

1. Mümkün olduğu kadar çok Laik Aylık Organizasyonu toplantısına katılın. Bunlardan kullanabileceğiniz kadarını alın ve gerisini bırakın.
2. Toplantılarda diğer ayık alkoliklerin/bağımlıların isimlerini ve telefon numaralarını alın. Bu telefon numaralarını ihtiyacınız olduğunda arayın. Yardıma ihtiyacınız olduğunda daha kolay arayabilmek için kendinizi iyi hissettiğinizde insanları arama alıştırması yapın.
3. Hayatınıza basit bir program koymayı deneyin: örneğin düzenli bir saatte kalıp giyinin, akşam yemeğinden önce veya sonra yürüyüşe çıkın.
4. Kendinize karşı nazik olun. Aylık becerileri bir gecede geliştirilmez.
5. Her seferinde “bir gün” ayık kalmayı seçin.
6. Elinizin altında bol miktarda maden suyu, soda ve/veya meyve suyu bulundurun.

Laik Aylık Organizasyonu toplantıları tipik olarak deneyimlerin paylaşılmasının ve tartışılmasının yanı sıra nüksetmeyi önleme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam tarzı seçimleri gibi konularda eğitimi içerir. Laik Aylık Organizasyonu ayrıca yerel toplantılar dizini, çevrimiçi tartışma forumları ve eğitim materyalleri gibi kaynaklar da sağlar. Laik Aylık Organizasyonunun seküler bir program olmasına rağmen din karşıtı olmadığını ve tüm inançlardan veya inançsız bireyleri memnuniyetle karşıladığını vurgulamak önemlidir. Laik Aylık Organizasyonu ayrıca bazı bireylerin profesyonel tedaviden veya ilaç destekli tedaviden yararlanabileceğini kabul eder ve üyeleri gerektiğinde uygun bakım aramaya teşvik eder (Nowinski, 1999:336; Secular Organizations for Sobriety, 2002a).

5.7.3.5. Ayık Kadınlar (Women for Sobriety)

Ayık Kadınlar, 1976'da özellikle kadınlara alkol ve uyuşturucu bağımlılığından kurtulma konusunda destek ve kaynak sağlamak için kurulmuş bir kendi kendine yardım grubudur. Ayık Kadınlar eski bir AA üyesi olan doktorali sosyolog Jean Kirkpatrick tarafından, AA'nın erkek yanlı yönleri olduğuna inandığı için bunun tam tersi bir organizasyon fikriyle kurulmuştur. Program, kadınların iyileşme konusunda benzersiz ihtiyaçları ve deneyimleri olduğu ve diğer kadınlardan oluşan destekleyici bir topluluğun iyileşme sürecinde güçlü bir araç olabileceği inancına dayanmaktadır (Humphreys, 2004:88; Women for Sobriety, 2021).

Ayık Kadınlar, olumlu düşünmenin ve kendini ifade etmenin önemini vurgular. Üyeleri zayıf yönleri ve hataları yerine güçlü yönlerine ve yeteneklerine odaklanmaya teşvik eder. Bağımlılığın genellikle çözülmemiş duygusal sorunlardan kaynaklandığını kabul eder ve üyeleri duygusal büyüme ve öz farkındalık yoluyla bu sorunları ele almaya cesaretlendirir. Kişinin kendi iyileşmesi için kişisel sorumluluğunu vurgular, üyeleri seçimlerini ve eylemlerini sahiplenmesi için farkındalık sağlar. Benzer deneyimleri paylaşan, teşvik ve geri bildirim sunabilen destekleyici bir kadın topluluğudur. Maneviyatın iyileşme sürecinin önemli bir parçası olabileceğini kabul eder, ancak üyelerin herhangi bir dini inanç sistemini benimsemesini gerektirmez.

Ayık Kadınlar kendi kendine yardım sürecinde altı kişisel gelişim düzeyini vurgular:

Kabullenme: Alkolizm ve madde bağımlılığının fiziksel bir hastalık olduğunu kabul etmek.

Evi Temizlemek: Olumsuz düşüncelerden kurtulmak, suçluluğu arkamızda bırakmak ve sorunlara yeni bir bakış açısı uygulamak.

Yeni Düşünme Şekli: Yeni bir benlik görüşü yaratmak ve uygulamak.

Yeni Tutumlar: Yeni davranış kalıplarını zorlamak için yeni tutumları kullanmak.

İlişkiler: Kendimizle ilgili yeni duygularımızın bir sonucu olarak ilişkiler üzerinde çalışmak.

Yeni Bir Benlik: Hayatın önceliklerinin farkına varmak: duygusal ve ruhsal gelişim, ayrıca kişisel sorumluluk (Fenner ve Gifford, 2012:147).

Ayık Kadınlar'ın toplantıları tipik olarak deneyimlerin paylaşılmasının ve tartışılmasının yanı sıra özgüven, iletişim ve sağlıklı ilişkiler gibi konularda eğitimleri içermektedir. Ayık Kadınlar ayrıca yerel toplantılar dizini, çevrimiçi tartışma forumları ve eğitim materyalleri gibi kaynaklar da sağlamaktadır. Ayık Kadınlar yalnızca kadınlara yönelik bir program olmasına rağmen, erkek karşıtı olmadığını ve erkeklerin de iyileşme sürecinde destekleyici topluluklardan yararlanabileceğini kabul ettiğini belirtmek gerekir. Ayık Kadınlar ayrıca bazı bireylerin profesyonel tedaviden veya ilaç destekli tedaviden yararlanabileceğini kabul eder ve üyeleri gerektiğinde uygun bakım aramaya teşvik eder. Ayık Kadınlar'ın Yeni Hayata Kabul Programı on üç ifadesi aşağıda yer almaktadır (Fenner ve Gifford, 2012:146; Kirkpatrick, 2000:160).

1. Hayatımı tehdit eden bir sorunum var / bir zamanlar bende de vardı.
2. Olumsuz düşünceler sadece kendimi yok eder.

3. Mutluluk, geliştireceğim bir alışkanlıktır.
4. Sorunlar, izin verdiğim ölçüde beni rahatsız eder.
5. Düşündüğüm şeyim.
6. Hayat sıradan da olabilir, harika da.
7. Aşk dünyanın gidişatını değiştirebilir.
8. Yaşamın temel amacı duygusal ve ruhsal gelişimdir.
9. Geçmiş sonsuza dek gitti.
10. Verilen tüm sevgiler geri döner.
11. Coşku benim günlük egzersizimdir.
12. Ben yetenekli bir kadını ve hayata verecek çok şeyim var.
13. Kendimden ve eylemlerimden sorumluyum.

5.7.4. Türkiye'deki Kendi Kendine Yardım Grupları

Ülkemizde aktif olarak sürdürülen kendi kendine yardım grupları mevcuttur. Bunlardan en bilineni ve tercih edileni tüm dünyada olduğu gibi AA'dır. Alkol bağımlılığı ile mücadelede faaliyet göstermektedirler. Türkiye'de Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ile iş birliği yapan AA üyeleri 1988 yılında hastane bünyesinde haftada bir gün tanıtım toplantıları yapmaya başlamışlardır. Aynı yıl içerisinde grup toplantıları İstanbul ve Ankara'da da yapılmaya başlamıştır. 1989 yılında Ankara'da Türk ve Amerikan AA üyeleri çalışmalar yaparak grup programını ülke geneline yaymaya başlamışlardır. Türkiye Genel Hizmet Komitesi ve Ofisi 2001'de kurularak faaliyetler bu komite çatısı altında yürütülmeye başlanmıştır. Birçok ilde 2009 yılına kadar gruplar kurulmuş; grup olmayan illerde ise yalnız AA üyeleri ile temaslara devam etmiştir (Adsız Alkolikler Türkiye, 2023).

Ülkemizde faaliyet gösteren bir diğer kendi kendine yardım grubu NA'dır. Ülkemizde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin iyileşmeleri ve birbirleriyle deneyimleri hakkında konuşmaları için toplantılar yapmakta, NA'nın dünya literatürünü güncel olarak dilimize çevirmekte ve üyeleri ile paylaşmaktadır (Adsız Narkotik Türkiye, 2023). Bununla birlikte ülkemizde dernekler tarafından kendi kendine yardım grup müdahaleleri de yürütülmektedir. Yeşilay Danışmanlık Merkezi ve Ayık Yaşam Derneği tarafından bağımlı bireylere ve ailelerine psikososyal destek sunulmaktadır (Ayık Yaşam Derneği, 2023; Yeşilay Danışmanlık Merkezi [YEDAM], 2023). Yeşilay, ülkemizde bağımlılık önleme ve tedavi hizmetleri sunan bir sivil toplum kuruluşudur. Bağımlılık tedavi merkezleri işletmekte, bağımlılıktan etkilenen ailelere destek sağlamakta, eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri yürütmektedir. Yeşilay yardım gruplarını bir ruh sağlığı profesyoneli liderliğinde, ergenler, yetişkinler ve aileleri için bilişsel-davranışçı yaklaşım temelli Sigara, Alkol, Madde Bağımlılığı Tedavi Programı ile (SAMBA) sürdürmektedir. Ayık Yaşam Derneği ise SAMBA'ya ek olarak bağımlı bireyler ve aileleri için Ayık Yaşam ve on iki basamaklı programı yürütmektedir. Bu hizmetler her iki organizasyonda da ücretsiz sunulmaktadır.

5.7.5. Kendi Kendine Yardım Gruplarının Etkililiği

Kendi kendine yardım gruplarının bağımlılıklardaki etkililiği, yardım grubunun türüne, bireyin ihtiyaç ve tercihlerine göre değişebilmektedir. Bununla birlikte, kendi kendine yardım gruplarına katılmanın bağımlılıktan kurtulmada etkili bir bileşen olabileceğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır.

Alkol ve madde kullanımından kurtulmada on iki adım programlı grupların etkinliğini incelemek için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. On iki adımlı programların diğer psikososyal müdahalelerle (*motivasyon geliştirme terapisi, bilişsel-davranışçı başa çıkma becerileri eğitimi, nüksetmeyi önleme terapisi, manevi olmayan veya profesyonel olarak yönetilen on iki adımlı programın diğer versiyonları*) karşılaştırıldığında alkol alımını azaltma, alkolden uzak durma ve bunu sürdürme, alkol bağımlılığında etkilenen kişilerin ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirme, alkole bağlı kazaları ve sağlık sorunlarını azaltmada etkinliğini değerlendirmek için yapılan bir sistematik derleme 3417 kişiyi kapsayan sekiz çalışmayı incelemiştir. Sistematik derlemenin sonucunda, karşılaştırılan diğer yöntemler kadar on iki adımlı programın hastaların bağımlılık tedavisini kabul etmelerine ve sürdürmelerine yardımcı olabileceği bildirilmiştir. On iki adımlı program diğer müdahalelerle birleştirildiğinde ayık kalma süresi ve kullanılan alkol/madde miktarında azalma üzerine etkisi bakımından çok az fark bulunmuştur. Bağımlılığın ciddiyeti, içme sonuçları ve tedaviyi bırakma oranlarında müdahaleler arasında kesin bir fark bildirilmemiştir. Hiçbir deneysel çalışmanın, alkol bağımlılığını veya sorunlarını azaltmak için on iki adımlı programların etkinliğini kesin olarak göstermediği raporlanmıştır (Ferri vd., 2006). Sonraki yıllarda yapılan, 10.565 katılımcıyı içeren 27 çalışmanın dahil edildiği benzer sistematik bir inceleme sonucunda, AA/On İki Adımlı Kolaylaştırma müdahalelerinin diğer psikososyal müdahalelere göre alkol yoksunluğunda, alkol bağımlılığı şiddetinde azalma sağladığı ve alkolle ilgili diğer sonuçlar için en azından diğer tedaviler kadar etkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca maliyet-fayda hakkında ekonomik analizleri de içeren bu çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin On İki Adımlı Kolaylaştırma stratejilerini kullanan AA'ya proaktif ve sistematik şekilde bağlanmasıyla, sağlık hizmeti maliyetinin azaltılabileceği öne sürülmüştür. Bu nedenle, nispeten kısa bir klinik müdahalede, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin remisyonu sürdürmelerine yardımcı olabilecek uzun vadeli, serbestçe erişilebilen, toplum temelli iyileşme destek kaynağına dahil olmalarına yardımcı olunması önerilmiştir (Kelly vd., 2020).

Madde kullanım bozukluklarında manevi temelli programların etkinliğini inceleyen sistematik derleme ve meta-analizde randomize kontrollü 20 araştırma sonucu değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçları manevi temelli program müdahalelerinin madde kullanım sonuçları (maddenin kullanım sıklığı, yoksunluk oranı), manevi refah, günlük manevi deneyim, dini uygulama, manevi başa çıkma, depresyon, anksiyete, öz yeterlilik gibi psikolojik sonuçlara ve/veya istihdam ve ilişki durumu gibi sosyal çıktılara odaklanmıştır. Dahil edilen çalışmalardan 16'sının on iki adım odaklı manevi müdahaleler olduğu ve manevi temeli olmayan karşılaştırma müdahalelerinden daha etkili olduğu ($d = 0.176$, %95 güven aralığı = 0.001 ila 0.358) bulunmuştur. Ancak bu sonuç on iki adım odaklı olmayan manevi müdahalelerin görece etkililiği için geçerli değildir. Ayrıca çalışmaların genel kanıt kalitesi düşük olarak raporlanmıştır (Hai vd., 2019).

On iki adımlı programların daha yüksek ayıklık süresi ile alkol veya uyuşturucu kullanımında önemli iyileşme sağlanması (Banerjee vd., 2007; Polcin vd., 2002; Wilcox vd., 2015; Zemore ve Kaskutas, 2008), aile ilişkilerinden memnuniyette, özgüvende, tıbbi kaynakların kullanımında ve genel sağlık durumunda iyileşme; yasa dışı davranışlar, tutuklanmalar ve güvensiz seks davranışında azalma (Polcin vd., 2002), ruhsal sağlığın iyileşmesi, istihdam ve barınma koşullarının iyileşmesinde (Banerjee vd., 2007) faydalı olduğu belirtilmektedir. On iki adımlı müdahale programlarının bağımlılıktan kurtulmayı desteklemede yargılanmış hissetmeden

iyileşme sürecinde karşılaştıkları zorlukları ve zaferleri paylaşma ortamı sağlaması (Dekkers ve Vanderplasschen, 2020; Shaari ve Waller, 2023), benzer deneyimlere sahip akranlarından iyileşmeyi sürdürmek için stratejiler öğrenmeyi ve akran desteğini sağlayarak gruba devam etmeye motive etmesi, sosyal ve duygusal destek sağlaması (Bassuk vd., 2016; Shaari ve Waller, 2023), empati ve dinleme gibi sağlıklı iletişim becerilerini ve beslenme, sağlıklı yaşam gibi özbakım uygulamalarını öğretmesi, grupta bir başkasına yardım etmenin topluma faydalı olma hissini sağlaması, motive eden bir lider olması (Shaari ve Waller, 2023), adaptif başa çıkma becerilerini artırması ve uyumsuz başa çıkma becerilerini azaltması (Lange-Altman vd., 2017) yönleri ile iyileşmeye fayda sağladığı bildirilmiştir.

Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi'nin alkol, madde ve davranışsal bağımlılıklarda etkinliğinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede on iki araştırma sonucu incelenmiştir. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi'nin uygulandığı 7.655 bireyin özellikleri incelendiğinde yaşlarının 34,2 ile 51 arasında olduğu, erkek cinsiyetin %39 ila %71 arasında değiştiği, %25 ile %82'sinin en az bir üniversite veya yüksek lisans derecesi olduğu, %30,7 ile %63'ünün yarı zamanlı veya tam zamanlı istihdam edildiği, %23 ile %63,9'ünün bekar veya boşanmış olduğu, ortalama alkol kullanım yılının 10 ile 19,25 yıl arasında değiştiği, katılımcıların çoğunluğunun daha önce tedavi gördüklerini ve/veya birden fazla bırakma girişiminde buldukları, çoklu madde kullanımının %70'e kadar çıktığı, madde dışı bağımlılıklar olarak kumar, seks, pornografi, yemek, alışveriş bağımlılıklarının görüldüğü bildirilmiştir. Bu veriler programa katılan bireyleri tanımlamak için önemli görünmektedir. Araştırmaların örneklem büyüklükleri ve yöntemlerin çeşitliliği, Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi'nin etkililiği hakkında kesin bir sonuca varılmasını engellese de programa katılma süresi ve sıklığı arttıkça alkolden uzak günlerin sayısının, içilen miktarın ve alkol kullanımına eşlik eden sorunların, maddeye bağlı hukuki sorunlarla yüz yüze gelme ve psikiyatri kliniğine yatışta azalma; finansal iyi oluş, yaşam doyumu ve istihdamda iyileşme ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Çevrimiçi veya yüz yüze müdahalenin etkinliği arasında fark olmadığı raporlanmıştır. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi'ni diğer kendi kendine yardım müdahaleleriyle kıyaslayan çalışmalar incelendiğinde birbirlerine üstünlükleri için yeterli kanıt bulunamadığı bildirilmiştir (Beck vd., 2017).

Katılımcıların perspektifinden Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi karma yöntem ile değerlendirildiğinde, katılımcıların programda kullanılan "fayda-zarar analizi" yöntemini en faydalı araç olarak gördükleri, "rol oynama" yöntemini ise en az faydalı yöntem olarak gördükleri bulunmuştur. Katılımcılar programın en güçlü yönünün "grup deneyimi" olduğunu belirtmişlerdir. Diğer insanların nasıl başa çıktıklarına dair deneyimleri duymak, sorunlar hakkında konuşmak ve geri bildirim almak için etkileşimli tartışmalar yapmak, anormal olmadıklarını fark edebilmek grup deneyimini güçlü kılan yönleri olarak tanımlanmıştır. Ayrıca programda kullanılan stratejilerden "kısa vadeli hedefler belirleme, planlar oluşturma, çalışma sayfaları veya çıktılar, alternatif davranışları inceleme" stratejilerini programın güçlü yönleri olarak görmüşlerdir. Programın "şimdi ve burada", "geçmiş değil, sadece bugüne ve geleceğe odaklanmaya" ve "bağımlılığın tarihsel nedenlerini ve gerekçelerini prova etme eğiliminden kaçınmaya" odaklanan felsefesini faydalı bulmuşlardır. Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi'nin geliştirilmesi gereken yönlerini ise toplantı sayısının artırılması, daha çok yerde uygulanması, böylece katılımcılara daha fazla toplantı seçeneğinin sunulması ve daha fazla misafir konuşmacı, daha fazla iyileşme deneyiminin eklenmesi, her hafta farklı konuların gündemde olması yönünde grup toplantılarının içeriğinin güncellenmesi olarak belirlenmiştir (Kelly vd., 2017).

Ölçülü Yönetim programının etkililiğini değerlendiren çalışmalara bakıldığında programa büyük ölçüde beyaz ırk, kadın cinsiyet, orta gelir sınıfı, iyi eğitilmiş, çoğunlukla hafif ila orta derecede alkol bağımlısı olan ve çevrimiçi toplantıları tercih eden bireylerin başvurduğu bildirilmiştir. Program daha çok öncesinde yardım arayan ve ölçülü olmayı mı yoksa uzak durmayı mı seçecekleri konusunda rehberlik isteyenler için kullanılan bir seçenek olarak görülmektedir (Kosok, 2006). Başka bir çalışma programa katılan üyelerin profilini benzer şekilde kadın ve gençler, özellikle bağımlı olmayan sorunlu içiciler olarak tanımlamıştır (Humphreys ve Klaw, 2001). Bireylerin Ölçülü Yönetim programını tercih etmelerindeki motivasyon ise programın daha ölçülü alkol tüketmelerini sağlayacak olmasına inanmaları, alkol kullanımını bırakmada destek aramaları, sağlık ve başa çıkma güçlükleriyle ilişkili olarak alkol kullanımını azaltmalarına yardım edeceğini umut etmeleri, kişisel kontrollerinin artacağına inanmaları ve programın diğer kendi kendine yardım programlarından farklı olması olarak belirtilmiştir. (Klaw vd., 2003). Program alkol kullanımını azaltarak da başarılı olunabileceği felsefesiyle diğer programlardan ayrılmakta ve bu durum tercih nedeni olarak görünmektedir. Programın etkililiğini değerlendiren bir randomize kontrollü çalışma bulunmuştur. Çalışma çevrimiçi ve yüz yüze uygulanan Ölçülü Yönetim programının, sadece yüz yüze uygulanan Ölçülü Yönetim programına karşı etkinliğini kıyaslamıştır. Çalışmaya göre her iki grupta da ortalama olarak alkolle ilgili problemlerdeki genel azalma anlamlı bulunmuştur (alkol alınan gün sayısı için başlangıca göre üç takibin sonun iyileşme %14,8'den %33'e çıkmıştır; içme günü başına ortalama içecek miktarındaki azalma başlangıca göre 5,35'ten 3,28'e inmiştir; içme günü başına alınan ortalama alkol miktarı başlangıca göre %102 mg'dan %58 mg'a inmiştir; ($F_{(3, 53)} = 14.22, p = .001$). Bununla birlikte çevrimiçi ve yüz yüze uygulanan Ölçülü Yönetim programına katılan bireylerde üçüncü, altıncı ve on ikinci aylarda dahi alkolden uzak kalınan gün sayısında artış ($d=0.65$) ve alkol tüketim miktarında orta ile büyük etki düzeyinde azalma ($d=0.70$), alkole bağlı sorunlarda azalma ($d=0.42$) olduğu ve bunun programın sadece yüz yüze uygulandığı kontrol grubuna kıyasla anlamlı ($d=0.65$) olduğu belirtilmiştir. Çalışma Ölçülü Yönetim programının alkol bağımlılığında kullanımıyla ilgili kanıt sunmakta, özellikle çevrimiçi uygulanan programın etkinliğini vurgulamaktadır (Hester vd., 2011).

Laik Ayıklık Organizasyonu'nun etkinliğini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Laik Ayıklık Organizasyonu gibi alternatif bir programın, manevi veya dini eğilimi daha düşük olan bireylere hitap etme potansiyeli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte bireyin manevi temeli olan on iki adımlı programları veya Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi, Laik Ayıklık Organizasyonu, Ayık Kadınlar gibi seküler programları tercih etmesinin alkol kullanım bozukluğunun iyileşmesinde herhangi bir fark yaratmadığı bildirilmektedir. Seçilen programdan bağımsız olarak herhangi bir yardım grubuna katılım iyileşme açısından fayda sağlamaktadır (Atkins ve Hawdon, 2007).

Ayık Kadınlar'ın etkililiğini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu durumun programın kullanım ve tercih edilme sıklığının az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayaktan tedavi gören alkol bağımlılarının üç yıl içerisinde kendi kendine yardım gruplarına katılımı değerlendirildiğinde, 336 kişiden sadece %2-3'ünün Ayık Kadınlar'ı tercih ettiği görülmüştür (Kelly vd., 2006). Bir çalışmada ise, Ayık Kadınlar'ın üyelerinin on iki adımlı programın üyelerine kıyasla 12 ayda hem tüketilen alkol miktarında azalma hem de tamamen alkolden uzak durma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Zemore vd., 2018).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Timko ve diğerleri giderek daha yaygın hale gelen çevrimiçi kendi kendine yardım grubu toplantılarına katılımın alkol ve madde kullanım sonuçlarıyla ilişkisini, çevrimiçi kendi kendine yardım grubuna katılımın öngörücülerini ve sonuçlarını incelemişlerdir. Çalışma 18 yaş üzeri, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan, son 30 gün içinde alkol ve/veya uyuşturucu kullanımı nedeniyle en az bir defa yüz yüze On İki Adımlı Program/ Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi/ Ayık Kadınlar/Laik Ayıklık Organizasyonlarından biri olan Yaşam Halkası toplantılarından birine katıldığını bildiren ve Ruhsal Hastalıkların Tanısal El Kitabı-5'e (DSM-5) göre alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı alan 647 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcılara veri toplama anketleri çevrimiçi olarak iletilmiş; takip anketleri altıncı (%81 yanıt oranı) ve 12. aylarda (%83) uygulanmıştır. Katılımcılara alkol veya madde kullanım bozuklukları nedeniyle herhangi bir çevrimiçi veya yüz yüze toplantıya katılıp katılmadıkları, yaşamları boyunca (sadece ilk değerlendirme anketinde) ve son 30 gün içinde (tüm değerlendirme anketlerinde) katıldıkları kendi kendine yardım grupları, programlar ve katılma sayıları sorulmuştur. Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında, çoğunluğunun kadın (n=418, %64.8), beyaz (n=593, %92.2), yaş ortalaması 51.3 ± 12.2 (21–80) yıl, evli veya partnerli (n=334, %51.9), üniversite mezunu (n=255, %39.5), çalışan (n=395, %61.2) ve banliyöde yaşayanlardan (n=289, %44.8) oluştuğu görülmüştür. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (n=145, %22.5) son 30 gün içinde alkol; yaklaşık yüzde onu son 30 gün içinde madde (n=64, %9.9) kullanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun hedefinin ömür boyu alkolden uzak kalmak (n=388, %60.9) olduğu bulunmuştur. Katılımcıların alkol kullanım şiddeti puan ortalamasının 3.56 (4-5 orta); fiziksel, kişisel, kişilerarası, sosyal ve dürtü kontrol problemleri değerlendirildiğinde ortalama puanlarının 0.33 ± 0.40 ; alkolden uzak durma öz yeterlilik puan ortalamalarının 78.6 \pm 22 (0-100) puan olduğu saptanmıştır. İlk değerlendirmede katılımcıların %32.2'si (%48.6'sı çevrimiçi) On İki Adımlı Program, %26.9'u (%40.8'i çevrimiçi) Ayık Kadınlar, %25.7'si (%25.9'u çevrimiçi) Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi ve %15.2'si (%21.4'ü çevrimiçi) Yaşam Halkası programına katıldıkları belirlenmiştir. Ayrıca ilk değerlendirmede kendi kendine yardım gruplarından memnuniyet puan ortalamaları 8.6 ± 1.9 (0-10) olarak bulunmuştur. Katılımcıların kendi kendine yardım gruplarına uyum (örneğin kendilerini ne ölçüde gruba ait hissettikleri, gruba değer verdikleri) puan ortalamaları 4.2 ± 0.8 (1-5) olarak belirlenmiştir. Katılımcılara başlangıçta, altı aylık takipte ve 12 aylık takipte "en son ne zaman alkol/madde kullandığı" sorulduğunda sırasıyla katılımcıların %77.4, %80.8 ve %83'ünün alkol kullanmadığı; başlangıçta, altı aylık takipte ve 12 aylık takipte sırasıyla katılımcıların %72.6, %77.8 ve %79.1'inin maddeden tamamen uzak olduğunu bildirdikleri raporlanmıştır. Katılımcıların %62'si (n=402) yaşamları boyunca bir çevrimiçi karşılıklı yardım grup toplantısına katılmış olduğu; yaşam boyu katılan çevrimiçi toplantı sayısı ortalamasının 92.9 olduğu görülmüştür. Tekrarlı ölçümlerde çevrimiçi kendi kendine yardım gruplarına katılımı alkol kullanımında iyileşme arasındaki ilişkiye bakıldığında çevrimiçi toplantılara katılmak, bireylerin alkolden daha uzun süre uzak durma olasılıkları ile ilişkilendirilmiştir (p=0.004).

COVID-19 salgını sırasında olduğu gibi, yüz yüze tedavi ve iyileşme destek hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda, sağlayıcıların ve diğer paydaşların, mevcut ve geçmiş alkol/madde kullanım bozuklukları olan bireyleri çevrimiçi iyileşme destek hizmetlerine yönlendirebileceği önerilmiştir. Ayrıca, çevrimiçi karşılıklı yardım grubuna katılımın, yüz yüze toplantılar yeniden mümkün olduğunda bile, iyileşme sürecinde görece erken olan kişilere hitap edebileceğini ve bu kişilere fayda sağlayabileceği ileri sürülmüştür (Timko vd., 2022).

Özet noktalar

Kendi kendine yardım grupları aynı soruna sahip olan bireylerin iyileşme süreçlerinde bir araya gelerek deneyimlerini paylaştıkları, genellikle belirli bir programın adımlarını takip ettikleri, düzenli ve ücretsiz toplantılarla faaliyet gösteren kendi kendine organize olmuş gruplardır. Kendi kendine yardım grupları alkol, madde ve davranışsal bağımlılıklara sahip bireyler ve onların yakınları için bağımlılık ve ilişkili sorunların üstesinden gelmek amacıyla bir araya gelmeleriyle oluşmaktadır. Kendi kendine yardım grupları kendilerine özgü felsefeye sahip olup çeşitli programları takip etmektedirler. Bunlardan en yaygınları On İki Adıma Dayalı Program, Öz Yönetim ve İyileşme Eğitimi, Ölçülü Yönetim Programı, Laik Ayıklık Organizasyonu ve Ayık Kadınlardır. Bu organizasyonlar ortak birtakım ilkelere sahip olsalar da manevi bir temele sahip olup olmama, toplantılarda profesyonel bir meslek üyesinden destek alıp almama, alkol veya madde tüketimini tamamen ortadan kaldırma veya sınırlandırma yönünden farklı çalışma stratejilerini benimsemişlerdir. Bağımlılıktan mustarip bireylerin bu çerçevede kendileri için en uygun olduğunu düşündükleri programı tercih ettikleri görülmektedir. Ülkemizde de faaliyet gösteren kendine yardım grupları mevcuttur. Bağımlılıklar kronik olabilen ve nüksetme eğilimi yüksek olan bozukluklar olmasına karşın, kendi kendine yardım gruplarının nüksetmeyi önleme, ayık kalınan süreyi artırma, içilen alkol/madde miktarını azaltma, sosyal desteği artırma, baş etme becerilerini geliştirme, sağlıklı yaşam ve iletişim becerileri kazandırma gibi faydalarının olduğu görülmektedir. Günümüzde kendi kendine yardım gruplarının toplantıları yüz yüze veya çevrimiçi olarak yürütülebilmektedir. Kendi kendine yardım gruplarının kullandıkları programın veya toplantıların yüz yüze veya çevrimiçi olmalarının iyileşmede birbirlerine üstünlükleri ile ilgili yeterli kanıt olmadığı görülmektedir. Bu nedenle kendi kendine yardım gruplarının müdahalelerini değerlendiren iyi tasarlanmış çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca araştırmaların çoğu Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülmüştür; mevcut çalışma sonuçlarının Türkiye'de ve diğer ülkelerde ne ölçüde farklılık gösterdiğini belirlemek için de araştırmalara ihtiyaç vardır. Yapılacak çalışmalar, alkol-madde kullanımıyla ilgili sonuçlara ek olarak psikolojik iyilik hali, işlevsellik, yaşam kalitesi gibi endeksleri ve AA katılımının ekonomik katkısının incelenmesini içerebilir.

KAYNAKLAR

- Adsız Alkolikler Türkiye. (2023). Adsız Alkolikler Türkiye Hakkında. Erişim Tarihi: 22 Şubat 2023, <http://www.adsizalkolikler.com/index.php/home/aa-turkiye/>.
- Adsız Alkolikler. (2012). On iki basamak ve on iki gelenek. (77. Baskı). Adsız Alkolikler Dünya Hizmetleri, A.Ş. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2023, <http://www.adsizalkolikler.com/wp-content/uploads/2022/06/ONIKI-BASAMAK.pdf>.
- Adsız Alkolikler. (2022). Binlerce İnsanın Alkolizmden Kurtuluş Hikayesi. (4. Baskı). Adsız Alkolikler Dünya Hizmetleri A.Ş. p.1-204.
- Adsız Narkotik Türkiye. (2023). Adsız Narkotik Türkiye Hakkında. Erişim Tarihi: 22 Şubat 2023, <https://na-turkiye.org/#aboutus>.
- Alcoholics Anonymous. (2023). The Start and Growth of A.A. Erişim Tarihi: 16 Şubat 2023, <https://www.aa.org/the-start-and-growth-of-aa>.
- Atkins Jr, R. G., Hawdon, J. E. (2007). Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 321-331.
- Ayık Yaşam Derneği. (2023). Ayık Yaşam Derneği Hakkında. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2023, <https://www.limanayikyasam.com/>.
- Baldacchino, A., Rassool, G. H. (2006). The self-help movement in the addiction field—revisited. *Journal of Addictions Nursing*, 17, 47-52.

- Banerjee, K., Howard, M., Mansheim, K., Beattie, M. (2007). Comparison of Health Realization and 12-Step treatment in women's residential substance abuse treatment programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 207–215.
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9.
- Beck, A. K., Forbes, E., Baker, A. L., Kelly, P. J., Deane, F. P., Shakeshaft, A., Hunt, D., Kelly, J. F. (2017). Systematic review of SMART Recovery: outcomes, process variables, and implications for research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 1–20.
- Burzinski, C.A., Zgierska, A. (2014). Recovery-oriented mutual self-help groups. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2023, <https://www.va.gov/WHOLEHEALTHLIBRARY/tools/recovery-based-mutual-self-help-groups.asp>.
- Dekkers, A., Vos, S., Vanderplasschen, W. (2020). Personal recovery depends on NA unity: an exploratory study on recovery-supportive elements in Narcotics Anonymous Flanders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 15,53.
- Donovan, D.M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., Daley, D.C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. *Social Work in Public Health*, 28, 313-332.
- Dossett, W. (2013). Addiction, spirituality and 12-step programmes. *International Social Work*, 56, 369-383.
- Fenner, R. M., Gifford, M. H. (2012). Women for Sobriety: 35 years of challenges, changes, and continuity. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7, 142–170.
- Ferri, M., Amato, L., Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-26.
- Glasner, S., Drazdowski, T. K. (2019). Evidence-based behavioral treatments for substance use disorders. In: Danovitch I., Mooney, LJ, editors. *The Assessment and Treatment of Addiction: Best Practices and New Frontiers*. Elsevier. p. 157–166.
- Hai, A. H., Franklin, C., Park, S., DiNitto, D. M., Aurelio, N. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 202, 134–148.
- Hardin, R., Henry, S. (2013). *SMART Recovery Handbook*. (3rd ed.), Mentor,OH: Alcohol & Drug Abuse Self-Help Network. p.1-94.
- Hester, R. K., Delaney, H. D., Campbell, W. (2011). ModerateDrinking.Com and moderation management: outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 215–224.
- Horvath, A. T. (2000a). SMART recovery. *International Journal of Self-Help & Self-Care*, 1, 163-169.
- Horvath, A.T. (2000b). Smart recovery: addiction recovery support from a cognitive-behavioral perspective. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 18, 181–191.
- Horvath, A.T., Yeterian, J. (2012). Smart recovery: self-empowering, science-based addiction recovery support. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7, 102–117.
- Humphreys, K. (2003). A research-based analysis of the Moderation Management controversy. *Psychiatric Services*, 54, 621–622.
- Humphreys, K. (2004). *Circles Of Recovery Self-Help Organizations for Addictions*. New York: Cambridge University Press. p.1-181.
- Humphreys, K., Klaw, E. (2001). Can targeting nondependent problem drinkers and providing internet-based services expand access to assistance for alcohol problems? A study of the moderation management self-help/mutual aid organization. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 528–532.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A. T., Kaskutas, L. A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B. S., McLellan, A. T., Morgenstern, J., Townsend, M., Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 151–165.

- Kelly, J. F., Stout, R., Zywiak, W., Schneider, R. (2006). A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1381-1392.
- Kelly, J. F., Yeterian, J. D. (2011). The role of mutual-help groups in extending the framework of treatment. *Alcohol research & health : The journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33, 350-355.
- Kelly, J.F., Yeterian, J. D. (2008). Mutual-help groups. In: O'Donohue, WT, Cummings, NA, editors. *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. Elsevier Academic Press. p. 61-105.
- Kelly, P. J., Raftery, D., Deane, F. P., Baker, A. L., Hunt, D., Shakeshaft, A. (2017). From both sides: participant and facilitator perceptions of SMART Recovery groups. *Drug and Alcohol Review*, 36, 325-332.
- Kelly, J. F., Humphreys, K., Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD012880.
- Kirkpatrick, J. (2000). A New Life Program: Women for Sobriety. *International Journal of Self-Help & Self-Care*, 1, 159-162.
- Kissin, W., McLeod, C., McKay, J. (2003). The longitudinal relationship between self-help group attendance and course of recovery. *Evaluation and Program Planning*, 26, 311-323.
- Klaw, E., Luft, S., Humphreys, K. (2003). Characteristics and motives of problem drinkers seeking help from moderation management self-help groups. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 384-389.
- Kosok, A. (2006). The Moderation Management programme in 2004: What type of drinker seeks controlled drinking?. *International Journal of Drug Policy*, 17, 295-303.
- Kosok, A. (2006). The Moderation Management programme in 2004: What type of drinker seeks controlled drinking? *International Journal of Drug Policy*, 17, 295-303.
- Lange-Altman, T., Bergandi, T., Borders, K., Frazier, V. (2017). Seeking safety and the 12-step social model of recovery: an integrated treatment approach. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12, 13-26.
- Moos, R.H. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups. *Addiction*, 103, 387-396.
- Nowinski, J. (1999). Self-help groups for addictions. In: McCrady, BS, Epstein, EE, editors. *Addictions : A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press. p.328-346.
- Polcin, D.L., Prindle, S.D., Bostrom, A. (2002) Integrating social model principles into broad-based treatment: results of a program evaluation, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 585-599.
- Rotgers, F., Kern, M. E., Hoeltzel, R. (2002). *Responsible Drinking: A Moderation Management Approach for Problem Drinkers*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.p.1-232.
- Secular Organizations for Sobriety. (2002a). An Overview of SOS. A publication of the Secular Organizations for Sobriety (Save Our Selves) SOS International Clearinghouse. (Secular Organizations for Sobriety/Save Our Selves). Hollywood Blvd., Los Angeles, CA. Erişim Tarihi: 22 Şubat 2023, <https://static1.squarespace.com/static/576740f45016e10f9510a056/t/5df7bb1cd398f93195b8762e/1576516380690/Overview+brochure+1.pdf>.
- Secular Organizations for Sobriety. (2002b). Guidebook for group leaders. A publication for Secular Organizationsn for Sobriety / Save Our Selves. Revised: September 2002. SOS International Clearinghouse. , Los Angeles, CA. Erişim Tarihi: 22 Şubat 2023, <https://static1.squarespace.com/static/576740f45016e10f9510a056/t/5df7b615d398f93195b79d0c/1576515095619/SOS+Guidebook+US1.pdf>.
- Shaari, A.A.H., Waller, B. (2023). Self-help group experiences among members recovering from substance use disorder in Kuantan, Malaysia, *Social Work with Groups*, 46:1, 51-67.
- Timko, C., Mericle, A., Kaskutas, L. A., Martinez, P., Zemore, S. E. (2022). Predictors and outcomes of online mutual-help group attendance in a national survey study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 138, 108732.
- Website of the General Service Office of Alcoholis Anonymous. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2023, <https://www.aa.org/>.

- Wilcox, C. E., Pearson, M. R., Tonigan, J. S. (2015). Effects of long-term AA attendance and spirituality on the course of depressive symptoms in individuals with alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 382–391.
- Women for Sobriety. (2021). About Women for Sobriety. Erişim Tarihi: 22 Şubat 2023, <https://womensobriety.org/about/>.
- Yeşilay Danışmanlık Merkezi [YEDAM]. (2023). Yeşilay Danışmanlık Merkezi Hakkında. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2023, <https://www.yedam.org.tr/>.
- Zemore, S. E., Kaskutas, L. A., Mericle, A., Hemberg, J. (2017). Comparison of 12-step groups to mutual help alternatives for AUD in a large, national study: Differences in membership characteristics and group participation, cohesion, and satisfaction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 73, 16-26.
- Zemore, S. E., Lui, C., Mericle, A., Hemberg, J., Kaskutas, L. A. (2018). A longitudinal study of the comparative efficacy of Women for Sobriety, LifeRing, SMART Recovery, and 12-step groups for those with AUD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 18-26.
- Zemore, S.E., Kaskutas, L.A. (2008) 12-Step involvement and peer helping in day hospital and residential programs, *Substance Use & Misuse*, 43, 1882-1903.

BÖLÜM 5.8

Bağımlılık Tedavisinde Egzersiz

Dr. Öğr. Üyesi Devrim BULUT

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Spor Yöneticiliği Bölümü, Spor Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

5.8.1. Bağımlılık Tedavilerinde Uygulanan Egzersizlerin Bağımlılık Türleri ile İlişkisi

5.8.1.1. Alkol bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.2. Sigara (Nikotin) bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.3. Madde bağımlılığı (Eroin-esrar-kokain-ekstazi ve uçucu madde)

5.8.1.4. Teknoloji / internet bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.5. Kafein bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.6. İnsan bağımlılığı (Kişilerarası bağımlılık) ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.7. Yeme bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.8. Seks bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.9. Kumar bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

5.8.1.10. Spor (Egzersiz) bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Birçok insan sağlıklı olarak dünyaya gelir. Ancak insanlar yaşamları boyunca karşılaştıkları olumsuzluklar veya genetik faktörlerin de etkisi ile birtakım sağlık problemleri ile karşılaşabilmektedir. Bunun yanında günümüzdeki yaşam koşulları da düşünüldüğünde dünyanın neredeyse her yerinde hareketsiz yaşam önemli bir etken olmaya başlamıştır. Teknolojiye bağımlılık, iş yoğunluğu, çevresel koşullar, ekonomik durum vb. etmenler de bu durumu tetikleyebilmektedir. Oysaki insan vücudu doğuştan gelen özelliklerinden dolayı sürekli hareket etme ihtiyacı duymaktadır. Organizmamızın yapısına uygun olmayan bu yaşam tarzı, vücudumuzda çeşitli sağlık sorunlarını da beraberinde getirebilmektedir.

Vücuda alınan besinin harcanan enerjiden fazla olması insanların zamanla egzersiz yapmaları ihtiyacını doğurabilmektedir. Akyol ve diğerleri (2012: 6), dünya nüfusunun %60'ının yeterli fiziksel aktivite yapmadığı, yetişkinlerin yaşamlarının daha hareketsiz olduğu ve genç yaşta edinilen hareketsiz bir yaşam alışkanlığının ve yerleşmiş kötü beslenme alışkanlığının daha sonraki dönemlerde değiştirilmesinin de çok zor olduğunu belirtmişlerdir. Aslında bu ifadeler bir bakıma hareketsiz yaşamın zaman içerisinde benimsendiği görüşünü desteklemektedir. Fiziksel yapısı itibarıyla her insan, fiziksel aktivitede bulunabilecek kabiliyete sahiptir ve mutlaka belli egzersiz türlerine yatkınlığı vardır. Bu, elbette her insanın şampiyon bir sporcu olacağı anlamına gelmez ama gerek bir oyun türü olarak olsun, gerekse insanın içerisindeki gücünü ortaya çıkarma isteği olsun, mutlaka bir egzersiz türüne eğilimi bulunmaktadır (Erdemli, 2008: 478). Eğer bir insan hayatına eğilimli olduğu herhangi bir aktiviteyi dâhil ederse, bununla doğru orantılı olarak beslenme habitatını olumlu yönde değiştirebilir, bağımlı olduğu bazı kötü alışkanlıklarından uzaklaşabilir, kalp sağlığını güçlendirebilir, oksijen kapasitesini arttırabilir, hayat standartlarını yükseltebilir ve aynı zamanda stres kontrolüne sahip olabilir (Edlin vd., 1999: 127). Bu nedenle günlük yeteri kadar egzersiz, insan yaşamı için sağlıklı olmak adına en temel aktivitelerin başında gelmektedir.

Aslında egzersiz konusunu iki açıdan ele almak gerekmektedir. Birincisi profesyonel anlamda elit sporcuların egzersiz yaşamları, ikincisi de sedanter bireylerin egzersiz yaşamlarıdır.

- Profesyonel sporcular egzersizli hayatlarına meslek olarak alırlar ve başarılı sporcu olabilmek için haftanın en az beş günü minimum iki saat branşları doğrultusunda egzersiz yaparlar. Bu durum literatürde sporcunun antrenman programı olarak ifade edilmektedir. Profesyonel anlamda spor yapan sporcularda egzersizin şiddeti, süresi ve kapsamı oldukça yüksektir.
- Sedanter bireylerde egzersiz kişinin isteği, yeteneği, becerikli olduğu veya olmadığı ama gönüllü olarak yapmak istediği durumları kapsamaktadır. Egzersizin şiddeti bireyin kapasitesi ile doğru orantılıdır. Burada önemli olan nokta ise, sedanter bireylerin yaşamlarına egzersiz dahil edebilmektir. Sedanter bireyler sağlıklı olup kendinden bekleneni gerçekleştirebilmek için vücudunun hareket kapasitesini bilmeli, ona göre davranmalıdır ve egzersizin yaşam kalitesine katkı sağladığı bilincine sahip olmalıdır.

Düzenli egzersiz yapmanın fizyolojik etkileri yanında sosyolojik ve psikolojik etkilerinin olduğu da ihmal edilmemelidir. Zorba ve Saygın (2009: 37) yazmış oldukları 'Fiziksel Aktivite ve Fiziksel Uygunluk' adlı kitaplarında, egzersizin sosyolojik ve psikolojik yararlarını; çalışma ortamlarında iş veriminin artması, enerjik hissetme,

tembellikten uzaklaşma, öz saygı artışı, stresin yıpratıcı etkilerinden korunma, asabi ve hiperaktif yapıyı sakinleştirme, kendine güvenin artması, çabuk arkadaşlık kurma ve yardımlaşma duygularını geliştirme şekilde ifade etmektedirler. Başar ve Sarı (2018: 23), yaptıkları araştırmada düzenli egzersizin insanların depresyon, mutluluk ve psikolojik iyi oluşları üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Bunu takiben, Köse ve diğerleri (2016: 351) farklı bir açıdan ele aldıkları araştırmalarında, egzersizin dış görünüşü etkilediğini ve fiziksel çekiciliğin psikolojik sağlamlık açısından da belirleyici bir faktör olduğu ifade etmişlerdir. Bay ve Yılmaz (2020: 439) yapmış oldukları araştırmaları neticesinde fiziksel aktivite ve egzersizin ruhsal bozuklukların semptomlarında iyileştirici, düzenleyici etkilerinin olduğu söylemişlerdir. Özdenk (2018:77) yılında yapmış olduğu araştırmasında ise en hafif düzeyde yapılan fiziksel aktivitenin bile, ilk andan itibaren insanın sinirlerini yatıştırdığını, moralini yükselttiğini, zihnini dinlendirdiğini, iyimserlik ve neşe yarattığını ifade etmiştir.

Görüldüğü gibi, egzersizin insan sağlığı ve yaşamına fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan olumlu etkileri varken bir de bir şeyi tekrarlı bir biçimde arzulama durumunu ifade eden 'bağımlılık' alanında yapılan araştırmalarda egzersizin önemime değinmek gerekmektedir. Sakinleştirici, hayal gösterici ve uyarıcı etkileri olan, kişide kullanıma bağlı olarak ve zamanla daha fazla kullanma isteği uyandıran, fiziksel ve psikolojik bağımlılık geliştiren, alınmadığında ise yoksunluk belirtilerine neden olan maddelerin kullanımı" sonrası görülen bir hastalık olarak tanımlanan madde bağımlılığında (TC. İçişleri Bakanlığı, 2022) egzersiz oldukça büyük bir öneme sahiptir. Devamlılığının sağlandığı uygun şiddette yapılan her egzersiz önemli sistemlerin etkinliğini olumlu yönde arttırarak fiziksel sağlığı ve ruhsal sağlığı korumaktadır. Bu açıdan genel popülasyona kıyasla daha hassas olan kişilerin sosyal hayatlarına dahil edilmiş egzersiz programları etkili ve faydalı olabilir (Kılıçarslan, 2021:15). Ülkemizde bu anlamda yapılan çalışmalar ne kadar az olsa da var olan araştırma sonuçları egzersizin bağımlılık tedavisi gören kişilerde olumlu etkilerinin olduğu sonuçlarını karşımıza çıkarmaktadır. Bu sonuçlar şu şekilde ifade edilebilir; egzersiz, fiziksel ve ruh sağlığını korumada bireylere katkı sağlayan en önemli uğraşlardan biridir, ve düzenli yapılan fiziksel egzersizler dolaşım-solunum sistemleri, kuvvet, çabukluk, esneklik, nöro-motor özelliklerin gelişmesini sağlar bunun yanında kişilerin ruh sağlığını korur, örneğin alkol bağımlılığı, şizofreni ve klinik depresyon teşhisi konulmuş kişilerin ruh sağlığı ile fiziksel egzersiz arasında pozitif bir etkileşim bulunmaktadır (Brown vd., 2009: 221). Bunun yanında egzersizin, kaygı ile başa çıkabilmede, stresi yönetmede, ruh sağlığının korunmasında olumlu etkileri de olabilmektedir (Mammen vd., 2013: 649). Ancak yapılan araştırmalarda önemli bir konu daha dikkati çekmektedir: Bağımlılık tedavisi ve egzersiz terapisi kavramları, psikiyatri ve spor hekimliği bilim dallarını içermesine karşın, spor hekimliği uzmanlarından yeterince yararlanılmaması ve egzersiz eşikleri ile tipleri hakkında yeterli bilgi verilmemesi, bu alanda yapılan çalışmaların sınırlılıklarını ortaya koymaktadır (Çetin, 2014: 144). Oysaki bu bilim dallarının birlikte hareket etmesi bağımlılık konusunda egzersiz tedavisinin uygulanması anlamında alana ciddi katkı sağlayabilir (Castillo vd.,2022).

Egzersiz, davranışsal tedavilerle kombinasyon halinde yardımcı tedavilere dahil edilmiştir. Bu sonuçlar, rehabilitasyon ve madde yoksunluğu tedavilerinde fiziksel aktiviteyi teşvik etmenin önemini güçlendirmektedir. Tamamlayıcı olarak, fiziksel aktivite programı uyku kalitesi ve ruh hali gibi yaşam kalitesini etkileyen diğer sağlık değişkenlerini geliştirebilir ve sosyal dışlanma riskini azaltabilir. Fiziksel aktivite

aynı zamanda birçok hastalık ve kronik rahatsızlıktan sorumlu olan hareketsiz yaşam tarzını da olumlu etkileyebilir.

Görünen o ki yapılan araştırmalar egzersizin, bağımlılık tedavisi gören kişilerde hep olumlu etkilerinin olduğu ifadelerini içermektedir. Ancak burada egzersizin şiddeti, süresi, kapsamı ve tedavi alan bireyin egzersiz çalışmalarını istemesi ve psikolojik açıdan da beklentilerinin karşılanması süreçlerine de çok dikkat edilmelidir.

5.8.1. Bağımlılık Tedavilerinde Uygulanan Egzersizlerin Bağımlılık Türleri ile İlişkisi

Bağımlılık yapıcı birçok madde vardır. Bu nedenle madde kullanımıyla ilişkili tedavi yöntemleri de çeşitlilik göstermektedir. Bu bağlamda bağımlılık tedavisinde kullanılan egzersiz türlerinin de çeşitlilik göstermesi beklenmelidir. Egzersizli bağımlılık türleri açısından ele alacak olursak önce kısaca hangi bağımlılık türlerinin olduğunu ve bu bağımlılık türleri ile hangi egzersiz çeşitlerinin ilişkilendirilebileceğini değerlendirmek gerekmektedir.

5.8.1.1. Alkol bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Alkol eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ilaç olarak kullanılmıştır. Tarih boyunca kimi zaman dinsel törenlerde kullanılırken, kimi zaman bazı dinler tarafından yasaklanmıştır. Tarihte özellikle Mezopotamya, Mısır, Akdeniz ve Anadolu ülkelerinin alkollü içeceği tanındığı bilinmektedir (Özden, 2005: 3). Günümüze kadar Hipokrat'tan başlayarak pek çok hekim alkollü içkilerin insan sağlığına zararından söz etmişlerdir. Ancak alkol kullanımı sonucu oluşan bağımlılığın bir hastalık olarak ele alınması son 150 yıla dayanmaktadır. "Alkolizm" terimi ilk kez İsviçreli bir halk sağlığı uzmanı Magnus Huss tarafından 1849 yılında kullanılmış ve o zamandan beri bu kullanım devam etmiştir. Günümüzde ise alkol kullanım bozuklukları olarak ele alınmakta ve kronik, aileyi de etkileyen bir beyin hastalığı olarak değerlendirilmektedir (Eryılmaz ve Gilbaz, 2019: 15).

Birçok ülkede alkol bağımlılığı bağımlılık problemleri içerisinde yer alan en önemli bağımlılık türlerinden birisidir. Ülkemizde alkol kullanımını ortaya koyacak veriler de oldukça sınırlıdır. Ülkemizde alkol ve madde bağımlılığı, sıklıkla depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülerek, tedavi süreçlerini karmaşıklaştırmakta ve bağımlılık ile bu bozuklukların nüks riskini artırmaktadır (Ercan vd., 2016: 33). Fazla alkol tüketimi yani zaman içinde alkol bağımlısı olma durumu mide bağırsak sistemi, karaciğer, beyin, kas sistemi, hücresel yıpranmalar, ruhsal bozukluklar ve fiziksel değişimler gibi vücutta birçok rahatsızlığa sebep olabilir. Bu durumdan kurtulabilmek için ise en önemli yaklaşım bağımlı hastayı ilk olarak tedavi sürecinin başlamasına ikna etmektir. Tedaviyi kabul eden hastalarda öncelikle hekimler tarafından verilen onaylı ilaç tedavisi başlatılmaktadır. Bunun yanında beyin uyarım tedavileri için psikolojik destekler sağlanmaktadır ve son yıllarda da ilaç dışı tedaviler kullanılması yaygınlaşmıştır.

Alkolizm belirli evreleri içermektedir. Bu nedenle, tedaviye başlamadan önce hastanın hastalığın hangi evresinde olduğu tespit edilmelidir (Zorba ve Sayın, 2009: 66).

1. Evre (Alkolizm Öncesi Semptomlar): Ferahlatıcı içme, hoşnutluk verici içme ve sarhoşluğun kademeli oluşumu.

2. Evre (Gelişme Safhası): Daha sık içme, zaman zaman hafıza kaybı, içme ve zihin meşguliyetinin artması ve iş ve aile yaşamının etkilenmesi
3. Evre (İlerleme Safhası): Bağımlılık, kontrolsüz içe, zihinsel ve fiziksel zedelenme ve iş ve evde işleyişin yıkılması
4. Evre (Kronik Safha): Bağımlılık pekişmiştir, zihinsel ve fiziksel zedelenme devam eder, alkole karşı tolerasyon azalır, tedavi olmazsa ciddi duygu ve kişilik değişimi yaşanır, hastalık ilerlemesi sonucu ölüme sebebiyet verebilir (Zorba ve Sayın, 2009: 66).

Bu aşamalar dikkate alınarak tedavi gören hastaya, öncelikle bir psikolog tarafından, bu durumdan kurtulabilmesinin mümkün olduğu ve bu süreçte kendisine destek olunacağı anlatılmalıdır. Gerekirse ilaç tedavisiyle desteklenerek, hastanın toparlanmasıyla birlikte vücut fonksiyonlarının kazanımı için egzersiz programına başlanmalıdır. Bu ek olarak ta özellikle psikolojik tedaviyle birlikte hastanın kendi isteğiyle egzersiz yapmasının önemi üzerine yapılan araştırmaların da giderek arttırılması düşünülmelidir.

Egzersiz ve alkol bağımlılığı ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar ne kadar sınırlı sayıda da olsa, alkol bağımlılarında uygulanan egzersiz tedavisinin ruh sağlığı üzerinde bilimsel olarak kanıtlanmış olumlu etkileri gözlemlenmiştir. Alkol fiziksel uygunluk açısından; reaksiyon zamanı, el-göz koordinasyon kaybı, dengede duruş bozukluğu, vücut fonksiyonlarının kullanımında gerilik ve psikomotor kullanımında bozucu etkiler göstermektedir (Zorba ve Sayın, 2009 : 70). Böyle durumlarda hastaya özellikle bol oksijen alımının (Aerobik egzersiz) olduğu açık alanlarda tüm vücut fonksiyonlarının kullanımını sağlayabilecek düzenli yürüyüş egzersizleri yaptırılabilir. Aerobik egzersizin beyinde antidepresan ilaçlara benzer etkiler yarattığı bilinmektedir (Çetin, 2014:144). Bu nedenle, doğal ortamlarda yapılan yürüyüşler, hastanın çevresini fark etmesini ve doğa ile olumlu etkileşim kurabilmesini psikolojik olarak destekleyebilir. Zamanla, bu yürüyüş egzersizleri, hastanın hazır bulunuşluk düzeyine göre yavaşça arttırılarak, statik egzersizlere (bulunduğu yerde vücut fonksiyonlarının aktivasyonunu sağlamak için), kısa aralıklı esneme (stretching) ve çok hafif kuvvet egzersizlerine (özellikle kendi vücut ağırlığını kullanarak) geçilebilir. Hastanın zaman içerisindeki istekliliği dikkate alınarak egzersizin şiddeti, kapsamı, yoğunluğu ve süresi arttırılabilir. Çünkü alkol kullanan bireylerde alkol kullanım dozu arttıkça kuvvet, güç, kardiovasküler dayanıklılık azalacaktır. Bu durumlarda önemli olan, öncelikli olarak hastanın egzersizle vücut fonksiyonlarını geri kazanabileceği fırsatı sağlamaktır. Ancak bu egzersizler sırasında dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli husus, egzersizi yaptıran kişinin, hastanın her durumundan haberdar olan uzman spor eğitmenlerinden seçilmesidir. Aynı zamanda, psikoloji alanında uzman bir kişinin de egzersiz sırasında hastayı yakından takip etmesi gerekebilir. Sonuç olarak alkol bağımlılığı olan hastalar üzerinde yapılan deneysel araştırma bulguları da bağımlılık tedavisi sırasında bir eğitmen eşliğinde, egzersiz programına düzenli katılımın alkol anksiyete durumunda azalma ve yaşam kalitesinin bazı bileşenlerinde artış sağladığı ifade edilmektedir (Ercan vd., 2016: 39, Kulu vd., 2018: 248, Ertunç, 2019:70). İşte bu durumda uzman spor eğitmenleri ile bağımlılık tedavisi uygulayan hekimlerin sık sık işbirliği halinde akademik olarak çalışması gerekmektedir. Böylelikle alkol bağımlılığı tedavisi gören hastalarda olumlu gelişmeler sağlanabilir ve alan yazın desteklenebilir.

5.8.1.2. Sigara (Nikotin) bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Sigara içmek küresel bir halk sağlığı sorunu olup, birçok psikososyal etkiye sahiptir. Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı ve tartışmasız kabul gören gerçek, bu alışkanlığın yaklaşık %40 oranında 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur (Yorgancıoğlu ve Esen, 2000:9). Sigara içicileri sıklıkla bunun bir bağımlılık olduğunun farkında olmayıp alışkanlık olduğunu düşünse de sigara içerdiği nikotin ile bağımlılık yapar. Tütün, her yaşta diğer tüm maddelerden daha yüksek bağımlılık prevalansına sahiptir (Yaşar vd., 2014:99). Sigara bağımlılığı ölümle sonuçlanan birçok hastalığı tetikleyebilmektedir. Özellikle genç yaşta başlanan sigaranın erken ölümlere, değişik kanser türlerine, kalp damar hastalıklarına ve sindirim sistemi rahatsızlıklarına yol açtığı bilinmektedir (Zorba ve Saygın, 2009: 48). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2023), "tütün her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır. Bu ölümler arasında, yaklaşık 1,3 milyon sigara içmeyen kişinin ikinci el dumana maruz kalması da yer almaktadır" (World Health Organization [WHO], 2023) .

Sigara bağımlılığı sedanter bireyler yanında sporcularda da oldukça fazla görülmektedir. Bir sporcu sigaranın gerçek zararını bildiği halde bu bağımlılığa devam etmektedir. Oysa elit düzeyde spor yapan bireylerde sigara kullanımı akciğere alınan oksijen kapasitesi oldukça düşürür. Bunun yanında laktik asit birikimini hızlandırır ve doğal olarak sporcu çabuk yorulmaya başlar. Spor yapıp sigara içmeyen bir elit sporcunun ise oksijen taşıma gücü içene göre daha yüksektir. Bu nedenle ister sedanter bireyler olsun isterse sporcu olsun bu bağımlılık her türlü insan vücuduna zarar vermektedir. Özellikle de solunum sisteminde ve akciğerlerde ciddi problemlere neden olabilmektedir.

Peki, bu bağımlılıktan nasıl kurtulabiliriz? Ülkemizde sigara bırakma birimleri kullanan birçok kişi, bu yöntemle sigarayı bırakmayı başarmıştır. Ancak öncelikli olarak, bu bağımlılıkla başa çıkmak için zihinsel bir kararlılık geliştirmek gerekmektedir. Bu kararı verdikten sonra, ilaç tedavisiyle desteklenebilir ve motivasyonel görüşme ortamlarında psikoterapi ile bırakma süreci sürdürülebilir. Buna ek olarak, son zamanlarda yapılan araştırmaların da konusu olan egzersiz destekli bağımlılık mücadelesi dikkat çekmektedir.

Bilindiği gibi egzersiz yapmak vücutta oksijen alımını arttırmaktadır. Bol oksijen alımı ile yapılan egzersizler (aerobik egzersiz) vücudun endurans (dayanıklılık) kapasitesini artırır, psikolojik stresi azaltır, hormonal dengeyi sağlar, kas iskelet sistemini güçlendirir ve akciğer kapasitesini geliştirir. Sigara bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi üzerine yapılan araştırmalarda da özellikle egzersizin ve fiziksel aktivitenin, klasik farmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımları tamamlayan, madde kullanım bozuklukları için adjuvan (destekleyici) bir tedavi olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca, sigarayı bırakmada egzersiz, nikotin replasman tedavisi ve ilaç tedavisi gibi diğer standart müdahaleler kadar etkili olabilir. (Zschucke vd., 2012: 4). Buna ek olarak, Bernard ve diğerlerinin (2015: 205) yaptığı araştırmada, sekiz hafta boyunca haftada iki gün 30 ila 40 dakika aerobik egzersiz yapan kişilerin nikotinden uzaklaştığı ifade edilmiştir. Ayrıca, Ussher ve diğerlerinin (2014: 4) 'Sigarayı Bırakmada Egzersizin Etkisi' adlı araştırmalarında, düzenli aralıklarla yapılan aerobik egzersizlerin sigara yoksunluğunda ciddi oranda etkili olabildiği belirtilmiştir.

5.8.1.3. Madde bağımlılığı (Eroin-esrar-kokain-ekstazi ve uçucu madde)

Madde bağımlılığı “sakinleştirici, hayal gösterici ve uyarıcı etkileri olan, kişide kullanıma bağlı olarak ve zamanla daha fazla kullanma isteği uyandıran, fiziksel ve psikolojik bağımlılık geliştiren, alınmadığında ise yoksunluk belirtilerine neden olan maddelerin kullanımı” sonrası görülen bir hastalıktır (Demirel vd., 2022: 51). Ünlü ve diğerlerinin (2023) belirttiği üzere; 2021 Dünya Uyuşturucu Raporu’nda yer alan verilere göre, dünyada madde bağımlılığı sorunu yaşayan yaklaşık 36 milyon insan olduğu ve bu sayının her geçen gün arttığı vurgulanmaktadır (Ünlü vd., 2023: 70). Bu maddeleri kullanan bağımlı hastaların madde kullanım sıklığı ile doğru orantılı olarak uyuşturucu madde kullanımı, yoksunluk sendromu ve ilaca bağlı bir dizi zihinsel semptomu içeren daha geniş bir sağlık durumu kategorisini kapsar. Uzun yıllar boyunca yapılan tıbbi araştırmalar, bu maddelere olan bağımlılığının diğer bağımlılık türlerine oranla daha zor tedavi edilebildiği sonucunu ifade etmektedir. Özellikle zihin fonksiyonlarına ciddi etki eden uyuşturucu ve uçucu maddeler insan sağlığı üzerine en kısa yolla etki edebilen maddelerdir. Tedavi sürecine erken dönemde başlanılmazsa ölüm riski bir o kadar da artmaktadır. Vücutta çok kısa sürede olumsuz durumlar yaratabilen uyuşturucu madde kullanan bağımlı hastaların irade ve muhakeme durumları ortadan kalkarak, kişilerde hem fizyolojik hem de psikolojik bağımlılık yaratabilmektedir.

Bu maddelerin kullanımına başlamada, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, kişilik, okul başarısı, aile, sigara, alkol ve maddeye kolay ulaşabilme, arkadaş etkisi ve yaş faktörlerinin etkili olduğu söylenebilir ve en tehlikeli yaşlar 12-17 arasındadır. 17-25 yaş arasında bağımlı sayısı daha da artmaktadır (Gökler ve Koçak, 2008: 89).

Kimyasal yapıları nedeniyle alışkanlık veya bağımlılık yapan, adli alanda sorunlara yol açan uyuşturucu maddelerin üretimi, satışı, kullanımı devlet tarafından yasaklanmıştır. Bazı uyuşturucu maddeler devlet izni ile belirli bölgelerde gözetim ile üretilebilmektedir. Ancak kullanım alanı devlet izni ile sınırlıdır.

Zihin fonksiyonlarını bu denli etkileyen uyuşturucu maddeler, ilaçlar ve uçucu maddelere bağımlı hastaların tedavisi de bir o kadar özenle, önemle ve hekim kontrolü ile yapılmalıdır. Bu hastaların tedavi sürecine başlayabilmek için bile hastayı ikna etmede oldukça zorlanılmaktadır. Ancak bağımlı hasta ikna edildiğinde ise süreç hekim ve psikoterapistler ile başlayarak farklı davranışsal destekler de uygulanabilmektedir. Bu nedenle egzersiz yaklaşımları ile ilişkili çalışmalara da yönelinmiş ancak uygulama aşamasında sınırlı kalınmıştır. Bu konuda yapılan araştırmaların az olması alanı da büyük oranda egzersizin önemine yönlendirmeye başlamıştır. Bu nedenle sınırlı sayıdaki çalışmalar bile egzersizin önemine dikkat çekebilmektedir.

Madde bağımlılığında, egzersiz yaklaşımları hem kısa hem de uzun vadeli tedavide kullanılmaktadır. Egzersiz eğitimleri ile, fiziksel uygunluk ve fonksiyonel kapasite, psikolojik sağlık ve esenlik, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algıları dâhil olmak üzere yaşam kalitesi değişkenleriyle ilgili çeşitli yönler açısından belirgin iyileşmeler sağlandığı rapor edilmiştir (Ünlü vd., 2023: 70). Özellikle depresif bozukluğa ve zihin fonksiyonlarının kaybına yol açan madde kullanım bağımlılığında egzersiz yaparak hastalarda beta-endorfinler, epinefrin, norepinefrin, serotonin ve dopamin dahil olmak üzere belirli nörotransmitterlerin konsantrasyonunu artırarak beyin ödül mekanizmasına katkıda bulunduğu gözlenmiştir. Bu da egzersizin serotonerjik sistem üzerindeki etkisi ile depresyon ve anksiyete gibi stresle ilişkili psikiyatrik bozukluklar üzerindeki olumlu etkilerini kısmen açıklayabilir (Demirel vd., 2022: 53).

Madde, ilaç ve uçucu madde bağımlılığı ve egzersiz arasındaki araştırmalar incelendiğinde; Wang ve diğerleri (2014: 1) egzersizin yasa dışı uyuşturuculardan uzak tutma oranının alkol ve nikotin bağımlılığına oranla fazla etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Brownana ve diğerleri (2010: 27) yılında yaptıkları çalışmalarında ise; uyuşturucu kullanan bağımlı hastalarda egzersiz destekli tedavilerinde ilaç kullanmadan hastaların ruh hallerinde olumlu gelişme olduğu ve yaptıkları egzersiz uygulamalarından da zevk alarak mutlu oldukları sonucuna ulaşmışlardır.

Sigara ve alkol kullanan bağımlılarda zaman zaman anaerobik egzersizlerin etkili olduğu bazı araştırmalar olsa da Ünlü ve diğerleri (2023: 74), madde bağımlısı hastalarda özellikle aerobik egzersizlerin daha etkili olabildiğini ifade etmişler ve buna ek olarak aerobik egzersizin hem kardiyak otonom sinir sistemi işlevini hem de yürütücü işlevi iyileştirdiğini belirtmiştir. Özellikle yoga, pilates, tai-chi, dans ve hareket terapisinin ciddi sağlık sorunları olan hastalarda bile, kayda değer faydalar sağlayabileceğine dair umut verici kanıtların elde edildiğini ifade etmişlerdir (Ünlü vd., 2023: 74).

Sonuç olarak; madde, ilaç ve uçucu madde kullanan bağımlı hastalarda egzersizin hekim tedavisi ve psikolojik destek yanında etkili bir yöntem olduğu son zamanlardaki çalışmalar ile desteklenmektedir. Ancak yine bu çalışmalarda egzersiz uygulamasını yaptıracak spor uzmanının hastayı iyi tanması ve hekim-psikolog-spor uzmanı işbirliği ile birlikte ele alınması faydalı olacaktır.

DİKKAT

Egzersiz hem yasa dışı uyuşturucu bağımlılığından uzaklaşmada hem de bağımlı bireylerin ruh sağlığını iyileştirmede etkili bir araç olabilir.

5.8.1.4. Teknoloji / internet bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Günümüz dünyasında son yıllarda en çok karşımıza çıkan en önemli bağımlılık türlerinden biri de teknoloji bağımlılığıdır. Üretilen bilgi hacminin katlanarak büyüdüğü dijital dünyada, platformlar arasında tüketicilerin kısıtlı dikkatini çekebilmek için kıyasıya bir rekabet yaşanmaktadır. Dikkat ekonomisi olarak adlandırılan bu olgu, ekran başında geçirilen süre ile direk ilişkilidir. Başlangıçta internet ve bilgisayar sadece bilgisayar uzmanları, mühendisler ve bilim insanları tarafından kullanılmaktaydı ve kullanımı kolay değildi. Bu dönemlerde sistem, elektronik posta amacıyla kullanılıyordu (Arısoy, 2009: 55). İnternet kullanımının artması ve zamanla her türlü bilgiye çevrimiçi ulaşım sayesinde bilgisayar ve internet kullanımı artmış ve günümüzde özellikle çevrimiçi pazarlama, uluslararası dijital oyun ve telefon kullanımının yaygınlaşması ile en küçük yaşlara kadar inmiştir. Alışkanlıkların zamanla bağımlılık hâline gelmesi, son zamanlarda çağımızın öncelikli problemlerinden birini oluşturan teknoloji bağımlılığını ortaya çıkarmaktadır (Ertemel ve Aydın, 2017: 665).

Yapılan araştırmalarda internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığına sahip bireylerin diğer davranışsal bağımlılıklar veya kimyasal bağımlılıkları olan bireylerle benzer semptomlar gösterdikleri bildirilmiştir ve ayrıca bu bireylerin davranışlarını ya da eylemlerini kontrol edeme ve olumsuz sonuçlarına rağmen davranışlarının ya da eylemlerinin süreklilik arz etmesi gibi ortak özellikler gösterdikleri de belirtilmiştir (Ektircioğlu vd., 2020: 51). Günümüzde anneler, farkında olmadan bebeklerinin dikkatini ekrana yönlendirerek

teknoloji bağımlılığının ilk tohumlarını atmaktadır. Bu durum, çocukların büyüdükçe ekran bağımlılığı geliştirme riskini artırmaktadır. Özellikle ergenlik döneminde bu bağımlılık daha da belirginleşmektedir. Alman nüfusunun %3'ü, İtalyan nüfusunun %5,4'ü, İngiliz nüfusunun %18,3'ü ve ABD nüfusunun %5'i internet bağımlılığı yaşayan 13-18 yaş arası ergenlerden oluşmaktadır (Sharma vd., 2017: 495).

Ülkemizdeki istatistiklere bakıldığında; 2023 yılında evden internete erişim imkânı olan hanelerin oranının %95,5'tir. 16-74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranı %87,1 olarak belirlenmiştir. Bu oran 2022 yılında %85,0 iken, 2023 yılında artış göstermiştir. Cinsiyet ayrımında ise erkeklerde internet kullanım oranı %90,9, kadınlarda ise %83,3'tür (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023). İnternet kullanan gençlerin oranı 2023 yılında %97,5 olarak belirlenmiştir. 16-24 yaş grubundaki genç nüfusta internet kullanım oranı 2022 yılında %96,9 iken, 2023 yılında artış göstermiştir. Bu oran, genç erkeklerde 2022 yılında %97,6 iken 2023 yılında %98,4'e, genç kadınlarda ise 2022 yılında %96,1 iken 2023 yılında %96,6'ya çıkmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024). Türkiye İstatistik Kurumuna göre; 2021 yılında 6-15 yaş grubundaki çocukların internet kullanım oranı %82,7 olarak belirlenmiştir. Bu oran, 2013 yılında %50,8 iken 2021 yılında önemli bir artış göstermiştir. İnternet kullanım oranı, erkek çocuklarda 2013 yılında %53,7 iken 2021 yılında %83,9'a, kız çocuklarda ise 2013 yılında %47,8 iken 2021 yılında %81,5'e yükselmiştir. Düzenli internet kullanan çocukların %31,3'ü interneti sosyal medya için kullanırken, sosyal medyayı hafta içi günde ortalama 2 saat 54 dakika, hafta sonu ise günde ortalama 2 saat 44 dakika kullanmaktadır. Çocukların internet kullanım amaçları arasında %86,2 ile çevrimiçi derse katılma ilk sırada yer almaktadır. İnternet kullanan çocukların %36,0'ı dijital oyun oynarken, bu oran erkek çocuklarda %46,1, kız çocuklarda ise %25,4 olarak belirlenmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2022).

Bu verilere bakarak, Türkiye'de her yaştan bireyin teknoloji ve internet kullanımının arttığı, bu durumun eğitim, eğlence ve sosyal etkileşim gibi alanlarda kendini gösterdiği söylenebilir. Ancak, özellikle çocuklar ve gençler arasında internet kullanımı ve dijital oyunlara olan yüksek ilgi, bu yaş gruplarında teknolojiye olan bağımlılığın artma riskini de beraberinde getirmektedir. Teknolojiyle büyüyen yeni neslin dijital dünyaya ne kadar entegre olduğunu gösteren bu durum, aynı zamanda dijital bağımlılık potansiyelinin de dikkatle izlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Peki teknoloji bağımlılığının sebepleri nelerdir? Çini (2019: 754), araştırmasında teknoloji bağımlılığının nedenleri dört başlık altında toplamıştır.

1. Ailesel faktörler: Anne ve babanın tutumu
2. Kişisel faktörler: Yalnızlık, özgürlük, öz güven eksikliği, başarı hırsı
3. Çevresel Faktörler: Arkadaş çevresi, yaşam alanı, satış stratejileri
4. Teknolojik Gelişmeler

Bu sebepler yanında teknolojiye ulaşımın kolay ve ucuz olması da bu davranış bağımlılığını tetikleyebilmektedir. Bu sebeplerin yanında teknoloji bağımlılarının ekran karşısında uzun süre vakit geçirmelerinden kaynaklı fiziksel, zihinsel ve duygusal çöküntüler yaşanabilmektedir. Dere ve Uçar (2020:116) 'Okullarda Karşılaşılan Bağımlılıklar Üzerine Bir Durum Çalışması' adlı çalışmalarında sanal ve teknolojik bağımlılıkların beyindeki kimyasal süreçleri bozarak haz alma isteğini artırdığını ve bu durumun uyuşturucu bağımlılığına benzer zararlar doğurabileceğini ifade et-

mişlerdir. Buna ek olarak uzun süre aynı pozisyonda vücudu kullanmak kas iskelet sistemine zarar verebilmekte, düzensiz yeme alışkanlığını tetikleyerek obeziteye sebep olabilmekte, uyku problemlerinin yaşanmasında etkili olabilmekte ve düzensiz yaşamla beraber psikolojik stresi de beraberinde getirebilmektedir. İnaktif egzersiz yaşamını ön gören teknoloji bağımlılığı aslında günlük düzenli egzersiz ile her yönden insan yaşamını olumlu etkileyebilmektedir (Dere ve Uçar, 2020:116).

Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde, egzersizin teknoloji bağımlılığı üzerindeki etkisi konusunda farklı bulgulara rastlanmaktadır. Park ve diğerleri (2016:168), spor ve egzersiz katılımının teknoloji bağımlılığı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ve egzersize katılım arttıkça ergenlerin teknoloji bağımlılık düzeylerinin azaldığını tespit etmişlerdir. Ayrıca, araştırmalarında ergenlerin spor katılımlarının öz-yeterliliklerine de olumlu etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Toto ve Strazzeri (2019:5) ise araştırmalarında, teknolojinin sağlık ve öğrenme süreçleri üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmada ve davranışsal bağımlılıkların önlenmesinde spor ve beden eğitimi faaliyetlerinin önemli bir rol oynadığını ifade etmişlerdir. Ancak, Gündüzalp ve Yıldız (2020:38) tarafından yapılan “Spor Yapan Bireylerin Teknoloji Bağımlılık Düzeylerinin Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi” adlı araştırmada, spor yapan bireylerde teknoloji bağımlılığı riskinin hâlâ devam ettiği ve bağımlılık düzeylerinin düşük olmadığı sonucuna ulaşılmış, bu da diğer araştırma bulgularından farklı bir sonuç ortaya koymuştur.

Sonuç olarak, bir bağımlılık türü olan teknoloji bağımlılığının insan vücudu üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bir gerçektir. Bu olumsuzlukların giderilebilmesi için düzenli ve yeterli oranda egzersiz yapılması, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, uyku problemlerinin giderilmesi, vücut postürünün düzeltilmesi ve psikolojik açıdan akranlarla yüz yüze sosyal etkinliklerin artırılması, bağımlı bireylere olumlu katkılar sağlayabilir. Aynı zamanda bu süreç, aile içi iletişimi de doğal olarak geliştirebilir. Bu nedenle, teknoloji bağımlısı olan bir birey, egzersiz konusunda diğer bağımlılıklara oranla daha fazla seçeneğe sahiptir. Çünkü istediği egzersizi seçebilir ve bu alanda ileri düzeyde spor yapabilir. Özellikle uzun süre ekran karşısında oturmak zorunda kaldıklarından dolayı vücut duruşlarında sorun yaşayabilirler. Bu nedenle, kifotik duruşlarını düzeltebilmek için fizyoterapist kontrolünde postür düzeltme egzersizleri, ekstansör kasları çalıştırmaya yönelik kuvvet antrenmanları ve genel aerobik antrenmanlar gibi egzersizleri tercih edebilirler.

DİKKAT

Teknoloji bağımlılığı, vücudumuzda fiziksel, zihinsel ve duygusal olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Bu olumsuz etkilerin giderilmesi için düzenli egzersiz yapmak, beslenme alışkanlıklarını düzenlemek ve sosyal etkileşimleri artırmak sağlıklı bir yaşam için önemli katkılar sağlayabilir.

5.8.1.5. Kafein bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Kafein, her ne kadar Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) listelediği bağımlılık tipleri arasında yer almasa da, tütün ve alkolün yanı sıra en fazla kullanılan ve yasal olan bağımlılık yapıcı bir maddedir. İlk kez 1820 yılında Alman kimyager Ferdinand Runge tarafından kahveden izole edilmiştir. Kafein ve diğer metilkasantinler kahve, çay, çikolata ve kola gibi içeceklerde bulunur ve bunların aşırı tüketimleri ile karakterize bağımlılık olguları bildirilmiştir. Kafein de diğer bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi keyif verici, konsantrasyonu artırıcı ve öforizan etkileri nedeni ile kul-

lanılır (Uzby, erş.2023). Günümüzde ise kafein kullanımı dünyada artık birçok kültürde ortak olup, kabul gören bir davranış haline gelmiştir. 1820'de, ilk kimyasal izolasyonundan itibaren kafein terapötik maksatla bronş ve kalp stimülanı (uyarını) olarak pediatrik solunum güçlüklerinin tedavisinde, dermatolojik hastalıkların, migren ve baş ağrılarının tedavisinde kullanılmaktadır. Kafein, tüketim miktarına bağlı olarak, merkezi sinir sisteminde orta düzeyde uyarıcı etki gösterir (Koroğlu ve Erşan, 2018: 76). Kafeinin depresyonu azaltma, uyanıklığı sağlama, duyu ve ruh halini iyileştirme gibi etkileri de bulunmaktadır. Yüksek kafein içeriğine sahip kahve termojenik özelliği ile obezite tedavisinde iştahı bastırıcı olarak da kullanılmaktadır. Ancak bağımlılık olarak düşünüldüğünde kafein yoksunluğundan söz etmek gerekmektedir (Erul ve Özcan, 2023: 170). Çünkü kafein yoksunluğu, bağımlı kişilerde (kişiden kişiye değişebilir) baş ağrısı, yorgunluk kolay kızma vb. belirtiler gösterebilmektedir. Kafeinin vücuttaki yarılanma ömrü 4-8 saattir ve yoksunluk belirtileri 15-18 saat içinde ortaya çıkar ve 20-50. saatler arasında pik yapar. 2-7 günde sonlanır ve kafeini bırakmayı planlayan kişilere, bunu kademeli olarak azaltma yolu ile yapmaları tavsiye edilmelidir (Koroğlu ve Erşan, 2018: 76). Diğer bağımlılık türlerine oranla tedavi süreci daha kısa sürede sonuç getirebilir.

Kafeinin, egzersiz ile ilişkisi diğer bağımlılık türlerine oranla çok farklıdır. Çünkü kafein egzersiz yapanlarda performansta artış sağlayan uyarıcı olarak kullanılmaktadır. Literatürde bu konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde kafein, her seviyedeki sporcular tarafından kullanılan ergojenik bir yardımcı olarak görülmektedir. Performansı arttırıcı etkileri yüz yılı aşkın süreden beri araştırılmakta ve günümüzde çok çeşitli egzersiz modalitelerinde kullanılmaktadır (Pickering ve Grgic, 2019: 1007). Kafeinin vücutta yarattığı biyokimyasal mekanizmalar yoluyla atletik performansı olumlu yönde etkilediği ve uzunca bir süredir yapılan çalışmalarla da kafein tüketimi ile atletik performans arasında pozitif bir ilişki olduğunu kanıtı dayalı olarak ispatlamaktadır (Bayraktar ve Taşkıran, 2019: 24). Kafein bağımlılarının bu bağımlılıktan kurtulabilmeleri için egzersiz kullanımını dikkate aldığımızda, Behling ve Winters (2021:10), yaptıkları araştırmada, anaerobik egzersiz yapmanın kafein kullanımını azalttığını ve buna bağlı olarak yoksunluk semptomlarının hafiflediğini belirtmişlerdir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalar ise oldukça kısıtlıdır. Bunun nedeni kafeinin özellikle performans artışında ergojenik yardımcı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sonuç olarak kafein bağımlılığı tedavisinde bile aerobik egzersizlere yönelme sağlandığı görülmektedir. Bu konuda sürekli koşular, tempo değişimli sürekli koşular, fartlek, yaygın interval ve tekrar metodu gibi antrenman yöntemlerinden faydalanabilirler.

5.8.1.6. İnsan bağımlılığı (Kişilerarası bağımlılık) ve egzersiz ilişkisi

Davranışsal bağımlılık türleri içerisinde yer alan insana bağımlı olma, alan yanında en az araştırma yapılan alanlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde. İnsanın insana bağımlı olmasının temel nedeni olarak 'kayı' ifade edilmektedir. Çocukluktan başlayan bu kaygı durumu aslında çocuğun kendisini yalnız hissetmesinden kaynaklanabilir. Aile içi ilişkilerde aşırı uç duygularda (aşırı sevgi veya reddetme) temel kaygının sebebi olarak görülmektedir ve çocuklar ebeveynleriyle yakın ilişkiler kurma ihtiyacı içerisinde girmektedir (Sim, 2019: 45). Ancak bu durum tek taraflı düşünülmemelidir. Çünkü bir annenin evladına bağımlılığı, karşı cinsten birine duygusal anlamda bağımlılık, anne babaya bağımlılık, arkadaş

bağımlılık hatta bir nesneye bile bağımlılık yaşayan bireyler de mevcuttur (Çelik İskifoğlu ve İskifoğlu, 2020).

Akın ve diğerlerinin aktardığına göre; kişiler arası bağımlılık kavramı Bornstein tarafından; “motivasyonel, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olarak dört boyutta incelenmiştir. Motivasyonel boyut, başkalarından yardım ve destek bekleyen kişileri içerir, bilişsel boyutta kendilerini güçsüz ve işe yaramaz ya da etkisiz algılayan kişiler yer alırken, duyuşsal boyut bağımsız bir şekilde görevlerini tamamlamaya çalışan ve bu durumda karşı tarafın vereceği tepki yüzünden kaygı yaşayan kişileri içerir. Davranışsal boyut ise kişilerin yardımı, desteği, onayı ve rehberliğine ihtiyaç duyan ve başkalarına boyun eğme özelliğindeki kişileri barındırır” (Akın vd., 2016:86). Ancak, toplumumuzda insana bağımlı olan çoğu insan bu durumu kabul edip ve tedavi olmak yerine bu durumun kaderleri olduğuna inanır ve bu şekilde yaşamaya çalışarak hem kendilerini hem de çevresindeki bağımlı oldukları kişilerin hayatını zorlaştırabilirler (Çelik İskifoğlu ve İskifoğlu, 2020: 187) ve aynı zamanda aşırı koruyucu davranış sergilediklerinin farkında olmayabilirler. Kişiye bağımlılıkta, tek bir faktörün bağımlılık sebebi olduğu düşünülmemelidir ve bağımlılığın temelinde bağlanma bozukluğu olduğu görülmelidir. Bu tür durumlarda en etkin tedavi yönteminin terapi olduğu karşımıza çıkmaktadır. Ancak öncelikli olarak tedavi alacak kişinin insan bağımlılığı olduğunun farkına varması ve bu tedaviyi kabul edebilmesi son derece önemlidir çünkü literatür bu bağımlılık türündeki hastaların durumu kabul etmediği yönünde görüş bildirmektedir. Kişilerarası bağımlılık tedavisine gelince; öncelikle genelde tek bir kişiye yönelme olmasından ötürü bu hastaların çevre değişikliğine ihtiyacı olabilir. Akranları ile daha fazla vakit geçirmek için psikologlar tarafından yönlendirilebilirler. Terapi desteği zaten yapılıyor ancak bunun yanında grup egzersizleri yapmaları için cesaretlendirilebilirler. Bu edenle de grup egzersizleri olarak doğa yürüyüşleri, grup pilates egzersizleri, grupla spinning egzersizleri, doğa kampları, binicilik, crossfit, rekreatif frizbi ve özellikle tanımadığı insanların da yer aldığı tüm aktivitelere katılabilirler. Rekreasyon amaçlı yapılan spor, sanat kültür etkinliklerine katılarak farklı insanlar tanıtabilirler. Böylelikle zaman içerisinde diğer insanları tanıma gözlem yapma ve davranışlarını inceleme şansı yakalayabilirler.

Sonuç olarak insan bağımlılığı, birine karşı bağımlılığı ifade ediyorsa, tedavi alacak olan bireyin farklı insanlar ile bir araya gelmesi hem kendisini bağımlı olduğu kişiden uzak tutabilir hem de katıldığı farklı egzersizler ve etkinliklerle kafasındaki düşüncelerden arınmasını sağlayabilir. Böylelikle de sosyal onay beklentisi olan insan bağımlısı olan birey, stresten uzaklaşarak sosyalleşme eğilimi gösterebilir.

5.8.1.7. Yeme bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Yeme davranışı insanın en temel ihtiyaçlarından birisidir. Ancak her şeyin fazlası zarar olduğu gibi, aşırı yeme davranışı da ciddi sağlık sorunlarına hatta bağımlılığa yol açabilir. Bu sebeple yakın zamanda madde bağımlılığı tanı ölçütlerine göre geliştirilmiş özdeğerlendirme ölçekleri ile yeme bağımlılığı için risk taşıyan bireyler tanımlanmaya başlanmıştır. Yeme bağımlılığının madde bağımlılığı tanı ölçütlerine göre tanımlanmasının önemli sebeplerinden birisi, bazı yiyeceklerin santral sinir sisteminde tıpkı psikoaktif maddeler gibi etki göstermesidir. Çikolata gibi bazı yiyeceklerin santral sinir sistemindeki mezolimbik yolakta (ödül yolağı) dopamin salınımını arttırdığı gösterilmiştir. Ayrıca, bağımlılık yapabildiği düşünülen yiyeceklerin insula, orbitofrontal korteks ve singulat korteks gibi madde bağımlılığında da önemli role sahip nöroanatomik bölgelerde aktivasyonu arttırdığı saptanmıştır (Tekin vd.,

2018: 172). Buna ek olarak günümüz toplumunda insanların çoğu birçok besini yalnızca beslenme ihtiyaçlarından değil zevk almak adına da tüketebilmektedir. Böylelikle bu bireyler zaman içerisinde obez olma risklerini de arttırabilmektedir. Literatür genellikle yeme bozukluğu tanısı konan hastaların düşük kilolu (%15,0) ve obez (%17,2) bireylerden oluştuğunu ve bu bireylerin yüksek 'yiyecek bağımlılığı' yaygınlık oranı sergilediklerini ifade etmektedir (Hauck vd., 2017: 12). Ancak Blanco ve diğerleri (2021: 2) 18-29 yaş arasındaki bireylerde yiyecek bağımlılığının daha yaygın olduğu ifadesine yer vermiştir. Gençlerin genellikle fastfood tarzı yiyeceklere yönelmesi bu yeme bozukluğu davranışını tetiklemiş olabilir.

Yeme bozukluğu ya da yeme bağımlılığı olan bireyler neden sürekli besin alma ihtiyacı duymaktadır sorusuna; stres, kaygı, yalnızlık, duygu durum bozukluğu vb. gibi psikolojik etmenlerin neden olabileceği söylenebilir. Psikolojik etmenlerin daha baskın olabileceği bu bağımlılık türünde, sürekli yeme isteği duyan bireylerin hareket etme kabiliyetinde de zamanla isteksizlik oluşabilmektedir. Böylelikle alınan enerji fazlasını atamayan vücut bu enerjiyi depo ederek kilo alımını tetikleyebilir. İşte tam da bu durumda yeme bozukluğu düzenli bir davranış halini almadan egzersiz ile fazla enerjinin vücuttan atılımı sağlanabilmelidir. Yeme bozukluğu davranışı olan bireylerin tedavisine egzersiz mutlaka eklenmelidir ve uzman spor eğitmenleri tarafından uygulanmalıdır. Aksi takdirde bireyin bilinçsiz egzersiz yapması bireyde sakatlık riskini arttırabilir (Lowe, 2022). Ancak burada kilo kaybetmek amaçlı ve sağlıklı bir vücuda ulaşma amaçlı yapılan egzersizlerde beslenme ve diyet uzmanı işbirliği dikkate alınmalıdır.

Alan yazın son zamanlarda bir de egzersiz bağımlısı olan bireylerin de yeme bozukluğu davranışı sergilediğini ileri sürmektedir. Egzersiz bağımlılığı olan bireylerde yeme bozuklukları, vücut ağırlık takıntısı, şişman olmaktan korkma, zayıflamaya yönelik aşırı istek duyma, vücudun postural görünümü ile ilgili olumsuz düşünceler ve beraberinde ortaya çıkan duygulanım bozukluklarının görüldüğü bir hastalık grubu olarak açıklanabilir. Yıldırım ve diğerleri (2017: 43) ve Hamurcu'nun (2023: 131) araştırmalarında egzersiz bağımlılığı olan bireylerin %33,11'inde anormal yeme davranışları görüldüğü, egzersiz bağımlılığı ile yeme tutum ve davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucu ifade edilmiştir. Görüldüğü gibi nasıl ki egzersiz yeme bozukluğu davranışı gösteren hastalarda olumlu gelişim sağlayabiliyorsa, aşırı egzersizin de yeme bozukluğu davranışını olumsuz olarak etkilediği düşünülebilir. Hauck ve diğerleri (2020), yeme bağımlılığının, egzersiz bağımlılığı ve mükemmeliyetçilik gibi sporla ilişkili faktörlerden etkilenebileceğini, egzersiz bağımlılığının, yeme bağımlılığı ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi kısmen açıkladığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak yeme bağımlılığı, genç erişkinlerin, zayıf ve obez bireylerin önemli bir kısmında mevcut olabilir ve bu bireylerin takip ve tedavisinde, çok disiplinli ve işbirlikçi yaklaşım daha olumlu sonuçlar elde edilmesine yardımcı olabilir. Aynı zamanda yeme bağımlılığı ile ilişkili olarak yapılan araştırmalarda bağımlılığın temel ölçütleri olarak bilinen aşırma, kontrolsüz tüketme ve tolerans süreçleri birçok klinik araştırmada gösterilmiştir. Ancak bağımlılıkta psikolojik, zihinsel ve bilişsel süreçlerin de bir arada etkili olabileceği unutulmamalıdır (Öyekçin ve Deveci, 2012: 148). Diyabet ve benzeri hastalık tanısı konulmamış kişilerde öncelikli olarak trekking, jogging, tempo koşuları, tepe koşuları, interval antrenmanlar, yüzme ve bunun gibi maksimal kalp atım hızlarının % 60'ını geçmeyecek aerobik egzersizler yapılabilirler. Zamanla aşamalı olarak egzersiz şiddetini yükseltebilir anaerobik antrenmanlara geçiş yapılabilir.

5.8.1.8. Seks bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Kompulsif seks bağımlılığı normal kabul edilen cinsel düşünce, istek ve davranışların işlevsel bozulmaya yol açacak derecede sık olması ile tanımlanmaktadır (Eroğlu ve Tamam, 2016: 234). Seks bağımlılığının literatüre 20.yy'ın sonlarında girmeye başladığı ve alan yazında bu bağımlılık türünün yaygınlaşmasında medyanın büyük oranda etkili olduğunu ifadelerine yer verilmektedir (Reay vd., 2013: 1). Seks bağımlılığı cinselliği objeleştirmiş, herhangi yakın bir ilişki kurmadan sadece seks için yapılan ve sekse ait dürtünün kontrol edilemediği bir davranışsal bağımlılıktır. Aynı zamanda, erkeklerde seks bağımlılığının kadınlara oranla daha fazla olduğu (3:1) görülmektedir ((Eroğlu ve Tamam, 2016:234). Ancak, bu durumun erkeklere özgü bir davranış olarak görülmesi nedeniyle kadın hasta grubunda yerterince tanı koyulmadığı görüşüne de araştırmalarda yer verilebilmektedir. Bunun sebebi olarak ta kadınların bu konularda daha utangaç tavırları olması gösterilebilir. (KAYNAK). Aslında seks bağımlılığı tanısının konulmasında toplumun yaklaşımı da önemlidir. Bazı muhafazakâr toplumlarda seks bağımlılığı çalışmalarının yapılması mümkün olmayabilir. Alan yazında bu bağımlılık türündeki çalışmalara bakıldığında, ülkemizde yapılan araştırmaların az olması toplum yapımızdan kaynaklanıyor olabilir.

Seks bağımlılığı, cinsiyet, cinsel yönelim ve yaş gibi kriterlere göre değişiklik göstermektedir ve bu bağımlılığın sebeplerinin psikolojik etmenler, davranış bozuklukları (Rosenberg vd., 2014: 78) ve bu konu üzerinde araştırma yapılan kişilerin kendisini net ifade etmemelerinden kaynaklanıyor olabileceği ifade edilmektedir. Seks bağımlılığı tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapi kullanılmaktadır. Buna ek olarak psikodinamik terapi, bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi ve aile terapisi yararlı olabilir (Eroğlu ve Tamam, 2016: 236). Egzersiz ve seks bağımlılığı ilişkisi incelendiğinde literatürde bu ikili arasındaki bağlantıyı veren herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Ancak kuvvet egzersizleri yapılarak hastanın hormonları optimal seviyede tutulabilir.

5.8.1.9. Kumar bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Kumar bağımlılığı son yayınlanan Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. Baskısı (DSM-5) ile bağımlılıklar kategorisine dâhil edilmiş ve "Madde ile ilişkili ve Bağımlılık Bozuklukları" kategorisinde "Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar" başlığı altına alınmıştır (Çakmak ve Tamam, 2018: 78). Dünya çapında % 0,04- 5,3 oranında bireyin kumar bağımlısı olduğu ve kumar bağımlılığının boşanma, düşük yaşam kalitesi, bozulmuş sosyal fonksiyonlar, davranışsal patolojiler ile ilişkili olduğu söylenmektedir. "Kumar Bağımlılığı Bozukluğu" ile ilgili olarak; önemli terapötik müdahaleler geliştirilmiştir. Literatürde tıpkı trikilomani ya da kleptomani gibi bir dürtü kontrol bozukluğu olarak da tanımlanmıştır (Demirdil ve Harmancı, 2021: 9).

Kumar Bağımlılığı, özellikle erkeklerde daha erken yaşlarda başlamaktadır. Amerika'da erkekler erken yaşlarda kumar bağımlısı olmaya başlarken; kadınların bağımlılık oranı yetişkinlik döneminde normal popülasyona göre % 32 daha fazla izlenmektedir. (Demirdil ve Harmancı, 2021: 10).

Günümüzde, özellikle gençler arasında, az parayla ve kısa sürede emek ve çaba harcamadan zengin olma hayallerine ulaşmak için kumar oyunları kolay bir araç olarak görülmektedir. Bunun içinde kumar oynamak için kumarhaneye gitmeye ge-

rek kalmadığı da bir gerçektir. Kumar oyunları, internet ve akıllı telefonlar sayesinde çok kolay bir şekilde oynanabilir hale gelmiştir. Ayrıca, internetin gelişmesiyle birçok sanal kumarhane ortaya çıkmıştır. Bu sayede insanlar, evlerinden çıkmadan gerçek paralarla, gerçek bir kumarhanede veya casinoda bulunuyormuş gibi kumar oynayabilmektedirler (Pınarcı, 2014: 1). Wurtzburg (2018: 264) tarafından yapılan araştırmada ise, kumar bağımlılığının sebeplerinin ailesel faktörlere bağlı olduğu ve kumar bağımlılığı yaşayan ebeveynlerin çocuklarının da kumar dünyasıyla sosyalleşme eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Bu durum, teknolojinin sağladığı kolay erişimle birleşerek, bağımlılığın aile içinden genç nesillere geçmesini kolaylaştırabilir.

Kumar bağımlısı olan bireylerde özellikle damgalanma korkusu, utanç, kumar oynamayı bir sorun gibi görmemek normal bir tedavi almayı da geciktirmektedir. Kumar bağımlılığında psikoterapiler içinde; maruz bırakma, motivasyonel görüşme, aile terapileri önemli bir yer tutmaktadır. 12 aylık gözlem çalışmalarının sonuçlarına göre terapi uygulanan kumar bağımlılığı tanılı bireylerde öz- kontrolün sağlandığı ve kumar oynama oranında ciddi bir düşüş ya da hiç oynamama sağlandığı görülmektedir (Demirdil ve Harmancı, 2021: 19).

Spor ve kumar bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelerken sporda özellikle hızla büyüyen bir sektör haline gelen bahis oyunları es geçilmemelidir. Özellikle gençler arasında yaygın olarak kullanılan bahis oyunlarının da kumar bağımlılığını tetikleyebileceği düşünülebilir. Peki, yine spor ve egzersiz kullanılarak bu bağımlılık türünden uzaklaşabilmek mümkün müdür?

Alan yazın incelendiğinde, kumar bağımlılığı ve egzersiz arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak, spor yapmanın insan sağlığına olan faydaları göz ardı edilemez. İster elit sporcu olsun ister sedanter bir birey, yapılan egzersizin kişinin hazır bulunuşluk düzeyine göre uzman spor eğitmenleri tarafından yönlendirilmesi ve düzenli hale getirilmesi, bağımlılık türü ne olursa olsun bireye mutluluk, kendini iyi hissetme ve sağlıklı yaşama hissi verebilir. Kumar bağımlılığı durumunda da, spor yapan kişilerdeki gibi yüksek sosyallik seviyeleri görülebilir. Bu durumda, bağımlı ve tedavi almak isteyen kişi, egzersiz yaparak kumar bağımlısı olduğu çevreden uzaklaşabilir ve kendini mutlu hissedebilir. Bu olumlu davranışlar, kişinin bağımlılık eğilimlerinden uzaklaşmasına yardımcı olabilir. Ayrıca, doğada yapılan ve rastgele olarak ifade edilen sporlara (balıkçılık, trekking, rafting, kano, dalış, safari, binicilik vb.) yönelmek de faydalı olabilir.

5.8.1.10. Spor (Egzersiz) bağımlılığı ve egzersiz ilişkisi

Bu başlığa kadar her bir bağımlılık türünün egzersiz kullanımı ile desteklenmesi gerektiği üzerinde durulmuş ve egzersizin bağımlılık türlerini tedavisinde kullanılan yardımcı etmenlerden biri olduğu ifade edilmiştir.

Düzenli olarak egzersiz yapmak sağlıkla ilgili, fiziksel, sosyal ve psikolojik faydalar sağlar. Aslında, fiziksel aktivite sadece kişinin yaşam kalitesini arttırmakla kalmaz, aynı zamanda vücut fonksiyonlarını iyileştirir, yorgunluğa karşı direnci azaltır, esnekliği artırır ve kas gücünü ve dayanıklılığını geliştirir. Bu sayede bireylerde iyi çalışma verimliliğine yol açar, kilo yönetimine yardımcı olur, kardiyovasküler hastalık insidansını azaltır, tip 2 (yetişkin başlangıçlı) diabetes mellitus oluşumunu azaltır, depresyon riskini azaltır ve bireyin genel sağlığının korunmasına katkıda bulunur. Ayrıca, egzersiz, günlük yaşamın düzenli görevleri sırasında gelişmiş işlevsellik yoluyla yaşlanmanın etkilerini azaltabilir (Landolfi, 2013: 111).

Psikolojik ve fizyolojik yararları yanında egzersiz yapmak çoğunlukla olumlu bir davranış olarak görülmektedir. Planlı ve düzenli yapılan egzersiz sağlığın sürdürülmesine ve hastalıkların engellenmesine yardımcı olurken, bu fiziksel aktiviteler aşırı bir davranışa dönüşürse kişilerde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Arslanoğlu vd, 2021: 138). Bu sebeple egzersizin de bir bağımlılık oluşturabileceği gerçeği görmezden gelinmemelidir. Alan yazın son yıllarda egzersiz bağımlılığı üzerine oldukça fazla ilgi göstermiş ve özellikle gençlerin bu konudaki yönelimlerine araştırmalarda “Egzersiz Bağımlılığı” olarak yer vermiştir. Warner ve Griffiths (2006: 13) araştırmasında genel olarak sağlığı arttırdığı bilinen egzersiz, aşırı gerçekleştirildiğinde ciddi zararlara da yol açabildiğini ve aşırı egzersiz durumunun tıpkı alkol, madde, yeme ve kumar bağımlılığı gibi sonuçlar doğurabildiğini ifade etmiştir.

Peki, nedir bu egzersiz bağımlılığı?

Egzersiz bağımlılığı, yaşamın diğer alanlarına göre öncelikli olan egzersiz miktarlarının sıklıkla yapılması olarak tanımlanabilir (Lichtenstein, 2014: 431). Egzersiz bağımlılığı olgusu 1970’de bir aylık egzersiz yoksunluğunun uyku örüntüleri üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmayla fark edilmiştir (Nazlıgül ve Yılmaz, 2019: 102).

Alan yazında yapılan araştırmalar incelendiğinde Egarow ve Szabo (2013:199) araştırmalarında haftada 5 veya 6 gün egzersiz yapan katılımcıları bulmakta zorlanmışlar bu nedenle haftada 3 ya da 4 gün egzersiz yapan sporcuları çalışmalarına dâhil etmişlerdir. Araştırmalarının sonucunda, düzenli egzersiz yapan bireylerin egzersiz yoksunluğu çektikleri takdirde yüksek düzeyde kaygı, gece uykusunda sıklıkla uyanma ve cinsel gerilim gibi olumsuz psikolojik belirtiler deneyimledikleri bulgularına ulaşmışlardır. Bu araştırma sonucu ile diğer bağımlılık türleri araştırma sonuçlarının bireyin psikolojik yönden aynı semptomları sergilemesi ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Lichtenstein vd. (2014) yapmış oldukları takım çalışmalarında takım sporu ve bireysel spor yapan sporcularda egzersiz bağımlılığını incelemişler ve araştırma sonucunda takım sporu yapanlar egzersizi keyif alma, motivasyon sağlama ve rekabet olarak görürken bireysel spor yapanların ise sağlık ve kilo nedeni ile yaptıklarını ve bağımlılık oranlarının daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir.

Günümüzde özellikle 15-24 yaş arasındaki gençlerin haftada en az 5 gün egzersiz yaparak görüntülerinde kas oranının artmasını, akranları ile birlikte düzenli spor yapmayı, bu doğrultuda beslenme programlarını da egzersizlerine göre ayarlama eğiliminde oldukları söylenebilir. Vardar vd. (2012: 51) araştırmasında, egzersiz bağımlılığı olduğu saptanan kişilerin yeme bozukluğu belirtileri göstermediklerini ifade ederek bu bağımlıların beslenme programlarında dikkatli olduğu görüşünü destekler nitelikte ifadelere yer vermiştir.

Alan yazın, egzersiz bağımlılığının tedavisinde eğitim, psikoterapi ve alternatif tedavi seçeneklerine odaklanmayı ve davranışsal yaklaşımları önermektedir. Bunun için hastanın rolünü ve sorumluluğunu kabul etmesi beklenmektedir. Tedavi sürecinde, hastanın bağımlılığın diğer kişilerle olan iletişimini nasıl kesintiye uğrattığını anlaması önemlidir. Ayrıca, kontrol kaybının yol açtığı korku ve çaresizliği tanınması ve bu durumun kompulsiyon ile ilişkili dezorganize davranışları içerebileceğini fark etmesi gerekir. Destekleyici bireysel psikoterapi, hastanın kompulsif davranışlarını belirlemesine ve durdurmasına yardımcı olabilir. Hastaya sağlıklı olmanın yararlarını ve önemini anlaması için yönlendirme yapılmalı, kendi stratejilerini geliştirmesi teşvik edilmelidir. Ayrıca, kişinin savunma düzeneklerini ve bağımlılığın doğasıyla

başta çıkma yöntemlerini anlaması, egzersiz bağımlılığı ile ilişkili özgün tetikleyicileri ve kompulsiyonları çözmesi ve başta çıkma davranışlarını yeniden yapılandırması beklenir. Destek sistemlerini güçlendirmek de önemli bir adımdır. (Uçar, 2019: 13).

Sonuç olarak, diğer bağımlılık tedavilerinde alternatif destekçi olarak görünen egzersiz uygulamalarının sıklığı ve süresindeki artış nedeni ile bir bağımlılık türü oluşturduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle de egzersizin bile aşırı uygulanmasının insanın hayatında olumsuz durumlara neden olabileceği görmezden gelinmemelidir.

Sonuç

Bağımlılık, toplumun tümünü ilgilendiren bir sorundur. Kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanan bağımlılığın, önlem alınmadığı sürece büyük sorunlara neden olabileceği açıkça görülmektedir. Bağımlılık aniden başlayan ve biten bir hastalık değildir. Hastada değişim zaman içerisinde gerçekleşir. Bireyin bağımlılık sürecinde belirli bir bağımlılık döngüsüne girdiğini fark etmesiyle beraber, bu döngüden çıkması için motivasyonunun da olması gerekmektedir. Fakat bazen birey gerekli motivasyona sahip olmayabilir. Ancak bu kısır döngüden kurtulabilmek adına destek alınması önemlidir. Alan yazın, hekim (ilaç tedavisi) ve psikoterapi yanında bağımlılık hastalarının destek tedavisi almalarını da öngörmektedir. İncelenen araştırmalar bu konuda en güzel desteğin, egzersiz uygulamalarını bu sürece dâhil etmek olduğunu ifade etmişlerdir. Bu nedenle egzersiz uygulamaları vakalarda, yaygın bir yardımcı tedavisi olarak öne çıkmaktadır. Bu açıdan hassas olan ruhsal hastalıklara sahip kişilerin sosyal hayatlarına egzersiz programlarının katılması etkili ve faydalı olabilir (Kılıçarslan 2021:15).

Egzersiz uygulamalarının bağımlılık yapıcı maddelerle aynı ödül yolunu etkinleştirip dopamin salınımını ve bağlanma gücünü artırması başlangıç aşamasında madde kullanımı için bir alternatif olarak görülebilir. Bu sayede bağımlılık yapıcı maddelere karşı savunmasız olma durumu azalabilir (Demirel vd.,2021: 53).

Literatür incelendiğinde bağımlılık tedavisi gören hastalarda yapılan araştırmaların genellikle klinik çalışmalar olduğu ve bu bağımlılık türlerinin egzersiz uygulamaları ile çok azının ilişkilendirildiği görülmektedir. Bu durum aslında yaygın bir yardımcı tedavi türü olarak karşımıza çıkan egzersiz uygulamaları alanında daha fazla çalışma yapılmasını ön görmektedir. Buna ek olarak, yapılan araştırmaların da özellikle aerobik egzersiz uygulamaları ile bağımlılık hastalarının tedavisi arasındaki ilişki üzerine yoğunlaştığı dikkati çekmektedir. Diğer egzersiz türlerinin de dikkate alınarak uzman spor eğitmenleri, hekim ve psikoterapi uzmanları iş birliği ile araştırmalara dâhil edilmesi egzersiz uygulamalarında yapılan araştırmalara destek sağlayabilir.

Sonuç olarak, bağımlılık türleri dikkate alındığında, öncelikle hastanın tedavi sürecine dahil olma isteği konusunda motivasyon sağlanması gerektiği unutulmamalıdır. Tedavi sürecine egzersiz uygulamaları dahil edilecekse, hastanın egzersiz yapmak için fiziksel olarak hazır olması, psikolojik olarak egzersiz uygulamalarını istemesi, yaşına, cinsiyetine, egzersizin süresine, şiddetine ve kapsamına dikkat edilmelidir. Ayrıca, egzersiz uygulamaları sırasında uzman spor eğitmeni, hekim ve terapi uzmanı ile iş birliğine odaklanılmalıdır.

Özet noktalar

Bu bölümde, bağımlılık tedavisi gören hastalarda egzersiz uygulamalarının etkileri, hastaya nasıl katkı sağlayabileceği üzerinde yoğunlaşmıştır. Ayrıca ilgili bağımlı-

lılık türlerinde hangi egzersizlerin tercih edilebileceği üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalar aşırı sık yapılan egzersizlerin de bir bağımlılık oluşturabileceği gerçeğini vurgulamaktadır. Hastaların tedavi sürecine dâhil olma konusunda kişisel motivasyonel yaklaşımlarının önemli olduğu hatırlanmalıdır. Terapi destekleri, hekim tedavisi, klinik tedaviler ve spor eğitim uzmanlarının dâhil edilmesinde işbirlikçi yaklaşım tercih edilmelidir. Bağımlılık tedavisi alacak hastaya hangi tür egzersizin faydalı olabileceği (aerobik, anaerobik, dayanıklılık, esneklik, direnç egzersizleri vb. gibi) konusunda uzmanlar tarafından doğru yönlendirmeler yapılmalı ve araştırmalar bu doğrultuda planlanmalıdır.

Sonuç olarak bağımlılık tedavisi gören hastalarda egzersiz uygulamalarının yaygın bir destek tedavisi olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Arslanoğlu, C., Acar, K., Mor, A., Arslanoğlu, E. (2021). Geleceğin Antrenörlerinde Egzersiz Bağımlılığı. *The Journal of Physical Education and Sport Sciences Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 19(1):137-146.
- Akın, A., Çalık, M., Özkaya, S., Yılmaz, S., Kurubal, E. (2016). V. Sakarya'da Eğitim Araştırmaları Kongresi, Bildiriler Kitabı Sakarya. s. 86-90. Erişim Tarihi: 25.08.2024. https://egitim.sakarya.edu.tr/sites/egitim.sakarya.edu.tr/file/5_SEAK_Bildiriler_kitabi_1.pdf
- Akyol, A., Bilgiç P., Ersoy G. (2012). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. (2. Basım). Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Reklam Kurdu Ajansı Org. Tan. Tas. Rek. San. Tic. Ltd. Şti. Ankara. s. 3-24.
- Arısoy Ö., (2009). İnternet bağımlılığı ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Current Approaches in Psychiatry, 1:55-67.
- Aydın, Z.D. (2006). Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 13: 43-48.
- Başar, S., Sarı, İ. (2018). Düzenli Egzersizin Depresyon, Mutluluk ve Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi, *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 5(3),25-34.
- Bay, Ü.S., Yılmaz, E. (2021). Ruhsal Bozukluklarda Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Etkileri, *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, s. 437-447.
- Bay, Ü. S., Yılmaz, E. (2020). Ruhsal Bozukluklarda Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Etkileri ile İlgili Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2), 437-447. <https://doi.org/10.38021/asbid.849274>
- Bayraktar, F., Taşkıran, A. (2019). Kafein Tüketimi ve Atletik Performans. *Journal of Health and Sport Sciences (Jhss)*, Vol.2, No.2 p.24-33.
- Bernard, P., Ninot, G., Cyprien, F., Courtet, P., Guillaume, S., Georgescu, V., Picot, M. C., Taylor, A., Quantin, X. (2015). Exercise and Counseling for Smoking Cessation in Smokers with Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Pilot Trial. *J Dual Diagn*. 11(3-4):205-16.
- Behling, M. Winters, B. (2021). Methods to Stop Caffeine Use and Minimize Caffeine Withdrawal Symptoms in the State of Caffeine Dependence: A Literature Review. *Student Works*. p.322. <https://Scholarsarchive.Byu.Edu/Studentpub/322>
- Blanco, C. R., Martinez A. H., Fernandez, M. L. P., Zafra, M. D. O., Laguna, M.C. P. & Almagro, J. R. (2021). Food Addiction and Lifestyle Habits among University Students. *Nutrients*, 13, 1352.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., Oakley, J. R., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., Stuart, G., Dubreuil, M. E., Gordon, A. A. (2009). Aerobic Exercise for Alcohol Recovery: Rationale, Program Description, and Preliminary Findings. *Behavior Modification*, 33(2), 220-249.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., Oakley, J. R., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., Stuart, G. G., Dubreuil, M. E., Gordon, A. A. (2010). A Pilot Study of Aerobic Exercise as an Adjunctive Treatment for Drug Dependence. *Mental Health and Physical Activity*, 3(1), 27-34.

- Castillo-Viera E, Gago-Valiente F.J, Giménez-Fuentes-Guerra F.J, Abad-Robles M.T, Moreno-Sánchez E. (2022). Physical Activity Programmes in The Treatment of Addictions: A Systematic Review. *Applied Sciences*.12(18):9117.
- Craig, P. Jozo, G. (2019). Caffeine And Exercise: What Next? . *Sports Medicine*, 49:1007–1030. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01101-0>.
- Çakmak, S., Tamam. L. (2018). Kumar Oynama Bozukluğu: Genel Bir Bakış, Gambling Disorder: An Overview, *Bağımlılık Dergisi, Journal of Dependence*, 19(3):78-97.
- Çelik İskifoğlu, T., İskifoğlu, G. (2020). A Review on The Phenomenon of Interpersonal Dependency. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 2(3): 187-91.
- Çetin, M. (2014). Bağımlılık Tedavisinde Alanlar Düzenli Egzersiz Yapmalı mıdır? *Addicta: the Turkish Journal on Addictions*..(1): 143-148.
- Çini, N. Y. (2019). Teknoloji Bağımlılığının Sebepleri Üzerine Bir Roman Analizi: Postayla Gelen Deniz Kabuğu. *Akademik Tarih Ve Düşünce Dergisi, Cilt:6 / Sayı:2. s.754-775*.
- De Jesus, S., Prapavessis, H. (2018). Smoking Behaviour and Sensations During The Prequit Period of an Exercise-Aided Smoking Cessation Intervention. *Addictive Behaviors*, 81:143-9. [journal homepage: www.elsevier.com/locate/addictbeh](http://www.elsevier.com/locate/addictbeh).
- Demirdel, E., Aşkın, B.G., Çıtlak, B., Zorlu, F.Z. (2021). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Egzersiz. *Exercise in Substance Abuse Treatment. Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, s.51-62.
- Demirdil, G. Harmancı, P. (2021). Davranışsal Bağımlılıklar: Bağımlılıktan Bağımsızlığa Doğru. *Iksad Publications*,s.9-21.
- Dere İ. Uçar A. (2020). Okullarda Karşılaşılan Bağımlılıklar Üzerine Bir Durum Çalışması. *Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 114-133.
- Erdemli, A. (2008). *Spor Yapan İnsan*. İstanbul: E Yayınları. kitapyurdu.com
- Edlin, G., Golaty, E., Brown, K.M. (2010). *Health and Wellness*. Tenth Edition. Jones and Bartlett Publisher. Boston. London, p.126.
- Ercan, H.Y. (2013). *Bağımlılık Tedavisinde Egzersiz Terapisi*. İstanbul. Nobel Yayın Dağıtım, s.144
- Ercan Y., H., Yargıcı, İ.L., Karagözoğlu, C. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinde Gören Yetişkinlerde Düzenli Egzersizin Kaygı, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17:33-41, [Doi: 10.5455/Apd.174887](https://doi.org/10.5455/Apd.174887).
- Ektiricioğlu, C., Arslantaş, H. Yüksel, R. (2020). Ergenlerde Çağın Hastalığı: Teknoloji Bağımlılığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal*, 29(1):51-64 [Doi:10.17827/Akt.498947](https://doi.org/10.17827/Akt.498947).
- Egorova, Y. Szabo A. (2013). The Exercise Paradox: an Interactional Model for A Clearer Conceptualization of Exercise Addiction. *Journal of Behavioral Addictions* 2(4), p.199–208 (2013). [Doi: 10.1556/Jba.2.2013.4.2](https://doi.org/10.1556/Jba.2.2013.4.2).
- Eroğlu, M. Z., Tamam L.(2016). Geç Başlangıçlı Bir Kompulsif Seks Bağımlılığı Olgusu. *Journal of Mood Disorders (JMood)*,6(4):234-7. [DOI: 10.5455/jmood.20161021120035](https://doi.org/10.5455/jmood.20161021120035).
- Ertemel, A.V., Aydın G. (2017). Dijital Ekonomide Teknoloji Bağımlılığı ve Çözüm Önerileri. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, 5, 665–690. [Http://Dx.Doi.Org/10.15805/Addicta.2018.5.4.0038](https://doi.org/10.15805/Addicta.2018.5.4.0038)
- Erul, L., Özcan, T. (2023). Kahve Nutrasötik Bileşenlerinin ve Kafeinin Enerji Regülasyonu ve Egzersiz Performansı Üzerine Etkisi. *Food And Health*, 9(2), 170-183. <https://doi.org/10.3153/Fh23016>
- Ertunç, S. (2019). *Spor Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinde Gören Bireylerin Görüşlerine Göre Serbest Zaman Aktivitelerinin Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Sürecindeki Rolü*.s.70.
- Eryılmaz G., Gilbaz, N. (2019). Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Konulmuş Hastaların Aileleri İçin Rehber. *Üsküdar Üniversitesi Yayınları*, s.15.
- Gökler, R., Koçak, R. (2008). Uyuşturucu Ve Madde Bağımlılığı. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1,89-104.
- Gündüzalp, C. Yıldız E.P.(2020). Spor Yapan Bireylerin Teknoloji Bağımlılık Düzeylerinin

- Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi (Araştırma Makalesi). Ekev Akademi Dergisi, Sayı: 82. S.23-43.
- Hamurcu, P., (2023). Düzenli Egzersiz Yapan Üniversite Öğrencilerinde Kaslı Olma Dürtüsü, Kaslılık Odaklı Yeme Davranışı ve Egzersiz Bağımlılığı ile Beden Algısı, Yeme Bozukluğu Riski ve Fiziksel Aktivite Düzeyi İlişkisi: Tanımlayıcı Araştırma, Source. Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences, Vol. 15 Issue 1, p131-141. 11p.
- Hauck, C., Weiß, M.E., Sculte, L., Meule, A. Ellrott, T. (2017). Prevalence of 'Food Addiction' as Measured with the Yale Food Addiction Scale 2.0 in a Representative German Sample and Its Association with Sex, Age and Weight Categories , *Obes Facts*,10:12–24 DOI: 10.1159/000456013
- Hauck, C., Schipfer, M., Ellrott, T., Cook, B. (2020). "Always Do Your Best!"—The Relationship between Food Addiction, Exercise Dependence, and Perfectionism in Amateur Athletes. *Ger J Exerc Sport Res*. 50: 114–122.
- Kılıçarlan K, A.. (2021). Egzersizin Ruhsal Hastalıklar Üzerine Etkisi, in: Ağgön E., Çakmak Yıldızhan Y., Ağırbaş Ö. Editörler. Spor Sağlık Araştırmaları, Akademisyen Kitabevi. s.15-26.
- Koroğlu A, Erşan EE. (2018) Kafein Yoksunluğu ve Kannabis Yoksunluğu. Hocaoglu Ç, editör. DSM-5'in Yeni Tanıları. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.74-9.
- Köse, E., Bayköse, N., Bal Turan, E., Yerlisu Lapa, T. (2016). Düzenli Egzersiz Yapan Bireylerde Olumsuz Değerlendirilme Korkusunun Vücut Algılarını Belirlemedeki Rolü. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 6(2), 351-360.
- Kulu, M., Özsoy, F., Baykara, S. (2018). Bağımlılıkta Düzenli Egzersizin Benlik Saygısına Etkisi Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19(3):244-249, Doi: 10.5455/Apd.275090.
- Landolfi E. (2013).Exercise Addiction. *Sports Med*, 43:111–119 DOI 10.1007/s40279-012-0013-x. p.111.
- Lichtenstein, M. B., Larsen, K. S., Christiansen, E., Stoving, K. R. Bredahl T. V. (2014). Exercise Addiction in Team Sport and Individual Sport: Prevalences and Validation of The Exercise Addiction Inventory. *Addiction Research and Theory*, 22(5): 431–437. DOI: 10.3109/16066359.2013.875537.
- Lowe CJ. (2022). Expert insight: How Exercise Can Curb Your Junk Food Craving. *Western News*. January 04, 2022. Erişim Tarihi: 25.08.2024. <https://news.westernu.ca/2022/01/expert-insights-how-exercise-can-curb-your-junk-food-craving/>
- Mammen G, Faulkner G. (2013). Physical Activity and The Prevention of Depression: A Systematic Review of Prospective Studies. *Am J Prev Med*. 45(5):649-657.
- Nazlıgül, M.D., Yılmaz, A.E. (2019). Oyun Bağımlılığı ve Egzersiz Bağımlılığına Davranışsal Bağımlılık Çerçevesinden Bakış.Gaming Addiction and Exercise Addiction Within The Framework of Behavioral Addictions. *Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence*, 20(2):97-108.
- Öyekçin D.G. Deveci A. (2012). Yeme Bağımlılığının Etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(2):138-153 doi:10.5455/cap.20120409.
- Özden E. (2005). Travma Hastalarında Alkol Kullanım Bozuklukları: Sağlığı ve Nedensel İlişkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi. Adli Tıp Enstitüsü Müdürlüğü. Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, s.3.
- Özdenk, S. (2018). Beden Eğitimi ve Spor, Faydaları, Önemi ve Sınıflandırılması. In: Eraslan M. Editör. Spor Bilimlerinde Akademik Araştırmalar, Gece Akademi. s.77-89.
- Park, J.A., Park, M.H. , Shin J. H. , Li, B., Rolfe, D. T. , Yoo, J.Y. Dittmore S.W. (2016). Effect of Sports Participation on Internet Addiction Mediated By Self-Control: A Case of Korean Adolescents. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 37.p.164-169. [Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Kjss.2016.08.003](http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Kjss.2016.08.003)
- Pickering, C. Grgic, J. (2019). Caffeine and Exercise: What Next?. *Sports Medicine*, 49:1007–1030 <https://Doi.Org/10.1007/S40279-019-01101-0>
- Pınarcı G. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama, Patolojik Kumar Bağımlılığı ve İlişkili Karakter Özellikleri. Ege Üniversitesi. Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. S.1

- Reay, B., Attwood, N., Gooder, C. (2013). Inventing Sex: The Short History of Sex Addiction. *Sexuality & Culture*, 17:1–19 doi: 10.1007/s12119-012-9136-3
- Romero, B.C., Martinez A. H. Fernandez, M.L.P, Zafra , M.D.O., Laguna M.C.P, Almagro, J. R.(2021). Food Addiction and Lifestyle Habits among University Students, *Nutrients*, 1352. <https://doi.org/10.3390/nu13041352>.
- Rosenberg, K. P., Carnes P, O'connor, S. (2014). Evaluation and Treatment of Sex Addiction, 40:2, 77-91,doi: 10.1080/0092623X.2012.701268.
- Sharma, M. K., Rao G. N., Benegal, V., Thennarasu K., Thomas, D. (2017). Technology Addiction Survey: an Emerging Concern for Raising Awareness and Promotion of Healthy Use of Technology, *Indian Journal of Psychological Medicine*. Volume 39. Issue 4. July-August , p.495-499. Doi: 10.4103/ljpsym.ljpsym_171_17.
- Sim, Ş. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Anne Baba Tutumları ile Benlik Saygısı ve Kişilerarası Bağımlılık Eğilimleri Arasındaki İlişkilerde Psikolojik Doğum Sırasının Aracı Rolü. Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Mersin. S.45
- Taşdemir, M. (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Bağımlılık İle Mücadele Stratejik İletişim Başkanlığı, Bağımlılık İle Mücadele Stratejik İletişim Başkanlığı Belgesi, s.10.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. (2022). Türkiye Uyuşturucu Raporu: Eğitimler ve Gelişmeler. Erişim Tarihi: 25.08.2024.
- <https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1mlar/Turkiye-Uyusturucu-Raporu-2022.pdf>
- Toto, G. A. Strazzeri I. (2019). Sport And Physical Education as Prevention Against Technological Addictions, *Journal of Human Sport and Exercise*, p.1-7. Doi:https://Doi.Org/10.14198/Jhse.2019.141.11
- Tekin, A., Yetkin, A. Gürsoy, Ç. (2018). Genç Erişkinlerde Yeme Bağımlılığı ile Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 3, Sayı 4, s.171-178. DOI: 10.26453/otjhs.416562.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2023. Haber Bülteni Sayı: 49407. Yayımlanma tarihi: 29 Ağustos 2023. Erişim Tarihi: 25.08.2024. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-BilimTeknolojileri\(-BT\)KullanimArastirmasi202349407#:~:text=Hanehalk%C4%B1%20bili%C5%9Fim%20teknolojileri%20kullan%C4%B1m%20ara%C5%9F%C4%B1rmas%C4%B1,artarak%20%95%2C5%20oldu.&text=%C4%B0internet%20kullan%C4%B1m%20oran%C4%B1%2C%2016%2D74,y%C4%B1%C4%B1nda%20%87%2C1%20oldu](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-BilimTeknolojileri(-BT)KullanimArastirmasi202349407#:~:text=Hanehalk%C4%B1%20bili%C5%9Fim%20teknolojileri%20kullan%C4%B1m%20ara%C5%9F%C4%B1rmas%C4%B1,artarak%20%95%2C5%20oldu.&text=%C4%B0internet%20kullan%C4%B1m%20oran%C4%B1%2C%2016%2D74,y%C4%B1%C4%B1nda%20%87%2C1%20oldu).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). İstatistiklerle Gençlik, 2023. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2023. Haber Bülteni Sayı: 53677. Yayımlanma tarihi: 17 Mayıs 2024. Erişim Tarihi: 25.08.2024. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=IstatistiklerleGenclik202353677#:~:text=%C4%B0internet%20kullan%C3%A7lerin%20oran%C4%B1%20%97%2C5%20oldu&text=%C4%B0internet%20kullan%C4%B1m%20oran%C4%B1%2C%20gen%C3%A7%20erkeklerde,y%C4%B1%C4%B1nda%20%96%2C6%20oldu>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). İstatistiklerle Çocuk, 2021. Haber Bülteni Sayı:45633. Yayımlanma tarihi: 20 Nisan 2022. Erişim Tarihi: 25.08.2024. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk%20-2021-%2045633#:~:text=%C3%87ocuklar%C4%B1n%20%C4%B0internet%20kullan%C4%B1m%20oran%C4%B1%202021,y%C4%B1%C4%B1nda%20%82%2C7%20oldu>.
- Uçar, S.A. (2019). Yetişkinlerde Egzersiz Bağımlılığı ile Narsisizm Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, s.13.
- Ussher, M.H., Taylor, A.H., Faulkner, G.E.J. (2014). Exercise Interventions for Smoking Cessation. Version Published: 29 August 2014 Version History, s.1-70 <https://Doi.Org/10.1002/14651858.Cd002295.Pub5>
- Uzbay, İ. T. (2009). Madde Bağımlılığının Tedavisi. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21, 64-72.

- Ünlü, İ.E., Doğan, O., Keser, İ. (2023). Egzersizin Nikotin, Kokain, Metamfetamin, Opioidler ve Alkol Gibi Madde Bağımlılıklarındaki Yeri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1):70-78. Doi: 10.52881/Gsbdergi.1190904.
- Vardar, E., Vardar, S. A., Toksöz, İ., Süt, N. (2012). Egzersiz Bağımlılığı ve Psikopatolojik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25:51-57 DOI:10.5350/DAJPN2012250106.
- Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., Zhou, C. (2014). Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Explore Key Issues in Mental Health Published*, October 16, p.1-15. <https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0110728>
- Warner, R. Griffiths M.D. (2006). A Qualitative Thematic Analysis of Exercise Addiction: An Exploratory Study, *Int J Ment Health Addict*, 4: 13–26. DOI 10.1007/s11469-006-9000-5.
- World Health Organization (WHO). (2023). Tobacco. Erişim Tarihi:25.08.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Wurtzburg S. (2018). National Council on Problem Gambling <http://www.ncpgambling.org>, 264-267
- Landolfi Emilio, (2013) , Exercise Addiction, *Sports Med*, 43:111–119. doi: 10.1007/s40279-012-0013-x.
- Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Ersöz, Y., Işık, Ö., Saraçlı, S., Karagöz, Ş., Yağmur, R. (2017). Egzersiz Bağımlılığı, Yeme Tutum ve Davranışları İlişkisi. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 12 (1), 43-54.
- Yorgancıoğlu, A., Esen, A. (2000). Sigara Bağımlılığı ve Hekimler. *Toraks Dergisi*, 1:90-95
- Zorba, E., Saygın, Ö. (2009). Fiziksel Aktivite ve Fiziksel Uygunluk. *İnceler Ofset Matbaası*, s.37, 66,70.
- Zschucke, E., Heinz, A., Strohle A. (2012). Review Article Exercise and Physical Activity in The Therapy of Substance Use Disorders, *The Scientific World Journal*. Article Id 901741, 19 Pages Doi:10.1100/2012/901741.

BÖLÜM 5.9

Maneviyat ve Bağımlılık

Dr. İsa CEYLAN

University of Aberdeen The School of Divinity, History, Philosophy & Art History
Centre for Spirituality, Health and Disability

İçindekiler

Giriş

5.9.1. İnsana Varoluşçu ve Manevi Yaklaşım

5.9.2. Biyopsikososyal ve Manevi İhtiyaçlar

5.9.3. Maneviyat-Din İlişkisi

5.9.4. Maneviyatın Bağımlılıkla İlişkisi

5.9.5. Bağımlılıkla Mücadelede Manevi Kaynakların Rolü

5.9.5.1. Koruyucu ve önleyici rolü

5.9.5.2. Tedavi ve rehabilite edici rolü

5.9.6. Bağımlılıkla Mücadelede Psikososyal Yaklaşımlar ve Maneviyat

5.9.6.1. Manevi bakım/danışmanlık uygulamaları

5.9.6.2. Manevi temelli psikoterapi/danışmanlık yaklaşımları

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Günümüzde, bağımlılık sorunu küresel ölçekte ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımızda durmaktadır. Bağımlılık bir kişinin sosyal, duygusal, ruhsal, bedensel ve ilişkisel yaşamına zarar verebilen maddeleri (alkol, uyuşturucu, sigara vb.) veya alışkanlıkları/davranışları (kumar, teknoloji bağımlılığı vb.) sürekli ve kontrolsüz bir biçimde eylemlerine veya hayatına dâhil etmesidir. Kitabın bu bölümünde maneviyat ve bağımlılık arasındaki ilişki ele alınarak maneviyatın önleme ve müdahale açısından bağımlılıkla mücadeledeki rolü incelenmiştir.

Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları, kumar oynama bozukluğu gibi davranışsal bozuklukları da içerecek şekilde Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) tarafından DSM-5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) tanımlanmıştır. Bağımlılık, çok faktörlü etiyojisi ve tedavi seçeneklerinde yaşanan bazı belirsizlikler dâhil olmak üzere bütün halinde düşünüldüğünde ciddi bir halk sağlığı problemi olarak kendini göstermektedir. Bağımlılığın ontolojik arka planı ve bağımlılığı ortaya çıkaran sorun alanlarına yönelik müdahalelerin çok yönlü oluşu artan bir biçimde manevi meseleleri ve maneviyat temelli yaklaşımları akla getirmektedir. Ulusal ve uluslararası platformlarda düzenlenen akademik ve profesyonel toplantılarda, madde kullanım bozukluklarının yönetiminde maneviyatın koruyucu ve/veya tedavi edici yönünün yanında hem bir ihtiyaç hem de bir kaynak oluşu sıklıkla dillendirilmektedir (Ceylan ve Metcalf-White, 2019; Dossett, 2018). Bununla beraber farklı dünya görüşleri ve inanç sistemlerine göre değerlendirilebilen maneviyat fenomeni, bilimsel çalışmalara rehberlik eden sorun alanlarına göre kavram ve anlam dünyasını bulabilmektedir.

5.9.1. İnsana Varoluşçu ve Manevi Yaklaşım

Varoluş fenomeni, varoluşçu felsefenin merkezi kavramlarından biridir. Varoluş düşüncesi yaşamın anlamı, varoluşsal kaygılar, insanın özgürlüğü ve sorumluluğu temelindeki sorun alanlarıyla ilgilidir. İnsan; varoluşsal deneyimleri ve bu deneyimlerin ardındaki anlamları keşfetmeye çalışarak ve bilincinin farkındalığına yolculuk yaparak düşüncelerini, duygularını, eylemlerini ve planlarını sürekli olarak yeniden şekillendirir. İnsan varoluşu gereği dünya ile etkileşime geçerken özgürlük ve sorumluluk gibi temel insani meselelerle karşı karşıya gelir. Bu çerçevede varoluşçuluk, insanın yaşamındaki anlam arayışını da ele alıp sorgular ve hayatın ne anlama geldiğini öğrenmeye teşvik eder. Anlam arayışı insanın hislerini, inançlarını ve hedeflerini şekillendirir. Varoluş fenomeni aynı zamanda varoluşsal kaygıları da içerir (Zinnbauer vd., 1999). İnsan kendi varoluşunun belirsizliği, geçiciliği ve sonlu oluşuyla yüzleşir. Bu nedenle ölüm, yalnızlık, özgürlük ve sorumluluk gibi insan yaşamını anlamlı ve değerli kılan konular insanın varoluşsal kaygılarını; bağlanma ve iletişim stillerini etkiler.

Maneviyat ise doğuştan gelen ve tüm insanlara özgü bir kapasite ve eğilim olarak tanımlanır (Benjamin ve Looby, 1998). Maneviyat Türkçe'de çoğunlukla spiritüel kelimesiyle yakın anlamda kullanılmaktadır. Spiritüel kelimesi aslen Latince spiritus'tan gelir ve "yaşamı hissetmek; bir sisteme hayat veya canlılık veren" anlamlarında kullanılmıştır (Zohar ve Marshall, 2004: 21-22). Bu ruhsal eğilim bireyi bilgiye, sevgiye, anlama, barışa, umuda, aşkınlığa, intisaba, şefkate, esenliğe ve bütünlüğe doğru hareket ettirir. Maneviyat kişinin üretkenlik, büyüme ve bir değer sistemi geliştirme kapasitesini içerir. Maneviyat deneyimler, inançlar ve uygulamalar dâhil olmak üzere çeşitli fenomenleri kapsar. Psikospiritüel, dini ve transpersonel

boyutlar dâhil olmak üzere maneviyata çeşitli perspektiflerden yaklaşılır. Maneviyat genellikle kültür aracılığıyla ifade edilse de kültürden hem önce gelir hem de onu aşar (Miller, 2020: 412).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Cragun ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen “NonReligious-NonSpiritual Scale” isimli ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlik-güvenirlilik analizlerini içeren ölçek geliştirilme çalışmasında İngilizce “spiritual” kelimesi Türkçe’ye “spiritüel” ve “manevi” olmak üzere iki farklı şekilde tercüme edilmiş ve iki farklı araştırma gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların iki farklı kullanıma verdikleri cevaplar üzerinden yapılan analizlerde sonuçların önemli düzeyde değiştiği gözlenmiştir. Spiritüel ve manevi kavramlarının katılımcılar için farklı anlamlar çağrıştırdığı görülmüştür. Araştırmada Türkiye örnekleme açısından manevi/maneviyat kavramlarının daha anlaşılır, spiritüel/spiritüellik kavramlarının daha muğlak olduğu; spiritüel kavramına, maneviyata nazaran, dini inanca daha uzak ve hatta Tanrı’ya inançla ters orantılı bir anlam yüklediğini bulgulanmıştır. Maneviyat kavramının ise Müslümanlar arasında dini bir içerikte kullanıldığı; oysa Batı’da daha geniş bir anlamda ve dindarlığı aşan bir anlamda kullanıldığı gösterilmektedir. Bu nedenle Türkiye’de spiritüel kavramı yerine manevi kavramının kullanılmasının uygun olacağı sonucuna ulaşılmıştır (Sevinç vd., 2015). Yabancı literatürdeki spiritüelliğin ifade ettiği kısmen ruhsal sarhoşluk manasında kısmen de dogmatikliği içeren “spirit” kelimesinden öte; özgür iradenin ve bilinçli anlam arayışının merkezde olduğu maneviyat kelimesinin kullanılmasının Türkiye tipi varoluşsal anlayışa daha yakın olduğu düşünülmektedir.

Varoluşçulukta olduğu gibi maneviyat fenomeninin bireyin varoluşsal yapısında en güçlü karşılık bulduğu yer “anlam bulma” ihtiyacıdır. Zira maneviyat, dilbilimsel açıdan “mana (anlam)” kelimesinden türemiş olup insanın anlamına ilişkin tüm kavramsallaştırmaları altında toplayan şemsiye bir pozisyonudur. Seküler varoluş felsefesine göre, anlamsız ve saçma bir dünyaya fırlatılan insan, kendisine bir amaç ve değer yaratmaya çabalamaktadır. Bu yaşam yolculuğunda insan, “Ben neredeyim? Burada bulunma amacım ne? Beni buraya kim getirdi? Benden beklenen bir sorumluluk var mı?” gibi sorulara çeşitli açıklamalar getirmeye çalışmaktadır. Benzer şekilde bir tanrı düşüncesini kabul eden varoluşçuluk yaklaşımları bütün bu sorular karşısında yaşamın tanrının varlığıyla, onunla kurulan iletişimle ve ona duyulan sevgi ve güven bağıyla anlamlı olabileceği ve hayata anlam yüklenebileceğini ifade etmişlerdir. Böylelikle bireyin ahlakını ve değerlerini daha da güzelleştirmeye ve eylemlerinin niteliğini artırmaya istekli hale geleceğini söylemişlerdir. Dolayısıyla insanın anlam arayışında, keşfettiği anlamlara göre yaşam amacını ve değerlerini belirlemede maneviyatın merkezi bir role sahip olduğu görülmektedir.

Ölüm, yalnızlık, özgürlük, anlamsızlık gibi ontolojik veya varoluşsal meseleler nihai varoluşsal kaygılar olarak kabul edildiğinde insanlar hayatlarını sadece tıp ve sağlık alanlarına konu olan bir organizma olarak değil; varoluşun bir parçası olarak da tanımlanabilen daha derin bir düzeyde anlama fırsatına sahip olurlar. İnsan davranışlarının çoğunun temelinde varoluşsal kaygıların yattığını anlamak, onları psikiyatrik etiketlerin damgalanmasından kurtarmaya da yardımcı olur. Varoluşçu bir yaklaşım, iyileşmeye yönelik insancıl bir yoldur. Varoluşun nihai kaygılarından kaynaklanan varoluşsal endişeler ruh sağlığı hastalarının gelişimine, ilişkilerine, özünü yansıtmaya ve kendini gerçekleştirme engel olabilir. Ölüm ve sonrasına ilişkin

kaygı, bireyin güvenlikle meşgul olmasına yol açabilir. İnsanlara gerçek benliklerini kabul etmeyi, sevmeye ve hayata katılma cesaretini bulmayı öğretmek bu kaygının üstesinden gelmeleri öğretilir. Yalıtılmışlık korkusuna dayalı anlamsızlık kaygısı, insanları uç davranışlara yöneltebilir. Bu kapsamda klinik alanda çalışan uzmanlar, hastalarla başarılı terapötik ilişkiler kurarak onların bir aidiyet duygusu hissetmelerine yardımcı olabilirler. Ayrıca yaşamlarında anlamlı ilişkiler kurarak korkularını, travmatik ve zor deneyimlerini, kendini gerçekleştirme süreçlerine dönüştürmeye aracılık edebilirler. Suçluluk ve kınanma kaygısı, ruhsal özgürlük durumunun bir sonucudur ve hastaları mükemmeliyetçiliğe yöneltebilirler (Moore ve Goldner-Vukov, 2009).

İnsan, “beden, zihin ve ruhsal” boyutlarını kullanarak kendisiyle, yakın ve sosyal çevresiyle, doğayla ve var edeni ile etkileşimde bulunarak varoluşunun iletişimsel boyutunu da ayrıca deneyimler (Duyan, Kılıç, Pak Güre, 2021). İnsanlar sosyal varlıklar olduğundan, iletişim insanın varoluşunu şekillendirir; dolaylı yönden maneviyattan hem etkilenir hem de maneviyatı etkiler. İyi ilişkiler, empati, sevgi ve anlayışa dayanan iletişim beraberinde manevi bağlantıları güçlendirmeye vesile olur. Aynı zamanda manevi değerlerin paylaşımı ve birtakım dini/manevi etkinliklere katılım gibi iletişim süreçleri, manevi deneyimleri de desteklemiş olur.

Maneviyat hem büyüme ve iyileşmeye yönelik kişisel dürtülerin hem de birçok yaratıcı kültürel ve sosyal girişimin motivasyon kaynağıdır (Vaughan, 1991: 105). Psikolojik olarak sağlıklı maneviyat, dogma yerine deneyime dayanır; bireysel haklara ve farklı ibadet biçimlerine saygıyı esas tutar. Sorumluluk, üretkenlik ve şefkatle ilişkilidir. Psikolojik olarak nitelikli maneviyatın bazı özellikleri aynı zamanda psikolojik olgunluğun da özelliğidir ve şunları içerir (Vaughan, 1991: 116-118):

- Geçmiş bırakmak: Olumsuz duyguları serbest bırakmak, psikolojik olgunluk için gerekli bir temeldir. Tam olarak şimdide yaşamak, geçmişle ilişkili suçluluk ve kızgınlığı bırakmayı gerektirir.

- Korkularla yüzleşmek: Korkularla yüzleşmek, bireylerin içlerinde hissettikleri ve genellikle rahatsızlık veren korku, endişe veya kaygı gibi duygusal zorluklarla açıkça yüzleşmeleri ve bu duygularıyla başa çıkmayı öğrenmeleridir. Kaygı düzeyini azaltmak ve kişisel huzur düzeyini yükseltmek için kişinin korkularını ortaya çıkarması ve bunlarla yüzleşmesi gerekir.

- İçgörü ve affetme: Hem kendimizi hem de başkalarını daha iyi anladığımızda, hem kendimizi affetmeyi hem de bunu başkalarına yaymayı öğreniriz. Bazı dinsel öğretiler bize başkalarını affetmemizi söylerken psikoterapi kendini affetmeye odaklanma eğilimindedir. Her ikisi de ruhsal gelişimle ilgilidir.

- Sevgi ve şefkat: Kişisel ilişkilerde sevgi vermek ve almak, psikolojik olgunluğun ayrılmaz bir parçasıdır. Ruhsal deneyimde olduğu gibi içimizde bir sevgi kaynağı keşfedildiğinde karşılık beklemeden başkalarına özgürce yayılabilmektedir. O halde ilişkiler sadece fizyolojik ve güvenlik odaklı eksiklikler/ ihtiyaclar yerine, Maslow'un vurguladığı gibi, öncelik sırasına göre “sevgi/ait olma, saygınlık ve kendini gerçekleştirme” şeklinde sayılabilen üst ihtiyaçlara dayanır.

- Farkındalık: Hem yaşamsal deneyime hem de algı dünyasına yönelik dikkatin geliştirilmesi, insan zihninin gücünü tanımak için bir ön koşuldur. Korku ve arzu dürtülerinin insan davranışlarına etkisi hususundaki merkezi rolünün farkındalığı, insanın kendisini aldatmasını engellemek için önemlidir.

5.9.2. Biyopsikososyal ve Manevi İhtiyaçlar

Tüm organizmalar karmaşık dinamik sistemlerdir; deneyime yelken açan sürekli değişen etkileşim kalıplarıdır. İnsanlar ise benlik sahibi bu aktörlerdir ve her zaman çevreleriyle etkileşim halinde olan dinamik eylem yapılarıdır (Heyman, 2009). En gelişmiş ve donanımlı organizma olan insanın ihtiyaçları dünyevi yaşayış açısından “biyolojik, psikolojik ve sosyal” alanlarda ortaya çıkar. Genelci ve bütünsel çerçeveden bir sorun alanını ele almayı gaye edinen biyopsikososyal modeller, insanın bu üç alanını bir bütün olarak inceler; bedensel ve psikolojik sağlığını bu alanlardaki dengeye dayandığını vurgular. İnsanın biyopsikososyal ihtiyaçları, temelde söz konusu biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin müstakilen veya birliktelikleriyle tezahür eder.

Biyolojik ihtiyaçlar insanın fizyolojik sağlığını ve varlığını sürdürebilmesi için temel gereksinimleri içerir. Beslenme, üreme, su içme, uyuma ve barınma gibi biyolojik ihtiyaçlar, bedenin fonksiyonlarının düzgün çalışması için önemlidir. Psikolojik ihtiyaçlar insanın duygusal ve zihinsel sağlığını etkileyen ihtiyaçlardır. Sevgi, aidiyet, özgüven, özerklik, kendini gerçekleştirme ve içsel denge gibi psikolojik ihtiyaçlar, yaşamsal tatmin ve psikolojik sağlığı elde etme çabasını ifade eder. Sosyal ihtiyaçlar ise insanın toplumla bağlantısı ve sosyal ilişkiler geliştirme ihtiyacını temsil eder. Aidiyet, sosyal destek, iletişim ve toplumsal bağlılık gibi ihtiyaçlar, toplum içinde yer almayı ve diğer insanlarla etkileşimde bulunmayı gerektirir.

Bu üç alanla kurulan iletişim ve etkileşim insanın biyopsikososyal ihtiyaçlarını yansıtır. İnsanın sağlıklı ve dengeli bir yaşamı sürdürebilmesi için bu ihtiyaçların asgari düzeyde karşılanması gerekir. İnsanın biyolojik ihtiyaçlarına dikkat edilmezse, fiziksel sağlık ve dayanıklılık etkilenebilir. Psikolojik ihtiyaçlar karşılanmadığında, duygusal ve zihinsel sorunlara yol açabilir. Sosyal ihtiyaçların karşılanmaması ise yalnızlık, yalıtılmışlık ve toplumdan kopma gibi sorunlara yol açabilir. Bu nedenle, insanın biyopsikososyal ihtiyaçlarıyla tamamen ilgilenilmesi ve bu alanlarda denge sağlanması önemlidir.

Benzer biçimde insanın varoluşu itibarıyla sahip olduğu “beden, zihin, ruh” boyutları bilimsel incelemelere tabi tutulduğunda “biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi” açıdan ele alınmaktadır. Adı geçen boyutlar birbirleri ile etkileşim içinde olan ve insan varoluşunu şekillendiren ana unsurlardır. Biyopsikososyal inceleme alanları ise içi içe geçmiş girift bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, maneviyatın bu boyutlardan ayrı düşünülmemesi; çünkü maneviyatın insan yapısına ait unsurları bir arada tutan ve bu boyutların bir bütünlük içerisinde ahenkle işleyebilmesi için kaynaklık ve rehberlik eden bir pozisyonda olduğu söylenebilir.

Maneviyat, ruh-beden birlikteliğini savunur. Bu açıdan insan, duyularını kullanarak dünyayı deneyimlemeye çalışır. Varoluşu itibarıyla, hazza ulaşma, acıdan kaçma ve nihayetinde mutluluk arayışı için biyolojik/fizyolojik yapısını aktif bir biçimde kullanmaya ve sürekli eylem içerisinde olmaya ihtiyacı vardır. Maneviyat bireyin bedenle olan ilişkisini etkiler. Bazı manevi uygulamalar, bedensel farkındalığı artırarak ve bedenle uyumlu bir şekilde hareket etmeyi salık vererek insan bedenine ait duyuların pozitif yönde gelişimini etkileyebilir. Güzel, nitelikli müzikler ve musiki makamları; dini ritüellerde kulağa hoş gelen sesleri işitmek veya ilahiler dinlemek bazı kişiler için büyük ölçüde manevidir ya da içerisinde bulunan etkinliğin manevi etkisini artırıcı bir rol oynayabilmektedir. Özellikle Batı kültüründe ilahilerin maneviyatta çok büyük yeri vardır. Benzer şekilde doğanın güzelliği karşısında büyülenmek,

bir deniz kenarında haşmetli bir ağacın altında denizin dalgalarını görüp şırıltılarını dinlemek birçok birey için manevidir ve ruhun bir ihtiyacının tatminidir. Cami duvarlarındaki işlemleri ve motifleri görüp etkilenen kişiler de ayrıca dini mekânların maneviyatından sıklıkla bahsederek. Manevi ortamlarda ve etkinliklerde kokunun kullanımı manevi duyguların tatmini için sıklıkla kullanılan diğer bir uygulamadır. Tüm bu örneklerden anlaşılacağı üzere beş duyu organı aracılığıyla deneyimlenen manevi süreçler veya bu süreçlere eşlik eden manevi açılımlar maneviyatın insan fiziolojisiyle ne denli bütünleşik olduğunun açık bir göstergesidir.

İnsanın zihin dünyası; düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve bilincini içerir. İnsandaki zihinsel yapı manevi inanç ve değerlerin şekillendiği bir alandır. Maneviyat zihinsel düzlemde insanın anlam arayışını, huzurunu ve muhakeme yeteneğini destekleyerek akıl sağlığına olumlu yönde katkıda bulunabilir. Örneğin bir kişi iyimser bir düşünce yapısına sahipse, hayata ve olaylara olumlu bir perspektiften bakabilir ve manevi açıdan daha pozitif bir yaşantı elde edebilir. Dua, tefekkür, manevi okumalar veya ritüeller zihinsel odaklanmayı artırarak bireyin şimdi ve burada olmasına katkıda bulunabilir; zihinsel ve duygusal açıdan denge ve huzur sağlayabilir; manevi deneyimlere kapı aralayabilir. Pozitif duygular manevi huzur ve mutluluk hislerini olumlu etkileyebilirken negatif duyguların manevi deneyime olumsuz etkileri olabilir. Maneviyat duygusal durumlar ve stresle başa çıkma gibi psikolojik süreçleri de içerir. Aynı zamanda zihinsel ve duygusal deneyimleri derinleştirir ve zenginleştirir. Manevi uygulamalar, insanın derinliklerine inmesine ve manevi boyutta anlam ve değer bulmasına yardımcı olabilir (Cottingham, 2005).

İnsanın sosyal boyutuyla maneviyat arasındaki ilişki karmaşık ve zengin bir içeriğe sahiptir. İnsanlar sosyal varlıklardır ve bu nedenle sosyal bağlılıklar, insanların manevi yaşamlarını etkiler. Sosyal gruplar, bireylerin değerlerini, inançlarını ve manevi gelişimlerini etkiler; aynı zamanda manevi destek ve dayanışma sağlar. İnsanlar, sosyal etkileşimler ve empati yoluyla manevi deneyimlerini paylaşır ve bu, maneviyatlarının zenginleşmesine katkıda bulunur. Sosyal yardım ve hizmet anlayışı, maneviyatı güçlendiren bir araç olarak işlev görür ve insanların manevi amaçlarını toplumlarına katkıda bulunma arayışına dönüştürür. Böylelikle maneviyatın sosyal boyutu insanların kişisel ve toplumsal anlam arayışlarını bir araya getirir; ancak her birey bu ilişkiyi kişisel deneyimlerine bağlı olarak farklı şekilde yaşar (Zinnbauer ve Pargament, 2005).

Ruh boyutunda ise, insanın içsel yaşamının ortaya çıkışı insan varoluşunun en kritik yönüdür. Ruhsal deneyimler insanın kendini keşfetme, ruhsal büyüme, bütünlük ve huzur arayışını içerir. Maneviyat ruhun ihtiyaçlarını ve özünü besleyerek içsel derinliği keşfetme, manevi iyilik halini artırma ve dinginliği yakalama süreçlerine katkıda bulunabilir. Varoluşçu ve manevi açıdan ruhsal meseleler ayrılmaz bir şekilde psikolojik sağlıkla iç içedir. Hümanist ve transpersonel psikolojinin kurucularından biri olan Abraham Maslow (1970) her bireyin ruhsal ihtiyaçlarla ve aşkın deneyimler için bir özlemle doğduğuna inanmaktadır. Gözlemlerinde psikolojik olarak en sağlıklı bireylerin yaşamla iyi bütünleşmiş, derin bir maneviyat duygusuna sahip kişiler olduğuna işaret etmektedir (Forsyth, 2017: 309).

İnsanın biyopsikososyal ihtiyaçlarının yanında ruhuyla ilgili varoluşsal ihtiyaçları çoğu zaman bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının önüne geçebilmektedir. Galatı meşhur (*kelime ve deyimlerin geniş bir kesim tarafından yanlış bir şekilde kullanılması ve dile bu şekilde yerleşmesi*) olarak bilim dünyası profesyonelleri "ruh sağlığı" ifadesini akıl/zihin sağlığı (mental health) veya psikolojik sağlık

anlamında kullanılır. Bununla beraber ontolojik ve epistemolojik zeminde ruhsal ihtiyaçlardan bahsedildiğinde özü itibarıyla “manevi ihtiyaçlar”ın kastedildiği ifade edilebilir.

İnsanın “manevi ihtiyaçları” ruhsal ve psikolojik boyutlarını kapsayan derin varoluşsal gereksinimlerini ifade eder. İnsan; hayatın anlamını sorgulama, kendi varoluşunun amacını keşfetme ve hayatta bir anlam bulma ihtiyacı duyar. Aynı zamanda evrensel bir bütünün parçası olduğunu hissetme, bir toplulukla bağ kurma ve kendi dünyasından daha büyük bir dünyada yerli hissetme ihtiyacı taşır (Wong, 2007). Benötesi deneyimler aracılığıyla kendini aşan bir gerçekliğe bağlanma arzusu güder. Değerlerinin belirlenmesi, etik davranışlar sergileme ve vicdanının rehberliği altında yaşama gereksinimi duyar. Hoşgörü, bağışlama ve affetme gibi değerleri benimser. Manevi ihtiyaçların karşılanması, insanın ruhunu besleyerek psikososyal ve ruhsal açıdan bütüncül bir sağlığı, ruhsal tatmini ve yaşamın anlamını bulma sürecini destekler. İnsanlar farklı yollarla bu ihtiyaçlarını karşılayabilirler. Dinî inançlar, tefekkür odaklı etkinlikler, doğa ile bağlantı, sanat ve sportif faaliyetler, felsefi düşünceler, sosyal yardım gibi alanlar “manevi ihtiyaçların” tatminini aramada önemli rol oynayabilir. Tedavinin önünü açmak ve sağlıklı kalabilmek için bu ihtiyacın karşılanması zaruridir (Gümüş vd., 2014: 102). Böylelikle maneviyat biyopsikososyal yaklaşımdaki tamamlayıcı rolüyle beden, zihnen ve ruhen sağlıklı bir yaşam tarzı edinilmesine imkân tanır.

Manevi ihtiyaçlar “bağımlılık ve maneviyat” literatürü incelendiğinde şu şekilde özetlenebilir: *“Bağımlılık ve iletişim, güven, sevgi, anlam, amaç, seçim yapma ve sorumluluk üstlenme özgürlüğü, kendini geliştirme, sabır ve üretkenlik, kendini aşma ve potansiyelini keşfetme, tefekkür ve derinlik arama, sonsuzluk düşüncesi, vicdanî değer yargıları, iyilik ve cömertlik, nezaket, hoşgörü ve kabul, şükür, affetme ve bağışlanma, şefkat, umut ve başarı, dini uğraşlar”*. Biyopsikososyal ve manevi ihtiyaçların dengeli bir biçimde karşılanması nihai varoluşsal gereksinimleri tatmin ederek gerçek mutluluğu ve huzuru yakalamaya vesile olabilir.

5.9.3. Maneviyat-Din İlişkisi

Maneviyat, insanın daha çok ruhsal ve içsel boyutlarıyla ilgili düşünce ve deneyimlerini içeren fenomenolojik bir alandır. Maneviyat, sevgi ve şefkate dayanan, insanın kendi gücünden daha büyük bir gücü tanınmasıdır. İnsan yaşamına bakış açısı katan, anlam ve amaç veren bir güçtür. İnsanın kendisinden daha fazlasıyla ve her şeyle bağlantı kurma arzusudur. İnsanların hayatlarında onlara acı veren şeyleri değiştirme gücüne sahip olduklarını kabul etmelerini sağlayabilir (Cleary, 2019: 15). İnsan deneyimleri üzerinden yaşam ve davranışlara yansıyan bu görüngüler, insanın benötesi boyutunu, anlam arayışını, değerlerini ve inançlarını geliştirmesini; derin ruhsal tatmin ve bağımlılık hissini ifade eder.

Din ise inanç sistemleri, kurallar, ritüeller ve toplumsal yapılar gibi unsurları içeren organize ve kurumsal bir yapıdır. Din, tanrı ve insan anlayışına bağlı olarak sunduğu dünya görüşünü paylaşan kişilerde psikososyal uyum söz konusudur. Her ne kadar birbiriyle yakından ilişkili olsalar ve birbirlerini sürekli besleseler de dinin sosyal etki boyutu kadar bireysel etki boyutu da dikkatten kaçmamalıdır (Yapıcı, 2013: 17-18). Zira din bir topluluğun ortak inançlarını, değerlerini ve ibadetlerini paylaşan insanları bir araya getirir. Bireyin maneviyatını düzenleyen ve manevi deneyimleri destekleyen bir pozisyonda bulunabilir; maneviyatın da önemli bir kaynağı olarak görülebilir. İnsanların maneviyat deneyimlerini yaşamalarında ve anlamlı

bir bağlantı kurmalarında din, birçok insan için bir çerçeve veya referans kaynağı olarak işlev görür.

Özellikle Batı kültüründe maneviyat (spiritüallite), dinin bir parçası olmadan da yaşanabilir ve insanlar manevi deneyimlerini doğal, evrensel veya transandantal kaynaklardan elde edebilirler. Her ne kadar sıklıkla dini inançlarla bağlantı kurulsa da maneviyat sadece dini boyutları değil; ayrıca insanın bireysel yaşam amacı, kişisel değerleri, etik/ahlaki düşünceleri ile ilişkilerinin yanında; yaşamda yer alan doğa olaylarının büyüleyiciliği gibi alanları da kapsayabilir.

İnsanlar din üzerinden maneviyat dillerini şekillendirip söylem geliştirebilirler, topluluk içerisinde bağlılık hissi yaşayabilir ve manevi rehberlik alabilirler. Ancak herkes maneviyatı din aracılığıyla yaşamayabilir. Bir kişi maneviyatı, farklı dini veya din dışı inanç sistemlerine dayandırabilir yahut kişisel manevi bir yol tercih edebilir. İnsanlar maneviyatlarını doğada, sanatta, meditasyonda, sporda, felsefi düşüncelerde veya içsel keşiflerde bulduklarını söyleyebilirler. Dolayısıyla maneviyat daha çok, kişinin içsel deneyimlerinden kaynaklanırken; din içsel deneyimlerin yanında toplumun ortak inançlarını ve ibadetlerini de içeren kurumsal bir yapıdır. Bununla beraber dinin ve maneviyatın ortak ve geçişken unsurlarının olduğunu da ek olarak belirtmek gerekir. Zira din de maneviyat gibi takipçilerine hayatın manası ve yaşam gayesi üzerinde düşünmeyi; inançlarını, değerlerini ve davranışlarını bu düşünceye göre tayin etmelerini salık vermektedir. Yaşamın var edeni ve düzenleyeni olarak bir tanrıya bağlanma, ona güvenip kendi varoluşuna anlam ve değer atfetme süreçleri birçok insan için maneviyatın bizzat kendisi olabilir. Dünya üzerindeki insanların %80'inden fazlasının tanrının varlığını kabul ederek yaşamına anlam, amaç ve değer atfetme eğiliminde olduğu göz önünde bulundurulduğunda maneviyatın din ve tanrı düşüncesinden tamamen bağımsız bir alan olduğunu iddia etmek akılla ve bilimle örtüşmeyecektir (Yapıcı, 2013: 4). Bu sav ancak bireysel tercihler ve görüşlerin ürünü olabilir. Zira maneviyatı araştırmaya değer bir fenomen veya problem alanı olarak görüp görmemek, büyük oranda maneviyatı araştıran bilim insanının dini veya seküler dünya görüşüyle ilişkilidir. Bununla beraber son yıllarda dini olmayan bireysel maneviyatçılık düşüncelerinin arttığı göz önünde bulundurulduğunda en azından belli toplumlarda ilerleyen yıllarda din-maneviyat ilişkisinin niteliği ve içeriği hakkında yeni çalışmalara ihtiyaç olacağı açıktır.

DİKKAT

Maneviyat, insanın daha çok ruhsal ve içsel boyutlarıyla ilgili hislerini, düşüncelerini ve deneyimlerini içeren fenomenolojik bir alandır.

5.9.4. Maneviyatın Bağımlılıkla İlişkisi

Bağımlılık, beyindeki ödül-motivasyon sistemlerinin bozulmasını netice veren psikiyatrik bir bozukluktur (Koob ve Le Moal, 2008). Bu soruna insanın genetik, zihinsel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutundaki herhangi bir veya birkaç sistemin bozulması yol açabilir. Zararlı maddelerin veya davranışların sürekli ve kontrolsüz bir şekilde kullanılması veya gerçekleştirilmesi, bağımlılığın belirtileridir. Bağımlılığın altında yatan patolojiler, birbiriyle etkileşime giren üç ana anormallik türünü içerir (West ve Brown, 2013):

1. Ödüle karşı yüksek duyarlılık eğilimi gibi cezadan öğrenme yeteneğinin de

düşük olması; kaygı, depresyon veya dürtüsellik;

2. Güçlü bir şekilde yerleşmiş bir alışkanlığın veya kazanılmış bir dürtünün edilmesi gibi bağımlılık davranışının kendisinden kaynaklanan motivasyon sistemindeki anormallikler;
3. Herhangi bir faaliyete katılmak için güçlü sosyal veya diğer baskıların varlığı gibi bireyin sosyal veya fiziksel ortamındaki anormallikleri.

Bu patolojik durumlar, bağımlı bireyin kendisine ve bağımlılığın nesnelere yönelik davranış biçimini ve düşüncelerini bir dizi yolla etkiler. Hayatı planlama ve yakın çevreye tepki verme şeklini belirleyebilir. Dolayısıyla bağımlılık; yapılan seçimleri, ihtiyaçları ve arzuları etkiler ancak yalnızca bu seçimler üzerinden anlaşılabilir. Genellikle alışkanlık edinilmiş bir öğeyi içerir; fakat bir alışkanlıktan daha fazlasıdır. Kısacası bağımlılığı değişen görüngüleriyle anlamak, tüm motivasyon sisteminin anlaşılmasını gerektirir (West ve Brown, 2013: 230).

Bazı insanlar yaşama devam edebilme motivasyonunu artıran anlam ve tatmin duygusunu hayatında bulamazsa, bu boşluğu doldurmak için bağımlılık yapıcı zararlı maddelere veya davranışlara yönelebilmektedir. Alkol veya madde kullanımı, başlangıçta kişilere geçici bir rahatlama, keyif veya kaçış hissi verebilir. Ancak bu tür bağımlılıklar, zamanla insanın varoluşsal, psikolojik ve manevi ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılayamaz. Aksine alkol veya madde, gerçek anlam ve amaçtan uzaklaştırabilir, ilişkileri bozabilir, değerleri sarsabilir ve kişinin içsel huzurunu tahrip edebilir. İlâveten “manevi ihtiyaçlar” ontolojisi gereği yaşamın zorluklarının getirdiği sıkıntılarda, stres durumlarında, kaygı veya duygusal boşluklarda ve yaşamda mutluluk ihtiyacının güçlendiği zaman dilimlerinde belirgin bir biçimde tezahür etmektedir. Bu çerçevede maneviyat, bir kişinin stresle başa çıkma ve duygusal zorluklarla mücadele etme kapasitesini artırabilir. Bağımlı bireyler, huzur bulma ve bağlantı kurma ihtiyacı nedeniyle manevi kaynaklara yönelebilirler. Bağımlılığın etiyolojik arka planını anlamaya ve bağımlılık sorununu çözmeye yönelik geliştirilen tüm modeller yaptıkları açıklamalarda maneviyat bileşenini gözetmezse, tam anlamıyla istenen neticeyi veremeyecektir (Heyman, 2009: 142). Dolayısıyla maneviyat bağımlılıkla mücadelede, bağımlılık tedavi süreçlerinde dikkate alınması gereken bir konudur.

Davranışsal bağımlılıklarda ise belirli bir davranışa aşırı düşkünlük gösterme ve kontrol edilemeyen bir şekilde davranışı devam ettirme durumu belirgindir. Bu tür bağımlılıkların “kumar, teknoloji, yeme, cinsel bağımlılık vb.” birçok çeşidi vardır. Davranışsal bağımlılıkların birçoğu alkol ve madde bağımlılığıyla benzer biçimde boşluk duygusu ve yaşamın getirdiği stresli durumlardan kaynaklanan anlamsızlık, saçmalık düşüncesi ve acıdan kaçmanın bir şeklidir denilebilir. Bazen de gerçek mutluluğu aramanın yön değiştirmiş halidir. İstismar, yabancılaşma hissi, aidiyet eksikliği, ekonomik zorluklar, cinsel kimlik bunalımları, travmatik deneyimler, sosyal dışlanma, etiketlenme gibi süreçleri deneyimleyen özel gruplardaki bireylerde bağımlılık riski oluşabilir ve beraberinde manevi duygu ve düşünceler belirebilir (Villa, 2023). Özellikle çeşitli psikososyal sorunlarla yüzleşen bu gruplarda manevi krizler ve açılımlar meydana gelebilir. Bu süreçlerde söz konusu problemlerle baş edebilmek için maneviyata başvurulabilmektedir.

DİKKAT

Jung'un Adsız Alkoliklerin kurucusu Bill'e yazdığı mektupta şu ifadeler kullanılır: "Görüyorsunuz ki Latince alkol "spiritus"tur ve aynı kelimeyi en yüksek dini deneyim için olduğu kadar en ahlaksız zehir için de kullanıyorsunuz. Bu nedenle yardımcı formül şudur: "Spiritus contra spiritum". Spiritus contra spiritum aynen kelime kelime tercüme edildiğinde "alkole karşı ruh" anlamına gelir. Cümle bütünlüğüne göre tercüme edildiğinde, "alkol bağımlılığına karşı manevi bir deneyim" anlamına gelir. Spiritus Latince'de hem alkollü içecekler/içkiler; hem de en yüksek dini deneyim anlamına gelmektedir (Jung, kişisel iletişim, 30 Ocak 1961; Lessa ve Scanlon, 2006: 15).

Maneviyatın bağımlılıkla ilişkisi çok yönlüdür. Araştırmalar, maneviyatın bağımlılıkla mücadelede genellikle olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Maneviyatın, insanların hayatlarında onlara acı veren şeyleri değiştirme gücüne sahip olduklarını kabul etmekle ilgili olduğu bilinmektedir (Booth, 2012; Cleary, 2019: 15). Araştırmalara göre maneviyat ve manevi deneyimler, sakin veya huzurlu bir zihin durumu ve olumlu düşünmeyi destekleyen bir uyum sağlar (Xi ve Lee, 2021); aynı zamanda yüksek düzeyde bir hassasiyet ve ruhsal tatmin için gerekli olan kararlılık motivasyonu işlevi görür (Vaughan, 2002). Açıkçası herhangi bir bireyin öznel durumunun hem ortak hem de biricik unsurlarının etkileşimini düşünmek mümkündür. Bu, herhangi bir bireye özgü olabilecek psikolojik, fizyolojik, sosyal ve manevi faktörleri içerir (Griffiths, 2005: 23-24). Bağımlılık süreciyle başa çıkmak ve maneviyat ilişkisini güçlendirmek için kişiselleştirilmiş yaklaşımlar ve destek mekanizmaları da önemlidir (Fischer vd., 2010). Her bir grup kendi deneyimleri, ihtiyaçları ve güçlükleri açısından farklılık gösterir. Bireysel ve toplumsal düzeyde maneviyatın öneminin kavranması ve desteğin sağlanması, bağımlılıkla mücadelede etkili bir strateji olabilir (Laudet, 2008). Bu şekilde, bireyler daha sağlıklı ve anlamlı bir yaşam sürdürme yolunda desteklenirken bağımlılık süreci de önlenmiş veya hafifletilmiş olabilir. Salgın süreçleri gibi olağanüstü durumlarda, bağımlı bireylerin stres gibi risk unsurlarıyla baş edebilmeleri amacıyla manevi ihtiyaçlarının tespit edilerek manevi uygulamalar yoluyla psikolojik sağlık sorunları ve stresle baş etme durumları üzerinde çalışılabilir.

Modern psikolojinin babası olarak görülen William James, neslimizin en büyük devrimini, insanların zihinlerinin iç tutumlarını değiştirerek hayatlarının dış yönlerini değiştirebileceklerinin keşfi olarak görmüştür. Genel psikiyatri ve tıp alanındaki literatürle karşılaştırıldığında, bağımlılık tedavisi alanındaki literatür maneviyat referansları açısından zengindir (Cook, 2004; Galanter, 2006; Piacentine, 2013). Ancak maneviyat ve iyileşme arasındaki ilişkiyi sistematik olarak incelemek için ayrıca geniş bir araştırmaya ihtiyaç vardır (Grodzicki ve Galanter, 2006). Bu kapsamda önemli sayılabilecek Cook'un (2004) çalışması aşağıdadır:

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Maneviyatın literatürde tekrar eden 13 kavramsal bileşenini tespit etmek mümkün olmuştur. Maneviyatın bu kavramsal bileşenleri arasında en sık olarak “ilişki” ve “aşkınlık” ile karşılaşılmıştır. “Anlam/amaç”, “bütünlük (dinsel olmayan)” ve “bilinç” ile psikoloji ve tıbbın diğer alanlarıyla ilişkili olarak sistematik olmayan bir şekilde maneviyat temasının tespit edildiği makale örneklerine sıklıkla rastlanırken; doğrudan “bağımlılık ve maneviyat” üzerine hazırlanmış makalelere daha az rastlanılmaktadır. Bununla birlikte, literatürdeki önyargılar dikkat çekicidir. Örneğin yayınların büyük çoğunluğu Kuzey Amerika’dandır; ayrıca 12 Adım Geleneği ve Hıristiyan maneviyatının bu alana olan ilgisi hâkimdir. Dolayısıyla maneviyat, bağımlılık alanında anlaşıldığı kadarıyla, yakın tarihe kadar yetersiz bir şekilde tanımlanmıştır. “Bağımlılık ve maneviyat ilişkisine” yönelik literatürde yer alan maneviyat tanımlarının 13 kavramsal bileşeni geçici olarak tanımlanmış ve gelecekteki araştırmalar için temel olabilecek şekilde aşağıda özetlenmiştir (Cook, 2004: 539):

- İlişkililik: Kişilerarası ilişkiler
- Aşkınlık: Hayatın aşkın bir boyutunun tanınması
- İnsanlık: İnsanın ayırt edici özelliği
- Çekirdek/kuvvet/ruh: Bir kişinin iç “çekirdeği”, “kuvvet” veya “ruhu”
- Anlam/amaç: Hayatın anlamı ve amacı
- Özgünlük/gerçek: Özgünlük ve gerçek
- Değerler: Değerler, önem ve değer
- Maddi olmayan: Manevi olanın maddi olana karşıtlığı
- Dinsel olmayan: Maneviyatın dine karşıtlığı veya din ile özdeşlik oluşu
- Bütünlük: Bütünsel sağlık, bütünlük veya sağlık
- Kendini tanıma: Kendini tanıma ve kendini gerçekleştirme
- Yaratıcılık: İnsan aktörünün yaratıcılığı
- Bilinç: Bilinç ve farkındalık

Bağımlılıktan kurtulmak için farklı yollar deneyen ve başarısız olan birçok bağımlı birey iyileşme azmini sürdürmek için maddi güçlerden daha büyük bir güce ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Özgürleşmek için maneviyata başvurmuşlar, maneviyatlarının desteğini alarak ailelerinin dini geçmişi, dini öğretileri, deneyim alışverişi, sosyal destekler gibi faktörlerin önemli olduğunu kavramışlardır. Bu nedenle bağımlılığı tedavi etmede, maneviyatın yüksek bir şekilde dikkate alınması gerekebilir. Din düşüncesini destekleyen maneviyat yaklaşımları ile bağımlılık arasında negatif ilişkilerin varlığı sıklıkla bilimsel çalışmalara konu olmaktadır. Bu şekildeki yaklaşımların avantajları arasında, başlıca Batılı tek tanrılı dinlerin çoğu taraftarı için olumsuz çağrışımlardan arınmış olması sayılabilir. Öte yandan “alışılmadık bir maneviyat biçiminin kullanılması” bazı dezavantajlara yol açabilir; örneğin birçok kişinin tanıdık inançlarına getirdiği çöşkuyu canlandıramayabilir (Heinz vd., 2010: 144-146). Böylelikle yapay ve sathi bir maneviyat yaklaşımı ve içeriği; bağımlı

birey tarafından değersiz ve işlevsiz görülebilir. Dahası belirgin bir dine müntesip bireylerin otantik ve özgün maneviyat algılarından uzak olarak yapılandırılmış benlik şemaları ya da psiko-eğitsel maneviyat programları bazı katılımcılar tarafından beklenen ilgiyi görmeyebilir.

5.9.5. Bağımlılıkla Mücadelede Manevi Kaynakların Rolü

5.9.5.1. Koruyucu ve önleyici rolü

Manevi kaynaklar bireylerin içsel güçlerini ve anlamlarını beslemelerine yardımcı olur; umudu canlı tutma, güçlenme ve iyileşme potansiyelini artırır. Sıklıkla kişinin inançları, değerleri, dini uygulamaları, dua, tefekkür, doğa ile bağlantı kurma gibi eylemleri içerir. Manevi kaynaklar, varoluşsal ihtiyaçların giderilememesinden kaynaklı krizlerin açtığı boşluğu doldurma konusunda koruyucu/önleyici bir işlev görür. Bağımlılık, bireyin yaşamında anlam ve amaç eksikliği yaratabildiği veya bu eksiklikten kaynaklanabildiği için manevi kaynaklar, bireyin anlam arayışına rehberlik eder, değerlerine dayalı olarak yaşamasını teşvik eder ve yaşamına derinlik katar. Bu da bireyin bağımlılıktan uzak ve sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemesini, bağımlılığın yerini tutacak pozitif aktivitelere yönelmesini sağlar.

Maneviyat ve bağımlılık ilişkisinin çerçevesini profesyoneller arası bir yaklaşım ile çizmek, yalnızca araştırmalara fayda sağlamakla kalmaz, aynı zamanda madde bağımlılığını önleme alanını güçlendirir (Kub ve Solari-Twadell, 2013). Maneviyat, bağımlılık ve iyileşme üzerine yapılan nicel ve nitel araştırmalar, daha yüksek düzeyde dindarlık ve maneviyat sahibi olan bireylerin alkol ve diğer uyuşturucu maddeleri tüketme olasılığının daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Beraldo vd., 2019; Miller, 2020; Motyka ve Al-İmam, 2020). Ayrıca bu araştırmalar, düşük düzeyde maneviyat ve anlam sahibi olan kişilerin madde kullanım bozuklukları için artan risk altında olduğunu iletmektedir.

Bazı araştırmacılar, aşırı alkol ve uyuşturucu kullanımının varoluşsal krizlerin kendi kendine tedavisi olarak görülebileceğini düşünmüşlerdir (Ventegodt vd., 2003). Tedavi gören danışanlar ise yaşamlarında bir dönüm noktası, kendilerinden ve her şeyden daha yüksek bir gücün koruması ve desteği, bir iç sesin rehberliği, yaşamın anlamı, şükran ve iyileşme arayan diğerleriyle birlikte insanlığa hizmet etme açısından maneviyattan bahseder (Arnold vd., 2002). İyileşmeye yönelik manevi bir yönelim, daha yüksek bir yaşam kalitesi ve memnuniyeti, iyimserlik, sosyal destek, daha düşük stres ve çatışma seviyeleri ile ilişkilidir (Corrington Jr, 1989; Pardini vd., 2000).

Kapsamlı bağımlılık araştırmaları sadece biyomedikal, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörleri değil; aynı zamanda bireyin ruhsal/manevi yönlerini de içermelidir (Miller, 1998). Maneviyatın iyileşmede önemli olduğuna dair yaygın inanç, bugüne kadarki bulgularla tutarlıdır; ancak literatür manevi süreçlerin veya müdahalelerin bağımlılığı ve buna bağlı ıstırapı hafifletmeye yardımcı olabileceği yolları daha yeni yeni keşfetmeye başlamıştır (Geppert vd., 2007). Bu açıdan maneviyat fenomeninin hangi kültür, dünya görüşü veya dinden etkilendiği veya beslendiğinin araştırılarak ulaşılan kavram ve olguların maneviyatın koruyucu etkisindeki rolüne yönelik daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Davey ve arkadaşlarının araştırmasına göre (2022) tütün kullanımı eğilimi yüksek olan Çinli Budist ergenler, dini faaliyetlerle de daha fazla meşgul olma eğilimindedir. Bu sonuç çeşitli kültürel bağlamlarda tütünün dini, manevi ve sosyal anlamlarıyla birlikte değerlendirilebilmektedir. Diğer tabirle madde kullanımının daha iyi manevi esenliğe aracılık edebileceği ima edilmektedir. Bu çalışma, Avrupa merkezli çalışmalarda yer yer görülen “bağımlılık ile din/maneviyat” değişkenleri arasındaki doğrusal ilişkilerle benzerlik göstermektedir. Ayrıca madde kaynaklı duyuşal deneyimlerin, sanılanın aksine, manevi duyguları artırabileceğine ve maneviyatın koruyucu işlevlerini öngören ABD merkezli hipotezler ve etnosentrik kişilere karşı uyarıda bulunur. Daha önceki çalışmalarda gözden kaçan bir diğer nokta, Hristiyan ve Yahudi geleneklerinde şarap içmek ve Budist törenlerinde alkol kullanımı gibi belli başlı dinlerde dua, ritüel ve törenlerde madde kullanımının dahil edilmesidir (Newman vd., 2006). Başka bir deyişle, araştırmalarda dinin ve/veya maneviyatın madde kullanımına karşı korumaktan ziyade onaylayabileceği olasılığına karşı duyarlı olunmalıdır. Dinlerin ve kültürel bağlamların belirli yönleri hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

5.9.5.2. *Tedavi ve rehabilite edici rolü*

Maneviyat aynı zamanda aktif bir şekilde bağımlılıkla mücadele eden bireylerin kendilerini oldukları gibi kabul etmelerine ve affetmelerine yardımcı olur. Manevi etkinlikler bağımlı bireyin tedavi ve değişim sürecinde umutla ilerlemesini, iyileşme için enerji ve motivasyon bulmasını sağlar (Best ve Lubman, 2012). Kendilerini sevgiyle kabul etmesini ve hatalarını affetmesini kolaylaştırabilir. Bu, bireyin geçmişteki travmatik deneyimlerinden öğrenerek güçlenmesine ve kendini olumlu bir şekilde yeniden inşa etmesine fırsat sağlar. Bağımlı bireylerin bağımlılığın nedenlerini ele alma, umut ve yeni bir başlangıç için kaynak sağlama, yaşamsal kabullenme ve anlamı yeniden keşfetme gibi konularda önemli bir destek sunabilir (Wong, 2011). Bu şekilde bireyler sağlıklı bir yaşam tarzına yönelerek bağımlılığı geride bırakabilir ve daha coşuklu bir hayata adım atabilir.

Maneviyatın madde kullanım bozuklukları için bir panzehir görevi görebileceğine dair her geçen gün artan sayıda bilimsel çalışma vardır. Yapılan araştırmalardaki maneviyat ölçümlerinde daha yüksek puanlara sahip danışanların, düşük puanlara sahip olanlara göre tedaviyi takiben yoksunluk yaşama olasılıklarının daha az olduğu gözlemlenmiştir (Avants vd., 2001; Jarusiewicz, 2000; Miller, 1998; Waters ve Shafer, 2005). Madde bağımlılığından kurtulan insanların duaya, bir Tanrı inancına ve güçlü bir değişim inancına büyük önem verme eğiliminde olduğunu gösteren önceki çalışmalara benzer biçimde bazı diğer araştırmalar, dini inanç ve maneviyatın birçok olumlu zihinsel ve fiziksel sağlık sonucu ile ilişkili olduğunu bulmuştur (D. Cragun vd., 2016; Hussain, 2011).

Bağımlılık tedavisi alanında çalışan terapistler tarafından alkol ve uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde manevi kavramların kullanılıyor oluşu, bazıları tarafından maneviyatın değerinin en açık göstergesi olarak görülür ve bu yapı iyileşmede merkezi iyileştirici faktör olarak kabul edilebilir (Zinnbauer vd., 1999). Maneviyat odaklı oturumlarıyla ün salmış Adsız Alkolikler (AA) gibi destek gruplarına katılan-

ların, tedaviye kabul edildikten üç yıl sonra iyileşmeyi oldukça etkiledikleri tespit edilmiştir (Kaskutas vd., 2003). Dikkate değer başka bir bulgu, “önceki dindarlığın” veya “maneviyatın”, iyileşmeye başlama ve sürdürme aşamalarında manevi bir yönelimin faydalarını elde etmek için bir ön koşul olmadığıdır (Christo ve Franey, 1995). Tedavi gören danışanların çoğu, uzun vadeli iyileşmeleri için maneviyatın faydalarını kabul etmekte ve tedavinin manevi bileşenlerinin mevcudiyetini desteklemektedir (Shorkey vd., 2008).

Şiddetli alkol ve diğer uyuşturucu sorunlarının çözümünde maneviyatın potansiyel rolü, ABD’deki bağımlılık tedavisi ve iyileşme tarihinde temel bir öncüdür. Maneviyata yönelik tedavi ve iyileşme destek topluluklarının kültürel egemenliği profesyonel ve kamusal tartışmaların, seküler alternatif iyileşme müdahalelerinin ve maneviyatın bağımlılığı iyileştirmedeki rolünü bilimsel olarak değerlendirme çabalarının önünü açmıştır (White, 1998). Diğer bir çalışmada ise iyileşen bireylerin yüksek düzeyde dini inanç ve dini bağlılık bildirme eğiliminde olduğunu; ancak kendilerini dindardan ziyade manevi olarak değerlendirmeyi seçtiklerini, maneviyat ve dindarlığın madde bağımlılığından kurtulan insanlara farklı terapötik faydaları olabileceğini bulmuştur. Bu çerçevede maneviyat daha iyimser bir yaşam görüşüne katkıda bulunabildiği gibi, dini inancın da stres için bir tampon görevi gördüğü söylenebilir. Bununla birlikte gelecekteki çalışmaların; dini ve manevi faktörlerdeki değişikliklerin bireylerin ruh sağlığını nasıl etkilediğini ve bu etkilerin madde kötüye kullanımında nasıl etkili olabileceğini incelemesi gerektiği ifade edilmektedir (Plan-te ve Pardini, 2000). Maneviyatın iyileşme üzerindeki etkisinin, bireylerin dindarlıklarıyla güçlü bir ilişkisi olmasının yanında dindarlıktan bağımsız olabileceğini de ayrıca belirtmek gerekir.

Araştırma örneklerinde görüldüğü üzere maneviyat, operasyonel terimlerle tanımlanması zor olsa da bazı (belki de birçok) madde bağımlısı için iyileşmede muhtemelen önemli bir motive edicidir. Hastaların bunu nasıl deneyimledikleri ve konvansiyonel tedavi ortamlarında iyileşmeye yönelik seyirlerinde yapıcı bir şekilde dile getirilebilme derecesi konusunda daha fazla netliğe ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, hastaların çoğunun buna önem verdiği ve tedavilerinde daha büyük bir rol oynamasını arzuladıkları görülüyor. Öyle anlaşılıyor ki bu bütüncül yapının belirli hastaların “ayıklığı kabulü”nü nasıl etkilediği ve terapötik tedavi biçimleri için kanıtların gerekli olduğu bir alanda tedavi sonucuna göre nasıl değişkenlik göstereceği konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Galanter vd., 2007: 263).

5.9.6. Bağımlılıkla Mücadelede Psikososyal Yaklaşımlar ve Maneviyat

Alkol/madde kullanıcılarının ve diğer davranışsal bağımlılığı olan bireylerin zaman zaman tedavi hakkında bocalamaları sık rastlanan bir durumdur. Bağımlı bireylerin değişmek için verdikleri kararlar ve sözler zaman içinde değişebilmektedir. Bu çatışma ve bocalamanın ardındaki “nedensellik”; bağımlılıktan vazgeçme isteksizliği ve maddeyi bırakma korkusudur. Madde bağımlısı olan kişiler için kullandıkları maddelerden aldıkları haz, hayatlarındaki diğer bütün ihtiyaç ve hazların üzerindedir. Bu çerçevede yazarın değerlendirmesi şu şekildedir: “Doğru” ya da “en iyi” olan tek bir müdahale yöntemi yoktur. Eğer öyle olsaydı, madde kullanımı ve bağımlılığı sorunları kolayca çözülür ve farklı tedavi yöntemlerinin savunucuları arasındaki önemsiz çekişmeler son bulurdu. Belirlenen psikososyal ve manevi ihtiyaçları doğrultusunda tedavi planları derinlemesine düşünülmeli, tek bir müdahale yöntemi veya farklı müdahalelerin birleşimi ya da farklı müdahale

öğelerinin kullanımı sonucunda tedavi planı uygulanmalıdır.

Mevcut durumda bağımlılıkla mücadele amacıyla geliştirilen psikososyal modeller ve yaklaşımlar bağımlı bireyin deneyimlediği sorunların fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal alanlarda ele alınmasını hedeflerken maneviyat odaklı yaklaşımlar bireyin ruhsal dünyasına ve anlam arayışına odaklanmayı esas almaktadır. Bu iki yaklaşımın birleşimi, bağımlılıkla mücadelede daha kapsamlı ve etkin bir müdahale ve mücadele yöntemi sunmaktadır. Psikososyal ve manevi yaklaşımlar, bağımlılığın temelinde yatan nedenleri ve tetikleyicilerini anlamaya çalışır. Bireyin davranışlarına yön veren duygusal ve toplumsal faktörleri göz önünde bulundurarak herhangi bir biçimde bağımlılığı olan kişiye bilişsel, davranışsal, ruhsal ve duygusal açılardan müdahale eder. Böyle bir yaklaşım, bireyin bağımlılıkla ilişkili düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmesini, sağlıklı alışkanlıklar geliştirmesini ve yaşamında olumlu yönde değişimi hedefler. Psikososyal yaklaşımlar ve maneviyat birlikte çalıştığında, bağımlılıkla mücadele eden bireylere daha bütüncül bir destek sağlanabilir (Sulmasy, 2002). Söz konusu alanlar birbirini destekleyecek şekilde bütüncül olarak çalıştırıldığında bireyin bağımlılıktan kurtulma sürecinde daha sağlam bir temel oluşturmasına ve temiz kalma sürecini sürdürmeye hizmet edecektir.

5.9.6.1. Manevi bakım/danışmanlık uygulamaları

Bağımlılıkla mücadelede manevi bakım ve manevi danışmanlık uygulamaları, bireylerin manevi ihtiyaçlarını ele alan ve manevi kaynaklardan faydalanan bir destek yaklaşımıdır. Manevi bakım veya danışmanlık yapan uzmanlar bireyin inançlarını, değerlerini ve anlam arayışlarını dikkate alarak onlarla özel bir bağ kurarlar; bağımlılıkla mücadele eden bireylere manevi boyutta destek sağlayarak ruhsal yaşantılarına bakım yapmayı, güçlenmelerini, bağımlılıkla ilişkili zorluklarla başa çıkabilmelerini amaçlarlar. Bu destek ve bakım hizmeti bireylerin davranışlarının arka planındaki dinamikleri anlamalarına ve bağımlılığın kök nedenleriyle yüzleşmelerine yardımcı olur (Azizah vd., 2023). Manevi bakım ve danışmanlık niyetin gücü, vicdan gelişimi, inanç temelli uygulamalar, dua, iletişim stilleri, tefekkür, affetme çalışmaları, manevi destek grupları gibi içerik ve uygulamaları kullanabilir. Bireyler manevi bakım aracılığıyla umut, değişim inancını geliştirme ve anlam bulma sürecine girer; bağımlılığıyla mücadele ederken manevi bir rehberlik kaynağına sahip olurlar (Bensaid vd., 2021).

Manevi danışmanlar, manevi veya dini inançlara sahip bireylerin hayatla organik ve zorlama olmadan kendi benzersiz, akıcı ilişkilerini kurmalarına rehberlik ederler. Bağımlı bireylerin kendilerinden ve herkesten daha yüksek bir güce yönelik inançları, seansların/oturumların bel kemiğidir; ancak ilişkili birçok konu ele alınabilir. Manevi bakım daha çok bireylerin psikososyal ve manevi ihtiyaçlarına odaklanırken manevi danışmanlık uygulamaları danışmanlık becerilerinin ön planda tutulduğu ve danışmanın ayna konumunda olduğu bir süreçtir. Manevi bakım başta hemşirelik olmak üzere birçok bilim dalının ve uygulama alanının temel unsurlarından biridir (Young vd., 2007). Manevi bakım özellikle sağlık sorunlarının artırdığı bedensel ve psikolojik acıları manevi açıdan sağaltarak bakım yapmayı amaçlar. Manevi bakımın ağrıyı hafiflettiği ve kaygıyı azalttığına; fizyolojik, psikolojik ve ruh sağlığını koruduğuna, iletişimi güçlendirdiğine dair birçok araştırma sonucuna ulaşılmıştır (Garschagen vd., 2015; Karimollahi vd., 2017; Oliveira vd., 2020; Straßner vd., 2019).

Dikkat

“Manevi bakım” daha çok bireylerin psikososyal ve manevi ihtiyaçlarına odaklanırken; manevi danışmanlık uygulamaları danışanların getirdiği sorunlara odaklanılan, danışmanlık becerilerinin ön planda tutulduğu ve danışmanın ayna konumunda olduğu bir süreçtir.

Bireyin manevi ihtiyaçlarını değerlendirerek gerekli bakımın sağlanması, manevi bakım verenin kendi dini veya manevi inanç, ilgi veya fikirlerinden etkilenmeden gerçekleşebiliyorsa, hastanın kendi manevi kaynaklarından faydalanması mümkün olabilir (Gümüş vd., 2014: 102). Örneğin, Adsız Alkolikler (Alcoholics Anonymous World Services, 2022) veya Narkotikler (Narcotics Anonymous, 2019) gibi 12 adımlı programlara katılan insanlar, genellikle “bu bir manevî programdır veya “maneviyatınızı veya En Yüksek Gücü keşfetmemizi sağlıyor” gibi ifadeler duyarlar. Nitekim bağımlı bireylerce “din ve maneviyat” kavramları psikoeğitim ve danışmanlık uygulamalarında anlatılan, konuşulan bir alan değil; tanımı ve tarifi kişiye özgü olan, biricik olarak deneyimlenen görüngülerdir. Bağımlı bir birey tıbbi, sosyal veya duygusal süreçlerin hepsinde kendisine ait manevi unsurlar bulabilir. Bu süreçlerin bir kısmını manevi olarak adlandırabilir. Hatta sayılan bu süreçlerin tamamını maneviyatın tam da kendisi olarak değerlendirebilir. Dolayısıyla bu anlamlandırma ve maneviyatla ilişkilendirme sürecinde bireylerin yaşantılarına eşlik etmeyi, duygularını paylaşmayı, yanında olmayı merkeze alan manevi yaklaşımlar değerlendirilmeli ve holistik tedavi yaklaşımlarında mutlaka yer almalıdır. Bağımlılığı önleme ve bağımlılığa müdahale açısından önerilen modeller özellikle değişimin ilerlemesinde ve sonuç olarak bir dönüşüm sağlanmasında yetersiz kaldığında manevi ihtiyaçların gerekliliği gün yüzüne çıkmaktadır (Ceylan, 2021).

Manevi danışmanlar, temel dini konuların yanı sıra, maneviyatı kullanarak insanların manevi sorunlarını çözmek için çeşitli müdahalelerin bilgisine sahip olmalıdır. Doğru iletişim biçimlerine sahip olmak, hastalarla manevi ittifak kurmak ve iletişim psikolojisi tekniklerini uygulamak önemlidir. Psikolojik sağlık boyutunun önemi göz önüne alındığında, sağlık sistemi personelinin bu konuya aşina hale getirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması ve eğitimlerin verilmesi önemlidir. Eğitim kurslarının içeriğindeki değişiklikler, manevi temelli danışmanlık hizmetlerinin sağlanması için gerekli çerçevenin oluşturulmasının yanı sıra din görevlilerinin işbirliği de tartışılmalı ve değerlendirilmelidir.

5.9.6.2. Manevi temelli psikoterapi/danışmanlık yaklaşımları

Bağımlılıkla mücadelede manevi temelli psikoterapi uygulamaları, bireylerin bağımlılıkla ilişkili zorluklarla başa çıkmalarına ve içsel dönüşüm sağlamalarına yardımcı olmak için manevi kaynaklardan yararlanan bir terapi yaklaşımıdır. Bu tür uygulamalarda terapist bireyin manevi inançlarını, değerlerini ve anlam arayışlarını anlamak için özveriyle çalışır. Terapist, bireyin manevi kaynaklarına bağlanmasını, ruhuyla iletişim kurmayı deneyimlemesini ve bağımlılıkla mücadele sürecinde güçlü bir destek bulmasını sağlar. Terapi sürecinde bireyin bağımlılığa bağlı olarak yaşadığı acı, utanç, suçluluk ve umutsuzluk gibi duygusal zorluklar ele alınır. Terapist bağışlanma, kabul ve kendini affetme gibi manevi konuları derinlemesine keşfedilmesine yardımcı olur. Ayrıca, bağımlı bireylerin manevi danışmanlık ve rehberlik ihtiyaçlarına yönelik olarak varoluşçu terapilere maneviyatın entegre edilmesi faydalı olabilir. Varoluşçu terapiler, toplumun beklentilerine yabancılaşmış hisseden birey-

lere evrensel insan kaygılarını anlamak için bir çerçeve sağlar (Nigesh ve Saranya, 2017). Bu terapiler, danışmanın kişisel ve özgün bir terapötik stil inşa etmesine yardımcı olabilir.

Maneviyat, bağımlı danışanın bağımlılık sürecinde yaşadığı zorlukları ve kayıpları “kişisel büyüme ve gelişme fırsatına” dönüştürmesine yardımcı olabilir, böylece iyileşmeyi hızlandırabilir. İyileşmeye yönelik ruhsal bir odaklanma, danışanın bağımlılığının nüksetme ihtimalini azaltan dengeli bir yaşam tarzı bulmasına, iyileşmeyi sürdürmesine yardımcı olabilir. Bu yolculuk danışanın ruhsal kimliğini geliştirebilecek özel danışmanlık tekniklerinin ve kaynaklarının kullanılmasını gerektirir. Danışanlar ayrıca maneviyatlarını ve manevi gelişimlerini etkileyen çok kültürlü faktörlere sahip olabilirler (Miller, 2020: 419-420). Tedavinin başlangıcında manevi değerlendirmeleri desteklemek ve aynı zamanda manevi inançları ve uygulamaları tedavi sürecine dâhil etmek, madde bağımlısı hastaların uzun vadeli iyileşme için gerekli olan güçlü yönleri, inançları ve uygulamaları belirlemelerine yardımcı olabilir (Carter, 1998: 412).

Bakım alanların/danışanların maneviyat anlayışları, iyileşme süreci boyunca maneviyatın nasıl tanımlandığı ve kullanıldığı konusunda önemli değişimler sergiler. Bağımlılık danışmanlarına her danışanın otantik, aşamaya bağlı maneviyat yorumunu (en yüksek güce inanarak veya inanmayarak) desteklemeleri ve maneviyata yaşamın anlamı ve amacının daha geniş çerçevesi içinde yaklaşımları tavsiye edilir. Maneviyatın iyileşme başlangıcındaki rolü ani, dönüştürücü değişimin gücüne açık kalmayı gerektirir. Pek çok danışan, yaşamlarındaki bir “dönüm noktası”ndan ruhsal terimlerle bahseder. Bu tür deneyimler genellikle ölüme yakın deneyimler (aşırı dozlar, intihar girişimleri, şiddete maruz kalma nedeniyle), HIV/AIDS, yakın arkadaşların bağımlılığa bağlı ölümleri ve hapsedilmeler bağlamında ortaya çıkar. Bağımlılık danışmanları, bu tür deneyimlerin kalıcı etkisini arttırmada önemli bir rol oynayabilir (White ve Laudet, 2006: 4).

Bireysel terapi tekniklerinin yanında karşılıklı yardım düşüncesini esas alan grup terapilerindeki dinamikler zaman zaman bireysel terapilerden daha etkin ve dönüştürücü olabilmektedir. Manevi temelli grup terapilerinde, bağımlılıkla mücadele eden bireyleri bir araya getirerek destekleyici bir grup ortamı oluşturulmaktadır. Grup üyeleri manevi inançlarını paylaşabilir, deneyimlerini aktarabilir ve birbirlerine destek olabilir. Böylelikle bireylerin manevi bağlantılarını güçlendirmelerine ve bağımlılıkla mücadelede birlikte ilerlemelerine yardımcı olunabilir.

Diğer insanlarla bağlantı kurmak; terapistlerin mesleklerine anlam katma yönelimlerini pekiştirmektedir. Bu anlamın, bağımlılık alanında çalışma isteğini ve bağımlılık alanındaki kariyeri sürdürme motivasyonunu pekiştirdiği görülmektedir (Pratt ve Ashforth 2003). Böyle bir maneviyat, öznel bir deneyim olsa da bağımlılık terapistlerinin etkinliklerini arttırmada önemli bir işlev görmektedir. Bağımlılıkla mücadele eden veya iyileşme sürecine giren bireylerle çalışırken terapistin sahip olduğu manevi anlayış, bilgi ve yeterlilik onların etkinliklerini artırmaktadır. Bir terapist, bağımlılık tedavisi alanında çalışırken açık, yargılayıcı olmayan, şefkatli ortam oluşturan bir manevi anlayışa, bilgiye ve yeterliliğe sahip olduğunda bağımlılıkla mücadele eden bireye yardımcı olma kapasitesi artmaktadır. (Treloar, Dubreuil, ve Miranda'ya (2014: 38) göre bağımlılık tedavisi alanında çalışırken manevi yeterlilik terapistin/danışmanın; danışanın kendi amaçlarını ve temel değerlerini belirlenmesine veya yeniden keşfetmesine, bu temel değerleri destekleyen davranışlar geliştirmesine, olumsuz sonuçlarını fark etmesine yardımcı olma yeteneğini artırabilir.

Dolayısıyla danışmanlık sürecine manevi bir bileşeni dâhil ederek bağımlı bireyi insan topluluğuna geri çekmenin bir aracı haline getirebilir. Bir umut duygusu aşılabilir ve onları iyileşme hayatlarında anlam bulmaya teşvik edebilir (Miller, 2020: 411). Eğer bir terapist maneviyatın önemli olmadığına inanıyor veya kendi manevi anlayışını göz ardı ediyorsa, danışanın ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamayabilir ve kendi etkisini ve rolünü fark etmeyebilir. Bu nedenle, terapistin manevi anlayışı ve kişisel gelişimi, danışanlarla etkili bir ilişki kurma ve onlara daha iyi rehberlik etme konusunda kritik öneme sahiptir (Cleary, 2019: 18). Terapötik danışmanlık becerilerinde yer alan “kendini açma ve kendini katma” süreçleri manevi danışmanlık ve rehberlik süreçlerinde danışmanların kendi manevi yaşayışlarını danışanlarıyla paylaşması ve konuyla ilgili olarak gelecekte olası manevi yaşantılarını danışma sürecine yansıtması bu bağlamda hassaten ehemmiyetlidir. Danışanların ruhsal esenliği ve bu değişken ile danışmanlarının ruhsal esenliği arasındaki olası ilişki hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Brooks Jr ve Matthews, 2000: 30-31).

Özet noktalar

Bu bölümde maneviyat ve bağımlılık ilişkisinin ontolojik ve epistemolojik zeminden yola çıkarak bağımlılıkla mücadelede insana bütüncül olarak yaklaşmanın değeri ve önemi üzerinde durulmuştur. Söz konusu bütüncül yaklaşımda maneviyatın hem önemli bir bileşen oluşu hem de diğer bileşenlerle karşılıklı ve güçlü etkileşimine değinilmiştir.

Maneviyat fenomeni, “anlam” odaklı görüngüleriyle Varoluşçuluk yaklaşımının ilgi alanlarıyla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. İnsana ait aynı duygu, düşünce ve davranış süreçleri yer yer hem manevi hem de varoluşçu eğilimlerin diliyle ifade edilebilmektedir. Buradan anlaşılıyor ki adı geçen süreçlere ilişkin varoluşçu kavramlar, özü itibarıyla manevi yaşantılar ile benzerdir ve manevi okumalar yoluyla yeniden anlamlandırılmaktadır. Nitekim varoluşçuluk ve maneviyat fenomenlerinin her ikisinin de merkezinde anlam bulma kaygısı yer almaktadır.

İnsanlar; birbiriyle etkileşim içerisinde olan ve varoluşunu şekillendiren “bedensel, zihinsel ve ruhsal” ihtiyaçlarıyla donatılmıştır ve bu ihtiyaçlarını gidererek yaşamını sürdürmektedirler. Bu ihtiyaçlar bilimsel açıdan insanın “biyolojik/fizyolojik, duygusal, sosyal, ruhsal/manevi ihtiyaçları” olarak incelenir. Özellikle hastalıklar, bireyin söz konusu ihtiyaç alanlarını artırır. Ruhsal/manevi ihtiyaçları, hem insanın adı geçen ihtiyaçlar kümesinde önemli bir alanı teşkil eder; hem de diğer ihtiyaç alanlarını kucaklayarak onlarla güçlü bir iletişim ve etkileşim halindedir. Bedensel, zihinsel, ruhsal ve iletişimsel açıdan dengeli bir şekilde gelişim sağlamak, maneviyatın da güçlenmesini destekleyebilir. İnsanlar, maneviyat aracılığıyla biyopsikososyal ihtiyaçlarına daha kapsamlı bir şekilde yanıt verebilir ve bütüncül bir sağlık ve refah deneyimi yaşayabilirler.

Maneviyat, insan bedeniyle bağlantılı olarak manevi inançlar ve pratikler aracılığıyla biyolojik ihtiyaçlarını destekleyen bir anlam ve bağlantı hissi geliştirebilir. Örneğin birçok insan, doğada beş duyusu aracılığıyla edindiği deneyimlerin tefekkür, dua veya ibadet bilinciyle sağlığına ve bedenine iyi geldiğinin farkındadır. Psikolojik açıdan ise insan; manevi inançları ve uygulamaları aracılığıyla anlam, güven, sevgi ve bağlılık hissini geliştirebilir; böylece duygusal ve zihinsel ihtiyaçlarını tatmin edebilir. Bu çerçevede maneviyat, insanların öz değerlerini keşfetmelerine ve psikolojik sağlıklarını desteklemelerine yardımcı olur. Sosyal ihtiyaçlar bağlamında insanlar, aidiyet, kabul, destek, iletişim, aile bilinci ve sosyal ilişkilerin sağladığı bağlılık hissi

gibi arayışlar içerisindeydir. Maneviyat toplulukları bir araya getirir, ortak inançlar ve değerler etrafında bağımlılık hissi oluşturur. İnsanlara sosyal destek sağlar; empati kurlmaları, şefkat ve hoşgörü göstermeleri konusunda cesaretlendirir.

Maneviyat, insanın daha çok ruhsal ve içsel boyutlarıyla ilgili düşünce ve deneyimlerini içeren; yaşama bakış açısı katan; anlam amaç ve güç veren fenomenolojik bir alandır. İnsanın kendisinden daha fazlasıyla ve her şeyle bağlantı kurma arzusu- dur. Din ise inanç ve davranış sistemleri, dindarlık biçimleri, ritüeller ve toplumsal yapılar gibi unsurları içeren organize ve kurumsal bir yapıdır. Bireyin maneviyatını düzenleyen ve manevi deneyimleri destekleyen bir pozisyonda bulunabilir; manevi- yatın da önemli bir çerçeve ve referans kaynağı olarak görülebilir. Dinin ve manevi- yatın ortak ve geçişken unsurlarının olduğunu özellikle belirtmek gerekir. Zira din de maneviyat gibi inanırlarına hayatın manası ve yaşam gayesi üzerinde düşünmeyi; anlamlı bir bağlantı kurmayı; inançlarını, değerlerini ve davranışlarını bu düşünceye göre tayin etmelerini salık vermektedir. İnsanlar, din üzerinden maneviyat dillerini şekillendirip söylem geliştirebilirler, topluluk içinde bağımlılık hissi yaşayabilir ve manevi rehberlik alabilirler. Bazı insanlar maneviyatlarını dini çerçeveler içinde yaşayabilirken; bazıları maneviyatlarını dinden uzakta veya farklı inanç sistemleriyle de yaşayabilir. Her ikisi de bireylerin ruhsal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada önemli roller oynayabilir.

Maneviyatın bağımlılıkla ilişkisi ve çok yönlüdür. Araştırmalar, maneviyatın bağımlılıkla mücadelede sıklıkla olumlu bir etkisi olduğuna işaret etmektedir. Maneviyat insanlara anlam, destek, rehberlik ve stresle başa çıkma becerileri sağlayarak bağımlılık riskini azaltabildiğinden dolayı maneviyatın bağımlılıkla mücadelede değerli bir kaynak olarak ele alınması önemlidir. Bağımlılık, geçici bir rahatlama sağlasa da gerçek anlam ve amaçtan uzaklaşmaya yol açar. Bu anlamda manevi destek ve rehberlik, bağımlılıkla mücadele eden kişilere değişim umudu, motivasyonu ve gücü verir. Manevi yaşayışta yer alan insan varoluşunun derinliğine dönme, ruhsal dinginliği yeniden keşfetme ve gerçek tatmini elde etme süreci bağımlılıktan kurtulmanın önemli bir parçası olabilir.

Özel durumlarda ve gruplarda da bağımlılık durumlarının kendine has ihtiyaçları ve kendine özgü zorlukları vardır. Kadınlarda, gebelerde, çocuklarda, ergenlerde, sağlık çalışanlarında, göçmenlerde, yaşlılarda, cinsel kimlik sorunları yaşayanlarda bağımlılık süreci ve maneviyat ilişkisi, her bir grubun kendine özgü zorlukları ve ihtiyaçlarıyla ilişkilidir. Maneviyat özel durumu olan bu gruplardaki bireylerin ruhsal güçlerini keşfetmelerine, anlamlı ve manevi bağlantılar kurarak destekleyici bir topluluk ile dışsal bir motivasyon bulmalarına, sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemelerine, içsel motivasyonlarını ve hedeflerini belirleyerek kendilerini güçlendirmelerine, zorluklarla başa çıkmalarına, duygusal dengeyi korumalarına ve bağımlılık sürecinden kaçınmalarına yardımcı olabilir.

Bağımlılıkla mücadelede manevi kaynaklardan yararlanmak, bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal ve ruhsal iyilik halini güçlendirmeye yardımcı olabilir. Sağlıklı bir yaşam tarzına yönlendirme konusunda bağımlılık riskini azaltıcı destek sağlayabilir. Koruyucu ve önleyici boyutta maneviyat psikolojik güçlenme, anlam arayışı, değerlere dayalı yaşam, sosyal iletişim ve kendini aşma gibi alanlarda destek sağlar. Bu şekilde etik ve ahlaki değerlerin rehberliğinde davranmaya yönlendirerek insanların bağımlılıktan korunması veya bir kalkan oluşturur. Tedavi ve rehabilite edici bağlamda ise maneviyat; bağımlılığın nedenlerini ele alma, umut ve iyileşme için bir kaynak sağlama, kendini kabullenme ve anlamı yeniden keşfetme konularında

bireylere rehberlik eder. Anlam, umut, güç, sabır, bağlılık, sorumluluk ve psikolojik denge gibi alanlarda sağladığı destek, anlayış ve farkındalık ile aile üyelerine bağımlılıkla mücadele sürecinde destek olur ve onları motive eder. Böylece aile üyeleri kendilerini daha güçlü hissedebilir, birlikte iyileşme yolunda ilerleyebilir ve sağlıklı bir gelecek inşa edebilirler. Özellikle sosyal hizmet perspektifinden, ailenin bağımlılıkla mücadele sürecinde aktif bir şekilde yer alması ve bağımlı olan kişiye destek olması önemlidir.

Dini veya manevi topluluklar bağımlılıkla mücadelede destek, paylaşma ve birlikte iyileşme imkânı sunabilir. Bireyin ruhsal potansiyelini keşfetmesine, kendi değerlerine dayalı olarak yaşamını şekillendirmesine ve bağımlılığı kontrol altında tutabildiği bir yaşam sürmesine yardımcı olabilir. Son olarak manevi kaynaklar bireyin yaşamın derin anlamını keşfetmesine, büyük resme bakmasına, kendini bağımlılık sürecinin ötesinde bir varoluşsal bağlama yerleştirmesine, kendilerini daha derinlemesine anlamalarına, hatalarıyla yüzleşmelerine ve kendi içsel güçlerini keşfetmelerine yardımcı olabilir.

Bağımlılıkla mücadele sürecinde manevi bakım ve danışmanlık uygulamaları bireylerin iç huzur yakalamasına ve rahatlama sağlamasına yardımcı olur. Manevi kaynaklara bağlanma ve manevi pratiklerin uygulanması bireylerin duygusal dengeyi bulmasını, hızlı ve yoğun bir yaşamın artırabildiği stresi azaltmasını ve içsel sükûneti deneyimlemesini sağlar. Genellikle anlamsızlık ve boşluk hissiyle ilişkili olan bağımlılık sürecinde manevi bakım ve danışmanlık uygulamaları bireylere yaşamda ve evrende var olan anlamları keşfetme ve yeni anlamlar üretme fırsatının yanında bireyin değerlerine dayalı bir yaşam sürme ve yaşamın derinliğini deneyimleme imkânı sağlar. Bu uygulamalar ayrıca sosyal destek ağlarını güçlendirir, empati ve anlayışı artırır, ilişkilerin niteliğinin artmasına katkıda bulunur. Bireyler, manevi bağlantılarını geliştirerek aileleriyle ve toplumla daha gerçekçi ve samimi bir etkileşim kurabilir ve destekleyici ilişkiler keşfedebilir. Bağımlılığı geride bırakma ve daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimseme konusunda da destek olur. Bağımlılık ve maneviyat arasındaki ilişki her birey için farklı olabilir. Bağımlılığın altında yatan nedenler ve maneviyatın algılanışı kişiden kişiye değişebilir. Bu nedenle, bağımlılık tedavisi ve maneviyatın entegrasyonu, her danışanın özel ihtiyaçlarına ve inançlarına duyarlı olarak eklektik bir şekilde ele alınmalıdır.

Bağımlılık tedavi merkezlerinde maneviyata dayalı danışmanlık ve rehberlik seanslarına katılım teşvik edilmeli ve multidisipliner işbirliği sağlanmalıdır. Bu tür destekler, bağımlılığa karşı tutumları değiştirebilir ve temiz kalma sürecini destekleyebilir. Bağımlılık terapistleri, insanlarla bağlantı kurma ve onlara yardım etme amacıyla çalıştıkları için genellikle mutluluk ve anlam bulurlar. Terapistlerin maneviyatla deneyimledikleri anlam, bağımlı kişilere yardım etme yeteneklerini artırabilir. Bu nedenle, bağımlılık terapistleri arasındaki manevi anlayış, bilgi ve yeterlilik, bağımlılıkla mücadele eden veya iyileşme sürecine giren bireylerle çalışırken etkinliklerini artırır.

AA'nın maneviyat dilinde olduğu gibi bağımlı bireylerin dine olan bağlılığını veya mesafeli duruşlarını nazara alan bütünleştirici zemin, danışanın bulunduğu yerden hareket ederek maneviyattan dine pencereler açılmasına izin verebilir veya dinin desteklediği maneviyat anlayışını ele alabilir. Böylelikle bağımlı bireylerin ortak çıkarları gözetilerek maneviyatın değişimde ve arınmadaki kaynaklık ve enerji rolü vurgulanabilir. Terapi ve danışmanlık süreçlerinde bağımlı bireylerin özgün maneviyat dillerini kullanmalarına veya dinin manevi yönünü ön plana çıkarmalarına alan

açmak her şeyden önce evrensel insan hakkıdır. Bağımlılık riskini artıran psikolojik rahatsızlıkları azaltması ve bağımlı bireylerin arınmasına katkı sağlayan psikolojik iyi oluş düzeylerini artırması yönüyle maneviyat; özellikle din psikolojisi başta olmak üzere ilgili disiplinlerin işbirliğinde eklektik bir biçimde önleme ve müdahale boyutlarıyla tedavi, bakım ve danışmanlık süreçlerine dâhil edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Alcoholics Anonymous World Services. (2022). AA Around the World | Alcoholics Anonymous. Erişim tarihi: 30.06.2023, <https://www.aa.org/aa-around-the-world>
- APA American Psychiatric Association. (2013). DSM-V: Tanı ölçütleri başvuru elkitabı. (E. Köroğlu, çev.). Hekimler Yayın Birliği.
- Arnold, R., Avants, S. K., Margolin, A., Marcotte, D. (2002). Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 23(4), 319-326.
- Avants, S. K., Warburton, L. A., Margolin, A. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of psychoactive drugs*, 33(1), 39-45.
- Azizah, N., Azhar, M., Khilmayah, A. (2023). Components of Spirituality for Clients in the Drugs Rehabilitation Process. 1st Annual International Conference: A transformative Education: Foundation & Innovation in Guidance and Counseling (AICGC 2022), 168-184.
- Benjamin, P., Looby, J. (1998). Defining the nature of spirituality in the context of Maslow's and Rogers's theories. *Counseling and Values*, 42(2), 92-100.
- Bensaid, B., ben Tahar Machouche, S., Tekke, M. (2021). An Islamic Spiritual Alternative to Addiction Treatment and Recovery. *Al-Jami'ah: Journal of Islamic Studies*, 59(1), 127-162.
- Beraldo, L., Gil, F., Ventriglio, A., de Andrade, A. G., da Silva, A. G., Torales, J., Gonçalves, P. D., Bhugra, D., Castaldelli-Maia, J. M. (2019). Spirituality, religiosity and addiction recovery: Current perspectives. *Current Drug Research Reviews Formerly: Current Drug Abuse Reviews*, 11(1), 26-32.
- Best, D. W., Lubman, D. I. (2012). The recovery paradigm: A model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian family physician*, 41(8), 593-597.
- Booth, L. (2012). Spirituality and recovery: A classic introduction to the difference between spirituality and religion in the process of healing. *Health Communications*.
- Brooks Jr, C. W., Matthews, C. O. (2000). The relationship among substance abuse counselors' spiritual well-being, values, and self-actualizing characteristics and the impact on clients' spiritual well-being. *Journal of Addictions Offender Counseling*, 21(1), 23-33.
- Carter, T. M. (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(5), 409-413.
- Ceylan, İ. (2021). Bağımlılık değişim ve maneviyat. *Nobel*.
- Ceylan, İ., Metcalf-White, L. (2019). Perception of spirituality among substance addicts with incarceration experience: A phenomenological study. *Spiritual Psychology and Counseling*, 4(3), 201-218.
- Christo, G., Franey, C. (1995). Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 38(1), 51-56.
- Cleary, D. (2019). Spirituality in the recovery process of addiction-Is there an Impact on the Counsellor. *Irish Association for Counselling and Psychotherapy*, 19(1), 14-19.
- Cook, C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539-551.
- Cottingham, J. (2005). *The spiritual dimension: Religion, philosophy and human value*. Cambridge University Press.
- Cragun, D., Cragun, R. T., Nathan, B., Sumerau, J. E., Nowakowski, A. C. (2016). Do religiosity and spirituality really matter for social, mental, and physical health?: A tale of two samples. *Sociological Spectrum*, 36(6), 359-377.
- Cragun, R. T., Hammer, J. H., Nielsen, M. (2015). The Nonreligious–nonspiritual scale

- (NRNSS): Measuring everything from atheists to zionists. *Secularism and Nonreligion*, 2(3), 36-53.
- Davey, G., Waldstein, A., Zhao, X. (2022). God forbid! Rethinking substance use, religion, and spirituality. *Addiction research & theory* 30(5), 311-313.
- Dossett, W. (2018, Haziran 7). Spirituality: A floating signifier in recovery experiences. NDSAG New Directions in the Study of Alcohol Group Annual Conference, University of Sheffield.
- Duyan, V., Kılıç, C., & Pak Güre, M. D. (2021). Manevi İyilik Hali Envanteri'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 62(2), 477-495.
- Fischer, P., Ai, A. L., Aydın, N., Frey, D., Haslam, S. A. (2010). The relationship between religious identity and preferred coping strategies: An examination of the relative importance of interpersonal and intrapersonal coping in Muslim and Christian faiths. *Review of General Psychology*, 14(4), 365-381.
- Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. *American Journal on Addictions*, 15(4), 286-292.
- Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., Steinke, P. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3),
- Geppert, C., Bogenschutz, M. P., Miller, W. R. (2007). Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug and alcohol review*, 26(4), 389-395.
- Griffiths, M. (2005). The biopsychosocial approach to addiction. *Psyke & Logos*, 26(1), Article 1. <https://tidsskrift.dk/psyke/article/download/8200/6784/26443>
- Grodzicki, J., Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction. *Substance abuse*, 26(2), 1-4.
- Gümüş, F., Baran, G., Zengin, L. (2014). Spiritual care in nursing. *International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS)*, 3(1), 102-106.
- Heinz, A. J., Disney, E. R., Epstein, D. H., Glezen, L. A., Clark, P. I., Preston, K. L. (2010). A focus-group study on spirituality and substance-user treatment. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 134-153.
- Heyman, G. M. (2009). *Addiction: A disorder of choice*. Harvard University Press.
- Hussain, D. (2011). Spirituality, religion, and health: Reflections and issues. *Europe's Journal of Psychology*, 7(1), 187-197.
- Jarusiewicz, B. (2000). Spirituality and addiction: Relationship to recovery and relapse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(4), 99-109.
- Jung, C. G. (1961, Ocak 30). *Spiritus Contra Spiritum-Carl Jung's Letter to Bill Wilson [Kişisel Mektup]*.
- Kaskutas, L. A., Kaskutas, L. A., Bond, J., Weisner, C. (2003). The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1-16.
- Koob, G. F., Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 29-53.
- Kub, J., Solari-Twadell, P. A. (2013). Religiosity/spirituality and substance use in adolescence as related to positive development: A literature review. *Journal of Addictions Nursing*, 24(4), 247-262.
- Laudet, A. B. (2008). The road to recovery: Where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance use & misuse*, 43, 2001-2020.
- Lessa, N. R., Scanlon, W. F. (2006). *Substance use disorders*. John Wiley & Sons, Inc.
- Maslow, A. H. (1970). New introduction: Religions, values, and peak-experiences. *Journal of Transpersonal Psychology*, 2(2), 83-90.
- Miller, G. (2020). *Learning the language of addiction counseling*. John Wiley & Sons.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93(7), 979-990. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9379793.x>
- Moore, L. J., Goldner-Vukov, M. (2009). The existential way to recovery. *Psychiatria danubina*, 21(4), 453-462.

- Motyka, M. A., Al-Imam, A. (2020). Pragmatism of the Alcoholics Anonymous Fellowship. *Global Journal of Health Science*, 12(6), 119-119.
- Narcotics Anonymous. (2019). *The Big Book of Narcotics Anonymous*. Alcoholics Anonymous World Services. <https://ukna.org>
- Newman, I. M., Shell, D. F., Li, T., Innadda, S. (2006). Buddhism and adolescent alcohol use in Thailand. *Substance use & misuse*, 41(13), 1789-1800.
- Nigesh, K., Saranya, T. S. (2017). Existential Therapies: Theoretical basis, Process, Application and Empirical Evidence. *International Journal of Education and Psychological Research*, 6(2), 112-120.
- Oliveira, C. P. de, Calixto, A. M., Disconzi, M. V., Pinho, L. B. de, Camatta, M. W. (2020). Spiritual care performed in a drug user clinic. *Revista gaucha de enfermagem*, 41, 1-9.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A., Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of substance abuse treatment*, 19(4), 347-354.
- Piacentine, L. B. (2013). Spirituality, religiosity, depression, anxiety, and drug-use consequences during methadone maintenance therapy. *Western Journal of Nursing Research*, 35(6), 795-814.
- Plante, T. G., Pardini, D. A. (2000). Religious denomination affiliation and psychological health: Results from a substance abuse population. annual meeting of the American Psychological Association (APA), <https://www.apa.org/news/press/releases/2000/08/faith>
- Pratt, Michael G., ve Blake E. Ashforth. 2003. "Fostering meaningfulness in working and at work". Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline 309:327.
- Sevinç, K., Güven, M., Metinyurt, T. (2015). Dindar ve spiritüel olmama (DISOL) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6, 59-86.
- Shorkey, C., Uebel, M., Windsor, L. C. (2008). Measuring dimensions of spirituality in chemical dependence treatment and recovery: Research and practice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 286-305.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The gerontologist*, 42, 24-33.
- Treloar, Hayley R., Mary Ella Dubreuil, ve Robert Miranda JR. 2014. "Spirituality and treatment of addictive disorders." *Rhode Island medical journal* 97(3).
- Vaughan, F. (1991). Spiritual issues in psychotherapy. *Journal of Transpersonal psychology*, 23(2), 105-119.
- Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence? *Journal of humanistic psychology*, 42(2), 16-33.
- Ventegodt, S., Merrick, J., Andersen, N. J. (2003). Quality of life theory I. The IQOL theory: An integrative theory of the global quality of life concept. *The scientific world journal*, 3, 1030-1040.
- Villa, L. (2023, Temmuz 16). *Addiction in Special Populations* [American Addiction Center]. *Drug Rehab Options*. <https://rehab.com/addiction-in-special-populations/>
- Waters, P., Shafer, K. (2005, Ekim). Spirituality in addiction treatment and recovery, part 1. *Southern Coast ATTC Beacon Series*, Tallahassee.
- West, R., Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. Wiley Blackwell-Addiction Press.
- White, W. L. (1998). *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America*. Chestnut Health Systems.
- White, W., Laudet, A. (2006). Spirituality, science and addiction counseling. *Counselor Magazine*, 7(1), 56-59.
- Wong, P. T. (2007). Meaning management theory and death acceptance. *İçinde Existential and spiritual issues in death attitudes* (91-114). Psychology Press.
- Wong, P. T. (2011). *Meaning-centered counseling and therapy: An integrative and comprehensive approach to motivational counseling and addiction treatment*. *İçinde Handbook of Motivational Counseling: Goal-Based Approaches to Assessment and Intervention with Addiction and Other Problems* (461-487). Wiley.
- Xi, J., Lee, M. (2021). Inner peace as a contribution to human flourishing. *İçinde Measu-*

ring well-being: Interdisciplinary perspectives from the social sciences and the humanities (435-481). Oxford University Press.

Yapıcı, A. (2013). Ruh sağlığı ve din: Psiko-sosyal uyum ve dindarlık. Karahan Yayınları.

Young, J. S., Wiggins-Frame, M., Cashwell, C. S. (2007). Spirituality and counselor competence: A national survey of American Counseling Association members. *Journal of Counseling & Development*, 85(1), 47-52.

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of personality*, 67(6), 889-919.

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. İçinde R. F. Paloutzian & C. L. Park (Ed.), *The psychology of religion and spirituality* (121-142). Guilford.

Zohar, D., Marshall, I. (2004). *Spiritual capital: Wealth we can live by*. Berrett-Koehler Publishers.

BÖLÜM 6.1

Aileyi ve Toplumu Bağımlılıktan Koruma

Öğr. Gör. Dr. Gamzegül ALTAY¹

Doç. Dr. Ayten YILMAZ YAVUZ²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

6.1.1. Koruma Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinde Koruma Yaklaşımı

6.1.2. Bağımlılık ve Koruma Yaklaşımı

6.1.2.1. Bağımlılıkta temel (İlkel/Primordial) koruma

6.1.2.2. Bağımlılıkta birincil (Primer) koruma

6.1.2.3. Bağımlılıkta ikincil (Sekonder) koruma

6.1.2.4. Bağımlılıkta üçüncül (Tersiyer) koruma

6.1.2.5. Bağımlılıkta dördüncül (Kuaterner) koruma

6.1.3. Bağımlılıktan Korumada Hedef Gruplar ve Özellikleri

6.1.3.1. Çocukluk dönemi gelişim özellikleri

6.1.3.2. Ergenlik dönemi gelişim özellikleri

6.1.3.3. Gençlik dönemi gelişim özellikleri

6.1.3.4. Yetişkinlik dönemi gelişim özellikleri

6.1.4. Ailenin Özellikleri ve Bağımlılık ile İlişkisi

6.1.5. Aile ve Toplumu Bağımlılıktan Koruma

6.1.5.1. Aile odaklı koruma programları

6.1.5.2. Toplum odaklı koruma programları

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılık birey, aile ve toplumu ilgilendiren ve birçok farklı etkenin rol oynadığı küresel bir halk sağlığı problemidir. Bu problemin çözümünün sağlanabilmesi için tüm boyutlarının ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve uygun çözüm önerilerin uygulanması son derece önemlidir. Sağlıkta koruma yaklaşımlarının üstünlüğü göz önüne alındığında bağımlılıktan koruma sosyal ve ekonomik anlamda ciddi kazanımların sağlanmasına yardımcı olacaktır. Son yıllarda maddeye ulaşım kolaylığı ve teknolojik gelişmelerden kaynaklı bağımlılık gelişen birey sayısı giderek artmış ve toplumu bağımlılıktan korumaya ilişkin disiplinler arası yaklaşımlar önem kazanmıştır. Bu bağlamda özellikle yüksek riskli gruplar arasında yer alan çocuk ve ergenler başta olmak üzere toplumun her kesiminden hedef grupların gelişim özellikleri bilinmeli ve buna yönelik yaklaşımlar sergilenmelidir. Başta toplumun temelini oluşturan ailede koruyucu adımların atılması bağımlılıktan korumada toplum üzerine düşen görevleri hafifletmekte ve bağımlılık gelişmesini büyük oranda önlemektedir. Bununla beraber insan toplumsal bir varlıktır ve bağımlılık gelişen bireylerin çoğunlukla akran ilişkileri ve sosyal ortamlardan etkilendiği göz önünde bulundurulduğunda kurumların bağımlılıktan korumaya ilişkin politikalarına ihtiyaç duyulduğu açıktır. Bu bölümde aile ve toplumu bağımlılıktan korumaya ilişkin yaklaşımlar yer almaktadır.

6.1.1. Koruma Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinde Koruma Yaklaşımı

Koruma kavramı sözlük anlamıyla “korumak işi” olarak belirtilen “bir kimseyi dış etkilere, tehlikelere, zor bir durumdan uzak tutmak veya süregelen bir durumun değişikliğe uğramasını önlemek” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2023). Bir başka tanımda ise koruma, hastalık ile ilgili riskleri ortadan kaldırma, mevcut problemin en aza indirilmesini sağlama ve ilerlemesini geciktirme eylemleri olarak belirtilmektedir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017: 75). Sağlık alanında koruma kavramının kullanımı ise süregelen sağlık durumunun devam ettirilmesini sağlamak amacıyla yürütülen koruma yaklaşımlarının temel prensibini oluşturmaktadır. Bu amaçla sağlık hizmetlerinde koruma yaklaşımı tedaviden ziyade sağlığı korumaya odaklanmaktadır. Tedavide bireysel bir yaklaşım söz konusu iken; korumada hedef grubu aile ve topluma yönelik yürütülecek bir yaklaşımı ifade etmektedir (Fineberg, 2013: 86).

Koruma girişimlerine ilişkin başlıklar literatürde farklı düzeylerde karşımıza çıkmaktadır. 20. yüzyıl sonlarında Leavell ve Clark tarafından koruma düzeyleri “Birincil, İkincil ve Üçüncül Koruma” olmak üzere üç başlıkta incelenmiştir (Jamouille, 2014: 2). Bu üç koruma düzeyinde kişiye yönelik uygulamalar ön plana çıkmaktadır. Daha sonra Strasser tarafından önerilen birincil korumadan farklı olarak kişisel risk faktörlerinden ziyade toplumsal müdahalelerin ön planda olduğu “Temel (İlkel/Primordial) Koruma” bu başlıklar arasına eklenmiştir (Strasser, 1978: 226). World Organization of Family Doctors (WONCA) ise birinci basamakta yer alan aile hekimleri için geliştirdiği sözlükte birincil, ikincil, üçüncül korumaya ilaveten dördüncül koruma kavramını eklemiştir (Jamouille, 2015: 1) (Şekil 6.1.1). Bu kavramlar ayrıntılı olarak ele alınacak olursa;

Temel (İlkel/Primordial) Koruma: Kavramın ilk ortaya çıkış noktası 1978 yılında Strasser tarafından kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde birincil korunmanın ötesinde başka uygulamalara ihtiyaç duyması ile olmuştur. Bu bağlamda risk faktörlerinin topluma benimsetilmesi içeren bir kavram olan temel koruma kavramı

ortaya çıkmıştır (Strasser, 1978: 226). Temel koruma, toplumdaki risk faktörlerinin ortaya çıkmasını önleyerek, sosyal organizasyonların yüklerine odaklanır ve sağlığa zarar veren maruziyetlerin, duyarlılıkların ve sağlığı koruyucu kaynakların toplum içi ve toplumlar arasındaki eşit olmayan dağılımını değiştirmeyi hedeflemektedir (Giampoli, 2007: 20). Temel korumanın bir diğer amacı ise, hastalıkların ortaya çıkmasında rolü olan çevresel, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin oluşmasını engellemektir. Temel korumada kişilere pozitif sağlık bakım davranışı kazandırmak kadar bu bireysel tutum ve davranışların toplumsal değerlere dönüşerek yaygınlık kazanması da ön planda tutulmaktadır (Ursoniu, 2009: 168). Bu yaygınlığın kazandırılabilmesi ve temel koruma stratejilerinin etkili bir biçimde yürütülebilmesi için kamuoyunun bilinçlendirilmesi, kitle iletişim araçlarından faydalanılması, devlet politikaları ve mevzuatların buna yönelik düzenlenmesi gerekmektedir.

Birincil (Primer) Koruma: Birincil koruma, belirli bir hastalık ve hasta olma potansiyeli yüksek gruplara, birey hastalıkla karşılaşmadan önce hastalığın etiyolojik faktörlerini ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan ölçümler olarak tanımlanmaktadır (Jamouille, 2014: 2). Birincil korumada amaç hastalığa ilişkin nedenleri ve risk faktörlerini kontrol altına alarak hastalığın insidansını azaltmaktır. Temel koruma yöntemleri ile birlikte birincil koruma toplumların sağlık düzeyini yükseltmede en etkili faaliyetler arasındadır (Ursoniu, 2009: 169). Bağışıklama ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tütün kullanımının kontrolünün sağlanarak gelişebilecek solunum sistemi hastalıklarının önlenmesi, emniyet kemeri kullanımı ile araç içi travmaların önlenmesi gibi koruyucu önlemler bu grupta yer almaktadır (Ağ ve Özçırpıcı, 2018: 4).

İkincil (Sekonder) Koruma: İkincil koruma; birey, aile ve toplumda ortaya çıkan sağlık problemlerini erken tanı ile tespit ederek bu sorunun uzun vadeli etkilerini azaltmaya ve önlemeye yönelik girişimleri içermektedir. Sağlık problemini erken dönemde tespit etmek için tarama ve erken tanı yöntemlerinden faydalanılır (Akdeniz ve Kavukçu, 2017: 77). İkincil koruma, hastalığın başlangıcı ve tanılanma zamanı arasındaki sürece yöneliktir ve amaç hastalığın prevalansını azaltmak ve ciddi bir aşamaya ilerlemesinin önüne geçmektir (Ursoniu, 2009: 168).

Üçüncül (Tersiyer) Koruma: Üçüncül koruma, birincil ve ikincil koruma imkânlarından faydalanamamış ve tanı alması geciken hastaların mümkün olan en iyi tedavi ve rehabilitasyonu alması ve komplikasyonlardan korunması için gerekli girişimleri içermektedir (Jamouille, 2014: 3). Üçüncül korumada amaç, hastalık ortaya çıktıktan sonraki süreçte hastanın işlevselliğini ve yaşam kalitesini koruyarak yaşam süresini uzatmak ve hastalıktan kaynaklı gelişebilecek komplikasyonların önüne geçmektir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017: 75).

Dördüncül (Kuaterner) Koruma: Dördüncül koruma kavramı ilk olarak Belçikalı hekim Marc Jamouille tarafından kullanılmıştır. Bu kavramın ortaya çıkmasında koruma için alınan önlemlerle birlikte tanı ve tedavi çeşitliliğinin artması ve gerekenden fazla testin uygulanması etkili olmuştur. Yapılan çalışmalar koruma işlemleri kapsamında fazlaca uygulanan testlerin hastalara zarar verebileceğini ortaya çıkarmıştır (Akdeniz ve Kavukçu, 2017: 75; Jamouille, 2014: 4). Bu doğrultuda “önce zarar verme” ilkesiyle birlikte ortaya çıkan dördüncül koruma; birey, aile ve toplumu aşırı, gereksiz ve hatalı sağlık hizmetlerinden korumayı amaçlayan, bilimsel ve etik olarak kabul edilen bakım ilkelerini uygulamayı içeren eylemler olarak tanımlanmaktadır (Jamouille, 2014: 4). “Önce zarar verme” ilkesi hekimlerin iyatrojenik zararlardan kaçınmasını gerektirmektedir. İyatrojenik zarar, tanı ve tedavi sürecinde istenmeden yapılan ya da gelişen organ ve doku hasarı olarak tanımlanmaktadır (Sampath, 2022: 735).

Bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin en temel amaçları arasında yer almaktadır. Şuana kadar açıklanan koruma düzeyleri bir kez daha göstermektedir ki; bireylerin ve toplumların daha sağlıklı olabilmesi için doğumdan ölüme kadar olan süreçte herhangi bir sağlık sorunu oluşmadan yapılacaklar temel ve primer koruma olarak ele alınabilir. Herhangi bir sağlık sorunu oluştuğundan sonra ise ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma düzeyinde yapılacaklar önem kazanmaktadır.

		HEKİM	
		Hastalık (-)	Hastalık (+)
BİREY	α		
	Sağlam	Birinci koruma Hastalık öncesi müdahale Bir bireyde veya bir popülasyonda bir sağlık sorununun ortaya çıkmadan önce önlenmesi veya nedenini ortadan kaldırmak için yapılan eylem (örn. aşılama) içerir.	İkincil koruma Yanlış negatiflikten kaçınma Bir bireyde veya popülasyonda bir sağlık sorununu erken bir aşamada tespit etmek, böylece tedaviyi kolaylaştırmak veya yayılmasını veya uzun vadeli etkilerini azaltmak veya önlemek için yapılan eylem (örn. yöntemler, tarama, vaka bulma ve erken teşhis)
Hasta		Dördüncül koruma Yanlış pozitiflikten kaçınma Aşırı medikalizasyon riski taşıyan bir hastayı veya popülasyonu belirlemek, onları invaziv tıbbi müdahalelerden korumak ve onlara etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürleri sağlamak için alınan önlemler.	Üçüncül koruma Tedavi ve komplikasyonları önleme Akut veya kronik sağlık probleminin kaynaklanan işlevsel bozulmayı en aza indirerek (örn. diyabet komplikasyonlarını önlemek) bir bireyde veya popülasyonda bir sağlık probleminin kronik etkilerini azaltmak için yapılan eylem. Ω

Şekil 6.1.1 Hasta-hekim ilişkisine bağlı koruma düzeyleri

Jamoulle, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. International Journal of Health Policy and Management, 4(2), 61–64. Not: Orijinal şekildedeki “hasta” terimi, hem sağlıklı hem de hasta bireyleri kapsayacak şekilde “birey” olarak değiştirilmiştir. Bu değişiklik, koruyucu sağlık hizmetleri yaklaşımının daha iyi yansıtılmasını sağlamaktadır.

6.1.2. Bağımlılık ve Koruma Yaklaşımı

Bağımlılıkta koruma yaklaşımlarının anlaşılması için öncelikle bağımlılık kavramının ve etkilerinin gözden geçirilmesi yürütülecek yaklaşımlarının anlaşılması açısından oldukça önemlidir. Dünyada bağımlılık kapsamına alınan durumlar konu-

sunda farklı yaklaşım örnekleri bulunup, bağımlılık en genel tanımıyla, bir nesne ya da bir eylem üzerindeki kontrolün kaybedilmesi ve bunlardan kaynaklı gelişebilecek zararlı etki açıkça görülse dahi bırakılmaması durumu olarak ele alındığı ya da tanımlandığı görülmektedir (Yeşilay, 2022: 10). Bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilen bağımlılık pek çok etkenin bir araya gelerek oluşturduğu bir süreçtir ve bağımlılığa neden olabilecek unsurlar erken yaşlarda karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple bağımlılığın oluşumu, önlenmesi ve tedavisi aşamalarında bireyler doğumdan itibaren ele alarak incelenmeli; aile, toplum ve kültürel özellikleri dikkate alınarak bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmelidir.

Bağımlılık türleri kimyasal ve davranışsal bağımlılık olarak ele alınmaktadır. Kimyasal bağımlılığın; bir madde ile vücuda alınan ve sonrasında bağımlılığın geliştiği tür olarak değerlendirilmekte olup “tütün, alkol ve uyuşturucu madde” kimyasal bağımlılık içerisinde yer almaktadır (Yeşilay, 2022: 14). Davranışsal bağımlılık ise; insan-makine etkileşiminin ön planda olduğu bir davranışın artarak tekrar etmesi ve kişinin bu davranışa bağlı bedensel, ruhsal ve sosyal sıkıntılar yaşamasına sebep olması şeklinde tanımlanmaktadır (Ayakdaş Dağlı ve Yüyen, 2023: 105). Davranışsal bağımlılık türleri arasında kumar bağımlılığı, internet bağımlılığı, yeme bağımlılığı ve alışveriş bağımlılığı yer almaktadır (Zubaroglu Yanardağ vd., 2020: 551; Sanal Özcan vd., 2020: 45). Bağımlılık sorunu sadece bireyin sorunu değil aynı zamanda ailenin ve toplumun sorunudur. Bağımlılık tablosunun tedavisi, yönetimi ve önlenmesinde bireylerin buldukları sosyal çevrelerinin yanı sıra etkin baş etme yöntemlerini kullanma becerilerine göre şekillenmektedir. Ancak koruma yöntemlerinin etkililiği bu sürecin başarısını artıracaktır. Bağımlılıkta koruma yöntemleri “Temel (İlkel/Primordial), Birincil (Primer), İkincil (Sekonder), Üçüncül (Tersiyer) ve Dördüncül (Kuaterner)” koruma olarak incelenmelidir.

6.1.2.1. Bağımlılıkta temel (İlkel/Primordial) koruma

Sağlık bakım sistemleri maliyetlerin azaltılmasında temel korumanın rolü oldukça fazladır. Bağımlılık açısından değerlendirilecek olursa; bağımlılığı önlemeye yönelik yürütülen girişimlerin sistem üzerindeki mali yükünün bağımlılık kaynaklı gelişebilecek fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerini çözmek üzere kullanılacak maliyete kıyasla çok daha düşük olduğu ve daha az iş gücü gerektirdiği açıktır (Ursoniu, 2009: 168-169). Kimyasal (tütün bağımlılığı, alkol bağımlılığı, uyuşturucu bağımlılığı) ve davranışsal (kumar bağımlılığı, internet bağımlılığı, yeme bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı) bağımlılık türlerinin ortaya çıkışının önlenmesine yönelik kapsamlı politikalar temel koruma kapsamında değerlendirilebilir. Yılmış ve Ertürk (2019) tarafından yürütülen çalışma bu tür uygulamalara güzel bir örnek olarak ele alınabilir:

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Yılmış ve Ertürk (2019) tarafından yürütülen çalışmada temel koruma kapsamında ilköğretim 3. ve 4. sınıf öğrencilerine (731 aktif öğrenci) internet ve tütün bağımlılığını önlemek için “Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitimi” verilmiştir. Eğitimin etkinliğini değerlendirmek için öğrencilere ön test-son test uygulanmış ve Tütün ve Teknoloji Bağımlılığı Eğitimi'nin etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca eğitimin etkinliğinin ekonomik düzey ve ebeveynlerin eğitim durumuna göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (Yılmış ve Ertürk, 2019: 77).

Birey, aile ve topluma uygulanan eğitim programları bağımlılıkta temel koruma prosedürleri arasındadır. Bu bağlamda bağımlılık açısından riski yüksek olan birey ve ailelerin bilinçlendirilmesi, ergen sahibi ailelerin ergenlik dönemi ve bu dönemde karşılaşılabilecekleri riskli davranışlar hakkında bilgilendirilmesi “Aile Eğitim Programları” adı altında yürütülmektedir. Bu kapsamda ülkemizde 2020 yılında “Aile Eğitim Programları” yürütülerek 470 adet eğitim verilerek toplam 22.862 kişiye ulaşılmıştır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2021:63). Madde bağımlılığı, özellikle lise öğrencileri arasında sık karşılaştığımız bir sorundur. Bu sebeple okullarda yürütülen koruma çalışmaları ile daha fazla sayıda çocuk ve ergen bireye ulaşılması mümkündür. Ülkemizde okullarda yürütülen temel koruma çalışmaları Milli Eğitim Bakanlığı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti arasında 2013’te imzalanan ve 2014’te yürürlüğe konan “Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı” çerçevesinde verilmektedir. Bu program ile tütün, alkol, madde ve teknoloji bağımlılığı alanlarında pedagojik bir yaklaşım esas alınarak yaş gruplarına özgü materyaller ve eğitim modülleri hazırlanmış ve çok sayıda çocuk ve ergene eğitim verilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2021: 72).

6.1.2.2. Bağımlılıkta birincil (Primer) koruma

Birincil koruma maliyetinin düşük olması ve daha az çaba gerektirmesi nedeniyle bağımlılık ile mücadele çalışmalarının temelini oluşturmaktadır (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2021: 16). Bağımlılıkta birincil korumada amaç; bireylerin madde kullanımına başlamalarını önlemek veya geciktirmeye yardımcı olmaktır. Madde kullanım bozukluğu gelişen her kişi, bağımlılık yapan bir maddeye maruz kalır. Bu nedenle, tüm madde kullanım bozukluklarını önlemenin temel adımı, madde maruziyetini azaltmaktır. Birincil koruma müdahalelerinin kapsamında toplum ve aile programları, politikalar ve yasalar, aile ve okullara yönelik eğitim gibi çeşitli halk sağlığı çabaları olarak değerlendirilebilir (Nelson vd., 2022: 154). Bu sayede kişiler sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirerek koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktivitelerde bulunurlar. Birey ve topluma yönelik uygulanabilen birincil korumada özellikle tütün kullanımı ve tütün dumanına maruziyeti azaltmaya yönelik faaliyetler ön plana çıkmaktadır (Ağ ve Özçırpıcı, 2018: 6). Türkiye’de tütün kontrolünün sağlanmasına yönelik birincil koruma faaliyetleri 1996 yılında çıkarılan “4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” ile olmuştur. Bu kanunda 2008 yılında yapılan düzenlemelerle birlikte ilk kez sağlık ve eğitim kurumları, toplu taşımalar ile spor ve kültür hizmetlerinin verildiği kamuya açık tüm kapalı alanlarda sigara kullanımı yasaklanmıştır. Aynı kanuna dayanılarak 2009’dan sonra özel işletmelerin (lokanta, kafe, birahane vb.) kapalı alanlarında da tütün ürünü tüketimi tamamen yasaklanmıştır. Ayrıca 18 yaş altı çocuklara sigara satışı ile tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımı yasaklanmıştır (Resmi Gazete, 1996; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

6.1.2.3. Bağımlılıkta ikincil (Sekonder) koruma

Bağımlılıkta ikincil koruma faaliyetlerinde amaç, daha önce madde denemiş olan kişilerde madde kullanımının artmasını ve sürecin madde kullanım bozukluğuna doğru ilerlemesini önlemektir. İkincil koruma madde kullanım bozukluğu kriterlerini karşılamayan ancak madde kullanan veya yüksek riskli faaliyetlerde bulunan bireyleri hedef alan bir aşamadır (Nelson, 2022: 155). Bu aşamada amaç madde kullanımı başlasa dahi sürece ilişkin olumsuz semptomların görülmesinin önüne geçmek ve sürecin bağımlılığa doğru gidişini önlemektir. Bunun için bağımlılığın

erken tespit edilmesi adına tarama programlarından faydalanılmaktadır. Ülkemizde bağımlılıkta ikincil koruma müdahaleleri kapsamında “T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testleri Kılavuzu” ile kişilerin madde kullanım durumu taranarak buna yönelik gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır. Bu taramalara örnek olarak “Çocuklarda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Durumunun ve Tütün Ürünü Dumanından Pasif Etkilenimin Değerlendirilmesi” taramasında her klinik karşılaşmada 13-18 yaş arası çocuklarda tütün vb. bağımlılık yapıcı madde kullanımının sorgulanması verilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015: 63).

6.1.2.4. Bağımlılıkta üçüncül (Tersiyer) koruma

Bağımlılıkta üçüncül koruma; kimyasal ya da davranışsal bağımlılıktan dolayı fiziksel, sosyal ve davranışsal semptomların gelişmesi ve bağımlılık tanısının konması ile başlamaktadır. Amaç, bağımlılıktan ötürü gelişecek tıbbi sonuçları tedavi etmek, tedaviye başlama sürecini kolaylaştırmak ve kalıcı problemleri en aza indirmektir (Nelson, 2022: 156). Genel anlamda üçüncül koruma bağımlılık tedavisine olan uyumu artırmak, nüksleri önlemek ve sosyal bütünleşmeyi artırmak için gerekli rehabilitasyon müdahalelerini içermektedir. Bağımlılık tedavisi sonrası düzenli takip edilmeyen ve yeterli sosyal destek almayan bireylerde tekrarlayan madde kullanım bozuklukları yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (Çölgeçen, 2022: 326) Doğru müdahaleler ile nüksü önlemek üçüncül korumanın temel hedefleri arasındadır. Ayrıca madde bağımlısı olan bireyler toplum tarafından dışlanarak sosyal bir izolasyona doğru sürüklenmektedir (Derin ve Tapan, 2017: 27). Bundan dolayı sosyal hayata uyum sağlamakta zorlanan bireylerin sosyal hayata uyum sağlaması için üçüncül koruma kapsamında rehabilitasyon uygulamalarına ihtiyaçları vardır. Sağlık Uygulama Tebliği’nde tanımlanmış olan ve madde bağımlılığı gelişen ve tedavi olan bireylere yönelik planlanan tıbbi rehabilitasyon hizmetleri (aile görüşmelerinin değerlendirilmesi, bireysel psikoterapi, aile tedavisi, grup psikoterapisi, klinik değerlendirme ölçekleri) bağımlılıkta üçüncül koruma politikaları içerisinde değerlendirilebilir (Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023: 36). Yalçıntürk ve arkadaşları (2019) tarafından alkol ve madde kullanım bozukluklarında kullanılabilir pek çok rehabilitasyon seçenekleri olduğu görülmektedir.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Yalçıntürk ve arkadaşları tarafından alkol ve madde kullanım bozukluklarının rehabilitasyonunda kullanılan çalışmalar incelenmiştir. Çalışmalarda “Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme, Biofeedback Terapisi, Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı, Hayvan Destekli Terapi, Tai Chi, Lirik Analiz, Müzik Terapi, Motivasyonel Görüşme, 28 Günlük Yatarak Rehabilitasyon Programı, Sigarayı Bırakma Tedavisi ve Pozitif Gelecek Planları Oluşturma” gibi farklı rehabilitasyon seçeneklerinin kullanıldığı belirlenmiştir (Yalçıntürk vd., 2019: 241).

6.1.2.5. Bağımlılıkta dördüncül (Kuaterner) koruma

Dördüncül koruma, tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak tanı ve tedavi çeşitliliğinin artması ve gerekenden fazla testin uygulanması gündeme getirmiş söz konusu durumun hastalara zarar verebileceğini ortaya çıkarmıştır (Akdeniz ve Kavukçu, 2017: 75; Jamouille, 2014: 4). Bu kapsamda birey, aile ve toplumu aşırı, gereksiz ve hatalı sağlık hizmetlerinden korunması oldukça önemlidir (Ja-

moullé, 2014: 4). Özellikle hekimlerin tanı ve tedavi sürecinde doku ve organlarda istenmeden yapılan bir takım zararlardan kaçınması önerilmektedir (Sampath, 2022: 735). Sağlık profesyonellerinden hemşirelerin de sağlığın korunması ve geliştirilmesi rollerinin yanı sıra “savunuculuk” gibi önemli rolü vardır. Ayrıca “Hemşireler için Etik İlke ve Sorumlulukları” kapsamında “Zarar vermeme/yararlılık ilkesi” belirtilmiş ve bireye yönelik tıbbi uygulamalardan zarar görmelerinin önleyici girişimlerde bulunması gerektiği vurgusu yapılmış olması aslında dördüncül korumanın hemşirelikte ve hemşirelik uygulamalarında var olduğunun göstergesidir (THD, 2009). Sağlık sisteminin yürütülmesinde aile temelli desteğin alınması ve daha az invaziv girişim yapılması gerektiği öne çıkmaktadır (Gross vd., 2016). Literatür incelendiğinde bağımlılık ile ilgili dördüncül koruma yaklaşımına yönelik yürütülen çalışma örneklerine ulaşamamıştır ancak bu konuda yürütülecek çalışmalara gereksinim söz konusudur. Sağlık sorunlarının tanınması ve tedavisinde daha geçerli ve güvenilir çalışmalar yürütülerek maliyet etkili yöntemler geliştirilerek “önce zarar verme” ilkesinde sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmış olacaktır.

Bağımlılıktan koruma, hedef grupların kimler olduğunun incelenmesi ve bu grupların taşıdıkları özelliklerin bilinmesi ve yürütülmesi gereken koruma yaklaşımları için farkındalık gerektirmektedir (Şekil 6.1.2).

Temel (İlkel/Primordial) Koruma

- Aile Eğitim Programları oluşturulması (riskli birey ve ailenin bilinçlendirilmesi, ergenleri riskli davranışlar hakkında bilgilendirilmesi)
- Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı geliştirilmesi (okullarda çocuk ve ergenlere yönelik)

Birincil (Primer) Koruma

- Bağımlılığa neden olan duruma/maddeye yönelik maruziyetin azaltılması (Tütün kullanımı ve tütün dumanına maruziyeti azaltmaya mevzuat çıkarılması, okullara yönelik eğitim vb)

İkincil (Sekonder) Koruma

- Tarama programlarının yürütülmesi (Çocuklarda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Durumunun ve Tütün Ürünü Dumanından Pasif Etkilenimin Değerlendirilmesi)

Üçüncül (Tersiyer) Koruma

- Bağımlılık tedavisine olan uyumu artırmak, nüksleri önlemek ve sosyal bütünleşmeyi artırmak için gerekli rehabilitasyon müdahaleleri

Dördüncül (Kuaterner) Koruma

- Zarar vermeme/yararlılık ilkesi (maliyet etkili geçerli ve güvenilir tedavi yaklaşımları)

Şekil 6.1.2. Bağımlılık ve Koruma Yaklaşımı

6.1.3. Bağımlılıktan Korumada Hedef Gruplar ve Özellikleri

Bağımlılıktan koruma çerçevesinden literatüre bakıldığında bireylerin gelişim dönemleri net sınırlarla ayrıştırılmadığı bilinmektedir. Bağımlılığı önlenme ve mücadelede Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği hedef gruplar; çocuk, ergen, genç, yetişkin ve aile olarak ele alınmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

6.1.3.1. Çocukluk dönemi gelişim özellikleri

Çocukluk dönemi, okul döneminin başlaması ile ince motor becerilerin gelişiminin hızlandığı, kaba motor becerilerin sergilenebildiği bir dönemdir (Tunçeli ve Zembat, 2017: 7). Bu dönemde çocukların öğrenme ve üretme güduları oldukça fazladır. Olaylar arasında mantıksal ilişkiler kurmaya başlamalarına rağmen mantıksal sonuç çıkarmada zorlanabilirler. Ben merkezli özelliklerinin azaldığı bu dönemde çocuklar, bir başkasının yerine kendilerini koyabilirler fakat empati yapmakta güçlü çekerler. Bazı konularda düşünerek genelleme yapabilir ve sebep-sonuç ilişkisi kurabilirler (Yiğit ve Ügücü, 2020: 182). Ayrıca somut öğrenme etkinlikleri ile bu dönemde çocukların bilişsel ve dil gelişimleri gerçekleşmektedir. Toplumsal düşüncelerin gelişmeye başladığı bu dönemde çocukların çevresi tarafından övme ve ödüllendirme davranışları etkili olmaktadır. Bu davranışlar neticesinde çocuklar toplumsal kurallara uymanın bir gereklilik olduğunu anlamaya başlamaktadırlar. Psiko-sosyal gelişim kuramına göre üreticiliğe karşı aşağılık duygunun hakim olduğu bu dönemde, çocuğun aşağılık duygusu yaşamasının önüne geçmek ve üreticiliğini pekiştirmek adına sağlıklı kişilik temellerinin atılması oldukça önemlidir (Yiğit ve Ügücü, 2020: 93). Türkiye nüfusu incelendiğinde; nüfusun 85 milyon ulaştığı ve %22'lik kısmını 0-14 yaş grubu (çocuk) oluşturmaktadır (TÜİK, 2022). Çocuklarda bağımlılık durumu denilince ilk akla gelen teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan davranışsal bağımlılıklar akla gelmektedir. Çocuklarda internet bağımlılığını etkileyen riskli durumlar olarak "erkek cinsiyet, ileri sınıf düzeyi, düşük anne baba eğitimi, algılanan kötü okul başarısı, sosyal paylaşım sitelerine üye ve internet kullanım süresi fazla olma" durumları olarak belirtilmektedir (Ayyıldız vd., 2023). Ebeveynlerin özellikleri ve rehberlikleri bebeklerin ve çocukların dijital oyun bağımlılıkları üzerinde etkili olduğu "dijital oyunlara nasıl olumlu ve bilinçli rehberlik" edebilecekleriyle ilgili beceri kazandırması gerektiği vurgulanmaktadır (Budak ve Işıkoğlu, 2023). Dünya genelinde de ülkemizde de internet kullanımının çok yaygın olduğu ve ülkemizde %13 gibi oranda internet bağımlılığı olduğu ve yaş grupları açısından "ortaokul %5, lise %9, ortaokul-lise %30, üniversite %13" oranlarında oldu belirtilmektedir (Kurt Genç ve Avcı, 2020). Bağımlılık açısından yürütülecek çalışmalarda bu yüksek oranların göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

6.1.3.2. Ergenlik dönemi gelişim özellikleri

Ergenlik dönemi, biyo-psiko-sosyal yönden önemli gelişme ve olgunlaşmanın yaşandığı, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş arası içine alan bir dönemi tanımlamaktadır (WHO, 2023). Bu dönem eğitim, olgunlaşma ve beklemeyi içeren bir dönemdir. Ergenlik döneminin en önemli özelliği kimlik kazanılmasıdır. Bu nedenle çocuk ailenin gözetim ve denetimine daha az ihtiyaç duyar ve toplumsal anlamda da sorumluluk almaya başlar (Yiğit ve Ügücü, 2020: 188).

Ergenlik döneminde ergenden kimlik oluşturarak bir bağımsızlık kazanmasının yanı

sıra, cinsel kimliğini belirlemesi, çevresi ile işbirliği içerisinde olması, ilgi ve yeteneklerine uygun meslek seçimi yapması, karşılaştığı sorunları başarıyla çözmesi ve kendine özgü bir yaşam felsefesi geliştirmesi beklenmektedir. Fiziksel olarak birçok değişim ile karşı karşıya kalan ergenler için dış görünüş oldukça önemlidir. Akran gruplarında kabul görme adına dış görünüşleriyle daha fazla ilgilenerek aykırı davranışlarda bulunabilirler (Bakırcıoğlu, 2013). Duygusal anlamda da bir gelişim süreci içerisinde olan ergenlerin tepkilerini kestirmek çoğu zaman çok zordur. Duygusalılıkta bir artış söz konusudur ve bu durumun birey olarak var olma savaşı içerisinde olmasından ve bağımsızlığını kazanmaya çalışmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Duygusal anlamda ani iniş çıkışlar ile bu dönemde çok sık karşılaşılmaktadır. Duygusal anlamdaki bu yoğunluk ergenlerin bağımlılık açısından riskli bir grup olmalarının sebepleri arasındadır. Aynı zamanda kimlik kazanımını madde kullanımı ile bağdaştıran ergenler bunu bir özerklik simgesi olarak değerlendirmektedirler (Tunç ve Kolburan, 2019: 58). Çocuk ve ergenlerin madde kullanım bozukluklarının “okula devam etmeme, düşük akademik başarı, okulda disiplin cezası alan, kendine zarar veren, adli öykülü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan, ailede suç öyküsü ve madde kullanımı, düşük ebeveyn eğitimi” gibi değişkenlerle ilişkilendirildiği görülmektedir. Ayrıca ergenlerin “sokak yaşantılarını ve suç işleme” oranının fazla olduğu belirtilirken okul bağlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir (Kardaş ve Kardaş, 2023).

6.1.3.3. Gençlik dönemi gelişim özellikleri

Gençlik dönemi, Birleşmiş Milletler (BM) Örgütü tarafından 12-24 yaş, DSÖ tarafından 15-24 yaş aralığını içeren dönemi belirtmektedir. Bu dönem, ergenlik ile yetişkinlik dönemi arasında olan ve bu dönemleri birbirine bağlayan bir gelişim dönemidir (Atak, 2016: 205). Bu dönemde ergenlikte karmaşık biyo-hormonal değişimlerin büyük bir bölümü geride bırakılmış, hukuki anlamda yetişkinliğe erişilmiş fakat toplumsal olarak yetişkinliğin rol ve sorumlulukları kazanılmamıştır. Hayatlarının en önemli geçiş sürecinden birini yaşayan gençler, başta ekonomik bağımsızlık olmak üzere her anlamda bağımsızlaşarak bir birey niteliği kazanmaktadırlar. Bu dönemde gençler, ergenlik dönemindeki kimlik arayışından ziyade romantik ilişki, iş ve dünya görüşü anlamında bir arayış içerisindeyler. Bağımsızlığın ön planda olduğu bu dönemde gençler kendilerine odaklanmışlardır. Kendi başlarına karar vererek ve bu kararların sonuçlarını kendi başlarına yaşamakta ve kendi kendilerine ayakta durmayı öğrenmektedirler (Atak, 2016: 217). Günümüz koşulları düşünüldüğünde tüm ihtiyaçların karşılanmasında kullanılan akıllı telefonların aşırı kullanımıyla bağımlılık gibi davranış sorunlarına yönelen davranışsal bağımlılıklar sınıfında yer almaktadır (Kwon vd., 2013). Yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinde “nevrotiklik, öz-disiplin ve uyumluluk” kişilik özellikleri arttıkça akıllı telefon bağımlılığının da arttığı bulunmuştur (Berber Çelik, 2023).

6.1.3.4. Yetişkinlik dönemi gelişim özellikleri

Yetişkinlik dönemi, gençlikten yaşlılığa uzanan, bireylerin üretken oldukları ve yaşamda doyuma ulaşma duygusunun sağlanması için oldukça önemli bir dönemdir. Bu dönemde bireyler, toplumsal rol ve sorumlulukları yerine getirme, aile kurma ve toplumda saygınlık kazanma gibi hedeflere sahiptir. Aileden ayrılarak bağımsızlığın kazanılması ile sorumluluklar artmakta ve birey iş ve evlilik ile birlikte yetişkin dünyasında yerini almaktadır (Çok, 1994: 928).

Yetişkinliğin ilk yılları kişilik oluşmasında rol oynayan içsel değişim ve gelişim yeri-

ni dışsal gelişim ve değişimlere bırakır. İlerleyen yetişkinlik yıllarında ise bireyler aile ve iş hayatında kalıcı ve üretken olması çabası içerisindeyler. Ebeveyn olmak bu dönemin oldukça önemli bir aşamasıdır. Yetişkinlik döneminin bu yıllarında kişilerin temel amaçlarından biri yeni nesiller yetiştirebilmek ve devamlılığı sağlayabilmektir. Yetişkinliğin son evresinde ise kişide yaşamın sınırlı olduğu ve ölüme yaklaşıldığı duygusu hâkimdir. Bu evrede emeklilik ve sağlık sorunları ile karakterize bir evredir. Bu evredeki kişinin temel amacı, genel bir yaşam değerlendirmesi sonucunda anlamlı bir yaşam sürdürdüğü sonucuna ulaşmaktır (Çok, 1994: 929; Aktu, 2016: 164). Erişkinlerde bağımlılığa yönelik çalışmalar incelendiğinde öncelikle davranışsal bağımlılıkların pek çok sosyo-demografik faktörden etkilendiği görülmektedir. Erişkin bireyler arasında yaşının ilerlemesinin, evli olunmasının ve eğitim seviyesinin düşmesinin internet bağımlılığını artırdığı, sosyal görünüş kaygısının ve yalnızlık duygusunu artmasının da internet bağımlılığı artırdığı belirtilmektedir (Dikmen, 2019). Üniversite öğrencilerinde %21.7 gibi oranda yeme bağımlılığı olduğu ve saplantılı bağlanma stilinin bağımlılığı artırdığı bulunmuştur (Gürsoy, 2018). Genç yetişkinlerin çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantıların çok oyunculu çevrimiçi video oyun oynamaya ilişkili olduğu belirtilmiştir (Tahincioğlu, 2020). Başka bir bağımlılık türü olan egzersiz bağımlılığı üzerine yürütülen bir çalışmanın sonuçları da kişisel eğitmen aracılığıyla egzersiz yapan bireylerin egzersiz bağımlılığının artması “yeterlilik, ilişkililik ve özerklik ihtiyacı”nın artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Güler, 2020). Yine erişkinler üzerinde kimyasal bağımlılıklara yönelik yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde uçucuları ve diğer maddelerin kullanımında medyanın olumsuz etkisinden bahsedilmektedir. Okullarda maddelerin olumsuz etkilerine yönelik farkındalık faaliyetlerinin düzenlenmesi önerilmektedir (Akkaya vd., 2023).

Bağımlılığı önleme ve mücadelede önemli hedef grupları olan “çocuk, ergen, genç ve yetişkin” ayrıntılı olarak incelendiğinde söz konusu grupların pek çok nedene bağlı olarak bağımlılığa yatkınlıklarının arttığı görülmektedir. Özellikle ailenin bağımlılık üzerindeki etkisi ayrıca ve ayrıntılı olarak ele alınması gerektiği görülmektedir.

DİKKAT

- Ebeveynlerin özellikleri ve rehberlikleri bebeklerin ve çocukların davranışsal bağımlılıkları açısından önemlidir.
- Ergenlik döneminde duygusal değişkenlik göstermesi ergenlerin bağımlılık açısından riskli bir grup olmalarına neden olmaktadır.

6.1.4. Ailenin Özellikleri ve Bağımlılık ile İlişkisi

Aile, kişilerin yaşam temellerinin atıldığı, toplumların devamlılığını sağlayan, değerlerin kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlayan ülkemiz için en önemli yapılardan biridir. Toplumun en küçük birimi olan ailedeki sağlıklı ilişkiler sağlıklı bir toplumsal yaşam için temel unsurdur. Beraber çalışan parçaların bütünü oluşturulan aile sistemi içerisinde aile üyelerinin rolleri ve birbirleri ile ilişkileri sistemin dengede kalmasına yardımcı olur. Bağımlılık ise bu sistemin dengesini bozmaktadır (Mutlu, 2013: 13).

Bireylerin sosyalleşme sürecinde ilk aşamada aile tek aktif birim iken zamanla ailenin rolü azalmakta fakat etkinliğini yitirmemektedir. Bağımlılık ve aile ilişkisine ilişkin alan yazını incelendiğinde geleneksel aile modellerine yönelik çalışmalara rastlanmakla birlikte, özellikle ailelerin çocuk büyütme politikalarında aşırı özgürlükçü yaklaşımların bağımlılık açısından risk oluşturduğu gözlenmektedir. Aynı za-

manda aile içindeki alt sistemlerde karşılaşılan çatışmalar da kişilerin maddeye yönelmesinde ciddi bir risk oluşturmaktadır. Bu anlamda ailenin sahip olduğu bazı niteliklerin bağımlılık konusunda koruyucu olduğunu, bazılarının ise risk unsuru içerdiği bilinmektedir. Bağımlılığın yaygın olduğu ailelere ilişkin risk faktörleri ve koruyucu faktörler Tablo 6.1.1'de belirtilmiştir (Çölgeçen, 2022: 321).

Tablo 6.1.1. Bağımlılığın Yaygın Olduğu Riskli Aile Tipleri ve Koruyucu Faktörler

Risk Faktörleri	Koruyucu Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> ● Kaotik bir aile ortamı ve zayıf aile ilişkileri ● Ailede madde kullanım öyküsünü ve suç teşkil eden ebeveyn davranışları ● Ebeveynlerin izleme ve denetim eksikliği ● Ergenin madde kullanımına izin veren aile değerleri ● Ebeveynlerin sert, tutarsız ve etkisiz disiplin stratejileri ● Çocuk ihmal ve istismarının varlığı ● Ebeveynlerin eğitim seviyesinin yetersizliği ● Kötü ekonomik durum 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sıcak aile oramı ● Aile içi çatışmaların düşük düzeyde olması ● Ebeveynlerin kontrollü ve gözetimli olması ● Ebeveyn çocuk ilişkilerinin tutarlı ve güvenli olması ● Bilişsel, sosyal ve duygusal ihtiyaçları karşılayan destekleyici ebeveyn varlığı ● Ekonomik durumun iyi olması

Bağımlılık bireye özgü bir rahatsızlık olmayıp, bir aile hastalığıdır ve sorundur. Sağlıklı ailelerde sistemin ve bireylerin ihtiyaçları birbirine paralellik gösterirken; aile bireylerinden herhangi birinin bağımlı olması durumunda ailedeki düzen bozulmaktadır. Aile içinde karşılaşılan bu durum sadece bireyi ya da ebeveynleri değil aile üyelerinin tamamını etkilemektedir. Tüm aile üyelerinin bu olumsuz tablodan etkilenmesi halinde aile üyeleri çeşitli roller üstlenmektedir. Hatta küçük ailelerde bir kişi birden fazla rolü üstlenebilmektedir (Mutlu, 2013: 14; Gürol ve Ögen, 1997). Aile üyelerine ait bu roller Tablo 6.1.2'de açıklanmıştır (Mutlu, 2013: 14).

Tablo 6.1.2. Bağımlı Ailesinde Roller

Rol	Ailenin Rolü
Baş Yapıcı	Ailenin sorumluluğunu üstlenen bu birey bağımlıyı korur ve geliştirebilecek krizleri önler. Her zaman barışı sağlamaya çalışan bu aile üyesi öfke ve çaresizlik içerisindedir. Bu rol çoğunlukla ailede en büyük çocuk tarafından üstlenir.
Kahraman	Ailenin başarılı üyesinin üstlendiği bir roldür. Düzenli, titiz ve katı yapıya sahip olan bu bireyler çok çalışmaktadırlar. Bu rol genellikle büyük çocuk tarafından üstlenilmektedir.
Şamar oğlanı	Ailenin tüm sıkıntılarında suçlanmaya açık olan ve ailenin yüz karası rolündedir. Bu role sahip bireyler sıkıntılı davranışları ile dikkat çekerler. Özellikle ailenin kriz zamanlarında şamar oğlanı rolündeki aile üyesi davranışları ile dikkati üzerine çekerek aileyi mevcut problemden uzaklaştırmaya çalışır.
Yitirilmiş çocuk	Bu role sahip aile üyesi şamar oğlanının aksine iddiasız davranışları nedeniyle aile dikkatini sağlamada başarılı değildir. İzole olan bu bireylerin kendilik değerleri düşüktür.
Maskot	Ailenin jokeri olarak rol üstlenen bu bireyler, hareketli ve neşelidirler. Genellikle ailenin en küçükleri bu rolü üstlenirler. Amaçları korkudan kaçmaktır ve stresli durumlarda rahatlama ışığı sağlarlar.

6.1.5. Aile ve Toplum Bağımlılıktan Koruma

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bağımlılık gelişen birey sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu artışın riskli bir grup olan çocuk ve ergenlerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Çocuk ve ergenlerin bağımlılık ve buna paralel suça yönelmelerindeki en büyük faktörün aile olduğu bilinmekle birlikte, kişinin yakın çevre ve arkadaş grubu, ekonomik faktörler ve kültürel çatışmalar da bağımlılık gelişmesinde önemli risk faktörleri arasındadır (Başkurt, 2003: 110). Tüm bu sebeplerden dolayı aile ve toplumu bağımlılıktan korumaya yönelik adımların atılması ve politikaların geliştirilmesi oldukça önemlidir. Yürütülecek programları aile ve toplum odaklı olarak ayrı ayrı incelemek bağımlılık konusunda yürütülecek mücadelenin başarısını artıracaktır.

6.1.5.1. Aile odaklı koruma programları

Aile kurumu, toplumun merkezinde yer almaktadır. Aile, bireylerin topluma kazandırılmasında oldukça önemli bir role sahiptir. Bu sebeple bağımlılığa ilişkin önleme programlarında aile odaklı çalışmaların çok önemli olduğu bilinmektedir. Aile odaklı önleme çalışmalarının amacı, ebeveynlere çocuklarını madde ya da diğer bağımlılıktan uzak tutabilmeleri için gerekli becerileri kazandırmaktır. Bu kapsamda, sağlıklı aile işlevlerinin evrensel olarak kabul edilen bazı özelliklerinin esas alınması ile bu becerilerin kazandırılması desteklenmektedir (Çelebi ve Uslu, 2019: 98; Öner ve Arslantaş, 2022: 238). Bağımlılıktan koruyan güçlü ailelerin evrensel özellikleri Tablo 6.1.3 de ayrıntılı olarak ele alınmıştır (Yeşilay, 2022: 27).

Tablo 6.1.3 Bağımlılıktan Koruyan Güçlü Ailelerin Evrensel Özellikleri

Aile özellikleri	Neler yapılabilir?
Pozitif ebeveynlik tutumu sergileme	<ul style="list-style-type: none"> ● Temeli sevgi ve şefkate dayanan olumlu aile ilişkilerinin kurulması, ● Ebeveynlerin çocukların keşif ve araştırma ihtiyaçlarının karşılandığı güvenli çevreyi sağlaması, ● Ebeveynlerin çocukların ilgi alanlarına yönelik teşvik edici davranışlar sergilemesi ve olumlu geri bildirimde bulunması, ● Ebeveynlerin çocuklara ilişkin gerçekçi beklenti ve inançlara sahip olması,
Olumlu rol model olma	<ul style="list-style-type: none"> ● Ebeveynlerin problemlerle nasıl başa çıktığı ve duygularını nasıl ifade ettiği, kaygılı olduğunda neler yaptığına ilişkin rol model olması, ● Bağımlılık yapıcı maddelere karşı ebeveynlerin tutumları çocukların değer ve davranışlarını etkileyerek, onların olumlu tutum ve davranış sergilemesi,
Etkili stres yönetme becerisine sahip olma	<ul style="list-style-type: none"> ● Aile üyelerinin stresli durumu ve bireylerin stres belirtilerini tanıma becerileri kazanması, ● Aile üyelerinin stres ve kaygıyla başa çıkma becerilerinin iyi olması ve çocuğa bu konuda olumlu örnek olması,
Aile içi güçlü iletişim kurabilme	<ul style="list-style-type: none"> ● Aile bireylerinin birbirlerinin duygu ve düşüncelerine saygı duyması, ● Aile içerisinde kararlar alınırken tüm aile bireylerinin görüşlerini ifade edebilmesi, ● Aile içerisinde iş birliğine dayalı tutumların oluşturulması, ● Aile üyelerinin bireysel görev ve sorumluluklarını yerine getirmesi,

Sınır koyma ve pozitif disiplin uygulayabilme	<ul style="list-style-type: none"> ● Pozitif ebeveynliğin önemli bir ilkesini oluşturması, ● Aile üyelerinin çocuktan/ergenden beklentilerini, ailenin kurallarını ve sonuçlarını net bir şekilde ortaya koyması, ● Tutarlı, öngörülebilir ve tahmin edilebilir pozitif disiplin yöntemlerini içermesi,
Çocukları etkili izleme becerisine sahip olma	<ul style="list-style-type: none"> ● Çocukların ev dışında yaptıkları aktiviteler, nerede ve kiminle olduklarına ilişkin bilgi edinilmesi, ● İzlemin çocuk ve ergenin gelişim düzeyine uygun yapılması, ● Çocuğun gelişimine göre ihtiyaçlarının, duygu ve düşüncelerinin, hedeflerinin gözlenmesi ve rehberlik edilmesi,

Bu özelliklere sahip ailelerle bağımlılıktan korumanın temel boyutu gereği kişilere olumlu sağlık davranışları kazandırılarak aile odaklı korumanın temeli oluşturulmuş olacaktır. Bu bağlamda bağımlılıktan koruma ve madde kullanımının önlenmesinde uygulanan aile odaklı programlarda temel ve birincil koruma basamakları oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Aile odaklı korumanın ikincil koruma basamağında ise aile üyelerinin bağımlılığa ilişkin bedensel, davranışsal ve çevresel uyarı işaretlerini bilmesi ve bu işaretler ile karşılaşması veya şüphelenmesi durumunda yapması gerekenler yer almaktadır. Aile üyelerinden özellikle riskli gruplarda yer alan çocuk ve ergenlerde bağımlılığa ilişkin uyarı işaretlerini görmezden gelmek veya yok saymak daha kötü sonuçlara neden olabilir (Yeşilay, 2022: 91). Bu nedenle çocuk veya ergen ile açık bir iletişim kurarak aşağıdaki adımlar izlenmelidir (Yeşilay, 2022: 91).

1. Adım: Öncelikle şüphelenilen duruma ilişkin ayrıntılı bir araştırma yapılmalı ve çocuk/ergen bir süre gözlemlenmelidir.

2. Adım: Anne, babanın bir arada olacağı bir ortam sağlanmalıdır.

3. Adım: Bağımlı kişiler genellikle reddetme eğiliminde olacakları için sabırlı ve anlayışlı bir yaklaşım sergilemek çok önemlidir.

4. Adım: Ebeveynlerin güven verici ve sevgi içeren yaklaşımları bağımlı kişinin paylaşım yapmasını sağlayacağından ebeveynlerin bu yaklaşımları sergilemesi önemlidir.

5. Adım: Bir bağımlılık uzmanından destek alınmalıdır. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM), Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM), Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) gibi kurumlardan profesyonel destek alınmalıdır.

6.1.5.2. Toplum odaklı koruma programları

Bağımlılıktan korumaya ilişkin toplum odaklı koruma programlarından birçok kurumun işbirliği söz konusudur. Bu bağlamda topluma yönelik hazırlanan tüm programların etkinliğinin ölçülerek, sonuçlarının toplumla paylaşılması önem arz etmektedir. Başta bağımlılık açısından riskli gruplar olmak üzere tüm toplum ve kurumlara ilişkin bağımlılıktan koruma müdahaleleri aşağıda başlıklar halinde sınıflandırılmıştır.

Milli Eğitim Bakanlığı'na (MEB) bağlı kurumlardaki öğrenci ve velilere yönelik bağımlılıktan koruma programları

- Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Programı (TBM) formatörleri tarafından öğrencilere gelişim düzeyleri ve yaş gruplarına göre tütün, alkol, sağlıklı yaşam, madde ve teknoloji modüllerinin uygulanması,
- TBM uygulayıcılarının velilere yönelik ebeveyn modüllerinin geliştirilmesi ve uygulanması,
- MEB kurumlarında Yeşilay kulüplerinin kurulması ve düzenli aralıklarla aktiviteler gerçekleştirilmesi,
- Madde bağımlılığı ile yani tanıştığı tespit edilen veya deneme aşamasında olan öğrencilere yönelik ikincil koruma programları kapsamında “Okul Temelli Kısa Müdahale Programının” geliştirilerek uygulanması,
- Lise grubundaki öğrencilere bağımlılıktan korumaya yönelik kamp faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi,
- Ebeveynlerin ve öğrencilerin teknolojinin bilinçli ve güvenli kullanımı konusunda bilgilendirilmesi,
- MEB müfredatına “Bilişim Teknolojileri ve Yazılım Öğretim Programı” dersinin zorunlu ve seçmeli ders olarak eklenmesi,
- Okullarda “Bilişim teknolojilerinin bilinçli, güvenli ve etkin kullanımını sağlayan okul” kriterlerinin belirlenmesi,
- “Portal Mobil Uygulama” çalışmaları ile siber zorbalığın önlenmesi,
- Bilişim teknolojilerine yönelik yaş gruplarına uygun materyallerin hazırlanması ve kullanılması,
- Dijital oyunların yaş ve gelişime göre sınıflandırılarak, Eğitim Bilişim Ağına dijital eğitsel oyunların eklenmesi,
- Kumar bağımlılığını önlemede öğrenci ve öğretmenlere yönelik materyallerin hazırlanması ve eğitimlerin verilmesi (Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023; Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023: 31).
- Üniversite öğrencileri ve gençlere yönelik *bağımlılıktan koruma programları*
- Üniversitelerde bulunan Genç Yeşilay Kulüplerindeki öğrenciler için “TBM Akran Uygulayıcı Eğitiminin” oluşturulması ve geliştirilmesi,
- Genç Yeşilay Kulüplerinde akran eğitimine yönelik faaliyetlerin uygulanması,
- Gençlere bağımlılıkla ilgili farkındalık eğitimlerinin verilmesi,

- Üniversitelerdeki sosyal, kültürel ve sanatsal faaliyetlerin sayısının artırılması ve gençlerin katılımının sağlanması,
- Üniversite öğrencilerine bağımlılıktan korumaya yönelik kamp faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi,
- Üniversite öğrencilerin güvenli internet hizmeti almalarının sağlanması ve yaygınlaştırılması,
- Üniversite öğrencilerini kumar bağımlılığından korumaya yönelik eğitim ve farkındalık çalışmalarının yapılması (Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023; Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023: 31, 32).

Riskli gruplara yönelik bağımlılıktan koruma programları

- Dezavantajlı grupta yer alan çocuklara (mülteci çocuk, engelli çocuk, parçalanmış aile çocukları, çocuk işçiler, ihmal ve istismara uğrayan çocuklar) yönelik rehberlik hizmetlerinin verilmesi, bu gruptaki çocukların maddeye erişimlerin önlenmesi veya mevcut kullanımlarının azaltılması için kurum ve kuruluşların işbirliği modelleri geliştirmesi,
- Bağımlılıktan korumaya yönelik mobil ekiplerin tüm illerde kurulması ve yaygınlaştırılması,
- Örgün eğitime devam riskli grupların okullardaki sportif faaliyetlere katılımının desteklenmesi,
- Gençlik ve Spor Bakanlığı tarafından hazırlanan “Spor ile Hayata Gülümse” gibi projelere gençlerin aktif katılımının sağlanması,
- 18 yaşın altında olup madde kullanım geçmişi olan ve denetimli serbestlik ile kapsamında dışarda bulunan çocukların gençlik kamplarına düzenli katılımının desteklenmesi,
- Toplu yaşam alanlarında bulunan (yurt vs.) ve bağımlılık açısından risk taşıyan öğrencilere yönelik bağımlılığa ilişkin farkındalık eğitimlerinin verilmesi,
- Teknoloji bağımlılığı açısından riskli bir grup olan okul çağı çocukları ve ergenlerin rehber öğretmenler tarafından tespit edilerek, uygun desteğin sağlanması,
- Sanal ortamda çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi ve gerekli bildirimlerin yapılabilmesi için denetlemelerin sağlanması (Gürdoğan Bayır, 2019: 453; Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023: 32; Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023).

Kamu kurumlarında çalışan personele yönelik bağımlılıktan koruma programları

- TBM uygulayıcılarının MEB'deki tüm öğretmenler ve yardımcı personellere yönelik yetişkin eğitim modüllerinin oluşturulması ve uygulanması,
- Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumunda çalışan sosyal çalışmacı, psikolog ve tüm yurt yönetim personeline düzenli aralıklarla bağımlılığa ilişkin farkındalık eğitimleri ve eğitici eğitimlerinin verilmesi,
- Gençlik ve Spor Bakanlığı'nda çalışan Gençlik ve Kamp Liderlerine eğitici

eğitimi verilmesi, antrenörler ile sportif eğitim uzmanlarına bağımlılıktan korumaya yönelik farkındalık eğitimleri verilmesi,

- Diyanet İşleri Başkanlığı personeline yönelik bilgilendirici ve bilinçlendirici eğitimlerin verilmesi,
- Arz ile mücadelede görevli kolluk birimlerinin bağımlılık ile mücadele konusunda farkındalık düzeylerinin artırılması ve eğitimlerin verilmesi,
- Tüm kamu kurumlarında bilişim teknolojileri, internet ve sosyal medyanın bilinçli kullanımı konusunda ulusal/uluslararası çalıştay ve kongrelerin yapılması ve kişilerin katılımının sağlanması,
- Kamu kurumlarının web sayfalarının açılış ekranında teknoloji bağımlılığını önlemeye yönelik bilgilendirme ekranı açılması (Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023; Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023: 33).

Topluma yönelik hazırlanan bağımlılıktan koruma programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi ve yaygınlaştırılması

- Tüm eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi ve kullanılan materyallerin düzenli aralıklarla güncellenerek uygulamaların yenilenmesi,
- TBM ile etkileşimli içeriklerin “Eğitim Bilişim Ağı (EBA)’ya entegrasyonun sağlanması,
- Halk Eğitim Merkezleri’nde “Bağımlılık İle Mücadele” başlığına ilişkin kursların verilmesi,
- Bağımlılık konusunda yerli ve yabancı uzmanlar ile sanal sınıfların oluşturulması ve hedef gruplara yönelik eğitimlerin gerçekleştirilmesi,
- Esnaf içerisinde gönüllü kişilere “Sağlık Elçileri Projesi” kapsamında eğitim verilerek farkındalık oluşturulması,
- Bağımlılık ile mücadelede gönüllülük platformlarının oluşturulması,
- Topluma konferans, seminer ve paneller aracılığıyla bağımlılık ile mücadele konusunda bilgilendirmelerin yapılması,
- Türk Ceza Kanunu’nun 191. maddesi ile denetimli serbestlik altındaki çocuk, genç ve ailelerine yönelik bilgilendirici çalışmalar yürütülmesi ve bu çalışmalar kapsamında hedef gruba yönelik eğitim materyallerinin hazırlanması ve kullanılması,
- Denetimli Serbestlik Müdürlükleri’nde uygulanan “Sigara, Alkol, Madde Bağımlılığı Tedavi Programlarının (SAMBA)” geliştirilmesi ve güncellenmesi,
- Bilişim teknolojileri, internet ve sosyal medyanın bilinçli ve güvenli kullanımı konusunda çocuk ve gençler başta olmak üzere tüm topluma yönelik eğitim ve farkındalık çalışmalarının yürütülmesi,
- Riskli teknoloji kullanımı tespit edilen kişilere erken müdahale ve yönlendirmelerin yapılması,
- Medya kuruluşları ile işbirliği yapılarak teknoloji ve internetin bilinçli kullanımı konusunda kamu spotu, zorunlu yayın, kısa film vb. yayınlanması,

- Bilişim teknolojilerine yönelik arzın düzenlenmesi ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılması,
- Bahis ve kumar sitelerine yönlendiren internet sitesi reklamlarına yönelik tedbirlerin alınması ve yaş doğrulamasının sağlanması
- Sağlıklı nesiller için çocuk ve gençler başta olmak üzere tüm toplumu kötü alışkanlıklardan korumaya yönelik aktivitelerin planması topluma yönelik koruyucu ve önleyici faaliyetler arasında yer almaktadır (Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023; Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2023: 30).

Toplumları bağımlılıktan korumada hiç şüphesiz en etkili yaklaşım önleyici faaliyetlerdir. Medya kanalları, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları gibi farklı kurumların eş güdümlü hizmetleri bağımlılık ile mücadelede oldukça önemlidir. Aynı zamanda AMATEM, ÇEMATEM, ALO 171 ve ALO 191 gibi destek hatları da bağımlılık ile mücadele aktif hizmet veren diğer sistemler arasında yer almaktadır (Bağcı Taylan vd., 2019: 203; Öner ve Arslantaş, 2022: 238).

Aile ve toplumun bağımlılıktan korunmasında ve bağımlılık ile mücadelede disiplinler arası hizmet sunulması çok önemlidir. Özellikle bağımlılık açısından yüksek risk oluşturan hedef gruplara yönelik başta aileler olmak üzere tüm topluma farkındalık kazandırılması ve toplumun bilinçlendirilmesi bağımlılık ile mücadeleyi kolaylaştıracaktır. Bağımlılıkla mücadelede birey, aile ve toplumun bilinç kazandığı, bağımlı değil birbirine bağlı, sağlıklı ve üretken bir toplum düzeyine ulaşmak hedefiyle mümkün olacaktır.

Özet noktalar

Küresel bir sorun olan bağımlılık durumuyla mücadele kapsamında farklı yaklaşım örneklerinin bulunduğu önemli bir halk sağlığı problemi. Bağımlılık, birden fazla faktörün etkileşimi sonucu oluşan karmaşık bir süreçtir ve temelleri genellikle erken yaşlarda atılır. Bu sebeple bağımlılığın oluşumu, önlenmesi ve tedavisi aşamalarında bireyler doğumdan itibaren ele alarak incelenmeli; aile, toplum ve kültürel özellikleri dikkate alınarak bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmelidir. Bağımlılık, kimyasal madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılık olmak üzere iki temel türde görülür. Bağımlılık sorunu, sadece bireyi değil, aynı zamanda ailesini ve toplumu da etkileyen karmaşık bir sosyal sorundur.

Bağımlılık tablosunun tedavisi, yönetimi ve önlenmesi süreci bireylerin buldukları sosyal çevrelerinin yanı sıra etkin baş etme yöntemlerini kullanma becerilerine göre şekillenmektedir. Ancak koruma yöntemlerinin etkililiği bu sürecin başarısını artıracaktır. Bağımlılıkta koruma yöntemleri “*Temel (İlkel/Primordial), Birincil (Primer), İkincil (Sekonder), Üçüncül (Tersiyer) ve Dördüncül*” koruma şeklinde yürütülebilir. Birey, aile ve topluma uygulanan eğitim programları, bağımlılıktan korunma amacıyla temel koruma prosedürlerinden başlamaktadır. Bu programlar, aynı zamanda birey, aile ve toplumun aşırı, gereksiz ve hatalı sağlık hizmetlerinden korunmasına yönelik pek çok faaliyeti de kapsamaktadır.

Bağımlılığı önleme ve mücadelede çocuk, ergen, genç, yetişkin ve aile hedef gruplar olarak değerlendirilebilir. Aile, kişilerin yaşam temellerinin atıldığı, toplumların devamlılığını sağlayan, değerlerin kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlayan ülkemiz için en önemli yapılardan biridir. Aile içindeki alt sistemlerde karşılaşılan çatışmalar da kişilerin madde kullanımına ya da çeşitli bağımlılıklara yönelmesinde

ciddi bir risk oluşturmaktadır. Çocuk ve ergenlerin bağımlılık ve suç eğilimlerinde kişilik özellikleri, aile, yakın çevre ve arkadaş grubu, ekonomik durum ve kültürel faktörler gibi birçok etken önemli risk faktörleri arasındadır. Bu kapsamda aile ve toplumu bağımlılıktan korumaya yönelik adımların atılması ve politikaların geliştirilmesi oldukça önemlidir. Yürütülecek programları aile ve toplum odaklı olarak ayrı ayrı incelemek bağımlılık konusunda yürütülecek mücadelenin başarısını artıracaktır. Aile odaklı önleme çalışmalarının amacı, ebeveynlere çocuklarını madde ya da diğer bağımlılıktan uzak tutabilmeleri için gerekli becerileri kazandırıcı nitelikte olması gerekmektedir. Toplum odaklı koruma programları ise birçok kurum ve kuruluşun işbirliği ile multidisipliner bir yaklaşım ile yürütülmelidir. Bu bağlamda topluma yönelik hazırlanan tüm programların etkinliğinin ölçülerek, sonuçlarının toplumla paylaşılması önem arz etmektedir. Başta bağımlılık açısından riskli gruplar olmak üzere tüm toplum ve kurumlara ilişkin bağımlılıktan koruma müdahale çalışmaları hayata geçirilmelidir. Toplumlara bağımlılıktan korumada hiç şüphesiz en etkili yaklaşım önleyici faaliyetlerdir. Medya kanalları, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları gibi farklı kurumların eş güdümlü hizmetleri bağımlılık ile mücadelede oldukça önemlidir. Bağımlılıkla mücadelede birey, aile ve toplumun bilinç kazandığı, bağımlı değil birbirine bağlı, sağlıklı ve üretken bir toplum düzeyine ulaşmak hedefiyle mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

- Ağ, F., Özçirpıcı, B. (2018). Gaziantep Üniversitesi Çalışanlarının Birincil, İkincil, Üçüncül Koruma İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi.
- Akdeniz, M., Kavukçu, E. (2017). Dördüncül Koruma: Önce zarar verme. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 21(2), 74-81.
- Akkaya, N., Aktürk, İ., Yaman, Ö.M. (2023). Türkiye'de 2011-2021 Yılları Arasında Uçucu Nitelikli Maddelerin Kullanımına Yönelik İstatistik Verilerin Değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi, 24(2), 239-272.
- Aktu, Y. (2016). Levinson'un kuramında ilk yetişkinlik döneminin yaşam yapısı. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 8(2), 162-177.
- Atak, H., Tatlı, C. E., Çokamay, G., Büyükpabuşcu, H., Çok, F. (2016). Yetişkinliğe geçiş: Türkiye'de demografik ölçütler kuramsal bir inceleme geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(3), 204-227.
- Ayakdaş Dağlı, D., Yüyen, M.N. (2023). Davranışsal Bağımlılıklar ve Hemşirelik Yaklaşımı. Bağımlılık Dergisi, 24(1), 104-112.
- Ayyıldız, T., Harkin Gemicioğlu, Ş., Topçu, F., Demir, A., Kaya, K.N. (2023). Ortaokul Düzeyindeki Çocuklarda İnternet Bağımlılığının Sosyal Beceri Düzeyi ile İlişkisi. Bağımlılık Dergisi, 24(1), 73-84.
- Bağcı Taylan, Ş., Nas, İ., Ediz, Ç. (2019). Sağlıklı yaşam seminerine katılan öğrencilerin madde bağımlılığı ile ilgili farkındalıkları. Bağımlılık Dergisi, 20(4), 197-205.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları (psiko-sosyal bir yaklaşım). Journal of Istanbul University Faculty of Theology, (8), 73-114.
- Berber Çelik, Ç. (2023). Akıllı Telefon Bağımlılığı: Kişilik Özellikleri Açısından Bir Değerlendirme. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 57(57), 187-200.
- Budak, K.S., Işıkoğlu, N. (2023). Erken Çocuklukta Dijital Oyun Bağımlılık Eğilimi: Çocuk ve Ebeveyn Özelliklerinin Etkileri. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (66) , 1-25 .
- Çelebi, M., Uslu, R. (2019). Bağımlılık ve aile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry, 20(1), 98-100.
- Çok, F. (1994). Gelişim psikolojisi: Ergenlik ve yetişkinlik. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences, 27(2), 905-935.
- Çölgeçen, Y. (2022). Koruyucu sağlık alanında sosyal hizmetin rolü: madde bağımlılığı açısından bir değerlendirme. In: Sağlık ve Bilim 2022: Medikal Araştırmalar-1. Efe Akademi yayıncılık. s. 311-329.
- Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı. (2023). Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2023, <https://bmyk.gov.tr/Eklenti/38488/0/davranissal-bagimliliklar-ile-mucadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-eylem-planı-2018---2023pdf.pdf>
- Derin, M., Tapan, M. G. (2017). Madde bağımlılığı ve sosyal dışlanma. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (10), 26-36.
- Dikmen O. (2019). Genç Erişkinlerde İnternet Bağımlılığı Düzeyleri İle Sosyal Görünüş Kaygısı ve Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Fineberg, H. V. (2013). The Paradox of Disease Prevention: Celebrated in Principle, Resisted in Practice. Clinical Review and Education, 310 (1), 85-90.
- Giampaoli, S. (2007). Primordial prevention of cardiovascular diseases-the role of blood pressure. Eur Cardiol Rev, 3(2), 20-1.
- Gross DMP, Camacho ACLF, dos Reis Lage L, Daher DV, da Mota CP (2016). Quaternary Prevention in The Management of Primary Health Care: Integrative Review. J Nurs UFPE, 10 (Suppl. 4): 3608-19.
- Güler F. (2020). Temel Psikolojik İhtiyaçlar İle Egzersiz Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kişisel Eğitim İle Çalışan Yetişkinler Örneği. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Anrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı Spor Yönetimi Bilim Dalı,

Yüksek Lisans tezi, İstanbul.

Gürdoğan Bayır, Ö. (2019). Dezavantajlı Gruptaki Çocuklarla Eğitim Süreci: Sınıf Öğretmeni Adaylarının Görüşleri. *Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20 (Özel sayı), 451-464.

Gürol, D. T., Ögel, K. (1997). Uyuşturucu madde kullanımının aile üzerine etkisi. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.

Gürsoy Ç (2018). Genç Erişkinlerde Bağlanma Stilleri ve Dürtüsellik Düzeyleri İle Yeme Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji(Tezli) Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Jamoulle, M. (2014). The Four Duties of Family Doctors: Quaternary Prevention – First, Do No Harm. *The Hong Kong Practitioner*, 36 (6), 1-6.

Jamoulle, M. (2015). Quaternary prevention: first, do not harm. *Revista Brasileira De Medicina De Familia e Comunidade*, 10 (35), 1-3.

Kardaş, Ö., Kardaş, B. (2023). Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine Başvuran Olguların Sosyodemografik ve Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 24(2), 174-185.

Kurt Genç, A., Avcı, E. (2020). Binomial (Oran) Verilerin Meta-Analizi: Türkiye'deki İnternet Bağımlılık Oranının Belirlenmesi. *Erzincan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 13(3), 1050-1068.

Kwon, M., Joon-Yeop, L., Wang-Youn, W., Jae-Woo, P., Jung-Ah, M., Changtae, H., et al. (2013). Development and validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS), *PLOS ONE*, 8(2), e56936.

Mutlu, E. (2013). Madde bağımlılığında ailenin rolü. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (2), 13-17.

Nelson, L.F., Weitzman, E.R., Levy, S. (2022). Prevention of Substance Use Disorders. *The Medical clinics of North America*, 106(1), 153–168.

Öner, H., Arslantaş, H. (2022). Madde Bağımlılığında Korunma Yolları. In: Yücel H, editör. *İnsan Sağlığında Koruyucu Yaklaşımlar*. Akademisyen Yayınevi. s. 225-239.

Resmi Gazete. (1996). Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkında Kanun. Erişim tarihi: 25 Nisan 2023, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4207.pdf>.

Sampath R. (2022). When Is Iatrogenic Harm Negligent?. *AMA journal of ethics*, 24(8), E735–E739.

Sanal Özcan, Y., Hamzaoğlu, N., Türk, B. (2020). Üniversite öğrencilerinin kimyasal ve davranışsal bağımlılıklara ilişkin bakış açıları ve bilgi düzeyleri. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 44-55.

Strasser, T. (1978). Reflections on cardiovascular diseases. *Interdiscip Sci Rev*, 3, 225-30.

Tahincioğlu C. (2020). Çok Oyunculu Çevrim İçi Video Oyunu Bağımlılığı Olan Yetişkinlerde Bağımlılık Şiddeti İle Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi. Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2023, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Dokumanlar/rehberler/psm_2019.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Bağımlılık ile Mücadele Stratejik İletişim Belgesi. Taşdemir M. (Editor). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2019. Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2023, <https://bmyk.gov.tr/Eklenti/36068/0/bagimlilik-ile-mucadele-stratejik-iletisim-belgesipdf.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun Uygulanması ile ilgili 2009/44 Sayılı Bakanlığımız Genelgesi. Erişim Tarihi: 26.08.2024. <https://www.saglik.gov.tr/TR-11141/4207-sayili-tutun-urunlerinin-zararlarinin-onlenmesi-ve-kontrolu-hakkinda-kanunun-uygulanmasi-ile-ilgili-200944-sayili-bakanligimiz-genelgesi.html>

Tunç, Z., Kolburan, Ş. G. (2019). Ergenlik döneminde benlik saygısı ile sigara bağımlılığı

- arasındaki ilişkinin incelenmesi. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 5(1), 55-70.
- Tunçeli, H. İ., Zembat, R. (2017). Erken çocukluk döneminde gelişimin değerlendirilmesi ve önemi. Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi, 3(3), 1-12.
- Türk Dil Kurumu. Sözlük Erişim Tarihi: 05.04.2023. <https://sozluk.gov.tr/>
- Türk Hemşireler Derneği (THD). (2009). Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2023, <https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. Erişim Tarihi : 20 Mayıs 2023, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>
- Türkiye Uyuşturucu Raporu. (2021). Eğilimler ve Gelişmeler. Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2023, <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/2021-Turkiye-Uyusturucu-Raporu.pdf>
- Ursoniu, S. (2009). Primordial Prevention, Developing Countries and the Epidemiological Transition: Thirty Years Later. Perspective, 121, 168–172.
- Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı. (2023). Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2023, <https://bmyk.gov.tr/Eklenti/22065/0/2018-2023uyusturuculemucadeleulusalstratejibelgesiveeylemplanipdf.pdf>
- Yalçın Türk, A. A., Dikeç, G., Ata, E. E. (2019). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik rehabilitasyon çalışmaları: Sistematik derleme. Bağımlılık Dergisi, 20(4), 241-252.
- Yeşilay. (2022). Bağımlılıktan Koruyan Aile Rehberi. Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2023, <https://tbm.org.tr/images/tbm-aile-rehberi-ekim-2022.pdf>
- Yılmış, G., Ertürk, E.M. (2019). İnternet Ve Tütün Bağımlılığını Önlemede ‘Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitimi’nin İlkokul 3. ve 4. Sınıf Öğrencileri Üzerindeki Etkisi. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Yiğit, R., Üğücü, G. (2020). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Zubaroğlu Yanardağ, M., Bilge, M., Yanardağ, U. (2020). Davranış bağımlılığı ve sosyal hizmet uygulamaları üzerine bir inceleme. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(4), 551-560.
- World Health Organization (WHO). (2023). Erişim Tarihi: 16 Mayıs 2023, <https://www.who.int/>

BÖLÜM 6.2

Ailenin Tedavi ve Rehabilitasyon Sürecinde Desteklenmesi

Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra HANÇER TOK

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

İçindekiler

Giriş

6.2.1. Bağımlılıklar ve Riskli Aile Özellikleri

6.2.2. Bağımlı Ailelerde Roller

6.2.3. Alkol ve Madde Bağımlısı Ebeveynlerin Bulunduğu Ailelerde Çocuk Yetiştirme Stilleri

6.2.4. Bağımlılığın Aile ve Çocuk Üzerine Etkileri

6.2.4.1. Bağımlılığın aile üzerine etkileri

6.2.4.2. Bağımlı ebeveynin çocuklar üzerine etkileri

6.2.5. Bağımlılık Tedavisi Öncesi Ailenin Desteklenmesi

6.2.6. Bağımlılık Tedavisi ve Rehabilitasyonunda Ailenin Desteklenmesi

6.2.6.1. ALO 191

6.2.6.2. Yeşilay danışmanlık merkezi (YEDAM)

6.2.6.3. Aile sigara, alkol ve madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA)

6.2.6.4. Aile terapisi

6.2.6.5. Aile merkezli ilaç destekli tedavi programı

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Bağımlılıklar; bağımlılık yapıcı madde kullanan bireyin yanı sıra, aileyi ve aile üyelerini de doğrudan etkilemektedir. Aile özelliği, bağımlılığın ortaya çıkış sürecinden, tedavi ve rehabilitasyon aşamasına kadar tüm aşamalarda koruyucu ve önleyici olabileceği gibi zorlaştırıcı ve hızlandırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada bağımlılığın tedavi ve rehabilitasyonunda ailenin desteklenmesi tedavi çıktıları ve remisyon süresinin uzatılması için kritik önem taşımaktadır. Nitekim, bağımlılık bir birey hastalığından ziyade aile-toplum hastalığıdır. Bu noktada aile üyelerinin tedavi öncesi ve rehabilitasyon süreçlerinde çeşitli kurum ve kuruluşlarca desteklenmesi kritik öneme sahiptir. Bağımlılık tedavisinde ve rehabilitasyonunda ailenin rolü, bağımlının iyileşme sürecini doğrudan etkiler. Bu bölümde, ailelerin bağımlılık hakkında bilinçlendirilmesi, remisyon sürecinde nasıl destek olabilecekleri, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde rol alan kuruluşlar hakkında bilgiler sunulacaktır.

6.2.1. Bağımlılıklar ve Riskli Aile Özellikleri

Bağımlılıklar, bağımlı bireyin yanı sıra, aile ve toplumu olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorudur. Alkol ve madde bağımlılığı sonucunda sağlık, ekonomik, sosyal ve adli nitelikteki sorunlar öne çıkmaktadır. Bağımlılıkların ortaya çıkmasında başlıca risk faktörlerinden biri ailedir. Bağımlılık aile ile ilişkili faktörler;

- Ebeveynin eğitim durumu,
- Boşanmış veya tek ebeveyn sahibi olmak,
- Aile üyeleri arasında soğuk ve samimi olmayan ilişki,
- Aile içi çatışma/kavgı,
- Ebeveynin samimi olmayan tavrı,
- Aile içi yetersiz duygusal destek,
- Ebeveynin çocuklarının psikososyal gelişiminde yetersiz destek sağlaması,
- Aile içi iletişim sorunları,
- Çocukluk dönemi ihmal ve istismar öyküsü,
- Aile içi fiziksel-cinsel şiddet,
- Aile içinde madde kullanan akran bulunması olarak sıralanabilir (Abasi ve Mohammadkhani, 2016; Derin vd., 2021).

6.2.2. Bağımlı Ailelerde Roller

Bağımlı bir bireyin ailesinde roller tanımlanmıştır (Wegscheider, 1981). Bunlar; baş yapıcı, kahraman, şamar oğlanı/günah keçisi, yitirilmiş çocuk, bağımlı ve maskottur. **Baş yapıcı**, bağımlı bireyin aile içerisinde en yakın olduğu kişidir. Baş yapıcı, bağımlılık nedeniyle aile içerisinde çıkabilecek krizleri önler ve gizleme eğilimindedir. Aile içerisinde baş yapıcı rolünü; eşler veya en büyük çocuk üstlenebilir. **Kahraman**, kendi gelişimsel seviyesini aşan ve üstün çaba, başarı, sorumluluk alma özelliği gösteren aile üyesidir. Çoğunlukla ailenin en büyük çocuğu kahraman görevini üstlenir. **Şamar oğlanı/günah keçisi**, bu ailenin başı beladan kurtulmayan çocuğudur ve evde var olan sorunları dışarıya yansıtır. **Yitirilmiş çocuk/kayıp çocuk**, ailede var olan sorunlardan dolayı kendine izole bir yaşam kuran bireylerdir; kendi

dünyalarında yaşarlar. **Bağımlı**, aileye yaşattığı sıkıntı ve üzüntünün farkında olmasına karşın bağımlılığı sürdüren aile üyesidir. **Maskot**, evdeki sorunlarla baş etmek için komik davranışlar gösteren ve diğer aile üyelerini neşelendirmeye çalışan aile üyesidir (Wegscheider-Cruse, 1989).

6.2.3. Alkol ve Madde Bağımlısı Ebeveynlerin Bulunduğu Ailelerde Çocuk Yetiştirme Stilleri

Baumrind, ebeveynlik stillerini dört grupta incelemiştir. Bunlar; otoriter, demokratik, izin verici ve ilgisiz (ihmal-kâr) ebeveynliktir. **Otoriter ebeveynlikte**, aile çocuğa karşı katı bir tutum sergiler ve ceza verebilir. **Demokratik ebeveynlik** ise aile içinde herkesin eşit söz hakkının olduğu ve çocuğun fikirlerinin sorulduğu ebeveynlik türüdür. **İzin verici ebeveynlikte**, çocuktan ailenin beklentisi düşüktür ve genelde çocuğu her konuda onaylar. **İlgisiz ebeveynlik** ise çocuğun ihtiyaçlarının görmezden gelindiği ve ihmal edildiği aile tipidir (Baumrind, 1991). Bu aile tipleri içerisinde bağımlılık için en riskli olan aile tipi otoriter aile tipidir. Otoriter aile tipi ile yapılan çalışmada yüksek düzeyde anne otoriterliği, sorunlu alkol kullanımı veya alkol bağımlılığının ortaya çıkmasına neden olabilir (Abasi ve Mohammadkhani, 2016).

6.2.4. Bağımlılığın Aile ve Çocuk Üzerine Etkileri

6.2.4.1. Bağımlılığın aile üzerine etkileri

Aile bireylerin ilk sosyalleştiği, bakım ihtiyaçlarının karşılandığı, bakım verdiği toplumun temel yapı taşı ve sistemidir. Bağımlılık yapıcı madde veya davranış, bağımlı bireyle beraber tüm aileyi etkileyen ve sistemin işleyişini bozan bir hastalıktır. Aile üyeleri arasında ihtiyaçların karşılanması, ekonomik, yasal sıkıntılar, iletişim, öfke ve şiddet ile ilgili sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bağımlılık beyin işleyişini etkileyen bir hastalık olmasını yanı sıra aile hastalığıdır. Bu hastalığın tedavisinde ailenin tüm üyeleri bağımlılık tedavisi rehabilitasyonunda bütün olarak ele alınmalıdır. Aile üyelerinden birinin bağımlılık tanısı alması, diğer aile üyelerinin daha fazla stres, fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Ek olarak, bağımlı birey ve aile üyeleri arasında daha fazla damgalanma, kendini suçlama ve sosyal izolasyonun yaygın olduğunu görülmektedir (di Sarno vd. 2021). Ebeveynler, çocuklarının bağımlı olması durumunda kendilerini suçlama eğilimine girebilirler ve ebeveynlik becerileri sorgularlar. Bağımlılık sürecinde, ebeveynlerin bağımlılığın farkında olmaları; maddi kontrol ellerinde olduğu tedavi sürecine başlama ve sürdürme açısından önemlidir. Eşlerden birinin veya her ikisinin bağımlı olması aile içi şiddet ve boşanmalar açısından risk oluşturmaktadır. Bu şiddet sonucunda travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon ve bağımlılıklar açısından risk artmaktadır (Chen vd., 2020; Hu vd., 2022).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığının Akademik Başarıları Üzerindeki Etkisi

Bir devlet üniversitesinde öğrenim gören n=525 öğrenci ile yapılan çalışma da öğrencilerin internet bağımlılığı düzeyleri arttıkça akademik başarıları azalmaktadır (Belli vd., 2022).

6.2.4.2. Bağımlı ebeveynin çocuklar üzerine etkileri

Bağımlı ebeveynlerin çocukları, hamilelik sürecinden başlayarak fetüs, bebek, çocuk ve ergen sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu olumsuzluklar, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, fetal alkol sendromu, bebek ihmal ve istismarı gibi pek çok yönden fetüsü ve bebeği etkileyebilmektedir. Anne karnında alkol ve madde etkisinde kalan çocuklar, ileri yaşlarda öğrenme güçlükleri ve gelişim geriliklerinden mustarip olabilmektedir. **Ebeveynlerin biri veya her ikisi madde/alkol kullanan çocuk ve ergenlerin, diğer insanlarla güvene dayalı ilişkiler kurmakta güçlük çekmesi, ilişkilerde aşırı duygusal ve sorumluluk sahibi olması, yetişkin rollerini çok fazla üstlenmesi gibi davranışlar göstermesi muhtemeldir.** Bu duruma ek olarak, alkol madde kullanan anne babaların çocuklarında; depresyon, kaygı, madde bağımlılığı, içselleştirmiş damgalanma, davranış sorunları (çalma, yalan söyleme ve okuldan kaçma), öfke patlamaları, saldırganlık, dürtüsellik gibi sorunları dışa vurma riskinin artmasına neden olabilir. Alkol ve madde kullanan anne babaların, çocuklarını fiziksel veya cinsel açıdan ihmal ve istismar etme olasılığı üç kat daha fazladır. Bu çocukların, suç işleme ihtimali % 40, tutuklanma ihtimalleri %50 daha fazladır (Sedlak and Broadhurst, 1996; Chudley vd., 2005; Delgado vd., 2017; Dos Santos vd., 2018; Gilfillan vd., 2018; DeJong vd., 2019; Popova vd., 2019; Gómez-Urquiza vd., 2020; Kaddour vd., 2022;). Bu çocuklar, toplum ruh sağlığı merkezinde veya bir okul ortamında doğrudan hemşireye / sağlık personeline başvurabilirler. Hemşire/sağlık personeli, çocuğun sosyal ortamlardaki ve oyundaki davranışını gözlemlerken ebeveynin madde kullanımına ilişkin belirti ve semptomlarını belirleyebilir. Hemşire/ sağlık personeli, mevcut semptomların homeostazı sürdürmek için aile sisteminde nasıl bir işleve hizmet ettiğini araştırmalıdır. Hemşire/ sağlık personeli; aile terapisi, ebeveyn eğitimi, oyun terapisi, sosyal beceri eğitimi, ayakta tedavi, okul veya ev içi terapi ortamında bireysel veya grup terapisi gibi baş etme becerileri eğitimi sağlamak gibi yardımcı yollara başvurabilir (Lander vd., 2013; Patestos vd., 2014; Gómez-Urquiza vd., 2020).

6.2.5. Bağımlılık Tedavisi Öncesi Ailenin Desteklenmesi

Bağımlılığın tedavi-rehabilitasyon sürecinde aile katılımı ve desteği önemli bir yer tutmaktadır. Bağımlılığın tedavisinde ilk adım olarak, bağımlılığın tanınması ve tanılanması yer almaktadır. Bu adımda, aile üyelerine ve öncelikle bakımdan birinci sorumlu olan ebeveynine önemli sorumluluklar düşmektedir. Sonraki adım ise tedavi sürecinin başlatılması ve rehabilitasyon sürecidir. Bu adımda tüm aile üyeleri bir bütün olarak hareket etmeli ve tedaviye eşlik etmelidir. Bu aşamada aileler, resmi kurum ve kuruluşlarla, ayrıca sivil toplum kuruluşları (STK) ile iş birliği yapabilir (Hung vd., 2021).

Bağımlılığın ortaya çıkma sürecinden önce aileler bağımlılıklar, bağımlılık türleri, bağımlılığın ortaya çıkması sürecinde olumsuz aile özellikleri ve bağımlılığın belirtileri konuların da bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 25 yıldır uygulanan "The Family Check-Up (FCU)" bağımlılığı önleme programı, aile temellidir. Bu programda; ebeveynlerin psikososyal danışmanlık hizmeti, çocukların akademik başarılarını artırmanın arttırmaya yönelik eğitimlerin gerçekleştirilmesi, ebeveynlerin çocuk yetiştirme ve aile içi bağların arttırılmasına yönelik uygulamalar yer almaktadır (The Center for Parents and Children, 2023).

Tütün Kontrolü Strateji ve Eylem Planı'nda, Tütün Ürünlerine Talebin Azaltılması yönünde vurgu yapılmıştır. “Bu amaçla eğitim hayatının her kademesinde yaş gruplarına özel eğitimler verilerek, akran eğitim modelleri uygulanarak, çocuk ve gençlerin çoğunlukla kullandığı, gençlik kampları, yurtlar ve gençlik merkezlerinde yaygın eğitim yoluyla eğitimler vermek, sanatçılar, sporcular gibi gençlerin rol-model olarak gördüğü bireylerden destek alacak medya kampanyaları yürütmek ayrıca yeni nesil medya unsurlarını eğitim çalışmalarının bir ögesi olarak kullanacak çalışmalar yapılması planlanmaktadır” (TC Sağlık Bakanlığı, 2023).

Davranışsal Bağımlılıklar İle Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planında “Toplumu teknoloji, internet ve kumar alanlarında davranışsal bağımlılık gelişmesinden korumak için başta çocuk ve ergenleri olmak üzere her yaş grubundan bireylerin farkındalığı ve bilgi düzeyini arttırmayı hedeflemektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2023). Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı kapsamında “Çevrelerinde madde kullanılmadığı halde aile bireylerinin, ileride madde kullanımıyla hiç tanışmamaları için neler yapılabileceği konusunda bilgi almak isteyen ailelere” ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı, aracılığı ile danışmanlık hizmetini 7 gün 24 saat esasına göre sürdürmeye devam edeceği belirtilmiştir (TC Sağlık Bakanlığı, 2023). Bu kapsamda ALO 191; Bağımlılık nedir? Kimler bağımlı olabilir? Ergenlik döneminde riskli faktörler nelerdir? Bağımlılıkta riskli dönemler var mıdır? Bağımlılıkta koruyucu faktörler nelerdir? gibi konularda doğrudan danışmanlık hizmeti sunmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2020).

Milli Eğitim Bakanlığı (2014), uyuşturucu kullanımı ve bağımlılıkla mücadele konulu bir genelge yayınlamıştır. Bu genelgede, çocukların bağımlılıklardan korunması için ailelerin eğitimine ve farkındalıklarının artırılmasına vurgu yapılmıştır. Bu kapsamda, ailelere uygulanacak olan eğitimlerin çok paydaşlı olması gerektiği belirtilmiştir (TC Milli Eğitim Bakanlığı, 2014). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020), Yeşilay ile birlikte “Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Programı ve Aile Eğitim Programı (AEP)” kapsamında 848 bin kişiye uyuşturucu ile mücadele konusunda farkındalık eğitimi sunmuştur. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde 81 ilde Sosyal Hizmet Merkezleri bulunmaktadır (TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020).

Aile bağımlılığın ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olmasının yanı sıra bağımlılıkla mücadelede önemli bir koruyucu faktördür (Derin vd., 2021). Bu noktada, bağımlılıkların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik olarak, ülkemizde pek çok kurum, kuruluş ve STK ailelere eğitimler ve seminerler düzenlemektedir. Bağımlılığa ilişkin uygulanan bu eğitimler, ailelerin bağımlılıkla ilgili bilgi düzeyini ve farkındalığı artırmaya yöneliktir. Ailelerin bilgi düzeyinin ve farkındalıklarının artması, bağımlılıkların ortaya çıkmasını önleyici bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda uygulanacak eğitimlerin bağımlılık konusunda profesyonel bir ekip tarafından verilmesi önemlidir. Uygulanan eğitimler, yanlış mesaj ve bilgilerden arındırılmış olmalı ve bireyleri özendirici materyal veya resimler içermemelidir. Bağımlılığa ilişkin bilgilendirmelere ek olarak, riskli aile özelliklerinin çözümüne yönelik müdahaleler planlanabilir. Bu müdahaleler; uygun ebeveyn yaklaşımı, aile içi iletişim, duygu ve kendini ifade becerileri, öfke yönetimi gibi konularda eğitim hizmetlerinin sunulması ve tedavi- rehabilitasyon faaliyetlerinin yapılması bağımlılığın ortaya çıkmasının önlenmesi için faydalı olacaktır.

6.2.6. Bağımlılık Tedavisi ve Rehabilitasyonunda Ailenin Desteklenmesi

Bağımlılıkların ortaya çıkması ve önlenmesinde ailenin önemine vurgu yapmış-tık. Bağımlılık tanısı sonrasında, aile bu sürecin yönetiminde hasta ile bir bütün içerisinde çalışabilir veya tedaviye fayda sağlayıcı uygulamalardan uzak yaklaşımlar benimseyebilir. Bir örnekle açıklayacak olursak, aile üyeleri; bireyin bağımlı olmasından utanç, suçluluk vb. duygular yaşayabilir. Buna ek olarak, bağımlılığın beraberinde getirdiği suç davranışlarını reddedebilir. Bağımlı birey, bağımlılığın yanı sıra madde temini için hırsızlık, gasp, şiddet vb. davranışlar sergileyebilir. Bu olumsuz davranışlar, aile üyelerinin bağımlı bireye olan olumsuz duygularının yoğunluğunu arttırabilir ve bağımlı bireyi cezalandırmak veya reddetmek gibi bağımlılık tedavisini olumsuz etkileyecek yöntemler kullanmalarına neden olabilir. Bu durum, bağımlılığın tedavisini olumsuz etkileyebilir ve relapsları artırabilir. Bağımlılığın tedavisinde, bağımlı bireye uzaktan bakmak, bir manzaraya dürbün olmadan bakmaya benzer. Uzaktan baktığınızda, olayı tüm boyutlarıyla değerlendirebilir, riskli ve kritik noktaları görebilirsiniz. Adolesan bağımlılığında, aile içi ebeveyn çatışmalarının varlığı bağımlılığın seyri ve şiddetini etkileyecektir. Eşlerin kendi içerisinde veya aile üyeleriyle sıkça kavga etmeleri, iletişimde öfke ve şiddet sorunları yaşaması, bağımlı bireyin evi terk etmesi veya gönderilmesi bağımlılık tedavisini güçleştirmektedir. Bağımlılık tedavisinde, aile ile çalışmak diğer gruplarla çalışmaktan farklıdır. Aile üyelerinin birbirlerine karşı yoğun duyguları bulunmaktadır. Adolesan bağımlılıklarda, terapilere aile üyelerinin de katılımı remisyona süresini uzatmakta ve kaymalardan koruyucudur (Liddle vd., 2001; Henderson vd., 2010; Yang ve Kim, 2018; Altındaş ve Çalışkan, 2021)

Bağımlı bireyin ailesi ile çalışırken;

- Aile dinamikleri iyi analiz edilmelidir
- Aile, bağımlılıkla ilgili tedavi yaklaşımlarını ve tanılama kriterlerini bilmelidir ve bu konuda eğitim almalıdır
- Aile bağımlı bireyle birlikte tedavi sürecine katılmalıdır
- Aile bağımlılık konusunda destekleyici ve depreştirici yaklaşımlar konusunda bilgi sahibi olmalıdır (Altındaş ve Çalışkan, 2021).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Opiooid kullanım bozukluğu için ilaç tedavi sonuçlarında sosyal ağ desteğinin rolü: Sistematik bir derleme

Kumar ve ark. (2021), opiooid kullanım bozukluğu (MOUD) için ilaç alan hasta popülasyonlarında sosyal ağ desteğinin etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışmalardan çeşitli veri tabanları tarayarak sistematik bir derleme yapmıştır.

Sistematik derleme sonucunda:

Tedavi öncesi: Opiooid kullanıcılarına yönelik tedavi öncesi sosyal destek sistemlerinin oluşturulması, tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Aile sosyal ağ desteği: Opiooid kullanıcılarına yönelik tedavi sürecinde aile desteği sağlanmasının, opiooid tedavi sonuçlarına olumlu yansımaları olmuştur.

Ortak sosyal ağ desteği: Opiooid kullanıcılarına yönelik tedavi öncesi süreçte partner veya eş desteğinin sağlanmasının opiooid tedavi sonuçlarına olumlu yansımaları olmuştur.

Tedavi sırasında:

Opiooid kullanıcılarına yönelik tedavi sürecinde sosyal destek sistemlerinin oluşturulması, tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Aile sosyal ağ desteği: Yapılan çalışmalarda, 6-12 aylık tedaviye karşı aile terapisinin etkililiği araştırılmış ve aile terapisi sonucunda daha fazla sayıda uyuşturucudan arınmış birey olduğu görülmüştür.

Ortak sosyal ağ desteği: Tedavi sürecinde eş ve partner terapisi alan bireylerin daha az pozitif idrar verdiği belirlenmiştir.

Akran sosyal ağ desteği: Tedavi sırasında akran sosyal desteğini ile tedavi sonuçları arasında anlamlı bir nedensel ilişki bulamamıştır.

Tedavi sonrası:

Tedavi sonrası sosyal ağ desteği ve bağımlılık tedavisi sonuçları arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Aile sosyal ağ desteği: Bağımlılık tedavisi sonrası beceri ve baka yönetimi eğitimi uygulanmış ve takipler sürecinde bireylerin afyon kullanımında önemli düşüş olduğu görülmüştür.

Ortak sosyal ağ desteği: Bağımlılık tedavisi sonrası eşlerin-partnerlerin Davranışsal Aile Danışmanlığı desteği sonucunda temiz kalma sürelerin de önemli bir uzama görülmüştür.

Akran sosyal ağ desteği: Tedavi sonrası süreçte akran sosyal ağ desteği, temiz kalma süresine etkili olmamıştır (Kumar vd., 2021).

Bağımlı bireyin ailesinin tedavi sürecinde desteklenmesinde; ALO 191, Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM), TC. Sağlık Bakanlığına bağlı yetişkin arındırma merkezleri yataklı ve ayaktan muayene birimleri hizmet vermektedir. Bu birimlerde birey ve aileyi tedavinin odağına alan terapiler ve programlar bulunmaktadır.

6.2.6.1. ALO 191

Bağımlılığın tanınması ve hızlıca tedavi sürecinin başlaması için kurulan bir sistemdir. Bu sistem, 7-24 esasına göre çalışan ve canlı hizmet sunan bir çözüm merkezidir. Merkez, Temmuz 2015'ten bu yana hizmet vermekte ve yüzbinlerce çağrıya karşılık vermiş bir sistemdir. Bu sistem, "Çocuğunun, arkadaşının, komşusunun, öğrencisinin ya da herhangi bir yakınının uyuşturucu kullandığından şüphelenen ve ne yapacağını bilmeyen ve çevresinde bulunan uyuşturucu bağımlılarına nasıl yardımcı olacağını öğrenmek isteyen" her bireye hizmet sunmaktadır. Burada amaç; uyuşturucu madde kullanan kişilere, ihtiyaçlarına göre gerekli bilgilendirme yapılması ve tedavileri için en uygun merkezlere yönlendirme sağlanmasıdır.

- "Uyuşturucu madde kullanan bireylerin yaş aralıklarına göre, nasıl iletişim kurulması gerektiği konusunda ailelere bilgilendirme yapılır.
- Bağımlılık süreçlerinde ailenin de destek almasının önemli olduğu vurgulanarak, ilgili birimlerden destek almaları konusunda bilgilendirme sağlanır.
- Yakınlarının (öğrencisi, çocuğu, eşi, komşusu vb.) madde kullanımından şüphe duyan kişilere madde kullanımına bağlı görülebilecek davranış, duygu durumu ve fiziksel değişimler hakkında bilgi verilir.
- Madde kullanımı olan kişilerde yaşanabilecek süreçler (şiddet, gasp, istismar vb.) konusunda bilgilendirme yapılır.
- Konu hakkında başvurabilecekleri diğer kurumlarla (Emniyet Müdürlükleri, Sulh Hukuk Mahkemeleri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İl Müdürlükleri, Halk Sağlığı Müdürlüğü Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Şubesi / Birimi, Belediyeler) ilgili bilgi verilir." (TC Sağlık Bakanlığı, 2020).

6.2.6.2. Yeşilay danışmanlık merkezi (YEDAM)

Bağımlılık türleri konusunda toplumu ve aileyi destekleyen sivil toplum kuruluşudur. İletişim numarası 4449801'dir ve ücretsiz hizmet sunmaktadır. Randevu sistemi ile çalışmakta ve randevu hattı ALO-115'tir. YEDAM, birey ve ailelere; telefon ile danışmanlık, yüz yüze danışmanlık (ergen, çocuk, aile ve yetişkin), grup terapileri, sosyal destek hizmetleri ve YEDAM atölye hizmetleri sunmaktadır (YEDAM, 2023).

6.2.6.3. Aile sigara, alkol ve madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA)

Sağlık bakanlığına bağlı yetişkin arındırma merkezlerinde hem bağımlı bireye hem de aileye yönelik SAMBA eğitimleri uygulanmaktadır. SAMBA eğitimi konusunda eğitici eğitimciler tarafından uygulanan bir modeldir. "SAMBA Aile Eğitimi alkol veya madde kullanıcılarının eş, ebeveyn ve yetişkin çocuklarına yöneliktir. Oturumlar interaktif uygulamalar şeklinde düzenlenmiş olup, aktiviteler ve didaktik öğeler içermektedir." Tamamen aile üyelerine yönelik hazırlanmış bu eğitim 6 oturum olarak tasarlanmıştır. Grup çalışmasından ziyade aileler istedikleri oturuma katılabilirler. Oturum uygulama süresi değişkenlik göstermektedir.

Oturum başlıkları;

1. Bağımlılık kavramı
2. Bağımlılık yapan maddeler ve etkileri
3. Bağımlılığın aileye etkisi

4. Değişimin adımları
5. Etkili iletişimin yolları
6. Sık sorulan sorular ve yanıtlarıdır (Ögel, 2022).

6.2.6.4. Aile terapisi

Aile terapisi, ailedeki rollerin değişimi ve aile içi iletişimi geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Aile terapisi, nüksün önlenmesinde, sosyal destek ağının kurulmasında ki başarıyla uzun vadeli tedavi başarısı şansını artırır. Aile terapisi, yalnızca birkaç seansta bile olsa, önemli diğer kişilerde suçluluk veya kafa karışıklığı duygularını azaltmada paha biçilmez olabilir. Ayrıca, aile danışmanlığı, bağımlı kişinin iyileşmesini hızlandırmak ve sürdürmek için gerekli olan değişikliklere aileyi hazırlamada çok değerli olabilir (Baharudin vd., 2014).

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Ergen İnternet bağımlılığı için çok aileli grup terapisi: Alta yatan mekanizmaları keşfetmek

Ergenler arasında internet bağımlılığını azaltmak için aileli grup terapisinin (MFGT) etkinliğini ve altında yatan mekanizmayı test etmeyi amaçlayan bir çalışmada, internet bağımlılığı olan 12-18 yaş arası 46 ergen ve 35-46 yaş arası 46 ebeveyninden oluşan toplam 92 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Yapılan aileli grup terapisi sunucunda, adolesanlar arasında internet bağımlılığı oranında önemli bir düşüş belirlenmiştir. Bu çalışma sonucunda; aile destek sistemi, müdahale etkisinin sürdürülmesinde kritik öneme sahip olduğundan, olumlu ebeveyn-ergen etkileşimini teşvik etmek ve ergenlerin psikolojik ihtiyaçlarını ele almak, gelecekte İnternet bağımlılığını önleyici programlara dahil edilmesi önerilmektedir (Liu vd., 2015).

Aile Terapisi Modelleri

Kısa stratejik aile terapisi

Jay Haley ve Cloe Madanes tarafından geliştirilen ve üç aşamalı bir yaklaşımdır. Birincisi bu yaklaşım aile sistemleri için uygulanabilir. İkincisi, aile iletişiminde meydana gelen bozulmalar madde kullanımı tetikleyebilir veya arttırabilir. Üçüncüsü, aile dinamikleri üzerine çalışarak davranış değişikliği sağlayabilir. Terapide ana amaç, değişimin sağlanmasıdır. Ailenin benzer sorunlara benzer tepkiler vermesi sonucu oluşan kısır döngülere müdahale etmeyi hedefler. Bu yaklaşımda amaç, aile üyelerinin probleme bakış açısını değiştirmektir (Madhanes, 1992).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT)

Bu tedavi yaklaşımında temel amaç, yaşam içerisinde birey ve aileye sorunlu düşünce ve davranışlarını nasıl değiştireceklerini öğretmektir. Bu yaklaşımda, birey ve aileye tedavinin mantığı kavratılır ve rahatsız edici durumlar karşısında, kaçınma davranışı göstermek yerine bu sorunla başa çıkma yöntemleri ve becerileri kazandırmak hedeflenir. Bu terapi yaklaşımında, hasta ve terapist ortak çalışarak yol alır; terapist, danışanlara ev ödevleri verir ve bir sonraki seansta ödevler üzerinden yola devam edilir. Terapi sürecinde, terapist, danışanın gün içerisinde meydana gelen değişimleri fark etmesine yardımcı olabilir. Bu terapi yaklaşımı ilaçla kombine ola-

rak devam edebilir. Yapılan çalışmalar, BDT'nin esrar, tütün, kumar vb. bağımlılıkların bırakılmasında etkin olduğunu vurgulamaktadır (Hofmann vd., 2012).

Çok boyutlu aile terapisi (ÇBAT)

ÇBAT, ergen madde kötüye kullanımı ve ilişkili ruh sağlığı ve davranış sorunları için aile temelli bir müdahaledir. Çeşitli şekillerde bütünlüştürücü olan ÇBAT, gençlerin ve ailelerinin gelişimsel görevlerini anlamak için ekolojik veya bağlamsal bir kavramsal çerçeve kullanır. Risk ve koruyucu faktörler ve yakın nedenler hakkında araştırmadan elde edilen bilgiler, adolesan uyuşturucu ve ilgili sorunlarla ilişkili ve bunlara katkıda bulunan faktörler olarak her vakada klinik düşünce ve müdahaleler için bilgi sağlar. Çoklu sistem yaklaşımı olan ÇBAT, dört alanı değerlendirir ve müdahale eder (Liddle, 2010).

Bunlar:

- Bir birey olarak ergen; bir aile-akran ağının bir üyesi,
- Bireysel yetişkin olmanın yanı sıra anne, baba veya bakıcı rolüyle ebeveyn(ler),
- Günlük aile işlem modellerinde ortaya çıktığı şekliyle aile ortamı ve aile ilişkileri,
- Akranlar, okul ve çocuk mahkemesi gibi aile dışı etki kaynaklarıdır.

Müdahaleler, alanlar içinde yapılır ve alanlar arasında koordine edilir. Bir alanda veya bir kişiyle ilerlemenin başkaları için çıkarımları ve kullanımı vardır. Ebeveyn(ler) ve gençlerle yapılan bireysel toplantılar, aile oturumları için zemin hazırlar ve aile toplantıları, çocuk mahkemesi veya okul personeli ile yapılan aile dışı toplantılara getirilmesi gereken içerik ve yeni sonuçlar sunabilir. ÇBAT bir arıtma sistemi olarak geliştirilir (Liddle, 2010). Gençlere uygulanan ÇBAT, madde kullanım sıklığı ve şiddetinin azalmasında etkindir (Liddle vd., 2001; Henderson vd., 2010)

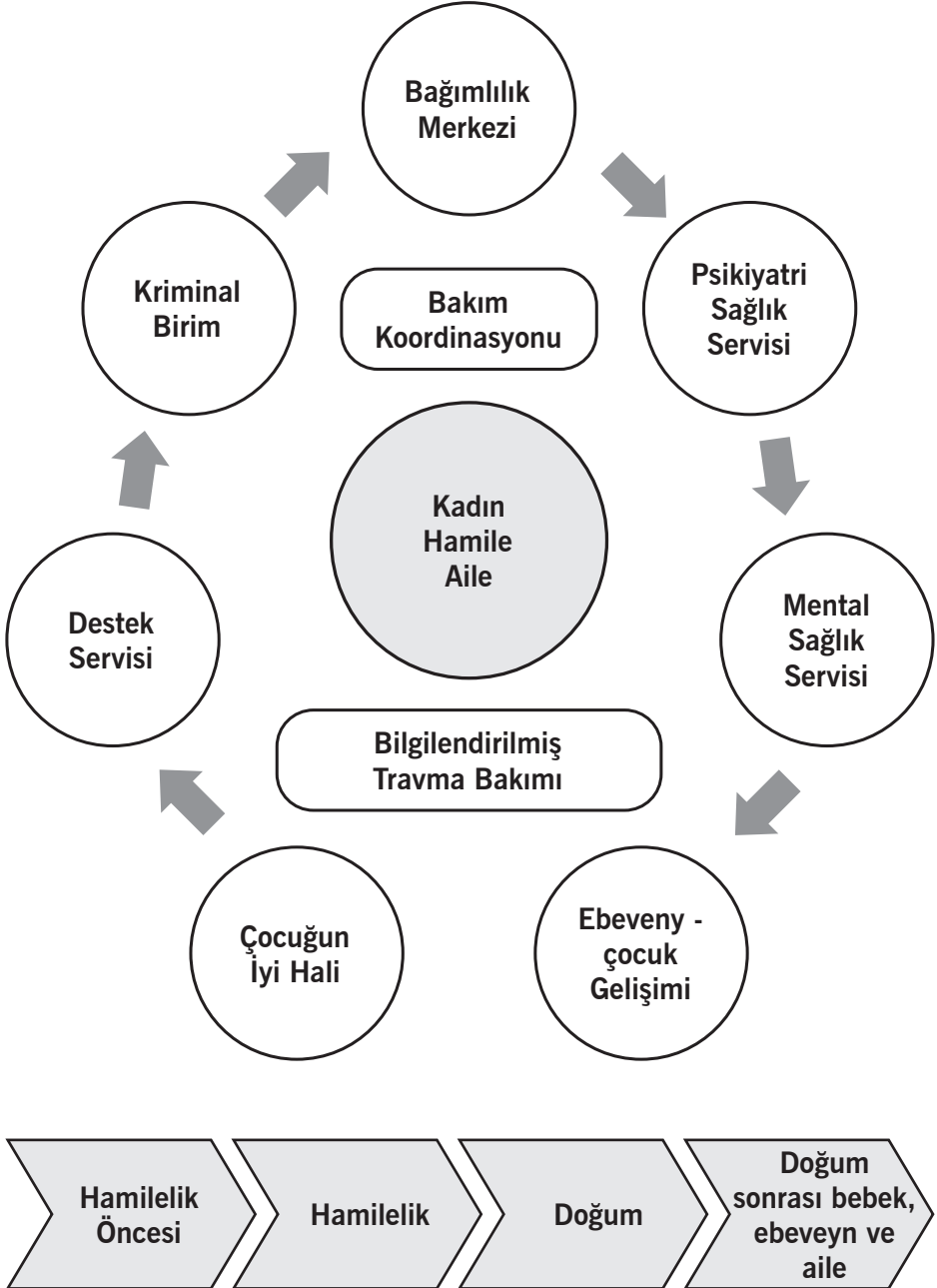
Kuşaklar arası aile terapisi

Bu yaklaşımda bağımlı bireyin ebeveynlerine odaklanılır ve geçmiş yaşam deneyimleri, kendi ailelerinden köken alan problemleri duygular ve düşüncelerin ayrışmasına yardımcı olunur. Bu terapi yaklaşımında, yetişkin gözünden çocukluk deneyimleri, hatıra ve duyguları yeniden gözden geçirilir. Bu sayede, bağımlı bireyin ebeveynin kendi ailesinden köken alan olumsuz aktarımlar ve aile dinamiklerinin azalması sağlanabilir. Aile içerisinde duygusal yoğunluğun yerini mantıklı düşünme süreci alır (Altındaş ve Çalışkan, 2021).

6.2.6.5. Aile merkezli ilaç destekli tedavi programı

Aile merkezli ilaç destekli tedavi programı; bağımlılığın tedavisi için kanıta dayalı danışmanlık ve davranışsal terapilerle birlikte ilaçların kullanılmasıdır. Bu program, gebelik ve doğum sonrası süreçte madde kullanım bozukluğu olan kadınlar arasında uygulanmaktadır. Aile merkezli tedavi seçenekleri, kadınların aile birimi içindeki bakıcı rollerini tanıyarak çocuklarını ve ailelerini tedavi sürecine dâhil eder ve aile temelli klinik bakım sağlar. Aile merkezli programlar, klinik tedaviye ek olarak, kadınların ve ailelerinin karşı karşıya kaldıkları pek çok zorluğa hitap eden bir dizi destekleyici ve toplum temelli hizmetleri içermektedir. Bu hizmetler, çocuk bakımı, ulaşım, barınma, istihdam eğitimi, ebeveynlik eğitimi, mali yardımla bağlantılar ve

diğer insani yardımlardır. Araştırma Üçgeni Enstitüsü, kadınlara aile merkezli hizmetler sağlamaya yönelik devlet girişimlerini değerlendirmek amacıyla, hamile ve ebeveynlik yapan kadınlar ve çocukları için aile merkezli bakımın unsurlarını içeren aile merkezli tedavi için Amerikan Bağımlılık Tıbbi Derneği (ASAM) bakım boyutları ve düzeyleri ve İlaç Destekli Tedavinin nasıl dahil edilebileceğine ilişkin temel bir çerçeve sağlar (Şekil 6.2.1) (Seibert vd., 2019;ASAM, 2022).



Şekil 6.2.1. Aile merkezli ilaç destekli tedavi programı çerçevesi

Aile Merkezli Bakımın Merkezi Bileşeni:

Kadın, Bebek ve Aile: Aile merkezli bir çerçevede, hamile ve ebeveynlik yapan kadınlar, bebekleri, diğer çocuklar ve diğer aile üyeleri bakımın merkezi bileşenidir. Aile merkezli bir çerçevede, kadınlar aile üyeleriyle birlikte taranacak, değerlendirilecek ve sürekli tedavi göreceklendir. **Aile merkezli yaklaşımda**, kadınların yatarak tedavisi, anneni bebeğiyle aynı yere yerleştirir. **İlaç destekli tedavi hizmetleri**, bağımlılığın bakım sürecindeki tüm bakım ortamlarında kadınlar ve aileleri için erken müdahale, ayakta tedavi hizmetleri, yoğun ayakta/kısmi hastanede yatış, yatılı/yatılı hasta hizmetleri ve tıbbi olarak yönetilen yoğun yatarak tedavi hizmetleri sunmalıdır. **Erken müdahale, ayakta ve yoğun ayakta tedavi hizmetlerinde** bu, aile hedeflerinin geliştirilmesi ve aile üyelerinin tedavi seanslarına dâhil edilmesi anlamına gelebilir. **Fiziksel Sağlık Hizmetleri/Pediyatrik Bakım:** Madde kullanımı olan hamile ve ebeveynlik yapan kadınlar ve çocukları, sıklıkla, kadın **opioide** etkisindeyken ek sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Aile merkezli bir çerçevede, fiziksel sağlık hizmetleri/pediyatrik bakım, birinci basamak bakımı, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, acil durum/kriz ve hastane bakımı, kronik hastalıklar bakımı ve üreme ve cinsel sağlık hizmetleri **gibi unsurları** içermelidir. **Ruh sağlığı hizmetleri:** Hamile ve ebeveynlik yapan kadınlar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, psikotik bozukluklar ve diğer bozukluklar gibi birlikte ortaya çıkan akıl sağlığı bozuklukları açısından risk altındadır. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetleri sürdürülmelidir. **Ebeveynlik/Çocuk Gelişimi:** Aile merkezli bir çerçeve, madde bağımlılığı bulunan hamile ve ebeveynlik yapan kadınlara, çocuklarına bakma becerilerini geliştirmek için ebeveynlik ve çocuk gelişimi eğitimini içermelidir. **Çocuk Refahı:** Tedavide olan birçok hamile ve ebeveynlik yapan kadın, çocuklarının güvenli bir şekilde kendi bakımlarında kalıp kalamayacaklarını belirlemek için çocuk esirgeme sistemi ve aile mahkemeleri ile ilgilenmektedir. **Destekleyici hizmetler:** Aile merkezli tedavi, kadınları ve ailelerini desteklemek için sosyal ve toplum temelli hizmetlere erişim sağlar. **İstihdam:** Aile merkezli bir çerçeve, kadınların iş aramasını ve işini sürdürmesini sağlamak için çocuk bakımının yanı sıra eğitim ve istihdam hizmetlerine erişimi içerir. **Ceza Adaleti:** Anneler de ceza adaleti sistemine dâhil olduklarında, denetimli serbestlik ve şartlı tahliye personeli ile bağlantılar ve iletişim kritik öneme sahiptir. **Ceza adaleti gereklilikleri:** Uyuşturucu testi, mahkemeye çıkma ve hedeflere yönelik tedavi ilerlemesine ilişkin belgeleri içerebilir. Genellikle bu iletişimler, topluluğun adli yardım hizmetlerine erişimi gerektirir ve tedavi sağlayıcılara yönlendirmeyi ve onlarla koordinasyonu içermelidir. **Aile Merkezli Bakımın Gömülü Bileşenleri:** Bakım koordinasyon hizmetleri ve bilgilendirilmiş travma bakımını içermektedir (Seibert vd., 2019).

Özet noktalar

Bağımlılık çok boyutlu, birey, aile ve toplumu doğrudan etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bağımlılığın ortaya çıkması ve tedavi sürecinde, aile doğrudan risk faktörü veya koruyucu bir özellik olabilir. Bu noktada, aile içi iletişim ve çatışmaların olması, geçmiş bağımlılık öyküsü, ailenin çocuk yetiştirme-ebeveynlik stilleri ve bağlanma özellikleri, bağımlılık için risk faktörü olabilir. Bağımlılık yapıcı maddeler kullanan aile üyeleri, kendilerini yetersiz ve başarısız, damgalanmış, dışlanmış hissetmektedir. Bağımlılık yapıcı madde kullanan ebeveynlere sahip çocuklarda ise kalıcı fizyolojik ve ruhsal hastalıkların yanı sıra, ihmal, istismar, suça bulaşma ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı gibi olumsuz tablolar ortaya çıkmaktadır. Bağımlılığın ortaya çıkışından sonra, çeşitli resmi ve özel kuruluşlar aileleri tedavi ve rehabilitasyon sürecinde desteklemektedir. Bu destek sistemlerinin bulunması, aile içi iletişim ve çatışmaların önlenmesinin yanı sıra bağımlı bireyin remisyon süresini uzatmada faydalı olmaktadır. Bu destek sistemleri ile ilgili kuruluşlar arasında T.C. Sağlık Bakanlığı ve YEDAM önde gelmektedir. Bununla beraber, aile terapi ve eğitimleriyle bağımlılık tedavi ve rehabilitasyonunda ailelere doğrudan destek hizmeti sunulmaktadır. Bu eğitimlerden biri olan SAMBA, bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonunda hasta birey ve aileye senkronize olarak sunulmaktadır. Ek olarak, Türkiye’de ve dünya genelinde profesyonellerce sunulan aile terapileri (Kısa Stratejik Aile Terapisi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Çok Boyutlu Aile Terapisi (ÇBAT), Kuşaklar Arası Aile Terapisi), tedavi ve rehabilitasyon sürecinde aktif olarak kullanılmaktadır.

KAYNAKLAR

- Abasi, I., Mohammadkhani, P. (2016). Family risk factors among women with addiction-related problems: an integrative review. *International Journal of High Risk Behaviors Addiction*, 5(2): e27071.
- Altındaş, M., Çalışkan, B. (2021). Bağımlılıkta aile ve aile terapileri. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, Editors. *Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme*. (2. baskı). İstanbul: Yeşilay Yayınları. p. 393-410
- ASAM (American Society of Addiction Medicine). (2022, July 5). What is the definition of addiction? Erişim Tarihi: 26.08.2024. <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- Baharudin, D. F., Mohd Hussin, A. H., Sumari, M., Mohamed, S., Zakaria, M. Z., Sawai, R. P. (2014). Family intervention for the treatment and rehabilitation of drug addiction: An exploratory study. *Journal of Substance Use*, 19(4), 301–6.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
- Belli, T. K., Belli, Ş., Akıncı, I., Keleş, Ö., Altun, O. (2022). Üniversite öğrencilerinin internet bağımlılığının akademik başarıları üzerindeki etkisi. *Türk Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 59–69.
- Chen, H.-C., Wang, J.-Y., Lin, Y.-L., Yang, S.-Y. (2020). Association of internet addiction with family functionality, depression, self-efficacy and self-esteem among early adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8820.
- Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Looock, C., Rosales, T., LeBlanc, N. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *Cmaj*, 172(5 suppl), S1–S21.
- DeJong, K., Olyaei, A., Lo, J. O. (2019). Alcohol use in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(1):142-155
- Delgado, J. R., Segura, E. R., Lake, J. E., Sanchez, J., Lama, J. R., Clark, J. L. (2017). Event-level analysis of alcohol consumption and condom use in partnership contexts among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 17–24.
- Derin, G., Okudan, M., Aşcıoğlu, F. (2021). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında ailevi risk faktörleri. In: Öztürk E, editör. *Aile Psikopatolojisi*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.118-26
- di Sarno, M., de Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108439.
- Dos Santos, J. F., de Melo Bastos Cavalcante, C., Barbosa, F. T., Gitaí, D. L. G., Duzzioni, M., Tilelli, C. Q., Shetty, A. K., de Castro, O. W. (2018). Maternal, fetal and neonatal consequences associated with the use of crack cocaine during the gestational period: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298(3), 487–503.
- Gilfillan, K. V., Dannatt, L., Stein, D. J., Vythilingum, B. (2018). Heroin detoxification during pregnancy: A systematic review and retrospective study of the management of heroin addiction in pregnancy. *South African Medical Journal*, 108(2), 111–7.
- Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Ramírez-Baena, L., Membrive-Jiménez, M. J., Suleiman-Martos, N. (2020). Burnout in palliative care nurses, prevalence and risk factors: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7672.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427–40.

- Hu, M., Xu, L., Zhu, W., Zhang, T., Wang, Q., Ai, Z., Zhao, X. (2022). The Influence of childhood trauma and family functioning on internet addiction in adolescents: a chain-mediated model analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13639.
- Hung, M.-W., Hou, C.-T., Ho, C.-J., Lu, H.-S., Yuan, C. W., Bi, N., Liu, S.-W., Huang, M.-C., You, C.-W. (2021). Challenges and opportunities in developing systems to assist patients in recovering from gambling addiction. *Adjunct Proceedings of the 2021 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing and Proceedings of the 2021 ACM International Symposium on Wearable Computers*, 34–35.
- Kaddour, H., Kopcho, S., Lyu, Y., Shouman, N., Paromov, V., Pratap, S., Dash, C., Kim, E.-Y., Martinson, J., McKay, H. (2022). HIV-infection and cocaine use regulate semen extracellular vesicles proteome and miRNAome in a manner that mediates strategic monocytic haptotaxis governed by miR-128 network. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 79(1), 1–20.
- Kumar, N., Oles, W., Howell, B. A., Janmohamed, K., Lee, S. T., Funaro, M. C., O'Connor, P. G., Alexander, M. (2021). The role of social network support in treatment outcomes for medication for opioid use disorder: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 127, 108367.
- Lander, L., Howsare, J., Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 194–05.
- Liddle, H. A. (2010). Multidimensional family therapy: A science-based treatment system. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2), 133–48.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651–88.
- Liu, Q.-X., Fang, X.-Y., Yan, N., Zhou, Z.-K., Yuan, X.-J., Lan, J., Liu, C.-Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, 42, 1–8.
- Madanes, C. (1992). *Strategic family therapy*. John Wiley Sons. p.235-50
- Ögel, K. (2022). Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı. Erişim Tarihi: 26.08.2024. <http://www.samba.info.tr/>
- Patestos, C., Patterson, K., Fitzsimons, V. (2014). Substance abuse prevention: the role of the school nurse across the continuum of care. *NASN School Nurse*, 29(6), 310–4.
- Popova, S., Lange, S., Shield, K., Burd, L., Rehm, J. (2019). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 114(7), 1150–72.
- Sedlak, A. J., Broadhurst, D. D. (1996). *The national incidence study of child abuse and neglect*. Washington DC. US Department of Health and Human Services.
- Seibert, J., Stockdale, H., Feinberg, R., Dobbins, E., Theis, E., Karon, S. L. (2019). *State policy levers for expanding family-centered medication-assisted treatment*. Washington, DC: Office of the Assistance Secretary for Planning and Evaluation.
- The Center for Parents and Children. (2023). *The Family Check-Up*. Erişim tarihi: 01 Mayıs 2023. <https://cpc.pitt.edu/Intervention-Models/the-Family-Check-Up/>
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2020). Bakan Selçuk: "Türkiye Bağımlılıkla Mücadele ile Aile Eğitim Programımız Kapsamında 848 Bin Kişiyi Eğitim Verdik". Erişim tarihi: 26.08.2024. <https://www.aile.gov.tr/istanbul/haberler/bakan-selcuk-turkiye-bagimlilikle-mucadele-ile-aile-egitim-programimiz-kapsaminda-848-bin-kisiye-egitim-verdik/>
- TC Sağlık Bakanlığı. (2020). Uyuşturucu ile Mücadele Danışma Destek Hattı. Erişim tarihi: 26.08.2024. <https://alo191.saglik.gov.tr/>
- TC Sağlık Bakanlığı (2023). Davranışsal bağımlılıklar ile mücadele ulusal strateji belgesi ve eylem planı 2018-2023. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2023. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38488/0/davranissal-bagimliliklar-ile-mucadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-eylem-planı-2018---2023pdf.pdf>
- TC Sağlık Bakanlığı (2023). Uyuşturucu ile mücadele ulusal strateji belgesi ve eylem planı 2018-2023. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haber->

ler-3/2018-2023-uyu%C5%9Fturucu-ile-m%C3%BCcadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-ey-lem-plan%C4%B1.html

TC Sağlık Bakanlığı (2023). Tütün kontrolü strateji ve eyle planı 2018-2023. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2023. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-planı.pdf>

TC. Milli Eğitim Bakanlığı. (2014). Uyuşturucu kullanımı ve bağımlılıkla mücadele konulu genelge. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2023. https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2014_09/18112817_genelge.pdf

Wegscheider-Cruse, S. (1989). Another chance: Hope and health for the alcoholic family. Science Behavior Books.

Yang, S., Kim, H. (2018). Effects of a prevention program for internet addiction among middle school students in South Korea. Public Health Nursing, 35(3), 246–55.

Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM). (2023). YEDAM Hizmetleri. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2023. <https://www.yedam.org.tr/yedam-hizmetleri>

BÖLÜM 6.3

Alkol ve Madde Bağımlısı Ebeveynlerin Çocukları

Dr. Öğr. Üyesi Rabia KEÇİALAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

6.3.1. Çocuk ve Aile

6.3.1.1. Bağlanma teorisi

6.3.1.2. Aile sistem teorisi

6.3.1.3. Alkol ve madde bağımlılığında aile türleri

6.3.1.4. Alkol ve madde bağımlılığında aile yaşam döngüsü

6.3.1.5. Alkol ve madde bağımlılığı başlangıcını ve iyileşmeyi etkileyen aile özellikleri

6.3.2. Ebeveyni Alkol ve Madde Bağımlısı Çocukların Maruz Kaldıkları Riskler ve Sonuçları

6.3.3. Kardeşlerin Etkilenmesi

6.3.4. Alkol ve Madde Bağımlılığında Çocuk İhmali ve İstismarı

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Alkol ve madde bağımlılığı (A/MB) bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve mesleki yaşamına zarar veren, kullanılan maddenin keyif verici etkilerini hissetmek veya yoksunluğundan kaynaklanan huzursuzluktan sakınmak için aralıklı ya da sürekli olarak kullanma isteği ile tanımlanan bir hastalıktır. Bu hastalığa aynı zamanda bazı davranış bozuklukları da eşlik etmektedir. Dünyada giderek artan ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal hastalıkları sınıflandırma sistemi olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 - DSM-5)'e göre madde kullanım bozukluğu (Substance Use Disorder - SUD) ve alkol kullanım bozukluğu olarak adlandırılan A/MB; ciddi psikiyatrik ve tıbbi sonuçları olan, akut ve kronik birçok sağlık problemine neden olan ve dünya çapında mücadeleyi gerektiren çok yönlü bir halk sağlığı sorunudur (Sağlam ve Uzbay 2003:81; American Psychiatric Association [APA] 2013).

Birleşmiş Milletler Dünya Uyuşturucu Raporu 2020 verilerine göre, 2010-2020 yılları arasında dünyada 15-64 yaş grubu içinde yaklaşık 284 milyon kişinin uyuşturucu kullandığı belirlenmiştir (World Drug Report 2020). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (TUBİM) raporuna göre, 2013 yılında madde kullananların oranı %2,7, 2011 yılında ise alkol kullananların oranı %28,3 olarak tespit edilmiş olup, en riskli yaş aralığı ise 15-24 olarak bildirilmiştir. Ayrıca, 2012 yılında ayaktan tedavi alan hasta sayısı (187.329), 2013 yılında %16,68'lik bir artışla 218.578 olmuştur. Tedaviye başvuranlar yaşam biçimine göre değerlendirildiğinde, hastaların tamamına yakınının ailesiyle yaşadığı dikkat çekmektedir (%96,05'inin ebeveyn/ailesi ile, %2,33'ünün yalnız, %1,2'sinin bir kurumda, %0,29'unun arkadaşı ile, %0,1'inin evsiz/sokakta yaşadığı bildirilmiştir) [TUBİM, 2014].

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2010 yılında yayınlanan raporda 18 yaş altı sekiz milyondan fazla çocuğun (toplam çocuk nüfusunun %10'undan fazlası) en az bir madde kullanım bozukluğu olan yetişkinle yaşadığı tahmin edilmektedir. Ayrıca bu çocukların büyük oranda beş yaş altı çocuklar olduğu da öne sürülmüştür (Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi [SAMHSA], 2011). ABD, 2009-2014 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketleri verilerine dayanarak, 17 yaş ve altı yaklaşık dokuz milyon çocuğun en az bir bağımlı ebeveynle yaşadığını açıklamıştır. Rapora göre, bu çocukların yaklaşık %13'ü 0-2 yaş, yaklaşık %12'si 3-5 yaş ve 6-11 yaş aralığında, %12,5'i ise 12-17 yaş aralığındadır. Bağımlı ebeveynlerle yaşayan çocuklar diğer çocuklara kıyasla kötü muameleye maruz kalma ve çocuk refahı açısından daha yüksek risk altındadırlar. Bu durum, travmatik ebeveynliğin neden olduğu yıkımlar, prenatal dönemde madde maruziyetinin sonuçları, kaotik bir çevre ve sosyal hizmet uzmanı tarafından aileden alınma gibi faktörlerden etkilenmiş olmalarından kaynaklanmaktadır (Lipari ve Van Horn 2017; The National Center on Substance Abuse and Child Welfare [NCSACW], 2023). ABD Ulusal Uyuşturucu Kullanımı Araştırması'na (2012) göre, bağımlı tedavi programlarına kayıtlı yetişkinlerin yaklaşık üçte ikisi ebeveynler olduğunu ortaya koymaktadır (Strassner ve Fewell 2015:138). Bu bulgu, bağımlı ebeveynlerin çocukları üzerindeki olumsuz etkilerin ne denli yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Ülkemiz verileri incelendiğinde anne ve babası alkol madde bağımlısı olan çocukların dağılımıyla ilgili, ulusal verilere gereksinim olduğu görülmüştür.

6.3.1. Çocuk ve Aile

Birbirlerine doğrudan akrabalık bağıyla bağlı olan, yetişkin üyelerin çocuklara bakma rolünde olduğu bir insan topluluğu olarak tanımlanabilen aile, toplumun en küçük yapı taşıdır (Yaşar Ekici, 2014:210). Günümüzde aile, insanların ve çocukların bağlanma, beslenme ve sosyalleşmesinde birincil kaynak olmaya devam etmektedir (Lander, Howsare ve Byrne 2013:195). Ebeveyn madde kullanımı, çocukların ve ailelerin iyilik halini etkileyen ciddi bir sorundur. Ebeveyn bağımlılığı ve beraberinde problemliliğin gelişmesi önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Neger ve Prinz 2015:71).

Alkol madde bağımlılığı, bireyi ve onunla birlikte ailesini ve sosyal çevresini çok yönlü olarak etkileyen bir bozukluktur. Bağımlılığın neden olduğu bozuk aile ilişkileri, madde kullanımını arttıran bir risk faktörüdür. Bir yandan, madde kullanımı da ilişkilerin bozulmasına neden olarak adeta bir kısır döngüye zemin hazırlamaktadır (Simşek 2010:99). Bu noktada, bağımlılık olgusunun aile ve çocuklar üzerindeki yıkıcı etkisi dikkate alındığında, toplumsal politikalarda ve bilim dünyasında daima gündemde olması kaçınılmazdır. Bu etkilerin daha iyi anlaşılabilmesi için alkol ve madde bağımlılığının aileyi ve çocukları nasıl ve neden etkilediğini anlamak amacıyla, iki önemli teori: Bağlanma teorisi ve sistem teorisidir (Lander vd.,2013: 196).

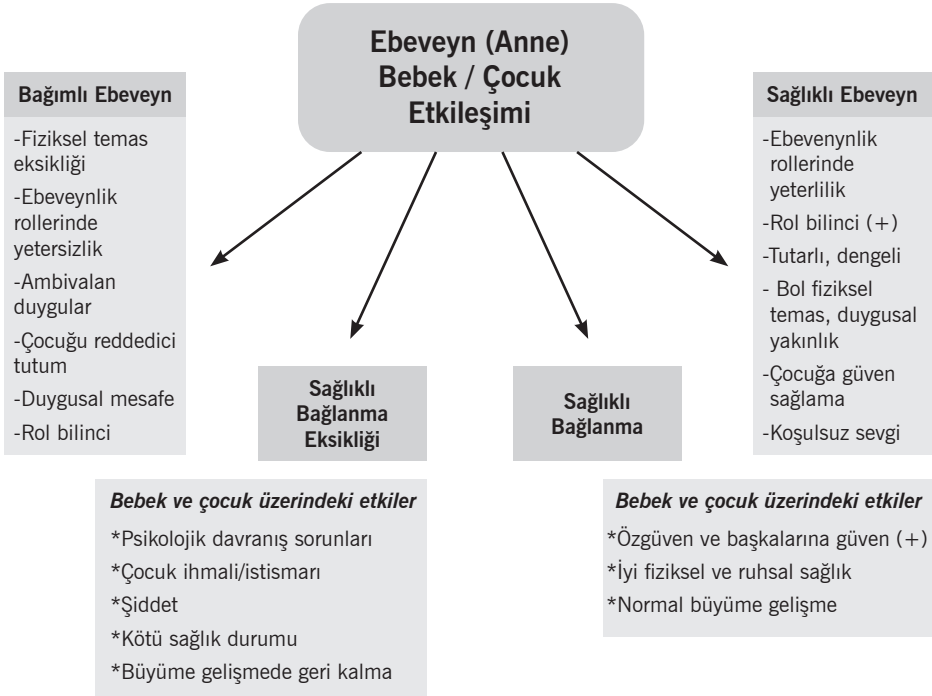
6.3.1.1. Bağlanma teorisi

DİKKAT

Alkol madde bağımlılığı olan ebeveynde, özellikle anne ve bebek arasında sağlıklı ve kaliteli bir bağlanma inşa edilemez. Bu nedenle çocuğun büyüme gelişme süreci ve psikososyal gelişimi olumsuz yönde etkilenir.

Dünyaya yeni doğan bir bebeğin oldukça güçsüz durumda olması nedeniyle, bir yetişkinin koruma ve bakımına muhtaç olması, anne ya da birincil bakım verici tarafından ihtiyaçlarının sağlanmasıyla hayatta var olabilmesi; bağlanma teorisinin başlıca tezidir (Hazan ve Shaver 1994:2). Bowlby tarafından 1940'larda geliştirilen bağlanma bir sosyal davranış şeklidir. Bowlby bağlanmayı çocuk gelişiminin erken döneminde araştırmıştır. Bağlanma teorisi dünyanın birçok bölgesinde kabul görebilen araştırmalar için kavramsal bir çerçeve oluşturmuştur. Bu teori başta anne olmak üzere çocuk veya birincil bakıcısının arasında yakın bir duygusal bağ inşa edilmesine dikkat çeker. İdeal olarak annenin çocuğun beslenmesi gibi ihtiyaçlarını hemen karşıladığı, ağız gibi belirtilerine duyarlı olduğu, dengeli ve şefkatli davrandığı bu bağın kalitesi, çocukların tüm yaşamları boyunca gelişimini etkilemektedir (Sieben ve Yıldırım 2020: 338). Bir annenin bebeğine sevgiyle bağlanması, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli unsurların başında gelir. Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma kalitesi ileriki yaşamında karşılaşacağı bağlanma tecrübeleri için temel oluşturur. Eğer anne ile bebek arasında yaşamın ilk iki yılında güvenli bağlanma gerçekleşmezse, bebek ruhsal, sosyal, fiziksel, mental ve dil gelişimi açısından sorunlar yaşar. Anne bebek arasındaki güvenli bağlanma eksikliği ve başarısızlıkların yaşandığı koşullarda bebek, ihmal ve istismar açısından da tehdit altındadır (Kavlak, 2007:1). Doğrusu ebeveyn bebek bağlanmasının temeli, genellikle gebelik öncesi yani gebeliğin planlandığı dönemde ve gebelik sürecinde atılır (Brandon, Piits, W.H Stringer ve Evans 2009:2). Güçlü bir maternal fetal bağlanma (anne fetüs bağlanması); hamilelik sırasında tütün, alkol ve yasadışı maddelerden

uzak durma, doğum öncesi bakım alma, sağlıklı beslenme, düzenli uyku alışkanlıkları, yeterli egzersiz, hamilelik, doğum ve bebek bakımı hakkında bilgi edinme gibi olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir (Lindgren, 2001:203). Bu noktada özellikle anne adayının A/MB olması adı geçen sağlıklı davranışların yerine getirilmesinde, maternal fetal bağlanma ve devamındaki süreçlerde dramatik sonuçlara neden olabilmektedir. Benzer şekilde bağımlı bir babanın varlığında aile rutinleri bozulur, annenin süreçleri olumsuz etkilenebilir, baba bir eş olarak destek görevinde yetersiz kalabilir ve büyük ihtimalle maternal fetal bağlanma kalitesi düşer. Bowlby, bir anne, baba veya ebeveyn figürüne sağlıklı bağlanmanın, normal çocuk gelişiminin belirleyicisi olduğunu, sağlıklı bağlanma eksikliğinin ise psikopatik davranışlar, şiddet ve sağlığın kötüleşmesinin belirleyicisi olduğunu savunmuştur (Şekil 6.3.1) (Bowlby 1998).



Şekil 6.3.1. Bağlanma Teorisi ve Bağımlı Ebeveyn

(Bowlby 1998; Wassel 2014). Şekil belirtilen kaynaklar doğrultusunda bölüm yazarı tarafından oluşturulmuştur.

6.3.1.2. Aile sistem teorisi

A/MB bağımlılığında aile kavramı, bir sistem olarak hem literatürde hem de klinik uygulamalarda uzun süredir kabul görmektedir (Lander vd., 2013; Haefner 2014; SAMHSA, 2020). Genel olarak sistem teorisi, bir sistemin parçalarının birbirleriyle nasıl etkileşime girdiğine odaklanır. Aile sistem yaklaşımı, tüm aileyi bir sistem olarak görür ve aile üyeleri arasındaki etkileşime dikkat çeker (Lander vd., 2013:197). Ailedeki kişilerin her biri bireysel olarak ele alınmakla birlikte, bir bütün olarak anlaşılmaya çalışılmaktadır. Sistem teorisi ailelerde ve diğer ilişkilerde bir davranışın karşılıklı bağımlılığa dayalı olduğunu öne sürer. Ailedeki her bir üye, diğer aile üyelerini etkilerken, kendisi de diğer bireylerden etkilenir (Demirbilek, 2016:111). Bütün aile üyeleri aile içindeki örüntülerin dengesini korumak ve gerilimi düşürmek için uyum sağlamaya (kooperasyon) eğilimlidir. Bu aynı zamanda homeostazis (denge) kavramıdır. Bu kavram bağımlılığın aile üzerindeki etkisini anlamamanın anahtarıdır, çünkü her aile üyesi, diğer üye sağlıklı olmasa bile tüm sistemi dengede tutacak şekilde işlev görme eğilimindedir. Örneğin, ergenlik çağındaki bir çocuk, babası hastaysa ona bakabilir, onu yatağına yatırabilir, annesine karşı babasının içki içtiğini örtbas ederek ortamı idare etmeye çalışır. Bu tarz çabalar bağımlılığın sınırlı bir sonuçla devam etmesine ve anne baba arasındaki kavgayı azaltarak, aile sistemini görece dengede tutmaya izin verebilir. Bu uyum, aile sistemini bir denge durumunda tutmaya yarasa da, sorunun devam etmesine hizmet eder. Aile sistem dinamiğinin temelinde, aile üyelerinden birinin fonksiyonel değişimi olduğunda, kendiliğinden diğer aile üyelerinin bunu telafi edici bir değişimi takip etmesi yatar. Sonuçta aile üyelerinden biri madde bağımlısı haline gelmişse, geri kalan aile üyelerinde derin ve anlamlı sonuçlar ortaya çıkar, roller değiştiğinde kuşak sınırları aşılır. Mesela madde bağımlısı anne ya da baba görevini yerine getiremediğinde, diğer aile üyesi olarak çocuklar, kendi gelişimlerini feda ederek, eksik olan ebeveyn rolleri ve sorumluluklarındaki boşluğu telafi etmeye çalışır (SAMHSA 2020; Lander vd.,2013). Alkol veya madde bağımlılığı nedeniyle bozulan aile içi yapı ve fonksiyonlar şöyle sıralanabilir; (Bkz. Bölüm 6.1 ve Bölüm 6.2) (Velleman ve Templeton 2007; Tamutiené 2018; Burnett, Jones,Bliwise ve Ross 2006).

- Ritüeller; Aile için özel günler, doğum günü veya bayramlar (Ailevi ve dini olayları) kutlama biçimleri olumsuz etkilenebilir.
- Roller; bir aile üyesi bağımlılık sorunu geliştirdiğinde diğerleri onun rolünü üstlenir (Örnek; mali konular, disiplini sağlama, alışveriş ve temizlik gibi). Bu noktada çocuğun bağımlı ebeveyn rolünü üstlenmesi söz konusu olabilir ve bu çocuğun pedagojik gelişimine uygun olmayan sorumluluk almasına neden olur (Çocukluk çağında ebeveynleşme-childhood parentification).
- Rutinler; davranışlar tutarsız olunca aile için rutinleri planlama veya onlara uymada zorluklar meydana gelir (Mesela ebeveyn okuldan çocuğu almayı hatırlayacak mı? Ne zaman ve ne halde eve gelecek?).
- İletişim; alkol veya çeşitli maddelerin kullanımı aile üyeleri arasındaki iletişimi derinden ve olumsuz yönde etkiler.
- Sosyal yaşam; aileler gittikçe daha izole hale gelir. Bunun nedeni arkadaş veya komşulara aile üyesinin alkol veya madde problemi olduğunu anlatmanın zorluğu ve buna bağlı duyulan sosyal utançtır.
- Mali durumun değişmesi; iş kaybı nedeniyle veya elde edilen gelirin hayati

gereksinimler yerine alkol veya maddeye harcanması ailenin maddi durumunu olumsuz yönde etkiler.

● İlişkiler ve etkileşimler; bağımlı, eşini ve çocuklarını ihmal edebilir. Alkolün neden olduğu agresiflik nedeniyle ev içi şiddet olaylarında, çocuğun ihmal ve istismar edilmesi riskinde artış söz konusudur.

6.3.1.3. Alkol ve madde bağımlılığında aile türleri

Çocukların nasıl etkilendiğinin anlaşılması açısından aile tiplerinin anlaşılması yararlı olacaktır. Alkol madde bağımlılığında 5 tip aile türünden söz edilir; a. Bir eşin A/MB'sı olduğu çiftler b. Küçük ve ergen çocukları olan A/MB'sı ebeveynler c. Yetişkin çocukları olan A/MB'sı ebeveynler d. Bir aile üyesinin A/MB'sı olduğu karma (biyolojik olmayan bir ebeveynin evde yaşadığı karma aileler veya üvey çocukların olduğu) aileler e. Adölesan çocuğu A/MB'sı olan aileler (SAMHSA,2020).

a. Bir eşin A/MB'sı bağımlı olduğu aileler: A/MB çiftlerin ilişkisinde toksik etkiye neden olabilir. En az bir kişi bağımlı olduğunda ilişkiler genellikle devam etmekte zorlanır. Benzer şekilde alkol/madde kullanan çiftlerin boşanma oranları, boşanmayanlara oranla daha yüksektir (Cranford 2014: 365-366). Eşlerden birinin bağımlı olması travma ve fiziksel şiddet yanında, mali yönden de olumsuz sonuçlar doğurur; ev kirası yerine maddeye harcanan para, bağımlı eşin fiziksel sorunları ya da tedavisiyle ilgili maliyetler aileyi zorlar (SAMHSA ,2020).

b. Küçük ve Ergen Çocukları Olan Ebeveynler; Ebeveynlerin madde bağımlılığı olumsuz bir çocukluk hatırası olarak kabul edilir (Lipari ve Van Horn 2017; NC-SACW, 2023). Bununla birlikte, madde kötüye kullanımı, aile içindeki alt sistemlerin bozulmasına ve özellikle çocukların uygunsuz rol üstlenmelerine yol açabilir. Örneğin, bir annenin madde kullandığı bir ailede, küçük bir çocuğun anne rolünü üstlendiği görülebilir. Çocuk, yetişkin rolünü üstlenip bağımlı bir yetişkinin yerine geçtiğinde, aile işleyişi için gerekli sınırlar bulanıklaşır. Çocuklar, gelişimlerine uygun olmayan roller üstlendiklerinde ve bu süreçte sağlıklı, destekleyici yetişkinler müdahil olmadığında, çocukluklarından mahrum kalabilirler. Madde kullanmayan ebeveyn, çocukları koruma görevini üstlenmek ve bağımlı ebeveynin yerine getiremediği ebeveynlik sorumluluklarını devralmak zorunda kalabilir. Her iki ebeveynin de alkol bağımlısı olması veya yasadışı uyuşturucu kullanması durumunda, çocuklar üzerindeki etkiler daha da ağırlaşır. Bu tür durumlarda, geniş aile üyeleri mali ve psikolojik destek sağlamanın yanı sıra bakım verme sorumluluğunu da üstlenmek zorunda kalabilir. Büyükanne ve büyükbabalar sıklıkla birincil bakım verenler haline gelirken, arkadaşlar ve komşular da küçük çocukların bakımına dâhil olabilir. Sosyal dayanışmanın güçlü olduğu kültürlerde, komşular, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamak için devreye girebilirler (SAMHSA, 2020).

Bir ebeveyn madde bağımlıysa yukarıda söz edildiği gibi çocukların aile içinde belirli rolleri üstlenmeleri yaygındır. Bu roller kısmen çocuğun kişiliği ve doğuştan gelen özellikleri tarafından belirlenir ve ailenin dengeyi korumasına yardımcı olur. Bu roller genellikle bağımlı ebeveynlerin eşlerini ve küçük çocuklarını tanımlayan literatürde tartışılrsa da, yetişkin çocuklar için de geçerlidir. Tablo 6.3.1'de ebeveynlerden biri madde bağımlısı olduğunda ailedeki rollerin neler olabileceğine ilişkin tanımlar yer almaktadır (Bkz. Bölüm 6.1 ve Bölüm 6.2) (Vernig, 2011; SAMHSA, 2020).

Tablo 6.3.1. A/MB Bağımlı Ebeveyni Olan Ailede Rol Tanımları

Roller	Tanım
Baş yapıcı/ Kolaylaştırıcı	Genellikle bağımlı ebeveynin eşidir. Bağımlı eşi alkol/maddenin olumsuz etkilerini yaşamasından korumakla birlikte onun olumsuz sonuçlarla yüzleşmesinin önüne geçer. Bu yaklaşım kolaylaştırıcı için bir sadakat meselesi gibi görülür ve genellikle kendi ebeveynlerini model alır. Bağımlı aile üyesinin bakımını karşılamaktan kendi bakımını ikinci plana atabilir.
Kahraman	Çoğu zaman büyük çocuğun üstlendiği roldür. Bağımlı bireyden sorumlu olmaya ve onunla ilgilenmeye odaklanır. Sanki tüm aile rollerini yerine getirmek için onlara bağımlıymış gibi bunalmış hissedebilir. Ebeveynleri kariyer gelişimine destek olabilirse, kahraman profesyonel yaşamında başarılı olabilir. Kahramanın erken yaşta aileyi terk ettiği görülse de (kariyer, okul vb. için) ihtiyaç duyulduğunda (genellikle “kolaylaştırıcı” üye rolünü tam olarak yerine getiremediğinde) her zaman kurtarmaya hazırdır.
Yitirilmiş çocuk/ Kayıp çocuk	Ailenin geri kalanının kutlamadığı başarılar gibi, göz ardı edilen ihtiyaçları olan bir çocuk vardır. Ailenin diğer üyelerinin bu “kayıp çocuğa” çok az ilgi gösterdiği ve çocuğun kendine tamamen ayrı bir dünya kurduğu gözlenir. Evin içinde, ailenin arka planında kaybolmayı öğrenen bu çocuk, içine kapanabilir. Kayıp çocuğun duygularının genellikle yalnızlık ve hüznle karakterize olduğu düşünülür ve bu, yetişkinlikte de devam eden bir sorun olarak, yakın akran ilişkileri geliştirmekte başarısız olmasına neden olabilir.
Maskot	Bir diğer aile üyesi, mizah, sempati ya da “aile ekibinin eğlencesi” olma yoluyla aileyi bağımlı bireyin sorunlarından uzaklaştırma rolünü üstlenir. Sevimli, eğlenceli ve dışa dönük olmak adeta onun görevidir. Maskot, aile rolleri teorisyenlerine göre genellikle aile içindeki çatışmalardan korkar ve bu rolü havayı hafifletmek ve gerginliği azaltmak için kullanır. Bu yaklaşımın işe yaradığını fark ettiklerinde, aile içindeki rollerini tanımlayan bu davranış şekli, olumsuz bir şekilde pekişir ve güçlenir. (Ancak, ailedeki diğer kişiler tarafından düşük beklentilerle ciddiye alınmayabilir). Yüzleşmeden bu şekilde kaçınma, yakın kişiler arası ilişkileri yaşamın ilerleyen dönemlerinde zorlaştırabilir. Çoğu zaman bir yetişkin olarak, sorunlarla baş etmede ve sağlıklı ilişkiler kurmada zorluklarla sonuçlanabilecek çatışmalardan kaçınır.
Şamar oğlanı/ Günah keçisi	Genellikle “kahramandan” sonraki çocuktur. Maskot gibi ailedeki kargaşadan dikkati uzaklaştırırsa da, ona göre olumlu sosyal davranışları daha azdır. Kahramanın ilgili ve şefkatli yaklaşımı, kahramanı samimiysiz olarak gören ve sadece başkalarını yatıştırmak için hareket eden günah keçisinde kızgınlığa neden olabilir. Ailenin geri kalanı günah keçisi tarafından ortaya atılan problemlerden kolayca rahatsız olur ve alkole bağımlı ebeveynle başa çıkmanın bir alternatifi olarak günah keçisinin asi davranışlarına odaklanabilirler. Günah keçisinin genellikle kontrolden çıktığı ve kendilerine doğal olarak gelen bu sıkıntıdan kaçınmak için yapabilecekleri çok az şey olduğuna inandığı varsayılır. Duygularını göstermekten kaçınan aile üyelerinden farklı olarak öfke eğilimi gösterebilir. Günah keçisinin başı genellikle terttedir. Benzer arayışlara giren, uyuşturucu ve alkol kullanması muhtemel olan akran gruplarıyla zaman geçirmek ister. Bu davranış kalıplarının yaşamın ilerleyen dönemlerindeki etkileri, genellikle yasal sorunlar, okul ve mesleki hayatta başarısızlık, uyuşturucu veya alkol kullanımı olarak kendini gösterir.

Kaynaklar: Vernig (2011) ; Wegscheider-Cruse (1989).

c. Yetişkin çocukları olan bağımlı ebeveynler: Tablo 6.3.1'deki roller genellikle madde bağımlısı ebeveynlerin eşlerini ve küçük çocuklarını tanımlayan literatürde tartışılrsa da, yetişkin çocuklar için de geçerlidir.

d. Karma ya da üvey aileler: Bir ebeveynin biyolojik olmayan çocuklarıyla aynı evde yaşadığı karma aileler (eşlerden birinin veya her ikisinin de önceki evliliğinden çocukları olduğu için), sağlam çekirdek ailelerden farklı olarak kendi zorluklarıyla da karşı karşıyadır. Karma ailelerde bağımlılık, aile bağlarını zayıflatabilecek ve sağlıksız davranış kalıplarına neden olabilecek ek gerginliklere yol açabilir (SAMHSA, 2020). Çiftlerden biri veya her ikisinin de önceki evliliğinden bir çocuğu vardır, bu nedenle çiftin çocuksuz, yalnız bir aile olmayı deneyimlemek için zamanları olmamıştır. Ailenin tasarımı genellikle her iki ebeveynin de yaşadığı ve aynı evde ikamet ettiği geleneksel çekirdek ailelerden farklıdır. Karma ailelerde, madde bağımlılığı varlığında kötüleşebilecek veya yoğunlaşabilecek özgün dinamikler gözlemlemek muhtemeldir. Bu dinamikler ayrıca aile üyeleri tarafından madde kötüye kullanımı olasılığını artırabilir. Ortak harmanlanmış aile dinamikleri ve mücadeleleri şunları içerir;

- Üvey ebeveynler ve üvey çocuklar; özellikle biyolojik olmayan ebeveynle ya da çocukla olan ilişkilerinde “yabancılaşma” duygusu yaşayabilirler. Bu, aile üyelerinin endişeli, yalnız veya reddedilmiş hissetmelerine neden olabilir.
- Biyolojik bir ebeveynin kaybı durumunda, bazı çocuklar biyolojik ebeveynlerine sadık kalmak için mücadele edebilir. Üvey ebeveynleriyle yakın bir bağ kurmanın, biyolojik ebeveynine “ihane” anlamına geleceğini düşünerek endişe duyabilirler. Bu tür endişeler, özellikle ergenlerde ve kız çocuklarında, küçük çocuklara (9 yaşın altındaki) ve erkek çocuklara göre daha güçlü olabilir.
- Üvey ebeveynler arasında, özellikle disiplin gibi ebeveynlik görevleri konusunda anlaşmazlıklar yaşanabilir. Bu durum, çiftler arasında çatışmalara ve çocuklar arasında karışıklığa yol açabilir.
- Çiftler, evde yaşamayan biyolojik aile üyelerine (örneğin, çocukların diğer biyolojik ebeveyni) saygı gösterip onları onurlandırmaya çalışırken, aynı zamanda kendi aile kültürlerini oluşturma çabasında olabilirler. Yeni bir aile yapısını hızla bir araya getirmek isteyebilirler; ancak bu süreci çok hızlı veya zorlayıcı bir şekilde yürütmek, çocuklar için stresli olabilir.
- Karma ailelerde, ev dışında yaşayan biyolojik aile üyelerinin de bu ailenin bir parçası olduğu ve dahil edilmeleri gerektiği gerçeğiyle mücadele edilebilir. (Papernow, 2018:54-56).

e. Adölesan çocuğu madde bağımlısı olan ebeveynler; Bu dönemde kimlik karmaşası tüm gençlerin yaşadığı doğal bir süreç olarak belirlemektedir. Kimlik bocalamasından çıkamayan ergen, aile tutumları ve akran grubunun da etkisiyle, madde kullanımı gibi önemli bir sorunlarla karşı karşıya kalabilir (Mutlu, 2013:14-15).

6.3.1.4. Alkol ve madde bağımlılığında aile yaşam döngüsü

Aile yaşam döngüsü bir ailenin geçirdiği tüm gelişimsel aşamaları ve yaşam olaylarını ifade eder. Aşağıdaki tabloda madde bağımlılığının aile yaşam döngüsü ve çocuklar üzerindeki etkileri ve uzmanların nasıl yardımcı olacağı yer almıştır (Tablo 6.3.2) (Lander vd.:198).

Tablo 6.3.2.'yi incelediğimizde şu sonuçları çıkarabiliriz: Alkol ve madde bağımlılığı, bir ailenin yaşam döngüsünün her aşamasında farklı şekillerde ortaya çıkmakta ve ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Bağımlılık, evliliğin ilk yıllarından itibaren iletişimi

zayıflatarak, çiftlerin birbirine bağlanmasını engellemektedir. Çocuk sahibi olan ailelerde ise, güvensiz bağlanma, tutarsız ebeveynlik ve çocukların gelişiminde gecikmeler gibi sorunlara yol açmaktadır. Okul çağındaki çocuklarda ise, bağımlı bir ebeveynin varlığı, çocuğun akademik başarısını olumsuz etkileyerek, davranış sorunlarına ve duygusal zorluklara neden olmaktadır. Ergenlik döneminde ise, bağımlı ebeveyn modelini taklit etme, akran ilişkilerinde zorlanma ve ruh sağlığı sorunları gibi problemler ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, alkol ve madde bağımlılığı, ailelerin her bir üyesinin yaşam kalitesini düşürmekte ve toplumsal uyumu bozmaktadır. Bu nedenle, bağımlılıkla mücadelede aile terapisi ve destek programlarının önemi büyüktür.

Tablo 6.3.2. Alkol ve Madde Bağımlılığında Aile Yaşam Döngüsü

Aşama	Gelişimsel Görevler	A/MB'nın etkisi	Uzman nasıl yardım eder?
Evli ve çocuksuz	Kök aile özellikleriyle Sağlıklı evlilik kurma	Zayıf, uzak iletişim, duygusal/fiziksel yakınlığın bozulması, artan çatışma	A/MB danışmanlığı, çift danışmanlığı, AA/AN yönlendirme
Çocuk doğuran aile	Bebek ve ebeveynler için sevgi dolu bir yuva ve bebekle güvenli bağlanma	Bozukluk ve değişken ruh hali nedeniyle evin fiziksel veya duygusal olarak güvenli olmaması, bebekle güvensiz bağlanma.	Çocuklar ve eş için güvenlik değerlendirmesi, A/MB danışmanlığı, çift danışmanlığı, AA/AN yönlendirme.
Okul öncesi çocuğu olan aile	Okul öncesi çocukların ihtiyaçlarına uyum sağlama ve büyüme ve gelişmelerini destekleme. Enerji tükenmesi ve kendinize zaman ayıramama ile başa çıkma.	Tutarsız ebeveynlik, olası istismar, ihmal, Çocuk Koruma Hizmetlerine dahil olma, çocukların uzaklaştırılması, evlilik çatışması.	Çocuklar ve eş için güvenliği değerlendirin. Ebeveynlik becerileri, A/MB danışmanlığı, çift danışmanlığı, AA/AN yönlendirme
Okul çağı çocuğu olan aile	Okul çağı ailelerinin oluşturduğu Topluluğa uyum sağlama, Çocukların eğitimini teşvik etme	Çocukların eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması. Olası aile içi şiddet, evde çatışma.	Okulla irtibat, A/MB danışmanlığı, çift danışmanlığı, AA/AN yönlendirme.
Ergenlik çağındaki çocuğu olan aileler	Özgürlüğü sorumlulukla dengeleme. Sağlıklı akran ilişkileri kurma. Eğitim ve kariyer hedefleri geliştirme	Gençler, A/MB ebeveyn modelini takip edebilir. Çocuklar erken bağlanma bozukluğu nedeniyle sağlıklı akran ilişkileri kurmakta zorluk çeker. Okul/yasal sorunlar ve aile çatışması. Anksiyete, depresyon veya karşı gelme bozuklukları.	Aile terapisi, Genç Uyuşturucu Mahkemesi, okuldan alkol madde kullanımına ilişkin güvence alma, mesleki eğitim, AA/AN yönlendirme.
Genç, yetişkinleri topluma süren aileler	Genç yetişkinleri uygun yardımla serbest bırakma. Destekleyici bir ev ortamı sağlama. Genç yetişkinlerin kariyer gelişirmesi.	Yetişkin çocukların kendilerini geçindirememesi, ilişki çatışması nedeniyle faaliyete geçememe.	Aile terapisi, genç yetişkinler için mesleki eğitim, AA/AN, yönlendirme
Orta yaşlı ebeveynler	Evliliği yeniden kurma. Genç kuşaklarla bağları sürdürme.	Evlilik çatışması, yetişkin çocuklar ebeveynlerinden kopabilir ve küçük çocuklarının yanında olmalarını istemeyebilir	Çift danışmanlığı, topluluk faaliyetleriyle bağlantı kurma, AA/AN yönlendirme.
Yaşlanan aile üyeleri	Yaşla başa çıkma ve yalnız yaşama. Aile evinin kapatılması veya emekliliğe alışma.	İzolasyon, depresyon, A/MB yol açabilir veya tam tersi olabilir.	Bireysel terapi, yetişkin çocuklardan güvence alma, izolasyonu azaltmak için yaşlıların sosyalleşebileceği üst düzey toplulukla bağlantı kurmasına yardımcı olur

A/MB: Alkol/madde bağımlılığı AA: Adsız Alkolikler AN: Adsız Narkotikler

6.3.1.5. Alkol ve madde bağımlılığı başlangıcını ve iyileşmeyi etkileyen aile özellikleri

A/MB başlangıcındaki risk faktörleri ve iyileşmeyi etkileyen faktörler aynı zamanda çocukları da etkilemektedir (Tablo 6.3.3) (Mathew, Regmi ve Lama, 2018: 66-71).

Tablo 6.3.3. A/MB Başlama ve İyileşmeyi Etkileyen Aile Özellikleri

A/MB Başlangıcını Etkileyen Aile Faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> - Bir aile üyesinin madde kullanımına maruz kalması (sosyal öğrenme) -Çok katı veya çok hoşgörülü ebeveyn kontrolü -Aile bağlarının ve desteğinin eksikliği (özellikle stres ve zor zamanlarında) -Her iki ebeveynin de çalıştığı ve çocuklarıyla yeterince ilgilenmekte zorlanan aileler
A/MB'da İyileşmeyi Etkileyen Aile Faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> -Aile üyeleri arasındaki zayıf bağlar (özellikle ebeveynler ve çocuklar arasında) -Aile üyeleri arasında etkisiz ve tutarsız düşük kaliteli iletişim -Şiddetli ceza kullanımı da dahil olmak üzere düşük kaliteli ebeveynlik becerileri -Hem aşırı kontrol hem de aşırı serbestlik -Toplantılar ve kutlamalar gibi aile etkinlikleri sırasında yüksek oranda madde kullanımı (sosyal öğrenme) - Açık ve tutarlı iletişim eksikliği -Düşük kaliteli ebeveynlik becerileri -Ebeveyn sıcaklığı ve katılımı eksikliği; ebeveyn reddi -Bir ebeveynin boşanması veya ölümü

Tablo 6.3.3'teki verilere göre, alkol ve madde bağımlılığının hem başlangıcı hem de iyileşmesi, aile içindeki dinamiklerle yakından ilişkilidir. Aile üyeleri arasındaki iletişim kalitesi, ebeveynlik tarzı ve aile bağlarının kuvveti gibi faktörler, bireyin bağımlılık riskini etkilemekte ve iyileşme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır.

6.3.2. Ebeveyni Alkol ve Madde Bağımlısı Çocukların Maruz Kaldıkları Riskler ve Sonuçları

Ebeveynin A/MB, çocuklar için aşağıda yer alan bilişsel, davranışsal, psikososyal ve duygusal sonuçlara neden olabilir (Tablo 6.3.4) (Velleman ve Templon 2007; Smith, Wilson, Committee on Substance Use and Prevention 2016; Varicier, 2022).

Tablo 6.3.4. Ebeveyni A/MB Olan Çocukların Maruz Kaldıkları Riskler ve Sonuçları

<p>✓ Tutarsız ebeveynliğe maruz kalmak. (Örneğin, madde etkisinde değilken çocuğuna sevecen bir tavırla yaklaşan ebeveyn, eve alkol/maddenin etkisiyle döndüğünde öfkesini kontrol edemediği için şiddete varabilen davranışlarda bulunabilir).</p>
<p>✓ Aile rutinlerinde aksaklıklar yaşamak. A/MB nedeniyle evdeki yaşamın düzeni de etkilenir. Çocukların yemek saatleri, banyoları ve uykuya geçme düzeni günden güne farklılık gösterebilir. Oysa düzenli bir aile ortamı, çocuğun zihinsel, bedensel ve duygusal açıdan sağlıklı gelişim kaydetmesinin en önemli koşullarındandır.</p>
<p>✓ Bağımlı ebeveyne sahip çocukların sıklıkla, yoğun suçluluk duygusu yaşarlar. Çocuklar ebeveynlerinin alkol madde kullanımından ya da kullanım sonucu yaşanan olaylardan kendilerini sorumlu tutabilirler. Utanç duygusu da sıkça deneyimledikleri duygulardandır.</p>

<p>√ Duygular benzer olsa da çocuklar arasında davranışsal olarak birtakım farklılıklar söz konusudur. Bu durum çocuğun içerisinde bulunduğu gelişimsel döneme göre de değişim gösterir. Örneğin, ilkokul çağındaki çocuklarda varolan depresif belirtilerle, ergenlik çağındaki depresif belirtiler aynı olmayabilir. Küçük çocukların sözlü iletişim becerileri henüz yeterince gelişmemiş olduğundan, duygularını çizdikleri resimlerle ve oyunlarla açığa vururlar. Bunun yanı sıra küçük çocuklarda çabuk öfkelenme, uyku ve iştah sorunları, mide bulantısı gibi bedensel yakınmalar, aşırı hareketlilik ya da huzursuz davranışların sık gözlenmektedir. Okul çağındaki çocuklarda dikkat dağınıklığı, sorumlulukları yerine getirmede motivasyon kaybı, okul kurallarına uymada ve katılım sağlamada aksaklıklar, özgüven sorunları ortaya çıkar. Güncel çalışmaların bir kısmında bu çocukların özellikle hiperaktivite, öğrenme sorunu ve kaygı yaşadıklarına dair bulguların öne çıktığını görülmektedir. Söz konusu ergenler olduğunda ise, ailelerin en sık paylaştıkları sorunlar; okul başarısında düşüş, evde geçirilen saatlerin giderek azalması ya da uzun saatler odadan çıkmama, aile içinde daha az duygusal paylaşımında bulunma, içe kapanma, kaygı ve panik nöbetleridir.</p>
<p>√ Ebeveyn çatışmasına tanık olmak; bu çatışmaların şiddete dönmesinden dolayı sürekli endişe yaşarlar.</p>
<p>√ Ebeveynlerinden güven ve istikrar duygusu eksikliği hissetme, aileden fiziksel ya da uzaklaşma. İlk aidiyet hissettiği ortama uyum sağlama (beraberinde birçok riskli sonuçlara neden olabilir).</p>
<p>√ Aile içinde çok fazla hayal kırıklığı yaşadıklarını için gelecek ilişkileri de “güvensizlik” üzerine temellenebilir. (Bu durum, aile içi dinamiklerin sık değişmesiyle ve bağımlı ebeveynin davranışlarının öngörülemesiz olmasıyla da bağlantılı olabilir).</p>
<p>√ Sosyal izolasyon; Çocuk ailedeki üyelerin tepkilerinden “evin içinde saklanan bir sır” olduğu mesajını alırsa, ailesiyle ilgili paylaşımlarda bulunmaktan kaçınabilir. Evdeki olumsuz ve kontrol edilmesi güç atmosferden dolayı arkadaşlarını davet etmekten çekinebilir. Gerekli durumlarda ise yardım istemekte zorlanabilir.</p>
<p>√ Çocuk Koruma Hizmetleri veya diğer çocuk esirgeme programlarına dahil olmak.</p>
<p>√ Güvenli olmayan bir evde yaşamak (örneğin, açık alevler veya çakmıklara erişim; evde madde üretiliyorsa, toksik kimyasallara maruz kalma olasılığı).</p>
<p>√ Kirli veya dağınık bir evde yaşamak</p>
<p>√ Maddi sorunlar nedeniyle hane halkı ihtiyaçlarının karşılanmaması (örneğin, yeterli yiyecek olmaması, ödenmemiş faturalar vb.).</p>
<p>√ Akraba veya koruyucu ebeveyn gibi ilgisiz bir bakıcı ile yaşamak (özellikle çocuğun güvenliği tehdit altındadır).</p>
<p>√ Eve gelen ve giden kriminal açıdan şüpheli yabancılara maruz kalmak (örneğin, uyuşturucu satın alımı, satımı ve kullanımı vb.). Çocuğun bu yönde kullanılmasına ve istismarı riski olabilir.</p>
<p>√ Suç teşkil eden davranışlara tanık olmak.</p>
<p>√ Hapsedilme nedeniyle ebeveyninden ayrılmak.</p>
<p>√ Sert disipline maruz kalmak.</p>
<p>√ Okuldan geri kalma riskinin artması.</p>
<p>√ Tıbbi hastalık ve hastaneye yatış riskinin artması.</p>
<p>√ Zihinsel bozuklukların ortaya çıkma riskinin artması</p>
<p>√ İleriki süreçte zihinsel/fiziksel bozukluk riskini etkileyen kalıcı nörogelişimsel değişikliklere maruz kalmak</p>

Bağımlı bir ebeveynin çocuğu üzerindeki etkileri, çocuğun gelişiminin her alanında derin izler bırakmaktadır. Tutarsız ebeveynlik, aile düzenindeki bozulma ve duygusal istismar gibi faktörler, çocuklarda ciddi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Çocuklar, ebeveynlerinin bağımlılığı nedeniyle suçluluk, utanç ve güvensizlik duyguları yaşamaktadır. Bu durum, çocukların sosyal ilişkilerinde zorlanmalarına, akademik başarılarının düşmesine ve uzun vadede zihinsel sağlık sorunları yaşamalarına neden olmaktadır. Aile içi şiddet, ihmal ve maddeye maruziyet gibi risk faktörleri de çocukların fiziksel ve duygusal güvenliğini tehdit etmektedir.

6.3.3. Kardeşlerin Etkilenmesi

Smith-Genthôs, Logue, Low ve Hendrick (2017:130), madde bağımlılarının kardeşlerini “unutulmuş olanlar” şeklindeki acıklı tanımında, kardeşlerin dramatik yaşantılarını ve karşı karşıya kaldıkları zorlukları incelemiştir. Çalışmada kardeşlerin, bağımlı kardeşe verdikleri mücadeleye ilişkin yorumları aşağıdadır; “Erkek kardeşim 18 yaşındayken alkol kullanmaya başladı. Alkolün etkisi altında kim olduğunu tamamen unuttu, kaba ve öfkeli bir insan oldu ve tüm ailemi büyük ölçüde etkiledi.”

“Annemle eskiden olduğu gibi yakın olmakta sorun yaşadım, çünkü E., bağımlılığı nedeniyle annemin tüm dikkatini üzerine çekti. Bu sorunun benim için önemli olmasının nedeni; annemin en iyi arkadaşım gibi olmasıydı, şimdi artık o kadar da yakın olmadığımızı hissediyorum. E.’nin sürekli olarak onun ilgisine ihtiyaç duyması, annemle olan ilişkiyi engelledi ve henüz eski halimize dönemedik.”

“Madde bağımlılığı nedeniyle uyuşturucu kullanırken yaptığı şeyler nedeniyle, ailemin kalbini kırdı, evliliklerini neredeyse mahvetti ve ailemin, birikimlerini büyük oranda kaybetmesine neden oldu.”

“Hem uyuşturucu bağımlısı hem de alkolik olan iki erkek kardeşim olması beni üzüyor. Hiçbir zaman diğer insanlar gibi kardeşlerim olmadı. Güvenebileceğim hiçbir erkek kardeşim olmadı çünkü onlar kafayı bulmakla daha çok ilgileniyorlardı. Onlar için orada olmaya çalışmaktan vazgeçtim.”

“Kardeşimin bağımlılığının bir sonucu olarak yaşadığım temel sorunlardan biri kaygı. Endişeli ve sık sık bunalmış hissediyorum, çünkü ona yardım etmek istiyorum ve yardıma ihtiyacı olduğunu biliyorum, ama nasıl olabileceğimi bilmiyorum.” (SAMHSA, 2020)

6.3.4. Alkol ve Madde Bağımlılığında Çocuk İhmali ve İstismarı

Çocuğa kötü muamele (child maltreatment), 18 yaşından küçük çocukların başına gelen gelen istismar ve ihmali ifade etmektedir. Çocuğun yaşadığı çevrede, sorumluluk, güven veya güç ilişkisi düzleminde, çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişmesine veya saygınlığına doğrudan ya da dolaylı zarar veren her türlü fiziksel ve/veya duygusal şiddeti, cinsel istismarı, ihmali, ticari ve benzeri sömürü davranışlarını içerir (World Health Organization [WHO], 2022). Çocuk refahı üzerine yapılan yayınlar ebeveynin, stresli bir aile yaşamına neden olan A/MB’nin, çocuk ihmal ve istismarının başlıca nedenlerinden ve risklerinden biri olduğuna dikkat çekmiştir (Esser, Rao, Gururaj, Murthy, Jayarajan, Sethu vd., 2016; Lipari ve Van Horn, 2017. Goldberg ve Blaauw 2019). A/MB ebeveynlerle yaşayan risk altındaki çocukların tanınması ve erken müdahalesi bakımından Tablo 6.3.5’de çocuk ihmali ve istismarının genel uyarı işaretleri verilmiştir (Smith, Wilson vd., 2016).

Tablo 6.3.5 Çocuk İhmali ve İstismarı Belirtileri

Çocuk İhmali Belirtileri
Tıbbi veya diş bakımı eksikliği
Kişisel bakım veya hijyen eksikliği (örneğin yıkanmamış, keçeleşmiş ve taranmamış saçlar, gözle görülür bitler ve uyuzlar ve vücut kokusu)
Giysiler uygunsuz veya hava koşullarına uygun değil
Eksik temel giysi parçaları (örneğin, çorap, iç çamaşırı, ayakkabı vb.)
Okula devamda aksama, sık sık gecikme
Gözetim eksikliği; örneğin, gözetimsiz bırakılan küçük çocuklar veya onları koruması/bakması için daha küçük olan diğer çocuklarla bırakılmaları veya yalnız bırakılmaları, güvenli olmayan durumlarda ve ortamlarda oynamalarına izin verilmesi
Doğru beslenme eksikliği
Yeterli barınma eksikliği
Birinci basamak tıbbi bakım, diş bakımı veya aşıların yanı sıra tedavi edilmeyen hastalıklar veya yaralanmalar
Kendine zarar veren duygular veya davranışlar
Çocuk İstismarı Belirtileri
Sık sık yaralanmalar, morarmalar, çizgiler veya yeterince açıklanamayan yanıklar (örneğin, sigara yanıkları, yüz, dudak ve ağızda veya aynı anda birkaç yüzey düzleminde morluklar olması).
Geri çekilme, korku dolu veya aşırı tepkisel davranış sergileme.
Bir el veya aletle tekrarlanan teması gösteren çürük, çizilme veya yanık kümeleri.
Henüz emekleme veya yürüme halinde olmayan bir bebekte, makul bir açıklaması olmayan herhangi bir çürük, yaralanma istismar için şüphelidir.
Çocukların genellikle beklenmeyen bölgelerinde olağandışı yaralanmalar (örneğin, gövde, sırt, boyun, kalça veya uyluk vb.).
Her zaman uyanık ve "tetikte", sanki kötü bir şeyin olmasını bekliyormuş gibi bir ruh halinde olması.
Dokunmaktan kaçınır, ani hareketlerle çırpırır veya eve gitmekten korkar gibi görünür.

Çocukların kötü muameleden korunmasında üç basamaklı koruyucu yaklaşım söz konusudur. Bu koruyucu müdahaleler A/MB ebeveynle yaşayan çocuklar gibi risk gruplarında önemlidir (Tablo 6.3.6) (Prevent Child Abuse North Carolina, 2023, Child Welfare Information Gateway, 2023).

Tablo 6.3.6. Çocuğu Kötü Muameleden Koruma

Çocuğu Kötü Muameleden Koruma
Birincil Koruma (Kötü muamele olmadan önce durdur!)
-Genel nüfusa yönelik -Aileyi güçlendirme /kaynaklara erişimi sağlaması için ebeveyn destekleri -Genel ev ziyaret -Ailenin ekonomik desteğini artırma -Aile dostu iş yeri politikaları
İkincil Koruma (Riskli gruplara acil cevap ver!)
-Erken başlangıç. -Hedeflenen ev ziyareti (Risk grubu; yoksulluk, ebeveyn madde kullanımı, genç ebeveynler, ebeveyn ruh sağlığı sorunları, ebeveyn veya çocuk engelliliği gibi kötü muamele ile ilişkili gruplar) -Çocukları aileleriyle güvenli bir şekilde evde tutma (A/MB tedavisi, ruh sağlığı hizmetleri, ebeveynlik becerileri kursu vb. hizmetler)
Üçüncül Koruma (Var olan kötü muamele ve ihmali durdurmak, sonuçlarını en aza indirmek için uzun vadeli girişimler, kötü muamelenin halihazırda meydana geldiği ailelere odaklan !)
-Uzmanlar tarafından yoğun aile koruma hizmeti - Rol model” olarak hareket eden ve krizdeki ailelere destek sağlayan istikrarlı, istismarcı olmayan ailelerle ebeveyn mentorluğu programları -Ebeveyn destek grupları -Koruyucu aile -Mental sağlık ve A/MB programları -Aile iletişimini ve işleyişini geliştirmeye yönelik ruh sağlığı hizmetleri

Toplumda hizmet sunan hekimler, hemşireler, ebeler, toplum sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, öğretmenler, avukatlar, emniyet mensupları, din adamları, diğer çocukların velileri, medya mensupları, toplumda aileye/çocuğa hizmet sunan tüm birimlerde çalışanlar ve tüm vatandaşlar, özellikle alkol ve madde bağımlılığının nedenleri arasında başta gelen çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilinçli ve duyarlı olmalıdır. İlgili devlet birimleri alkol ve madde bağımlılığının önlenmesi, bireylerin, ailelerin ve çocukların korunmasında, toplumun sosyo kültürel yapısını göz önüne alarak, uzun vadeli, kalıcı ve etkin politikalar oluşturmalıdır.

Özet noktalar

Aile, toplumun en küçük yapı taşı olup, çocukların bağlanma, beslenme ve sosyalleşme gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasında birincil rol oynamaktadır. Ebeveynin madde kullanımı, çocukların ve ailelerin iyilik hali üzerinde ciddi olumsuz etkiler meydana getirerek önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Alkol ve madde bağımlılığı, bireylerin yanı sıra aile ilişkilerini de bozmakta ve bu bozulmuş ilişkiler, madde kullanımını artıran bir kısır döngüye yol açabilmektedir. Bağımlı ebeveynlerin çocukları, ihmale ve istismara maruz kalma riskleriyle karşı karşıya kalırken, bağımlılık nedeniyle aile içi ilişkilerde ve bireylerin ruhsal sağlığında önemli zorluklar yaşanmaktadır. Bu bağlamda,

alkol ve madde bağımlılığıyla mücadelede bağlanma teorisi ve sistem teorisi gibi teoriler, bağımlılığın aile ve çocuklar üzerindeki etkilerini anlamak için büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publication.
- Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H., Stringer, C.A., Evans, H.M. (2009). "A history of the theory of prenatal attachment". *J Prenat Perinat Psychol Health*, 23(4): 201-22. 9.
- Burnett G, Jones RA, Bliwise NG, Ross LT. Family unpredictability, parental alcoholism, and the development of parentification. *The American Journal of Family Therapy* 2006;34(3):181-189.
- Bowlby J (1988). *Developmental Psychiatry Comes Of Age*. *Am J Psychiatry*. Jan;145(1): 1-10.
- Child Welfare Information Gateway (2023). Framework for Prevention of Child Maltreatment <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/overview/framework/> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2023
- Cranford, J. A. (2014). DSM-IV alcohol dependence and marital dissolution: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(3), 520–529. doi:10.15288/jsad.2014.75.520
- Demirbilek, M. (2016). Aile danışmanlığı: Bir uygulama örneği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2), 109-120.
- Esser MB, Rao GN, Gururaj G, Murthy P, Jayarajan D, Sethu L, et al. (2016). Physical abuse, psychological abuse and neglect: Evidence of alcohol-related harm to children in five states of India. *Drug and Alcohol Review*. 35(5):530-538. 18.
- Goldberg, A. E., Blaauw, E. (2019). Parental substance use disorder and child abuse: risk factors for child maltreatment?. *Psychiatry, psychology, and law : an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law*, 26(6), 959–969. <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1664277> Erişim Tarihi: 28 Temmuz 2023
- Kavlak, O. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23 (2), 183-194.
- Hazan, C., Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 3(5), 1-22.
- Haefner J. (2014) An Application of Bowen Family Systems Theory, *Issues in Mental Health Nursing*, 35:11, 835-841, DOI: 10.3109/01612840.2014.921257
- Lander, L., Howsare, J., Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005> Erişim tarihi 19 Haziran 2023
- Lindgren, K. (2001). "Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and helath practices in pregnancy". *Research in Nursing Health*, 24: 203-17.
- Lipari, R. N., Van Horn, S. L. (2017). Children Living with Parents Who Have a Substance Use Disorder. In *The CBHSQ Report*. (pp. 1–7). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Mathew, K. J., Regmi, B., Lama, L. D. (2018). Role of family in addictive disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 22(1), 65–75.
- Mutlu, E. (2013). Madde Bağımlılığında Ailenin Rolü. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0 (2), 13-17. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/tshd/issue/52278/684017> Erişim tarihi 21 Haziran 2023
- National Center on Substance Abuse and Child Welfare [NCSACW] Children and Families Affected by Parental Substance Use Disorders (SUDs) Erişim tarihi 05 Temmuz 2023, <https://ncsacw.acf.hhs.gov/topics/parental-substance-use-disorder.aspx>
- Neger, E. N., Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical psychology review*, 39, 71-82.

- Papernow, P.L. (2018), Recoupling in Mid-Life and Beyond: From Love at Last to Not So Fast. *Fam. Proc.*, 57: 52-69. <https://doi.org/10.1111/famp.12315>
- Prevent Child Abuse North Carolina (2023). Child abuse prevention <https://www.preventchildabusenc.org/wpcontent/uploads/2021/08/Upstream.pdf> Erişim tarihi 8 Temmuz 2023.
- Sağlam, E., Uzbay, T. İ., Beyazyürek, M. (2003). Madde bağımlılığının psikofarmakolojik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 4(2), 81-7.
- Sieben, A., Yıldırım, A. (2020). Cultural spaces of popularized psychological knowledge: Attachment parenting in Turkey. *Culture Psychology*, 26(3), 335–357. <https://doi.org/10.1177/1354067X19861055> Erişim tarihi: 19 Haziran 2023
- Smith, V. C., Wilson, C. R., Committee on Substance Use and Prevention (2016). Families affected by parental substance use. *Pediatrics*, 138(2), e20161575. doi:10.1542/peds.2016-1575
- Straussner, S., Fewell, C, 2015. Children of parents who abuse alcohol and other drugs. In A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. Göpfert, M. Seeman (Eds.), *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families* 138-153). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781107707559.01
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], (2011). Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US) (SAMHSA). (2020). Rockville, MD: Substance Use Disorder Treatment and Family Therapy: Updated 2020 [Internet]. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39.) Chapter 2—Influence of Substance Misuse on Families. 30-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571087/s.30-41> Erişim tarihi 05 Mayıs 2023
- Şimşek, N. (2010). Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 96-99.
- Tamutienė, I. (2018). Alcohol-related child maltreatment: Reports to the Child Rights Protection Service in Kaunas municipality. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 35(1), 9-23.
- TUBİM (2014) Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı EMCDDA 2014 Ulusal Raporu (2013 Yılı Verileri): Reitox Ulusal Temas Noktası Türkiye: Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular. Ankara, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi.
- Varcier Ş. (2022). Bağımlı Ebeveyn Çocuğun Tüm Yaşamını Etkiliyor, Erişim tarihi: 8 Haziran 2023. <https://www.yesilay.org.tr/tr/makaleler/bagimli-ebeveyn-cocugun-tum-yasamini-etkiliyor>
- Velleman, R., Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 79-89. doi:10.1192/apt.bp.106.002386
- Vernig, P. M. (2011). Family roles in homes with alcohol-dependent parents: An evidence-based review. *Substance Use and Misuse*, 46(4), 535–542. doi:10.3109/10826084.2010.501676.
- Wegscheider-Cruse, S. (1989) *Another chance: Hope and health for the alcoholic family*, Science and Behavior Books, Palo Alto, CA
- Wassell, E. (2014). *The Influence Of Family Care Leave Policy On The Long-Term Wellbeing Outcomes Of Children* (PhD Dissertation). Wassell, E. D. (2014). *The influence of family care leave policy on the long-term wellbeing outcomes of children*. University of Colorado Colorado Springs.s.Ss 1-28
- World Health Organization (WHO), 2022 Child maltreatment. Erişim tarihi: 14 Haziran 2023 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- World Drug Report 2020 (2020). United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2024. <https://digitallibrary.un.org/record/3922001?v=pdf>
- Yaşar Ekici, F. (2014). Türk aile yapısının değişim ve dönüşümü ve bu değişim ve dönüşüme etki eden unsurların değerlendirilmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies (JASSS)*, (30), 209-224. Doi number: <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS2594>

BÖLÜM 6.4

Alkol ve Madde Bağımlısı Bireye Sahip Olan Aile

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM¹

Uzm. Hemşire Hüseyin FİGEN²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Bolu İl Sağlık Müdürlüğü İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Erişkin Arındırma Merkezi

İçindekiler

Giriş

6.4.1. Alkol ve Madde Bağımlılığının Aileye Etkileri

6.4.1.1. Sağlık Sorunları

6.4.1.2. Aile İçi İlişkilerde Zorluklar

6.4.1.3. Şiddet

6.4.1.4. Duygusal Zorluklar

6.4.1.5. Sosyal Sorunlar

6.4.1.6. Ekonomik Sorunlar

6.4.1.7. Yasal Sorunlar

6.4.2 Alkol/Madde Bağımlılığı ve Bakım Veren Yüğü

6.4.3. Bağımlılıktan Etkilenen Aile Üyelerine Yardım

Özet Noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Alkol ve madde bağımlılığı, bağımlı bireyin biyopsikososyal sağlığı başta olmak üzere, bireyin ailesini ve yaşadığı toplumu birçok yönden etkileyen, içinde bulunduğumuz çağın ele alınması gereken yaygın ve en ciddi problemlerinden biridir. Bağımlılık, bağımlı bireyin eşi, çocuğu, ebeveyni gibi üyeleri içeren çekirdek ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz olarak etkilemekte, akrabalarını veya yakınlarını içeren geniş ailesi için de büyük stres kaynağı olmaktadır (Aka vd., 2019:47). Alkol ve madde bağımlısı bir aile üyesine sahip olmak, bağımlılığın yol açtığı tüm sorunlara katlanmak anlamına gelmektedir. Arkadaşları ondan uzaklaşabilir, patronu işten çıkarabilir fakat aile sonuna kadar onun yanında olmak durumundadır. Ayrıca, aile hem bağımlılığın oluşmasında hem de sürdürülmesinde etkenlerden biri olabilmektedir. Bu nedenle bağımlılığın bir “*aile hastalığı*” olduğu kabul edilmektedir. Bağımlılığın bir aile hastalığı olduğu ve aile sisteminin değişmesi gerektiği, bağımlı yakınları için oluşturulan kendine yardım gruplarında da belirtilmektedir (Kaur vd., 2018:2382; Erdim, 2019:194). Buna rağmen aile üyelerinin bağımlı bireyin tedavisi sürecinde ve yapılan araştırmalarda sıklıkla göz ardı edildiği görülmektedir. Bu durum, aileleri bağımlılığın “*gizli kurbanları*” haline getirmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı gibi yaygın bir sorunun aile üzerindeki derin etkilerini anlamak, hem bağımlının hem de ailenin iyileşmesi için kritik öneme sahiptir (Soy ve Zorlu, 2020:75). Bu bağlamda, bu bölümde, alkol ve madde bağımlısı bir bireyin ailesinin yaşadığı zorluklar ve bu zorluklarla başa çıkmada aile üyelerine yönelik müdahaleler ele alınmıştır.

6.4.1. Alkol ve Madde Bağımlılığının Aileye Etkileri

Alkol ve madde bağımlılığının yıkıcı etkisi sadece bağımlı bireyle sınırlı kalmamaktadır. Bağımlılıktan etkilenen aile fertlerinin (BEAF) sayısını tahmin etmeyi sağlayacak bir kaynak bulunmasa da her bir bağımlılık vakasından ortalama olarak bir kişinin olumsuz etkilendiği varsayılırsa BEAF sayısının yüksekliği ortaya çıkabilir. Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve Avrupa Birliği tarafından hazırlanan raporlar BEAF’ne verilen zararı kabul etse de bu zararın büyüklüğünü hesaplayamamaktadır. BEAF çoğunlukla sessizlik içinde acı çekmektedirler (Bhatia vd., 2022:450; Orford vd., 2013:71). Ailenin her üyesi (anne, baba, kardeş, eş, çocuk vd.), karşılanmayan gelişimsel ve duygusal ihtiyaçlarından bağlanma ile ilgili problemlere, düzeninin bozulmasından bazen de şiddete maruz kalmaya kadar birçok sorunla başa çıkmak durumundadır (Lander vd., 2013:194). Ayrıca bağımlılık sorunu aile içi çatışmalara, aile dinamiklerinin sarsılmasına, aile içi ilişkilerin bozulmasına, aile birliğinin dağılmasına, aile üyelerinin rollerinin değişmesine ve boşanmalara yol açabilmektedir (Erdim, 2019:194). Aile üyelerinden birinin alkol veya madde bağımlısı olması nedeniyle diğer aile üyelerinin de okul ve/veya iş yaşantıları olumsuz etkilenmektedir (Aka vd., 2019:47). BEAF’nde tıbbi sorunlar, toplum tarafından etiketlenme, yasal durumlarla karşılaşma, psikolojik, duygusal ve ekonomik sıkıntılar görülmektedir (Erükçü Akbaş ve Mutlu, 2016:18). Birey, alkol veya madde kullanması nedeniyle sosyal çevresi tarafından dışlanırken, aileler de aile fertleri arasında bağımlı bir bireyin bulunmasından dolayı bu dışlanmaya maruz kalmaktadır (Sevin ve Erbay, 2019:703). Otuz bir BEAF ile yapılan nitel bir çalışma sonucunda, “*deneyimden bunalmış hissetmek ve onunla mücadele etmek*” olarak ifade edilen bir genel ve altı alt tema ortaya çıkmıştır. Alt temalar şu şekildedir: Duygusal olarak yıpratıcı ve yorucu; Sürekli tetikte olma: Sosyal faaliyetleri kısıtlama;

Mali etkiyle boğuşma; Zararlı aile dinamikleriyle baş etme mücadelesi; Saldırganlıktan kaçınma ve onu kontrol altına alma; Gelecek hakkında korku ve umutsuzluk (McCann vd., 2019:902). Kesitsel bir çalışmada da BEAF'lerin yaklaşık %80'inin fiziksel sağlığı, akrabaları ve aileleriyle sosyalleşme becerileri üzerinde olumsuz etkiler yaşadıkları, %50'den fazlasının istihdamla ilgili sorunları olduğu ve dörtte üçünden fazlasının sağlık hizmetlerinden yardım almadığı belirlenmiştir (McCann vd., 2021:430). BEAF'ler tarafından damgalanma ve bu korkuyla sosyal çevreden izole olma, destek sistemlerinde yetersizlik, bakım veren yükünde artma, bulaşıcı ve ruhsal hastalık riski, yaşam kalitesinde azalma gibi diğer sonuçların da yaşandığı bildirilmiştir (Corrigan vd., 2006:239; Rafiq ve Sadıq, 2019:1300). Aşağıda, bağımlılığın aileye etkileri sağlık, ilişkiler, şiddet, duygusal, sosyal, ekonomik ve yasal boyutlar kapsamında açıklanmıştır.

6.4.1.1. Sağlık Sorunları

Alkol ve madde kullanan bireylerde birçok sağlık sorunu geliştiği gibi, BEAF'nin de fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları yaşamasına yol açmaktadır (Yılmaz ve Cüceler, 2019:170). Bu konuda yapılan 56 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede aile bireylerinin artan stres ve yüke maruz kaldığı, ruhsal sağlığın bozulduğu, kontrol grubundaki bireylere göre daha fazla tıbbi, fiziksel problemler yaşadıkları ortaya konmuştur. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ailelerle ve daha şiddetli madde kullanan bireylerle birlikte yaşayan kadınların, daha fazla baskı altında olduğu belirlenmiştir (Di Sarno vd., 2021). Tedavi amacıyla bağımlı aile üyesini kliniğe getiren aileler, yakınlarının bağımlı olduğunu öğrendikleri andan itibaren uykusuzluktan, fiziksel ve ruhsal yorgunluktan mustarip olduklarını, bağımsızlıklarının zayıfladığını belirtmektedirler. Kendi sağlıkları için yeterli zaman ve para ayıramadıklarını, dengeli ve sağlıklı beslenemediklerini, kilo kaybı yaşadıklarını ve öz bakımlarının düştüğünü ifade etmektedirler. Hipertansiyon, diyabet, inme gibi kronik hastalıklarının ortaya çıkışının arttığını düşünmektedirler. Aile üyelerinin HIV/AIDS, hepatit B, hepatit C, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar açısından da risk altında olduğu bildirilmektedir (Yardım vd., 2022:63). Bir çalışmada, alkol bağımlısı akrabası olan kişilerin, sarhoşken kazaların meydana gelebileceğine dair endişeleri olduğuna dikkat çekilmektedir (Johannessen vd., 2022). Nitekim, alkollü bir sürücünün karıştığı motorlu araç kazalarında günde yaklaşık 28 kişinin hayatını kaybettiği saptanmıştır (Wright ve Lee, 2021). Başka bir çalışmada motorlu araç kazalarında hayatını kaybeden sürücülerden alınan kan örneklerinde %53.7'sinde alkol, esrar veya başka bir psikoaktif ilaç için yapılan testlerin pozitif çıktığı bulunmuştur (Beirnes vd., 2021:3).

En büyük tehlikelerden biri de diğer aile üyelerinden birinin daha bağımlı olmasıdır. Alkol ve madde bağımlılarıyla yapılan bir çalışma, bağımlıların %78.6'sının ailesinde alkol veya madde kullanım öyküsü olduğunu göstermiştir (Öztürk vd., 2015:107). Başka bir çalışmada bağımlı yakını olmanın, depresyon, tükenmişlik, umutsuzluk ve ruhsal hastalık geliştirme riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Şenormancı vd., 2019:33). Anksiyete ve depresyon belirtileriyle psikolojik yardım arayan bireylerle yapılan bir çalışmada, madde kullanan bir akrabası olanların, olmayanlara göre depresyon şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Newton vd., 2016:723). Alkol ve madde bağımlısı bireyle uzun yıllardır birlikte yaşayan ve bireye yakın anne-baba, eş, çocuk gibi aile üyelerinin yaşamlarının doğrudan etkilendiği, soysal izolasyon ve depresif duygu durumlarının artmakta olduğu, özellikle eşlerin ruh sağlığının önemli ölçüde risk altında olduğu bildirilmektedir (Korkmaz

vd., 2003:22). Ailede alkol kötüye kullanımı olan bireyle yaşayan çocukların, travma sonrası stres bozukluğu, uyku düzensizliği, fiziksel ve mental yorgunluk yaşadığı gösterilmiştir (Johannessen vd., 2022). Madde bağımlısı babaların çocukları üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukların maddi ve manevi birçok sorun yaşadığı, bunun yanında çocuklarda anksiyete, depresyon ve hipomani belirtileri gözlemlendiği bulunmuştur (Rafiq ve Sadıq, 2019:1301). Bu nedenlerle bağımlı bireylere sunulan sağlık hizmetinin aile üyelerini de kapsamaya gerekmektedir.

DİKKAT

Alkol ve madde bağımlılığı, tüm aileyi etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Bağımlı bireyin aile üyelerinin fiziksel ve ruhsal sağlığında ciddi bozulmalar ortaya çıkmaktadır.

6.4.1.2. Aile İçi İlişkilerde Zorluklar

Aile içi ilişkilerin işlevsel olmaması, baskıcı ebeveyn tutumları ya da aşırı özgürlükçü yaklaşımlar, çocuğun parçalanmış ailede yetişmesi, alkol veya madde kullanımı için bir risk faktörüdür (Çelebi ve Uslu, 2019:99; Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023:222). İlkokul ve lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada madde kullanım yaygınlığının özellikle ebeveynler arasında çatışmaların olması, ebeveynlik tarzının otoriter olması, aile ilişkilerinin tatmin edici olmamasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Freitas ve Souza, 2020). Aile dinamikleri ile ergenlerin yaşamları boyunca alkol, tütün ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma, çocuğun kendisi için anlamlı bulduğu şeyleri göz ardı eden ebeveynler/veliler ile ergenlerin alkol ve tütün tüketimi arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca ergenler tarafından çelişkili ilişkilerin ortaya çıkması ile yasa dışı madde tüketimi arasında da ilişki olduğu doğrulanmıştır (Silva vd., 2021). Aile sistemindeki düzensizlik, aile üyeleri arasındaki duygusal bağlantılardaki bozulmalar ve aidiyet duygusundaki kırılma bağımlılık riskini artırdığı gibi ailede alkol veya madde kullanan bir bireyin varlığı da aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkilemekte (Çelebi ve Uslu, 2019:98; Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023:222), bir kısır döngü ortaya çıkmaktadır.

Bağımlılar alkol ve maddenin etkisiyle olağan karakter ve davranışlarından uzaklaşmakta, adeta bambaşka bir insanmış gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Bir çalışmada katılımcı aile üyesinden biri düşüncelerini *“Benim için en kötü yanı, o kişiyi artık tanımamak ve bir zamanlar tanıdığım ağabeyimin asla yapmayacağı şeyleri yaptığını bilmektir”* biçiminde dile getirmiştir. Başka biri *“Yalan söylüyorlar ve sonra seni suçluyorlar... bu korkunç ve çok zor”* biçiminde ilişkilerindeki zorluğu ifade etmiştir (McCann vd., 2017:209). Bağımlı birey genellikle aileye yalan söylediği için aile ilişkilerinde güven tükenmektedir. Böylece aile düzeninin yıkımına neden olan bağımlılık, aile içi iletişimi ve ilişkileri de zedelemekte, sağlıklı bir iletişim ortamının oluşmasına yol açmaktadır (Ögel, 2020:201). Psikotrop ilaçları kötüye kullanan, alkol kötüye kullanımı sorunları olan yaşlı yakın aile üyeleriyle gerçekleştirilen bir çalışma da bu sonuçları doğrulamaktadır. Aile üyelerinin başkalarıyla güvene dayalı ilişkiler kurmada zorluklar yaşadıkları ve mesafe koyarak başa çıkmaya çalıştıkları bulunmuştur. Aile içi çatışmalar ve rollerde zamanla değişim yaşandığı saptanmıştır. Sonuçlar, bir üyenin alkol kötüye kullanma sorunu yaşadığında tüm aile üyelerinin acı çektiğine işaret etmektedir (Johannessen vd., 2022).

Aileler, bağımlı birey alkol/madde etkisinde olmadığı anlarda sağlıklı iletişim ku-

rabilirken, alkol/madde kullandığında ise çok zorlanmaktadırlar. Bu ikilemde aileler, bağımlı bireyi terk etmenin getireceği suçluluk ya da onunla kalmanın getireceği bunalımlı ruh hali arasında sıkışıp kalmaktadırlar (Erdim, 2019:194). Alkol bağımlısı erkeklerin eşleriyle yapılan bir çalışmada eşlerin %80'i sosyal ilişkilerinde azalma yaşadıklarını, %74'ü ailede iletişim problemleri olduğunu, %66'sı eşlerine karşı sinirli olduğunu, %46'sı ise eşleriyle gerginlik yaşadıklarını bildirmişlerdir (Korkmaz vd., 2003:23). Son yıllarda ülkemizde yapılan nitel bir çalışma, aile içi ilişkilerde yaşanan sorunların duygusal ve fiziksel şiddete dönüşebildiğini göstermiştir (Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023:209).

DİKKAT

Aile içi işlevsiz ilişkiler bağımlılığa zemin hazırlarken, bağımlılık da aile ilişkilerini daha da zedeleyerek yıkıcı bir döngü oluşturmaktadır.

6.4.1.3. Şiddet

Aile dinamiklerini yaşam boyunca olumsuz olarak etkileyen bağımlılığın, şiddet ile de yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Şiddet davranışını artıran erkek cinsiyet, genç yaş, travma öyküsü, kişilik bozukluğu gibi risk faktörlerine ek olarak alkol ve madde bağımlılığının olmasının şiddet davranışını arttırdığı bildirilmiştir (Geniş vd., 2021:264). Duygu durum bozukluğu tanılı bireylerin şiddet davranışı sergileme oranı genel popülasyonla benzer iken alkol ve/veya madde kötüye kullanımını tanısının birlikteliğinde oranın belirgin olarak yükseldiği saptanmıştır (Kulkara vd., 2020:51). Şiddet, yoksunlukta veya intoksikasyon sırasında gözlenebilmektedir (Geniş vd., 2021:264). Madde kullanımının yol açtığı sanırsal bozukluklar da aileye yönelik şiddet davranışı açısından önemli bir risk faktördür (Ögel, 2023).

Madde kullanan bireye destek veren, çoğu kadın olan aile üyeleriyle (ebeveyn, eş, kardeş) yapılan bir çalışmada, katılımcıların neredeyse %70'inin aile saldırganlığı ve/veya şiddet yaşadığı saptanmıştır. Katılımcılar itme, yumruklama ve ısırma gibi fiziksel şiddete maruz kalmışlardır. Bu tür şiddet içeren davranışlar, duvarlarda delikler açmaktan, ev eşyalarını kırmaya ve arabalara çarpmaya kadar uzanmıştır. Sıklıkla davranışları öngörülemeyen ve genellikle düşmanca olan bir kişiyi desteklemeye çalışmaktan bunalmış, kafası karışmış, endişeli ve hüsrana uğramış hissetmektedirler. Kişinin bu davranışının aile üzerindeki etkisinin farkında olmaması, katılımcıların hayal kırıklığı ve beyhudelik duygularını artırdığı belirlenmiştir. Çoğu katılımcı, davranışı önlemek ve davranışla başa çıkmak için çeşitli stratejiler (şiddeti tetiklememek için sürekli tetikte olmak, sosyal aktiviteleri kısıtlamak, kişiden fiziksel olarak uzaklaşmak, sohbete dâhil etmemek ve aşırı durumlarda aile evini terk etmek, kolluk kuvvetleri ve adli makamlardan yardım istemek, deneyimleri diğer ailelerle paylaşmak vb.) geliştirmişlerdir. Ayrıca, davranışı önlemelerine ve davranışla baş etmelerine yardımcı olabilecek kanıta dayalı bilgilere veya uzman alkol ve madde tedavi hizmetlerine ve destek gruplarına daha iyi erişim sağlamaya ihtiyaçları olduğu bulunmuştur (McCann vd., 2017:209).

Alkol ve madde bağımlısı bireylerin aileleri, alkol ve madde kullananların diğer insanlara göre daha saldırgan olduğunu düşünmektedir. Bu düşünceye sahip aile sayısının çoğunlukta olması, onların daha fazla şiddete uğradığının bir göstergesi olabilir. Alkol ve madde bağımlısı bireylerin tedavi merkezlerinden taburculukları sonrası evlerine yapılan ziyaretlerde ailelerin, bağımlı aile üyeleri tarafından maruz

kaldıkları şiddet davranışlarını onların yanında ifade etmekten kaçındıkları gözlenmektedir. Ailelerin yakın çevreleri ve komşuları bu durumun bağımlı bireyden zarar görme korkusundan kaynaklandığını dile getirmektedir. Bazı aileler bağımlı üyelerinin arkadaşları tarafından saldırıya uğradıklarını belirtmektedir. Saptanabilen şiddet davranışı sıklıkları buzdüğünün yalnızca görünen kısmı olabilir. Bildirimi yapılmayan şiddet davranışları düşünüldüğünde aile açısından durumun ciddiyeti daha iyi fark edilecektir (Ögel, 2023). Bir sistematik derlemeden elde edilen kanıtlar, madde kullananların aile üyelerine yönelik saldırganlık riskinin arttığını, yaşam kalitesinin ve sosyal uyumun azaldığını ortaya koymuştur (Di Sarno vd., 2021). Alkol ve madde bağımlılığında görülen şiddet davranışının tedavisi aile ve toplum için önemlidir.

6.4.1.4. Duygusal Zorluklar

Ailede alkol ve madde bağımlısı bir bireyin varlığı, aile üyelerinin karmaşık ve aşılması zor duygular yaşamasına neden olmaktadır. Önce bağımlılığı inkâr eder, aile üyesinden birinin bağımlı olduğuna inanmaz, *“O fazla kullanmıyor ki!”* tarzındaki söylemlerle acı bir gerçek olduğunu düşündüğü bu durumu kabullenmek istemez. Sonra aile, bağımlı aile üyesinin içinde bulunduğu durum karşısında hayal kırıklığı yaşar. Çünkü gelecek adına ona dair kurulan hayallerin yok olduğunu düşünür. Birçok aile bağımlılığın kendi hataları yüzünden ortaya çıktığını düşünerek kendilerini suçlamaya başlar. Çözüm adına başvuru yolların, yöntemlerin ve stratejilerin başarısızlıkla sonuçlanması, ailenin karamsarlığa ve ümitsizliğe sürüklenmesine sebep olur. Aile, kimi zaman baş edemeyecekleri sorunlarla karşılaşır ve çaresiz bir şekilde adım atamaz hale gelir. Şaşırır, ne yapacağını bilemez. Bazen bağımlı bireyin arkadaşlarına, bazen diğer aile üyelerine öfke duyar. Bu öfke, bağımlılık alanında faaliyet gösteren kurumlara da yönelebilir. Bağımlı ailesinin en baskın yaşadığı duygulardan biri de utanç duygusudur. Aile yaşadığı durumu büyük bir utanç kaynağı olarak görür, çevresinden kaçmaya ve saklanmaya başlar. Bağımlı bireyin yoksunluk yaşadığı ya da madde etkisinde olduğu süreçlerde aile hem birey için endişelenir hem de kendileri için yoğun korku duygusu yaşar. Bağımlı bireyin eve geç gelmesi veya hiç gelmemesi aile üyelerinin yaşadığı bu korku duygusunun artmasına neden olur. Gerekli önlemlerin alınmaması ve duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi aileyi umutsuzluğa sürükler, kendi iyilik hallerini sarsar. Aile üyeleri diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu kronik durumla ilgili de sıklıkla yas yaşarlar, ancak göz ardı edilebilmektedir (Hellum vd., 2022; McCann vd., 2021; Priddis ve Asbury, 2020). Bunun yanında ailenin yaşadığı duyguları çevresiyle paylaşmaması, yaşanan bu duygusal zorlukların şiddetinin gittikçe artmasına yol açmaktadır (Ögel, 2020:197; Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023:218).

6.4.1.5. Sosyal Sorunlar

Alkol ve madde bağımlısı bireyler iş, statü, sosyal ve kültürel çevre vb. kayıplar yaşamakta, toplumdan izole olmakta ve dışlanmaktadır (Babahanoğlu, 2019:3515). Toplumun alkol ve madde bağımlılığı olan bireye karşı bu tutumu, bağımlılığın ailesini de kapsayabilmektedir. BEAF'lerin sosyal destek algı ve deneyimlerini keşfetmek için yapılan bir nitel çalışma sonucunda ortaya çıkan temalar (i. hepimiz yalnızız ve kendi başımızın çaresine bakmak zorundayız, ii. neler yaşadığımızı kimse anlamıyor, iii. insanlar bizimle ilişki kuramaz) sosyal yaşamın nasıl etkilendiğini açıkça ortaya koymaktadır (Kane vd., 2023). Diğer bir çalışma BEAF'nde damgalanmanın, kendini suçlamanın ve sosyal izolasyonun yaygın olduğunu göstermektedir (Di Sarno vd., 2021). Bağımlı ailesinin damgalanma korkusu, toplumdan izole olmasına

yol açmaktadır (Corrigan vd., 2006:239). Damgalanma, alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin ailelerini, yakın çevrelerinde bulunan insanlardan uzaklaştırmaktadır (Arıkan vd., 2004:4). Çoğu zaman utanç duygusuyla, yakınının bağımlılık problemini diğer insanlardan gizlemeye, çevrelerinden kaçmaya ve saklanmaya çalışırlar. Bu zor durum bağımlı ailesinin, bağımlılık gerçeğini inkâr etmesiyle ve toplum içinde söz etmekten kaçınmasıyla sonuçlanır. Aile üyelerinin etrafını bir duvar gibi saran utanç, onları sessizliğe sürükler (Ögel, 2020:200).

Toplum *“bir bağımlı, her zaman bağımlıdır”* inancına sahiptir. Toplumun bu inancından dolayı bağımlı birey remisyonda olsa bile bağımlı ailesi damgalanmaya devam etmektedir. Aileler uzun süre acı çekmekte, suçluluk ve utanç duymakta, sosyal ortamlardan ve toplumdan uzaklaşmaktadır (Wilkens ve Foote, 2019:33-53). Bir çalışma, katılımcıların akrabalarının alkol kötüye kullanımını diğerlerinden sakladığını göstermiştir. Kötüye kullanım konusunda başkalarıyla konuşmak tabu olarak kabul edilmektedir. Yakın arkadaşları dışında kimseye alkol sorunlarını anlatmayan katılımcılar, başkalarıyla ilişkilerini sürdürmekte zorluk yaşamaktadırlar (Johannessen vd., 2022). Bu durum BEAF’lerin arkadaşlarından destek almayı veya profesyonel yardım aramayı olumsuz etkilemektedir. Damgalamayla baş etmek için sorunlardan kaçınma, inkâr etme ve görmezden gelme yoluyla yönetmeye çalıştıkları bulunmuştur. Bununla birlikte, profesyonel desteğe duyulan ihtiyacın ve desteğe erişimin eksik veya ciddi şekilde sınırlı olduğunun altı çizilmektedir (O’Shay-Wallace, 2019). Damgalanmaya maruz kalan bağımlı ailelerinin sağlık ve sosyal yardım arama davranışları göstermede zorlandıkları belirlenmiştir (Babahanoğlu ve Daşbaş, 2021:143). BEAF’lerinde damgalanmanın sorgulanması ve tanımlanması, damgalanmanın etkisini azaltmak için önlemler alınması ve desteklenmeleri gerekmektedir.

6.4.1.6. Ekonomik Sorunlar

Bağımlılıkların bireye, aileye ve topluma ekonomik yükünün farkında olunması gerekir. Olumsuz ekonomik sonuçların ortaya çıkışı iki açıdan ele alınabilir. İlki, bağımlı bireylerin alkol ve madde kullanımı nedeniyle işlevselliklerinin azalması veya herhangi bir işte uzun süre tutunamamaları, dolayısıyla bağımlı bireylerin önemli bir kısmının düzenli işinin olmaması veya işsiz olmasıdır (Nebioğlu vd., 2013:36; Öztürk vd., 2015:104). İkincisi, elde edilen gelirin hayati önem arz eden ihtiyaçlar yerine alkol ve madde teminine harcanmasıdır (Erdim, 2019:194). Her ikisi de aileyi ekonomik açıdan istikrarsızlaştırmakta ve yoksulluğa itmektedir. Yapılan bir çalışmada, bağımlıların alkol veya madde için ayırdıkları bütçenin gelirlerinin tamamına denk geldiği ya da daha fazlası olduğu bulunmuştur. Gelir gider arasındaki bu uyumsuzluk alkol ve madde bağımlılarının ailesel kaynakları kullandığını akla getirmektedir (Gündüz Türkeş ve Buz, 2022:451). Bağımlı bireylerin ekonomik sorunlara yol açan davranışlarının yanında klinikte bağımlı aileleriyle yapılan görüşmelerde, aileler bağımlı yakınlarının madde temini için hırsızlık yapmalarından, suça bulaşmalarından ve ceza almalarından korktukları için her şeye rağmen onlara ekonomik desteklerini sürdürdüklerini belirtmişlerdir. Ailenin ekonomik desteğinin sürmesi, alkol madde için bağımlıların para bulma zorunluluğu, birçok işlevi yerine getirememeleri, iş kayıpları, tedavi sürecinin getirdiği masraflar aile üyelerinin telafisi zor ekonomik kayıplara maruz kalmasına yol açmaktadır (Ögel, 2023).

DİKKAT

Bağımlılık, ailenin ekonomik durumunu da ciddi şekilde etkileyen, yoksulluğa ve istikrarsızlığa neden olan önemli bir toplumsal sorundur.

6.4.1.7. Yasal Sorunlar

Alkol ve madde bağımlılığı finansal sorunların yanında birçok adli probleme de yol açmaktadır. Öncelikle bazılarının kullanımı yasal ise de bir kısmının kullanımı suçtur. Bu konuda Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun başta olmak üzere, yargılama usullerini düzenleyen çeşitli kanunlar, ayrıca ülkemizin taraf olduğu antlaşmalar mevcuttur (Çöpür vd., 2014:86). Bağımlılığın suça eğilimin bir parçası olduğu, bağımlıların alkol ve madde temini için hırsızlık, gasp vb. suçlara yöneldiği tespit edilmiştir (Toker Uğurlu vd., 2020:740). Madde kullanan bireylerle yapılan çalışmalarda yasal bir sorunla karşılaşma oranı %36.4-61.7, suç işleme oranı %68-77, ceza evi yaşantısı %59.7 olarak saptanmıştır (Asan vd., 2015:1; Çöpür vd., 2014:84). Bu durum bağımlı bireyin kendisiyle birlikte dolaylı ya da doğrudan bağımlı bireyin ailesini de etkilemekte ve aile yasal sorunların getirdiği problemlere katlanmak zorunda kalmaktadır (Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023:211). Bazen bir aile üyesi, çocuğu madde yoksunluğuna girdiğinde ona madde temin etmek için çabalarırken yasal işleme maruz kalabilmekte; bazen bağımlı aile üyesinin borçları nedeniyle icralarla karşılaşabilmektedir. Bağımlı aile üyelerinin dolandırıcılık, hırsızlık, mala zarar verme, kendilerine ve çevrelerine şiddet uygulama vb. durumlar nedeniyle ailenin diğer fertlerinin karakol, mahkeme gibi adli süreçlere dâhil edilmesi de bağımlı ailelerinin yaşadığı yasal sorunlar arasındadır. Ayrıca yakınları için zorunlu tedavi kararı çıkmasını isteyen aileler, adli mercilere başvurmakta ve yasal sürece dâhil olmaktadır.

6.4.2 Alkol/Madde Bağımlılığı ve Bakım Veren Yükü

Bakım veren yükü, bakım verirken ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, finansal, adli ya da sosyal tepkileri ifade eden bir kavramdır (Zarit vd., 1980:651). Bakım vericinin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçları kapsamaktadır (Orak ve Sezgin, 2015:35). Objektif yük, bakım verenin, bakım verdiği bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve çaba olarak ifade edilmektedir. Bakım verenin objektif yükü uğraşırken yaşadığı sıkıntılar ise subjektif yük olarak tanımlanmaktadır (Arslantaş, 2018:40). Çok yönlü (ruhsal, sosyal, davranışsal, işlevsellik, tıbbi ve ekonomik) bir kavram olan bakım yükünü ölçmek güçtür. Çeşitli bakım veren yükü ölçekleri mevcuttur ve çalışmalarda kullanılmaktadır. Bakım gerektiren duruma özel olmaması, kapsayıcı olması, alt birimlerinin geçerli olması gibi sebeplerle Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği en sık kullanılanlardan biridir (Arslantaş ve Adana, 2011:266). Alkol ve madde bağımlılığında bakım veren yükü ile ilgili yapılan çalışmaların sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar genellikle ailelerin, bireylerin alkol ve maddeye başlama sürecindeki etkilerini incelediğinden ailelerin yaşadıkları zorluklar ve yük üzerine çok fazla odaklanılmadığı belirtilmektedir (Mannelli, 2013:636). Oysa bağımlılığın tedavisinde, bağımlı bireye odaklanılması, bağımlı bireye bakım veren aile üyelerinin ve bakım verici rolü üstlenen yakınlarının görmezden gelinmesi, hem tedavi başarısını olumsuz etkiley-

bilir ve hem de bakım veren yükünü arttırabilir.

Bakım veren olmak, seçilemeyen, planlanamayan ve birçoğumuzun başına gelme ihtimali olan bir durumdur. Alkol ve madde bağımlılarının çok büyük bir kısmı ailesiyle birlikte yaşamaktadır (Mutlu ve Öztürk Sarıkaya, 2019:278). Ülkemizde yapılan çalışmalarda alkol ve madde bağımlılığı gibi kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin bakım vericilerinin çoğunlukla aile içinden olduğu saptanmıştır (Erdim, 2019:194). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %60.6'sı bakım verme sorumlulukları nedeniyle kendilerine ayıracak vakitlerinin olmadığını, %78.8'i kendilerini yorgun ve bitkin hissettiklerini %84.9'u bakım verilen bireyle iletişim güçlükleri yaşadığını, %56.9'u ise ekonomik zorluklarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Aileler yaşadıkları sorunlarla kendi başlarına mücadele ettiklerini belirtmişlerdir (Atagün vd., 2011:518). Alkol madde bağımlılarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada elde edilen bakım yükü düzeyinin hemodiyaliz ve alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların bakım verenlerinin yüküne göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca alkol ve madde bağımlısı bireyler birçok soruna yol açsalar bile genellikle aileleri tarafından hasta olarak algılanmadıklarından dolayı diğer kronik hastalığı olanlara kıyasla daha az fiziksel bakıma ihtiyaç duydukları için bu bireylere bakım vermenin dinamiğinin farklı olduğu belirtilmiştir. Çalışmada bakım vericilerin fiziksel sağlık, ağrı, işlevsel kapasite ve zindelik alanlarında alkol ve madde bağımlılarına kıyasla yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilendiği de bulunmuştur (Marcon vd., 2012:8). Alkol ve madde bağımlılığının BEAF'nin yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilediği diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (Mannelli, 2013:638; Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023:220). Aileler artan bakım yüküne ve yaşam kalitelerinin azalmasına rağmen madde ve alkol bağımlılığı olan aile üyelerine desteklerini sürdürmeye çalışmaktadır.

DİKKAT

Bağımlılıktan etkilenen aile fertlerinin objektif ve subjektif yükünün değerlendirilmesi, bağımlı bireyin tedavisiyle birlikte bakım veren yükünün azaltılmasına yardım edilmesi gerekmektedir.

6.4.3. Bağımlılıktan Etkilenen Aile Üyelerine Yardım

Alkol ve/veya madde kullanan bireyi desteklemede aile merkezi role sahipse de bu, genellikle zorlayıcı ve yüzleştirici olmaktadır. BEAF'nin maruz kaldığı zarara ilişkin kanıtlar artmasına rağmen aile üyelerine yönelik müdahaleler genellikle bağımlı bireyin alkol/madde kullanımını ve tedavi arama davranışlarını nasıl etkileyeceklerini öğretmeyi amaçlamaktadır. Nitekim ailenin bir şekilde hem sorunun hem çözümün parçası olabileceği varsayımıyla tedaviye aile üyelerinin dâhil edilmesi, bağımlı bireyin alkol/madde kullanımını azaltmada ve tedaviye katılımını artırmada etkili olduğu ortaya konmuştur. Bu müdahalelerde bağımlı bireye odaklanıldığından, BEAF'nin "kendi başlarına" yararlanmalarını ummaktan veya bağımlı aile üyesinin tedaviden yararlanarak, BEAF'nin dolaylı olarak olumlu etkilenmesini sağlamak öteye gidilememektedir. Şüphesiz stresörlerin kökenleri alkol/madde kullanımıyla iç içe geçebildiğinden, alkol/madde kullanımının ele alınması, ailenin toparlanmasında önemli ilk adımdır. Ancak bunun, etkilenen aile üyelerinde psikolojik veya sosyal rahatlama sağladığına dair yeterli kanıt yoktur (McGovern vd., 2021).

Ailenin rolü, bağımlı bireyin tedavisini kolaylaştırmaktan, kendilerinin de desteğe

ve müdahalelere ihtiyaçlarının olduğunun kabulüne doğru dönüşmeye başlamıştır ancak şu anda bu yaklaşım yaygın değildir. Ailelerin kendi ihtiyaçlarına özel bir alan oluşturma, ihmal edilmiştir. Aile üyelerine yönelik psikososyal müdahaleler, BEAF'nin yaşadığı psikolojik, sosyal ve kişisel sorunları çözmeye çalışan bireylere veya gruplara uygulanan farmakolojik olmayan terapötik müdahalelerdir. Bu müdahaleler; Toplum Güçlendirme ve Aile Eğitimini (CRAFT- Community Reinforcement Approach and Family Training), stresin fiziksel ve psikolojik semptomlarında azalma sağlayan 5 Adım Yöntemini, Bağımlılıktan Etkilenen Aileleri Etkili Bir Şekilde Destekleme (SAFE- Supporting Addiction Affected Families Effectively) programını, başa çıkma becerileri eğitimini, iletişim becerilerini ve girişkenliği geliştirmeyi, davranışsal müdahaleleri, Al-Anon gibi 12 aşamalı karşılıklı destek programlarını, pozitif psikoloji ve duygu düzenleme eğitimini, bilişsel-davranışçı müdahaleleri, bağımlıyı grup terapisini, sistemik aile terapisini, davranışsal çift ve aile terapisini içermektedir. Bu müdahalelerin kullanıldığı çalışmaları inceleyen sistematik derlemeler, BEAF'nin sıkıntısını ve depresyonu azaltmada, başa çıkmada, ailenin sosyal refahını ve işlevselliğini iyileştirmede etkili olduğunu bildirmişlerdir (McGovern vd., 2021; Rane vd., 2017; Rushton vd., 2023).

Bu sonuçlar umut verici ise de birçok aile üyesi nasıl ve nerede yardım arayacağını bilmemektedir (May vd., 2019). BEAF'nin formal ve informal yardım aramasına yönelik engelleri ve kolaylaştırıcıları araştıran bir çalışmada belirlenen engeller; damgalanmayı, destek hizmeti bulmada zorluğu, önceki olumsuz yardım arama deneyimlerini ve umutsuzluğu içermiştir. Kolaylaştırıcılar; önceki olumlu yardım arama deneyimlerini, utanç ve izolasyonun üstesinden gelmeyi, güvenilen önemli kişilere açık olmayı, yardım aramada sebat etmeyi içermiştir (McCann ve Lubman, 2018:7). Bağımlılıkla mücadele sürecinde aile fertlerinin güçlendirilmesi gerek tedavi sırasında ve sonrasında başarı oranı yüksek bir iyileşme modelinin oluşturulabilmesi açısından, gerekse BEAF'nin psikososyal sonuçlarını iyileştirmek açısından önemli ise de öncelikle aile üyelerinin sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu kapsamda, bağımlılığın aileler üzerinde oluşturduğu yıkıcı etkilerini azaltmak, her geçen gün artmakta olan bağımlı aile üyesine sahip ailelerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve tedavi sistemine aktif katılımlarının sağlanması bağımlılıkla mücadelede başarının olmazsa olmaz bir parçası olarak görülmelidir (Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023: 224). Bu konuda başta alkol ve madde kullanan bireylerin tedavi ve bakımına odaklanan profesyoneller olmak üzere toplumun her kesimine önemli sorumluluklar yüklenmiştir (Evli ve Albayrak, 2020:12). Bu doğrultuda yapılması gerekenlere aşağıda yer verilmiştir:

- Bağımlılık tedavisinde ya da sürecinde, bağımlı bireyle birlikte aile fertleri de ele alınmalı ve aileler her aşamada sürece dâhil edilmelidir.
- Ailelere yönelik farkındalık eğitimleri yapılmalı, bağımlılık yapıcı maddelerin etkileri, tedavi süreci ve bağımlılık ile ilgili kavramlar hakkında aile ve toplum bilgilendirilmelidir.
- Ailelerin problem çözme ve baş etme kapasiteleri geliştirilmelidir.
- Aileler fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının çözümleri için gerekli kaynaklara yönlendirilmelidir.
- Damgalama ile mücadele edilmeli, toplumun yanlış inanç, tutum ve bilgilerinin değişimi için kişisel, toplumsal, endüstriyel ve hükümet politikalarını da kapsayan önlemler alınmalıdır. Özellikle bağımlılık alanında hizmet sunan pro-

fesyoneller bu konuda bilinçlendirilmelidir.

- Bağımlı bireyler ile aileler arasındaki çatışmaların çözümlenmesine yönelik girişimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Ailelere bağımlılığın bir hastalık olduğu anlatılmalı, utanç, suçluluk vb. duygularının yönetimi öğretilmelidir.
- Ailelerin bağımlılık sürecinde inkâr gibi verdiği tepkiler değerlendirilmeli ve ailelerin kendilerini rahat ifade etmeleri desteklenmelidir.
- Ailelerin kriz durumlarında yardım arama davranışlarına yönelik acil eylem planları geliştirilmelidir.
- Aile bağlarının güçlendirilmesi ve aile içi güven temelli ilişkilerin geliştirilmesi için destek olunmalıdır.
- Yapılacak çalışmalarla ailelerin sosyal destek ihtiyaçları (duygusal, ekonomik, yasal, bilgi vb.) belirlenmeli, destek kaynakları harekete geçirilmelidir.
- Ailelere destek vermek için kamu kurum ve kuruluşların yanında yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri de sorumluluk almalı ve işbirliği içinde çalışmalıdır.
- Bağımlılık danışma merkezleri yaygınlaştırılmalı ve ailelerin kolaylıkla erişebileceği standartlarda olmalıdır.
- Alkol/madde bağımlı aile üyesi olan aileler için sosyal ağların geliştirilmesi amacıyla aktiviteler organize edilmelidir.
- Bağımlılıkla mücadelenin sürekliliği için ailelerle motivasyonel görüşmeler yapılmalıdır.
- Ailelere bağımlılığı olan bireye nasıl davranmaları gerektiği konusunda profesyonel destek sağlanmalıdır.
- Ailelerin savunuculuğu üstlenilmeli, yaşadıkları zorlukları paylaşmalarına olanak sağlanmalıdır.
- Klinikte tedavi gören bağımlı bireylerin bakımında rol alan aile üyelerine servis ekibi tarafından planlı eğitimler yapılmalı ve izlenmelidir.
- Yapılan girişimlerin etkileri kontrol edilmeli, haftalık, aylık aile ziyaretleri veya çevrimiçi olarak BEAF'leri ile rutin görüşmeler yapılmalıdır.
- Bağımlılıkla ilgili özel programlar hazırlanmalı, bu programlar yazılı, görsel ve sesli medyada yer almalıdır.
- Ailelerin süreç içinde yaşadıkları deneyimlerin aydınlatılması için akademik çalışmalar artırılmalı ve yeni yol haritaları oluşturulmalıdır.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Rushton ve diğerleri madde kullanım bozukluğundan (MKB) etkilenen aile üyelerinin refahını iyileştirmek için psikososyal müdahalelerin etkinliğini incelemişlerdir. PubMed, PsycINFO, Medline, Web of Science, Cochrane Library veri tabanlarında, Ocak 2010 ile Ağustos 2020 arasında hakemli dergilerde, İngilizce dilinde yayınlanan, aileye doğrudan bireysel veya grup olarak uygulanan psikososyal müdahaleleri değerlendiren randomize kontrollü (RKÇ), RKÇ olmayan, yarı deneysel (ön-son test) ve gözlemsel analitik tasarımlı (kohort ve vaka kontrollü) çalışmalar dâhil edilmiştir. İlk veri tabanı aramasında 6987 makale bulunmuş, 2537 kopya çıkarıldıktan sonra, 4450 makale başlık ve özet taramasından ve 126 makale tam metin taramasından geçirilmiştir. On dokuz çalışma, incelemeye dâhil edilmeye uygun bulunmuş ve 10'u meta-analize dâhil edilmiştir.

Çalışmaların sekizi Amerika Birleşik Devletleri'nde, üçü İran'da yapılmış ve geri kalan sekiz çalışmanın her biri Avustralya, Kanada, Almanya, Hindistan, İspanya, İsveç, Birleşik Krallık ve Vietnam'da yapılmıştır. Müdahalelerin türleri şöyledir: Yedisinde ailelerin madde kullanan kişiyi tedaviye dahil etmelerine yardımcı olmayı ayrıca aileye etkili iletişimi, sınır belirlemeyi ve öz bakım becerilerini öğretmek için tasarlanmış bilişsel-davranışçı bir program olan Toplum Güçlendirme Yaklaşımı ve Aile Eğitimi (CRAFT-Community Reinforcement Approach and Family Training); altısında grup desteği, başa çıkma becerileri ve psiko eğitim unsurlarını içeren genel programlar; üçünde Al-Anon gibi 12 adımlı karşılıklı destek programları; ikisinde bilgi verme, başa çıkma ve iletişim becerileri ve sosyal desteği içeren 5 adım yöntemi; birinde pozitif psikoloji ve duygu düzenleme eğitimi; birinde grup bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Yedi çalışma bireysel olarak uygulanan müdahaleleri, bunlardan üçü çevrimiçi olarak verilen tedaviyi, geri kalanı grup müdahalesini değerlendirmiştir. Müdahale uygulananların %73'ünden fazlası kadındır.

Sonuçta, RKÇ'lar arasında, bir kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bireysel olarak uygulanan müdahaleler için depresyon ve sıkıntıda (distres) küçükten orta dereceye kadar azalma olduğuna dair kanıtlar orta çıkmıştır. Bireysel müdahalelerin, ailelerin sıkıntı ve kaygılarında küçük ila orta dereceli bir azalmaya ve aile işleyişinde, başa çıkmada iyileşmeye yol açtığına dair kanıtlar saptanmıştır. RKÇ olmayan çalışmalardan elde edilen kanıtlar, grup müdahalelerinin ayrıca depresyon ve sıkıntıda küçük ila orta dereceli azalmalara ve başa çıkmada iyileşmeye yol açtığını göstermiştir. Grup programlarının ayrıca fiziksel sağlığın ve esenliğin iyileşmesine katkı sağlayabileceği belirlenmiş ancak sadece iki çalışmada incelenmiştir. Ailelerin karşı karşıya kaldığı yük göz önüne alındığında, incelenen bireysel ve grup psikososyal müdahaleleriyle ailelerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik elde edilenler önemli gelişmelerdir. Gelecekte, ailelere yönelik hizmetlerin ve müdahalelerin genişletilmesi, fiziksel sağlığa ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi, ailelerin müdahalelerle ilgili deneyimlerine yönelik nitel verilerin elde edilmesi önerilmiştir (Rushton vd., 2023).

Özet noktalar

Aile üyeleri bağımlılığın gizli kurbanlarıdır, çok büyük stres, belirsizlik ve yüklerle karşı karşıyadırlar. Hayatları öngörülemez hale gelmekte, kendilerini sürekli tetikte, yalnız ve güvensiz hissetmektedirler. Suçluluk, utanç, hayal kırıklığı yaşamakta-

dırlar. Duygusal güçlüklerin yanı sıra fiziksel ve ruhsal sağlıkları, sosyal ilişkileri ve iş performansları olumsuz etkilenmektedirler. Ekonomik ve yasal sorunların üstesinden gelmeye çabalamaktadırlar. Her gün katlanmaya çalıştıkları acılarla ve kendilerini sürükleyen bir ağırlıkla yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Diğer taraftan alkol ve/veya madde kullanımı olan aile üyesini destekleme rolünü yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Bunca yoğun sürece rağmen alkol/madde kullanımına yönelik tedavilerin odak noktası bağımlı bireydir ve aile üyeleri sağlık sistemi içerisinde nadiren desteklenirler. Bağımlı bireyin aile üyelerine yönelik müdahaleler üç kategoride sınıflandırılabilir. İlki, alkol/madde kullanıcıyı tedaviye dahil etmek için uygulananlar; ikincisi, bağımlı bireyin tedavisiyle birlikte aileye destek olanlar; üçüncüsü, doğrudan aileyi destekleyenler. Aile sistemini hedef alan ve ailelerin ihtiyaçlarına odaklanan yaklaşımlar, bağımlı bireyin tedavi görmesini ve etkilenen aile üyesinin psikososyal iyilik halinin ele alınmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Aka, V. Apak, H., Yusufoglu, Y. (2019). Madde bağımlılığı tedavisi alan yetişkin bireylerin aile kavramına yönelik algıları: Bir metafor analizi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(14), 46-58.
- Arıkan, Z., Genç, Y., Etik, Ç., Aslan, S., Parlak, İ. (2004). Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*, 5(2), 3-7.
- Arslantaş, H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. *Türkiye Klinikleri*, 4(1), 39-47.
- Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofrenini bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-77.
- Asan, Ö., Tıkır, B., Tuncer, İ., Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Yılmaz Özpolat, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-52.
- Babahanoğlu, R. (2019). Madde bağımlıları damgalanıyor mu? *International Journal of Social Humanities Sciences Research*, 6(44), 3513-19.
- Babahanoğlu, R., Daşbaşı, S. (2021). Madde Kullanımı Damgalama Mekanizması Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(1), 141-72.
- Beirness, D. J., Gu, K. W., Lowe, N. J., Woodall, K. L., Desrosiers, N. A., Cahill, B., Porath, A. J., Peaire, A. (2021). Cannabis, alcohol, and other drug findings in fatally injured drivers in Ontario. *Traffic Injury Prevention*, 22(1), 1-6.
- Bhatia, U., Velleman, R., Velleman, G., Garber, A., Catalano, A., Nadkarni, A. (2022). Supporting addiction affected families effectively: A feasibility randomised controlled trial of a psychosocial intervention delivered by lay counsellors in Goa, India. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 9, 448-59.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 239.
- Çelebi, M., Uslu, R. (2019). Bağımlılık ve aile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(özel sayı.1):98-100.
- Çöpür, M., Eryılmaz, A., Çakmak, D. (2014). Alkol, madde kullanımı ve yasal sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2), 84-8.
- Di Sarno, M., De Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., Di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108439.
- Erdim, L. (2019). Alkolizmin aile ve çocuk üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 193-200.
- Erükçü Akbaş, G., Mutlu, E. (2016). Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 1-33.
- Evli, M., Albayrak, E. (2020). Madde bağımlılığında hemşirelik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 10-14.
- Freitas, L. M. F., Souza, D. P. O. (2020). Prevalence of drug use and family relationships among school adolescents in Cuiabá, MT, Brazil: A cross-sectional study, 2015. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 29(1), e2019118.
- Geniş, B., Şahin, F., Gürhan, N. (2022). Alkol/madde kullanım bozukluklarında şiddet ve intiharın nörobiyolojik temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 264-75.
- Güzdüz Türkes, S., Buz, S. (2022). Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedacı süreci ve taburculuk sonrası gereksinimleri üzerine bir araştırma: Ankara AMATEM örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(2), 437-62.
- Hellum, R., Bilberg, R., Nielsen, A. S. (2022). "He is lovely and awful": The challenges of being close to an individual with alcohol problems. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift: NAT*, 39(1), 89-104.
- Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., Tjelta, T., Helvik, A. S. (2022). Family' members

- experiences of their older relative's alcohol and substance misuse. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), 2094059.
- Kane, E. M., Snethen, J. A., Gwon, S. H., Oh, H. K. (2023). Affected family members social support experiences when assisting an individual with substance use disorder. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(3), 590–8.
- Kaur, A., Mahajan, S., Deepti, S. S., Singh, T. (2018). Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: A study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(6), 2380-3.
- Korkmaz, G., Batur, D., Karakuş, E., Tel, H. (2003). Alkol bağımlısı erkeklerin eşlerinin yaşadıkları güçlükler ve baş etme tarzlarının belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 21-6.
- Kulpara, N.S., Güllü, D., Kıvrıkoğlu, F. (2020). Şiddet ve duygudurum bozukluğu ilişkisi: Bir gözden geçirme. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3(6), 51-66.
- Lander, L., Howsare, J., Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3- 4), 194-205.
- Marcon, S.R., Rubira, E.A., Espinoza, M.M., Belasco, A., Barbosa, D.A. (2012). Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. *Acta Paul Enferm*, 25(Special Issue 2), 7-12.
- Mannelli, P. (2013). The burden of caring: Drug users & their families. *The Indian Journal of Medical Research*, 137(4), 636-8.
- May C., Nielsen A., Bilberg R. (2019). Barriers to treatment for alcohol dependence. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 8, Article 236083. 10.4303/jdar/236083
- McCann, T. V., Lubman, D. I., Boardman, G., Flood, M. (2017). Affected family members' experience of, and coping with, aggression and violence within the context of problematic substance use: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 209.
- McCann, T. V., Lubman, D. I. (2018). Help-seeking barriers and facilitators for affected family members of a relative with alcohol and other drug misuse: A qualitative study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 93, 7–14.
- McCann, T. V., Polacsek, M., Lubman, D. I. (2019). Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 902–11.
- McCann, T. V., Stephenson, J., Lubman, D. I. (2021). Family stress, well-being and hope for the future when supporting a relative with AOD Misuse: A cross-sectional survey. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(5), 430–6.
- McGovern, R., Smart, D., Alderson, H., Araújo-Soares, V., Brown, J., Buykx, P., Evans, V., Fleming, K., Hickman, M., Macleod, J., Meier, P., Kaner, E. (2021). Psychosocial interventions to improve psychological, social and physical wellbeing in family members affected by an adult relative's substance use: A systematic search and review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1793.
- Mutlu, E.A., Öztürk Sankaya, Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 276-85.
- Nalbantoğlu, İ., Tuncay, T. (2023). Madde bağımlılarının ve ailelerinin bağımlılıkla mücadele deneyimlerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 24(2), 207-26.
- Nebioglu, M., Yalnız, H., Güven, F. M. ve Geçici, Ö. (2013). Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 35-42.
- Newton, E., Shepherd, N., Orford, J., Copello, A. (2016). Could the substance misuse of a relative be an important factor for those seeking help for anxiety and depression? A preliminary prevalence study within Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(6), 723–9.
- Orak, O.S., Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., Copello, A. (2013). Addiction in the

- family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70–7.
- O'Shay-Wallace, S. (2020). "We weren't raised that way": Using stigma management communication theory to understand how families manage the stigma of substance abuse. *Health Commun*, 35(4), 465-74.
- Ögel, K. (2020). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı*. 3. Baskı. İstanbul.
- Ögel, K. Aile. Erişim Tarihi: 04.02.2023, <http://www.ogelk.net/dosyadepo/aile.pdf>
- Öztürk, Y. E., Kirloğlu, M., Kırac, R. (2015). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 18(2), 97-118.
- Priddis, D., Asbury, M. B. (2020). Assessing grief in family caregivers of individuals with alcohol use disorder or substance use disorder using the Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory Short Form (MM-CGI-SF). *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 1178221820972711.
- Rafiq, M., Sadiq, R. (2019). Caregiver stress, perceived stigma and mental health in female family members of drug addicts: Correlational Study. *Journal of Pakistan Medical Association*, 69(9), 1300-3.
- Rane, A., Church, S., Bhatia, U., Orford, J., Velleman, R., Nadkarni, A. (2017). Psychosocial interventions for addiction-affected families in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 74, 1–8.
- Rushton, C., Kelly, P. J., Raftery, D., Beck, A., Larance, B. (2023). The effectiveness of psychosocial interventions for family members impacted by another's substance use: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 42(4), 960–77.
- Sevin, M. D., Erbay, E. (2019). AMATEM'de ikinci kez tedavi gören madde bağımlılarının madde kullanımına ilişkin yaşam deneyimleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(5), 691-716.
- Silva, D. M. R. D., Costa, D. T., Rocha, G. S. A., Monteiro, E. M. L. M., Gomes, B. D. M. R., Souza, C. F. Q., Aquino, J. M. (2021). Association between family dynamics and use of alcohol, tobacco, and other drugs by adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20200829.
- Soy, İ.T., Zorlu, S. (2020). Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde benlik saygısı ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(2), 73-86.
- Şenormancı, G., Turan, Ç., Şenormancı, Ö., Aşkın, R. (2019). Madde bağımlılığı olan hastaların yakınlarında duygu dışavurumu, psikiyatrik belirtiler, tükenmişlik, umutsuzluk ve depresyonun değerlendirilmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 33-42.
- Toker Uğurlu, T., Tekkanat, Ç., Koç, H., Ateşçi, F.F. (2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde suç davranışının retrospektif incelenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(3), 739-47.
- Wilkens, C., Foote, J.P. (2019). "Bad parents", "Codependents" and "Other Stigmatizing Myths" about substance use disorder in the family. In Avery JD, Avery JJ, editors. *The Stigma of Addiction: An Essential Guide*. Berlin: Springer.
- Wright, N. A., Lee, L. T. (2021). Alcohol-related traffic laws and drunk-driving fatal accidents. *Accident; Analysis and Prevention*, 161, 106358.
- Yardım, F.K., Gültekin, B., Ceylan, S., Şahin, İ., Uçar, M., İlhan, F. (2022). *Madde Bağımlılığı*. 1.baskı, İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Yılmaz, M., Cüceler, S. (2019). Alkol bağımlılığı ve damgalanma. *Bağımlılık Dergisi*, 20(3), 167-174.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-55.

BÖLÜM 6.5

Sokak Çocukları ve Bağımlılık

Prof. Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

İçindekiler

Giriş

6.5.1. Sokak Çocuklarının Genel Özellikleri

6.5.1.1. Çocukların sokağa itilmesinde etkili olan faktörler

6.5.2. Sokak Çocuklarının Sokakta Karşılaştıkları Riskler ve Sağlık Sorunları

6.5.3. Sokak Çocukları, Madde Kullanımı ve Bağımlılık

6.5.3.1. Madde Kullanım Nedenleri

6.5.4. Madde Kullanımı ve Bağımlılıkla Mücadelede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Özet noktalar

Kaynaklar

GİRİŞ

Toplumun önemli bir kesimi ve bir o kadar kırılgan grubu olan çocuklar toplumun geleceğinin belirleyicisidir. Çocukların korunması, sağlıklı olarak yaşamlarını sürdürmesi, sağlık, eğitim ve sosyal hizmetlere erişimi gelecekteki sağlıklı toplumların oluşturulmasında son derece önemlidir. Çocukluk çağı aile desteğine ihtiyaç duyulan, fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişmenin hızla sürdüğü, kişiliğin geliştiği, şekillendiği, insan yaşamının en hassas ve özen gösterilmesi gereken savunmasız bir dönemdir (Kömürcü ve Avşar Negiz, 2016).

Küreselleşmeye paralel olarak toplumlarda yaşanan hızlı değişimler toplumda ki bireylerin çeşitli problemlerle yüz yüze gelmelerine neden olmaktadır. Özellikle toplumsal, ekonomik ve kültürel anlamda yaşanan değişimler toplumda en fazla çocukları etkilemektedir. Çocuk grubu içerisinde güç koşullarda yaşam mücadelesi veren sokakta yaşayan ve çalışan çocuklar bu değişimlerden en fazla etkilenen gruptur. Dünya çapında yoksulluk içinde yaşamını sürdüren milyonlarca çocuk kendisini sokakta çalışırken ya da yaşarken bulmakta, çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerin kentsel alanlarında yaşamını sürdürmektedir (Chowdhury vd., 2017). Geçmişte güvenli sayılan sokaklar, günümüzde suç işleme gibi çeşitli riskleri barındıran, denetimsiz, zararlı güç odaklarının kontrolü altında, tehlikeli ve birbirine yabancı gruplardan oluşan bir yapı konumundadır. Dünya çapında sokaklar milyonlarca çocuğa ev sahipliği yapmaktadır. Sokak çocuğu olgusu toplumda dezavantajlı konumda olan ve en az önemsenen evrensel sorunlardan birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Özçevik ve Ocakçı, 2020).

6.5.1. Sokak Çocuklarının Genel Özellikleri

Sokak çocuğu tanımının evrensel ortak bir tanımının olmaması (Julien, 2022), çocukları sokağa iten çoklu faktörlerin belirlenmesinde farklılıklara yol açmakta ve sokak çocuklarının sıklıkla şiddet, suç ve sosyal sorunlarla ilişkilendirilen rahatsız edici durumlarla anılmasına neden olmaktadır (Bajari ve Kuswarno, 2020). Türk Dil Kurumu (TDK, 2024) sokak çocuğunu ‘Vaktini genellikle sokaklarda geçiren, evinden ve yakınlarından yoksun, sokaklarda yaşayan çocuk.’ olarak tanımlarken, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) sokak çocuklarını “zor durumdaki çocuklar” olarak tanımlamaktadır (Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2015). Goldblatt ve diğerleri (2015) ile Jamdade’in (2016) bildirdiğine göre UNICEF, 1986 yılında Güney Amerika deneyimlerinden elde edilen bulgularla, aile desteğine göre sokakta yaşayan çocukları **üç kategoriye** ayırmaktadır.

1. Grup “Sokakta Çalışan Çocuklar”: Aileleri ile sürekli ilişki içinde olan çocuklardır. Bu çocuklar günlerini sokaklarda dolaşarak ya da bir şeyler satarak, bir hizmet görerek geçirir, akşamları ise evlerine dönerler. Bu çocuklar üzerinde ailenin denetim ve koruması sürmektedir. Sokakta çalışan çocuklar sokağın tehditleri ile karşı karşıya kalmakta, risk altında yaşamlarını sürdürmektedirler.

2. Grup “Sokaktaki Çocuklar”: Aileleri ile zaman zaman iletişim kuran çocuklardır. Bu gruptaki çocukların aileleriyle bağları zayıflamış/kısıtlı olsa da tümüyle kopmamıştır. Çocuklar kendilerini hala anne-babaları ve diğer kardeşleriyle özdeşleştirmektedir. Bu gruptaki çocuklar da, birinci gruptaki aileleriyle sürekli ilişkide olan çocuklar gibi; günlerini sokakta bir şey satarak, bir hizmet yaparak ya da dolaşarak geçirmekte, ancak zaman zaman geceleri eve dönmektedirler. Bu grubun içindeki çocuklar iki kategoride ele alınmaktadır. Birincisi aileden uzak bir yerde çalışıp

(büyük kentte) eve para gönderen çocuklar, ikincisi ise aile bağları iyice zayıflamış olan çocuklardır. Bu grupta yer alan çocuklar sokakta yaşayan çocuk olma riski en yüksek olan gruptur.

3. Grup “Sokak Çocukları”: Aileleri ile hiçbir ilişkisi olmayan çocuklardır. Bu çocuklar ailelerinden zorla ya da kendi istekleriyle ayrılmış olup, günün 24 saatini sokaklarda geçiren, sokağı mesken edinen çocuklardır. Bu çocuklardan bazılarının aileleriyle ilişkisi seyrek de olarak devam etmesine rağmen aileden tamamen kopmuş, terk edilmiş çocuklardır. Çocukların tüm zamanları ve yaşam alanları sokak ortamıdır (Goldblatt vd., 2015; Jamdade, 2016).

Sokak çocuklarının sayılarının bilinmesi, gereksinimleri belirleme ve hizmetleri planlama anlamında otoriteler tarafından cevaplanması gereken en önemli sorulardan birisidir. Sokak çocuğu sorunu 1980’li yıllarda sadece Latin Amerika, Asya ve Afrika ülkelerini etkileyen bir problem olarak düşünülürken (Kebede, 2015), ilerleyen süreçte diğer ülkelere yayılım göstererek sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Bu grupla çalışan kurumların programlarını daha iyi planlayabilmesi için doğru ve güncel verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Sokak çocuklarının, pazarlar, parklar ve toplu taşıma araçları gibi kamusal alanlarda yaşamaları, sürekli yer değiştirmeleri ve gece vakti hareket etmeleri gibi faktörler, bu çocukların sayılarının tam olarak belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum, çocukların yetkililerle iletişime geçmekten kaçınmaları ve gözden uzak olmalarıyla da birleşince, sayıları konusunda doğru bir veri elde etme imkânı daha da azalmaktadır (Bajari ve Kuswarno, 2020). Sokak çocukları, yüksek düzeyde damgalanmaya maruz kaldıkları için sayım girişimlerine şüpheyle yaklaşmakta ve bu girişimlerin olumsuz sonuçlarından korkmaktadır. Bu durum, gerçek sayıya ulaşmayı zorlaştırmaktadır. Mevcut verilere dayalı tahminler genellikle araştırma sonuçlarına, hizmetlere erişim durumuna ve belirli bir noktada yapılan sayımlara dayanmaktadır. Ancak sayımlar, mevsimsel değişiklikler veya etkinlikler nedeniyle yanıltıcı olabilir. Sokak çocuklarının çoğunlukla görünmez olması ve araştırmacıların yalnızca anlık görüntüler yakalayabilmesi, diğer çocuklara ulaşamaması nedeniyle güvenilir ve gerçek verilere ulaşmak güçleşmektedir.

Endrish ve Dilgasa (2019) küresel olarak sokak çocuklarının sayısının endişe verici düzeyde artmaya devam ettiğini, sokak çocuklarının çoğunun gelişmekte olan ülkelerde ve toplam sayılarının 650 milyon civarında olduğunu bildirmektedir. Lashari ve diğerlerine (2023) göre UNICEF sokak çocuklarının 40 milyonunun Latin Amerika’da, 10 milyonunun Afrika’da, 25 milyonunun Doğu Avrupa’da ve çoğunluğunun Asya’da yaşadığını bildirmektedir. Ülkeler bazında bakıldığında; Hindistan’da Bombay, Kalküta, Madras, Kanpur, Bangalore ve Haydarabad’da 314.700, Delhi’de yaklaşık 100.000 sokak çocuğunun olduğu tahmin edilmektedir (Breakthrough, 2024). İran’da sokak çocuklarının sayısı 26.000- 200.000 arasında değişmekte (Vameghi vd., 2019), Mısır’da çoğu Kahire ve İskenderiye’de olmak üzere bu sayının 200.000 ve 1.000.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Magda vd., 2018). Güvenilir bir istatistiksel veri olmamakla birlikte, Nepal’de toplam 5.000 (Sharma, 2020), Bangladesh’de 445.226 (Shamem ve Islam, 2020), Etyopya’da (Fantaun ve Taa, 2022) 150.000-200.000 sokak çocuğu ve 1.000.000 savunmasız ya da risk altında genç sokaklarda yaşamını sürdürmektedir.

Türkiye’de Sokak çocuklarının sayıları tam olarak bilinmemektedir. Çocuk sayıları yapılan araştırmalarda ulaşılan ya da resmi kurumlardan yararlanan çocuk sayıları ile tahmin edilmektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı verilerine göre suçla sürüklenmesi, suç mağduru olması veya sokakta sosyal tehlikelerle karşı karşıya

kalması sebebiyle haklarında bakım tedbiri veya korunma kararı verilen çocuklara yönelik çalışmaların yürütüldüğü Çocuk Destek Merkezleri'nden (ÇODEM) 2021 yılında 1.493 çocuk yararlanmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024). Güncel bir veri olmamakla birlikte UNICEF (2005) Türkiye'de en az 42.000 çocuğun sokaklarda yaşadığı ya da çalıştığını tahmin etmekte, gayri resmi rakamlara göre bu sayının 80.000'e kadar çıkabileceğini bildirmektedir.

6.5.1.1. Çocukların sokağa itilmesinde etkili olan faktörler

Sokak çocuğu sorunu buz dağının görünen kısmı olup, küresel boyutta özellikle de gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkması ve artması, toplumdaki sosyal, ekonomik ve politik sorunların bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Vameghi vd., 2023). Çocukların sokağa itilmesinde çoklu faktörler rol oynamaktadır. Bunlar;

- Terk edilme
- Macera arama
- Özgür olma isteği/kendi isteği
- Arkadaş etkisi
- Eğitim ortamından uzaklaşma ve eğitim kurumlarının yetersizliği
- Zorla çalıştırılma
- Madde bağımlılığı
- Yalnızlık
- Ebeveyn kaybı
- Suç işleme
- HIV / AIDS
- Yurt-yuva uyumsuzluğu
- Evlilik dışı doğma
- Sokakta yaşayan/çalışan kardeşe sahip olma
- Para kazanmaktan hoşlanma/ticareti öğrenme
- Aile içi ve çevreden kaynaklanan şiddet
- Erken yaşta yapılan evlilikler
- Ayrımcılık
- İşsizlik, yoksulluk
- Ekonomik nedenler/Gelir getiren kişinin yokluğu
- Evsizlik
- Aile içi iletişim bozukluğu
- Aile bütünlüğünün bozulması
- Ailenin toplumsal desteğini kaybetmesi
- Aile fonksiyonları ve desteğin yetersizliği
- Ebeveynlerin başka kişilerle evlilik yapması
- Ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olması
- Çok çocukluluk
- Babanın evi terk etmesi
- Kadının iş yaşamına girmesi
- Kadının statüsünün düşük olması
- Ailede ilaç, alkol ve madde bağımlılığı
- Aile baskısı, sıkı denetim, kuşak çatışması
- Kötü barınma koşulları
- Gelir dağılımındaki eşitsizlik
- Nüfus artışı
- Kırsal işsizlik, arazi yokluğu

- Göç
- Büyük şehirlerin/sokağın, sokak çeteleri/ denetimsiz oyun salonlarının çeki-ciliği
- Kentsel merkezlerdeki umut
- Düzensiz/çarpık kentleşme
- Hızlı toplumsal değişimler
- Toplumsal huzursuzluklar
- Siyasi değişimler
- Politik nedenler/ savaşlar
- Doğal afetler/ salgın hastalıklar
- Kültürel ve geleneksel tutumlar, geleneksel değerlerin kaybedilmesi
- Geleneksel üretim ilişkileri, iş yerlerinin teknik ve ekonomik yetersizlikleri
- Kötü sağlık koşulları
- Sosyal hizmet eksikliği
- Yasal düzenlemelerin ve sosyal güvenlik ağının yetersizliği
- Sosyal medyanın etkisidir.

(Subaşı Baybuğa ve Kubilay, 2003; Goldblatt vd., 2015; Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2015; Jamdade, 2016; Chowdhury vd., 2017, John vd., 2019; Özçevik ve Ocakçı, 2020).

Bu faktörlerden biri veya birkaçı, hem aileyi hem de çocukları derinden etkileyerek, çocukların aile ortamından uzaklaşmasına ve suç işleme potansiyelini artıran, her açıdan sömürüye açık bir ortam olan sokağa sürüklenmelerine neden olmaktadır.

6.5.2. Sokak Çocuklarının Sokakta Karşılaştıkları Riskler ve Sağlık Sorunları

Sokak çocuklarının sağlık riskleri ve sağlık problemleri ülkelerin çocuk sağlığı sorunlarından ayrı düşünülmemelidir. Bu yaş dönemi; çocukların özellikleri, okul çağı, pre- adölesan ve adölesan dönemde olmaları diğer kesimlere göre daha özel ele alınmalarını gerekli kılmaktadır. Bu grupta yer alan çocukların toplum kurallarına uymaması, yasal olmayan eylemlerde bulunması toplumda önemli bir risk grubu olarak görülmelerine neden olmaktadır. Türkiye'nin kalkınma planlarında çocuk ve gençlik çalışma gruplarında, çocukların karşılaştığı sorunların büyük bir kısmının ülkenin sosyokültürel ve ekonomik özelliklerinin bir yansıması olduğu vurgulanmaktadır. Çocuklara ilişkin temel göstergeler incelendiğinde, yoksulluk, eğitime erişim zorlukları, çocuk işçiliği ve suça sürüklenme gibi sorunların yanı sıra madde ve teknoloji bağımlılığı, çocuk ve gençlerin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eden durumlar, dezavantajlı çocukların korunması gibi konulara dikkat çekilmektedir (Onuncu Kalkınma Planı, 2014; On birinci Kalkınma Planı, 2018; On İkinci Kalkınma Planı, 2023). Sokaktaki çocuklar sokakta hayatta kalmak için çaba gösterirken farklı zorluklarla karşılaşmakta, çeşitli sağlık sorununa yol açabilecek risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Sokak çocuklarının yetişkin desteği ve yeterli iletişime sahip olması pek çok fiziksel, zihinsel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını engellemekte, aşırı derecede savunmasız bırakılmalarına yol açmaktadır. Sokaklar çocuklar için çeşitli tehlikelerle karşılaşabilecekleri bir iş ve yaşam alanı olup, sayısız çocuk yaşamını riske atarak kendileri ve ailelerini desteklemek amacıyla tehlikeli, düşük ücretli ve illegal işlerde çalışmaktadır. Çocuklar, kayıt dışı ekonomi aracılığıyla para kazanmaktadır; kazandıkları parayı genellikle ailelerine göndermekte, yiyecek almak, eğlenmek veya uyuşturucu madde edinmek amacıyla kullanmaktadır (Jamdade,

2016). Çocuklar sokakta ve açık alanda; araba/ araba camı silme, otopark bekçiliği, ayakkabı boyama, getir-götür işleri, fuhuş/ fuhuş için aracılık, hurda/ çöp/ kağıt ve dönüşüm maddelerini toplama, dilenme, hamallık /taşıyıcılık, temizlik/süpürme, otel, restoran, düğün organizasyonu, gazete, sigara, çiçek, şekerleme, dondurma, su, mendil, poşet, sakız, sebze/ çay satma, hırsızlık, yankesicilik, dolandırıcılık, gasp, uyuşturucu ticareti, otobüs gibi ulaşım araçlarında şarkı söyleme ve tarım işçiliği gibi işlerde çalışmaktadır (Bhukuth ve Ballet, 2015; Goldblatt vd., 2015; Vameghi vd., 2023; Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2016; Hassan ve Satti, 2023). Sokaktaki çocukların sokakta yaşaması ve çalışması, yaşlarının küçük olması, uzun çalışma süresi bedensel, entelektüel ve ruhsal gelişimlerini olumsuz olarak etkilemekte, karşılaşılan riskler çocuklarda ileri yaşamlarında tamir edilemez durumlara yol açmaktadır.

Sokakta milyonlarca çocuk birçok şeyden mahrum, eğitim sistemi dışında, şiddet mağduru, yiyecek, giysi, barınak, temiz su ve sağlık gibi temel ihtiyaçtan yoksun olarak yaşamını sürdürmektedir. Bu durum çocukların bir çok toplumda değersiz, marjinal olarak görülmesine ve toplumdan dışlanmasına yol açmaktadır (Berad vd., 2014; Attila vd., 2017). Geçmiş dönemde bazı toplumlar sokak çocuklarına işkence edilmesi ve ortadan kaldırılması görüşüne sahipken, günümüzde çoğu bölgede aile ve topluma yeniden kazandırılması benimsenmektedir. Sokak çocuklarının ailenin duygusal ve psikolojik desteğinden yoksun olması istismar ve insanlık dışı uygulamalara maruz kalma riskini arttırmaktadır. Sokakta çalışma ve yaşamaya bağlı olarak çocuklar; ölüm magandaları, sokak çeteleri, müşteriler, uyuşturucu tacirleri, fuhuş sektörü çalışanları, cinsel partnerleri, işveren, polis, zabıta, sapıkca davranış sergileyen bireyler, alkolikler, sokak çocukları, esnaf tarafından sözlü ve cinsel taciz ve eziyete maruz kalmaktadır. Bu nedenle sokaktaki çocuklar tacizden korunmak, sokakta sağlam kalmak, duygusal ve sosyal destek amacıyla **sokak gruplarına** katılmaktadır (Mukherjee, 2014; Singh ve Gupta, 2015).

Dünyada yaklaşık iki milyon çocuk fuhuş sektöründe çalışmaktadır. Yalnızca Asya'da, cinsiyet farkı olmaksızın bir milyondan fazla çocuk bar ve randevu evlerinde madde kullanımı ve fuhuş nedeniyle sağlıklarını ve yaşamlarını tehdit edebilecek pek çok riskle karşı karşıyadır (Berad vd., 2014; Chowdhury vd., 2017). Riskli cinsel davranışlar, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir. Sokak gençlerinin çoğu cinsel açıdan aktif olup, cinsel yolla bulaşan hastalık, plansız, istenmeyen gebelik ve kürtaj gibi güvenli olmayan cinsel uygulamalara maruz kalmaktadır (Mabouopda vd., 2022; Hassan ve Satti, 2023). Cinsiyet açısından kız sokak çocukları erkeklere göre daha fazla cinsel istismarla karşılaşmakta ve bu nedenle daha az sokakta görülmektedir (Streetkidsdirect, 2024). Özellikle sokak kız çocukları kimliklerini gizlemek amacıyla; saçlarını kısa kestirmekte, büyüyen göğüslerini gizlemek için geniş ya da sıkı giysiler giymektedir. Çocuklar, kullanılan maddenin etkisi altında ticari ve hayatta kalmak için seks, fuhuş ve hem cins partnerleri ile (özellikle erkeklerle) güvenli olmayan korunmasız cinsel birliktelikler yaşamakta ve tecavüze uğramaktadır. Bu durum, çocukların cinsel yolla bulaşan HIV/AIDS, bel soğukluğu gibi enfeksiyon hastalıklarına maruz kalma riskini ve insidansını artırmakta (Mandalazi vd., 2013) ve heteroseksüel, biseksüel ve eşcinsel eğilimlere yol açmaktadır (Chimdesa ve Cheire, 2018).

Sokak çocukları HIV/AIDS konusunda sağlık personelinin danışmanlık ve eğitim almak yerine akranlarından bu bilgileri almaktadır (Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2015). Afrika'da yapılan bir çalışmada sokak çocukların % 67'sinden fazlasının

kondom hakkında yüksek bilgiye sahip oldukları, çok sayıda çocuğun cinsel deneyimi olduğu, prezervatif kullanımının her iki cinsiyette düşük olduğu (Mudingayi vd., 2011), gençler arasında cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda genel bir bilgi eksikliğinin olduğu belirlenmiştir. Ewunetie ve diğerlerinin (2022) yaptığı çalışmada sokak çocukları arasında HIV/AIDS'i içeren cinsel yolla bulaşan hastalıkların çok yüksek olduğu, yarısının hiç kondom kullanmadığı, düzensiz kullananların oranının % 36.5 olduğu bildirilmektedir. Yapılan birçok çalışmada sokaktaki çocuklar kendilerinin, arkadaşlarının sözlü, fiziksel, cinsel taciz ve istismara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Senol Celik ve Subasi Baybuga, 2009; Bilgin, 2012; Chowdhury vd., 2017; Hassan ve Satti, 2023).

Çocuklar çalışma ve yaşam alanlarında akranları, resmi görevliler, diğer bireyler ve çalışanlarla sorun yaşamakta, hatta bazen polis tarafından tutuklanmakta ve şiddete maruz kalmaktadır. Bu durum şüphesiz ki çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz olarak etkilenmekte kalıcı izler bırakmaktadır. Çocukların sürekli şiddete maruz kalması, potansiyel suçlu olarak görülmeleri ve sorunlarla baş edememeleri, zamanla öfke ve saldırganlık geliştirmelerine yol açmaktadır. Bu durum bazen öfkelerini bedenlerine yansıtmalarına, kendilerini kesici ve delici cisimlerle yaralamalarına, kendilerini korumak amacıyla kesici-delici alet ve ateşli silah taşımalarına neden olmaktadır. Bu durum çocukların suça sürüklenme ya da suç işleme potansiyelini artırmaktadır. Sokaktaki çocukların sahipsiz, aile denetimi ve korumasından uzakta olması çocukların sokak ya da suç çeteleri, uyuşturucu ticareti yapan çetelere katılma ya da organ mafyası gibi yasa dışı grupların tuzakına düşmesini kolaylaştırmaktadır. Sokak çocuklarının toplum tarafından dışlanması, kabul ya da onay görmemeleri, suçlu olarak görülmeleri, bakım için başkalarına bağımlı olmaları, damgalanma ve düşük benlik saygısı riskli davranışlarda bulunmalarına ve toplumla iletişim kurmalarının güçleşmesine neden olmaktadır.

Sokakta yaşayan çocukları bekleyen önemli sağlık risklerinden birisi sağlıksız barınma koşullarıdır. Çocuklar, barınma, güvenlik ve saklanma amacıyla; yetişkin gözetimi olmaksızın, kalabalık yerlerde, sinema veya gece kulübü önlerinde, emniyetli olmayan eski ya da terk edilmiş binalarda, köprü altlarında, açık hava alanlarında, otobüs duraklarında, oluklarda, tren istasyonlarında, otogarlarda, çöp arabalarında, parklarda, mezarlıklarda, ibadet yerlerinde, bodrum katlarında, çalılıkalarda, halka açık tuvaletlerde, şantiyelerde, bankaların ATM kulübelerinde ve fırın bacalarında yaşamaktadır. Özellikle bankaların ATM kulübeleri ve aydınlık ortamlar güvenlik amacıyla çocuklar tarafından tercih edilmektedir. Sokaktaki bazı çocuklar olumsuz iklim koşullarından etkilenmemek, kışın soğuktan korunmak ve kış aylarını kapalı alanda geçirmek amacıyla basit suçlar işleyerek her türlü istismar yönünden risk yaşayabilecekleri cezaevine girmektedir (Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2015; Chowdhury vd., 2017).

Çocuklar günün çoğunu gündüzleri uyuyarak, geceleri ise gruplar halinde gezecek geçirmektedir. Sokak çocuklarının dinlenme ortamlarının olmaması, sürekli yer değiştirmek zorunda kalmaları, etraftaki bireyler tarafından rahatsız edilmeleri ve yaşadıkları ortamın kalabalık ve sağlığa uygun olmaması, uyku düzensizliği ve uyku kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır. Bu durum, çocukların izole olmasına ve kalabalıklar içinde bulunmalarına neden olurken, aynı zamanda kendi aralarında ya da dışarıdan gelebilecek şiddet türleriyle karşılaşmalarını, solunum yolu ve temasla bulaşan bulaşıcı hastalıklar gibi sağlık tehditlerini de beraberinde getirmektedir (Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2015; Chowdhury vd., 2017).

Sokakta yaşayan çocuklar, kalabalık ve hijyenik olmayan yaşam koşulları, hayvanlarla yakın temas ve korumasız açık alanlarda çalışma gibi nedenlerle çeşitli sağlık riskleriyle karşı karşıyadır. Bu durum, ısırılma, tırmalanma, kuduz ve toksoplazma gibi hayvanlarla bulaşan hastalıklar, iklimsel tehlikeler ve çeşitli enfeksiyon hastalıkları riskini artırmaktadır. Ayrıca, gecekonduda yaşayan aileler ve sağlıksız konut koşulları, mahremiyetin kaybolmasına ve erken yaşta cinsel deneyimlere yol açabilmektedir.

Çocukların çoğu yoksul ve kırsal ailelerden gelmekte, ailelerin hayat mücadelesi tüm aile bireylerinin çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Çocuklar gün boyu uzun süre sokak ortamında ya da dolaşarak çalışmakta, para harcamamak için çalışmaya yürüyerek gitmekte, yol, sokak, park ve bar önünde trafiğin yoğun ve kalabalık olduğu açık alanlarda çalışmaktadır. Çocukların sokakta aniden araba camlarını temizlemek, çiçek, su, mendil, boncuk vb. eşya satmak, dilenmek ve araçlardan para almak için yoğun trafik ve araç önüne atlamaları, yaralanma, kaza ve şiddet gibi durumlarla karşılaşmasına yol açmaktadır. Özellikle çocukların trafiğin yoğun olduğu alanlarda trafik kaynaklı hava kirliliğinden etkilenen kentsel alanlarda ağır metal ve kimyasallara maruz kalmaları sağlıklarını olumsuz olarak etkilemektedir. Chowdhury ve diğerleri (2017) çalışmalarında, sokak çocuklarının %87,2'sinin kaza ve yaralanmalara maruz kaldığını belirtmektedir. Bilgin (2012) ise, sokakta çalışan çocukların kaza geçirme oranını %40,0 olarak, kesici-delici cisimle yaralanma oranını %20,5 ve travmaya bağlı kırık sorunu yaşayan çocukların oranını %12,3 olarak bildirmektedir. Sokaktaki çocukların büyük çoğunluğunun gün boyu uzun süre çalışması ve ayakta kalması yaralanma, kaza ve kas-iskelet sistemi sorunlarının yaşanmasına yol açmaktadır.

Büyüme ve gelişme dönemindeki sokakta yaşayan ve çalışan çocukların yetersiz beslenmeleri, gelişimlerini olumsuz etkilemektedir. Çocuklar, besin gereksinimlerini küçük restoranlar, oteller, yiyecek tezgâhları, çöp bidonlarındaki yemek atıkları, sokakta kendilerine sunulan ya da dilenerek elde ettikleri, market önü ve fırından çaldıkları yiyecek ve içeceklerle karşılaşmaktadır. Sokak ortamında temiz ve sağlıklı besine ulaşamayan çocuklar, günlük beslenmelerinde atıştırmalık yiyecekleri tercih etmektedir. Yiyecek elde etme ve paylaşımında yaşanan sorunlar, kavga ve şiddet gibi olumsuz durumlara yol açmakta; sağlıklı olmayan ortamlar ve temiz olmayan gıdalar, besinlerle bulaşan hastalıklar yönünden sağlıklarını riske sokmaktadır (Obimakinde ve Shabiri 2023; Vameghi vd., 2023).

Çocukların eğitimlerine devam ederken ekonomik aktivitelere katılmaları, okul devamsızlığı, okul başarısının düşmesine, dolayısıyla eğitim ortamından uzaklaşmalarına, hatta okulu bırakmalarına yol açabilmektedir. Oyun, çocukların hayal gücünü geliştiren, fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişimleri açısından son derece önemlidir. Ayrıca, çocukların gelir elde etmek için çalışmaları, madde kullanımı ve kumar oyunları gibi zararlı alışkanlıklara yönelmeleri, yaşlıları gibi oyun oynama, rekreasyon alanlarına ve boş zamanlarında farklı aktivitelere bulunma fırsatlarını engellemektedir (Kömürcü ve Avşar Negiz, 2016; Vameghi vd., 2023). Çocuklar, erişkinlerle ve diğer çocuklarla sosyal etkileşim yoluyla tutum, değer ve inançları öğrenmektedir. Kişiliğin oluşmasında etkili faktörlerden biri model alarak öğrenmedir (Kömürcü ve Avşar Negiz, 2016). Sokakta yaşayan çocukların rol modelinin olmaması, zihinsel durumlarının etkilenmesine ve sosyalleşmelerinde önemli sorunlar yaşamalarına neden olabilir.

Sokakta yaşayan ve çalışan çocukların sokak ortamına bağlı olarak kişisel hij-

yenleri kötü durumdadır. Çocukların el yıkama, diş fırçalama, banyo yapma, giysi değiştirme, tıraş olma ve tuvalet hijyeni gibi uygulamalarını gerçekleştirmekte sorun yaşadıkları bilinmektedir. Sokakta çalışan ve yaşayan çocuklar banyo yapmak amacıyla hamam, tuvalet, göl, deniz, havuz ve parklardaki musluk sularını kullanmaktadır. Özellikle çocukların açık alanlarda temizlik ihtiyacını karşılamak amacıyla banyo yapmaları bedensel ve ruh sağlıklarını (utanma, damgalanma, mahremiyet vb.) etkilemektedir. Çoğu sokak çocuklarının kış kıyafetlerinin olmaması kışın hastalıklara karşı daha savunmasız duruma gelmelerine yol açmaktadır. Bombay'da yapılan bir çalışmada sokak çocuklarının % 29.6'sının deniz kıyısında, %11.5'inin kuyu ya da kanallar içinde banyo yaptıkları, tuvalet amacıyla % 26.4'ü yol kenarı ya da demiryolunu kullandığı, su gereksinimlerini restoran, oteller, boru ya da su musluklarından karşıladıkları belirtilmektedir (Berad vd., 2014). Çocukların giysilerini yıkama alışkanlıklarının olmaması ve uygun bir yıkama ortamının bulunmaması, eski giysilerini yıkamak yerine atarak, yenisiyle değiştirmelerine veya hırsızlık yaparak evlerden aldıkları giysileri kullanmalarına neden olmaktadır. Çocuklar arasında giysi, ayakkabı, tırnak makası, tarak, jilet vb. temizlik malzemeleri ortak kullanılmaktadır. Ayrıca çocukların kendi aralarında kan kardeşliği kapsamında cam, jilet, bıçak vb. kesici cisimle kendilerini çizerek arkadaşlıklarını sonsuz kılma eylemleri temas, HIV/AIDS, Hepatit B, C gibi kan ve kan ürünleri ile bulaşan hastalıklar yönünden risk altında olmalarına yol açmaktadır. Çocukların dinlenme yerlerinin olmaması, sürekli yer değiştirmek zorunda kalmaları, etraftaki bireyler tarafından rahatsız edilmeleri, yaşanan ortamın kalabalık oluşu ve hijyenik koşulların sağlanamaması, bazı hastalıkların görülme olasılığını kolaylaştırmaktadır. Çocuklarda banyo ve tuvalet yokluğu, el yıkama ve banyo yapma alışkanlıklarının olmaması, giysilerini sık değiştirmemeleri, kötü koşullarda gruplar halinde yaşama, yetersiz bağışıklama gibi durumlar göz, deri (bitlenme, uyuz, dermatit), tüberküloz, hepatit A ve B, C, giardias ve enterik enfeksiyonların görülme olasılığını da arttırmaktadır. Sokak çocukları bağışıklama, sanitasyon ve tıbbi bakıma ulaşmada güçlük yaşamakta, sağlık sorunları ile baş edememektedir (Chowdhury vd., 2017). Bu durumda, çocuklar sağlık sorunlarını çözmek için tıbbi yardım almak yerine, sorunları görmezden gelerek kendi kendine ilaç kullanma veya başka yollarla çözüm bulma yoluna gitmektedir.

Sokaktaki çocukların yaptıkları iş, yaşam koşulları, hayatta kalma davranışları ve yetersiz barınma nedeniyle bulaşıcı hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, üreme sağlığı sorunları yaşanmasına yol açmaktadır. Özellikle sokak ortamında, çocuklar davranışlarına ve karşılaştıkları risklere bağlı olarak fiziksel yaralanmalar, çürükler, burkulmalar, kesikler, yanıklar ve amputasyon gibi durumlarla karşılaşabilmektedir. Ayrıca, çocuklar arasında görme problemleri, ağız ve diş sağlığı sorunları, hijyenik olmayan ortamlarda bulunmaları ve kalabalık yaşamaları nedeniyle paraziter enfeksiyonlar, tüberküloz, pnömoni ve sıtma gibi enfeksiyöz hastalıklar evde yaşayan çocuklara göre daha sık görülmektedir. Sokak çocuklarının zihinsel sağlıkları kötü olup, saldırganlık, depresyon, çaresizlik, kaygı, değersizlik, düşük benlik saygısı ve yüksek düzeyde stres, anti-sosyal davranış ve öz kıyım gibi bedensel ve ruhsal problemlerle karşı karşıyadır (Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2015; Savari ve Motaghi, 2016; Kaplan ve Çuhadar, 2020). Çocukların kötü muameleye maruz kalmaları, istismara uğramaları, terk edilmeleri, eğitim ve yardım açısından yoksun bırakılmaları, yetersiz beslenme koşulları, madde kullanımı ve sokakta yaşamaları bağışıklık sistemlerini zayıflatmakta, bu da hastalıklara karşı duyarlılıklarının artmasına ve yaşam sürelerinin kısalmasına yol açmaktadır. Bu durum, sokakta yaşayan çocuk-

ların çoğunun akranlarına göre daha genç yaşta yaşamlarını yitirmelerine neden olmaktadır (Berad vd., 2014; Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2015).

Sokak çocukları, özellikle yakın zamanda yaşanan COVID-19 pandemisi gibi olağanüstü durumlarda savunmasız bir konumda kalmıştır. Çocukların yaşam koşulları, barınma olanaklarının yetersizliği, kalabalık gruplar halinde dolaşmaları ve hizmet planlamalarında göz ardı edilmeleri, pandemi sürecinde getirilen sosyal mesafe, sokağa çıkma kısıtlaması, maske ve el hijyeni kuralları, dezenfektan temini, aşılama ve bilgilendirme gibi hizmetlere erişimde ve uygulamada yoğun mağduriyet yaşamalarına neden olmuştur (Mohapanele, 2022).

6.5.3. Sokak Çocukları, Madde Kullanımı ve Bağımlılık

Dünyada madde kullanımı önemli bir sosyo-ekonomik ve halk sağlığı sorunu olarak gündemdeki yerini korumaktadır. Madde kullanımı insanlık tarihi kadar eski olup, insanlar her zaman kendilerini rahatlatan, uyarıcı veya coşkulu hissettiren maddeleri yeme veya içme arzusuna sahip olmuştur. Madde kullanımı toplumdaki her yaş grubunu, özellikle toplumda kırılgan bir grup olan çocukları fiziksel, sosyal, psikolojik ve entelektüel gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Bah, 2018).

Sokak çocuklarının aile veya sosyal kontrol alanının ötesinde yaşadığı düşünüldüğünde, madde bağımlılığına karşı savunmasızlıkları belirgin şekilde artmaktadır (Sultana vd., 2024). Sokaktaki tüm çocukların uyuşturucu bağımlısı olduğu imajı doğru olmamakla birlikte, çocuklar arasında madde kullanımı oldukça yaygındır (Mabouopda vd., 2022; Hassan ve Satti, 2023). Madde/ uyuşturucu kullanımı; toplumun yoksul kesimi olan en savunmasız ve risk altında sokak çocuklarına sığması daha fazla risk altında kalmalarına ve durumlarının daha fazla kötüleşmesine yol açmaktadır (Bah, 2018). Sokakta çocuklar çeteler halinde grup olarak dolaşırlar. Çocuklar sokak ortamında yaşamak, kendini güvende hissetmek için kendi yaşlılarından ya da sokakta yaşayan diğer kişilerden oluşan bir gruba girmek zorundadır.

6.5.3.1. Madde kullanım nedenleri

Sokak çocukları arasında madde kullananların oranı bölgeye, cinsiyete ve yaşa bağlı olarak büyük ölçüde değişkenlik göstermekle birlikte (WHO, 2000), çocukların madde kullanımında etkili olan nedenler aşağıda verilmiştir.

- Temel ihtiyaçların eksikliği
- Sosyal izolasyon
- Duygusal sıkıntı ve depresyon
- Akran / yetişkin etkisi
- Ailede madde kullanan kişilerin olması
- Merak
- Özenme
- Heyecan yaratma isteği
- Eğlenme
- Kolay erişime ve satın alma/uygun fiyat
- Yüksek stres düzeyi, stresi azaltma
- Açlık hissini giderme
- Uzun süre çalışma
- Grup tarafından tanınma akran tarafından güvenilme arzusu

- Bir gruba girme ve güvenliğini sağlama
- Okula gitmeme
- Sokakta yaşam süresi
- Madde kullanım yaşı
- Hayatta kalabilme
- Kötü deneyimi bastırma
- Özgürlük
- Utanma duygularından arınma
- Saldırma öncesi cesaret ve güç kazanma
- Olumsuz çevre koşulları ile başedebilmek (Soğuk vb.)
- Sokak yaşamının acısını unutma
- Kişisel sorun/gerçeklerden kaçma
- Agresif davranışa sahip olma
- Düşük öz saygı
- Taciz ve saldırıya maruz kalma
- Fiziksel/ cinsel taciz ve saldırı geçmişine sahip olma
- Ailede alkolizm öyküsü
- Düşük akademik başarı
- Madde kullanımının toplumda normalleştirilmesi
- Damgalanma, dışlanma ve ayrımcılıkla baş etme
- Profesyonellerin kötü muamelesinden korkmalarıdır

(Embleton vd., 2013; Islam vd., 2014; Bah 2018; Sitienei ve Pillay, 2019; Tonmoy vd., 2020; Sah vd., 2020; Asante ve Nefale, 2021; Mabouopda vd., 2022; Sultana vd.,2024).

Para kazanmak için sokağa çıkan çocukların gelir elde etmek için uyuşturucu madde satışı yapma ve kullanma olasılıkları daha yüksektir (Mabouopda vd., 2022). Sokaktaki çocukların madde kullanım oranı % 17.5-% 100 arasında değişmektedir (Berad vd., 2014; Islam vd., 2014 ; Dejman vd., 2015; Jamdade, 2016; Cumber ve Tsoka-Gwegweni, 2016; Yossif vd., 2017; Bah, 2018; Abate vd., 2022; Hassan ve Satti, 2023). Sokak çocukları arasında madde kullanımına başlama yaşı 10-13 yaş arasında değişmektedir (Jamdade, 2016; Chairani vd., 2022). Acharya ve diğerleri (2022) yaptıkları çalışmada sokak çocuklarının maddeleleri 5-10 yaş civarında başladığını belirtmektedir.

Sokak çocukları arasında kullanılan madde türleri; sigara tütün, alkol, yapıştırıcı, aseton, benzin, esrar, tiner vb. uçucu maddeler, ecstasy, amfetamin, kokain, opioidler, psikoaktif ilaç ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerdir (Cumber ve Tsoka-Gwegweni 2015; Jamdade, 2016; Attila vd., 2017; Bah, 2018; Masud ve Khan, 2018, Endris ve Dilgasa, 2019; Asante ve Nefale, 2021; Mabouopda vd., 2022; Hassan ve Satti, 2023). Yapılan çalışmalarda; John ve diğerleri (2019) sokak çocuklarının yaklaşık dörtte üçünün alkol ve diğer uyuşturucu maddeleri kullandığını, Mabouopda ve diğerleri (2022) esrarın (%36.48) ve tütünün (%35.85) kullanıldığını, Zewude ve diğerleri (2023) çocukların %67.3'ünün sigara, %68.2'sinin ise yapıştırıcı veya benzin kullandığını, Cumber ve Tsoka-Gwegweni (2016) ise çocukların tamamının bazı psikoaktif maddeleri kullandığını ve bu maddelerin alkol (%45.9), tütün (%28.8), uçucu maddeler (%11.5) ve esrar (%10.3) olarak dağıldığını bildirmektedir. Acharya ve diğerleri (2022) ile Sah ve diğerleri (2020) çocuklar arasında tutkal koklamanın yaygınlığına dikkat çekmektedir. Sah ve diğerleri (2020), tutkal koklayan çocukların %88.46'sının bu durumun etkisinden habersiz olduğunu ve

%89.13'ünün, neredeyse yarısının (%45.65) baş, göğüs ve mide ağrısı gibi sağlık sorunları yaşadığını beyan etmektedir. Acharya ve diğerleri (2022) çocukların maddeleri zevk almak, açlıkla baş etmek, sokaktaki grubun bir parçası olmak gibi nedenlerle başladıklarını bulurken, Mabouopda ve diğerleri (2022) madde kullanan çocukların yarısının arkadaş baskısı nedeniyle madde kullandığını saptamışlardır. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda sokak çocuklarının %19'unun ağır veya orta düzeyde sigara kullandığı (Türkmen vd., 2004), sigara, alkol ve diğer maddelerin kullanımının sırasıyla %20.3, %2.7, %3.2 olduğu, sokakta geceleme ya da yaşamın alkol, sigara ve madde kullanmayı artıran başlıca faktör olarak saptandığı bildirilmektedir (Öner vd., 2006).

Çocuklar arasında kullanılan maddeler, sokak satıcılarından kolayca temin edilmektedir. En sık kullanılan ve en kolay ulaşılabilen madde ise uçucu maddelerdir (Mabouopda vd., 2022). Uçucu maddelerin kimyasal hammaddesi, yapıştırıcı sanayinde katkı maddesi olarak kullanımı yasaklanmış olan Toulou-Hegzandır. Toulou'nun insan vücuduna girdiğinde merkezi sinir sistemi üzerinde uyuşturucu ve uyarıcı etkisi bulunmaktadır (Mabouopda vd., 2022). Çocukların henüz fiziksel ve zihinsel gelişimlerinin devam ettiği yaşlarda uzun süreli madde kullanımı, yetişkinlikte uzun vadeli sorunlara neden olabilmektedir. Yaşamının ileri dönemlerinde bağımlı hale gelen bu çocuklar, giderek daha yoğun rahatlama ve gerçeklerden kaçma isteği duymaya başlamaktadırlar. Böylece bu çocuklar kullandıkları maddeden daha çok kullanma ya da farklı bir maddeye geçiş yapma ve daha etkili bir madde bulma isteği duyabilmektedirler. Kısıtlı imkânlarla sahip olan çocuklar grup bilinciyle hareket ederek, bağımlılık yapıcı maddeleri elde edebilmek için öz kırım, kendine ya da başkalarına zarar verme, fuhuş yapma, hırsızlık, yankesicilik, kapkaç ve diğer suçları işleyerek suça sürüklenebilmektedirler. Bu eğilim zamanla çocukların yoğun şiddet içeren ve sosyal olmayan aktivitelere yönelmelerine yol açabilir (Sah vd., 2020).

Kullanılan maddeler fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına, uykusuzluğa, yasa dışı faaliyetlerde bulunmaya, okulu bırakmaya, aile ve akran sorunlarına ve sosyal dışlanmaya neden olmaktadır (Tonmoy vd., 2020). Çocukların kullandıkları maddeler, hem beden hem de ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu maddeler, beyin, karaciğer ve böbrek gibi hayati organlarda geri dönüşsüz hasarlara yol açabilmektedir, sorunları kronikleştirebilmekte, yaşam süresi ve kalitesini düşürebilmektedir, davranış bozukluklarına neden olabilmektedir ve sinir sistemini olumsuz etkileyerek ölüme yol açabilmektedir. Ayrıca, kullanılan maddelere bağlı olarak çocuklarda anksiyete, depresyon, hafıza kaybı, kalp hastalıkları, kanser, halüsinasyonlar, disleksi, multiple skleroz (MS), cilt hastalıkları ve ishal gibi sağlık problemleri görülebilmektedir (Sharma ve Joshi, 2013; Tonmoy vd., 2020). Madde kullanımı ayrıca denge kaybı, yüksek sesle konuşma, sürekli burun çekme ve ses boğukluğu gibi belirtilere yol açabilmektedir (Bilgin, 2019). Bu maddeler sinir sistemini bozarak tutum ve davranış değişikliklerine neden olabilmekte ve hem psikolojik hem de fiziksel sağlık açısından ciddi tehditler oluşturabilmektedir. Madde kullanımı ile birlikte maddenin kokusunun gıysilere sinmesi, kullanılan maddenin el, ağız kenarı ve kıyafetlerine yapışması, yapışan maddenin kurtulmak için el ve ağız kenarlarındaki deride soyulmalara yol açmaktadır.

Özellikle çocukların bu maddeleri elde etme, kullanım sırası ve sonrasında güvenlik görevlileri ve etraftaki kişilerden şiddet görmeleri, maddelerin kullanımının suça sürüklenme ve sömürülme riskini artırması, konunun ne kadar önemli oldu-

ğunu göstermektedir. Çocuklar bu maddelerin etkisiyle yaşamlarını tehdit edebilecek davranışlar sergileyebilmektedirler. Yapılan bir görüşmede; bağımlılık yapıcı bir madde olan tinerin kullanımı sırasında başka bir sokak çocuğunun ateş yakması ile yangın çıktığı ve çocuğun bedeninde yanık olduğu, sağlık kuruluşuna gitmek yerine yanık ağrısını hafifletmek amacıyla lağım çukuruna atladığı, başka bir çocuğun ise kullanımı sırasında kendini bir kahraman gibi hissederek yüksekten atlayarak yaşamını tehlikeye sokacak riskli davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir. Riskli cinsel davranışlar madde kullanımıyla ilişkili olup, gençler uyuşturucu elde etmek ve hayatta kalmak için cinsel birliktelik yaşamakta ve özellikle maddelerin etkisi altındayken yaşanan birlikteliklere bağlı cinsel yolla bulaşan hastalıkların yanı sıra antisosyal davranışlar ve istenmeyen gebelikler, suça yönelme gibi istenmeyen ya da yaşamı tehdit eden durumların gelişmesine yol açabilmektedir (Cumber ve Tsoka-Gwegweni 2016; Bah, 2018; Subaşı Baybuğa, 2018; Sitienei ve Pillay, 2019; Özçevik ve Ocakçı, 2021; Rosenthal vd., 2022; Hassan ve Satti, 2023).

DİKKAT

Küresel çapta sokak çocukları arasında madde kullanımı, yaygın ve ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kendini göstermektedir. Bu bağlamda, sokaktaki çocukların yakından izlenmesi, tedavi ve bakım süreçlerinin yürütülmesi ile topluma uyumlarının sağlanması büyük önem taşımaktadır. Risk gruplarının belirlenmesinde, bireylerle ilk teması kuran halk sağlığı hemşireleri kritik bir rol üstlenmektedir.

Küresel anlamda her ne kadar çocuklar farklı coğrafya ve kültürde yaşıyor olsa da maddelerin kullanım şeklinin benzer olduğu dikkati çekmektedir. Çocuklar kullandıkları maddeleri ağız veya burun yoluyla içmekte, solumakta ya da başın üzerine bir torba yerleştirilerek solumaktadır. Uçucu maddeler poşetlere dökülüp ısıtılarak gazlaştırılmakta ve gazlaşan maddeler ağız yoluyla, nadir durumlarda burun yoluyla alınmaktadır; bağımlılık oranına göre etki evreleri değişkenlik göstermektedir. Tiner şişeden ya da kumaş bileklilere sürülüp koklanarak alınmaktadır. Örneğin, Guatemala sokaklarındaki çocukların uçucu maddeleri bir bez üzerine dökerek ya da poşet ya da kaplara döküp soluyarak kullanması (Streetkidsdirect, 2024), Türkiye'de de sokak çocukları arasında madde kullanım şeklinin benzer olduğu gözlemlenmektedir. Çocukların bu maddeleri kendilerini zarar verecek biçimde solunum yoluyla ya da başını poşet içine koyarak kullanması farklı tehlikelere ve boğulmalara yol açmaktadır (Attila vd., 2017). Sokak çocuklarının savunmasız bir şekilde bulunduğu riskli ortam ve madde kullanımı sağlıklarını olumsuz olarak etkilemekte, çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Madde kullanımı ciddi sorunlara yol açsa da, birçok sokak çocuğu belirli bir madde hayatlarına bir şey kattığı için ya da geçici olarak bir sorunu çözdüğü için madde kullanmaktadır.

ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Ayenew ve diğerleri (2020) Etiyopya'nın Oromiya ulusal bölgesel eyaleti Jimma kasabesindeki sokak çocukları arasında madde kullanımı ile ilişkili faktörler ve yaygınlığı: Toplum temelli kesitsel çalışmada 312 sokaktaki çocuk ile görüşülmüştür. Jimma kasabesindeki sokak çocukları arasında madde kullanımı yaygınlığı Afrika ve diğer ülkelerdeki rakamlarla karşılaştırıldığında yüksektir. Yaş, eğitim durumu, anne madde kullanımı, kardeş madde kullanımı, yakın arkadaş tarafından madde kullanımı ve sokakta geçirilen zamanın uzunluğu, sokak çocuklarının mevcut madde kullanımıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Aile, çocukların madde kullanım davranışlarını belirlemede önemli bir role sahiptir. Hükümet, sivil toplum kuruluşları veya yardım kuruluşları, en azından üç düzeyde ihtiyaçlarına ve sorunlarına yanıt vererek sokak çocuklarının sayısını azaltmak için birlikte çalışmalıdır. *İlk müdahale düzeyi* bireysel düzeyde yapılmalı ve temel becerilerini geliştirerek, danışmanlık yaparak ve sağlığa erişimlerini iyileştirerek, şu anda madde kullanan, yakın gelecekte madde kullanma riski taşıyan veya cinsel ve üreme sağlığı sorunları riski taşıyan bireyler veya gruplar olarak sokak çocuklarını hedeflemeyi gerektirir. *İkinci müdahale düzeyi* toplum ve aile düzeyinde ve bu düzeyde, toplum eylemlerini desteklemek, hizmetler sağlamak ve bu çocuklar için kaynakların kullanılabilirliğini sağlamaktır. *Üçüncü genel müdahale*, sokak çocuklarının toplum ve iş yerlerinin ötesinde eylemlerdir. Ayrıca, bölgesel ve ulusal düzeyde güvenli ve destekleyici bir ortam sağlanması için savunuculuk gibi farklı mekanizmalar yoluyla savunmasız grupların eğitilmesi önerilmektedir.

Vameghi ve diğerleri (2023) İran'daki Sokak Çocukları: Yaşam ve Çalışma Koşulları Nelerdir? Altı Büyük Şehirde Yapılan Bir Anketten Elde Edilen Bulgular adlı kesitsel çalışmada sokaklarda çalışan 10-18 yaş aralığındaki İranlı ve İranlı olmayan 856 kız ve erkek çocuk örneklem grubunu oluşturmaktadır. Sokak çocuklarının %90'nın erkek, %60'ının 10 - 14 yaş grubunda, yaklaşık %50'sinin okula gitmediği, %12'sinin okuma yazma bilmediği ve %32'sinin okulu bıraktığı ve %54'ününün Afgan uyruklu geri kalanının İran vatandaşı olduğu tespit edilmiştir. Tüm katılımcıların %85'inin aile veya akrabalarının yanında ikamet ettiği, çoğunun (%75,5) günde beş saatten fazla çalıştığı ve satıcılık yapmanın (%71,2) ve atık toplamanın (%16,1) yaygın olarak yaptıkları işler olduğu belirlenmiştir. Sokak çocukları çoğunlukla sert hava koşullarından (%22,7), sıradan insanların hakaret ve dövmesinden (%21), açlık (%20,7) ve polis baskısı (%15,4) gibi nedenlerden sıkıntı çekmektedir. Çocukların yarıdan fazlası müdahale programlarına katılmamış sadece %7'si herhangi bir sağlık eğitim programına katılmıştır. Çalışmada, sokak çocuklarının çok az hizmetten yararlandığı ve bu durumun sağlık durumlarının bozulmasına neden olduğu belirtilmektedir. Sağlık durumlarının ve genel iyilik hallerinin iyileştirilmesi için acil müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda, karar vericiler ve akademisyenlerin müdahaleler geliştirmek için iş birliği yapması önemlidir. Ayrıca, şiddet gibi belirli sorunlara yönelik müdahalelerin yerel ortaklar ve araştırma kuruluşlarıyla koordinasyon içinde değerlendirilmesi ve bu alanlarda ileriye yönelik çalışmaların yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.

(Kaynak: Ayenew, vd., (2020): 2-9; Vameghi ve diğerleri (2023):2-14)

6.5.4. Madde Kullanımı ve Bağımlılıkla Mücadelede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Sokak çocukları arasında madde kullanımı ile mücadelede sorunun karmaşıklığı konunun ciddi olarak ele alınmasını, sağlıklı ve kalıcı çözümler oluşturulmasını gerektirmektedir. Bu gruba yönelik verilecek hizmetler kamu, yerel yönetimler, toplum liderleri, eğitimciler, sosyal hizmet çalışanları, sağlık profesyonelleri, akademisyenler, sivil toplum kuruluşları ve ilgili birimlerin multisektörel ve eşgüdümlü çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Sokak çocuklarının gereksinimlerine uygun olarak uyarlanmış önleme, tedavi ve rehabilitasyon programlarını içeren, bütüncül yaklaşım sergileyen kapsamlı müdahale stratejileri geliştirilmesi hayati önem taşımaktadır (Hassan ve Satti, 2023).

Sokak çocukları olgusunun buzdağının görünen yüzü olarak düşünüldüğünde buzdağının görünmeyen yüzünde görünmeyen çocukların madde kullanımına erken müdahalede koruyucu önlemler önemli bir yer tutmaktadır. Erken müdahale edilmesi sorunun ortaya çıkmasına engellemek için son derece önemlidir. Çocukların aile özelliklerini ve yaşadıkları ortam şartlarının bilinmesi, problemlerin nedenine inilmesi hem çocuk hem de aile sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine olumlu katkıları açısından önemli bir yer tutmaktadır (Bah, 2018; Sah vd., 2020).

Sokak çocukları için kaliteli eğitime erişimin sağlanması bağımlılık ve yoksulluk döngüsünü kırmada önemli bir araç olup, çocuklara sektörler arası işbirliği yapılarak eğitim fırsatı sunulmalıdır (Sultana vd., 2024). Çocukların madde kullanımında etkili olan faktörlerden biri travma ve duygusal nedenler olup, gereksinimlere göre uyarlanmış danışmanlık ve ruh sağlığı destek hizmetleri verilmesine yönelik psikolojik ve duygusal destek çalışmaları yürütülmelidir. Sokak çocuklarına yönelik temiz ortam, beslenme ve tıbbi bakıma erişebileceği rehabilitasyon merkezleri ve güvenli alanlar oluşturulmalıdır. Sokak çocuklarının karşılaştığı zorluklar ve bağımlılığının etkisi konusunda farkındalık oluşturmak için yerel topluluklarla iş birliği yapılmalı, mentorlük, gönüllülük çalışmaları, toplum katılımı ve farkındalık kampanyaları ile damgalanmayı azaltma, empati ve müdahale programları için destek sağlanmalıdır. Paydaşlarla işbirliği yapılarak sokak çocuklarının hakları, sağlıklı olma ve menfaatlerini ön plana koyan yasal koruma alanları güçlendirilerek bu çocukların savunuculuğu yapılmalıdır. Sokak çocukları arasında madde kullanımı ile mücadele etmeye yönelik kamu, sivil toplum kuruluşları ve ilgili birimler arasında işbirliği ve ortaklıkların kurulması, müdahale programları için uzun vadeli sürdürülebilirliğin önemi vurgulanarak bağımlı çocukların iyileştirilmesi ve bağımlılıkla mücadele etmede somut adımlar atılarak iyileşmenin önü açılmalıdır (Sultana vd., 2024). Çocukların hayatta kalmalarını desteklemek için kişisel ve duygusal güç sağlayan kültürel değerler, dini inançlar, destekleyici akran ilişkileri ve spor aktivitelerine katılmaları teşvik edilmelidir. Ayrıca, ruh sağlığını koruma, şiddeti önleme ve madde kullanımını engelleme amacıyla günlük fiziksel aktiviteler ve sağlık geliştirme faaliyetleri güçlendirilmelidir (Hills vd., 2016).

Çocuklarla ilgili veri tabanının olmaması çocukların sayıları, madde kullanım durumları ve gereksinimlerinin belirlenmesini güçleştirmekte, kanıta dayalı müdahale, politika geliştirme ve kaynak dağılımını etkilemektedir. Resmin bütünü görmek anlamında toplum temelli proje ve araştırmalar yapılarak sürekli veri toplanmalı, veri havuzu ve hizmet veren kurumlardaki bilgi ve verileri birleştiren yerel, ulusal ve uluslararası bir veri tabanı oluşturulmalıdır (Sultana vd., 2024).

Sağlık profesyonelleri içerisinde halk sağlığı hemşirelerinin sokakta yaşayan çocukların sağlığının korunması, geliştirilmesi, önleme, tedavi ve rehabilitasyon programlarının uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri geleceğin sağlıklı toplumlarını oluşturmada çocuk grubu içinde dezavantajlı konumda bulunan sokak çocuklarının sağlık sorunlarının belirlenmesi, sorunların çözümü, sağlıklarının korunması ve sürdürülmesinde çocuklarla ilk karşılaşan kilit konumdaki sağlık profesyonelleridir. Halk sağlığı hemşireleri hizmet verdiği toplumda risk gruplarına yönelik hizmetlerini yürütürken risk yönetim sürecini kullanarak etkin iletişim tekniklerini kullanarak risk gruplarını tespit etmeli, risk gruplarını yakından izlemeli ve değerlendirmelidir (Soner ve Aydın, 2019; Haylı vd., 2019). Halk sağlığı hemşireleri holistik bakış açısıyla hemşirelik süreci doğrultusunda kanıt temelli yaklaşımlarla sokaktaki çocuklara yönelik hizmetleri planlarken, çocukları, aile ve toplumu tanımalı ve onların yaşadıkları ortamı değerlendirmelidir. Hizmet planlamasında çocuk, aile ve toplumun katkı ve katılımını sağlamalı, çalışmalar yapmalı ve çocuk, aile ve kurumlar arası işbirliği yaparak hizmetlere erişimi sağlamalıdır (Bah, 2018; Sah vd., 2020).

Halk sağlığı hemşireleri madde kullanımı konusunda duyarlı olmalı, bağımlılık ve uyuşturucu kullanımı belirleyicileri konusunda uygun önleme stratejileri geliştirmelidir. Madde kullanımı ile ilgili toplumda farkındalık oluşturma, damgalanma ve ayrımcılıkla mücadele etmede birey, aile ve toplum sağlığının korunmasında önleyici ve koruyucu hizmetleri planlamada etkin rol almalıdır. Madde bağımlılığına karşı savunmasız ya da madde bağımlısı çocuklara odaklanan erken müdahale ve önleme programlarına ağırlık verilmelidir. Bu program, çocukların madde kullanımına direnme ve olumlu yaşam seçimi yapmaları için ihtiyaç duydukları araçları sağlayarak eğitim, yaşam becerileri ve psikolojik destek sağlamak üzere tasarlanmalıdır (Sultana vd., 2024).

Madde kullanımını teşvik eden ve kolaylaştıran riskli durumlar, kişilerin tutumları ve potansiyel sorunlar belirlenerek toplum temelli stratejiler geliştirilmelidir. Madde kullanımı yönünden bireylerin geçmişi taranmalı, boş madde kutuları ve şişeleri gibi çevresel ipuçlarına karşı uyanık olunmalıdır. Çocukların madde kullanımına ilişkin kapsamlı bir araştırma yapılarak, hangi maddeleri ne sıklıkla ve nasıl kullandıkları, maddeyi nereden temin ettikleri, ne kadar süredir kullandıkları, son kullanım zamanları, madde bırakma düşünceleri ve madde kullanımının hayatlarını nasıl etkilediği gibi konularda detaylı bilgi toplanmalı ve değerlendirilmelidir. Bu sayede, madde kullanımının yaygınlığı, etkileri ve mevcut müdahalelerin etkinliği hakkında daha net bir tablo ortaya çıkarılabilir. Halk sağlığı hemşirelerinin başarılı bir hizmet sunumunda yerel kaynakların ve medyanın etkili kullanımı büyük önem taşımaktadır. Ailelerin ve çocukların kültürel ve eğitim düzeylerini göz önünde bulundurarak, geleneksel medyanın yanı sıra teknoloji ve sosyal medyayı kullanarak aileleri ve çocukları güçlendirmek, bağımlılık ve bağımlılıkla mücadele, riskler, tedavi ve hizmet veren kurumlar hakkında bilgilendirme sağlamak için çeşitli yöntemler geliştirilmelidir. Planlı eğitimler, psiko-sosyal destek programları ve bilinçlendirme çalışmaları bu kapsamda yürütülmelidir (Jardine-Dickerson, 2015).

Halk sağlığı hemşireleri sokak çocuklarının aile ve topluma yeniden entegre olmasını sağlayan çalışmaları yürütmeli, gerektiğinde savunmasız gruplarla yapılan çalışma ve planlamalara katılarak aktivist, savunuculuk ve sözcülüğünü yapmalıdır. Bu aktivitelerin yanı sıra madde kullanımı ve erişimi konusunda yasal düzenleme ve politikalar geliştirilmesi, denetim ve kontrol mekanizmalarının işleyişine yönelik

çalışmaların sürdürülmesinde aktif rol almalıdır. Sokak çocukları arasında madde bağımlılığı ile mücadele kapsamında; aile, çocuk ve topluma yönelik madde bağımlılığını önleme, tedavi ve rehabilitasyonu kapsamında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çağrı Merkezi Alo 183 Sosyal Destek Hattı, Çocuk Destek Merkezi (ÇODEM), Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM), Uçucu Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (UMATEM) Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) ve Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) gibi birimler konusunda bilgilendirme yaparak farkındalık oluşturmaları, madde bağımlılığını önleme ve mücadele çalışmalarına katkı sağlamalıdır.

Özet noktalar

Küresel boyutta dezavantajlı gruplar içerisinde yer alan sokak çocuklarının tanımı üzerinde bir görüş birlikteliğinin olmaması, sayılarına ilişkin verilerin yapılan araştırmalarla sınırlı olması doğru ve güncel verilerin elde edilmesini güçleştirmektedir. Çocukların sağlıklı yaşam alışkanlıklarını kazandığı dönemde sokak kültürü ile tanışmalarında ülkelerin sosyal ve ekonomik faktörleri önemli bir yer tutmaktadır. Çocuklar bireysel, ailesel, sosyo-kültürel ve ekonomik nedenlerle sokağı tercih etmekte ya da sokağı itilmekte, sokak ortamında sağlıklarını etkileyebilecek birçok riskle karşılaşmakta, kirli giysiler içinde, genel görünümleri kötü bir şekilde sokaklarda grup olarak dolaşmakta, kendilerine koruma sağlayan bir grubun parçası olarak görülmektedir. Çocuklar sokak ortamında gelecek beklentisi olmaksızın dilenerek, fuhuş, yasa dışı uyuşturucu madde satarak ya da kullanarak hayatta kalma mücadelesi vermektedir. Madde kullanımı sokak çocukları arasında yaygın bir sorun olmaya devam etmekte; çocukların sokak ve sokakla bağlantılı yaşam tarzları, içinde buldukları olumsuzluklarla baş etme durumları onları madde kullanımına karşı savunmasız hale getirmekte, beden ve ruhsal sağlığı üzerinde geri dönüşü olmayan hasarlara yol açmaktadır.

Sokak çocuğı sorunu güncelliğini korumakta olup, çocukların profilini ortaya koyacak veri tabanının oluşturulması, sorunların çözümü kamu, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının multisektörel ve multidisipliner bir yapılanmasını gerektirmektedir. Özellikle sokak çocukları arasında madde kullanımının yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda, hizmet veren profesyonel ekip içerisinde toplumdaki bireylerle birinci basamakta ilk karşılaşan halk sağlığı hemşireleri hizmetlerini bütüncül bakış açısı doğrultusunda risk yaklaşım sürecini kullanarak gerçekleştirilmiştir. Halk sağlığı hemşireleri bireylerde farkındalık oluşturmaya ve damgalanmaya karşı yönelik farklı stratejiler kullanılmalı, madde kullanımı ve erişimine yönelik önleyici, bağımlı çocukların tedavi ve rehabilitasyonunu, hizmet veren kurum ve kuruluşlara ilişkin teknoloji ve sosyal medyayı kullanarak planlı bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Ayrıca halk sağlığı hemşireleri sokak çocuklarına yönelik yapılacak hizmet planlaması ve politika geliştirilmesinde aktif rol almalı, geliştirilen toplumsal politikalara işlerlik kazandırılması, revize edilmesi çalışmalarında yer alarak, bu gruba yönelik hizmet planlamalarına rehberlik edebilecek yerel, ulusal ve küresel boyutta sokak çocukları sorunları, madde kullanım durumları ve hizmet erişimlerini ortaya koyan geniş ölçekli çalışmalara katkı sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

- Abate, D., Eyeberu, A., Adare, D., Negash, B., Alemu, A., Beshir, T., Wayessa, A.D., De-bella, A., Bahiru, N., Heluf, H., et al. (2022). Health status of street children and reasons for being forced to live on the streets in Harar, Eastern Ethiopia. Using mixed methods. *PLoS ON*, 17, 3, e0265601.
- Acharya, A., Shrestha, N., Paudel, S. (2022). Glue Sniffing Among the Street Children Residing at Pokhara Metropolitan, Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study *J Nepal Paediatr Soc*, 42, 1, 63-68.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022 Yılı faaliyet Raporu. Erişim tarihi: 14.06.2024, <https://www.aile.gov.tr/media/131765/kurumsal-istatistik-2022.pdf>.
- Asante, K.O., Nefale, M.T. (2021). Substance Use among Street-Connected Children and Adolescents in Ghana and South Africa: A Cross-Country Comparison Study. *Behav. Sci*, 11, 3, 28.
- Attia, M.S., Tayel, K.Y., Shata, Z.N., Othman, S.S. (2017). Psychosocial profile of institutionalised street children in Alexandria, Egypt: a comparative study with school children, *J Child Adolesc Ment Health*, 29, 2,103-116.
- Ayewew, M., Kabeta, T., Woldemichael, K. (2020). Prevalence and factors associated with substance use among street children in Jimma town, Oromiya national regional state, Ethiopia: a community based cross-sectional study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 15, 61, 2-9.
- Bah, Y.M. (2018). Drug Abuse Among Street Children. *Biomed J Sci&Tech Res*, 10, 4, 7939-7957.
- Bajari, A., Kuswarno, E. (2020).Violent language in the environment of street children singer-beggars. *Heliyon*, 11, 6, 8, e04664.
- Berad, A.S., Momula, S., Ravi Kumar, B.P. (2014). Study of health status of street children in Khammam City of Andhra Pradesh. *Int J Res Med Sci*, 2, 1500-3.
- Bhukuth, A., Ballet, J. (2015). Children of the Street: Why are they in the Street? How do they Live?. *Economics and Sociology*, 8, 4, 134-148.
- Bilgin, B.B. (2019). Sokakta Yaşayan Ve/Veya Çalış(tırıl)an Çocuklar. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 12, 64, 710-725.
- Bilgin, R. (2012). Sokakta Çalışan Çocukları Bekleyen Risk Ve Tehlikeler: Diyarbakır Örneği. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 8, 15, 79-96.
- Breakthrough, Erişim tarihi: 15.06.2024, <https://inbreakthrough.org/street-children-statistics-lives/>.
- Chairani, R., Palestin, B., Netty, E. (2022). Street Literacy as an Effort to Improve Healthy Behavior of Street Teenagers: Is it effective. *Journalof DrugDelivery and Therapeutics*, 12, 2-S, 151-154.
- Chimdessa, A., Cheire, A. (2018). Sexual and physical abuse and its determinants among street children in Addis Ababa, Ethiopia 2016. *BMC Pediatrics*, 18:304.
- Chowdhury, S., Chowdhury, A.S., Huq, K.E., Jahan, Y., Chowdhury, R., Ahmed, T. and Rahman, M.M. (2017). Life Style and Risk Behavior of Street Children in Bangladesh: A Health Perspective. *Health*, 9, 4, 577-591.
- Cumber, S. N., Tsoka-Gwegweni, J. M. (2015). The health profile of street children in Africa: a literature review. *Journal of Public Health in Africa*, 6, 2, 566.
- Cumber, S.N., Tsoka-Gwegweni, J.M. (2016). Characteristics of street children in Cameroon: A cross-sectional study. *Afr J Prm Health Care Fam Med*, 8, 1, a1076.
- Dejman, M., Vameqhi, M., Dejman, F., Roshanfekar, P., rafiey, H., Setareh Forouzan, A., Rezazadeh, M., Fazeli, P., Assari, S. (2015). Substance use Among Street Children in Tehran,Iran. *Int J Travel Med Glob Health*, 3,1, 23-7.
- Embleton, L., Mwangi, A., Vreeman, R., Ayuku, D., & Braitstein, P. (2013). The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 108, 10, 1722–1733.
- Endris, S., Dilgasa, G.S. (2019). Causes and Consequences of Streetism among Street Children in Harar City, Ethiopia. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 7,

2, 94-99.

Ewunetie, A. A., Alemayehu, M., Endalew, B., Abiye, H., Gedif, G., Muluye Molla Simie-neh, M.M. (2022). Sexual and Reproductive Health Problems and Needs of Street Youths in East Gojjam Zone Administrative Towns, Ethiopia: Exploratory Qualitative Study. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 13, 55-66.

Fantahun, T., Taa, B. (2022). Children of the street: The cause and consequence of their social exclusion in Gondar city, North West Ethiopia. *Cogent Soc. Sci*, 8, 2068268.

Goldblatt, A., Kwena, Z., Lahiff, M., Agot, K., Minnis, A., Prata, N., Lin, J., Bukusi, E.A, Auerswald, C.L. (2015).

Hassan, S.EA., Satti, A. (2023). Risk Factors, Child Abuse and Problems Facing Street Children Aged 5 to 18 Years in Khartoum State, Sudan. *Acta Scientific PAEDIATRICES*, 6, 2, 23-28.

Haylı, M.Ç., Sümengen A.A., Ocakçı, A.F. (2019). Sokakta Çalışan Çocukların Sağlığının Korunmasında Hemşirelerin Rolü. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 3, 86-90.

Hills, F., Meyer-Weitz, A., Asante, K. O. (2016). The lived experiences of street children in Durban, South Africa: Violence, substance use, and resilience. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 1, 30302.

Islam, F., Kar, S., Debroy, A., Sarma, R. (2014). Substance Abuse amongst the Street-children in Guwahati City, Assam, *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4, 3, 233-238.

Jamdade, V.N. (2016). A review on the health status of the street children: An exploratory study, *International Journal of Nursing and Medical Investigation*, 1, 2, 128-138.

Jardine-Dickerson K. (2015). Substance Abuse. In: Nies MA., McEwen M, editors. *Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations Sixth edition*, Elsevier Canada. p:536-540.

John, D., Yusha'u, A., Philip, T.,Taru, M. (2019). Street Children: Implication on Mental Health and the Future of West Africa. *Psychology*, 10, 5, 667-681.

Julien, G. (2022). Traits of street children. *Educational Research and Reviews*, 17, 5, 160-167.

Kaplan, V., Çuhadar, D. (2020). The levels of anger and aggression in street children with substance dependence. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs*, 33, 239-247.

Kebede, S.K. (2015). The Situation of Street Children in Urban Centers of Ethiopia and the Role of NGO in Addressing their Socio-Economic Problems: The Case of Hawassa City. *Inter. J. Acad. Res. Educ. Rev*, 3, 3, 45-57.

Kömürçü, B., Avşar Negiz, N. (2016). Kentsel Bir Sorun Alanı Olarak Sokakta Çalışan-Çalıştırılan Çocuklar: (Isparta Örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21, 3, 971-994.

Lashari, A., Kakepoto, H., Ali, Z., Ibrar, M. (2023). Causes Associated with the Growing Number of Street Children in Urban Cities of Indonesia. *Journal of Social Sciences Review*, 3, 2, 382- 392.

Mabouopda, V., Toguem, M. G., Noche, C. D., Eyoum, C., Djemo, J.B. F. (2022). Substance use and substance abuse among street children in the city of Yaounde, Cameroon. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 13,7, 749-754.

Magda, A. M., Manal F. M., Mona A. H., Sohier G.E. Abd El-Rahman. (2018). Causes and Consequences of Street Life on Homeless Children: Choice or Compulsion? *Med. J. Cairo Uni*, 86, 3, 1345-1355.

Mandalazi, P., Banda, C., Umar, E. (2013). Street children's vulnerability to HIV and sexually transmitted infections in Malawian cities, *Malawi Medical Journal*, 25, 1, 1-4.

Masud, J. H. B., Khan, M. M. (2018). Pattern of Drug Abuse among Street Children of Dhaka: Inhalants are the Most Popular Drug. *Delta Medical College Journal*, 6, 1, 29-34.

Mohapanele K. (2022). Exploring street children resilience during COVID-19 in South Africa: an exploratory literature review. *Social Sciences and Education Research Review*. 9(2):88-95.

Mudingayi, A., Lutala, P., Mupenda, B. (2011) HIV knowledge and sexual risk behavior among street adolescents in rehabilitation centres in Kinshasa; DRC: Gender differences.

Pan African Med J, 10, 23, 1-17.

Mukherjee, C. (2014). A Study on Socio- Educational and Rehabilitation Status of Street Children in Kolkata, IOSR Journal of Humanities And Social Science, 19, 17, 65-102.

Obimakinde, A. M., & Shabir, M. (2023). Physical, mental and healthcare issues of children on the street of Ibadan, Nigeria. African journal of primary health care & family medicine, 15(1), e1–e10. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3819>

On birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Çocuk Ve Gençlik Özel İhtisas Komisyonu Çocuk Çalışma Grubu Raporu (2018), Erişim tarihi: 14.06.2024, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Cocuk-ve-Genclik-Ozel-Ihtisas-Komisyonu-Cocuk-Calisma-Grubu-Raporu.pdf>

On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) (2023), Erişim tarihi: 14.06.2024, https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Planı_2024-2028_11122023.pdf

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) Çocuk Çalışma Grubu Raporu (2014), Erişim tarihi: 10.06.2024, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu-Kalkinma-Planı-Cocuk-Calisma-Grubu-Raporu.pdf>

Öner, S., Şaşmaz, T., Buğdaycı, R., Kurt, A.Ö., Uğurhan, F., Tezcan, H. (2006). Sokakta Çalışan ya da Yaşayan Çocuklarda Sigara Alkol ve Madde Kullanma Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16, 15-21.

Özçevik, D., Ocakçı, A. F. (2021). Çocukları Sokağa İten Faktörler, Karşılaştıkları Sorunlar ve Hemşiresinin Rolü. Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi, 5, 1, 26-32.

Prevalence and Correlates of HIV Infection among Street Boys in Kisumu, Kenya. PLoS One, 13, 10, October.

Rosenthal, D.M., Ucci, M., Heys, M., Schoenthaler, A., Lakhanpaul, M., Hayward, A., Lewis, C. A. (2022). Citizen Science Approach to Identifying Indoor Environmental Barriers to Optimal Health for under 5s Experiencing Homelessness in Temporary Accommodation. Int. J. Environ. Res. Public Health, 19, 7, 3976.

Sah, S.K., Neupane, N., Pradhan Tayba, A., Shah, S., Sharma, A. (2020). Prevalence of glue sniffing among street children. Nursing Open, 7, 1, 206-211.

Savari, N., Motaghi M. (2016). An evaluation of factors associated with Behavioral-internalized and Behavioral-Externalized disorders among street children in the capital city of Iran in 1394, International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5, 11, 127-133.

Senol Celik, S., Subasi Baybuga, M. (2009). Verbal, Physical and Sexual Abuse among Children Working on the Street, Australian Journal of Advanced Nursing, 26, 4, 14-22.

Shamem, A.S.M., Islam, S. (2020). Problems and Prospects of Street Children Schooling; an Empirical Study from Bangladesh Perspective, International Journal Of Social Science, Innovation And Educational Technologies, 1, 4, 397-406.

Sharma N., Joshi S. (2013). Preventing-substance abuse among street children in India: A literature review. Health Science Journal, 7, 2, 137-148.

Sharma, M.K. (2020). Street Children in Nepal: Causes and Health Status. Journal Of Health Promotion, 8, 129-140.

Singh, N., Gupta, P. (2015). Physical, sexual, emotional and Psychological abuse of street children brought to shelter house of Ghaziabad (U.P.). Indian Journal of Basic and Applied Medical Research, 5,1, 205-212.

Sitienei, E. C., Pillay, J. (2019). Life experiences of children living on Streets in Kenya: from the pot into the fire. Journal of Child & Adolescent Trauma, 12, 2, 201-9.

Soner, G., Aydın Avcı, İ. (2019). Savunmasız Gruplar, Risk Yönetimi Ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü. Samsun Sağlık Bil Der, 4, 1, 14-22.

Street children – statistics, their lives and why we have to care. <https://inbreakthrough.org/street-children-statistics-lives/>. erişim 10 Temmuz 2024

Streetkidsdirect, Outreach: street-living children, Erişim tarihi: 10 temmuz 2024, <https://streetkidsdirect.org.uk/index.php/what-we-do/outreach-street-living-children>

Subası Baybuga, M., Kubilay, G. (2003). Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocukların Aile Ve Yaşadıkları Konutun Özellikleri, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5, 2, 34–46.

- Subaşı Baybuga, M. (2018). Sokak Çocukları ve Sokakta Çalışan Çocuklar Yaşamın Kıyısındaki Hayatlar, Amasya, Göktuğ Yayıncılık.
- Sultana, M.T, Hossain, S., Parvin, R., Islam, M.T., Mithy, S.A. (2024). Impact of Drug Addiction on Street Children: Perspective Dhaka City. Open Access Library Journal, 11, 1-19.
- Tonmoy, S.B., Sohaib, M., Islam, K.R., Yeasmin, K.M. (2020). Drug Addiction Among Street Children And Its Impacts On Sustainable Development. Asian Journal of Social Sciences & Humanities, 9,1, 18-32.
- Türk Dil Kurumu, Erişim tarihi: 14.06.2024, <https://sozluk.gov.tr/>
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Şube Müdürlüğü, 2023. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf.
- Türkmen, M., Okyay, P., Ata ,O., okuyanoğlu,S.(2004). A descriptive study on street children living in a southern city of Turkey. Turk J Pediatr, 46, 2, 131-6.
- UNICEF (2005) Sokakta Yaşayan ve/veya Çalışan Çocuklar – Broşür, Erişim tarihi: 13.07.2024, <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/sokakta-ya%C5%9Fayan-veveya-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fan-%C3%A7ocuklar-bro%C5%9F%C3%BCr>,
- Vameghi, M., Roshanfekr, P., Ali, D., Noroozi, M., Madani, S., McFarland, W., Mirzazadeh, A. (2019). Population Size Estimates of Street Children in Iran: Synthesis of Multiple Methods. J. Urban Health, 96, 4, 549–557.
- Vameghi, M., Roshanfekr, P., Ghaedamini Harouni, G., Takaffoli, M., Bahrami, G. (2023). Street Children in Iran: What Are Their Living and Working Conditions? Findings from a Survey in Six Major Cities. Int. J. Environ. Res. Public Health, 20 (7), 5271, 2-14.
- WHO (2000) Understanding Substance Use Among Street Children, Module 3, Erişim tarihi:16.07.2024, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/substance-use/who-msd-mdp-00-14-module3.pdf?sfvrsn=7a1eae4a_2
- Yossif, H.A. A., Elsayed, D. M. S, Helmy, A A. M. (2017). Primary Prevention of Substance Abuse among Homeless Children in Egypt, IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6, 5, 47-55.
- Zewude, B., Siraw, G., Engdawork, K., Tadele, G. (2023). Health seeking behavior of Street connected children in Addis Ababa, Ethiopia. Front. Sociol, 8, 1188746.