ULUSAL HALK SAĞLIĞI VE GÜVENLİK SORUNU:
BAĞIMLILIK

Editör
Prof. Dr. Cengiz ŞAHİN

ULUSAL HALK SAĞLIĞI VE GÜVENLİK SORUNU: BAĞIMLILIK

Editör ▪ Prof. Dr. Cengiz ŞAHİN
Araştırma-İnceleme Dizisi No. 29
ISBN 978-625-95278-9-5
1. Baskı: Haziran 2026 (1000 adet)

Yayın Hakları © TASAV, 2026
Tüm yayın hakları TASAV'a aittir. TASAV'dan izin alınmadan kitabın tümünün ya da bir kısmının herhangi bir yöntem ile basımı, yayımı, çoğaltılması ve dağıtımı yapılamaz.

TÜRK AKADEMİSİ SİYASİ SOSYAL STRATEJİK ARAŞTIRMALAR VAKFI (TASAV)
Sertifika No: 49150

29 Ekim Caddesi 2654. Sokak No: 1 Gölbaşı-Ankara
Tel: +90 (312) 460 1779 ▪ Faks: +90 (312) 460 1789
www.tasav.org ▪ iletisim@tasav.org ▪ editor@tasav.org

***Tasarım, Dizgi ve Baskı*:**
Vega Basım Hizmetleri – Bahadır Levendoğlu ▪ Sertifika No: 43714
Korkutreis Mah. Lale Cad. No: 21/B Çankaya-Ankara ▪ +90 (312) 230 0723

Türk Akademisi Siyasî Sosyal Stratejik Araştırmalar Vakfı (TASAV)
Türkiye'de ve dünyada, yaşanmış ve yaşanmakta olan olayları; siyasî, sosyal, tarihî ve kültürel derinlik içinde ve stratejik bir bakış açısıyla değerlendiren, yeni tasarımlar ortaya koyarak gelecek vizyonu oluşturan bir düşünce kuruluşudur.

TASAV, bilimsel kıstasları esas alarak ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeyde araştırma, inceleme ve değerlendirme faaliyetlerinde bulunmaktadır. Çalışmalarını hiçbir kâr amacı gütmeden ilgililerle paylaşan TASAV; tarafsız, doğru, güncel ve güvenilir bilgiler ışığında kamuoyunu aydınlatmaya çalışmaktadır.

TASAV'ın amacı; ülkemizin ekonomik, sosyal, siyasî, kültür ve eğitim hayatının geliştirilmesine; millî menfaat ve birlik anlayışının, insan hak ve özgürlüklerinin, demokrasi kültürünün, jeopolitik ve jeostratejik düşünce biçiminin yaygınlaştırılmasına; toplumda millî, vicdanî ve ahlâkî değerlerin hâkim kılınmasına ve Türkiye'nin dünyadaki gelişmelerin belirleyicisi olmasına bilimsel faaliyetler aracılığıyla katkı sağlamaktır.

İÇİNDEKİLER

İsmail Faruk AKSU
Sunuş……1

Cengiz ŞAHİN
Giriş……..5

Cengiz ŞAHİN
Bağımlılığın Tanımı ve Türleri……...…….……...15

Yakup ARSLAN
Tütün ve Nikotin Bağımlılığı…….57

Zehra ARIKAN
Alkol Kullanım Bozukluğu…… 77

Merve CİNGİ YİRÜN & Nesrin DİLBAZ
Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Bağımlılığı……87

Merih ALTINTAŞ
Kumar Bağımlılığı……..…….. 109

Cengiz ŞAHİN
Teknoloji ve Dijital Bağımlılık……... 147

Hatice KUMCAĞIZ
Diğer Davranışsal Bağımlılıklar…….. 211

Murat ŞENTÜRK
Bağımlılığın Toplumsal Boyutu……... 233

Hakan ÇETİN
Bağımlılığın Hukuki Boyutu…… 253

Toker ERGÜDER
Bağımlılık Ekonomisi…… 289

Nurten SARGIN
Bağımlılığın Aile Boyutu……...309

Nesrin ÖZARSLAN
Bağımlılıklarla Mücadelenin Okul Boyutu…….....331

Yasemin KUŞ
Bağımlılığın Çalışma Yaşamı Boyutu……...365

Mustafa UZUN
Bağımlılık ve Şiddet İlişkisi……...389

Arzu ÇİFTÇİ
Bağımlılığın Tedavisi ve Rehabilitasyon:
Kronik Bir Hastalığa Kapsamlı Yaklaşım……. 409

Yunus Emre BULUT & Yasir ŞAFAK
Bağımlılıkta Koruyucu ve Önleyici Yaklaşımlar…….. 449

Mehmet DİNÇ
Bağımlılıkla Mücadelede Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü……...467

Ayhan ÖZKAN
Türkiye'de Bağımlılıklarla Mücadele Politikaları ve Uygulamaları..... 495

SUNUŞ

Bireysel bir zayıflık veya tek başına klinik bir sorun olarak ele alınamayacak, karmaşık ve birden fazla boyuta sahip yapısal bir nitelik taşıyan bağımlılık çoğu zaman hukuki, ahlaki ve insan sağlığı bakımında bir olumsuzluğun sürdürülmesinde ısrarı yansıtmaktadır. Bireyin, ailesinin ve içinde bulunulan toplumun yaşamını derinden etkileyen bu süreç; sağlık kayıpları, bilişsel işlevlerde zayıflama ve sosyal ilişkilerde çözülme şeklinde ortaya çıkarken; makro düzeyde çok daha derin sonuçlar doğurmaktadır.

Eğitim süreçlerinin sekteye uğraması, iş gücü verimliliğinin düşmesi, erken yaşta işgücü piyasasından kopuş ve sağlık harcamalarının artması gibi etkiler, toplumların üretken kapasitesini doğrudan sınırlamaktadır. Beşerî sermayenin kalitesindeki düşüş, uzun vadede kalkınma süreçlerini kırılgan hâle getirmektedir. Nitelikli iş gücünün azalması, yenilikçilik kapasitesinin gerilemesi ve kurumsal etkinliğin zayıflaması gibi sonuçlar, bağımlılığın stratejik bir kalkınma meselesi olduğunu açıkça göstermektedir. Bu yönüyle bağımlılık, gelir dağılımı eşitsizliklerinden sosyal dışlanmaya kadar pek çok yapısal sorunu da derinleştiren bir faktör olarak ele alınmalıdır.

Türk toplumunun kültürel kodları, değerler sistemi, aile yapısı dikkate alındığında bağımlılığa karşı etkin önleyici tedbirler, aile, devlet ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliğinde ve eşgüdümünde alınabilecektir. Bu yönde geliştirilecek mücadele, uygun kamu politikaları, iletişim araç ve yöntemleri ile desteklenmelidir. Dijitalleşmenin arttığı sosyal düzende risk oluşturacak araç ve yöntemlerin baskın olduğu, aykırılıkların, normal dışı olmanın özendirildiği bir ortam olası tehdit ve tehlikeleri dikkate almadan herhangi bir bağımlılık türüne eğilimi artırabilmektedir. Bağımlılık olgusunun çoğu zaman göz ardı edilen boyutlarından biri de, belirli koşullar altında şiddet davranışına evri-

lebilme potansiyelidir. Bu yönüyle bağımlılık, sağlık ve ekonomik sonuçlarıyla birlikte toplumsal düzen ve güvenlik açısından da kritik sonuçlar doğuran bir olgu olarak değerlendirilmektedir.

Bu çerçevede bağımlılıklara yönelik önleyici tedbirlerin önemi daha da belirgin hâle gelmektedir. Erken yaşta farkındalık kazandıran eğitim politikaları, risk gruplarına yönelik hedefli sosyal destek programları ve erişilebilir ruh sağlığı hizmetleri, bağımlılığın hem yaygınlığını hem de şiddete dönüşme ihtimalini azaltmada temel araçlar olmaktadır.

Türk Akademisi Siyasi Sosyal Stratejik Araştırmalar Vakfı (TASAV) olarak, Türk milletinin ekonomik, sosyal ve kültürel gelişimine katkı sağlama misyonumuz doğrultusunda, Türkiye'nin bugününde ve geleceğinde önemli bir mesele olarak gördüğümüz bağımlılık konusunu gündeme getirmek, toplumsal farkındalığın artmasına katkıda bulunmak istedik. Bu kapsamda günümüzde ulusal ve uluslararası ölçekte ciddi bir halk sağlığı ve güvenlik meselesi haline gelen bağımlılıklar konusunu, disiplinler arası ve çok boyutlu bir yaklaşımla ele almayı ve '***Ulusal Halk Sağlığı ve Güvenlik Sorunu: Bağımlılık***' başlıklı bir kitap çalışması yapmayı amaçladık. Bu çalışma kapsamında bağımlılık olgusunun, bireysel bir sağlık problemi olması gibi dar bir çerçeveden değil toplumsal yapı, kamu güvenliği, hukuk sistemi ve kamu politikalarıyla doğrudan ilişkili, çok boyutlu bir sorun olarak ele alınması hedeflenmiş, bağımlılık kavramının kuramsal, tıbbi, psikolojik, sosyolojik, eğitimsel, hukuki ve politik boyutlarının bütüncül bir çerçevede incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu doğrultuda eserde; tütün ve nikotin, alkol, uyuşturucu ve psikoaktif maddeler, kumar ve bahis, teknoloji ve diğer davranışsal bağımlılık türlerinin nedenleri, sonuçları ve yaygınlık alanlarının bilimsel veriler ışığında analiz edilmesi; bağımlılığın toplumsal çözülme, suç, şiddet, aile yapısı ve özellikle gençlik üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi; tedavi, rehabilitasyon ve önleyici müdahale süreçleri mevcut uygulamalar çerçevesinde ele alınmıştır. Ayrıca sivil toplum kuruluşları, kamu kurumları ve akademi arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesine katkı sunulması ile Türkiye'de bağımlılıkla mücadeleye yönelik mevcut politikaların, yasal düzenlemelerin ve uygulamaların

geliştirici bir bakış açısıyla değerlendirilmesi de çalışmanın temel hedefleri arasında yer almıştır. Hazırlanan bu eser; akademik bilgi ile politika üretim süreçleri arasında köprü kurmayı hedefleyen, karar alıcılar, uygulayıcılar, akademisyenler ve sivil toplum aktörleri için bilimsel, analitik ve yol gösterici bir kaynak olma iddia ve niteliği taşımaktadır.

Prof. Dr. Cengiz ŞAHİN'in editörlüğünde yürütülen bu kitap çalışmasıyla, bağımlılık konusundaki alan yazına Türkiye'nin ihtiyaç ve beklentilerini gözeten, stratejik ve milli bir bakış açısıyla katkı sunulması öngörülmüş, bağımlılığı disiplinler arası bir perspektifle ele alarak hem bireysel hem toplumsal düzeyde daha bütüncül bir anlayış geliştirmek hedeflenmiştir. Literatüre önemli katkı sunacağına ve referans bir eser olacağına inandığımız bu kitabı, alanında temayüz etmiş değerli bilim insanları ve uzmanlardan oluşan güçlü bir akademik kadronun çok kıymetli bilimsel çalışmalarıyla hazırlanmıştır.

Bu çerçevede, TASAV olarak eserin hazırlanmasında bilimsel katkıları, akademik titizlikleri ve emekleri için Prof. Dr. Cengiz ŞAHİN başta olmak üzere özveriyle çalışan tüm değerli yazarlarımıza, destekleri için Türkiye Yeşilay Cemiyetine ayrıca kitabın yayına hazırlanmasında katkı sağlayan TASAV çalışanlarına, baskı ve yayında emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Kitabın, okuyucu, araştırmacı ve politika yapıcılara yararlı olmasını ve yeni ufuklar açmasını temenni ediyorum.

İsmail Faruk AKSU
TASAV Başkanı

GİRİŞ

Prof. Dr. Cengiz ŞAHİN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
csahin40@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4875-4883

Bağımlılık, bireyin bir maddeyi kullanma ya da belirli bir davranışı sürdürme üzerindeki kontrolünü kaybetmesi ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen bu davranışı devam ettirmesiyle karakterize edilen kronik ve tekrarlayıcı bir durumdur. Bireyin yaşamını derinden etkileyen bu süreç; kontrol kaybı, tolerans gelişimi ve yoksunluk gibi belirtilerle kişinin günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Günümüzde bağımlılık, bireysel bir sağlık sorunu olmanın ötesine geçmiş; psikolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel boyutlarıyla çok yönlü ve karmaşık bir olgu hâline gelmiştir. Bu yönüyle bağımlılık, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde önemli bir halk sağlığı ve güvenlik sorunu olarak öne çıkmaktadır.

Bağımlılık türlerinin artması ve yaygınlığının genişlemesi; suç oranlarında yükselme, eğitim süreçlerinden kopuş, iş gücü kaybı, sağlık harcamalarında artış ve toplumsal düzenin zedelenmesi gibi pek çok olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir. Bu durum, bağımlılığın sadece bireyi değil; aileyi, sosyal çevreyi ve toplumu doğrudan etkileyen çok katmanlı bir sorun olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Geçmişte daha çok alkol, tütün ve uyuşturucu gibi madde kullanımına dayalı bir sorun olarak ele alınan bağımlılık, günümüzde teknolojinin gelişmesi ve yaşam biçimlerinin değişmesiyle birlikte davranışsal boyutları da kapsayan geniş bir çerçevede değerlendirilmektedir. İnternet, sosyal medya, dijital oyunlar, kumar ve bahis gibi alanlarda ortaya çıkan bağımlılıklar, bireyin zaman yönetimini, sosyal ilişkilerini ve psikolojik dengesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum, bağımlılığın biyolojik olduğu kadar öğrenme süreçleri, çevresel

koşullar ve kültürel dinamiklerle şekillenen karmaşık bir yapı olduğunu göstermektedir.

Bağımlılığın ortaya çıkışında genetik yatkınlık, kişilik özellikleri, travmatik yaşantılar, aile yapısı, sosyal çevre ve ekonomik koşullar gibi birçok faktör etkili olmaktadır. Bu nedenle bağımlılığı anlamak ve etkili müdahale yöntemleri geliştirmek için biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları birlikte ele alan bütüncül bir yaklaşım gereklidir.

Bu kitapta; bağımlılığın tanımı ve türlerinden başlayarak tütün, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılıklarının yanı sıra teknoloji, kumar ve bahis gibi davranışsal bağımlılıklar da kapsamlı biçimde ele alınmaktadır. Bununla birlikte bağımlılığın toplumsal boyutu; aile, okul ve çalışma yaşamı gibi temel sosyal kurumlar üzerinden değerlendirilmekte, bağımlılığın yalnızca bireysel değil aynı zamanda toplumsal bir olgu olduğu ortaya konulmaktadır. Çalışmada ayrıca koruyucu ve önleyici yaklaşımlar, erken müdahale stratejileri ve risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik politikalar önemli bir yer tutmaktadır. Bağımlılıkla mücadelede aile, eğitim kurumları, sağlık sistemi, kamu politikaları ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliği içinde hareket etmesinin gerekliliği belirtilmekte; mücadelenin yalnızca tedavi ile sınırlı kalmayıp önleme, rehabilitasyon ve toplumsal uyum süreçlerini de kapsaması gerektiği ifade edilmektedir.

Bu kitap, 18 bölümden oluşmakta olup bağımlılık olgusunu sistematik ve bütüncül bir çerçevede ele almaktadır. Bölümler; bağımlılık türlerinden toplumsal etkilerine, müdahale ve mücadele süreçlerinden politika ve uygulamalara kadar uzanan geniş bir perspektifle yapılandırılmıştır. Aşağıda, kitapta yer alan bölümler sırasıyla tanıtılmaktadır.

Kitabın hem editörü hem de bölüm yazarı olarak, birinci bölümde yer alan 'Bağımlılığın Tanımı ve Türleri' başlıklı yazımda, bağımlılık olgusunu tarihsel gelişimi, tanımı ve temel özellikleri çerçevesinde ele almaktayım. Çalışmada, bağımlılığın yalnızca madde kullanımına indirgenemeyecek kadar geniş bir yapıya sahip olduğu vurgulanmakta; dijitalleşmeyle birlikte ortaya çıkan davranışsal bağımlılıklara da dikkat çekilmektedir. Ayrıca bağımlılık, biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirilerek kontrol kaybı, tolerans gelişimi ve yoksunluk

gibi temel belirtileri üzerinden analiz edilmektedir. Bunun yanında bağımlılığa neden olan faktörler ve bağımlılık türlerine ilişkin sınıflandırmalar aracılığıyla konunun çok boyutlu yapısı ortaya konulmaktadır.

İkinci bölümde Yakup Arslan, 'Tütün ve Nikotin Bağımlılığı' başlıklı yazısında tütün kullanımını küresel ölçekte yaygın ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır. Yazar, tütün ve nikotin bağımlılığını biyopsikososyal bir hastalık çerçevesinde değerlendirerek nikotinin beyin ödül sistemi üzerindeki etkileri ile tolerans ve yoksunluk süreçleri üzerinden bağımlılık mekanizmasını açıklamaktadır. Ayrıca tütün kullanımının birey, toplum ve çevre üzerindeki olumsuz sonuçlarına dikkat çekmekte; bağımlılıkla mücadelede önleme, tedavi ve pasif maruziyetin azaltılmasına dayalı bir yaklaşım önermektedir. Bu kapsamda bölüm, tütün ve nikotin bağımlılığını tıbbi, toplumsal ve etik boyutlarıyla bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmektedir.

Üçüncü bölümde Zehra Arıkan, 'Alkol Kullanım Bozukluğu' başlıklı çalışmasında alkol bağımlılığını tarihsel gelişimi ve günümüzdeki etkileri çerçevesinde ele almaktadır. Yazar, alkol kullanım bozukluğunu bireyin alkol kullanımını kontrol edememesi üzerinden tanımlayarak DSM-5 ve ICD-11 kriterleri doğrultusunda klinik özelliklerini açıklamaktadır. Ayrıca bağımlılığın biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerini değerlendirirken bu sürecin fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamaktadır. Bunun yanında erken tanı, motivasyonel yaklaşımlar, psikososyal destek ve rehabilitasyonun önemine dikkat çekilmekte; bağımlılıkla mücadelede toplumsal bilinçlenmenin gerekliliği öne çıkarılmaktadır. Bu çerçevede bölüm, alkol kullanım bozukluğunu bireysel ve toplumsal boyutlarıyla bütüncül bir şekilde ele alınmaktadır.

Dördüncü bölümde Merve Cingi Yirün ve Nesrin Dilbaz, 'Uyuşturucu ve Psikoaktif Madde Bağımlılığı' başlıklı analizinde psikoaktif madde kullanımını küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır. Yazarlar; kannabis, opioidler, uyarıcılar, halüsinojenler, sedatifler ve uçucu maddeler gibi farklı madde türlerini kullanım biçimleri, etkileri ve bağımlılık potansiyelleri açısından incelemektedir. Ayrıca bağımlılığı biyopsikososyal bir hastalık olarak değerlendirerek sürecin fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarını kapsamlı

biçimde analiz etmektedirler. Bunun yanında maddelerin kısa ve uzun vadeli etkileri, yoksunluk süreçleri ve tedavi yaklaşımları ele alınmakta; özellikle psikososyal destek ve uzun süreli tedavinin önemi vurgulanmaktadır. Bu bağlamda bölüm, madde bağımlılığını bütüncül bir perspektifle değerlendiren kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır.

Beşinci bölümde Merih Altıntaş, 'Kumar Bağımlılığı' başlıklı yazısında kumar bağımlılığını biyopsikososyal boyutlarıyla ele almakta; dijitalleşme ve çevrim içi platformların etkisiyle kumar davranışının giderek yaygınlaşan önemli bir davranışsal bağımlılık türüne dönüştüğünü vurgulamaktadır. Bölümde kumar bağımlılığının nörobiyolojik ve psikolojik temelleri, bilişsel çarpıtmalar, risk faktörleri ve DSM-5 tanı ölçütleri açıklanmakta; depresyon, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları gibi eşlik eden psikiyatrik tablolar değerlendirilmektedir. Ayrıca Türkiye'de kumarın yaygınlığı, yasa dışı bahis sorunları ve hukuki düzenlemeler ele alınırken; bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme ve relaps önleme yaklaşımları başta olmak üzere güncel tedavi yöntemlerinin önemi vurgulanmaktadır.

Altıncı bölümde bendeniz, 'Teknoloji ve Dijital Bağımlılık' başlıklı yazımda dijitalleşmenin tarihsel gelişiminden hareketle teknoloji kullanımının bireysel ve toplumsal yaşam üzerindeki dönüşümünü ele almaktayım. Çalışmada teknoloji ve dijital kavramları arasındaki fark ortaya konularak dijital bağımlılık; internet, sosyal medya ve çevrim içi platformlar üzerinden gelişen davranışsal bir bağımlılık türü olarak açıklanmaktadır. Ayrıca dijital bağımlılığın kontrol kaybı, tolerans ve yoksunluk gibi belirtilerle ortaya çıkan aşamalı bir süreç olduğu vurgulanmaktadır. Bunun yanında dijital oyun, sosyal medya, mobil telefon ve internet bağımlılığı gibi farklı türler üzerinden konunun bireyin psikolojik, sosyal ve akademik işlevselliği üzerindeki etkileri değerlendirilmektedir. Söz konusu bölüm, dijital bağımlılığı modern yaşamın önemli sorunlarından biri olarak kapsamlı bir çerçevede ele almaktadır.

Yedinci bölümde Hatice Kumcağız, 'Diğer Davranışsal Bağımlılıklar' başlıklı çalışmasında modern toplumda yaygınlaşan madde dışı bağımlılık türlerini ele almaktadır. Yazar; alışveriş, iş, egzersiz, kompulsif yeme ve mesajlaşma gibi davranışsal bağımlılıkları biyolojik,

psikolojik ve sosyokültürel boyutlarıyla incelemektedir. Ayrıca bu bağımlılıkların çoğu zaman normal ya da olumlu davranışlar olarak görülmesinin sorunun fark edilmesini zorlaştırdığına dikkat çekmektedir. Bunun yanında kontrol kaybı, tolerans ve yoksunluk gibi ortak mekanizmaları vurgulayarak müdahale sürecinde bütüncül yaklaşımların önemini ortaya koymaktadır. Bu yönüyle bölüm, davranışsal bağımlılıkları modern yaşamın ortaya çıkardığı önemli sorun alanlarından biri olarak değerlendirmektedir.

Sekizinci bölümde Murat Şentürk, 'Bağımlılığın Toplumsal Boyutu' başlıklı yazısında bağımlılığı yalnızca bireysel ya da biyolojik bir sorun olarak değil, ekonomik, kültürel ve yapısal dinamiklerle şekillenen toplumsal bir olgu olarak ele almaktadır. Bölümde bağımlılığın yoksulluk, eşitsizlik, mahalle yapısı, sosyal dışlanma, neoliberal politikalar, tüketim kültürü ve dijital kapitalizmle ilişkisi sosyolojik kuramlar ve güncel araştırmalar ışığında incelenmektedir. Ayrıca bağımlılığın aile yapısı, gençlik, suç oranları, iş gücü kaybı ve toplumsal damgalama üzerindeki etkileri değerlendirilirken; bağımlılıkla mücadelede yalnızca bireysel tedaviye değil, sosyal politika, toplumsal dayanışma, yapısal dönüşüm ve kamusal düzenlemeleri içeren bütüncül yaklaşımlara ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır.

Dokuzuncu bölümde Hakan Çetin, 'Bağımlılığın Hukuki Boyutu' başlıklı değerlendirmesinde bağımlılığı yalnızca bireysel bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda hukuk ve kamu politikası meselesi olarak ele almaktadır. Yazar; tütün, alkol, uyuşturucu, kumar ve dijital bağımlılıklara ilişkin ulusal ve uluslararası düzenlemeleri değerlendirerek bağımlılıkla mücadelenin yasaklayıcı tedbirlerin ötesinde, erişimi azaltan ve farkındalığı artıran bütüncül politikalarla yürütülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca dijitalleşmeyle ortaya çıkan yeni risk alanlarına dikkat çekerek güncel ve etkili hukuki düzenlemelerin önemini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda bölüm, bağımlılığı hukuk ve kamu politikası boyutlarıyla kapsamlı biçimde incelenmektedir.

Onuncu bölümde Toker Ergüder, 'Bağımlılık Ekonomisi' başlıklı analizinde bağımlılığı sağlık sistemi, iş gücü piyasası, kamu maliyesi ve toplumsal refah üzerinde etkiler yaratan önemli bir ekonomik sorun olarak ele almaktadır. Yazar; tütün, alkol, uyuşturucu ve kumar

bağımlılıklarının Türkiye ekonomisi üzerindeki maliyetlerini güncel veriler ışığında değerlendirmekte, özellikle üretkenlik kaybı ve iş gücü verimliliğindeki azalmanın ekonomik etkilerine dikkat çekmektedir. Ayrıca vergi politikaları, reklam kısıtlamaları ve önleme programlarının bağımlılıkla mücadelede önemli araçlar olduğunu vurgulamaktadır. Bu çerçevede bölümde, bağımlılığı ekonomik boyutları ve politika önerileri çerçevesinde kapsamlı biçimde analiz edilmektedir.

On birinci bölümde Nurten Sargın, 'Bağımlılıkta Aile' başlıklı çalışmasında bağımlılığı aile sistemi içerisinde şekillenen çok boyutlu bir süreç olarak ele almaktadır. Yazar, aile içi iletişim sorunları, ebeveyn tutumları, travmatik yaşantılar ve sosyoekonomik koşulların bağımlılık üzerindeki etkilerini değerlendirirken, aileyi hem risk faktörü hem de koruyucu bir unsur olarak incelemektedir. Ayrıca sevgi, güven ve açık iletişime dayalı aile ilişkilerinin bağımlılığa karşı koruyucu bir işlev üstlendiğini vurgulamakta; aile temelli müdahale ve psiko-eğitim çalışmalarının önemine dikkat çekmektedir. Bu kapsamda bölüm, bağımlılığı aile boyutuyla kapsamlı biçimde değerlendirmektedir.

On ikinci bölümde Nesrin Özarslan, 'Bağımlılıklarla Mücadelenin Okul Boyutu' başlıklı yazısında bağımlılığı eğitim sistemi ve okul ortamı bağlamında ele almaktadır. Yazar; okul iklimi, akran ilişkileri, öğretmen rolleri ve aile yapısının bağımlılık üzerindeki etkilerini değerlendirerek güvenli okul ortamı ve aidiyet duygusunun koruyucu önemine dikkat çekmektedir. Ayrıca Millî Eğitim Bakanlığının okul temelli bağımlılıkla mücadele programlarını inceleyerek öğretmen, aile ve okul iş birliğinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu yönüyle bölümde, bağımlılıkla mücadelede okulun rolünü bütüncül ve politika odaklı bir çerçevede incelenmektedir.

On üçüncü bölümde Yasemin Kuş, 'Bağımlılığın Çalışma Yaşamı Boyutu' başlıklı analizinde bağımlılığı iş yaşamı bağlamında ele almaktadır. Yazar, iş yükü, rol belirsizliği, dijitalleşme ve örgütsel kültür gibi faktörlerin bağımlılık davranışlarını etkilediğini vurgulayarak bağımlılığı çok boyutlu bir psikososyal risk olarak değerlendirmektedir. Ayrıca tütün, alkol, psikoaktif madde ve dijital bağımlılıkların çalışma yaşamında devamsızlık, performans kaybı ve iş kazaları gibi olumsuz sonuçlara yol açtığını belirtmektedir. Bunun yanında çalışan

destek programları, psikososyal müdahaleler ve sağlıklı işyeri politikalarının önemine dikkat çekmektedir. Bu kapsamda bölüm, bağımlılığı çalışma yaşamı ekseninde çözüm odaklı bir yaklaşımla değerlendirmektedir.

On dördüncü bölümde Mustafa Uzun, 'Bağımlılık ve Şiddet İlişkisi' başlıklı eserinde bağımlılığı toplumsal düzeni ve kamu güvenliğini etkileyen çok boyutlu bir sorun olarak ele almaktadır. Yazar, bağımlılık ile şiddet arasındaki ilişkiyi nörobiyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutlarıyla değerlendirerek özellikle psikoaktif maddelerin dürtü kontrolünü zayıflatarak saldırgan davranışlara zemin hazırlayabileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca sosyal dışlanma, ekonomik eşitsizlikler ve aile yapısı gibi unsurların bağımlılık ve şiddet döngüsünü beslediğine dikkat çekmektedir. Bunun yanında erken müdahale, rehabilitasyon ve sosyal destek mekanizmalarını içeren bütüncül politikaların önemini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede bölüm, bağımlılık ve şiddet ilişkisini disiplinlerarası bir perspektifle ele alınmaktadır.

On beşinci bölümde Arzu Çiftçi, 'Bağımlılığın Tedavisi ve Rehabilitasyon' başlıklı yazısında bağımlılığı kronik ve biyopsikososyal temelli bir hastalık olarak ele almakta; tedavi sürecinin çok boyutlu bir yaklaşımla yürütülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Yazar, bağımlılık tedavisinin yalnızca detoksifikasyonla sınırlı olmadığını; farmakoterapi, psikoterapi ve sosyal rehabilitasyonu içeren uzun dönemli bir bakım modeli gerektirdiğini belirtmektedir. Ayrıca motivasyonel görüşme, bilişsel davranışçı terapi ve grup terapileri gibi yöntemlerin iyileşme sürecindeki önemine dikkat çekmektedir. Bunun yanında rehabilitasyon sürecinde bireyin sosyal ve psikolojik işlevselliğini yeniden kazanmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda bölüm, bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonunu bilimsel ve bütüncül bir çerçevede incelenmektedir.

On altıncı bölümde Yunus Emre Bulut ve Yasir Şafak, 'Bağımlılıkta Koruyucu ve Önleyici Yaklaşımlar' başlıklı yazılarında bağımlılığı halk sağlığı perspektifiyle ele almakta ve bağımlılıkla mücadelede koruyucu, önleyici ve toplum temelli stratejilerin önemini vurgulamaktadır. Bölümde bağımlılığın bireysel, ailesel, okul, akran ve toplumsal

düzeydeki risk ve koruyucu faktörleri değerlendirilirken; birincil, ikincil ve üçüncül koruma yaklaşımları ayrıntılı biçimde açıklanmaktadır. Ayrıca maddesel ve davranışsal bağımlılıklara yönelik önleme stratejileri, okul ve aile temelli müdahaleler, ulusal politika ve mevzuat çerçevesi ile dijital sağlık uygulamaları, yapay zekâ destekli müdahaleler ve dayanıklılık temelli yaklaşımlar gibi yenilikçi yöntemler ele alınarak bağımlılıkla mücadelede bütüncül ve sürdürülebilir bir yaklaşımın gerekliliği ortaya konulmaktadır.

On yedinci bölümde Mehmet Dinç, 'Bağımlılıkla Mücadelede Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü' başlıklı değerlendirmesinde bağımlılığı toplumsal ve kamusal boyutları olan çok katmanlı bir mesele olarak ele almaktadır. Yazar, sivil toplum kuruluşlarının önleme, farkındalık oluşturma, erken müdahale ve rehabilitasyon süreçlerinde önemli bir rol üstlendiğini vurgulamaktadır. Ayrıca Yeşilay örneği üzerinden Türkiye'de bağımlılıkla mücadelenin kurumsal gelişimini değerlendirerek önleme programları ve rehabilitasyon çalışmalarının bütüncül bir yaklaşımla yürütülmesi gerektiğini belirtmektedir. Bunun yanında sivil toplumun gönüllülük, savunuculuk ve çok paydaşlı iş birlikleri aracılığıyla bağımlılıkla mücadeledeki etkinliğine dikkat çekmektedir. Bu yönüyle bölüm, sivil toplumun bağımlılıkla mücadeledeki rolünü kapsamlı bir perspektifle ele alınmaktadır.

On sekizinci bölümde Ayhan Özkan, 'Türkiye'de Bağımlılıklarla Mücadele Politikaları ve Uygulamaları' başlıklı yazısında bağımlılığı hukuki, kurumsal ve toplumsal boyutları olan kapsamlı bir kamu politikası alanı olarak ele almaktadır. Yazar, Türkiye'de bağımlılıkla mücadelenin arz ve talebin azaltılması ekseninde şekillendiğini belirterek kurumlar arası koordinasyon ve çok paydaşlı iş birliğinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca ulusal strateji belgeleri, eylem planları ve kurumsal yapılar üzerinden politika üretim süreçlerini değerlendirirken teknoloji ve kumar gibi davranışsal bağımlılıkların da yeni risk alanları oluşturduğuna dikkat çekmektedir. Bunun yanında önleme, tedavi, rehabilitasyon ve sosyal uyum süreçlerinin birlikte ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda bölüm, Türkiye'de bağımlılık politikalarını kapsamlı ve sistematik bir perspektifle değerlendirmektedir.

Kitapta yer alan bölümler, bağımlılığın farklı türlerini disiplinlerarası bir bakış açısıyla inceleyerek okuyucuya kapsamlı bir değerlendirme zemini sunmaktadır. Özellikle madde bağımlılıkları ile davranışsal bağımlılıkların birlikte ele alınması, bağımlılık olgusunun modern toplumda geçirdiği dönüşümü ortaya koyması açısından önemli bir katkı sağlamaktadır.

Eserde sorun alanlarının tanımlanmasıyla yetinilmemiş; koruyucu ve önleyici yaklaşımlar, erken müdahale stratejileri, rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal uyum mekanizmaları da ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir. Bu kapsamda aile, okul, sağlık sistemi, kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları arasındaki iş birliğinin önemi ortaya konularak bağımlılıkla mücadelenin çok paydaşlı bir süreç olduğu ifade edilmektedir. Böylece eser, hem akademik bilgi üretimine katkı sunmakta hem de uygulayıcılar için yol gösterici öneriler geliştirmektedir.

Kitapta yer alan kuramsal açıklamalar ile uygulamaya dönük çözüm önerilerinin birlikte sunulması, çalışmanın akademik çevreler, eğitimciler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, psikolojik danışmanlar/rehber öğretmenler, sağlık çalışanları, hukukçular ve politika yapıcılar açısından önemli bir başvuru kaynağı niteliği taşımasını sağlamaktadır. Ayrıca bağımlılığın nedenleri, etkileri ve çözüm yollarının biyopsikososyal bir çerçevede ele alınması, okuyucunun konuyu bütüncül bir perspektifle değerlendirmesine imkân tanımaktadır.

Bu eser, bağımlılık olgusunu tarihsel gelişiminden güncel görünümlerine kadar geniş bir perspektifle ele alan; bilimsel temellere dayalı, kapsamlı ve disiplinlerarası bir çalışma niteliğindedir. Bağımlılıkla mücadelede önleme, tedavi, rehabilitasyon ve toplumsal farkındalık süreçlerinin birbirini tamamlayan unsurlar olduğunu ortaya koyan eser, hem akademik literatüre hem de toplumsal mücadeleye önemli katkılar sunmaktadır.

Son olarak, bu kıymetli eserin fikir aşamasından yayıma hazırlanmasına kadar geçen her süreçte büyük bir titizlik, özveri ve samimiyetle katkı sunan, yol göstericiliği ve yapıcı katkılarıyla çalışmanın olgunlaşmasına mihmandarlık eden ve bizlere güç veren Türk Akademisi Siyasi Sosyal Stratejik Araştırmalar Vakfı (TASAV) Başkanı İsmail Faruk Aksu'ya en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

BAĞIMLILIĞIN TANIMI VE TÜRLERİ

Prof. Dr. Cengiz ŞAHİN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
csahin40@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4875-4883

Giriş

İnsanlık tarihi boyunca bağımlılık olgusu varlığını sürdürmüştür. İlk dönemlerde bağımlılık, bitkisel maddeler aracılığıyla ortaya çıkmıştır. Bu maddeler acıyı azaltma amacı için kullanılmıştır. Zamanla bağımlılık, toplumsal ve kültürel değişimlerle birlikte dönüşmüştür. Giderek daha karmaşık bir yapıya evrilmiştir. Günümüzde bağımlılık, yalnızca uyuşturucu, alkol ve sigara gibi maddelerle sınırlı değildir. Dijitalleşme, teknoloji kullanımı, sosyal medya, kumar, çevrimiçi oyunlar, televizyon, alışveriş ve cinsel içerikli yayınlar gibi davranışsal alanları da kapsayan çok boyutlu bir sorun haline gelmiştir. Bu genişleme, bağımlılığı yalnızca bireysel bir problem olmaktan çıkararak toplumsal düzeyde önemli bir tehdit unsuru haline getirmiştir. Nitekim çay ve kahve tüketimi gibi gündelik yaşam pratikleri dahi belirli koşullar altında bağımlılık benzeri örüntüler sergileyebilmektedir. Bu durum, özellikle çocuklar ve gençler açısından değerlendirildiğinde, toplumsal yapı ve kültürel değerler üzerinde dönüştürücü ve kimi zaman aşındırıcı etkiler doğurabilmektedir.

Bağımlılık, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen kronik ve yineleyici bir bozukluktur. Bu süreç kötüye kullanım, problemli kullanım, tiryakilik, tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtileri gibi aşamalar üzerinden ilerleyen dinamik bir yapı arz etmektedir. Başlangıçta kontrol edilebilir görünen kullanım biçimleri, zamanla bireyin maddeye ya da davranışa yüklediği anlamın değişmesiyle birlikte farklı bir boyuta taşınmaktadır. Özellikle bireyin söz konusu madde ya da davranışı bir başa çıkma mekanizması olarak kullanmaya başlaması, kontrol kaybı riskini artırmakta ve bağımlılık

gelişimini hızlandırmaktadır. Bu bağlamda stres, kaygı, travmatik yaşantılar ve sosyal izolasyon gibi faktörler, bağımlılık sürecinin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde belirleyici rol oynamaktadır.[1,2,3,4,5]

Günümüzde bağımlılık, bireysel bir sağlık sorunu olduğu kadar ciddi bir halk sağlığı ve güvenlik meselesi olarak da değerlendirilmektedir. Bu çerçevede bağımlılık olgusu genel olarak madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılık olmak üzere iki ana kategoride ele alınmaktadır. Madde bağımlılığı tarihsel olarak daha köklü bir geçmişe sahipken, davranışsal bağımlılıklar özellikle dijitalleşme süreciyle birlikte giderek artan bir görünürlük kazanmış ve güncel araştırmaların odak noktalarından biri haline gelmiştir.

1. Bağımlılığın Tarihçesi

Tarih öncesi çağlarda psikoaktif maddelerin kullanımı büyük ölçüde dini ritüel ve kültürel bağlamda gerçekleşmiştir. Ritüel, dini ve tıbbi uygulamalar ile ilgili tarihi, filolojik ve arkeolojik kanıtlar bu tür uygulamaların doğası, özellikleri hakkında bilgiler sunmaktadır.[6] Özellikle Paleolitik dönemde avcı-toplayıcı toplulukların doğada bulunan bazı bitkilerin bilinç değiştirici etkilerini keşfettikleri ve bu maddeleri çeşitli ritüellerde kullandıkları düşünülmektedir. Bu kullanımın amacı genellikle trans haline geçmek, ruhsal deneyimler yaşamak veya doğaüstü güçlerle iletişim kurmaktır. Neolitik Çağ ile birlikte yerleşik hayata geçilmesi ve tarımın başlaması, fermente içeceklerin üretimini mümkün kılmıştır. Bu dönemde psikoaktif maddeler sosyal etkinliklerde, dini törenlerde ve kutlamalarda kullanılmaya başlanmış ancak kullanım hala belirli toplumsal sınırlar içinde kalmış ve modern anlamda bağımlılık davranışıyla doğrudan ilişkilendirilmemiştir.[5,7]

İlk çağda antik uygarlıklar döneminde psikoaktif maddeler hem günlük yaşamın hem de tıbbi uygulamaların önemli bir parçası haline gelmiştir. Mezopotamya'da bira üretimi yaygınlaşmış, Antik Mısır'da bira ve şarap hem günlük tüketimde hem de manevi ritüellerde kullanılmıştır. Ayrıca afyon gibi maddeler ağrı kesici ve yatıştırıcı olarak tıbbi amaçlarla değerlendirilmiştir. Antik Yunan ve Roma toplumlarında madde kullanımı sosyal yaşamın merkezinde yer almakla birlikte, bu dönemde ilk kez aşırı kullanımın zararlarına yönelik eleştiriler

ortaya çıkmıştır. Filozoflar aşırı alkol tüketiminin bireyin akıl yürütmesini zayıflatabileceğini ve toplumsal düzeni olumsuz etkileyebileceğini vurgulamışlardır. Bu durum bağımlılığa yönelik erken farkındalıkların geliştiğini göstermektedir.[7]

Orta Çağ'da bağımlılık büyük ölçüde dini ve ahlaki bir çerçevede ele alınmıştır. Alkol ve diğer maddelerin aşırı kullanımı çoğunlukla bireyin ahlaki zayıflığı veya irade eksikliği olarak değerlendirilmiştir. Bu dönemde hem Hristiyanlık hem de İslam gibi büyük dinler aşırı madde kullanımına karşı uyarılar içermiştir. Müdahale yaklaşımları ise bilimsel temelden ziyade dini normlar, yasaklar ve ahlaki öğütler üzerinden şekillenmiştir.[7,8]

Yeni Çağ'da bilimsel düşüncenin gelişmesiyle birlikte bağımlılığa yönelik yaklaşımlar değişmeye başlamıştır. Ancak bağımlılık hala büyük ölçüde ahlaki ve toplumsal bir sorun olarak görülmeye devam etmiştir. Bununla birlikte tıp ve bilim alanındaki ilerlemeler, bağımlılığın ilerleyen dönemlerde bilimsel olarak ele alınmasının zeminini hazırlamıştır.[8]

Yakın Çağ, bağımlılığın bilimsel bir kavram olarak tanımlandığı ve çok boyutlu biçimde incelendiği dönemdir. 19. yüzyılda 'alkolizm' kavramı ilk kez bağımlılık yapan bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Psikoloji ve psikiyatri alanındaki gelişmelerle birlikte bağımlılık; psikodinamik (bilinçdışı çatışmalar), davranışçı (öğrenme süreçleri) ve bilişsel (düşünce kalıpları) yaklaşımlarla açıklanmıştır. Nörobilim alanındaki ilerlemeler bağımlılığın dopamin sistemi ve ödül devreleriyle ilişkili biyolojik temellerini ortaya koymuştur.[9]

Günümüzde bağımlılık, biyopsikososyal model çerçevesinde ele alınmakta olup, kişinin karakteri veya ahlaki yapısıyla değil, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan çok faktörlü bir sağlık sorunu olarak görülmektedir.[10]

2. Bağımlılığın Tanımı

Bağımlılık, American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği) [APA] tarafından geliştirilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5)[11] ve World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) [DSÖ] tarafından geliştirilen

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-11)[12] tanı kriterlerine göre tanımlanan klinik bir bozukluktur. Her iki sınıflandırma sistemi de bağımlılığı, bireyin bir maddeyi ya da davranışı kontrol etmekte zorlandığı, kullanımın giderek arttığı ve olumsuz sonuçlara rağmen sürdürüldüğü bir süreç olarak ele almaktadır.

DSM-5'e[11] göre bağımlılık, 'madde kullanım bozukluğu' başlığı altında değerlendirilmekte ve kontrol kaybı, aşerme, tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtileri gibi ölçütler üzerinden tanımlanmaktadır. Bu süreçte birey, madde kullanımını azaltma ya da bırakma konusunda başarısız olmakta ve kullanım davranışı günlük yaşamın merkezine yerleşmektedir. ICD-11'de[12] ise bağımlılık, 'bağımlılık sendromu' olarak ifade edilmekte ve kullanım üzerinde kontrolün bozulması, maddeye öncelik verilmesi ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın sürdürülmesi olmak üzere özellikle üç temel unsur vurgulanmaktadır.

Bu çerçevede bağımlılık, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bütüncül bir bozukluk olarak ele alınmaktadır. Her iki tanı sistemi de bağımlılığın yalnızca madde kullanımıyla sınırlı olmadığını, kumar ve dijital oyunlar gibi davranışsal örüntülerin de bağımlılık kapsamında değerlendirilebileceğini kabul etmektedir.

Bu yönüyle bağımlılık, DSM-5 ve ICD-11 tanı kriterlerine göre, bireyin bir maddeyi kullanma ya da belirli bir davranışı sürdürme üzerinde kontrol kaybı yaşaması, bu davranışa yönelik yoğun istek duyması, zamanla aynı etkiyi elde edebilmek için tolerans gelişimi göstermesi ve davranışın kesilmesi durumunda yoksunluk belirtileri ortaya çıkmasına rağmen kullanımın sürdürülmesiyle karakterize edilen kronik bir bozukluktur. Bu süreçte birey, ortaya çıkan fiziksel, psikolojik veya sosyal olumsuz sonuçlara rağmen davranışı devam ettirme eğilimi gösterebilir.

Bağımlılık süreçleri, beynin ödül, motivasyon ve kontrol mekanizmalarında meydana gelen değişikliklerle ilişkilendirilmekte ve bireyin davranışlarını düzenleme kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bağımlılık sürecinde birey, bağımlılık nesnesine yönelik yoğun bir arzu ve tekrarlayıcı bir istek geliştirir. Bu dürtüsel istek çoğu zaman kişinin direnme kapasitesini aşarak davranış üzerinde kontrol kaybına yol açabilir. Zamanla bağımlılık davranışı bireyin gündelik yaşamını,

sosyal ilişkilerini ve akademik ya da mesleki sorumluluklarını etkileyen merkezi bir unsur haline gelir. İlk aşamalarda kısa süreli haz veya rahatlama sağlayan bu döngü, ilerleyen süreçte bireyin fiziksel sağlığını, sosyal uyumunu ve genel yaşam kalitesini belirgin biçimde olumsuz yönde etkileyen kronik bir sorun halini alabilmektedir. Örneğin; madde bağımlılığında birey, alkol veya uyuşturucu kullanımının sağlığa zarar verdiğini bilmesine rağmen kullanımını sürdürmeye devam edebilir. Davranışsal bağımlılıklarda ise kişi, uzun süreli internet kullanımı, çevrim içi oyun oynama ya da kumar oynama gibi davranışları kontrol etmekte zorlanabilir ve bu durum akademik başarıda düşüş, iş performansında azalma veya aile ve arkadaş ilişkilerinde çatışmaların artmasıyla sonuçlanabilir. Benzer şekilde bağımlılıkla ilişkili davranışların artması, bireyin günlük sorumluluklarını ihmal etmesine, uyku düzeninin bozulmasına ve kaygı, depresyon veya yalnızlık duyguları gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle bağımlılık, yalnızca bireyin sağlık durumunu değil, aynı zamanda sosyal işlevselliğini ve yaşam doyumunu da etkileyen çok boyutlu bir sorun olarak ele alınmaktadır.[13,14,15,16,17,18]

Bağımlılık hem fiziksel hem de psikolojik bileşenleri bulunan çok boyutlu bir sendrom olarak değerlendirilmektedir. *Fiziksel bağımlılık*; organizmanın kullanılan maddeye biyolojik düzeyde uyum sağlaması sonucunda ortaya çıkan fizyolojik değişimlerle ilişkilidir. Bu süreçte birey zamanla aynı etkiyi elde edebilmek için daha yüksek dozda madde kullanımına ihtiyaç duyabilmekte (tolerans gelişimi) ve madde kullanımının azaltılması ya da kesilmesi durumunda çeşitli yoksunluk belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Yoksunluk belirtileri; huzursuzluk, terleme, titreme, uyku bozuklukları, kaygı ve fiziksel rahatsızlık gibi çeşitli fizyolojik ve psikolojik tepkiler şeklinde görülebilmektedir. *Psikolojik bağımlılık* ise bireyin madde kullanımına yönelik yoğun bir istek veya dürtü duyması, kullanım davranışını sürdürmeye yönelik güçlü bilişsel ve duygusal motivasyon geliştirmesi ve maddenin stresle başa çıkma ya da duygusal düzenleme aracı olarak kullanılmasını içermektedir.[19]

Bu bağlamda birey, olumsuz duyguları azaltmak, rahatlama sağlamak veya haz duygusunu artırmak amacıyla madde kullanımına yönelmekte ve zamanla bu davranış bireyin günlük yaşamında merkezi bir yer edinmektedir. Dolayısıyla bağımlılık, biyolojik süreçlerin yanı sıra bilişsel, duygusal ve davranışsal mekanizmaların etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir olgu olarak değerlendirilmektedir.

3. Bağımlılığın Tanı Kriterleri

Genel olarak bağımlılık tanı kriterleri, DSM-5 ve ICD-11 gibi sınıflandırma sistemlerinde benzer temel özellikler etrafında toplanmaktadır. Bu ortak özellikler, bağımlılığın hem madde hem de davranışsal türlerinde gözlenen temel klinik örüntüleri yansıtır. Bu ortak özellikler aşağıda açıklanmıştır.[20,21,22,23]

a) Kontrol Kaybı: Bağımlılığın en temel özelliklerinden biridir. Birey, madde ya da davranış üzerindeki kullanımını sınırlandırmakta zorlanır ve planladığından daha fazla ya da daha uzun süre kullanır. Bireyin bir maddeyi ya da davranışı ne zaman, ne kadar ve hangi koşullarda kullanacağını belirleme kapasitesinin zayıflaması anlamına gelir. Kişi çoğu zaman kullanımı sınırlandırmak ister ancak bunu sürdüremez. Madde kullanımında kontrol kaybı genellikle miktar ve süre üzerinde görülür. Kişi 'sadece bir tane içeceğim' diyerek başladığı alkol kullanımını planladığından çok daha fazla sürdürür. Sigara bırakmaya karar verir, ancak kısa süre içinde tekrar başlar ve eski düzeyine döner. Bir maddeyi yalnızca belirli ortamlarda kullanmayı planlarken, zamanla yalnızken de kullanmaya başlar. Kullanımı azaltma ya da bırakma girişimleri tekrar tekrar başarısız olur. Bu durum, bireyin kullanım üzerinde denetimini kaybettiğini gösterir. Davranışsal bağımlılıklarda kontrol kaybı, zaman yönetimi ve davranışın sınırlandırılamaması şeklinde ortaya çıkar. Kişi '10 dakika bakacağım' diyerek sosyal medyaya girer, ancak saatlerce çıkamaz. Oyun oynamayı bırakmak ister, fakat 'bir tur daha' diyerek süreyi sürekli uzatır. Kumar oynayan birey kayıplarına rağmen oyunu bırakamaz ve devam eder. Alışveriş yapmamaya karar verir, ancak kendini tekrar tekrar gereksiz harcamalar yaparken bulur. Burada da birey davranışı kontrol etmek ister fakat dürtüsel bir şekilde tekrar eder ve sınır koyamaz. Hem madde hem de

davranışsal bağımlılık türünde de kontrol kaybı, niyet ile davranış arasındaki kopuşu ifade eder. Kişi ne yapması gerektiğini bilse bile bunu uygulayamaz. Bu durum, bağımlılığın basit bir alışkanlık değil, klinik bir bozukluk olduğunun en önemli göstergelerinden biridir.

b) Yoğun İstek (Aşerme): Maddeye ya da davranışa karşı güçlü bir arzu ve zihinsel meşguliyet söz konusudur. Bireyin bir maddeyi ya da davranışı kullanma yönünde duyduğu güçlü ve kontrol edilmesi zor arzudur. Bu istek çoğu zaman zihinsel olarak yoğunlaşma, düşüncelerin o madde ya da davranış etrafında dönmesi ve kullanım isteğinin baskın hale gelmesi şeklinde ortaya çıkar. Madde kullanımında aşerme genellikle fiziksel ve psikolojik belirtilerle birlikte görülür. Alkol bağımlısı bir birey, stresli bir günün ardından içki içme isteğini yoğun şekilde hisseder ve başka şeylere odaklanmakta zorlanır. Sigara içen bir kişi, uzun süre sigarasız kaldığında sürekli sigara düşünmeye başlar ve eline sigara alma isteği baskın hale gelir. Uyuşturucu kullanan birey, kullanmadığı zamanlarda maddeyi tekrar elde etme ve kullanma isteğiyle yoğun zihinsel meşguliyet yaşar. Bu durumda kişi, isteğin geçmesini beklemek yerine çoğu zaman bu isteğe yenik düşer. Davranışsal bağımlılıklarda aşerme, belirli bir davranışı yapma isteğinin kontrol edilememesi şeklinde ortaya çıkar. Sosyal medya bağımlılığı olan bir birey, telefonunu kontrol etmeden duramaz ve sürekli bildirimleri kontrol etme isteği hisseder. Oyun bağımlısı bir kişi, oyun oynamadığında bile oyunu düşünür ve bir an önce tekrar oynamak ister. Kumar bağımlısı birey, kaybetmiş olsa bile bu sefer kazanma düşüncesiyle kumar oynama isteğini yoğun şekilde hisseder. Alışveriş bağımlılığı olan biri, ihtiyaç olmasa bile alışveriş yapma isteğini sürekli zihninde taşır. Yoğun istek (aşerme), bağımlılıkta bireyin davranışını yönlendiren en güçlü motivasyonlardan biridir. Bu istek, çoğu zaman mantıklı düşünmenin önüne geçer ve bireyin kullanım davranışını sürdürmesine neden olur. Hem madde hem de davranış bağımlılığında ortak bir belirti olarak kabul edilir ve bağımlılık döngüsünün sürmesinde kritik rol oynar.

c) Tolerans Gelişimi: Aynı etkiyi elde edebilmek için zamanla daha fazla madde kullanma ya da davranışı daha yoğun şekilde gerçekleştirme ihtiyacının ortaya çıkmasıdır. Bu durum, bağımlılığın ilerleyici

özelliklerinden biridir ve hem madde hem de davranış bağımlılığında görülebilir. Madde kullanımında tolerans, vücudun maddeye alışmasıyla birlikte etkisinin azalması sonucu ortaya çıkar. Alkol kullanan bir birey, başlangıçta az miktarda içkiyle etkilenirken zamanla aynı etkiyi hissedebilmek için daha fazla alkol tüketmek zorunda kalır. Sigara içen bir kişi, ilk zamanlarda birkaç sigarayla tatmin olurken, zamanla gün içinde daha fazla sigara içme ihtiyacı duyar. Uyuşturucu kullanan birey, başlangıçta düşük dozlarla etkilenirken, aynı etkiyi sürdürebilmek için dozunu artırmak zorunda kalır. Bu süreçte vücut maddeye uyum sağlar ve aynı etkiyi oluşturmak zorlaşır. Davranışsal bağımlılıklarda tolerans, davranışın süresi, sıklığı veya yoğunluğunun artması şeklinde görülür. Sosyal medya kullanıcısı, başlangıçta kısa süreli kullanımla yetinirken zamanla saatlerce platformlarda kalma ihtiyacı duyar. Oyun bağımlısı bir birey, eskiden kısa süre oynarken artık daha uzun süre ve daha sık oynamaya başlar. Kumar oynayan bir kişi, başlangıçta küçük miktarlarla oynarken zamanla daha büyük miktarlarla risk alır. Alışveriş bağımlılığı olan bir birey, başlangıçta nadir alışveriş yaparken zamanla daha sık ve daha fazla harcama yapmaya başlar. Tolerans gelişimi, bağımlılık sürecinde aynı tatmin düzeyine ulaşmak için artan kullanım ihtiyacını ifade eder. Bu durum, bağımlılığın ilerlemesine katkı sağlar ve bireyin hem maddi hem de psikolojik olarak daha fazla riskle karşılaşmasına neden olur.

ç) Yoksunluk Belirtileri: Bağımlılık yapan bir madde ya da davranışın kullanımının azaltılması veya aniden kesilmesi durumunda ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklardır. Bu belirtiler, bireyin tekrar kullanıma yönelmesinde önemli bir etken olabilir. Madde bağımlılığında madde kullanımı kesildiğinde vücut buna tepki verir. Alkol bırakıldığında terleme, titreme, huzursuzluk, uykusuzluk ve ciddi durumlarda nöbetler görülebilir. Sigara bırakıldığında sinirlilik, dikkat dağınıklığı, huzursuzluk ve yoğun sigara içme isteği ortaya çıkar. Uyuşturucu maddeler kesildiğinde kas ağrıları, mide bulantısı, kaygı, depresyon ve yoğun yoksunluk hissi yaşanabilir. Bu belirtiler hem fiziksel hem de psikolojik olabilir ve şiddeti kullanılan maddeye göre değişir. Davranışsal bağımlılıklarda da davranış kesildiğinde benzer bir yoksunluk hissi ortaya çıkabilir. Sosyal medya kullanımının

kesilmesiyle birey huzursuzluk, sıkılma ve boşluk hissi yaşayabilir. Oyun oynayamayan kişi sinirli, gergin ve huzursuz olabilir. Kumar oynamayan bireyde huzursuzluk, aşırı düşünme ve tekrar oynama isteği görülebilir. Alışveriş bağımlılığı olan birey, alışveriş yapamadığında gerginlik ve tatminsizlik hissedebilir. Yoksunluk belirtileri, bağımlılığın önemli bir göstergesidir ve kullanımın sürdürülmesine neden olan güçlü bir geri dönüş mekanizması oluşturur. Birey, bu rahatsız edici belirtilerden kaçınmak için tekrar madde ya da davranışa yönelme eğilimindedir.

d) Kullanımın Öncelik Kazanması: Madde ya da davranış, bireyin yaşamında diğer sorumlulukların ve ilgi alanlarının önüne geçer. Bu durumda kişi, giderek daha fazla zamanını ve enerjisini bağımlı olduğu şeye ayırır. İş, eğitim, aile ve sosyal sorumluluklar ikinci plana itilir. Madde bağımlılığında birey, maddeyi temin etme ve kullanma davranışını diğer sorumluluklarının önüne koyar. Kişi, işe gitmek yerine madde temin etmeyi tercih edebilir. Ailesiyle vakit geçirmek yerine madde kullanımı için yalnız kalmayı seçebilir. Günlük planlarını maddeye göre düzenler ve yaşamını buna göre şekillendirir. Bu durumda madde, bireyin yaşamının merkezine yerleşir. Davranışsal bağımlılıklarda da benzer şekilde davranış öncelik kazanır. Sosyal medya bağımlısı birey, sürekli telefonunu kontrol eder ve sosyal etkileşimlerden uzaklaşabilir. Oyun bağımlısı kişi, ders çalışmak veya işlerini yapmak yerine oyun oynamayı tercih eder. Kumar bağımlısı birey, maddi ve sosyal kayıplar yaşamasına rağmen kumara zaman ayırmaya devam eder. Alışveriş bağımlısı kişi, ihtiyaç dışı harcamalar yaparak bütçesini zorlayabilir. Kullanımın öncelik kazanması, bağımlılığın en belirgin özelliklerinden biridir. Bu durum, bireyin yaşamındaki dengeyi bozarak diğer önemli alanların ihmal edilmesine yol açar ve bağımlılığın ilerleyici etkisini açık şekilde ortaya koyar.

e) Olumsuz Sonuçlara Rağmen Sürdürme: Olumsuz sonuçlara rağmen sürdürme, bağımlılığın en belirgin özelliklerinden biridir. Fiziksel, psikolojik ya da sosyal zararlar ortaya çıkmasına rağmen kullanım devam eder. Bu zararlar fiziksel, psikolojik, sosyal ya da ekonomik olabilir. Madde kullanımında birey, zararlarını fark etmesine rağmen kullanımı bırakmakta zorlanır. Sağlık sorunları (karaciğer hasarı, solunum

problemleri vb.) yaşamasına rağmen alkol kullanmaya devam edebilir. Ailesiyle ilişkileri bozulsa da sigara veya uyuşturucu kullanımını sürdürebilir. İşini kaybetme riskine rağmen madde kullanımını bırakmayabilir. Bu durumda birey, kısa vadeli rahatlama veya haz için uzun vadeli zararları göze alır. Davranışsal bağımlılıklarda da kişi, olumsuz sonuçları bilmesine rağmen davranışı bırakamaz. Sosyal medya kullanımı nedeniyle dersleri veya işi aksasa da kullanım devam eder. Oyun oynama nedeniyle uyku düzeni bozulsa bile kişi oyun oynamayı sürdürür. Kumar oynayan birey, maddi kayıplar yaşamasına rağmen kumara devam eder. Aşırı alışveriş yapan kişi, borçlanma ve ekonomik sıkıntılara rağmen harcamalarını azaltamaz. Olumsuz sonuçlara rağmen sürdürme, bağımlılığın kontrol kaybı ve kompulsif (zorlayıcı) kullanım boyutunu ortaya koyar. Bu durum, bireyin davranış üzerindeki iradi kontrolünün zayıfladığını ve bağımlılık döngüsünün devam ettiğini gösterir.

f) İşlevsellikte Bozulma: Bağımlılık sürecinde bireyin günlük yaşamını sağlıklı ve verimli şekilde sürdürememesi durumudur. Bu bozulma; akademik, mesleki, sosyal ve ailevi alanlarda kendini gösterir. Madde kullanımının artmasıyla birlikte bireyin yaşam düzeni zarar görür. İşe veya okula devam etme güçlüğü yaşanabilir, devamsızlık artabilir. Performans düşer, sorumluluklar yerine getirilemez. Aile içi ilişkilerde çatışmalar ve iletişim problemleri ortaya çıkar. Günlük işlevler (temizlik, beslenme, kişisel bakım) ihmal edilebilir. Davranışsal bağımlılıklar da benzer şekilde yaşam işlevlerini olumsuz etkiler. Sosyal medya veya oyun nedeniyle dersler ya da iş görevleri aksayabilir. Kişi sosyal ilişkilerden uzaklaşarak yalnızlaşabilir. Uyku düzeni bozulur, bu da gün içi verimliliği düşürür. Kumar ya da aşırı alışveriş nedeniyle ekonomik sorunlar yaşanabilir. İşlevsellikte bozulma, bağımlılığın bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen sonuçlarından biridir. Bu durum, bağımlılığın yalnızca bir alışkanlık olmadığını; bireyin günlük yaşamını, sorumluluklarını ve sosyal uyumunu derinden etkileyen bir bozukluk olduğunu açıkça ortaya koyar.

g) Başarısız Bırakma Girişimleri: Bireyin madde ya da davranışı bırakma ya da azaltma yönünde tekrar tekrar deneme yapmasına rağmen bu çabalarını sürdürememesi durumudur. Bu durum, bağımlılık

sürecinde kontrol kaybının önemli göstergelerinden biridir. Madde bağımlılığında birey, bırakma kararı alır ancak bunu sürdüremez. Kişi sigarayı bırakmaya karar verir, birkaç gün ya da hafta sonra tekrar başlar. Alkol kullanımını azaltmayı planlar, ancak stresli bir durumda yeniden eski kullanım düzeyine döner. Uyuşturucu bırakma girişimlerinde bulunur, ancak yoksunluk belirtileri nedeniyle tekrar kullanıma yönelir. Bu süreçte birey, bırakma niyeti ile davranışı arasında tutarsızlık yaşar. Davranışsal bağımlılıklarda da benzer şekilde bırakma girişimleri başarısız olur. Sosyal medya kullanımını azaltmak isteyen kişi, kısa süre sonra tekrar yoğun şekilde kullanmaya başlar. Oyun oynamayı bırakmaya çalışan birey, 'bir kere daha' diyerek yeniden oyuna döner. Kumar oynamayı bırakma kararı alınsa da, kişi kendini tekrar kumar oynarken bulur. Alışverişi azaltmaya çalışan birey, plansız ve kontrolsüz harcamalar yapmaya devam eder. Başarısız bırakma girişimleri, bağımlılığın kronik ve yineleyici doğasını ortaya koyar. Birey bırakmak istemesine rağmen bunu sürdürememesi, bağımlılıkta irade gücünün tek başına yeterli olmadığını ve profesyonel desteğin gerekliliğini gösterir.

Tüm bu kriterler, bağımlılığın yalnızca bir alışkanlık olmadığını; kontrol kaybı, zorlanma ve işlev kaybı ile karakterize klinik bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır.

4. Bağımlılığın Oluşması ve Bağımlılık Döngüsü

4.1. Bağımlılığın Oluşması

Bağımlılığın nasıl oluştuğu incelendiğinde, çoğunlukla merak, sosyal etki ya da stresle baş etme aracı olarak başlayan bir sürecin zamanla ilerleyerek yerleştiği görülmektedir. Bu süreç genellikle aşamalı bir yapı izler ve aşağıdaki temel evrelerden oluşur:

Şekil 1- *Bağımlılığın Oluşum Evreleri*

Tek Kullanım: Birey, merak, arkadaş etkisi veya stresle başa çıkma amacıyla maddeyi ya da davranışı ilk kez dener. Bu aşamada kullanım genellikle kontrol altındadır.

- Madde: Üniversite ortamında arkadaşlarının teklif etmesiyle bir kişi ilk kez sigara dener.
- Davranış: Stresli bir günün ardından birey, rahatlamak için ilk kez uzun süre sosyal medyada vakit geçirir.

Tekrarlayıcı Kullanım: Deneyimlenen haz, rahatlama ya da kısa süreli kaçış hissi nedeniyle kullanım tekrar eder. Birey bu davranışı alışkanlık haline getirmeye başlar.

- Madde: Kişi, sigara içtiğinde rahatladığını fark eder ve zaman zaman sigara içmeye devam eder.
- Davranış: Birey, her stresli hissettiğinde sosyal medyaya girerek bu davranışı tekrarlar.

Alışkanlık ve Yoğunlaşma: Kullanım sıklığı artar. Birey, maddeyi ya da davranışı daha düzenli ve belirli durumlarla ilişkilendirerek kullanmaya başlar

- Madde: Kişi her gün belirli saatlerde sigara içmeye başlar ve kullanım sıklığı artar.
- Davranış: Birey, günün büyük bölümünde sosyal medyada vakit geçirir ve bunu rutin hale getirir.

Kontrol Kaybı: Birey kullanım üzerinde denetimini kaybeder. Planladığından daha fazla ya da daha uzun süre kullanım gerçekleşir.

- Madde: Kişi sigara içmeyi azaltmak ister ancak planladığından daha fazla sigara içer.
- Davranış: 'Sadece 10 dakika bakacağım' dediği halde saatlerce sosyal medyadan çıkamaz.

Bağımlılık Gelişimi: Tolerans ve yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Kullanım artık sadece haz için değil, yoksunluk belirtilerini önlemek için de sürdürülür.

- Madde: Sigara içmediğinde sinirlilik ve huzursuzluk yaşar; bu belirtilerden kaçınmak için tekrar içmeye başlar.
- Davranış: İnternete erişemediğinde huzursuzluk hisseder ve sürekli çevrim içi olma ihtiyacı duyar.

Kronikleşme ve Sürdürme: Olumsuz sonuçlara rağmen kullanım devam eder. Bu aşamada bağımlılık, bireyin yaşamının merkezine yerleşir ve kalıcı bir örüntü haline gelir.

- Madde: Sağlık sorunları (nefes darlığı, kalp problemleri) yaşamasına rağmen sigara içmeye devam eder.
- Davranış: Sosyal ilişkileri bozulmasına ve akademik başarısı düşmesine rağmen sosyal medya kullanımını sürdürebilir.

Bu aşamalar doğrusal olmak zorunda değildir. Bireyler farklı hızlarda ilerleyebilir ya da bazı aşamalarda gerileyip tekrar ilerleyebilir. Ancak genel olarak bağımlılık, başlangıçta gönüllü görünen bir davranışın zamanla kontrol kaybına dönüşmesiyle şekillenen bir süreçtir.

4.2. Bağımlılık Döngüsü

Bağımlılık döngüsü genellikle 'bir kereden bir şey olmaz' düşüncesiyle bir deneme ile başlar, ara sıra kullanım, her gün kullanım, düzenli kullanım, problemli kullanım ve bağımlılık şeklinde ilerleyen bir süreç olarak ortaya çıkar. Bu süreçte birey, başlangıçta aldığı hazzı tekrar deneyimleyebilmek için daha yoğun kullanım eğilimi gösterir ve bağımlılık pekişir.[24] Bağımlılık genellikle iki temel duyguyla başlar:

- *Merak*: 'Acaba nasıl bir şey?'
- *Korku*: 'Bir şey olur mu?' ama aynı zamanda risk alma eğilimi

Bu ikisi, bireyi ilk denemeye yönlendirir: 'Bir kereden bir şey olmaz'.

Şekil 2- *Bağımlılık Döngüsü*[24]

- 'Bir kereden bir şey olmaz' → İlk kullanımın meşrulaştırılması
- 'Belki kullanabilirim' → Kararsızlık ve tekrar deneme isteği
- 'Ben bağımlı olmam' → Kendini kontrol edebileceğine dair aşırı güven
- 'İstemsem bırakırım' → Kontrol yanılsaması
- 'Bu meret bırakılmaz' → Bağımlılığı kabullenme (ama pasif şekilde)
- 'Bırakmak zorundayım' → Farkındalık ama eyleme geçememe
- 'Artık bırakacağım' → Niyet var ama çoğu zaman ertelenir
- 'Bıraktım bir daha başlamam' → Geçici bırakma ve tekrar başlama riski
- 'Bir daha asla' → Kesin karar, ancak çoğu zaman kırılabilir

Yukarıdaki şekil ve açıklamalardan da anlaşılacağı gibi bağımlılık süreci, yalnızca davranışsal bir alışkanlık oluşumundan ibaret olmayıp, aynı zamanda bilişsel ve duygusal süreçlerin etkileşimiyle şekillenen karmaşık bir döngü olarak değerlendirilmektedir. Görselde bu döngünün merkezinde 'korku ve merak' kavramları yer almakta olup, bu iki duygu bireyin maddeye ya da davranışa yönelmesinde temel psikolojik itici güçler olarak öne çıkmaktadır. Merak, bireyi ilk deneme davranışına yönlendirirken, korku ise çoğu zaman risk algısının zayıflamasıyla birlikte kontrol edilebilirlik yanılgısına dönüşmektedir.

Döngünün çevresinde yer alan bilişsel ifadeler, bireyin bağımlılık sürecini sürdürürken geliştirdiği rasyonelleştirme ve kendini ikna etme mekanizmalarını temsil etmektedir. 'Bir kereden bir şey olmaz', 'belki kullanabilirim' ve 'ben bağımlı olmam' gibi düşünceler, ilk kullanımın meşrulaştırılması ve riskin küçümsenmesi sürecine işaret etmektedir. Bu aşamada birey, davranışının olası sonuçlarını yeterince dikkate almamakta ve öz-yeterlilik algısını olduğundan daha yüksek değerlendirmektedir.

Sürecin ilerleyen aşamalarında 'istemesem bırakırım', 'artık bırakacağım' ve 'bırakmak zorundayım' gibi ifadeler, bireyin kontrol kaybını fark etmeye başladığını ancak bu farkındalığı davranışsal değişime dönüştürmekte zorlandığını göstermektedir. Bu durum, bilişsel çelişki ve erteleme davranışları ile karakterize edilmektedir. Öte yandan 'bu meret bırakılmaz' ve 'bıraktım bir daha başlamam' gibi ifadeler,

bağımlılığın bir yandan kabullenildiğini, diğer yandan ise tekrar kullanım riskinin devam ettiğini ortaya koymaktadır.

Bağımlılık döngüsünün temel özelliği, bu düşünsel ve davranışsal örüntülerin birbirini beslemesi ve sürekli olarak yeniden üretmesidir. Başlangıçta yaşanan haz deneyimi, bireyin kullanım davranışını pekiştirirken; zamanla tolerans gelişimi nedeniyle aynı etkiyi elde edebilmek için kullanım sıklığı ve miktarı artmaktadır. Bu süreç, ara sıra kullanım düzeyinden düzenli kullanıma, oradan da problemli kullanım ve bağımlılık aşamasına doğru ilerleyen lineer bir gelişim değil; aksine, inişli çıkışlı ve tekrar eden bir döngü niteliği taşımaktadır.

Açıklamalardan da anlaşılabileceği gibi, bağımlılık süreci yalnızca biyolojik bir alışkanlık ya da davranışsal bir sorun değil, aynı zamanda bireyin bilişsel çerçevesi tarafından sürekli olarak yeniden üretilen bir yapıdır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede yalnızca davranışsal müdahaleler yeterli olmayıp, bireyin düşünce kalıplarının ve bilişsel çarpıtmalarının da ele alınması gerekmektedir. Bu bağlamda farkındalık geliştirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve öz-denetim becerilerinin güçlendirilmesi, bağımlılık döngüsünün kırılmasında kritik bir rol oynamaktadır.

5. Bağımlılığa Neden Olan Faktörler

Günümüzde bağımlılık, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan çok faktörlü bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Biyolojik faktörler arasında bağımlılığın genetik bileşeni, ikiz, evlat edinme ve epigenetik çalışmalarla da desteklenmektedir. Ayrıca ödül eksikliği sendromu,[25] dopamin devreleri yetersiz olan bireylerin bağımlılığa daha yatkın olabileceğini göstermektedir. Dopamin, opioidler, GABA, serotonin, endokannabinoidler ile glutamat gibi nörotransmitterlerin eksiklikleri risk artırabilirmektedir.[26] Psikolojik faktörler arasında kişilik özellikleri (dürtüsellik, duygu arayışı), ruh sağlığı sorunları (kaygı, depresyon), öz saygı ve travma deneyimleri öne çıkmakta, çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimler (ACE'ler) ve toksik stres ise madde kullanım riskini artırmaktadır.[27] Sosyal faktörler ise sosyal normlar, rol modelleme, kültürel inançlar, yasallık, reklamlar, erişilebilirlik ve toplumsal çevreyi kapsamakta ve

özellikle genç yaşta madde kullanımını belirleyici kılmaktadır.[28] Biyopsikososyal model, bağımlılığı tek bir nedene bağlamadan bu üç boyutun etkileşimiyle açıklamakta ve böylece bağımlılığı anlamamıza, empati geliştirmemize ve etkili tedavi ile önleme stratejileri geliştirmemize olanak sağlamaktadır.[10]

5.1.Biyolojik Faktörler

Bağımlılığa neden olan biyolojik temeller; genetik faktörler, nörotransmitter sistemler ile beyin yapıları ve işlevleri alt başlıklarında ele alınabilir. Güncel nörobilim literatürüne göre bağımlılık sadece davranışsal bir kontrol sorunu değil; beynin ödül, motivasyon, öğrenme ve dürtü kontrolü sistemlerinde meydana gelen yapısal ve işlevsel değişikliklerin sonucu olan kronik bir beyin hastalığıdır.[29]

Genetik araştırmalar, bağımlılığa yatkınlıkta kalıtsal etkenlerin yaklaşık %50 olduğunu göstermektedir. Beyinde bağımlılığın nörobiyolojik temelleri incelendiğinde, özellikle nörotransmitter sistemlerinin bu süreçte merkezi bir rol oynadığı görülmektedir. Bu bağlamda en önemli nörotransmitterlerden biri dopamin olup, ödül, pekiştirme ve motivasyon süreçlerinin temel düzenleyicilerinden biridir. Bağımlılık yapıcı maddeler ve bazı davranışsal bağımlılıklar, etkilerini büyük ölçüde dopamin salınımını artırarak göstermekte ve böylece bireyde haz ve ödül algısını güçlendirmektedir.[30]

Dopamin, yalnızca ödül sistemiyle sınırlı olmayan; aynı zamanda hafıza, hareket, dikkat, motivasyon ve ruh hali gibi birçok temel işlevde rol oynayan bir kimyasal haberci olarak tanımlanmaktadır. Beyindeki nöronlar tarafından salgılanan bu nörotransmitterin dengeli düzeyde bulunması hem bilişsel hem de fizyolojik işlevlerin sağlıklı sürdürülmesi açısından kritik öneme sahiptir. Dopamin düzeyindeki dengesizlikler, çeşitli nörolojik ve psikiyatrik sorunlara yol açabilmekte; özellikle aşırı dopaminerjik uyarım, bağımlılık gelişimiyle yakından ilişkilendirilmektedir.[31,32]

Bağımlılık sürecinde yalnızca dopamin değil, aynı zamanda GABA (gamma-aminobütirik asit) ve glutamat gibi diğer nörotransmitter sistemleri de önemli rol oynamaktadır. GABA, merkezi sinir sisteminde inhibitör etkiler göstererek nöronal aktiviteyi baskılarken;

glutamat ise eksitatör bir nörotransmitter olarak öğrenme ve bellek süreçlerinde görev almaktadır. Bu iki sistem arasındaki denge, bağımlılık davranışının gelişimi ve sürdürülmesinde kritik bir faktör olarak değerlendirilmektedir.[33]

Bilimsel araştırmalar hem madde kullanımına bağlı bağımlılıkların hem de davranışsal bağımlılıkların, beyin üzerindeki etkilerini, sinir hücreleri arasındaki iletişimi sağlayan bu nörokimyasal süreçleri değiştirerek ortaya çıkardığını göstermektedir. Bağımlılık yapıcı uyaranlar, özellikle beynin ödül devrelerinde dopamin salınımını artırarak kısa vadede yoğun haz deneyimleri oluşturmakta; ancak uzun vadede bu sistemde duyarsızlaşmaya ve işlevsel bozulmalara yol açmaktadır.[30]

Bu süreçte dopamin sisteminin aşırı uyarılması, beynin doğal ödüllere verdiği yanıtı zayıflatmakta ve bireyin aynı düzeyde haz elde edebilmek için daha fazla uyarana ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Bu durum, bağımlılığın temel özelliklerinden biri olan tolerans gelişimi ile ilişkilidir. Uzun vadede ise beynin ödül ve motivasyon sistemlerinde meydana gelen bu değişimler, bireyin davranış kontrolünü zorlaştırmakta ve bağımlılık döngüsünü pekiştirmektedir.[32]

Son yıllarda popülerlik kazanan 'dopamin detoksu' kavramı ise, beynin ödül sistemindeki aşırı uyarılmayı azaltmayı amaçlayan bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, yüksek dopamin salınımına neden olan uyaranlardan (örneğin yoğun dijital kullanım, hızlı ödül sağlayan aktiviteler vb.) geçici olarak uzak durarak, ödül sisteminin duyarlılığını yeniden dengelemeyi hedeflemektedir. Ancak bu kavramın bilimsel temelleri sınırlı olup, daha çok davranışsal düzenleme ve farkındalık geliştirme stratejileri kapsamında değerlendirilmektedir.[31]

Bağımlılık, davranışsal bir olgu değil; dopamin başta olmak üzere GABA ve glutamat gibi nörotransmitter sistemlerinin etkileşimiyle şekillenen karmaşık bir nörobiyolojik süreçtir. Bu nedenle bağımlılığın anlaşılması ve tedavisi, beynin ödül, motivasyon ve öğrenme mekanizmalarını içeren çok boyutlu bir yaklaşım gerektirmektedir.

Bağımlılık, özellikle beynin ödül sistemi, prefrontal korteks ve amigdala gibi bölgelerinde yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açar.

Prefrontal korteks; karar verme, dürtü kontrolü ve planlama gibi yürütücü işlevlerden sorumludur. Bağımlılık durumunda, prefrontal korteksin işlevinde bozulmalar meydana gelir. Bu bölgedeki aktivite azaldığında, bireyler dürtüsel davranışlara daha yatkın hale gelir ve madde arama davranışları artar.[34] *Amigdala;* duygusal tepkiler ve stres yanıtlarının düzenlenmesinde kritik bir rol oynar. Bağımlılıkta, amigdala aşırı duyarlı hale gelebilir ve bireyin stresli durumlarda madde kullanma eğilimi artabilir.[35] *Hipokampüs* ise öğrenme ve hafıza süreçleriyle ilişkilidir. Bağımlılık yapıcı maddeler, hipokampüsün yapısında ve işlevinde değişikliklere yol açabilir. Bu değişiklikler, bireylerin bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili anıları hatırlama ve bu anılara bağlı olarak madde arama davranışlarını tekrarlama olasılığını artırır.[33,36]

5.2. Psikolojik Faktörler

Bağımlılığın psikolojik temelleri, bireylerin bağımlılık yapıcı maddelere veya davranışlara yönelmesinin arkasındaki zihinsel ve duygusal süreçleri anlamak için önemlidir. Kişilik özellikleri, bağımlılık gelişiminde önemli bir rol oynar. Özellikle, yüksek dışadönüklük ve düşük sorumluluk duygusu[37], borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik özelliklerinin bağımlılıkla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu kişilik bozuklukları, dürtüsel davranışlar ve duygusal dengesizlikler ile karakterizedir ve bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına zemin hazırlayabilir.[33] Stres tepkisi, genellikle stres hormonları (örn., kortizol) ve beyin bölgeleri (örn., amigdala ve prefrontal korteks) aracılığıyla yönetilir. Stres, beyindeki ödül sistemlerini etkileyebilir ve bu da madde kullanımını bir kaçış yolu olarak görmeyi teşvik edebilir. Stresli durumlar, genellikle ödül ve motivasyon sistemlerini etkiler ve bu durum, bağımlılık yapıcı maddelere olan bağımlılığı artırabilir.[33,38]

5.3. Sosyolojik Faktörler

Bağımlılık, bireyin içinde bulunduğu toplumsal yapıyla doğrudan ilişkilidir. Toplum yapısı, kültürel değerler, ekonomik koşullar ve sosyal ilişkiler, bireyin bağımlılığa yönelmesinde önemli rol oynar. İlgisiz, otoriter veya aşırı baskıcı aileler, çocuklarda duygusal boşluk yaratabilir.

Güvenli bağ kuramayan kişiler, bu eksikliği dışsal şeylerle (madde, oyun, teknoloji, sosyal medya vb.) telafi etmeye çalışabilir. Ailede madde kullanımı varsa, bu model alınabilir. Kişi işsizlik, göç, suç geçmişi, ayrımcılık gibi nedenlerle toplumsal bağlardan koptuğunda aidiyet hissi zayıflar. Bu boşluk, bağımlılık yapan maddeler veya davranışlarla doldurulmaya çalışılabilir. Özellikle gençlerde akran baskısı, bağımlılığa yönelmede etkili olabilir. Birey, gruba kabul edilmek ya da dışlanmamak için zararlı davranışlara katılabilir. Bu sosyal çevre, madde kullanımını ya da davranışı normalleştirebilir. Filmler, müzikler ve sosyal medya içerikleri bağımlılık yapan davranışları özendirici olabilir. Kentleşme ve gecekondulaşma, bireyleri yalnızlaştırabilir ve sosyal denetimi zayıflatabilir.

Öğrenme, bağımlılıkta önemli bir araçtır. Klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme yaklaşımları, bağımlılığın nasıl öğrenildiğini ve pekiştiğini anlamada önemli yaklaşımlardır. Klasik koşullanma, bağımlılık bağlamında, belirli çevresel uyaranların belirli bir madde kullanımı ile ilişkilendirilmesiyle ortaya çıkar ve zamanla bu uyarıcılar, madde arama davranışlarını tetikleyebilir. Çevresel ipuçları, madde kullanımıyla ilişkilendirildiğinde koşullu uyarıcılara dönüşür ve bu da madde kullanma arzusunu tetikleyebilir. Edimsel koşullanma, davranışın sonuçlarıyla şekillendiği bir öğrenme sürecidir. Bağımlılıkta madde kullanımı, genellikle kısa vadeli ödüller ve rahatlama sağladığı için pekiştirilir. Bu pekiştirme, bağımlılığın sürdürülmesine ve hatta artmasına neden olabilir. Sosyal öğrenme yaklaşımına göre, davranışların büyük bir kısmı diğer insanlarla ilişki içerisinde kazanılan öğrenme yaşantılarıyla, yani ilgili davranışı gösteren birini model alarak öğrenilir. Buna taklit ya da gözlem yoluyla öğrenme denir. Sosyal öğrenmede temel unsur, bireyin başkalarını gözleyerek öğrenmesidir. Öğrenmenin etkililiği, bireyin gözlediği modelin davranışlarını taklit etmesine ve aldığı pekiştireç (ödül) ya da cezaya bağlıdır. Sosyal öğrenme süreci 1) Dikkat, 2) Hatırlama, 3) Uygulama ve 4) Güdüleme olmak üzere başlıca dört aşamadan oluşur.

Bağımlılık, çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayan ve bireyin yaşamının birçok alanını etkileyebilen karmaşık bir süreçtir. Hem biyolojik, psikolojik, sosyolojik hem de eğitimsel birçok etmenin bir

araya gelmesiyle gelişmektedir. Özellikle genç bireylerin, teknoloji ve sosyal medya gibi davranışsal bağımlılık nesnelerine kolay erişimi, risk grubunu genişletmektedir. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede çok yönlü bir yaklaşım benimsenmeli; birey, aile, okul ve toplum düzeyinde bütüncül politikalar geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

6. Bağımlılık Türleri

Bağımlılık türleri genel olarak madde bağımlılıkları ve davranışsal bağımlılıklar olmak üzere iki temel kategori altında incelenmektedir. Madde bağımlılıkları psikoaktif maddelerin kullanımına bağlı olarak gelişirken, davranışsal bağımlılıklar belirli davranışların aşırı ve kontrolsüz biçimde sürdürülmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır.

6.1. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığı, bireyin fiziksel veya psikolojik zarar görmesine rağmen, psikoaktif maddeleri (alkol, uyuşturucu, tütün, ilaç) kontrolsüzce kullanma ve bırakamama durumudur. Kronik bir beyin hastalığı olan bu durum; tolerans geliştirme, yoksunluk belirtileri, iş/sosyal yaşamda bozulma ve yoğun madde arayışı ile karakterizedir. Psikoaktif maddeler merkezi sinir sistemi üzerinde doğrudan etkili olmakta ve beynin ödül mekanizmalarını uyararak haz ve rahatlama duygusu yaratmaktadır. Bu süreçte dopamin başta olmak üzere çeşitli nörotransmitter sistemleri devreye girmekte ve madde kullanımının tekrar edilmesine yol açan güçlü bir pekiştirme mekanizması oluşmaktadır.

DSM-5'e göre madde bağımlılığı kavramı artık 'madde kullanım bozukluğu' olarak adlandırılmaktadır. Bu tanım, kişinin madde kullanımının kontrolünü kaybetmesi, olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın devam etmesi ve maddeye karşı tolerans ile yoksunluk belirtilerinin gelişmesi gibi kriterleri içerir.[33] Bu ölçütler arasında maddenin planlanandan daha fazla veya daha uzun süre kullanılması, madde kullanımını azaltmaya yönelik başarısız girişimler, maddeye yönelik yoğun istek duyulması, sosyal ve mesleki sorumlulukların yerine getirilmesinde güçlük yaşanması, zararlı sonuçlara rağmen kullanımın sürdürülmesi, tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtilerinin ortaya

çıkması gibi belirtiler yer almaktadır. Bu yaklaşım, bağımlılığın yalnızca fiziksel bağımlılık belirtileriyle sınırlı olmadığını, davranışsal, bilişsel ve nörobiyolojik süreçlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan karmaşık bir bozukluk olduğunu vurgulamaktadır. DSM-5'e göre madde bağımlılığı tanı kriterleri şunlardır:

1. Birçok kez, arzu edilenden daha çok ölçüde ya da daha fazla süreli olarak madde alınır.
2. Maddeyi bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir arzu ya da başarısız olan çabalar vardır.
3. Maddeyi almak, tüketmek ya da kullanım sonrası etkileri yaşamamak için gerekli uğraşlara fazla vakit harcanır.
4. Madde tüketmek için fazla arzu duyma ya da buna zorlanma hissedilmesi.
5. Toplum kurallarına uygun olarak sosyal yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, tekrarlayıcı madde tüketimi.
6. Kişinin madde kullanımının sosyal ve kişiler arası sorunlara yol açmasına rağmen, bu kullanımı sürdürmesi durumu.
7. Kişinin madde kullanımının etkisiyle toplumsal ilişkilerini, işle ilgili etkinliklerini ya da eğlence ve dinlenme etkinliklerini bırakması veya azaltması durumu.
8. Hayati tehlike yaratabilecek şekilde tekrarlayıcı durumlarda madde kullanma.
9. Kişinin madde kullanımının neden olduğu veya alevlendirdiği, sürekli veya tekrarlayan bir sağlık sorunu olduğunu bilmesine rağmen, madde kullanımını sürdürmesi.
10. Aşağıdaki özelliklerden birisinde tanımlanan tolerans durumunun oluşması;
    - Arzu edilen etki durumuna ulaşmak için artan miktarlarda madde kullanma isteği ya da zehirlenme durumu,
    - Benzer miktarlarda maddenin kullanımının devamına karşılık daha az etki göstermesi.
11. Aşağıdaki özelliklerden birisinde tanımlanan yoksunluk durumunun oluşması;
    - Maddenin şahsına münhasır şekilde yoksunluk oluşturması,

- Yoksunluk halinden kurtulmak ya da uzaklaşmak için maddenin kendisini ya da arzu edilen etkiyi gösterebilen başka bir maddenin alınması durumu.

DSM-5, madde kullanım bozukluğunu hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırır ve tanı için 11 kriterden en az ikisinin son 12 ay içinde karşılanması gerektiğini belirtir.

ICD-11'e göre madde bağımlılığı, 'madde kullanımı bozukluğu' veya 'maddeye bağlı bozukluk' olarak sınıflandırılır ve kişinin maddeyi sürekli veya tekrarlayan biçimde kullanması sonucu kontrolün kaybı, kullanımın olumsuz yaşam etkilerine rağmen devam etmesi ve fizyolojik belirtiler (tolerans ve yoksunluk) geliştirmesi ile karakterizedir.[12] ICD-11, farklı madde türlerine (alkol, tütün, uyuşturucu vb.) özgü alt kategoriler ve kullanımın şiddetine göre sınıflamalar sunar. Ayrıca bağımlılığın yalnızca bireysel bir davranış tercihi olmadığını, zamanla gelişen ve süreklilik gösteren nörodavranışsal bir süreç olduğunu vurgulamaktadır. Bu süreçte beynin ödül sistemi, motivasyon mekanizmaları ve öz-denetim süreçlerinde meydana gelen değişiklikler bağımlılık davranışının sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.

ICD-11'e göre madde bağımlılığı (madde kullanım bozukluğu) tanısı için temel kriterler şunlardır:

Kontrol kaybı: Madde kullanımının başlangıcını, sıklığını, dozunu veya süresini kontrol edememe.

Kullanımın önceliği: Madde kullanımı, diğer ilgi alanları, sosyal ilişkiler ve günlük aktivitelerden daha öncelikli hale gelmiş olması.

Süreklilik ve devamlılık: Olumsuz sonuçlara rağmen madde kullanımına devam edilmesi.

Fizyolojik belirtiler:

- Tolerans: Aynı etkiyi elde etmek için madde dozunun artırılması,
- Yoksunluk: Madde kullanımının kesilmesi veya azaltılması durumunda fizyolojik veya psikolojik rahatsızlık belirtilerinin ortaya çıkması.

Bağımlılık tanı kriterleri, insanların durumunu değerlendirmek ve uygun tedavi yöntemlerini belirlemek için önemlidir. Bu kriterler bağımlılığın ciddiyetini ve insanların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini

anlamaya yardımcı olur. Bağımlılık durumunda, ailenin farkındalığının ve birbirine desteğinin yanında, profesyonel yardım almak ve tedavi sürecine dahil olmak kritik öneme sahiptir.[23] Başlıca madde bağımlılığı türleri şunlardır:

- Alkol bağımlılığı
- Tütün bağımlılığı
- Uyuşturucu ve uyarıcı/psikoaktif madde bağımlılığı (örn., eroin, kokain, amfetaminler)
- Reçeteli ilaçların kötüye kullanımı (opioidler, benzodiazepinler vb.)

Madde bağımlılığı; yoksunluk belirtileri, fiziksel sağlık sorunları, bilişsel işlevlerde bozulma, duygudurum değişiklikleri ve toplumsal/mesleki işlevsellikte belirgin azalma ile seyreder. Madde bağımlılık türleri DSM-5 ve ICD-11'e göre aşağıda kısaca tanımlanmıştır.[11,12]

6.1.1. Alkol Bağımlılığı

DSM-5'e göre alkol bağımlılığı 'alkol kullanım bozukluğu' olarak adlandırılmakta olup, kişinin olumsuz sonuçlara rağmen alkol kullanımını kontrol edememesi, tolerans ve yoksunluk belirtileri göstermesi ve sosyal, mesleki veya kişisel işlevselliğinin bozulması ile karakterizedir. Tanı için 11 kriterden en az ikisinin son 12 ay içinde karşılanması gerekir ve şiddeti hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılır.

ICD-11'e göre alkol bağımlılığı, 'alkole bağlı bozukluklar' başlığı altında 'bağımlılık sendromu' olarak tanımlanır ICD-11'e göre alkol bağımlılığı sendromu, alkol kullanımına yönelik güçlü bir istekle birlikte kullanım üzerinde kontrol kaybının ortaya çıktığı, alkolün bireyin yaşamında giderek öncelik kazandığı ve fiziksel, psikolojik ya da sosyal zararlarına rağmen kullanımın sürdürüldüğü bir bozukluk olarak tanımlanır. Bu durum genellikle süreklilik gösteren bir davranış örüntüsü şeklinde görülür ve çoğu vakada tolerans gelişimi ile yoksunluk belirtileri eşlik edebilir. Tanı, tek tek belirtilerden ziyade bu özelliklerin birlikte oluşturduğu klinik tabloya ve bireyin işlevselliği üzerindeki belirgin bozulmaya dayanır.

6.1.2. Tütün Bağımlılığı

DSM-5'e göre tütün bağımlılığı, artık 'tütün kullanım bozukluğu' olarak tanımlanır. Bu bozukluk, kişinin tütünü olumsuz sonuçlara rağmen kullanmaya devam etmesi, kullanım üzerinde kontrol kaybı yaşaması ve tolerans ile yoksunluk belirtileri göstermesi ile karakterizedir. Tanı için, 11 kriterden en az ikisinin son 12 ay içinde karşılanması gerekir ve şiddeti hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılır. Örnek kriterler arasında tütünü bırakmayı denemelerine rağmen başarısız olunması, tütüne aşırı zaman harcanması, sosyal veya mesleki işlevselliğin bozulması ve yoksunluk belirtileri yer alır. ICD-11'e göre tütün bağımlılığı, 'nikotin içeren maddelere bağlı bozukluklar' başlığı altında bağımlılık sendromu kapsamında ele alınır. Bu durum, tütün kullanımına yönelik güçlü bir istekle birlikte kullanım üzerinde kontrol kaybının geliştiği, tütünün bireyin yaşamında öncelik kazandığı ve zararlı sonuçlara rağmen kullanımın sürdürüldüğü bir bozukluk olarak tanımlanır. Tanı koyulurken özellikle kontrol kaybı, yoğun kullanım isteği, kullanımın diğer etkinliklerin önüne geçmesi ve zararlarına rağmen devam etmesi gibi çekirdek özellikler değerlendirilir. Ayrıca çoğu vakada tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtileri (sinirlilik, huzursuzluk, dikkat güçlüğü gibi) tabloya eşlik edebilir. ICD-11 yaklaşımında tanı, belirli bir belirti sayısından ziyade bu özelliklerin süreklilik gösteren bir davranış örüntüsü oluşturması ve bireyin işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açması temelinde konur.

6.1.3. Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Bağımlılığı

DSM-5'e göre uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı, 'madde kullanım bozukluğu' başlığı altında ele alınır ve her madde grubu (örneğin opioidler, uyarıcılar, esrar vb.) için ayrı ayrı tanımlanır. Tanı, son 12 ay içinde ortaya çıkan ve klinik olarak belirgin sıkıntı ya da işlev kaybına yol açan problemli madde kullanım örüntüsüne dayanır. DSM-5, tanı için toplam 11 kriter belirlemiştir; bunlar arasında kontrol kaybı (planlanandan fazla kullanım, bırakma girişimlerinin başarısızlığı), yoğun istek (craving), sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma, riskli kullanım (tehlikeli durumlarda madde kullanımı) ve fiziksel bağımlılık göstergeleri (tolerans ve yoksunluk) yer alır. Tanı, karşılanan kriter

sayısına göre hafif (2–3), orta (4–5) ve ağır (6 ve üzeri) olarak sınıflandırılır. Örnek kriterler şunlardır; maddeyi bırakmayı veya azaltmayı denemeye rağmen başarılı olamama, maddeye aşırı zaman ayırma, sosyal veya mesleki işlevselliğin bozulması, kullanımın fiziksel veya psikolojik sorunlara yol açması ve yoksunluk belirtilerinin görülmesi. ICD-11'e göre uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı, psikoaktif maddelere bağlı bozukluklar başlığı altında bağımlılık sendromu olarak tanımlanır. Bu durum; opioidler, esrar, kokain, amfetaminler ve benzeri uyarıcı maddeler gibi farklı maddeler için ayrı alt kategorilerde sınıflandırılsa da temel klinik özellikler ortaktır. Bağımlılık sendromu, bireyin madde kullanımına yönelik güçlü bir istek geliştirmesi, kullanım üzerinde kontrolünü kaybetmesi, madde kullanımını yaşamının merkezine koyması ve fiziksel ya da psikososyal zararlarına rağmen kullanımı sürdürmesi ile karakterizedir. Çoğu olguda tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtileri de tabloya eşlik eder. ICD-11 yaklaşımında tanı, belirli bir maddeye özgü belirtilerden ziyade bu davranış örüntüsünün sürekliliği ve bireyin işlevselliğinde oluşturduğu bozulma temelinde konulmaktadır.

6.1.4. Reçeteli ilaçların kötüye kullanımı

Reçeteli ilaçların kötüye kullanımı, tıbbi amaçlarla reçete edilen ilaçların doktor önerisi dışında, önerilen dozdan daha yüksek miktarlarda kullanılması, kullanım süresinin uzatılması veya başkalarına ait ilaçların kullanılmasıyla ortaya çıkan bir madde kullanım biçimidir. Bu durum, bireyde hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılık gelişme riskini artırmaktadır. Reçeteli ilaçların kontrolsüz ve uygunsuz kullanımı, özellikle merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olan ilaç gruplarında bağımlılık gelişimine yol açabilmektedir. Alanyazında en sık kötüye kullanılan reçeteli ilaç grupları arasında opioid türü ağrı kesiciler, benzodiazepinler ve bazı uyarıcı ilaçlar yer almaktadır. Bu ilaçlar kısa vadede ağrı giderici, sakinleştirici veya dikkat artırıcı etkiler sağlayabilmekle birlikte, uzun süreli ve kontrolsüz kullanım durumunda tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri ve kullanım üzerinde kontrol kaybı gibi bağımlılık belirtilerine yol açabilmektedir. DSM-5'te reçeteli ilaçların kötüye kullanımı ayrı bir tanı kategorisi olarak değil kullanılan

ilacın ait olduğu madde sınıfı kapsamında 'madde kullanım bozukluğu' başlığı altında değerlendirilmektedir. Bu bağlamda opioidler, sedatif-hipnotikler veya uyarıcı ilaçların uygunsuz ve kontrolsüz kullanımı durumunda, birey DSM-5'te tanımlanan madde kullanım bozukluğu ölçütleri çerçevesinde değerlendirilmekte ve karşılanan ölçüt sayısına göre bozukluğun şiddeti belirlenmektedir.[11, 40]

6.2. Davranışsal Bağımlılıklar

DSM-5'te davranışsal bağımlılıklar sınırlı bir şekilde yer almaktadır. Bu sınıflandırmada açıkça tanımlanmış tek davranışsal bağımlılık 'kumar oynama bozukluğu'dur ve 'madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları' başlığı altında yer alır. Kumar oynama bozukluğu; kontrol kaybı, giderek artan miktarda kumar oynama ihtiyacı, başarısız bırakma girişimleri, olumsuz sonuçlara rağmen devam etme ve işlevsellikte bozulma gibi kriterlerle tanımlanır. DSM-5 ayrıca internet oyun oynama bozukluğunu resmi tanı olarak değil, 'daha fazla araştırılması gereken durum' olarak sınıflandırmıştır. Bu yaklaşım, DSM-5'in davranışsal bağımlılıklar konusunda daha temkinli ve sınırlı bir çerçeve benimsediğini göstermektedir.

ICD-11 ise davranışsal bağımlılıkları daha geniş ve sistematik bir şekilde ele alır. Bu sınıflandırmada davranışsal bağımlılıklar, 'bağımlılık yapan davranışlara bağlı bozukluklar' başlığı altında tanımlanır. ICD-11'de' kumar oynama bozukluğu' ve 'oyun oynama bozukluğu' olmak üzere iki temel tanı yer alır. Bu bozukluklar; davranış üzerinde kontrol kaybı, davranışın yaşamda öncelik kazanması ve olumsuz sonuçlara rağmen sürdürülmesi şeklindeki üç temel özellik üzerinden tanımlanır. Ayrıca bu örüntünün genellikle en az 12 ay sürmesi ve bireyin kişisel, sosyal ya da mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açması beklenir. DSM-5, davranışsal bağımlılıkları daha dar kapsamda ele alırken yalnızca kumar bozukluğunu resmi tanı olarak kabul ederken; ICD-11 bu alanı genişleterek hem kumar hem de oyun oynama bozukluğunu bağımlılık çerçevesinde tanımlamaktadır. ICD-11'in yaklaşımı daha davranış örüntüsü ve işlevsellik temelli iken, DSM-5 daha kriter sayısına dayalı ve sınırlı bir kapsam sunmaktadır.

Davranışsal bağımlılık kavramı, farklı araştırmacılar tarafından benzer temel bileşenler üzerinden tanımlanmıştır. Bu alanda öne çıkan bilim insanlarından Mark D. Griffiths, davranışsal bağımlılığı 'bir davranışın birey için baskın hale gelmesi, duygu durumunu değiştirmesi, tolerans ve yoksunluk belirtileri göstermesi, çatışmalara yol açması ve tekrarlayıcı şekilde nüks etmesi' ile açıklamıştır. Griffiths'in 'bileşen modeli', davranışsal bağımlılıkların anlaşılmasında en yaygın kullanılan yaklaşımlardan biridir.[41] Bir diğer önemli araştırmacı olan Goodman[20], bağımlılığı yalnızca maddeyle sınırlamayıp, 'zarar verici sonuçlara rağmen devam eden ve kontrol edilemeyen davranış örüntüsü' olarak tanımlamış ve davranışsal bağımlılıkların da aynı çekirdek mekanizmalara sahip olduğunu vurgulamıştır. Benzer şekilde Shaffer vd. (2004)[42], bağımlılığı 'biyopsikososyal bir süreç' olarak ele almış ve farklı bağımlılık türlerinin ortak bir sendromun farklı görünümleri olduğunu ileri sürmüştür. Bu yaklaşımlar doğrultusunda davranışsal bağımlılıklar için ortak tanı kriterleri şu başlıklar altında toplanabilir:

- *Kontrol kaybı:* Davranışı başlatma, sürdürme veya sonlandırmada güçlük
- *Belirgin öncelik (salience):* Davranışın kişinin yaşamında merkezi hale gelmesi
- *Duygudurum değişikliği:* Davranışın rahatlama, haz veya kaçış sağlaması
- *Tolerans:* Aynı etkiyi elde etmek için davranışın giderek artması
- *Yoksunluk:* Davranış yapılamadığında huzursuzluk, irritabilite gibi belirtiler
- *Çatışma:* Sosyal, mesleki veya kişilerarası sorunlara yol açması
- *Nüks (relapse):* Bırakma girişimlerinden sonra tekrar başlama

Farklı bilim insanlarının tanımları küçük farklılıklar içerse de, davranışsal bağımlılıkların özünde kontrol kaybı, davranışın öncelik kazanması ve olumsuz sonuçlara rağmen sürdürülmesi gibi ortak çekirdek özelliklerin bulunduğu konusunda görüş birliği vardır.

Davranışsal bağımlılık, basit alışkanlık ya da yoğun ilgiden farklı olarak bireyin kontrolünü aşan, sosyal, akademik ve psikolojik işlevselliği bozan bir davranış örüntüsüdür. Kısa vadede haz ve rahatlama sağlasa da uzun vadede suçluluk, pişmanlık ve işlev kaybına yol açar.

Nörobiyolojik olarak, madde bağımlılıklarına benzer şekilde beynin ödül sistemi ve dopaminerjik süreçlerle ilişkilidir; bu durum davranışın tekrarlanmasını pekiştirir ve bırakıldığında yoksunluk benzeri belirtiler ortaya çıkabilir. Davranışsal bağımlılıklar, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimiyle gelişen çok boyutlu yapılardır ve her biri kendine özgü dinamikler taşır. Günümüzde dijitalleşme ve değişen yaşam biçimleri bu bağımlılıkların artmasına ve daha görünür hale gelmesine neden olmuş, böylece bireysel olduğu kadar toplumsal bir sorun haline gelmiştir.[9,13]

Bu bağlamda, aşağıda yer verilen bağımlılık türleri, davranışsal bağımlılıklar alan yazında en sık karşılaşılan örnekleri temsil etmektedir. İzleyen bölümlerde ise her bir bağımlılık türü kuramsal temelleri, ortaya çıkış nedenleri, klinik görünümleri, risk faktörleri ve müdahale yaklaşımları çerçevesinde ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Böylelikle bağımlılık olgusunun yalnızca tanımsal değil, aynı zamanda açıklayıcı ve çözümleyici bir perspektifle değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

a) Kumar Bağımlılığı: Kumar bağımlılığı, bireyin finansal, sosyal ve psikolojik kayıplar yaşamasına rağmen kumar oynama davranışını yineleyici ve kontrolsüz biçimde sürdürmesiyle karakterize edilen bir davranışsal bağımlılıktır. Bu süreçte risk alma eğilimi, kayıpları telafi etme arzusu ve belirsiz ödül mekanizmaları belirleyici rol oynar.[43,44]

b) Dijital Teknoloji Bağımlılığı: Dijital teknoloji bağımlılığı, bireyin internet, sosyal medya, mobil telefon, dijital oyun, çevrimiçi video, mesajlaşma uygulamaları veya diğer dijital teknolojileri kontrolsüz ve aşırı biçimde kullanması, bu kullanımın günlük yaşamını olumsuz etkilemesine rağmen davranışı sürdürmesi durumudur. Dijital teknolojilerin gelişimiyle birlikte bağımlılık davranışları çeşitlenmiş ve farklı kullanım alanlarına göre alt türler ortaya çıkmıştır.

c) İnternet Bağımlılığı: İnternet bağımlılığı, bireyin çevrimiçi ortamlarda bulunma isteğini denetleyememesi ve bu durumun günlük yaşam işlevselliğini bozacak düzeye ulaşmasıdır. Aşırı kullanım, zaman yönetiminde bozulma ve gerçek yaşam sorumluluklarının ihmal edilmesi temel göstergelerdir.[22,45]

*ç) Sanal Medya Bağımlılığı***:** Sanal medya bağımlılığı, sosyal medya platformlarının aşırı ve kontrolsüz kullanımıyla ortaya çıkan bir bağımlılık türüdür. Birey, onaylanma, görünürlük ve sosyal etkileşim ihtiyacını dijital ortamlardan karşılamaya yönelir; bu durum gerçek sosyal ilişkilerin zayıflamasına yol açabilir.[17,46]

d) Dijital Oyun Bağımlılığı: Dijital oyun bağımlılığı, oyun oynama davranışının bireyin yaşamında öncelikli hale gelmesi ve diğer sorumlulukların geri planda kalmasıyla tanımlanır. Süreklilik arz eden ödül döngüleri, rekabet ve kaçış motivasyonu bu bağımlılığı pekiştirir[47,48]

e) Alışveriş Bağımlılığı: Alışveriş bağımlılığı, ihtiyaç dışı ve kontrolsüz satın alma davranışlarının tekrar eden bir örüntü haline gelmesidir. Bu davranış çoğu zaman duygusal düzenleme aracı olarak kullanılır ve kısa süreli haz duygusunun ardından pişmanlıkla sonuçlanır.[49,50]

f) Kompulsif Yeme Bağımlılığı: Kompulsif yeme bağımlılığı, fizyolojik açlıktan bağımsız olarak, özellikle duygusal tetikleyicilerle ortaya çıkan kontrolsüz ve tekrarlayıcı yeme davranışıdır. Birey, bu süreçte yeme davranışı üzerinden rahatlama sağlamaya çalışır.[51]

g) Kompulsif Mesajlaşma Bağımlılığı: Kompulsif mesajlaşma bağımlılığı, bireyin sürekli mesaj gönderme, kontrol etme ve yanıt verme ihtiyacı hissetmesiyle tanımlanır. Bu durum dikkat dağınıklığına, üretkenlik kaybına ve yüz yüze iletişimin zayıflamasına neden olabilir.[4,52]

h) İş Bağımlılığı: İş bağımlılığı, bireyin çalışma davranışını zorlayıcı bir biçimde sürdürmesi ve iş dışındaki yaşam alanlarını ihmal etmesiyle ortaya çıkar. Bu bağımlılıkta üretkenlik üzerinden öz-değer geliştirme ve kontrol ihtiyacı önemli yer tutar.[13]

ı) Egzersiz Bağımlılığı: Egzersiz bağımlılığı, fiziksel aktivitenin sağlığı destekleyici sınırların ötesine geçerek zorlayıcı ve kontrolsüz bir davranışa dönüşmesidir. Egzersiz yapılmadığında huzursuzluk hissi ortaya çıkar ve birey fiziksel zarar riskine rağmen davranışı sürdürür.[13]

i) Estetik Bağımlılığı: Estetik bağımlılığı, bireyin fiziksel görünümünü sürekli değiştirme veya iyileştirme ihtiyacı duymasıyla karakterizedir. Bu durum, beden algısında bozulma ve doyumsuzluk hissiyle birlikte, tekrarlayan kozmetik müdahalelere yönelimi içerir.[53]

j) Kompulsif Tasarruf (Para Biriktirme) Bağımlılığı: Kompulsif tasarruf bağımlılığı, bireyin ekonomik gereksinimlerin ötesine geçerek

para biriktirmeyi zorlayıcı bir davranış haline getirmesidir. Harcama yapmaktan aşırı kaçınma, yaşam kalitesinin düşmesi ve maddi kaynakların işlevsel kullanılmaması bu bağımlılığın temel göstergelerindendir.[54]

Davranışsal bağımlılıklar, bireyin gündelik yaşamını önemli ölçüde etkileyen ve işlev kaybına yol açan çok boyutlu bir olgudur. Bu bağımlılıklar, yalnızca belirli davranışların aşırı düzeyde sergilenmesinden ibaret olmayıp; duygu düzenleme, ödül işleme ve kontrol mekanizmalarının karmaşık etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Kısa vadede rahatlama ve haz sağlarken, uzun vadede psikolojik iyi oluşu, sosyal ilişkileri ve genel işlevselliği olumsuz yönde etkileyen döngüsel bir yapı sergiler. Dijitalleşmenin hız kazandığı günümüzde bu bağımlılıkların daha görünür hale gelmesi, tanı, önleme ve müdahale süreçlerinde bütüncül yaklaşımların önemini artırmaktadır. Bu nedenle davranışsal bağımlılıklar, yalnızca bireysel değil; aynı zamanda toplumsal ve kültürel boyutlarıyla ele alınması gereken önemli bir ruh sağlığı alanı olarak değerlendirilmektedir.

Madde ve davranışsal bağımlılık türlerinin yanı sıra, alan yazında diğer bağımlılık türlerine kıyasla daha sınırlı biçimde ele alınmakla birlikte, duygusal bağımlılık da bağımlılık olgusu kapsamında değerlendirilebilecek önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

7. Alışkanlık Döngüsü ve Bağımlılık

Güncel nörobilim literatürü, bağımlılığı yalnızca bir dürtü kontrol sorunu olarak değil, aynı zamanda alışkanlık temelli bir öğrenme sürecinin ürünü olarak ele almaktadır.[9,55] Bu perspektife göre bağımlılık davranışları, zaman içerisinde otomatikleşen ve birbirini besleyen üç temel aşamadan oluşan bir döngü içinde şekillenir: Tetikleyici, davranış ve ödül.[56]

Bu döngünün ilk aşamasını oluşturan tetikleyiciler, bireyin içsel ya da dışsal yaşantılarından kaynaklanabilir. Stres, yalnızlık, kaygı gibi olumsuz duyguların yanı sıra belirli kişiler, mekanlar veya durumlar da bağımlılık davranışını başlatan güçlü uyaranlar haline gelebilir. Tetikleyiciyi izleyen aşamada, birey söz konusu uyarana yanıt olarak bağımlılık oluşturan davranışı gerçekleştirir. Bu davranış, madde

kullanımını içerebileceği gibi, belirli bir eylemin tekrarını da kapsayabilir. Döngünün son aşamasında ise birey, davranışın ardından kısa süreli haz, rahatlama ya da duygusal kaçış deneyimler; bu durum davranışın yeniden ortaya çıkma olasılığını artıran bir pekiştirme işlevi görür.

Bu üç aşamalı döngünün tekrar etmesiyle birlikte davranış, başlangıçtaki bilinçli tercih niteliğini giderek yitirir ve alışkanlık sistemleri tarafından yönetilen otomatik bir örüntüye dönüşür. Bu süreçte bireyin davranış üzerindeki denetimi zayıflarken, davranış giderek 'zorunlu' bir nitelik kazanır ve çoğu zaman nörobiyolojik bir itki olarak deneyimlenir. Bu nedenle bağımlılık, öğrenilmiş, pekiştirilmiş ve zamanla kompulsif özellik kazanan bir davranış örüntüsü olarak değerlendirilmektedir.

Son yıllarda elde edilen nörobilimsel bulgular, bağımlılığın; özellikle beynin ödül sistemi, dopaminerjik iletim süreçleri ve alışkanlık oluşumunda rol oynayan nöral devrelerde meydana gelen kalıcı değişimlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu değişimler, bağımlılık davranışlarının neden sürdürüldüğünü ve neden bırakılmasının güç olduğunu açıklamada önemli bir çerçeve sunmaktadır. Aynı zamanda bu bulgular, bağımlılıkla mücadelede etkili müdahale yaklaşımlarının yalnızca tek bir boyuta odaklanmak yerine, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenleri birlikte ele alan bütüncül bir anlayışla geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.[55, 9, 56]

Vaka Örneği:

28 yaşında, özel sektörde çalışan bir birey olan A., son iki yıldır yoğun biçimde dijital oyun oynamaktadır. Başlangıçta yalnızca iş sonrası dinlenme ve eğlenme amacıyla başlanan bu davranış, zamanla artan sıklık ve süreyle günlük yaşamın merkezi bir parçası haline gelmiştir.

A.'nın bağımlılık örüntüsü, alışkanlık döngüsü çerçevesinde değerlendirildiğinde üç temel aşamada gözlemlenmektedir. İlk aşamada, özellikle iş yerinde yaşadığı stres, performans baskısı ve sosyal yalnızlık duygusu önemli tetikleyiciler olarak ortaya çıkmaktadır. Gün içerisinde yaşadığı gerginlik ve zihinsel yorgunluk, akşam saatlerinde oyun oynama isteğini belirgin biçimde artırmaktadır.

İkinci aşamada, birey bu tetikleyicilere yanıt olarak dijital oyun oynamaya yönelmektedir. Başlangıçta kısa süreli olan bu davranış, zamanla kontrol edilemeyen ve saatler süren bir etkinliğe dönüşmüştür. A., çoğu zaman 'biraz rahatlamak için' oyuna başladığını ifade etse de, oyunu sonlandırmakta zorlandığını ve planladığından çok daha uzun süre oyun başında kaldığını belirtmektedir.

Döngünün üçüncü aşamasında ise oyun oynama davranışı, A. için belirgin bir ödül işlevi görmektedir. Oyun sırasında yaşadığı başarı hissi, rekabet duygusu ve gerçek yaşamdan geçici uzaklaşma, kısa süreli bir rahatlama ve haz sağlamaktadır. Ancak bu durum geçicidir ve oyun sonrasında suçluluk, yorgunluk ve ertesi güne dair kaygı duyguları ortaya çıkmaktadır.

Bu döngünün tekrarlanmasıyla birlikte A.'nın oyun oynama davranışı giderek otomatikleşmiş ve kontrol edilemez bir hal almıştır. İş performansında düşüş, uyku düzeninde bozulma ve sosyal ilişkilerde azalma gibi işlev kayıpları ortaya çıkmasına rağmen davranış sürdürülmektedir. A., oyunu bırakma yönünde çeşitli girişimlerde bulunmuş ancak kısa süre içinde yeniden aynı davranışa dönmüştür.

Bu vaka, davranışsal bağımlılıkların nasıl geliştiğini; tetikleyici–davranış–ödül döngüsünün tekrar yoluyla nasıl pekiştiğini ve zamanla bireyin kontrol kapasitesini aşan kompulsif bir örüntüye dönüştüğünü açık biçimde göstermektedir.

8. Bağımlılığın Etkileri

Bağımlılık, yalnızca bireysel düzeyde ortaya çıkan bir sorun olmanın ötesinde; aile yapısından toplumsal işleyişe ve ulusal güvenlik dinamiklerine kadar uzanan çok boyutlu etkiler yaratan karmaşık bir halk sağlığı sorunudur. Fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde yol açtığı yıkıcı sonuçların yanı sıra, bireyin işlevselliğini azaltarak üretkenlik kaybına neden olmakta; aile içi ilişkileri zayıflatmakta, sosyal uyum, ekonomik istikrar ve toplumsal düzen üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bununla birlikte bağımlılık, suç oranlarında artış, sağlık ve sosyal hizmet sistemleri üzerinde artan yük ve yasa dışı ağların güçlenmesi gibi dolaylı etkiler aracılığıyla toplumsal güvenliği de tehdit etmektedir.[12,39,40] Bu bağlamda bağımlılığın etkilerinin anlaşılması,

yalnızca bireysel sonuçların değerlendirilmesiyle sınırlı kalmayıp; aile, toplum ve devlet düzeyinde çok katmanlı ve bütüncül bir perspektif içinde ele alınmasını gerektirmektedir.

8.1. Birey Üzerindeki Etkileri

Bağımlılık, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal işlevselliğini doğrudan etkileyerek yaşam kalitesinde belirgin bir düşüşe yol açan çok boyutlu bir süreçtir. Süreç ilerledikçe birey, fiziksel sağlık açısından karaciğer, kalp ve akciğer hastalıkları, bağışıklık sisteminde zayıflama, uyku bozuklukları, kronik yorgunluk ve beslenme düzensizlikleri gibi sorunlar yaşarken; psikolojik düzeyde özgüven ve özsaygı kaybı, depresyon ve anksiyete artışı, suçluluk ve utanç duyguları ile dikkat ve hafıza problemleriyle karşılaşmaktadır. Bununla birlikte sosyal ve duygusal alanda da belirgin bozulmalar ortaya çıkmakta; birey sosyal izolasyon, yalnızlık, kişilerarası ilişkilerde zayıflama, rol kaybı ve yaşamdan zevk alamama gibi durumlar yaşamaktadır. Tüm bu etkiler bir araya geldiğinde, birey zamanla kendi kimliğinden uzaklaşmakta ve yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybettiğini hissetmektedir.[18,39]

8.2. Toplum ve Aile Üzerindeki Etkileri

Bağımlılık, bireyin en yakın sosyal sistemi olan aile üzerinde derin ve uzun süreli etkiler yaratarak aile içi dengeyi bozar ve ilişkilerde güven ile istikrarın zedelenmesine yol açar. Bu süreçte aile üyeleri güven kaybı ve hayal kırıklığı yaşarken, sürekli kaygı ve belirsizlik hissiyle karşı karşıya kalır; iletişim problemleri ve çatışmalar artar, rol karmaşası ortaya çıkar ve çocukların ebeveyn rolü üstlenmesi ya da eşlerin aşırı sorumluluk yüklenmesi gibi sağlıksız dinamikler gelişebilir. Bununla birlikte bağımlılık, aile üzerinde ekonomik yük ve maddi sorunlara neden olurken, duygusal yıpranma ve tükenmişliği de beraberinde getirir. Aile üyeleri sıklıkla suçluluk, öfke ve çaresizlik gibi yoğun duygular arasında gidip gelir ve bu durum, zamanla sağlıksız iletişim örüntülerinin yerleşmesine ve aile bağlarının zayıflamasına neden olabilir.[23,57]

8.3. Ulusal Güvenlik Üzerindeki Etkileri

Bağımlılığın etkileri, daha geniş bir perspektifte ulusal güvenlik boyutuna kadar uzanmakta ve özellikle madde bağımlılığı ile ilişkili

yasa dışı üretim ve dağıtım ağları üzerinden devletlerin güvenlik politikalarını doğrudan etkilemektedir. Bu süreçte uyuşturucu kaçakçılığı ve organize suç ağları güçlenirken, terör ve diğer yasa dışı faaliyetlerin finansmanı desteklenebilmekte; kamu düzeni ve toplumsal güvenlik zedelenmektedir. Ayrıca güvenlik güçleri ve adalet sistemi üzerinde artan iş yükü, devlet kaynaklarının önemli bir bölümünün bu alana yönlendirilmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte genç nüfusun risk altına girmesi ve nitelikli insan kaynağında yaşanan kayıplar, uzun vadede toplumsal ve ekonomik gelişimi de olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda bağımlılık, yalnızca sağlık ve sosyal hizmetler kapsamında değil; aynı zamanda ulusal güvenlik politikaları çerçevesinde de ele alınması gereken stratejik bir sorun olarak değerlendirilmektedir.[12,58]

Netice itibariyle, bağımlılık, bireyin iç dünyasından başlayarak aile yapısına, toplumsal düzene ve ulusal güvenliğe kadar uzanan çok katmanlı etkiler yaratan bir olgudur. Bu nedenle bağımlılıkla mücadele, yalnızca bireysel tedavi süreçleriyle sınırlı kalmamalı; aile, toplum ve devlet düzeyinde bütüncül, çok disiplinli ve sürdürülebilir politikalarla desteklenmelidir.

9. Bağımsızlığa Yeniden Başlangıç

Bağımlılıktan sonra hayatı yeniden inşa etmek, yalnızca eski alışkanlıklardan uzak durmak değil, daha anlamlı, dengeli ve bilinçli bir yaşam kurma sürecidir. Bu süreç, bireyin geçmişiyle yüzleşip onu kabullenmesini, kendini affederek suçluluk duygusunu geride bırakmasını ve yeni yaşam hedefleri belirlemesini içerir. Aynı zamanda sağlıklı günlük rutinlerin oluşturulması, güven ilişkilerinin yeniden kurulması ve yaşamda anlam ve değer duygusunun güçlendirilmesi bu yeniden yapılanmanın temelini oluşturur.

Yeniden yapılanma sürecinde birey, hayatındaki öncelikleri yeniden değerlendirir, kendisiyle daha dürüst bir ilişki kurar ve sağlıklı sınırlar geliştirmeye başlar. Bununla birlikte üretken ve doyum sağlayan alanlara yönelerek toplumsal hayata daha aktif katılım gösterir. Bu süreç, yalnızca bağımlılıktan uzak bir yaşam değil, aynı zamanda daha bilinçli, özgür ve anlamlı bir yaşam biçimi kazandırır.

İyileşme sürecinde umut önemli bir rol oynar. Her yeni gün, daha sağlıklı seçimler yapma ve kendini yeniden tanımlama fırsatı sunar. Bu bağlamda bağımlılık geçmişi, bireyin kim olduğunu değil, hangi zorlukların üstesinden gelebildiğini gösteren bir deneyim olarak değerlendirilebilir.

10. Bağımlılıkta İyileşme Süreci

Bağımlılıktan iyileşme, yalnızca madde kullanımının ya da bağımlı davranışın sonlandırılmasıyla sınırlı olmayan; bireyin düşünce kalıplarını, duygusal süreçlerini ve yaşam biçimini yeniden yapılandırdığı çok boyutlu bir değişim sürecidir. Güncel yaklaşımlar, bu sürecin biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutların birlikte ele alınmasını gerektirdiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle iyileşme, süreklilik gerektiren dinamik ve aşamalı bir süreç olarak değerlendirilmektedir.[59]

a) Sorunun Tanınması ve Değişime Yönelim: İyileşmenin ilk ve en önemli aşaması, bireyin bağımlılığı fark edip kabul etmesidir. Bu süreçte inkar ve benzeri savunmalar farkındalığı zorlaştırsa da, kişi bağımlılığın yaşamına etkilerini gördükçe değişim için motivasyon geliştirir. Sorunun tanımlanması, sonuçlarının fark edilmesi, sorumluluk alınması ve profesyonel destek arayışı, tedaviye katılım ve iyileşmenin sürdürülmesi açısından kritik öneme sahiptir.

b) Çok Boyutlu Tedavi Yaklaşımları: Bağımlılıkla baş etme süreci, bireye özgü planlanan ve biyopsikososyal yaklaşımı temel alan çok yönlü bir tedavi gerektirir. Psikoterapiler (özellikle BDT ve motivasyonel görüşme vb.) bilişsel ve duygusal süreçleri yeniden yapılandırırken, gerekli durumlarda ilaç tedavisi yoksunluk ve dürtü kontrolünü destekler. Rehabilitasyon ve destek programları ise bireye güvenli bir ortam sunarak sosyal destek ve düzenli yaşam alışkanlıklarının gelişimine katkı sağlar. Bu yaklaşımların birlikte uygulanması tedavi başarısını artırır.

c) Yaşamın Yeniden İnşası: Bağımlılıktan iyileşme, yalnızca davranışın bırakılması değil, bireyin yaşamını bütüncül şekilde yeniden yapılandırmasını içerir. Bu süreçte 'iyileşme sermayesi', yani bireyin sahip olduğu içsel ve dışsal kaynaklar önemli rol oynar. Sağlıklı rutinler oluşturmak, sosyal ilişkileri güçlendirmek, duygusal beceriler geliştirmek

ve yaşam rollerini yeniden düzenlemek iyileşmeyi destekler. Uzun vadeli başarı ise sosyal destek, düzenli takip ve bireyin aktif katılımıyla sürdürülebilir hale gelir.

Bağımlılıkta tekrarlanma (nüks), iyileşme sürecinde zaman zaman ortaya çıkabilen ve tedavinin başarısızlığı değil, sürecin doğal bir parçası olarak değerlendirilen bir durumdur. Bu süreçte önemli olan, erken farkındalık ve önleyici adımların zamanında uygulanmasıdır. Stres, yalnızlık, olumsuz duygular, eski kullanım ortamları ve fiziksel yorgunluk gibi tetikleyiciler, yeniden kullanım riskini artırabilir. Bu nedenle bireyin tetikleyicileri tanıması ve baş etme becerilerini geliştirmesi büyük önem taşır. Nüksü önlemede sürdürülebilir yaşam alışkanlıkları, psikolojik dayanıklılık ve güçlü sosyal destek sistemleri temel rol oynar. Terapiye devam etmek, destek gruplarına katılmak, stres yönetimi ve sağlıklı rutinler geliştirmek etkili yöntemler arasındadır. Ayrıca bireyin kendine karşı anlayışlı olması ve nüksü bir başarısızlık değil, öğrenme fırsatı olarak görmesi iyileşmenin sürdürülebilirliği açısından önemlidir.

11. Bağımsızlığa Yeniden Başlangıç

Bağımlılıktan sonra yaşamı yeniden inşa etmek, yalnızca eski alışkanlıklardan uzak durmayı değil; bireyin daha dengeli, anlamlı ve bilinçli bir yaşam kurmasını içeren çok boyutlu bir dönüşüm sürecini ifade eder. Bu süreç, bireyin geçmiş deneyimleriyle yüzleşmesini, onları kabullenmesini ve bu deneyimlerden öğrenerek geleceğe daha umutla yönelmesini mümkün kılar. Bağımlılık sürecinde sıklıkla yaşanan kendilik değeri kaybı, yaşamla bağın zayıflaması ve kontrol kaybı hissi, iyileşme süreciyle birlikte yerini yeniden güçlenme, öz yeterlilik ve yaşam üzerinde kontrol duygusunun kazanılmasına bırakabilir.[59]

Yeniden yapılanmanın temelinde, bireyin geçmişiyle sağlıklı bir şekilde yüzleşmesi, kendini affetmesi ve suçluluk ile utanç duygularını işleyebilmesi yer alır. Bu duyguların dönüştürülmesi, bireyin psikolojik yükünü hafifletirken değişime açık bir zemin oluşturur. Aynı zamanda birey, yeni ve gerçekçi yaşam hedefleri belirleyerek geleceğe yönelik bir yön duygusu geliştirir; günlük yaşamını destekleyen

sağlıklı rutinler oluşturur ve öz bakım becerilerini güçlendirir. Bu süreçte stres yönetimi, duygu düzenleme ve farkındalık (*mindfulness*) becerilerinin geliştirilmesi, nüks riskini azaltmada önemli bir rol oynar.

Kişilerarası ilişkilerin yeniden yapılandırılması da iyileşmenin önemli bir boyutudur. Bağımlılık sürecinde zarar gören güven ilişkilerinin onarılması, açık iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve destekleyici sosyal ağların kurulması, bireyin iyileşme sürecini güçlendirir. Aile, arkadaş çevresi ve destek grupları bu noktada önemli kaynaklar sunar. Bununla birlikte bireyin yaşamına anlam ve değer katan faaliyetlere yönelmesi, (eğitim, iş, gönüllülük ya da geliştirici uğraşlar iyileşmenin sürdürülebilirliğini artırır.

Yaşamın yeniden yapılandırılması sürecinde birey, önceliklerini yeniden değerlendirerek daha sağlıklı ve işlevsel seçimler yapmaya başlar. Kendisiyle daha dürüst bir ilişki kurar, sınırlarını belirler ve korur, aynı zamanda üretken ve doyum sağlayan alanlara yönelir. Bu süreç, bireyin yalnızca bağımlılıktan uzak bir yaşam sürmesini değil; aynı zamanda toplumsal hayata daha aktif katılım göstermesini, kimlik duygusunu yeniden inşa etmesini ve yaşam doyumunu artırmasını sağlar.

Bağımlılıktan sonraki yeniden yapılanma, yalnızca zararlı davranışların sonlandırıldığı bir dönem değil; aynı zamanda bireyin kendini yeniden tanımladığı, güçlendirdiği ve yaşamına yeni bir anlam kazandırdığı gelişimsel bir süreçtir. Bu süreçte umut, değişimin en önemli itici gücüdür. Her yeni gün, daha sağlıklı seçimler yapma ve yaşamı yeniden şekillendirme fırsatı sunar. Bu bağlamda bağımlılık geçmişi, bireyin kimliğini belirleyen bir unsurdan ziyade, onun dayanıklılığını, değişim kapasitesini ve güçlenme potansiyelini ortaya koyan bir yaşam deneyimi olarak değerlendirilebilir.

Sonuç

Bağımlılık, tarihsel süreç içerisinde değişen toplumsal, kültürel ve teknolojik koşullarla birlikte dönüşen; günümüzde ise biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları iç içe geçmiş çok yönlü bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bölümde ele alınan kuramsal çerçeve, bağımlılığın yalnızca madde kullanımına indirgenemeyeceğini;

davranışsal örüntüleri de kapsayan geniş bir spektrum içinde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. DSM-5 ve ICD-11 gibi tanı sistemlerinin ortak vurguları, bağımlılığın temelinde kontrol kaybı, yoğun istek, tolerans, yoksunluk ve olumsuz sonuçlara rağmen sürdürme gibi çekirdek özelliklerin yer aldığını göstermektedir.

Bağımlılığın oluşum süreci incelendiğinde, başlangıçta çoğu zaman merak, sosyal etki ya da stresle baş etme amacıyla ortaya çıkan davranışların, zamanla öğrenme mekanizmaları ve nörobiyolojik süreçler aracılığıyla pekiştiği ve kronik bir döngüye dönüştüğü görülmektedir. Özellikle beynin ödül sistemi, dopaminerjik süreçler ve alışkanlık döngüsü, bağımlılığın sürdürülmesinde kritik rol oynamaktadır. Bununla birlikte genetik yatkınlık, kişilik özellikleri, travmatik yaşantılar ve sosyal çevre gibi faktörler, bağımlılığın gelişiminde belirleyici etkenler olarak öne çıkmaktadır.

Bağımlılığın etkileri bireysel düzeyle sınırlı kalmayıp, aile yapısı, toplumsal düzen ve hatta ulusal güvenlik üzerinde dahi önemli sonuçlar doğurmaktadır. Fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının yanı sıra, sosyal ilişkilerde bozulma, ekonomik kayıplar ve toplumsal maliyetler bağımlılığın çok katmanlı etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadele, yalnızca bireysel tedavi yaklaşımlarıyla sınırlı kalmamalı; aile, eğitim, sağlık ve politika düzeyinde bütüncül ve sürdürülebilir stratejilerle desteklenmelidir.

İyileşme süreci ise bağımlılığın doğası gereği dinamik, aşamalı ve uzun vadeli bir değişim sürecidir. Bu süreçte sorunun fark edilmesi, çok boyutlu tedavi yaklaşımlarının uygulanması ve yaşamın yeniden yapılandırılması temel aşamaları oluşturmaktadır. Nüks olasılığının sürecin doğal bir parçası olarak ele alınması ve bireyin bu deneyimi bir öğrenme fırsatı olarak değerlendirmesi, iyileşmenin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Güçlü sosyal destek sistemleri, psikolojik dayanıklılık ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları, bu sürecin temel yapı taşlarıdır.

Bağımlılık, bireyin iradesiyle açıklanabilecek bir durum değil, çok boyutlu etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir olgudur. Bu nedenle bağımlılığa yönelik yaklaşımın da bütüncül, bilimsel ve insan odaklı olması gerekmektedir. Önleme, erken müdahale

ve rehabilitasyon süreçlerinin güçlendirilmesi; bireylerin daha sağlıklı, üretken ve anlamlı bir yaşam sürdürebilmeleri açısından kritik önem taşımaktadır.

Kaynakça

1. Potenza, M. N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. Addictive Behaviors, 39(1), 1–2. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.004
2. Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior, 31*, 351–354. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.059
3. van den Eijnden, R. J. J. M., Lemmens, J. S., & 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
4. Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review. *Journal of Affective Disorders, 207*, 251–259. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030
5. Siegel, R. K. (1989). Intoxication: Life in pursuit of artificial paradise. Dutton.
6. Karaköz, K. (2022). Eski Mezopotamya ve Anadolu ritüellerinde psikoaktif bitkiler. *KOUSBAD Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi, 15*, 31–68.
7. Courtwright, D. T. (2001). Forces of habit: Drugs and the making of the modern world. Harvard University Press.
8. Edwards, G. (2002). *Alcohol: The ambiguous molecule*. Penguin.
9. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(8), 760–773. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8
10. Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology, 39*, 223–252. https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001255
11. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
12. World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. https://icd.who.int
13. Griffiths, M. D. (2005). A components model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191–197. https://doi.org/10.1080/14659890500114359

14. Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction. *American Journal of Psychiatry, 162*(8), 1403–1413. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403
15. Knutson, B., & Cooper, J. C. (2005). Functional magnetic resonance imaging of reward prediction. *Current Opinion in Neurology, 18*(4), 411–417. https://doi.org/10.1097/01.wco.0000173463.24758.f6
16. Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Fear of missing out. *Computers in Human Behavior, 29*, 1841–1848. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014
17. Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(3), 311. https://doi.org/10.3390/ijerph14030311
18. Lembke, A. (2021). Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence. Dutton.
19. Şahin, C. (2024). Alkol ve madde bağımlılığı. İçinde C. Şahin, A. Özkan & Y. E. Bulut (Eds.), *Her yönüyle bağımlılık* (ss. 167–210). Pegem Akademi.
20. Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction, 85*(11), 1403–1408. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x
21. Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum, 76*, 14–19.
22. Young, K. S. (1998). Internet addiction. *CyberPsychology & Behavior, 1*(3), 237–244. https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237
23. Şahin, C., ve Günüç, S. (2020). Teknoloji bağımlılığına genel bakış. İçinde C. Şahin & S. Günüç (Eds.), *Teknoloji Bağımlılıkları* (ss. 1–21). Nobel Yayıncılık.
24. Yeşilay. (2026). *Bağımlılık türleri ve mücadele yöntemleri*. https://www.yesilay.org.tr
25. Şahpolat, M., Arı, M., Kokaçya, M. H., & Çöpoğlu, Ü. S. (2014). Ödül eksikliği sendromu. *Bağımlılık Dergisi*, 15, 85–90.
26. Blum, K., Baron, D., McLaughlin, T., & Gold, M. S. (2020). Molecular neurological correlates of reward circuitry. *Journal of the Neurological Sciences, 411*, 116733. https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116733
27. Burke Harris, A. (2018). *The deepest well*. Houghton Mifflin Harcourt.
28. Rose, S., et al. (2019). Racial discrimination and substance use. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 18*(4). https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1425949
29. Şahin, C. (2025). Bağımlılıklara genel bakış: Okul ortamında bağımlılıklar. A. Özkan (Ed.), *Okul aidiyeti bağlamında bağımlılıklarla mücadele*. Nobel Yayınları.
30. Mitchell, G. (2023). Response to Koob. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 84*(2), 348. https://doi.org/10.15288/jsad.23-00091
31. Cleveland Clinic. (2022). *Dopamine: What it is, function & symptoms*. https://my.clevelandclinic.org

32. Dal, İ., & Gök, N. (2024). Sosyal medya bağımlılığı ve ders çalışma tutumu. *ASES Ulusal Sosyal Bilimler Dergisi, 4*(2), 208–242. https://doi.org/10.5281/zenodo.14576679
33. Savaş, Y. (2024). Bağımlılığa genel bakış. İçinde C. Şahin, A. Özkan & Y. E. Bulut (Eds.), *Her yönüyle bağımlılık* (ss. 1–16). Pegem Akademi.
34. Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and frontal cortex. *American Journal of Psychiatry, 159*(10), 1642–1652. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642
35. Koob, G. F. (2008). Brain stress systems in addiction. *Neuron, 59*(1), 11–34. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2008.06.012
36. Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of addiction. *Nature Neuroscience, 8*(11), 1481–1489. https://doi.org/10.1038/nn1579
37. Howard, M. O., Kivlahan, D., & Walker, R. D. (1997). Personality and substance use. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(1), 48–66. https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.48
38. Goeders, N. E. (2003). Stress and addiction. *European Neuropsychopharmacology, 13*(6), 435–441. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2003.08.004
39. American Psychiatric Association. (2013). . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
40. National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs, brains, and behavior*. https://nida.nih.gov
41. Griffiths, M. D. (1996). Behavioural addictions. *Employee Counselling Today, 8*(3), 19–25. https://doi.org/10.1108/13665629610116872
42. Shaffer, H. J., et al. (2004). Syndrome model of addiction. *Harvard Review of Psychiatry, 12*, 367–374.
43. Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). Gambling pathways model. *Addiction, 97*(5), 487–499. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
44. Clark, L. (2010). Gambling decision-making. *Philosophical Transactions B, 365*(1538), 319–330. https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0147
45. Beard, K. W. (2005). Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior, 8*(1), 7–14. https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.7
46. Andreassen, C. S. (2015). Online social network addiction. *Current Addiction Reports, 2*(2), 175–184. https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9
47. Gentile, D. A., et al. (2011). Video game addiction. *Pediatrics, 127*(2), e319–e329. https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353
48. Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Gaming addiction review. *Journal of Behavioral Addictions, 1*(1), 3–22. https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.1.1
49. Black, D. W. (2007). Compulsive buying disorder. *World Psychiatry, 6*(1), 14–18.

50. Dittmar, H. (2005). Compulsive buying. *British Journal of Psychology, 96*(4), 467–491. https://doi.org/10.1348/000712605X53533
51. Hilton, D. L., & Watts, C. (2011). Pornography addiction. *Surgical Neurology International, 2*, 19. https://doi.org/10.4103/2152-7806.76977
52. Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Media use and sleep. *Sleep Medicine, 11*(8), 735–742. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.02.006
53. Kühn, S., & Gallinat, J. (2014). Pornography and brain structure. *JAMA Psychiatry, 71*(7), 827–834. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.93
54. Dholakia, U. M. (2000). Consumption impulse model. *Psychology & Marketing, 17*(11), 955–982. https://doi.org/10.1002/1520-6793(200011)17:11<955::AID-MAR3>3.0.CO;2-J
55. Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
56. Duhigg, C. (2012). *The power of habit*. Random House.
57. Güleç, V. (2018). Social media and family breakdown. *Yeni Medya Elektronik Dergisi, 2*(2), 105–120. https://doi.org/10.17932/IAU.EJNM.25480200.2018.2/2.105-120
58. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023*. https://www.unodc.org
59. Şahin, C. (2026). Bağımlılıklar. İçinde A. Özkan & O. Özkan (Eds.), *Türk hukuk sisteminde bağımlılıklar*. Yetkin Yayınları

TÜTÜN VE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Doç. Dr. Yakup ARSLAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D.
yakup.arslan@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9079-1701

Giriş

Tütün ve nikotin bağımlılığı, dünya çapındaki önlenebilir en yaygın sağlık sorunudur. İlk kullanımının insanlığın başlangıcına kadar dayandığı öngörülen ve Amerika'nın keşfi ile tüm dünyaya yayılmış olan tütün ve nikotin ürünleri, halen yaklaşık 1,3 milyar insan tarafından bağımlılık düzeyinde kullanılmaktadır. Tütün, yetiştirilmesinden toplanmasına, işlenmesinden kullanılmasına, atılmasından yok olmasına kadar her aşamada oluşturduğu zararlı etkiler ve riskler ile birey, toplum ve gezegenimizin sağlığını tehdit etmektedir. Patlıcangiller familyasından bir bitki olan tütün, köklerinden sentezlenip yapraklarında depolanan nikotin aracılığı ile gelişen, ömür boyu devam eden, biyopsikososyal komponenti olan, edinilmiş bir endüstriyel hastalık olarak nitelendirilen ve Uluslararası Hastalık Sınıflamasında (ICD) F17 ile kodlanan 'Tütün Bağımlılığı' hastalığına yol açmaktadır. Tütün ve nikotin içeren ürünlerin düzenli olarak 100 gün ya da 100 gr. düzeyinde kullanımı ile bağımlılık gelişmekte ve hatta bu ürünlerin ergenlik döneminde kullanılmaya başlanması durumunda bağımlılık daha kısa sürede gelişmektedir. Gerek klasik tütün ürünleri, gerekse elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri, nikotin poşları ya da sentetik nikotin şeklinde kullanım ile tütün ve nikotin bağımlılığı ortaya çıkmaktadır. İnsanların bağımlılık yapıcı maddeleri kullanımının nedenlerine inildiğinde, bağımsız birey olma yolunda Maslow tarafından tanımlanmış olan ihtiyaçlar hiyerarşisindeki eksiklikler karşımıza çıkmaktadır. Bu basamaklardaki, insani, ahlaki, etik, dini ve milli değerlere sağlanacak bağlılıklar, bireyi, toplumu ve dünyayı sağlıklı ve mutlu kılmaktadır. Ancak bireyde bu bağlılıklar sağlanamadığında, sağlıksız ve

mutsuz bir durum oluşturmakta, bunu gidermek için birey, bağlılıklar yerine bağımlılıklara yönelmekte ve bunlardan da en kolay ulaşılanı tütün ve nikotin ürünleri bağımlılığı olmaktadır. Bireyde başlayan tütün ve nikotin ürünleri bağımlılığı alkol, madde, teknoloji ve kumar bağımlılıklarını beraberinde getirmektedir.

Tütün ve nikotin bağımlılığı ile mücadele, bu ürünlerin kullanımına başlanmanın önlenmesi, kullanmaya başlamış olanların bu ürünleri bırakması ve aktif kullanmayan ancak pasif maruziyet dediğimiz ikincil, üçüncül ve dördüncül etkilenimin sonlandırılmasını içeren birbirini tamamlayan üç halkadan oluşmalıdır. Bu süreç, tütün başta olmak üzere her türlü bağımlılık yapıcı madde kullanımının önlenmesi için, kişinin bağımsız birey olma yolunda mutluluğa götürücü bağlılıklara sahip olması, bütüncül yaklaşım ile tütün ve nikotin bağımlılığının tedavisi ve toplumsal bilinçlenme ile pasif maruziyetin önlenmesini içermelidir. Umutlu gelecek için bağlılıkları olan bağımlılıksız nesillere ulaşmak tüm paydaşların gayesi olmalıdır.

1. Tütün ve Nikotin Ürünleri Kullanım Yaygınlığı

Tütün ve nikotin bağımlılığı, dünya çapındaki önlenebilir en yaygın sağlık sorunudur. İlk kullanımının insanlığın başlangıcına kadar dayandığı öngörülen ve Amerika'nın keşfi ile tüm dünyaya yayılmış olan tütün ve nikotin ürünleri, 1,1 milyarı sigara başta olmak üzere geleneksel tütün ürünleri ve 200 milyonu da elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri, nikotin poşları ya da sentetik nikotin şeklinde olmak üzere yaklaşık toplam 1,3 milyar insan tarafından bağımlılık düzeyinde kullanılmaktadır. Bu bağımlıların da yaklaşık %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı öngörülmektedir.[1]

Tobacco Atlas 2022 raporu, küresel tütün kullanımının yıkıcı sağlık ve ekonomik maliyetlerini ortaya koymuştur; Buna göre sadece 2019 yılında, tütün kullanımı dünya çapında 8,67 milyondan fazla ölüme (6,53 milyon erkek, 2,14 milyon kadın) ve yaklaşık 2 trilyon ABD doları ekonomik zarara neden olmuştur. Ölenlerin 7,37 milyonunun primer sigara içimine, 1,3 milyonunun ise pasif içiciliğe maruz kalmaktan öldüğü öngörülmüştür.[2]

Gerek klasik tütün ürünleri gerekse elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri başta olmak üzere yeni tütün ürünlerinin kullanımı, dünya çapında başlıca hastalık, iş göremezlik, sağlık harcamaları ve ölüm nedenlerinin en önde gelen nedenlerindendir. Tütün kullanımı özellikle akciğer, kalp ve damar sistemi başta olmak üzere birçok sistemde akut ve kronik birçok hastalığın gelişimine yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2008 yılında 'tütün kullanımını' dünyanın en önemli önlenebilir ölüm nedeni olarak belirlemiştir.[3] Ayrıca 2022'de tütünün yaygın kullanımı için 'Tütün Salgını' ifadesi kullanılmış ve dünya genelinde her yıl 8 milyondan fazla insanın tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir.[4]

2. Tütün ve Nikotin Ürünleri Kullanımının Global Zararları

DSÖ güncel verilerine göre tütün bitkisi, 124'ten fazla ülkede en çok da gelişmemiş Afrika ülkelerinde yetiştirilmektedir. Bu ülkelerde tarım arazilerine tütün ekildiği için, buğday başta olmak üzere temel gıda ürünleri ekilememekte ve insanların temel gıdaya ulaşmaları engellenmektedir. Böylece açlık ve ölümler meydana gelmektedir. DSÖ verilerinde, 2022 yılında 9 milyon insanın açlık nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Tütün bitkisinin yetiştirilmesi için çok fazla su gerekmekte, su kaynakları tütün yetiştirilmek için tüketilmekte ve insanlar susuz kalmaktadır. Yetiştirilen tütün bitkisinin hasadı özellikle çocuk işçiler tarafından yapılmakta, çocuklar elleriyle tütün ürünlerini toplarken, ciltleri aracılığı ile nikotin dolaşıma geçmekte, erken dönemde nikotin bağımlılığı başlamaktadır. Genellikle sabah erken saatlerde çiğli tütün yapraklarının tütün hasatçıları ve çiftçilerin tarafından toplanırken, ıslak veya taze tütün yapraklarına cilt teması sonucu nikotinin deri yoluyla emilmesiyle, mide bulantısı, baş dönmesi, kusma, halsizlik ve baş ağrısı gibi belirtilerle karakterize Yeşil Tütün Hastalığı (YTH), denilen akut bir nikotin zehirlenmesi gözlenmektedir.[5]

Tütün ve nikotin içeren ürünleri kullanılması ile atmosfere gaz ve partikül şeklinde yayılan yaklaşık 7000'den fazla kimyasal madde ve 70'ten fazla kanserojen maddenin tütün ürününü kullanan kişide

oluşturduğu zararlar 'primer etki' olarak adlandırılırken pasif maruziyet ile kullanan kişinin yakın çevresinde oluşturduğu zararlı etkiler 'sekonder etki', topluma açık ortak kullanım alanlarında bu ürünlerin tüketilmesine maruziyet ile oluşan zararlı etkiler 'tersiyer etki' ve bu ürünlerin kullanımının gerek direkt gerekse kamera ya da ekran aracılığı ile görülmesi ile oluşan zararlar da 'dördüncül etki' olarak adlandırılmaktadır.

Dünyada yaklaşık 1,3 milyar insanın günde ortalama 20 adet sigara ya da tütün ürünü kullandığını, her bir üründe yaklaşık 8000 adet olmak üzere yaklaşık her gün 208 trilyon adet zararlı kimyasal madde atmosfere salınmakta ve böylece anormal meteorolojik olaylar, ozon tabakasının etkilenmesi, çevre ve iklim krizleri ortaya çıkmaktadır. Tütün ve nikotin ürünlerinin kullanılmaya başladığı andan itibaren tepeden tırnağa tüm hücrelerimizde oksidatif stress, inflamasyon, tromboz ve onkojenik dönüşüm başlamakta, belli bir sür sonra inme ve kalp krizi, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve başta akciğer olmak üzere farklı organ kanserlerinin gelişimi ve bu sebeplerden her yıl yaklaşık 7,3 milyonu primer kullanıcı, 1,4 milyonu pasif maruziyete bağlı olmak üzere yaklaşık 8,7 milyon insanın hayatını kaybettiği gözlenmektedir.

Maalesef tütün ve nikotin ürünleri kullanım durumu, progresif özellik göstermektedir. ABD'de 2022 yılında bir araştırmada 15 yaş grubu gençlerin son bir yıl içinde %30'unun, son bir ay içinde de %20'sinin elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri ve nikotin poşları gibi yeni tütün ürünleri kullandığı tespit edilmiştir.[6] Tüm bu boyutları ile tütün ve nikotin ürünleri, yetiştirilmesinden toplanmasına, işlenmesinden kullanılmasına, atılmasından yok olmasına kadar her aşamada oluşturduğu zararlı etkiler ve riskler ile birey, toplum ve gezegenimizin sağlığını tehdit etmektedir.

3. Tütün ve Nikotin İçeren Ürünler

Tütün, bitki sistematik sınıflandırmasında Solanaceae familyasına ve Nicotiana cinsine ait yıllık otsu bir bitkidir ve yapraklarının harmanlanmasıyla elde edilen ürünleri yaygın olarak kullanılmaktadır.[7] Tütün,

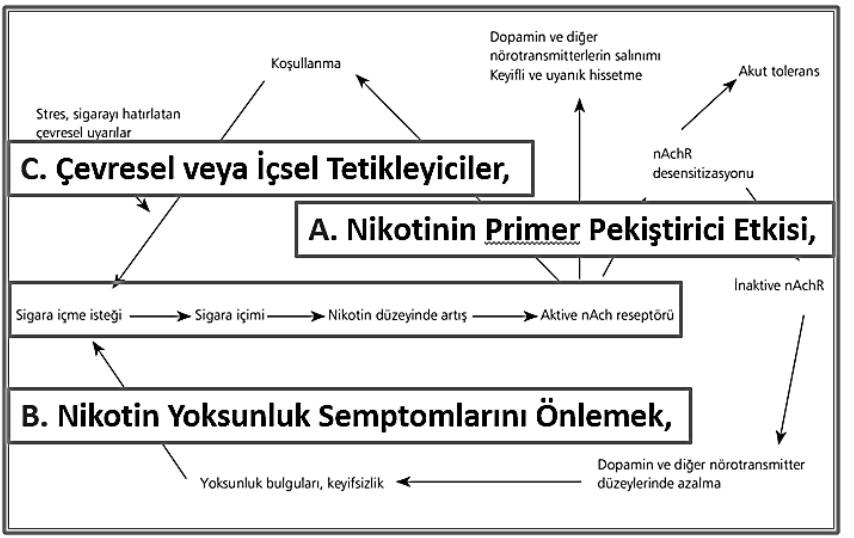
harmala alkaloidleri, polifenoller, terpenler, karbonhidratlar, aldehitler, ketonlar, aminler, nitriller ve pestisitler gibi çok çeşitli bileşiklerin yanı sıra, kök uçlarında sentezlenen ve yapraklarda depolanan son derece bağımlılık yapıcı ve uyarıcı alkaloid olan nikotini içerir.[8] Tütün ve nikotin bazlı ürünlerin (sigara, pipo, puro, bidi, nargile, çiğneme tütünü, elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri ve nikotin poşları vb.) uzun süreli ve düzenli kullanımıyla ilişkili olarak gelişen bağımlılıkta ana etiyolojik faktör nikotindir (Şekil 1). Tütün ürünü içeriğindeki nikotin miktarı 10-20 mg. arasında değişmektedir. Vücuda alınan nikotin miktarı ise, tüketilen ürünün türüne, tüketim şekli özellikleri (Tüketimin derinliği, inhalasyondan sonra nefes tutma süresi vb.) ve kullanıcı özelliğine göre ortalama 0.05-2 mg. arasında değişebilmektedir.

Şekil 1- *Tütün ve Nikotin İçeren Ürünler*[9]

4. Tütün ve Nikotin İçeren Ürünlerin Bağımlılığı

Tütün ve nikotin ürünleri kullanımı ile edinilmiş bir endüstriyel hastalık olarak adlandırılan ve primer pekiştirici etkiye ulaşmayı ve yoksunluk belirtilerinden kurtulmayı içeren 'Biyolojik Komponenti' ve çevresel ve içsel tetikleyiciler ile ortaya çıkan 'Sosyal Komponenti' içeren BİYOPSİKOSOSYAL bağımlılık olarak nitelendirilen ve Uluslararası Hastalık Sınıflamasında (ICD) F17 ile kodlanan 'Tütün Bağımlılığı' hastalığı gelişmektedir (Şekil 2).[10]

Tütün ürünleri, inhalasyon, sindirim ve deri gibi hangi yolla alınırsa alınsın, içeriğindeki nikotin tama yakını emilir. İnhale edilen nikotin 7-10 saniye içinde akciğerlerden beynin arteriyel kan dolaşımına ulaşır ve spesifik olarak nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChR) bağlanır. Nikotin, beyin, adrenal medulla, burun mukozası, böbrek, mide mukozası ve tükürük bezlerince yoğun olarak tutulmaktadır. Tütün tüketimi, beynin irade gücüyle kontrol edilemeyen, bilinç dışı bir bölümü olan nukleus akkumbens tarafından yönetilmektedir.



Şekil 2- *Tütün ve Nikotin İçeren Ürünlerin Bağımlılık Şeması*[11]

Başlıca merkezi sinir sistemindeki dopamin ödül alanında bulunan α4β2 nAChR' lerine bağlanarak dopamin başta olmak üzere eksitatör özellikli pozitif ve negatif güçlendirici etkinlikleri olan birçok nöromedyatör salınımını sağlamaktadır (Şekil 3).[12]

Pozitif pekiştirici etkinliği, zevk alma şeklinde dopamin, norepinefrin (NE) ve endorfin, iş performansında artma şeklinde asetilkolin (Ach) ve NE, hafızada iyileşme şeklinde Ach, NE ve vazopressin sağlarken, negatif pekiştirici etkinliği anksiyete ve gerginlikte azalma şeklinde endorfin ve GABA, iştahın baskılanması şeklinde dopamin, NE ve serotonin ve yoksunluk belirtilerinde iyileşmeyi de Ach sağlamaktadır.[11] Salınan bu maddeler, kişide saniyeler içinde sanki bir sanal

gerçeklik gözlüğü takmışçasına ortak duygusu 'Haz' olan hoşluk, endişenin baskılanması, uyarılma, dikkatin artması ve iştahın baskılanması gibi çoklu duygu durum hallerini içeren 'Nikotinin Primer Pekiştirici Etkisini' oluşturmaktadır. Bu durum, tütün ürününün yıkılıp atılması sürecinde de devam eder.

İlerleyen dönemde nikotin reseptörleri duyarsızlaşır (tolerans), aynı etkiyi oluşturmak için nAChR' lerinin sayıları artar ve nikotin isteği doyurulmadığında da süresi genellikle 2 günle 2 ay arasında olan sinirlilikten, konsantrasyon bozukluğuna, geçici ağız yaralarından kabızlığa kadar değişen yoksunluk bulguları ortaya çıkmaktadır. Haz temelli primer pekiştirici etki, tolerans ve yoksunluk bulguları, tütün ve nikotin ürünleri ile oluşan bağımlılığın 'Biyolojik' boyutunu oluştururken, koşullanma, çevresel ve içsel tetikleyiciler de 'Psiko-sosyal' boyutlarını oluşturmaktadır.[13]

Pozitif güçlendirici etki	Negatif güçlendirici etki
• Zevk alma	• Anksiyete ve gerginlikte azalma
Dopamin, NE, Endorfin	Endorfin, GABA
• İş performansında artma	• İştahın baskılanması
Ach, NE	Dopamin, NE, Serotonin
• Hafızada iyileşme	• Yoksunluk belirtilerinde iyileşme
Ach, NE, Vazopressin	Ach

Şekil 3. *Tütün ve Nikotin İçeren Ürün Kullanımı Primer Pekiştirici Etki*[11]

Tütün ve nikotin bağımlılığı bir hastalık olduğundan, diğer kronik hastalıklar gibi teşhis ve tedavi edilmelidir. DSÖ, tütün ve nikotin ürünleri ile oluşan bağımlılığı ile mücadele görevini, tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve yerel yönetim sistemlerine vermiştir.[5]

4.1. Tütün ve Nikotin Ürünleri Kullanım Durumunun Tanımlanması

Tütün ve nikotin içeren ürünlerin düzenli olarak 100 gün ya da 100 gr. düzeyinde kullanımı ile bağımlılık gelişmekte ve hatta bu ürünlerin ergenlik döneminde kullanılmaya başlanması durumunda bağımlılık daha kısa sürede gelişmektedir. Tütün ürünlerinin en yaygın kullanım formu olan sigaranın içilme durumuna göre kişilerin değerlendirilmesi ve tanımlanması;

- *Sigara içmeyen (Non-smoker)*, yaşamı boyunca 100'den fazla sigara (Pipo, puro veya diğer tütün ürünleri söz konusu olduğunda 100 g. tütün) içmemiş kişidir.
- *Her gün sigara içen kişi (Current-Daily smoker)*, en az 3 ay boyunca her gün sigara içen kişidir.
- *Ara sıra sigara içen (Occasional Smoker)*, her gün sigara içmeyen kişidir.
- *Eski içici (Ex-smoker)*, sigarayı en az 6 aydır bırakmış olan kişidir.[9]

4.2. Tütün ve Nikotin Ürünleri Bağımlılığının Tanımı

Amerikan Bağımlılık Tıbbı Derneği (ASAM) tarafından tanımlandığı üzere, bağımlılık, 'beynin ödül, motivasyon, hafıza ve ilgili devrelerinin birincil, kronik bir hastalığıdır.[14] Tütün bağımlılığı, uzun süre her gün her türlü tütün ürünü (Sigara, pipo, puro, bidi, nargile, çiğneme tütünü, vb.) kullanımıyla ilişkilidir.[15]

DSÖ tanımlanmasında ise tütün bağımlılığı, son 12 ay içinde aşağıdaki 7 ölçütten en az 3'ünün bulunması şeklinde tanımlanmaktadır:

1. Şiddetli sigara içme isteği,
2. İçilen sigara miktarını denetlemede güçlük çekilmesi,
3. Tütün azaltılınca ya da bırakılınca yoksunluk semptomları gelişmesi,
4. Açıkça zararlı etkileri olmasına rağmen ürünün kullanılmaya devamı
5. Öncelik açısından sigara içmenin diğer aktivitelerin önüne geçmesi,
6. Yüksek düzeyde tolerans gelişmesi,
7. Fiziksel tütün yoksunluğu semptomları gözlenmesidir.

Bağımlılık için farklı tanımlar olsa da ortak vurgu, bir kereden bir şey olmaz ile başlayan, nasıl olsa bırakırım ile devam eden ancak bir türlü içinden çıkılmayan bir döngü halinde devam eden, haz odaklı olarak kişinin kendisine zarar verdiğini bildiği bir maddeyi kullanması ve kullanmaktan vazgeçmemesi, kullanmayınca yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve de kişide toleransın ortaya çıkmasıdır.

Bağımlılığın gelişmesinde, genetik, bireysel, sosyal ve çevresel çoklu faktörler etkilidir. Bu nedenle her bireyin bağımlılık özelliği

farklılık göstermekte, bu da bağımlılığın tedavisine bireysel yaklaşmayı yani konfeksiyon usulü değil terzi usulü hasta değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Bağımlılık için farklı tanımlar olsa da ortak vurgu, bir kereden bir şey olmaz ile başlayan, nasıl olsa bırakırım ile devam eden ancak bir türlü içinden çıkılmayan bir döngü halinde devam eden, haz odaklı olarak kişinin kendisine zarar verdiğini bildiği bir maddeyi kullanması ve kullanmaktan vazgeçmemesi, kullanmayınca yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve de kişide toleransın ortaya çıkmasıdır. Bağımlılığın gelişmesinde, genetik, bireysel, sosyal ve çevresel çoklu faktörler etkilidir. Bu nedenle her bireyin bağımlılık özelliği farklılık göstermekte, bu da bağımlılığın tedavisine bireysel yaklaşmayı yani konfeksiyon usulü değil terzi usulü hasta değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Uluslararası Hastalık Sınıflamasında (ICD)-10 sınıflamasında tütün ve nikotin bağımlılığı, maddeyi kullanma davranışının, önceden daha çok önem verilen diğer davranışlara göre öncelik kazandığı, fizyolojik, davranışsal ve bilişsel olaylar topluluğu şeklinde tanımlanan, biyopsikososyal komponenti olan, ömür boyu devam eden, edinilmiş bir endüstriyel hastalık olarak nitelendirilerek F-17 ICD kodu ile tanımlanmıştır.[16]

4.3. Tütün ve Nikotin Bağımlılığı Düzeyinin Değerlendirilmesi

Tütün bağımlılığı düzeyinin belirlenmesinde, klinik bulguları yansıtan testler ve ekshale CO ölçümü gibi biyokimyasal tetkikler kullanılmaktadır. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testidir (FNBT) (Tablo 1). Altı maddeden oluşan bu testten alınan puanlara göre bağımlılık düzeyleri; hafif (0-3), orta (4-6) ve ağır (7-10) şeklinde sınıflanmaktadır. FNBT sonucu, kişiye başlanacak olan bağımlılık tedavisini yönlendirmektedir.[17]

Tablo 1. *Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi*[17]

1. *Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?*
İlk 5 dakika içinde (3), 6-30 dakika içinde (2)
31-60 dakika içinde (1), 60 dakikadan sonra (0)

2. *Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde (sinema, tren, restoran gibi) sigara içmemek size zor geliyor mu?*
Evet (1), Hayır (0)

3*. Sizin için hangi sigaradan vazgeçmek en zor?*
Sabah içilen ilk sigaradan (1), diğerlerinden (0)

4. *Günde kaç sigara içiyorsunuz?*
10 ya da daha az (0), 11-20 (1), 21-30 (2), 31 ya da daha fazla (3)

5. *Günün uyandıktan sonraki ilk saatlerinde, geri kalan zamanından daha fazla sigara içiyor musunuz?*
Evet (1), Hayır (0)

6. *Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda bile sigara içer misiniz?*
Evet (1), Hayır (0)

Skorlama:
0-3: *Hafif Derece*
4-6: *Orta Derece*
7-10: *Ağır Derece*

Klasik tütün ürünleri gibi, elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri, nikotin poşları ya da sentetik nikotin şeklinde kullanımı içeren yeni tütün ürünleri ile oluşan bağımlılığın düzeyini belirlemede de farklı testler bulunmaktadır. Klasik tütün bağımlılığında yaygın olarak kullanılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), elektronik sigara kullanıcıları için de geçerlidir (Tablo 2.). Ancak, e-sigara kullanımının özelliklerini daha iyi yansıtması için bazı uyarlamalar yapılabilir.[18]

Tablo 2. *Elektronik Sigara İçin Uyarlanmış Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (e-FNBT)* [18]

Soru	Puanlama
1. Günün ilk e-sigara kullanımınızı sabah uyandıktan ne kadar sonra yaparsınız?	İlk 5 dakika içinde (3) 6-30 dakika içinde (2) 31-60 dakika içinde (1) 60 dakikadan sonra (0)
2. Elektronik sigara kullanımının yasak olduğu yerlerde (sinema, tren, restoran gibi) kullanmamak size zor geliyor mu?	Evet (1) Hayır (0)
3. Sizin için hangi e-sigara kullanımından vazgeçmek en zor?	Sabah içilen ilk kullanımdan (1) Diğerlerinden (0)
4. Günde yaklaşık ne kadar e-sıvı tüketiyorsunuz? (veya kaç kez cihazı dolduruyorsunuz?)	2 mL veya daha az (0) 3-4 mL (1) 5-6 mL (2) 7 mL veya daha fazla (3)
5. Günün uyandıktan sonraki ilk saatlerinde, geri kalan zamanından daha fazla e-sigara kullanıyor musunuz?	Evet (1) Hayır (0)
6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda bile e-sigara kullanır mısınız?	Evet (1) Hayır (0)

Skorlama*:*
0-3: Hafif bağımlılık
4-6: Orta bağımlılık
7-10: Ağır bağımlılık

5. Tütün ve Nikotin İçeren Ürünlerin Bağımlılığı ile Mücadele

Tüm dünyada ve ülkemizde tütün ve nikotin ürünleri bağımlılığı ile mücadele, DSÖ önerileri doğrultusunda yapılmaktadır. Buna göre, DSÖ tarafından müzakere edilen ilk küresel sağlık anlaşması olan 'Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi' ülkemiz tarafından 2003 yılında kabul edilmiş ve yine bu kapsamda 2008 yılında kabul edilen MPOWER

(Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise) kısaltması ile özetlenen, tütün kullanım durumunu belirle, pasif maruziyetten koru, tütün bağımlılığı tedavilerini sağla, tütün ürünü reklamını engelle ve vergileri artır önerileri ile tüm dünyada tütün ve nikotin içeren ürünlerin bağımlılığı ile mücadele standardize edilip uygulanmaya çalışılmaktadır.

Ayrıca ülkemizde 1996 yılında çıkan 4207 sayılı kanun, 2008 yılında çıkan 5727 sayılı kanun, tam dumansız hava sahası, 2011 yılından itibaren sigara bırakma polikliniklerinin açılması ve buralarda ücretsiz muayene ve tedavilerin yapılması, tedavi ilaçlarının ücretsiz verilmesi ve düz paket uygulamaları ile adı konulmamış tütün ve nikotin içeren ürünler bağımlılığı pandemisi ile topyekün mücadele edilmeye çalışılmaktadır.

DSÖ tarafından 1988 yılından beri, 31 Mayıs günü ana mottosu 'Her Günümüzü Dünya Tütünsüz Günü Yapalım' ile tüm dünyada 'Dünya Tütünsüz Günü' olarak kutlanılmaktadır. 2026 yılının mottosu; 'Çekiciliğin maskesini düşürmek – nikotin ve tütün bağımlılığıyla mücadele' şeklinde olup, her yıl farklı mottolar ile farkındalık oluşturularak adı konulmamış tütün ve nikotin içeren ürün bağımlılığı salgınından insanlar, aileler ve dünyamız korunmaya çalışılmaktadır. Ancak saatlik reklam harcaması 1 milyon dolar ve yıllık cirosu dünyanın 15. en büyük ülke ekonomisine denk olan 1 trilyon dolar olduğu ön görülen tütün endüstrisi, tek amacı yeni bağımlılar oluşturmak amacıyla maalesef sürekli güncel ve gençleri hedef alan stratejiler geliştirmektedirler.[1]

Bu mücadelede uygulanmaya çalışılan temel strateji, bu ürünlerin kullanıma başlanmanın önlenmesi, kullanmaya başlamış olanların bu ürünleri kullanmayı bırakması ve aktif kullanmayan ancak pasif maruziyet dediğimiz ikincil, üçüncül ve dördüncül etkilenimin sonlandırılmasını içeren ve birbirini tamamlayan üç halkadan oluşmalıdır.

Bu süreç, tütün başta olmak üzere her türlü bağımlılık yapıcı madde kullanımının önlenmesi için, kişinin bağımsız birey olma yolunda mutluluğa götürücü bağlılıklara sahip olması, bütüncül yaklaşım ile tütün ve nikotin bağımlılığının tedavisi ve toplumsal bilinçlenme ile de pasif maruziyetin önlenmesini içermelidir.

5.1. Tütün ve Nikotin İçeren Ürünlerin Bağımlılığının Önlenmesi

DSÖ'ye göre sağlık, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik yönden sağlıklı olmak için hücre düzeyinde yaşam için esansiyel olan metabolizmanın yani anabolizma ve katabolizmanın sağlıklı ve dengeli bir şekilde gerçekleştirilmesi, oksijen, su ve besinlerin sağlanması, ortaya çıkan karbondioksit ve atıkların sağlıklı bir şekilde vücuttan uzaklaştırılması ile sağlanabilmektedir. Psikolojik ve sosyal yönden de bireyin sağlıklı olabilmesi ve bağımsız bir birey olarak kendini gerçekleştirmesi için 'Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde' belirttiği fizyolojik, güvenlik, sevgi/ait olma, saygınlık ve kendini gerçekleştirme basamaklarının sağlıklı bir şekilde sağlanması ve kişinin bu değerlere 'BAĞLILIĞININ' sağlanması önerilmektedir.[19]

Önlemek tedaviden daha üstündür, düsturunu göz önünde bulundurarak, bireyin yaşamını devam ettirdiği aileden başlayarak tüm dünyayı kapsayacak şekilde bireysel, ailevi, toplumsal, milli, insani, etik, ahlaki ve dini değerlere 'BAĞLILIKLARI' sağlanarak psiko-sosyal yönden ihtiyaç duyduğu sevgi, huzur ve mutluluğu doğal yollardan elde etmesi böylece hem kendisinin hem de aileden başlayarak dahil olduğu tüm sosyal yapıların sağlıklı, huzurlu, güvenli ve mutlu olması sağlanacaktır.

Birey bu 'BAĞLILIKLARI' sağlayamadığında, kendisi ve aileden başlayarak dâhil olduğu tüm sosyal yapıların ve insanlığın sağlıksız ve mutsuz olmasına yol açmaktadır. Bu durumun giderilmesi için birey bağlılıklar yerine 'BAĞIMLILIKLARA' yönelmekte ve mutluluk yerine 'HAZ'a ulaşmaktadır. Bağımlılık yapıcı maddelerinden en kolay ulaşılabileni, tütün ve nikotin ürünleridir. Dünyada 1.3 Milyar insan bağımlılık düzeyinde tütün ve nikotin ürünleri kullanmakta ve tütün ve nikotin ürünleri bağımlılığı başlayan bireylerde alkol, madde, teknoloji ve kumar gibi diğer bağımlıklarda daha kolay ve yaygın olarak gelişmektedir.

5.2. Tütün ve Nikotin Ürünleri Bağımlılığının Tedavisi

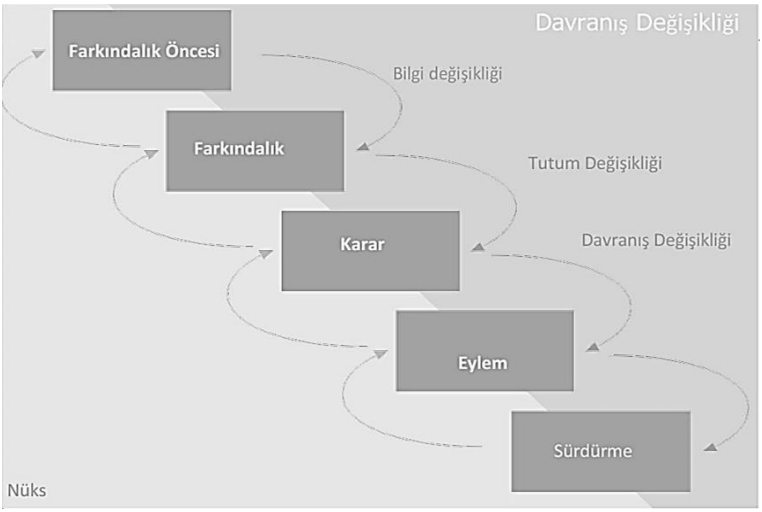
Tütün ve nikotin içeren ürünlerin bağımlılığı, biyopsikososyal komponenti olan bu ürünlerin ortalama 100 gün ya da 100 adet kullanımı ile

ortaya çıkan ve maalesef ömür boyu devam eden, F17 ICD ile kodlanan kronik ve edinilmiş bir endüstriyel hastalık olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'nün 2024'te yayınlanan 'Erişkin Tütün Bağımlılığı Tedavi Rehberinin' birinci maddesinde, tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına tütün ve nikotin içeren ürünlerin bağımlılığı tedavisi görevi verilirken, ENSP'nin 2025'te yayınlanan 'Tütün Bağımlılığı Tedavi Rehberinde', tütün ve nikotin içeren ürünlerin bağımlılığı tedavisinin hekimler tarafından yapılması, iyi hekim uygulaması olarak tanımlanmakta ve tavsiye edilmektedir.

Biyopsikososyal komponent içeren tütün ve nikotin içeren ürünleri bağımlılığının tedavisi, genel olarak kısa hekim müdahalesi ve yoğunlaştırılmış tedavi şeklinde iki grupta sınıflanmaktadır. Her iki grup tedavi aşamasında da bağımlı bireyin, tedavi konusunda istekli olması, bunun bir hastalık olduğu, birey, toplum ve insanlık için bu bağımlılığın oluşturduğu riskler anlatılmalı, bu bağımlılığın tedavi edilebileceği ve tedavi sonrası birey, toplum ve insanlık açısından elde edilecek kazanımlar anlatılmalıdır. Hangi tedavi grubu olursa olsun, tedavi sürecinin bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişikliği içermesi gerektiği ve kişinin tıbbi durumu sağlamken ya da KOAH ya da kanser gibi bir hastalık durumunda ve hangi yaşta olursa olsun, bu bağımlılığın tedavi edilebileceği ve her aşamada kazanımların sağlanabileceği belirtilmelidir.

Kısa hekim müdahalesi, sor, öner ve tedaviye başla başlıklarını içeren ve bağımlı kişinin hangi amaçla olursa olsun herhangi bir sağlık tesisine müracaat ettiğinde temas ettiği hekim tarafından uygulanması gerekmektedir. Kişinin tütün ve nikotin içeren ürün kullanıp kullanmadığının sorulması, kullanmıyorsa tebrik edilmesi, kullanıyorsa, birey, toplum ve insanlık açısından erken ve geç dönemde başta sağlık açısından olmak üzere farklı alanlarda oluşturduğu risklerin anlatılması, bu ürünlerin kullanımının bırakılabileceği ve bıraktıktan kısa süre sonra elde edilecek kazanımların söylenmesi ve tütün venikotin içeren ürünlerin kullanımın bırakılması tavsiye edilmesinden oluşan 3 dakikalık bir müdahaledir[5,9]. Başarı oranı ise %2.5 olarak belirtilmektedir. Yoğunlaştırılmış klinik tedavi ise, motivasyonel görüşme (MG), bilişsel davranışsal terapi (BDT) ve uygun farmakoterapiyi içeren

bütüncül yaklaşım şeklinde olmalıdır. Motivasyonel görüşmede kişinin tütün ve nikotin içeren ürünleri bırakma konusundaki isteklilik düzeyi tespit edilmelidir. Proschka ve DiClementi tarafından 1983 yılında tanımlanan davranış değişikliği modelinde bilgi, tutum ve davranış değişikliği aşamalarının oluşumu süreci, farkındalık öncesi, farkındalık, karar, eylem ve sürdürme aşamalarını birer birer yükselen merdiven basamakları gibi tanımlanmaktadır. Tedavi sonucunda yüksek başarı oranı öngörülen, kişinin uygun duygulanım ile karar aşamasına geldiğinde tedavi sürecinin başlanmasını öneren, nüks riskinin gerçekleşmemesi için duygulanım, bilgi ve tutum değişikliğinin sürekli diri tutulmasını öneren bu modele göre tedavi başlangıcında kişinin isteklilik düzeyi belirlenmeli ve buna uygun stratejiler ile değişim ve tedavi şekillendirilmelidir.[20]



Şekil 4- *Proschka ve DiClementi Değişim Aşamaları Modeli*[20]

Kişi bağımlılık tedavisi konusunda isteksiz ise, 5R (Risks, Relevance, Roadblocks, Rewards and Repeat) kısaltması şeklinde olan bu ürünlerin kullanımı ile oluşacak sağlık riskler, bu risklerle kullanılan ürünün ilişkilendirilmesi, ürün kullanımın bırakılması ile elde edilecek kazanımlar vurgulanmalı, bırakma isteğine neden olan engeller belirlenmeli ve bilgiler kişi istekli hale gelene kadar tekrarlanmasından oluşmaktadır.

Kişi bağımlılık tedavisi konusunda istekli ise, 5A (Ask, Advise, Assess, Assist and Arrange) kısaltması şeklinde olan bu ürünlerin kullanım durumunun sorulması, bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi, bağımlılık tedavisinin önerilmesi, tedavinin düzenlenmesi ve tedavi sürecine yardım edilmesinden oluşan strateji ile motivasyonel görüşme yapılması önerilmektedir.

Bağımlılık tedavisi için istekli olduğu belirlenen hastanın klinik laboratuvar ve psikolojik bağımlılık düzeyi tespit edilerek, tedavi sürecinde yaşayabileceği erken ve geç yoksunluk bulguları önlemek için kişinin mevcut tıbbi durumuna uygun ilaç tedavisi ile birlikte davranış değişikliğine yönelik bilişsel davranışsal tedaviler eş zamanlı başlanmalı ve uygulanmalıdır. İlaç tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlar, iki ana grupta sınıflanmaktadır; Birinci grup, bant şeklinde cilt üzerinden, sakız, pastil ya da sprey şeklinde ağız yoluyla doğrudan nikotin içeren nikotin replasman tedavileri olurken, ikinci grupta, nikotinik reseptörlere bağlanarak parsiyel agonistik etki oluşturan sitizin ve vareniklin, nikotin etkisi ile kana geçen dopamin ve benzeri haz verici maddelerin yıkılmasını engelleyen ve aynı zamanda antidepresan etkinliği de olan bupropion en yaygın kullanılan tedavi ajanlarıdır.[9]

Bu tedavilerin başarı oranlarına yönelik farklı oranlar bildirilmektedir. Kendi polikliniğimizde yaptığımız tütün bağımlılığı ve nikotin içeren ürünlerin bağımlılığı tedavisi verdiğimiz 598 hastanın sonuçlarını değerlendirdiğimizde, ortalama tedavi başarımız %32.8 tespit edilirken, MG+BDT+ nikotin replasman tedavisi verdiğimiz hastalarda başarı oranı %24.9, yine MG+BDT+Vareniklin tedavisi verdiğimiz hastalarda başarı oranı %42.8 olarak tespit edilmiştir.[21] Başarı oranına katkı sağlayan faktörler ise, bir yıllık tedavi sürecinde >4 adet düzenli kontrol takip vizitleri yapılması, düşük bağımlılık düzeyi ve komorbidite olmaması bulunmuştur. [21]

5.3. Tütün ve Nikotin İçeren Ürünlerin Pasif Maruziyetinin Önlenmesi

Tütün ve nikotin içeren ürünlerin kullanılması kullanan kişide 'Primer Etki' şeklinde zararlı etkiler oluştururken, maalesef bu ürünleri kullanmayan kişilerde bu ürünleri kullananların oluşturduğu pasif maruziyet

şeklinde 'Sekonder, Tersiyer ve Dördüncül' zararlı etkiler oluşturmaktadır. Bahsettiğimiz pasif maruziyetin önlenmesinde de bu ürünleri kullanan ve kullanmayan kişilerde davranış değişikliği oluşturulması önerilmektedir.[9]

Bunun içinde pasif maruziyetle oluşan ikincil, üçüncül ve dördüncül zararların hem kullanan hem de kullanmayan bireylere anlatılması, tütün ekiminin kısıtlanması, nikotin ve kimyasal madde içeriğinin azaltılması, tütün içeren ürünlerin marketlerde sergi ve satışının tıpkı alkollü ürünler gibi ayrı, görünmeyen bir yerde yapılması, elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri ve nikotin poşları gibi yeni tütün ürünlerinin üretimi ve satışının yasaklanması önerilmektedir. Evler, binalar, okullar, restoranlar, hastaneler, kamu hizmet binaları, okullar, parklar, sanat ve spor salonları, camiler, alışveriş merkezleri, bireysel ya da toplu taşıma araçlarında, bu ürünlerin kullanılmaması, yine sanat ve spor faaliyetleri, konser, şenlik gibi durumlarda bu ürünlerin sponsorluk ya da satışı yasaklanmalıdır. Tütün ve nikotin içeren ürün kullanılmamasını teşvik edici olarak, her türlü mesleki atamada özellikle de üst yönetici atamalarında bu ürünlerin kullanılmaması artı puan getirmeli, bu ürünlerin kullanılmadığı işletmelere, evlere, mahallelere, ilçe ve illere 'Tütünsüz ve Nikotinsizlik ve Sağlıklı' sıfatları verilmelidir. Bu yerlerin açık alanlarında düzenli olarak karbon monoxit ölçümleri yapılmalı ve yüksek tespit edildiğinde eğitim, bilgilendirme ve yeşil dedektör gibi uygulamalar ile cezai müeyyideler etkin bir şekilde uygulanmalıdır.

Sonuç

Tütün ve nikotin ürünleri bağımlılığı, nikotin ile elde edilen primer pekiştirici etkinin devamlılığının sağlanması, bu etki sağlanmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ve kullanıma bağlı tolerans gelişmesi ile gözlemlenen biyolojik bağımlılık ile çevresel ve içsel tetikleyicilerin etkisiyle kişinin yaşam tarzı haline gelen psiko-sosyal bağımlılık komponentlerinin entegre olduğu, bir kereden bir şey olmaz ile başlayan ve içinden çıkılması zor bir döngü haline gelen, hayatın erken dönemlerinde tütün ürünü kullanma ile bağımlılığın daha kısa sürede başladığı ve maalesef ömür boyu sürdüğü, kişide zihinsel ve bedensel

bozukluklar oluşturan ve F17 ICD kodu ile tanımlanan edinilmiş endüstriyel kronik bir hastalık ve adeta ilan edilmemiş bir 'pandemi' haline gelmiştir.

'Tütün ve Nikotin İçeren Ürün Bağımlılığı Pandemisi' ile mücadelede uygulanmaya çalışılan temel strateji, bu ürünlerin kullanıma başlanmanın önlenmesi, kullanmaya başlamış olanların bu ürünleri kullanmayı bırakması yönünde tıbbi tedaviler verilerek takip yapılması ve aktif kullanmayan ancak pasif maruziyet dediğimiz ikincil, üçüncül ve dördüncül etkilenimin sonlandırılmasını içeren ve birbirini tamamlayan üç halkadan oluşmalıdır.

İlan edilmemiş pandemi olan tütün bağımlılığı ile bireysel, toplumsal ve evrensel olarak mücadele etmeye aşkla, şevkle ve inançla devam etmeliyiz ki tekrarı olmayan bu hayatta, ecdadımızdan emanet aldığımız ülkemizi ve gezegenimizi, geleceğimiz olan çocuklarımıza sağlıklı, tütünsüz ve dumansız bir gezegen ve gelecek şeklinde bırakabilelim.

Umutlu gelecek için BAĞLILIKLARI olan BAĞIMLILIKSIZ nesillere ulaşmak gayemizdir!

Kaynakça

1- Dünya Sağlık Örgütü. (2025). *Küresel tütün salgını raporu.* https://www.who.int.tobacco

2- Vital Strategies & American Cancer Society. (2022). *The tobacco atlas* (7th ed.). https://tobaccoatlas.org

3- Dünya Sağlık Örgütü. (2008). *Küresel tütün salgını raporu*. https://www.who.int.tobacco

4- Dünya Sağlık Örgütü. (2023). *Küresel tütün salgını raporu*. https://www.who.int.tobacco

5- Dünya Sağlık Örgütü. (2024). *Yetişkinlerde tütünün bırakılmasına yönelik klinik tedavi kılavuzu*, Temmuz 2024. https://www.who.int.tobacco

6- Cullen, K. A., Gentzke, A. S., Sawdey, M. D., Chang, J. T., Anic, G. M., Wang, T. W., Creamer, M. R., Jamal, A., Ambrose, B. K., & King, B. A. (2019). E-cigarette use among youth in the United States. *JAMA, 322*(21), 2095–2103. https://doi.org/10.1001/jama.2019.18387

7- Yapı ve Kredi Bankası A.Ş. İktisadi Araştırma Yayınları. (1971). *Türkiye'de tütün*.

8- Azkan, N. (2002). Tütün yaprağı kimyasal bileşimi. N. Özyardımcı (Ed.), *Sigara ve sağlık* (ss. 7–12).

9- European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). (2025). *For treating tobacco & nicotine dependence*. https://www.ensp.org

10- Frances, R. J., Miller, S. I., & Mack, A. H. (Eds.). (2005). *Clinical textbook of addictive disorders*. Guilford Press.

11- Rupprecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral mechanisms underlying nicotine reinforcement. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 24*, 19–53.

12- Kawakami, N., Takatsuka, N., Inaba, S., & Shimizu, H. (1999). Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addictive Behaviors, 24*(2), 155–166.

13- International Agency for Research on Cancer. (2004). *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Tobacco smoke and involuntary smoking* (Vol. 83). World Health Organization.

14- American Society of Addiction Medicine. (2011). *The definition of addiction: ASAM public policy statement*. https://www.asam.org

15- Trofor, A. (2008). Noțiuni generale de tabacologie: Supliment al ghidului GREFA. Tehnopress.

16-ICD10data.com. (n.d.). *ICD-10-CM/PCS coding reference*. https://icd10data.com/

17- Fagerström, K. O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine, 12*(2), 159–182.

18- Kaiser Permanente Washington. (2024). *Tobacco and nicotine cessation guideline*. https://wa.kaiserpermanente.org

19- Maslow, A. (2001). *İnsan olmanın psikolojisi* (O. Gündüz, Çev.). Kuraldışı Yayıncılık.

20- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395.

21- Arslan, Y., Ocal, N., Cagin, A., Dogan, D., & Taşçı, C. (2021). The success of smoking cessation treatments: The Gülhane experience. *The Turkish Journal on Addictions, 8*(1), 8–15.

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU

Prof. Dr. Zehra ARIKAN
Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
zarikan54@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-9442-0924

Giriş

Alkol kullanımı insanlığın tarihi kadar eski olmasına rağmen alkol bağımlılığının bir hastalık olarak algılanması son zamanlarda gerçekleşmiştir. Alkolizm kavramı ilk kez, 1856 yılında Stockholm Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. Magnus Huss tarafından kullanılmıştır. Huss alkollü içkilerin neden olduğu bütün bozuklukları içeren bir kavram olarak ele aldığı alkolizmi, akut ve kronik olarak ikiye ayırmıştır. Ayrıca o dönemde bu sorunu olan kişiler ahlak düşkünü, zayıf karakterliler, iradesizler gibi etiketlemeler yapılmıştır. 1900 yıllarında E.M Jellinek bu durumu çok etkenli bir hastalık olarak nitelendirmiştir. Önceleri bu hastalığa Alkolizm ve kişilere alkolik denirken sonraları bunun olumsuz yüklemlerinden dolayı alkol bağımlılığı ve nihayetinde alkol kullanım bozukluğu denmiştir.[1]

Alkol kullanımı birçok toplumda sosyal hayatın bir parçası olarak görülebilmektedir. Ancak bazı durumlarda alkol kullanımı kontrol edilemeyen bir alışkanlığa dönüşerek bağımlılık halini alabilir. Alkol kullanım bozukluğu günümüzde önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde milyonlarca insan alkol kullanımına bağlı fiziksel, ruhsal ve sosyal problemler yaşamaktadır.

Alkol yalnızca bireyin kendisini değil aynı zamanda ailesini ve toplumu da etkileyen bir durumdur. İş hayatında sorunlar, aile içi çatışmalar, sağlık problemleri ve sosyal ilişkilerde bozulmalar bu durumun sonuçları arasında yer almaktadır. Bu nedenle alkol kullanım bozukluğu hem bireysel hem de toplumsal açıdan ele alınması gereken önemli bir konudur.

Bu çalışmada alkol kullanım bozukluğunun ne olduğu, toplumda görülme sıklığı, nedenleri ve ortaya çıkardığı ruhsal, bedensel ve sosyal sorunlar ele alınacaktır.[2]

1. Alkol Bağımlılığı Nedir?

Alkol bağımlılığı, kişinin alkol kullanımını kontrol edememesi ve alkolün günlük yaşamında önemli bir yer kaplaması durumudur. Bağımlı kişiler çoğu zaman içtikleri miktarı azaltmak veya bırakmak isteseler bile bunu başaramazlar. Alkol kullanımı zamanla kişinin hayatının merkezine yerleşir ve diğer sorumlulukların önüne geçebilir. Halk arasında bu durum genellikle 'alkole alışmak', 'içkiye düşmek' veya 'içkisiz duramamak' gibi ifadelerle anlatılmaktadır. Ancak tıbbi açıdan alkol bağımlılığı bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre alkol kullanım bozukluğu, kişinin alkol kullanımına devam etmesi ve buna rağmen ortaya çıkan sorunları görmezden gelmesi ile karakterizedir.

DSM-5-TR'e[3] göre Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri:
DSM-5'te 12 aylık bir dönem içinde aşağıdaki 11 kriterden en az 2'sinin bulunması gerekir.

1. Kontrol kaybı

1. Planlanandan *daha fazla veya daha uzun süre alkol kullanma*
2. Azaltma veya bırakma isteği olmasına rağmen başaramama
3. Alkol bulmak, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcama

2. Aşerme

4. Craving (şiddetli alkol isteği)

3. Sosyal bozulma

5. İş, okul veya ev sorumluluklarını yerine getirememe
6. Sosyal veya kişilerarası sorunlara rağmen kullanıma devam
7. Önemli sosyal, mesleki veya eğlence aktivitelerinin bırakılması

4. Riskli kullanım

8. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanım (örn. araç kullanma)
9. Fiziksel veya psikolojik zararına rağmen kullanıma devam

5. Farmakolojik kriterler

10. Tolerans gelişmesi
11. Yoksunluk belirtileri veya yoksunluğu önlemek için alkol kullanma

DSM-5'e göre şiddet derecesi

Hafif: 2–3 kriter
Orta: 4–5 kriter
Ağır: ≥6 kriter[4]

ICD-11'e göre Alkol Bağımlılığı / Zararlı Kullanım

ICD-11'de alkolle ilişkili bozukluklar birkaç kategoriye ayrılır.

ICD-11 Tanıları

6C40.0 – Episode of harmful use of alcohol
6C40.1 – Harmful pattern of alcohol use
6C40.2 – Alcohol dependence

ICD-11 bağımlılık sendromu için aşağıdaki temel özellikleri tanımlar:

ICD-11 Alkol Bağımlılığı Özellikleri

Genellikle en az 12 ay süren bir örüntü içinde şu özelliklerin bulunması gerekir:

1. Kullanım üzerinde kontrol kaybı
2. Alkol kullanımına artan öncelik verme
3. Zarar görmesine rağmen kullanmaya devam etme

Buna sıklıkla Craving (alkol içmek için yoğun istek ve arzu), tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtileri eşlik eder.

İster alkol kullanım bozukluğu isterse alkol bağımlılığı diyelim her iki tanı kriteri de kullanımdaki kontrolsüzlük, aşerme, tolerans ve yoksunluktan söz etmektedir.[5]

2. Alkol Bağımlılığının Görülme Sıklığı

Alkol bağımlılığı dünya genelinde oldukça yaygın bir sağlık sorunudur. DSÖ'nün verilerine göre dünyada milyonlarca insan zararlı alkol kullanımı veya alkol bağımlılığı yaşamaktadır. Küresel ölçekte yetişkin nüfusun yaklaşık %5'inde alkol kullanım bozukluğu bulunduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de alkol kullanımı bazı Batı ülkelerine kıyasla daha düşük olsa da bağımlılık yine de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan araştırmalar Türkiye'de yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 2–3'ünde alkol kullanım bozukluğu görüldüğünü göstermektedir.[6] Alkol bağımlılığı erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. Bunun nedenleri arasında toplumsal alışkanlıklar, sosyal çevre ve kültürel faktörler yer almaktadır. Ancak son yıllarda kadınlarda da alkol kullanımının arttığı görülmektedir.

Bağımlılık genellikle genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Özellikle erken yaşlarda alkol kullanmaya başlayan kişilerde bağımlılık gelişme riski daha yüksektir. Genellikle alkol kullanımı 20-35 yaş arasında olmaktadır. Alkol bağımlılığının gelişimi için genelleme olmamakla birlikte 5-10 yıllık bir düzenli alkol alımı gerekmektedir. Alkol kullanımı ile ilgili bozukluklar tüm sosyoekonomik sınıflarda görülmektedir.[7,8]

DSÖ'nün tarama formu (AUD alkol kullanım bozukluğu) ile 27 ülkede yaptığı çalışmada ise sonuçlar şöyledir:

- Alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu (AUD) yaygınlık oranları ülkeler arasında farklılık göstermektedir.
- Yaşam boyu ortalama yaygınlık oranları alkol kullanımı için %80, alkol bağımlılığı için %8,6 olarak bulundu.
- Alkol kullanım bozukluğu başlangıç riski ergenlikte başlar ve tüm vakaların %15'i 18 yaşına kadar gelişir.
- Eşlik eden hastalık oranı yüksek ve alkol kullanım bozukluğunun başlangıcından önce çoğunlukla diğer ruhsal bozukluklar vardı.[9]

3. Alkol Bağımlılığı Neden Oluşur?

Alkol bağımlılığı tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmaz; genellikle biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir araya gelmesi sonucunda gelişir.

Biyolojik Nedenler

Genetik faktörler alkol bağımlılığının gelişiminde önemli rol oynayabilir. Ailesinde alkol bağımlılığı bulunan bireylerde bağımlılık gelişme

riski daha yüksek olabilmektedir. Araştırmalar bazı kişilerin genetik yapıları nedeniyle alkolün etkilerine daha duyarlı olduğunu göstermektedir.

Psikolojik Nedenler

Psikolojik sorunlar da alkol kullanımını artırabilir. Stres, depresyon, kaygı, travma ve yalnızlık gibi durumlar bazı bireylerin alkole yönelmesine neden olabilir. Alkol başlangıçta rahatlatıcı gibi görünse de uzun vadede sorunların daha da artmasına yol açabilir. Özgüven eksikliği, duygusal problemler ve stresle baş etme becerilerinin yetersiz olması da alkol kullanımını artıran faktörler arasında yer almaktadır.

Sosyal ve Çevresel Nedenler

Sosyal çevre alkol kullanımını önemli ölçüde etkileyebilir. Arkadaş çevresinde alkol kullanımının yaygın olması bireylerin alkol tüketimini artırabilir. Bunun yanında aile içi sorunlar, ekonomik problemler ve iş stresi de alkol kullanımını tetikleyebilir. Çevresel etkileri 4 başlık altında inceleyebiliriz:

- *Ulaşabilme:* Alkole ulaşım kolaydır. Marketlerde satılır. Bir maddeye ne kadar kolay ulaşılıyorsa o maddenin kullanım bozukluğu daha sık görülür.
- *Temin edebilme:* Ücreti her ne kadar son zamanlar da artsa da uygundur**.** Gençler harçlıkları ile alabilirler.
- *Yaygınlık:* Bir çok ülke kültürel olarak kabul eder. Çoğunluğu müslüman olan ülkemiz de de sosyal kabulü vardır.
- *Akran grubu:* Genellikle ilk içki içme akran grupları arasında olur. İlk arkadaşlar ile başlanır. Alkol ile tanışmanın %75'i 15-22 yaş arasıdır.

Kullanılan Alkolün Bağımlılık Yapıcı Özellikleri

Alınan psikoaktif maddenin, beyindeki ödül merkezi üzerine kimyasal etkileri, maddenin keyif verici özelliğini oluşturmakta ve kişinin aynı etkiyi yakalamak için, maddeyi tekrar kullanarak bağımlı olmasına neden olmaktadır Alkol ödül merkezini etkilemekte ve orada yozlaşmaya neden olmaktadır. Bir maddenin beklenen etkisi ne kadar çabuk ve ne kadar şiddetli ortaya çıkıyorsa o maddenin bağımlılık yapıcı

gücü o kadar fazladır denir. Örneğin, nikotinin alkole göre bağımlılık yapıcı gücü çok yüksektir. Eroinin ise nikotine göre çok yüksek bağımlılık yapıcı gücü vardır.[10]

Görüldüğü gibi tek etkenli değil çok etkenli bir bozukluktur. Birinci derece akrabalarda alkol kullanım bozukluğu var ise o kişiler de bağımlılık çıkma riski yüksektir. Alkol kullanım bozukluğu şeker hastalığı gibi genetic geçişli olabileceği gibi düzenli içme sonucu sonradan da kazanılabilir.[2]

4. Alkol Bağımlılığının Yol Açtığı Sorunlar

Alkol bağımlılığı yalnızca bireyin alkol kullanmasıyla sınırlı değildir. Zamanla birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal soruna yol açabilir.

Bedensel Sorunlar

Uzun süreli alkol kullanımı vücuttaki birçok organa zarar verebilir. En sık görülen sağlık sorunları arasında karaciğer hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, mide problemleri ve sinir sistemi hasarı bulunmaktadır. Özellikle karaciğer hastalıkları alkol bağımlılığının en ciddi sonuçlarından biridir. Karaciğer yağlanması ve siroz gibi hastalıklar uzun süreli alkol kullanımının sonucu olarak ortaya çıkabilir.

Ruhsal Sorunlar

Alkol bağımlılığı ruh sağlığını da olumsuz etkileyebilir. Bağımlı kişilerde depresyon, kaygı bozuklukları, öfke kontrolü sorunları ve dikkat problemleri sık görülebilmektedir. Ayrıca alkol kullanımı bazı bireylerde saldırgan davranışların artmasına ve karar verme yeteneğinin zayıflamasına neden olabilir.

Sosyal Sorunlar

Alkol bağımlılığı kişinin sosyal yaşamını da olumsuz yönde etkiler. Aile içi tartışmalar, iş hayatında sorunlar, ekonomik problemler ve sosyal ilişkilerde bozulma bu durumun sonuçları arasında yer almaktadır. Bazı durumlarda alkol kullanımı trafik kazalarına, şiddet olaylarına ve suç davranışlarına da yol açabilmektedir. Bu nedenle alkol bağımlılığı yalnızca bireysel değil aynı zamanda toplumsal bir sorun olarak görülmektedir.[11]

5. Alkol Bağımlılığının Tedavisi

Çoğu kez hasta alkol kullanımına ait ya da diğer sorunlar için pratisyen hekimlere ve diğer hekimlere başvurduğunda alkol kullanımı ile ilişkili sorunlar kolayca tanımlanabilir. Genellikle 1. basamak hekimleri alkol problemlerinin erken yakalanması ve tedavisinin sağlanmasında iyi bir güç kaynağıdırlar. Aile hekimleri hasta ailelerini iyi tanırlar. Sıklıkla samimi bir anlatım ve basit önerilerle bu durumu büyük sorun haline gelmeden halledebilirler. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu kısa girişimler (eğitimsel küçük broşürler ve 5-10 dakikalık kısa basit öneriler) gelecek yıla alkol kullanımında %25 oranında bir tüketim azaltması sağlayabilmektedir. Aşırı alkol kullananlarda (aşırı alkol kullanımı bağımlılık olmaksızın sık rastlanılan bir durumdur.) ise tüketimin azalması %45'e varmaktadır. Alkol kullanım bozukluğundan özellikle bağımlılık geliştiği zaman bu sonuçlar benzer değildir.

Alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları tarama metotları ile erken tanınabilirler. Dünyada bazı ülkeler bu tür programlar uygulasalar bile çoğunlukla hastanın bir tedavi programına katılımı ilk değerlendirme sırasında yapılan motivasyonel görüşme ile hastanın sorununa yardım edilebileceğine ikna edilmesiyle sağlanır.

Alkol kullanım bozukluğu olan kişi çoğu kez eş, iş, aile ya da arkadaş baskıları sonucu tedaviye başvurur. Yani tedavide bir isteksizlik söz konusudur. İçinde bulunduğu durumu inkâr eder. Bu isteksizliğin getirdiği tedaviye uyum sorunları yanı sıra birçok etmen tedavi için güçlük yaratır. Bunlar hasta kişiden kaynaklanan (psikolojik, biyolojik, sosyokültürel) nedenler olabildiği gibi hastanın çevresinin ve tedavi kurum ve ekibinin (hastayı kabullenme, empati, esneklik, önyargı vs) oluşturduğu güçlüklerde olabilir. Bu nedenle tedavide karşılaşılan güçlüklerin başında kişinin alkol kullanım bozukluğunu kabullenmemesi ve tedaviye uyum sorunları gelmektedir.

Alkol kullanım bozukluğu olan kişiler bazen bir yere gitmeden kendi kendilerine de alkolü bırakabilirler. Uzun süreli içenlerde alkol kesildiğinde ortaya çıkan kesilme belirtileri çok rahatsız edici hata hayatı tehdit edici olabilir. Bu durumda tedavi için hekim yatarak ya da

ayaktan olmasına karar verir. Ağır kesilme belirtileri varsa yatırmak daha doğrudur. Bu konu ile ilgili özel tedavi merkezleri, AMATEM'ler ve genellikle psikiyatri klinikleri bünyesinde yer almaktadır. Bu yardımın ise şu yönleri vardır:

a) Bir süredir alınan alkolü kesme tedavisi: Bu dönemde alkolün kesilmesi sonucu olağan yoksunluk belirtilerinin ortadan kalmasına yardımcı olan ilaç kullanımı ve diğer tıbbi müdahaleleri içerir. Aynı zamanda ek rahatsızlıkların da tedavisi başlar.

b) Rehabilitasyon dönemi: Bu dönemde kişi artık alkol yoksunluğundan kurtulmuştur. Yaşamdaki normal işlevlere dönebilme ve alkolsüz yaşama uyum sağlama bakımından hastaya bilgi ve beceriler kazandırılmaya çalışılır. Bunun için terapötik girişimlerden yararlanılır. İsteği azaltan ilaçlar verilebilir ve Adsız alkolikler gibi destek gruplarından yararlanılır.

c) Nüksü (Relapsı) önleme: Tedavi modellerinde göre değişmekle birlikte AA (Adsız Alkolikler)'nın 12 basamak temeli üzerinde kurulu önleme programlarıdır. Aynı zamanda davanışçı ve bilişsel terapiler de uygulanır. Bu aşamada aynı zamanda ilaç tedavilerin yeri vardır. Kullanılan ilaçlar ya alkol arama isteğini azaltmaya ya da alkol arama davranışını söndürmeye yöneliktir. Ayrıca ek olarak olan biyolojik ve psikolojik sorunlar da takip edilir.

Tedavi yaşam boyu sürer. Bağımlılık geçmez ama alkol kullanımı durdurulabilir. Durdurduktan 10 veya 20 yıl sonra bile tekrar alkol alınırsa çok kısa süre de kontrolsüz alkol alımı ve yoğun istekler başlar. Bu nedenle kazanılan duyarlılık hem ömür boyu devam etmekte hem de ileri nesillere aktarılabilmektedir. Alkol bağımlılarının çocukları çok daha hızlı bir şekilde alkol ya da diğer bağımlılıklara karşı duyarlı hale gelmektedir. Bu durum bir kez daha koruma ve önlemenin önemini gözler önüne sermektedir.[12,2]

Sonuç

Alkol bağımlılığı günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kontrolsüz alkol kullanımı zamanla bağımlılığa dönüşebilir ve bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşamını ciddi

şekilde etkileyebilir. Bu nedenle alkol bağımlılığının erken dönemde fark edilmesi ve gerekli tedavi desteğinin alınması büyük önem taşımaktadır. Aile desteği, psikolojik tedavi ve sağlık hizmetleri bağımlılıkla mücadelede önemli rol oynamaktadır. Toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi ve gençlerin alkol kullanımına karşı eğitilmesi bağımlılığın önlenmesinde önemli bir adımdır.

Kaynakça

1- Adasal, R. (1954). *Ruh hastalıkları*. Ankara.

2- Arıkan, Z. (2011). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. İçinde: *Alkol Kullanım Bozukluğu (ss.105-124).* Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

3- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2022). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı* (5. baskı, metin revizyonu, DSM-5-TR). (Çev. Ed. E. Ş. Ercan). Ankara: Hekimler Yayın Birliği

4- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* American Psychiatric Publishing.

5- Deveci, A. (2019). Alkol ve madde kullanımı ne zaman sorundur, nasıl saptanır? Tanı ve değerlendirme. C. Evren (Ed.), *Alkol ve madde kullanım bozuklukları: Temel başvuru kitabı* (ss. 34–54).

6- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye ruh sağlığı profili.* https://www.saglik.gov.tr/TR, 60876/turkiye-ruh-sagligi-profili-2-arastirmasi-tanitim-toplantisi-yapildi.html

7- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* (7th ed., pp. 396–411). Williams & Wilkins.

8- Schuckit, M. A. (1995). Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment (4th ed.). Plenum Publishing Corporation.

9- Dünya Sağlık Örgütü. (2023). *Global status report on alcohol and health.*

10- Volkow, N. D., & Koob, G. F. (2016). Brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 374*(4), 363–371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

11- Doğan, Y. (2018). *Alkol bağımlılığı*. Nobel Akademik Yayıncılık.

12- Arıkan, Z. (1998) Saha ve hastanelerde alkol kullanım bozukluğu tedavisi. Dilbaz N. (Ed.) *Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı* içinde. Nadir Kitap.

UYUŞTURUCU VE PSİKOAKTİF MADDE BAĞIMLILIĞI

Uzm. Dr. Merve CİNGİ YİRÜN
Psikiyatrist, Helsingborg-İsveç
merve_cingi@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-8029-6555

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ
Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi
nesrin.dilbaz@gmail.com, ORCID: 0000-0003-0724-3489

Giriş

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin kullanımı ülkemizde ve dünyada sıklığı artmakta olan toplumsal bir sağlık sorunudur. Uyuşturucu ve psikoaktif madde kavramı genel bir kavram olup kendi içinde birçok uyuşturucu, uyarıcı ve psikoaktif maddeyi içerir. Bu maddeler bu bölüm içerisinde ayrı alt başlıklar şeklinde işleneceklerdir. Bu maddeleri genel olarak sınıflamak gerekirse; kannabis (esrar) ve sentetik türevleri, uyarıcı maddeler ve ilaçlar, opioid (eroin ve benzerleri) türevi maddeler, halüsinojen maddeler, sedatif ve hipnotik ilaçlar ve son olarak uçucu-çözücü maddelerdir.

Uyuşturucu madde kullanımı, tıpkı diğer bağımlılık türleri gibi kronik biyopsikososyal bir hastalıktır. Bu davranışsal sendrom; tekrarlayan madde kullanımı, maddeyi bırakamamak ya da azaltamamak, kişinin maddeye karşı kuvvetli bir istek yaşaması, fizyolojik bağımlılığın gelişmesi ve kişinin sürekli artan bir şekilde zarar görmesi şeklinde karakterize olur.

Belirtildiği üzere madde kullanımı uzun süreli bir hastalıktır. Bu yüzden de tedavisi bir kemik kırığı ya da bir enfeksiyon hastalığı gibi akut değildir. Her durumda uzun süreli tedavi gereklidir. Tedavi için hayat kalitesi yükseltilmeli ve altta yatan sosyal risk faktörleri ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.

1. Esrar (Kannabis) Bağımlılığı

Kannabis, dünya çapında en çok kullanılan yasadışı maddedir. 2018 yılı verilerine göre 192 milyon kişinin bu maddeyi kullandığı tahmin edilmektedir. Bu, dünya erişkin nüfusunun %3,9'una denk gelmektedir.[1]

Esrar, *Cannabis sativa* (kenevir) bitkisinden elde edilmekte olan bir maddedir. Bu bitki Çin, Hindistan ve Orta Doğu'da yaklaşık 8000 yıldır kullanılmaktadır. Esrar, Avrupa'ya ilk olarak 19. yüzyıl başlarında ulaşmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'ne ulaşması Meksika üzerinden 1930'lu yıllarda gerçekleşmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1937 yılında yasaklı madde hâline gelmiştir. Diğer birçok gelişmiş ülkede ise 1961 yılında çıkan Birleşmiş Milletler kararnamesi ile yasaklanmıştır.[1] Ülkemizde özellikle 1971 ve 1972 yıllarında uyuşturucu kaçakçılığıyla mücadele kapsamında kenevir ekimi izne bağlanmış ve kontrolsüz üretim yasaklanmıştır. Yargıtay kararlarına göre 20 kök ve üzeri kenevir ekimi uyuşturucu üretimi kapsamında değerlendirilmektedir. Temmuz 2025'te TBMM'den geçen düzenleme ile tıbbi kenevir ürünlerinin eczanelerde reçeteli satışı yasallaşmıştır. Özetle, kenevirin keyif verici madde olarak kullanımı Cumhuriyet tarihi boyunca, özellikle 1970'lerden itibaren yasaklanmıştır. Ancak endüstriyel ve tıbbi kullanım için kontrollü izinler mevcuttur.

Kenevir bitkisi erkek ve dişi formlarda bulunur. Dişi bitki, türe özgü 100'den fazla kannabinoidin en yüksek konsantrasyonlarını içerir. Esrarın psikoaktif etkilerinden sorumlu olan molekül Delta-9-tetrahidrokannabinol (THC)'dur. Dişi bitkinin çiçek veren uçlarında ve üst kısmındaki yapraklarındaki reçinede bulunur. Esrar, sigara kâğıdına tütünle birlikte sarılıp yakılarak içilebildiği gibi kullanıcılar arasında 'kova' adı verilen su düzeneği kurularak da içilebilir. İkinci yöntem daha yüksek miktarlarda THC'nin kana karışmasını sağlar. Yine kenevir bitkisinden elde edilen haşiş oldukça potent olup sigaraya birkaç damla karıştırılması keyif verici etkiyi sağlar. Benzer şekilde bu yağ çeşitli düzeneklerle ısıtılıp dumanın solunması şeklinde de kullanılabilir.[1]

2020 yılı Amerikan verilerine göre, 12 yaş ve üstü bireylerde hayat boyunca bir şekilde esrar kullandığını ifade edenlerin oranı %46,4, son

bir yıl içerisinde kullandığını belirtenlerin oranı %21 ve son bir ay içerisinde kullandığını belirtenlerin oranı %11'dir.[2]

Birçok yüksek gelirli ülkede esrar kullanımı gençler arasında yaygındır. Birçok genç esrar kullanmayı 20'li yaşlarında bırakmaktadır. Amerikan ve Avustralya verilerine göre esrar kullananların %10'u günlük kullanıcı hâline gelmektedir ve %20 ila %30 kadarı haftalık kullanmaya devam etmektedir. Esrar kullanım paterni gelişmiş ülkeler ile Mısır ve Hindistan gibi geleneksel esrar kullanımı olan ülkeler arasında farklılık göstermektedir. İkinci gruptaki ülkelerde eğlence amacı ile esrar kullanımı yaygın değildir ve yoğun kullanım sosyal olarak marjinal durumda olan gruplarla sınırlıdır.[1]

Esrar kullanıldığında vücudumuzda birbirinden farklı etkiler oluşur. Kalp atışlarında hızlanma ve tansiyon değişiklikleri görülür. Göz bebeklerinde büyüme ve gözlerde kızarma olur. Ağız kuruluğuna neden olur. Zihinsel olarak kişide sarhoşluk hâli ve aşırı keyif hâline neden olur. Esrar kullanımı ile birlikte iştah artar. Bazı kişiler esrar kullanımı sonrasında anksiyete, aklını yitirme korkusu ve panik hâli yaşarlar. Bu bulgular genel olarak daha önce esrar kullanmamış kişilerde görülür. Kimi kişiler var olan anksiyetelerini bastırmak için esrar kullandıklarını söylerler. Ancak esrar kullanımının uzun vadede kaygı sorunlarını artırdığı gösterilmiştir.

Esrar kullanımı sonrasında oluşan intoksikasyon durumunda kişide psikotik bulgular görülebilir. Esrar ve psikoz ilişkisi uzun yıllar araştırılmıştır. Esrarın, önceden var olan psikotik bir rahatsızlığı kötüleştirdiği, bazı psikoza yatkın bireylerde bu hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı saptanmıştır. Yoğun esrar kullanıcılarının, esrar kullanmayı bıraksalar bile hayata ve çevreye karşı ilgisizliğin belirgin olduğu amotivasyonel bir durumda kaldıkları pek çok kere ileri sürülmüştür.[3]

Esrar ile bağlantılı başka bir konu sentetik esrar türleridir. Sentetik kannabinoid veya bilinen adıyla bonzai, esrar etkisi veren sentetik bir uyuşturucudur. Spice, K2 gibi başka isimlerle de anılmakta ve esrara alternatif olarak 2004'ten beri ticareti yapılmaktadır. Çoğunlukla pipo veya nargile ile ya da sigara kâğıdına sarılarak, nadiren ise demlenerek tüketilmektedir.[4]

Ülkemizde bu maddelerin etkileri 2010 yılı ve sonrasında hızla görülmeye başlamıştır. Bu maddeler ülkemizde 13 Şubat 2011'de Bakanlar Kurulu kararı ile yasaklanmıştır. Karar kapsamında fenetilamin grubu maddelerden 2C-B (4-Bromo-2,5-dimetoksifenetilamin) ve 2C-P; sentetik kannabinoidlerden JWH-018, P-47,497, JWH-073, HU-210, JWH-200, JWH-250, JWH-398, JWH-081, JWH-073 metil türevi, WH-015, JWH-122, JWH-203, JWH-210, JWH-019; ayrıca katinon, katin ve *Catha edulis* isimli bitkiler Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun kapsamına alınmıştır. 2025 itibarı ile dünya genelinde 1330 psikoaktif madde rapor edilmiştir. Bunlar arasında sentetik kannabinoidler, 380'den fazla tanımlanmış tür ile büyük bir yer tutmaktadır.[5]

Bu maddeler THC'nin etkilerini vücutta taklit etmek üzere tasarlanmışlardır. Ancak doğal THC'den farklı olarak tam agonist etki göstermektedirler. Bu yüzden vücut üzerindeki etkileri çok daha güçlü ve kalıcı olmaktadır. Bu maddelerin 2010 yılı öncesi dönemde internetten rahatça temin edilebildiği sonradan fark edilmiştir. Kullanıcılarda uzun süreli psikotik belirtiler görülme olasılığı sıktır.

Esrar bağımlılığına ve yoksunluğuna özel bir ilaç tedavisi bulunmamaktadır. Bu durumlarla baş etmek için genel olarak psikoeğitim ve mücadele stratejilerini geliştirme amaçlı davranışsal yöntemler kullanılmaktadır. Bu konuyla ilgili doğrudan bir ilaç tedavisi bulunmamakla birlikte, ortaya çıkan belirtilere yönelik çeşitli tedaviler uygulanabilir. Esrar bırakıldıktan sonra uyku ve kaygı problemlerinin sıklığı genellikle artar. Bu durumlara yönelik ilaç tedavisi uygulanabilir.

2. Opioid Bağımlılığı

Opioid terimi, doğal olarak bulunan veya kimyasal olarak sentezlenen birçok maddeyi tanımlar. Bu maddeler, bizim afyon ya da haşhaş olarak bildiğimiz *Papaver somniferum* bitkisinde bulunan opiat adı verilen alkaloidlerle ilişkilidir. Opioidler, dünya üzerindeki bilinen en eski maddelerdendir. Bu maddeler medikal olarak ağrı kesici amaçla kullanılırlar. Ancak farmakolojik opioid türevi ilaçların kötüye kullanımı ya da eroin gibi sentetik türevlerinin kullanımı da bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Birimi'nin yayımladığı 2019 raporuna

göre dünya nüfusunun %1,5'i medikal olmayan amaçla opioid kullanmaktadır. Bu da 2009'da yayımlanan %0,5'lik orana göre büyük bir artış göstermektedir.[1]

'Opios' kelimesi Yunancada 'özsuyu' anlamına gelmektedir. Bu da insanların bu maddeyi ilk olarak olgunlaşmamış afyon tohum kapsüllerinin çizildiğinde salgıladığı sıvıdan keşfetmiş olabileceklerini düşündürür. Sümerlerin milattan önce 3000'li yılların sonlarına doğru haşhaş yetiştirdikleri ve bundan afyonu ayrıştırdıkları bilinmektedir. Milattan sonra 8. yüzyılda Arap tüccarlar maddeyi Hindistan'a ve Çin'e getirmişlerdir ve muhtemelen 10. ve 13. yüzyıllar arasında madde Anadolu üzerinden Avrupa'ya ulaşmıştır. Thomas Sydenham 1680'de yeryüzündeki hiçbir tedavinin ağrıları dindirmede opioidler kadar etkili olmadığını belirtmiştir. Bu halen geçerliliğini korumaktadır çünkü opioid türevi ilaçlar en etkin ağrı kesicilerdir. Friedrich Sertürner 1806 yılında afyonun içerisindeki aktif maddeyi ayrıştırmayı başarmış ve bu maddeye rüyaların tanrısı Morpheus'tan esinlenerek morfin adını vermiştir. Kodein ise bundan birkaç yıl sonra ayrıştırılmıştır. Takip eden yıllarda bu maddeler tedavi alanında kuru afyonun yerini almıştır. İlk yarı sentetik opioid türevi diasetil morfin ya da bilinen adıyla eroindir. 1898 yılında sentezlenmiş ve kuvvetli bir öksürük ilacı olarak piyasaya sunulmuştur. İlk sentezlenen tamamen yapay opioid meperidindir ve 1939'da bulunmuştur. Metadon ise ondan bir yıl sonra, 1940'ta bulunmuştur. Opioid bağımlılığı ve yoksunluğu ABD'de 19. yüzyılda tanımlanmıştır. 1960'lı yıllardan itibaren yasaların opioid kullanımı üzerinde yeterli etkiyi sağlamadığı anlaşılmış, bu sebeple opioid kullanan bireylere daha iyi tedaviler sunma arayışına girilmiştir. Bu tedavilere daha sonra değinilecektir.

Ülkemizde İstanbul'da 1930'lu yıllara kadar sadece opioid üretimine odaklanan 3 adet fabrika işletilmiştir. Yasal açıdan Türkiye'nin o dönemde diğer ülkelerin aksine uyuşturucu karşıtı çeşitli sözleşmeleri imzalamamış olması dolayısıyla ülke, bu fabrikalar vasıtasıyla dünyada yasadışı eroin ticaretinin merkezi hâline gelmiştir. Bu fabrikalar 1930 yılından sonra kapatılmışlardır. Ancak 1960'lara kadar Türkiye dünyadaki yasal afyon üretiminin %55'ini teşkil etmeye devam etmiştir.[6]

Opioidler formlarına göre farklı şekillerde kullanılabilmektedir. En doğal hâli olan afyon en sık Orta Doğu ve Asya'da sigara gibi yakılarak ve dumanı içe çekilerek kullanılır. Doğal türev olan morfin kuvvetli bir ağrı kesicidir. Ağızdan hap olarak alınabilir ya da enjeksiyon formu damar içi veya kas içi kullanılabilir. Zevk verme potansiyeli yarı sentetik türevi olan eroine göre düşüktür. Eroin temel olarak damar içi enjekte edilerek kullanılır. Yakılıp dumanı solunarak da alınabilir ancak bu şekilde biyoyararlanımı daha düşüktür. Kodein ve oksikodon, morfin ile birlikte en çok reçete edilen opioid türevi ilaçlardır. Normalde sadece reçete ile alınabilecek bu ilaçların yasadışı kullanımları da sıktır. Fentanil esasen anestezik olarak kullanılan kuvvetli bir opioid ilaçtır. Son dönemde fentanilin sentetik analogları oldukça yaygın hâle gelmiştir.

Opioidler vücut üzerinde temel olarak 3 farklı opioid reseptörü üzerinden etki ederler. Bunlar mu, kappa ve delta reseptörleridir. Bu reseptörlere normalde vücudumuzda doğal olarak bulunan ve endojen bir opioid olan endorfin bağlanır. Bu reseptörler vücudumuzda oldukça yaygın olarak beyinde, omurilikte ve sindirim sisteminde bulunur.[7] Dışarıdan alınan opioid türevi maddeler yoğun haz ve uykululuk hâline neden olur. Bunun yanında opioidler kabızlığa neden olur. Zayıf bir opioid türevi olan loperamid hâlen ishalin akut tedavisinde kullanılmaktadır. Öksürük giderici etkileri vardır. Kusmaya neden olurlar. Kullanımlarından sonra göz bebeklerinin küçülmesi, hatta bir nokta hâline gelmesi tipiktir. Opioidlerin vücuttaki çoğu belirtilerine zamanla tolerans gelişir. Bu yüzden uzun süreden beri kullanmakta olan bir kullanıcıyı herhangi bir belirtiye göre fark etmek oldukça güçtür.[1]

Opioid bağımlılığı kronik bir rahatsızlıktır ve gidişatı bireyler arasında değişkenlik gösterir. Opioid kullanımı çoğu zaman tek doz, eğlence amaçlı başlar. Başlangıçta sadece hafta sonları alınması sıktır. Zamanla kullanım sıklığı ve miktarı artar. Eroin kısa etkili bir opioid formudur ve yoksunluğundan kaçınmak için gün içerisinde birkaç kez alınması gerekir. Bu yüzden eroin bağımlılarının sabah ilk iş olarak yaptıkları şey, yoksunluk belirtilerinden kaçmak için maddeyi kullanmaktır. Metadon gibi uzun etkili opioid türevleri kısa etkililer gibi haz

vermezler; bu yüzden daha çok opioid bağımlılığının tedavisinde kullanılırlar.

Opioidler, tarihsel olarak ve günümüzde suçla en çok ilişkilendirilen maddelerdendir. Bağımlılık potansiyelleri çok yüksek olduğu gibi yoksunluk süreci oldukça ağrılı ve dayanılmazdır. Bu da kullanıcıları gelir artırma amaçlı suçlara sürükler. Daha sonra değineceğimiz yerine koyma tedavisinin en önemli amaçlarından biri suç oranını düşürmektir ve bu konudaki çalışmalar, bu tedavilere devam eden kişilerde suça karışma oranının belirgin şekilde düştüğünü göstermiştir.[8] Her ne kadar günümüzde en büyük ölüm riskini opioidlerin ölümcül olmayan dozlarda başka bir sedatif madde ile birlikte alınması oluşturuyor olsa da, tarihsel olarak ölümle ilişkileri yüksektir. Ölüm oranları opioid bağımlılarında genel popülasyona göre 6,5 kat yüksektir; gençlerdeki oran ise bunun da üzerindedir.[9]

Opioidler solunumu baskıladıkları için ölümcül maddelerdir. Bütün yüksek doz alımlarının yaklaşık 25'te biri ölümle sonuçlanmaktadır. Ancak diğer vakalarda da solunumun uzun süre durmasına bağlı beyin hasarı gibi kalıcı hasarlar görülebilmektedir. Yüksek doz alımlarının çoğu uzun süreli ve damar içi kullanan bireylerde görülür. Opioidlerin haz verici etkisine zamanla tolerans gelişir; bu yüzden bağımlı kişi dozu artırma gereği hisseder. Bunun yanında alkol ya da başka bir sedatif ilaçla birlikte kullanımları ölüm riskini belirgin şekilde artırır. Nalokson opioid reseptörlerinin tam antagonistidir, yani vücuttaki opioid etkilerini yok eder. Ölümcül dozlarda opioid intoksikasyonunda bu ilacın damar içi verilmesi hayat kurtarıcıdır. Son dönemde bu ilacın intranazal (burundan) kullanılan formu geliştirilmiştir ve birçok ülkede bu ilaç ücretsiz olarak verilmektedir. Kişinin kendisini değil ama yanındaki kullanıcıyı olası bir durumda ölümden kurtarabilir.

Opioid bağımlılığı ile ilişkili bir diğer tıbbi konu bulaşıcı hastalıklardır. Eroin, daha önce de belirtildiği gibi damar içi enjekte edilen bir maddedir ve bağımlılar arasında ortak enjektör kullanımı yaygındır. Bu da hepatit B, hepatit C ve AIDS'in sıklığının artmasına yol açar. Bunun yanında gayri tıbbi şartlarda yapılan enjeksiyonlar ölümcül kalp enfeksiyonlarına yol açabilir.[1]

Opioid bağımlılığı diğer psikiyatrik bozuklukların da sıklığını artırır. Opioid bağımlılarında duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, diğer madde kullanım bozuklukları ve intihara eğilim sık görülür.[10]

Opioid yoksunluğu oldukça ağrılı ve zor bir durumdur. Yoksunluğunda; nabızda yükselme, terleme, huzursuzluk, göz bebeklerinde büyüme, gözlerde ve burunda akıntı, yaygın kemik ve eklem ağrısı, kusma ve yoğun ishal, titreme ve uykusuzluk görülür.

Opioid bağımlılığı tedavisi iki evreye ayrılır. Birincisi akut yoksunluk belirtilerinin dindirilmesidir. Buna detoks tedavisi de denilir. İki farklı şekilde yapılabilir. Birincisi, sadece semptomların dindirilmesine yönelik; ağrı kesici, ishal önleyici veya akıntı kesici gibi opioid olmayan ilaçların verilmesidir. Belirgin sıvı kaybı olması durumunda damar içi mayiler kullanılabilir. İkinci yöntem ise bu dönemde yerine koyma tedavisinin kullanılmasıdır. Bunun için en uygun ilaç, opioid reseptörleri için parsiyel agonist olan buprenorfindir. Bir opioid türevi olan buprenorfin, yoksunluk belirtilerini tamamen ortadan kaldırır. Bu ilaç akut dönemde yavaş yavaş azaltılıp kesilerek hastanın normal hayatına dönmesi sağlanabilir.

Sürdürme tedavisi ise hastanın yaşına, kullanım miktarına göre değişir. Opioid kullanım süresi kısa olan hastalarda akut tedavi yapıldıktan sonra psikososyal destek ile ilaçsız sürdürüm tedavisi düşünülebilir. Bu hastaların madde ile tanışma süresi kısadır ve tekrar arayış oranı diğer hastalara göre düşüktür. Daha önce bahsedilmiş olan nalokson isimli ilacın naltrekson isimli ağızdan alınan formu mevcuttur. Bu ilaç alındığında, vücuda opioid türevi madde alınsa dahi onun etkilerini engelleyerek haz alınmasını mümkün kılmaz. Bu kişilerde günlük ağızdan naltrekson tedavisi bir seçenektir.[9]

Opioid madde kullanma süresi uzun olan ve daha önce yüksek miktarlarda kullanmış hastalarda ise maddeye yeniden düşme olasılığı oldukça yüksektir. Genel kanı, bu kişilerde en etkili tedavinin opioid maddeyi sağlıklı bir şekilde yerine koymak olduğudur.[1] Bu alanda alternatif ilaçlar; sentetik uzun etkili bir opioid olan metadon ve yine kısmen uzun etkili ve parsiyel agonist etkiye sahip olan buprenorfindir. Hastalar bu tedavileri, kendi alanlarında yetkilendirilmiş

sağlık kuruluşlarına düzenli aralıklarla gelerek, kendileri için uygun olan dozda alırlar. Psikososyal destek bu hastalar için de elzemdir.

Hastalar bu tedavi süresince idrar örneği vererek diğer maddeleri kullanmadıklarını belgelerler. Tedavi dozları, hastalar kendilerini hazır hissettikçe zamanla düşürülebilir ve kapsamlı bir değerlendirmeden sonra tamamen bırakılabilir. Ülkemizde metadon isimli ilaç bulunmamaktadır. Bu alanda kullanılan tek ilaç buprenorfindir. Hastalar tedavi merkezlerine genel olarak aylık olarak gelirler ve kendilerine bir ay yetecek ilaç için reçete alırlar. Bu tedavi esnasında, genel olarak dünyada olduğu gibi idrardaki diğer maddelerin varlığına bakılması zorunludur. Bu tedavi sırasında hastalar, eroin ya da başka bir opioid türevi madde almamak olduğu kadar başka bir bağımlılık yapıcı madde de kullanmamak zorundadırlar.

Eroin ya da diğer opioidlerin bağımlılığı oldukça kapsamlı bir halk sağlığı sorunudur. Tedavisinde sadece tıbbi ve psikolojik tedaviler yeterli değildir. Hemen hemen her zaman hastaların sosyal durumu bu tedavide çok önemli bir konumdadır.[11]

3. Uyarıcı Madde Bağımlılığı

Doğal formlarında uyarıcılar (*Erythroxylon coca*, *Ephedra sinica* ve *Catha edulis*) insanlar tarafından binlerce yıldır kullanılmaktadır. Bu maddeler ortak olarak dopaminerjik yollarla fizyolojik ve mental uyarılmaya neden olurlar. Bu bölümde kokain, amfetamin ve amfetamin benzeri maddeler anlatılacaktır.

Kokain, *Erythroxylon coca* bitkisinin yapraklarından elde edilir. Bu bitki Güney Amerika'nın yüksek dağlarına yöreseldir ve bu bölgede yaşamış olan insanlar tarafından en az 15 yüzyıldır çiğnenerek tüketilmiştir. Bitki, İspanyollar tarafından Güney Amerika'nın kolonileştirilmesinden sonra Avrupa'ya getirilmiştir. Ancak yaygın kullanımı, bitkinin içerisindeki aktif madde olan kokainin 1859 yılında Albert Niemann tarafından keşfedilmesinden sonra gelişmiştir. Bu tarihten sonra kokain, Amerika Birleşik Devletleri'nde medikal toniklerin içerisinde kullanılmaya başlanmış, hatta 1903 yılına kadar Coca-Cola'nın temel bileşenlerinden biri olmuştur. Bu yıllarda kokainin

bağımlılık yapıcı özelliğine yönelik farkındalık gelişmiş ve kokain zaman içinde medikal olmayan kullanımları için yasaklanmaya başlanmıştır.[1]

Kokain lokal anestezik ilaç olarak belirli bir süre kullanılmaya devam etmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda yerini lidokain gibi daha güvenli benzer formlara bırakmıştır. Kullanıcılar arasında 'taş' olarak nitelendirilen kokain formu, kokainin tuz hâline getirilmiş şeklidir ve sigara gibi içilmektedir. Kimi yayınlara göre bu, kokainin en bağımlılık yapıcı formudur.[12]

Kokain genel olarak burun içine çekilmek suretiyle nazal yoldan, damar içine enjekte edilerek ya da belirtildiği gibi taş kokain formunda sigara gibi içilerek kullanılır. Kokain farmakolojik olarak kuvvetli bir serotonin, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörüdür. Coşku, uyarılma, konsantrasyon ve cinsel istekte aşırı bir artış sağlar. İştahı ve yorgunluğu baskılar. Damarlarda kasılmaya, tansiyonun ve kalp hızının yükselmesine ve vücutta ısı artışına sebep olur. Yüksek dozlarda inme, kalp krizi veya ani kardiyak ölüm görülebilir. Etkisi altındayken paranoya veya başka psikotik belirtiler, yoğun kaygı, intihar davranışları veya saldırganlık gibi psikiyatrik belirtiler görülebilir. Uzun süreli kullanımı bağımlılığa, yoksunluk belirtilerine, beyin hasarına ve burun içi kullanıma bağlı nazal septumun delinmesine yol açabilir.

Aynı kokain gibi amfetamin benzeri uyarıcıların insanlar tarafından kullanımı da yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Ma-Huang, uyarıcı olan efedrinin bir formudur ve Çin'de bitkisel ilaç olarak yüzyıllardır kullanılmaktadır. Amfetamin ilk defa 1800'lü yılların sonunda Lazar Edeleanu tarafından sentezlenmiştir. Metamfetamin ise ilk defa Japonya'da 1918 yılında sentezlenmiştir. 1930'lu yıllarda amfetamin bronş genişletici ilaç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemde amfetaminin canlandırıcı ve yoğun haz verici etkisi fark edilmiştir. 2. Dünya Savaşı yıllarında askerler üzerindeki yorgunluğu ve korkuyu azaltmak amacı ile kullanılmıştır. 1960'lardan itibaren amfetamin ve türevi hapların yayılımı oldukça sorunlu bir hâle gelmiştir. Bu yıllarda ABD'de obezite tedavisinde kullanılmışlardır. Metamfetamin ve am-

fetamin kullanımı hâlen tüm dünyada etkili çok ciddi bir sağlık sorunudur. Bu maddeler hap olarak alınabilir, damar içi enjekte edilebilir veya yakılıp dumanlarının solunması yöntemiyle kullanılabilirler.[1]

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Birimi'nin 2021'de yayımladığı rapora göre dünya genelinde son bir yıl içerisinde 36 milyon kişi amfetamin ve benzeri uyarıcı madde, 22 milyon kişi ise kokain kullanmıştır. Afganistan ve Irak, metamfetamin kullanım oranının en hızlı yükseldiği ülkelerdir.[13]

Diğer tüm bağımlılıklarda olduğu gibi uyarıcı madde kullanımında da kültürel, çevresel, ailesel ve nörobiyolojik faktörler etkilidir. Bütün uyarıcı maddelerin beyinde dopaminerjik etkiyi direkt olarak artırdıkları bilinen bir gerçektir. Bu maddeler dopaminin yanında serotonin ve noradrenalinin de seviyelerini yükseltmektedirler. Bu maddelerin ne kadar alındıkları ve hangi yoldan alındıkları da bağımlılık yapma düzeyleri üzerinde etkilidir. Temel olarak kokain ve metamfetaminin damar içi enjekte edilmesi ya da yakılarak dumanının solunması yöntemleri bu maddelerin daha hızlı etki etmesine yol açmaktadır. Bu yöntemler tekrarlayıcı kullanım ve bağımlılığa daha çok neden olmaktadır.

Kokainin vücuttaki yarı ömrü 50 ila 90 dakika arasındadır. Karaciğer tarafından parçalanarak vücuttan atılır. Genel olarak metabolitleri 3 gün boyunca idrarda tespit edilebilir. Ancak çok ağır kullanıcılarda bu süre 10–14 güne kadar uzayabilir. Amfetaminin yarı ömrü ise 13–14 saat kadardır. Kullanıldıktan sonra idrarda 3 ila 5 gün süreyle tespit edilebilir.[1]

Uyarıcıların kullanımlarından sonra akut olarak kalp hızı artar, tansiyon ve nabız yükselir. Vücutta ısı artışı ve terleme görülür. İştah kapanır. Aşırı bir canlılık hâli görülür. Göz bebekleri büyür. Ruhsal olarak duygu durumu yükselir, kimi bireylerde paranoya denilen aşırı kuşkuculuğa yol açabilir. Hezeyanlar ve halüsinasyonlar gibi psikotik belirtiler ortaya çıkabilir. Aşırı dozda alındıklarında nöbet geçirebilir, kalpte ritm bozuklukları olur ve ölüm görülebilir.

Uyarıcı yoksunluğu uzun veya yoğun kullanım sonrasında sık görülür. En temel belirtisi aşırı bir mutsuzluktur. Bunun yanında yorgunluk, kabuslar, uyku bozuklukları, psikomotor yavaşlama sık görülür. Bu dönemde kişilerde intihar riski yüksektir.[14]

Uyarıcı maddelerin bağımlılıkları, alkol, sedatif ilaçlar ya da opioid maddelerden farklılık göstermektedir. Akut intoksikasyon durumlarında hayati risk var ise hastane yatışı gerekebilir. Aynı şekilde akut intoksikasyonlarında psikoz gibi ağır psikiyatrik tablolara yol açmaları nedeniyle psikiyatri yatışı gerekebilir. Ancak yoksunluk belirtileri yukarıda sayılan diğer maddeler gibi ciddi değildir ve hayati risk içermez. Uyarıcı yoksunluğunu giderecek belirgin bir ilaç bulunmamaktadır. Bu yüzden tedavi genel olarak polikliniklerde başlar. Semptomatik tedavi uygulanabilir. Bazı uyku verici ilaçlar, uyku sorunu yaşayan hastalara yardımcı olabilir. Yoksunluk sonrası depresif belirtiler uzun sürer veya kendiliğinden kaybolmaz ise antidepresif ilaçlar verilebilir. Psikososyal destek, diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi bu alanda da esastır.[15]

Birincil tedavi yöntemi bilişsel davranışçı terapidir. Bu yöntemin teknikleri genel olarak psiko-eğitim ve maddeden kaçınma ya da yüksek riskli durumlarla baş etme üzerine pratiği içerir. Madde ile alakalı düşünceler ve inançlar ele alınır.

4. Halusinojen madde bağımlılığı

Birçok madde yeteri dozda alındığında kişinin algısında, düşüncelerinde, duygu durumunda ve benlik algısında değişime sebep olur. Halusinojen maddelerin kendilerine özgü durumu, bilincin bu yönlerinde deliryuma neden olmadan değişiklik yapmalarıdır. Yani bu maddeler psikoz benzeri etkiye, diğer maddelerin etkisine, beyin yetmezliğine ya da beyinde intoksikasyona bağlı bir karmaşa yaratmadan sebebiyet vermektedirler.[1] Bu maddelere psikodelik maddeler de denir. Psikiyatri ve bu maddeler arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Liserjik asit dietilamid (LSD) ilk olarak keşfedilmesinin ardından psikoterapinin etkisini güçlendirici ilaç olarak kullanılmıştır. 1943 yılındaki keşfinden sonra birçok hasta LSD ile tedavi edilmeye çalışılmıştır. 1970'li yılların başında ise klinik kullanımdan uzaklaşılmıştır.

Klasik olarak disosiyatif etkili maddeler dediğimiz, ancak hâlihazırda halusinojenler altında sınıflanan ketamin ve esketamin ilaçları,

yakın zamanda depresyona karşı psikiatrik ilaçlar sınıfına dahil olmuştur. Bununla birlikte MDMA ve psilosibin ile ilgili klinik çalışmalar devam etmektedir ve gelecekte onların da antidepresan ilaç olarak kullanıma sunulma ihtimali vardır.[16]

Ayahuasca ve peyote gibi halusinojenler, şamanist ve tıbbi kullanım amacıyla Amerikan yerlisi toplumlarda binlerce yıldır kullanılmaktadır. NMDA reseptörleri üzerinden etki eden PCP ilk olarak 1926'da sentezlenmiş ve 1950'lerde anestezik madde olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak hastalar üzerinde psikotik belirtilere yol açması nedeniyle 1965'te insanlar üzerinde kullanımı durdurulmuştur. Benzer bir madde olan ketamin 1962 yılında bulunmuştur. PCP'ye göre etki süresi çok daha kısa ve yan etkileri azdır. Hâlen tıpta anestezik madde olarak kullanılıyor olmasının yanı sıra ketamin ve onun türevi olan esketamin psikiyatride sadece klinik ortamda uygulanmak üzere antidepresan ilaç olarak kullanılmaktadır. Ketaminin yasadışı kullanımı da 1970 yılından sonra hızla artmıştır. PCP ve ketamin, kullanıcılarda düşünce bozukluğu, geri çekilme ve içine kapanma davranışı gibi şizofreni benzeri etkilere sebep olur.[17]

Diğer bir grup halusinojen ise klasik halusinojenler olarak adlandırılan, serotonin üzerinden etki eden halusinojenlerdir. Bu maddelerin prototipi LSD'dir. MDMA olarak bilinen 3,4-metilen dioksimetamfetamin de bu gruba dahildir. Bu maddelerin kişiler üzerindeki etkileri oldukça değişkenlik gösterir. Etkilerin hangi maddenin ne kadar alındığına bağlı olmasının yanında kişinin ruhsal durumu da maddenin etkileri üzerinde belirleyici olabilir.[18]

Vücut üzerindeki etkileri iştahsızlık, titreme, huzursuzluk, bulantı, kusma, göz bebeğinde büyüme, uykusuzluk ve görme bozuklukları-dır. Cisimlerin şekli, büyüklüğü, rengi ve hareketi konusunda algı bozukluğu ortaya çıkar. Geçmiş ya da şu anki hayat olayları ile ilgili yoğun bir kaygı yaşanması sıktır. Kişinin kendi bilincinden ve gerçeklikten uzaklaşması ve paranoya görülebilir.

Bu maddelerin PCP ve ketamin dışında bağımlılık yapma potansiyelleri düşüktür. Yoksunluk belirtileri yalnızca PCP ve ketaminde görülür. Bunun yanında çok az düzeyde MDMA'da da görülebilir. Yoksunluk belirtileri ortaya çıkarmamaları ve fiziksel bağımlılığa

tam olarak sebebiyet vermemeleri nedeniyle bu maddelerin kullanımına özel bir tedavi yöntemi yoktur. Günümüzde kullanımları yaygın değildir.

5. Sedatif, Hipnotik ve Anksiyete Giderici İlaçların Bağımlılığı

Sedatif ve anksiyete giderici ilaçlar genel olarak GABA reseptörleri üzerinden etki eden ilaçlardır. Bazıları GABA reseptörlerinin tam agonistidir, bazıları ise GABA'nın reseptöre bağlanmasını kolaylaştırmak suretiyle etki eder. Bu gruptaki ilaçlar genel olarak barbitüratlar, benzodiazepinler, pregabalin ve gabapentindir.

İlk barbitürat olan barbitürik asit ilk olarak 1864 yılında sentezlenmiştir. Bu maddenin sedatize edici ya da hipnotik özellikleri bulunmamaktadır. Dietilbarbitürik asit ya da bilinen adıyla barbital 1903 yılında bulunmuş ve sedatize edici ilk barbitürat olmuştur. Bundan sonra başta fenobarbital olmak üzere birçok barbitürat türetilmiştir. Barbitüratlar, tıp tarihindeki ilk etkili epilepsi ilaçlarıdır. Aynı zamanda ilk enjekte edilebilen anestezik maddelerdir. 20. yüzyılın ilk yarısında oldukça sık kullanılmışlardır.

Ancak 1950 ve 60'lı yıllarda, isimleri özellikle Marilyn Monroe ve Judy Garland'ın bu ilaçlar nedeniyle ölümleri dolayısıyla intiharla anılır olmuştur. Barbitüratların güçlü bağımlılık yapıcı özellikleri, solunumu durdurma etkileri ve düşük terapötik aralıkları, tedavi alanından çekilmelerine neden olmuştur. Günümüzde halen anestezi ve epilepsi tedavisinde sınırlı kullanımları olsa da yaygın olarak reçete edilmediklerinden bağımlılıkları görülmemektedir.[1]

Kaygı giderici ilaç olarak barbitüratların yerini benzodiazepinler almıştır. İlk sentezlenen benzodiazepin 1955 yılında bulunan klordiazepoksittir. 1960 yılında kullanıma girmiştir. Bunu 1963 yılında kullanıma giren diazepam izlemiştir. 1977 yılı itibarıyla benzodiazepinler, insanlara kaygı ve uykusuzluk nedeniyle en çok reçete edilen ilaçlar olmuştur.

1980'li yılların sonlarında Amerikan Psikiyatri Birliği yaklaşık 2000 çalışmayı incelemiş ve benzodiazepinlerin kötüye kullanım oranlarının çok yüksek olmadığı sonucuna varmıştır. Benzodiazepinleri kötüye kullanan kişilerin, diğer maddeleri de kötüye kullanan kişiler olduğu eklenmiştir. Antidepresanların kaygı bozukluklarında kullanımının artması ve özellikle daha az yan etkili yeni nesil serotonin geri alım inhibitörü ilaçların gelişmesi üzerine benzodiazepinlerin klinikteki kullanımları giderek azalmıştır. Ancak hâlen yoğun kaygının akut tedavisinde birincil tercih olarak kullanılmaktadır. Benzodiazepinler, barbitüratların aksine GABA reseptörünü direkt uyarmak suretiyle etki etmezler. Bunun yerine GABA'nın reseptörüne bağlanmasını artırarak etki ederler. Bu yüzden güvenli kullanım aralıkları barbitüratlara göre geniştir. Yüksek doz alındıklarında ölüm riski daha düşüktür.

Ülkemizde Diazem (diazepam), Xanax (alprazolam), Ativan (lorazepam) ve Rivotril (klonazepam) olmak üzere hâlen pazarlanmış 4 farklı benzodiazepin türü bulunmaktadır. Benzodiazepinler bağımlılık yapıcı ilaçlardır. Bağımlılık, barbitüratlar kadar hızlı gelişmese de bağımlılık riski bulunmaktadır. Tedavi için reçete edildiklerinde muhakkak doktor kontrolünde kullanılmalıdırlar. Belirlenen tedavi süresinin üzerinde kullanılmaları bağımlılık riskine yol açar.

Uzun süreli kullanımlarında benzodiazepinlerin etkilerine tolerans gelişir.[19] Eskisi gibi etki etmemeye başlarlar ve bağımlı kişinin dozu artırması gerekir. Özellikle diğerlerine göre daha kısa etki süresi olan alprazolamın bağımlılık yapma potansiyeli daha yüksektir.

Yoksunluklarında görülen en belirgin klinik semptom yoğun kaygı ve titremedir. Yine yoksunluklarında uykuya dalamama görülür. Özellikle günlük yüksek miktarlarda kullanan kişilerde görülen yoksunluk durumu klinik olarak tehlikeli bir durumdur ve hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekebilir. Çünkü bu kişilerde nöbet geçirme riski bulunmaktadır.

Yoksunluk tedavisinde uzun etkili bir benzodiazepin olan diazepam kullanılır. Verilen doz günler içerisinde yavaş yavaş azaltılarak kişinin güvenli bir biçimde ilaçtan arınması sağlanır. Yüksek dozlarda benzodiazepin alınması da ölüm riski taşımaktadır. Barbitüratlara

göre daha güvenli olsalar da benzodiazepinler yüksek dozlarda solunumu durdurma riski taşırlar. Bu durumlarda flumazenil isimli benzodiazepin antagonisti tedavi olarak verilir.

Bu grupta tartışılacak diğer ilaçlar gabapentin ve pregabalindir. Gabapentin yapısal olarak GABA'ya benzeyen bir ilaçtır. Antiepileptik ilaç olarak geliştirilmiştir ve ABD'de ilk olarak 1994 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Ancak pazarlanması sonrasında, sadece klinik deneyimlere dayanarak birçok psikiyatrik ve nörolojik hastalıkta etkili olabileceği düşünülmüş ve kısa sürede diğer alanlardaki kullanımı epilepsi alanındaki kullanımını geride bırakmıştır.[1]

Daha sonradan yapılan çalışmalar bu kullanım alanlarının bazılarında gabapentinin etkili olduğunu doğrulamıştır. Özellikle nöropatik ağrı şikâyetinde etkili olduğu doğrulanmıştır ve günümüzde hâlen bu alanda kullanılmaktadır. Kaygı bozukluklarında da etkili olabileceği öngörülmüştür ancak günümüzde bu alandaki kullanımı sınırlıdır.

Gabapentin klinik olarak güvenli bir ilaç sayılmaktadır. Bağımlılık yapıcı özelliğinin az olduğu öngörülmektedir.[20] İlacın burada tartışılmasının sebebi, yüksek dozlarda sarhoşluk benzeri bir etki vermesi nedeniyle bağımlı bireylerde tedavi edici dozun üzerinde alınmasıdır. Özellikle pregabalinin 2005 yılında kullanıma girmesi ile bu alandaki popülerliği giderek azalmıştır.

Pregabalin, yani bilinen adıyla Lyrica, 2005 yılında kullanıma girmiştir. Aynen gabapentin gibi GABA'ya benzer bir yapısı vardır. İlk olarak özellikle diyabet ile ilişkili nöropatik ağrının tedavisi amacı ile kullanıma girmiştir. Çeşitli hastalıklarda görülen nöropatik ağrılarda, epilepside ve fibromiyaljide kullanım endikasyonu vardır. Kaygı bozukluklarında denenmiştir ancak bu alanda kullanım endikasyonu pek çok ülkede primer olarak yoktur.[1] Dirençli kaygı bozukluklarında kullanımı kimi ülkelerde nispeten yaygındır.

Yıllar içerisinde yasadışı pregabalin kötüye kullanım oranı giderek yükselmiştir ve artmaya devam etmektedir. Kullanıcılar pregabalini keyif verici etkisi için yüksek dozlarda kullanmaktadırlar. Diğer maddelerin etkilerini artırmak için kullanılması sık görülmektedir. Son yıllarda pregabalin bağlantılı ölümlerde giderek artış yaşanmaktadır.[21]

Kendi başına yüksek dozda alındığında ölümcül olabildiği gibi, diğer maddelerle birlikte alındığında onların da ölümcül etkilerini artırabilmektedir. Örneğin, bir eroin kullanıcısının etkiyi artırmak için kendisi için ölümcül olmayan bir dozda eroinin yanında pregabalin alması ölümle sonuçlanabilmektedir. Yüksek dozda uzun süreli kullanılması sonrası bırakıldığında yoğun yoksunluk belirtileri görül-mektedir. Bu durumda, aynı benzodiazepinlerde olduğu gibi nöbet geçirme riski bulunmaktadır.

Yukarıda sözü geçen bütün ilaçlar normalde reçeteye tabi ve eczaneler tarafından kontrollü olarak verilmesi gereken ilaçlardır. Ancak günümüzde bu ilaçlara sokak satıcıları aracılığı ile ulaşabilmek kolaylaşmıştır. Kolay ulaşılabilmeleri ve kullanıcılar tarafından aslında tıbbi ilaçlar olmaları nedeniyle görece güvenli görülmeleri, bu ilaçların risklerini artırmaktadır.

6. Uçucu ve Çözücü Madde Bağımlılığı

Uçucu ve çözücü maddelerin genel özelliği, oda sıcaklığında hızlıca buharlaşmaları ve psikoaktif etkileri nedeniyle solunarak kullanılmalarıdır. Bu uçucu maddeler günlük kullanımda birçok alanda kullanılmaktadır. Bunlar; çözücüler, tinerler, yapıştırıcılar, çeşitli temizlik maddeleri ve benzin türevleridir. Solunum yolu ile kullanılan bu maddeler geniş bir hidrokarbon grubunu kapsamaktadır. Bunlar arasında toluen, heksan, trikloretilen, trikloroetan, ksilen ve benzin bulunur. Bu maddelerin kullanıcıları genellikle 12 ila 17 yaş arasındaki adolesanlardır. Bu maddeler birçok diğer psikiyatrik sorunla ilişkilidir. Bunlar; davranış bozuklukları, diğer madde kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları ve intihar davranışlarıdır.

Bu madde grubunda en çok kullanılan maddeler, yoğun basınç altında sıvılaştırılmış yanıcı gazlar ve çözücülerdir. İlk gruba örnek olarak çakmak gazı ve saç spreyleri verilebilir. İkinci grupta ise boyalar, tinerler, yapıştırıcılar (ülkemizde 'bally bağımlılığı' adı altında bilinmektedir) ile benzin ve türevi maddeler bulunur.

Amerikan verilerine göre bu maddelerin gençler arasında denenme oranı sıktır. Ancak 16 yaş itibarıyla bakıldığında bırakma oranı %65 ile yüksektir. Özellikle 1990'lardan itibaren bu maddelerin

zararları ile ilgili toplumu bilinçlendirme çalışmaları yapılmıştır. Ancak hangi kullanıcıların uzun süreli bağımlılık geliştireceği ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Yine Amerikan verilerine göre 2011 yılı itibarıyla madde kullanımı sonrası yapılan bütün acil servis başvurularının %0,8'i bu maddelerle ilişkilidir. Bu görece düşük bir orandır.[22]

Bu maddelerin kullanımı oldukça risklidir. Direkt zehirleyici etkilerinin yanı sıra kullanım sırasında oluşan yanıklar da acil servis başvuru nedenleri arasındadır. Uçucu ve çözücü maddelerin kullanımı kalp üzerinde direkt toksik etkiye sahiptir. Doğrudan ritim bozukluklarına ve kalp durmasına neden olabilir. Daha önce de değinildiği üzere bu maddeleri ergenlik sırasında deneme oranı yüksektir, ancak kullanım oranları yaşla birlikte azalma göstermektedir.

Bu maddeler solunum yolu ile kullanılırlar. Hızla akciğerlerden emilirler, kandaki oranları hızlıca yükselir ve beyne dağılırlar. Genel olarak bir havlu, bez ya da giysiye emdirildikten sonra bu araçların direkt burun ve ağız ile temas etmesi sağlanarak kullanılırlar. Yapıştırıcı özelliği olan maddeler ise genellikle bir torbaya konulur ve bu torbadan solunmak suretiyle kullanılır. Daha tehlikeli olarak etkiyi artırmak için bu torba direkt yüze geçirilebilir ve boğulmaya neden olabilir. Bu yöntemler ile 15–20 derin nefes alınması hızlı bir intoksikasyona neden olur. İntoksikasyon geliştikten sonra etkileri 1 saate kadar uzayabilir ve bu etki süresi dozu tekrarlamak suretiyle uzatılabilir.

Bu maddelere tolerans gelişmektedir. Bağımlı kişiler günler içerisinde kullandıkları dozu artırırlar. Alkolle beraber kullanıldıklarında etkileri dramatik olarak artar. Bu maddelerin beyindeki dopamin miktarını nasıl artırdıkları tam olarak çözümlenememiştir. Çalışmalar, bu maddelerin genel olarak alkol, barbitüratlar ve diğer sedatize edici ilaçlarla benzer etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu maddelere sürekli olarak maruz kalma, koma, epileptik nöbetler ve solunum durması nedeniyle ölüme yol açabilir.[1]

Belirtildiği gibi, bu maddeler oldukça tehlikelidir. Torbanın yüze geçirilmesi sonrası oluşan sarhoşluk durumunda kişinin boğulması, direkt organ hasarına bağlı olmayan bir ölüm nedenidir. Aynı şekilde, bu maddeler oldukça yanıcıdır ve kullanımları esnasında alev alma

veya patlama yaşanabilir. Kullanımları sırasında akut akciğer hasarı veya ani kalp durması görülebilir.

Uzun süreli kullanımlarında karaciğer ve böbrek hasarı oluşur. Beyinde, başta beyaz madde olmak üzere çeşitli hasarlara yol açarlar. Bilişsel yetilerde bozulma görülür. Kişilik değişimleri, paranoya, hafıza bozuklukları ve psikotik belirtiler görülebilir. Beyin görüntülemelerinde demiyelinizasyon, genel beyin hacminde azalma ve beyaz madde hasarı tespit edilebilir.[23] Bu maddeler teratojen etkiye sahiptir; gebelik sırasındkullanımları durumunda fetüs hasar görebilir.

Akut intoksikasyon durumlarında genellikle saldırgan davranışın belirgin olduğu psikotik bir tabloyla karşılaşılabilir.[24] Bu maddelerin kullanımının geleneksel yöntemlerle idrarda tespit edilmesi mümkün değildir. Tedavilerine direkt yönelik bir ilaç bulunmamaktadır. Tedavide genel bağımlılık yaklaşımı izlenir. Bağımlılıkları konusunda temel sorun, kolay ulaşılabilir olmalarıdır. Bağımlılık yapıcı etkileri konusunda toplumun bilinçlendirilmesi ve ergen yaşta bireylerin bu maddelere ulaşımının kısıtlanması çok önemlidir.

Sonuç

Uyuşturucu ve psikoaktif madde bağımlılığı, yalnızca bireyin fiziksel sağlığını değil; ruhsal durumunu, aile ilişkilerini, sosyal yaşamını ve toplum güvenliğini de etkileyen kronik bir halk sağlığı sorunudur. Esrar, opioidler, uyarıcı maddeler, halüsinojenler, sedatif ilaçlar ve uçucu maddeler farklı biyolojik mekanizmalarla etki etseler de; tolerans gelişimi, kontrol kaybı, yoksunluk belirtileri ve yineleyici kullanım gibi ortak bağımlılık özellikleri göstermektedirler. Özellikle erken yaşta başlayan kullanım, psikiyatrik eş tanılar, sosyal sorunlar ve kolay erişilebilirlik bağımlılık riskini artırmaktadır.

Günümüzde madde kullanımına bağlı ölümler, bulaşıcı hastalıklar, psikoz, bilişsel bozulma, suç davranışları ve sosyal işlev kaybı önemli ölçüde artış göstermektedir. Bunun yanında sentetik maddelerin hızla çoğalması, bağımlılık alanındaki mücadeleyi daha karmaşık hâle getirmektedir. Tedavide yalnızca detoksifikasyon yeterli değildir; uzun dönemli psikososyal destek, psikoterapi, rehabilitasyon, aile desteği ve sosyal iyileştirme programları temel öneme sahiptir.

Özellikle opioid bağımlılığında yerine koyma tedavileri yaşam kurtarıcı olabilmektedir.

Bağımlılıkla mücadelede en etkili yaklaşım; koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, toplumun bilinçlendirilmesi, gençlerin riskli maddelere erişiminin azaltılması ve bağımlılığı olan bireylerin damgalanmadan sağlık hizmetine ulaşabilmesidir. Bağımlılık tedavi edilebilir bir hastalıktır ve erken müdahale, uygun tedavi ve sürekli destek ile bireylerin yeniden sağlıklı ve işlevsel bir yaşama dönmeleri mümkündür.

Kaynakça

1- Kaplan & Sadock's *Comprehensive Psychiatry* (11th ed.). (2025).

2- Carliner, H., Brown, Q. L., Sarvet, A. L., & Hasin, D. S. (2017). Cannabis use, attitudes and legal status in the U.S.: A review. *Preventive Medicine, 104*, 13–23.

3- Connor, J. P., Stjepanovic, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 7*(1), 16. https://doi.org/10.1038/s41572-021-00264-8

4- Pita, F., Dinis-Oliveira, R. J., Silva, J. P., & de Pinho, P. G. (2025). Neurotoxic potential of synthetic cannabinoids' pyrolysis products. *Toxicology*.

5- United Nations & European Union Drugs Agency. (2025). *Global drug reports*.

6- Işık, M. (2013). *Madde kullanımı ve stratejik iletişim*. ISBN 978-605-4738-84-7.

7- Filizola, M., & Devi, L. A. (2012). Structural biology: How opioid drugs bind to receptors. *Nature, 485*(7398), 314–317. https://doi.org/10.1038/nature11162

8-Bukten, A., Skurtveit, S., Gossop, M., et al. (2012). Opioid maintenance treatment and crime reduction. *Addiction, 107*(2), 393–399. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03632.x

9-American Psychiatric Association. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders (2nd ed.). American Journal of Psychiatry, 164.

10-Grella, C. E., Karno, M. P., Warda, U. S., Niv, N., & Moore, A. A. (2009). Gender and comorbidity in opioid use disorders. *Addictive Behaviors, 34*(6–7), 498–504. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.015

11-McLellan, A. T., Arndt, I. O., & Metzger, D. S. (1993). Psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA, 269*(15), 1953–1959. https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500150065033

12-Kampmann, K. M. (2019). The treatment of cocaine use disorder. *Science Advances*.

13-United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*. https://www.unodc.org

14-Crits-Christoph, P., et al. (2018). Anhedonia and cocaine treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 92*, 46–50. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.07.001

15-Crits-Christoph, P., et al. (1999). Cocaine treatment outcomes study. *Archives of General Psychiatry, 56*, 493–502. https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.6.493

16-Abraham, H. D., Aldridge, A. M., & Gogia, P. (1996). Psychopharmacology of hallucinogens. *Neuropsychopharmacology, 14*(4), 285–298.

17-Bokor, G., & Anderson, P. D. (2014). Ketamine abuse update. *Journal of Pharmacy Practice, 27*(6), 582–586. https://doi.org/10.1177/0897190014544827

18-Fantegrossi, W. E., Murnane, K. S., & Reissig, C. J. (2008). Behavioral pharmacology of hallucinogens. *Biochemical Pharmacology, 75*(1), 17–33. https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.06.016

19-Liebrenz, M., Gehring, M. T., et al. (2015). Benzodiazepine dependence qualitative study. *BMC Psychiatry, 15*, 116. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0506-9

20-Loftus, H., & Wright, A. (2014). Misuse of pregabalin and gabapentin. *BMJ, 348*, g372.

21-Schifano, F. (2014). Pregabalin and gabapentin misuse. *CNS Drugs, 28*, 491–496. https://doi.org/10.1007/s40263-014-0166-4

22-Agency for Toxic Substances and Disease Registry. (2017). *Toxicological profile for toluene*. U.S. Department of Health and Human Services.

23-Filley, C. M., Halliday, W., & Kleinschmidt-DeMasters, B. K. (2004). Toluene neurotoxicity. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology, 63*, 1–12. https://doi.org/10.1093/jnen/63.1.1

24-Bowen, S. E., & Balster, R. L. (1997). Behavioral effects of inhalants. *Fundamental and Applied Toxicology, 35*, 1–10.

KUMAR BAĞIMLILIĞI

Prof. Dr. Merih ALTINTAŞ
SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği
merihaltintas@yahoo.com, ORCID: 0000-0001-7045-3046

Giriş

Kumar oynama davranışı tarih boyunca birçok toplumda eğlence, sosyalleşme ve zaman geçirme aracı olarak varlığını sürdürmüş ancak dijitalleşme ve çevrim içi platformların yaygınlaşmasıyla birlikte önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Günümüzde kumar; ödül beklentisi, risk alma davranışı, dürtüsellik, bilişsel süreçler ve çevresel etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan kompleks bir davranışsal bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. Özellikle internetteki bahis sistemleri, mobil uygulamalar ve çevrim içi platformların erişilebilirliği, kumarın zamandan ve mekandan bağımsız hale gelmesine neden olmuştur. Bu durum riskli kumar davranışlarının daha geniş kitlelere yayılmasına olanak sağlamıştır. Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), bireyin kumar davranışı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, olumsuz sonuçlara rağmen davranışı sürdürmesi ve sosyal, mesleki, ekonomik alanlarda belirgin işlev kaybı yaşaması ile karakterize, kronik ve tekrarlarla seyreden bir tablo olarak tanımlanmaktadır.

Kumar bağımlılığının gelişiminde ödül sistemi, dürtüsellik, bilişsel çarpıtmalar, öğrenme süreçleri ve çevresel faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Kontrol illüzyonu, kumarbazın yanılgısı ve yakın kazanma etkisi gibi bilişsel çarpıtmalar bireyin risk algısını bozarak davranışın sürdürülmesine katkıda bulunur. Bunun yanında ödül duyarlılığındaki artış, dürtü kontrolündeki yetersizlikler, duygu düzenleme güçlükleri ve stresle baş etme sorunları bağımlılık sürecini güçlendirmektedir. Özellikle genç yaşta kumara başlama, düşük sosyoekonomik düzey, dijital platformlara yoğun maruziyet ve ailede bağımlılık öyküsü önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Kumar

bağımlılığına sıklıkla depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik tablolar eşlik etmektedir. Kumar oynama bozukluğunda intihar düşüncesi ve girişimlerinin belirgin biçimde arttığı bilinmektedir.

Kumar bağımlılığı yalnızca bireyi değil aileyi, çevreyi ve toplumu da etkileyen çok boyutlu bir sorundur. Finansal kayıplar, borçlanma, aile içi çatışmalar, işlevsellikte bozulma, sosyal izolasyon ve ruhsal sorunlar zamanla bireyin yaşamının birçok alanını olumsuz etkilemeye başlar. Bu nedenle erken tanı, önleme programları ve kumara yönelik düzenleyici politikalar büyük önem taşımaktadır. Kumar bağımlılığına yaklaşımda farmakolojik tedaviler yanında bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, grup terapileri ve aile desteği gibi psikososyal müdahaleler ön plana çıkmaktadır. Kumar bağımlılığı ile etkin mücadelede multidisipliner yaklaşım, toplumsal farkındalığın artırılması, davranışsal bağımlılıklar alanında uzmanlaşmış tedavi hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve her türlü kumar uygulamasına yönelik koruyucu stratejilerin geliştirilmesi kritik öneme sahiptir.

Kumar oynama davranışı tarih boyunca birçok toplumda eğlence, sosyalleşme ve zaman geçirme aracı olarak varlığını sürdürmüş ancak dijitalleşme ve çevrim içi platformların yaygınlaşmasıyla birlikte önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Günümüzde kumar; ödül beklentisi, risk alma davranışı, dürtüsellik, bilişsel süreçler ve çevresel etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan kompleks bir davranışsal bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. Özellikle internetteki bahis sistemleri, mobil uygulamalar ve çevrim içi platformların erişilebilirliği, kumarın zamandan ve mekandan bağımsız hale gelmesine neden olmuştur. Bu durum riskli kumar davranışlarının daha geniş kitlelere yayılmasına olanak sağlamıştır. Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), bireyin kumar davranışı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, olumsuz sonuçlara rağmen davranışı sürdürmesi ve sosyal, mesleki, ekonomik alanlarda belirgin işlev kaybı yaşaması ile karakterize, kronik ve tekrarlarla seyreden bir tablo olarak tanımlanmaktadır.

Kumar bağımlılığının gelişiminde ödül sistemi, dürtüsellik, bilişsel çarpıtmalar, öğrenme süreçleri ve çevresel faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Kontrol illüzyonu, kumarbazın yanılgısı ve yakın kazanma etkisi gibi bilişsel çarpıtmalar bireyin risk algısını bozarak davranışın sürdürülmesine katkıda bulunur. Bunun yanında ödül duyarlılığındaki artış, dürtü kontrolündeki yetersizlikler, duygu düzenleme güçlükleri ve stresle baş etme sorunları bağımlılık sürecini güçlendirmektedir. Özellikle genç yaşta kumara başlama, düşük sosyoekonomik düzey, dijital platformlara yoğun maruziyet ve ailede bağımlılık öyküsü önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Kumar bağımlılığına sıklıkla depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik tablolar eşlik etmektedir. Kumar oynama bozukluğunda intihar düşüncesi ve girişimlerinin belirgin biçimde arttığı bilinmektedir.

Kumar bağımlılığı yalnızca bireyi değil aileyi, çevreyi ve toplumu da etkileyen çok boyutlu bir sorundur. Finansal kayıplar, borçlanma, aile içi çatışmalar, işlevsellikte bozulma, sosyal izolasyon ve ruhsal sorunlar zamanla bireyin yaşamının birçok alanını olumsuz etkilemeye başlar. Bu nedenle erken tanı, önleme programları ve kumara yönelik düzenleyici politikalar büyük önem taşımaktadır. Kumar bağımlılığına yaklaşımda farmakolojik tedaviler yanında bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, grup terapileri ve aile desteği gibi psikososyal müdahaleler ön plana çıkmaktadır. Kumar bağımlılığı ile etkin mücadelede multidisipliner yaklaşım, toplumsal farkındalığın artırılması, davranışsal bağımlılıklar alanında uzmanlaşmış tedavi hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve her türlü kumar uygulamasına yönelik koruyucu stratejilerin geliştirilmesi kritik öneme sahiptir.

1. Kumarın Tanımı ve Kavramsal Çerçeve

Kumar, sonucu belli olmayan ve şansa dayalı bir olay üzerine para ya da maddi değeri olan bir şeyin riske edilmesi davranışıdır.[1,2,3,4] Daha geniş bir çerçevede, daha büyük bir kazanç elde etmek amacıyla değerli bir şeyin riske atıldığı; belirsizlik, ödül beklentisi ve kayıp olasılığının birlikte göze alındığı bir davranış olarak tanımlanabilir.[5,6] Kumar, ekonomik bir değiş tokuş olmasının yanı sıra heyecan arayışı, risk

alma ve ödül beklentisi gibi psikolojik süreçlerin etkileşimi ile ortaya çıkan kompleks bir davranış örüntüsüdür.[7,8]

Kumar oynama davranışı tarih boyunca tüm toplumlarda birçok biçimde, sıklıkla bir eğlence ve sosyalleşme aracı olarak var olmuş; zamanla farklı formlara evrilerek varlığını sürdürmüştür. Modern dönemlerle birlikte teknolojik gelişmeler ve özellikle internetin hayatımızda vazgeçilmez bir yer edinmesiyle kumar, zamandan ve mekândan bağımsız bir hâle gelmiştir. Bu dönüşüm ve çevrim içi platformlar, kumarın daha geniş kitlelere daha hızlı ulaşmasını kolaylaştırmış ve riskli kumar oynama davranışının yaygınlaşmasına zemin hazırlamıştır. Bugün küresel bir endüstriye dönüşen kumar, hızla halk sağlığını tehdit eden ciddi bir sorun hâline gelmiştir.[9,10]

Kumar oynama davranışı birçok kişi için eğlence, sosyalleşme, zaman geçirme ve sorunlardan uzaklaşma aracı olarak başlamaktadır. Ancak davranışı bu sınırlar içinde tutmak her zaman mümkün olmayabilmektedir. Kumar oynama davranışı, rekreasyonel kullanım ile bağımlılık arasında uzanan bir spektrumda yer alır.[11] Bir uçta kontrollü ve sınırlı biçimde sürdürülen kumar davranışı bulunurken, diğer uçta kontrol kaybı ile karakterize patolojik örüntüler yer almaktadır.

Kontrollü kumar oynama davranışı; bireyin bu davranış üzerindeki denetimini sürdürebildiği, belirli zaman ve para sınırları içinde kaldığı ve kumarın yaşamının diğer alanlarını olumsuz etkilemediği bir düzeyi ifade etmektedir. Problemli kumar oynama davranışı; kişinin planladığından daha uzun süre kumar oynaması, kumar için ayırdığı parayı aşması, kayıplarını telafi etmek amacıyla tekrar kumar oynama davranışına yönelmesi (kayıp kovalamaca), kumarla ilgili düşüncelerin zihinsel bir uğraş hâline gelmesi ve bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanması gibi durumları ifade eder. Bu aşamada kumar artık eğlence özelliğini kaybetmiş, riskli bir davranış hâline gelmiş ve bireyin işlevselliğini tehdit etmeye başlamıştır.[12]

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB); klinik olarak anlamlı sıkıntı ve işlev kaybına yol açan, kalıcı ve tekrarlayıcı kumar oynama davranışı olarak tanımlanmaktadır. Kumar bağımlılığı olarak bilinen ve hastalık düzeyinde değerlendirilen bu durumda birey, kumar oynama davranışı üzerindeki kontrolünü kaybetmekte; giderek artan miktarlarda

para ve zaman harcamakta ve kumar davranışı mesleki, sosyal ve ekonomik alanlarda belirgin bozulmalara yol açmaktadır.[13] Hastalık olarak kabul edilen bu düzeyde kumar davranışında ciddi bir kontrol kaybı vardır ve kumar, bireyin yaşamındaki birçok alana kıyasla öncelik kazanmaktadır. Özellikle olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülüyor olması dikkat çekicidir.[13]

Kumar kavramı tarihsel süreçte çeşitli tanımlamalar almış ve farklı klinik tanı sınıflarına dâhil edilmiştir. DSM-IV'te 'Dürtü Kontrol Bozuklukları' arasında yer alan patolojik kumar, DSM-5 ile birlikte 'Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları' başlığı altında yeniden sınıflandırılmış ve 'Kumar Oynama Bozukluğu' olarak adlandırılmıştır. Bu durum, kumarın nörobiyolojik ve klinik açıdan madde kullanım bozuklukları ile önemli benzerlikler taşıdığını ortaya koymaktadır. Bunun yanında bu tanılama ve sınıflandırma, davranışsal bağımlılıklara bakış ve kavramsallaştırma açısından büyük önem taşımaktadır.[14,15] Günümüzde kumar bağımlılığı; ödül sistemi, yürütücü kontrol mekanizmaları ve stres yanıt sistemleri arasındaki etkileşimin bozulması ile ilişkili kompleks bir nörobiyolojik süreç olarak değerlendirilmektedir.

Kumar bağımlılığı yalnızca bireyi ilgilendiren bir davranış sorunu olarak değerlendirilmez. Aile ve çevre ilişkileri, ekonomik ve sosyal durum ile toplum üzerinde önemli etkiler yaratabilen bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır.[16] Bu nedenle kumar davranışının özellikleri, risk teşkil eden durumlar, riskli düzey ve davranışın bağımlılığa ilerleme sürecinin iyi anlaşılması hem bireyler hem de toplum tarafından tanınması ve bu konuda farkındalık geliştirilmesi önem taşımaktadır. Diğer bağımlılık tiplerinde olduğu gibi kumarda da erken tanı, önleme ve müdahale kritik öneme sahiptir.

2. Epidemiyoloji

Kumar oynama davranışı tüm dünyada sık karşılaşılan bir aktivite olup, yetişkin nüfusun büyük bir kısmının yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir kez kumar oynadığı tahmin edilmektedir.[17] Kumarın dünya genelindeki yaygınlığına ilişkin kapsamlı bir rapor bulunmamakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü yetişkin nüfusun yaklaşık

%1,2'sinin kumar bağımlılığı düzeyinde sorun yaşadığını bildirmektedir.[18] Başka bir raporda, çevrim içi kumar oynama oranının 2012 yılında %14 düzeyinden 2020 yılında %24 seviyesine yükseldiği gösterilmiştir.[19] Dünyada yaklaşık 2,3 milyar erişkinin (%46,2) ve 160 milyon ergenin (%17,9) son 12 ay içinde en az bir kez kumar oynadığı bildirilmektedir. Genel popülasyonda problemli kumar oynama ve kumar bağımlılığı prevalansının %0,1 ile %5,8 arasında değiştiğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.[20] Oranlar arasındaki bu değişkenliğin; kullanılan tanı kriterleri, değerlendirme araçları ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.[21]

Kumarın özellikle son yıllarda yaygınlaşması, çevrim içi kumar seçeneklerinin artması, yasal olarak oynanabilen kumar türlerinin çoğalması ve erişimin oldukça kolay hâle gelmesi gibi etkenler, kumar endüstrisinin de hızla büyümesine yol açmıştır. Özellikle akıllı telefonlar ve dijital platformlar aracılığıyla kumara erişimin günün her saatinde mümkün hâle gelmesi, riskli kumar oynama davranışının yaygınlaşmasını kolaylaştırmıştır.

Kumar bağımlılığı erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 2-3 kat daha sık görülmektedir.[23] Bununla birlikte, kadınlarda kumar oynama davranışının daha ileri yaşlarda başladığı ancak bağımlılık gelişiminin daha hızlı ilerlediği bildirilmektedir. Literatürde 'teleskopik süreç' olarak tanımlanan bu durum, kadınlarda kumar davranışının daha kısa sürede problemli düzeye ulaşması ile karakterizedir.[24]

3. Kumar Tipleri

Kumarın birçok türü bulunmaktadır. Kumar türleri genellikle stratejik ve stratejik olmayan (şansa dayalı) olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır. Stratejik kumar türleri (poker, blackjack ve spor bahisleri) kısmen beceri içerse de sonuç üzerinde şans önemli rol oynamaktadır. Buna karşılık slot makineleri ve piyango gibi şansa dayalı kumar türlerinde sonuç büyük ölçüde rastlantısaldır.[25] Ayrıca yapısal özelliklerine göre sürekli (örneğin slot makineleri) ve süreksiz (örneğin piyango) kumar türleri ayrımı yapılmakta olup, sürekli geri bildirim sağlayan oyunların bağımlılık potansiyelinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir.[8] Klasik kumarhane oyunları olarak bilinen poker, blackjack ve

rulet; spor bahisleri, piyango türleri (kazı kazan, loto, toto); bingo ve elektronik kumar makineleri (slot, video poker vb.) yaygın kumar türleri arasında yer almaktadır. Çevrim içi kumarın; online casino, online spor bahisleri ve canlı bahis gibi türlerinin yanında, *loot box* (ganimet kutuları) ve oyun içi eşyalarla bahis yapılan skin gambling gibi dijital formlar da kumar davranışı kapsamında değerlendirilmektedir.[26]

4. Kumar Davranışının Psikolojik ve Davranışsal Temelleri

Öğrenme kuramları ile açıklanan pekiştirme süreçleri, kumar oynama davranışının sürdürülmesindeki temel mekanizmalardan birini oluşturmaktadır. Kumar oynayan kişinin ödülün ne zaman geleceğini öngörememesi, davranışın sönmeye karşı direnç kazanmasına yol açmaktadır. Bu özellik, kumar makineleri ve çevrim içi bahis sistemlerinde yaygın olarak kullanılan bir mekanizma olarak gözlenmektedir.[18] Slot makineleri, online bahis siteleri ve benzeri platformlar bu pekiştirme modelini kullanarak davranışın sürekliliğini desteklemektedir. Kumar sırasında zaman zaman elde edilen kazançlar davranışın pozitif pekiştirilmesine neden olurken, kayıpların ardından yeniden kazanma beklentisi de davranışın sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.[27] Bu süreçte hem pozitif pekiştirme (kazanç) hem de negatif pekiştirme (kayıpların telafi edilmesi beklentisi) birlikte rol oynamaktadır.[8]

Kumar davranışının sürdürülmesinde öğrenme süreçlerinin yanında bilişsel mekanizmaların da önemli rol oynadığı bilinmektedir.[19] Kumar oynayan kişilerde sıklıkla gözlenen bilişsel çarpıtmalar, karar verme süreçlerini sistematik biçimde etkileyerek davranışın devamlılığına katkıda bulunmaktadır.[28] Bu çarpıtmalardan biri olan 'kontrol illüzyonu'nda birey, gerçekte tamamen şansa bağlı olan bir sonucu kendi beceri ve stratejileriyle etkileyebileceğine inanmaktadır. 'Yakın kazanma etkisi' ise bireyin kaybetmiş olmasına rağmen sonucu kazanıma çok yakın olarak değerlendirmesi, neredeyse kazanmış gibi algılaması ve bu nedenle motivasyonunun artması ile karakterize bir diğer bilişsel çarpıtmadır.[29] Bu durum, kayıp deneyiminin bile pekiştirici bir işlev kazanmasına neden olarak kumar davranışının sürmesine

katkı sağlamaktadır. 'Kumarbazın yanılgısı' olarak tanımlanan bir diğer bilişsel çarpıtma ise geçmişteki rastlantısal sonuçların gelecekteki olasılıkları etkilediğine dair hatalı inançla ilişkilidir. Tüm bu bilişsel çarpıtmalar, bireyin risk değerlendirme kapasitesini bozmakta, gerçekçi karar verme süreçlerini zayıflatmakta ve problemli kumar oynama davranışına zemin hazırlamaktadır.[30]

Bunun yanında kumar oynama davranışı, karar verme ve ödül işleme süreçleri ile de yakından ilişkilidir.[31] Riskli karar verme durumlarında bireyin anlık ödüllere daha fazla önem verdiği ve gecikmiş ödülleri değersizleştirme eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Bu durum, bağımlılık gelişiminde merkezi rol oynayan gecikmiş ödül indirgeme süreci ile ilişkilidir.[32] Özellikle dürtüsellik düzeyinin artması ve gecikmiş hazza toleransın azalması, kumar bağımlılığının temel özelliklerinden birini oluşturmaktadır.[33] Kumar bağımlılığı olan bireylerde, belirsizlik altında karar verme süreçlerinde risk alma eğiliminin arttığı ve olumsuz geri bildirimlere rağmen davranışın sürdürüldüğü gösterilmiştir.[34] Bu veriler ışığında kumar oynama davranışı; öğrenme kuramları ile açıklanan pekiştirme süreçleri, bilişsel çarpıtmalar ve karar verme ile ilişkili nöropsikolojik mekanizmaların dinamik etkileşimi sonucu ortaya çıkan çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmektedir.[14]

5. Kumar Oynama Bozukluğunun Nörobiyolojik, Psikolojik ve Klinik Temelleri

Kumar oynama bozukluğu (KOB), dürtüsellik ve kompulsivite ekseninde değerlendirilen; bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri içeren kompleks bir psikiyatrik tablo olarak kabul edilmektedir. KOB davranışsal bir sorun olmanın ötesinde, özellikle ödül işleme ve yürütücü kontrol sistemleri başta olmak üzere çeşitli nörobiyolojik mekanizmalarla da yakından ilişkilidir. Nörogörüntüleme çalışmalarında, özellikle ödül duyarlılığı ve üst düzey bilişsel kontrol süreçlerinden sorumlu beyin ağlarında yapısal ve işlevsel anormallikler saptanmıştır. Bu bulgular, KOB'un nörobiyolojik temellerini güçlü biçimde desteklemektedir.[35]

KOB'un etiyolojisinde genetik ve nörokimyasal faktörler önemli rol oynamaktadır. Genetik geçiş oranının yaklaşık %50–60 olduğu; dopaminerjik, serotonerjik, glutamaterjik, noradrenerjik ve opioiderjik sistemlerin patofizyolojiye katkıda bulunduğu düşünülmektedir[35]. Biyolojik, bireysel ve psikolojik özellikler arasındaki etkileşimin hem bozukluğun gelişimini hem de sürdürülmesini belirleyen temel dinamikler olduğu öne sürülmektedir.

KOB; yüksek düzeyde dürtüsellik, duygu düzenleme güçlükleri, aleksitimi, bağlanma sorunları ve yoğun aşerme ile karakterizedir[36]. Bu belirtiler doğrultusunda uygulanan tedaviler genel olarak farmakolojik ve psikososyal müdahaleler olmak üzere iki ana başlık altında toplanmaktadır. Psikolojik tedaviler arasında bilişsel davranışçı terapi, maruz bırakma teknikleri, imgesel duyarsızlaştırma, motivasyonel görüşme ve aile/çift terapileri yer almakta; bu yaklaşımlar sıklıkla farmakoterapi ile birlikte uygulanmaktadır.[37]

KOB'un genellikle planlanmamış, riskli ve uzun vadede zararlı sonuçlar doğuran dürtüsel davranışlarla başladığı görülmektedir (Chamberlain ve Sahakian, 2007). Bu davranış örüntüsü çoğunlukla geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmakta ve kontrol edilmediğinde kronikleşebilmektedir.[38,39] Başlangıçta ödül arayışıyla ilişkili olan kumar oynama davranışı, süreç ilerledikçe stres, kaygı ve olumsuz duygulanımdan kaçınmaya yönelik kompulsif bir örüntüye dönüşebilmektedir (Grant ve Potenza, 2006; Hodgins vd., 2011)[40,41]

KOB'da yürütücü işlevlerde belirgin bozulmalar gözlenmektedir. Bu bireylerde inhibisyon kontrolü, çalışma belleği, bilişsel esneklik, planlama ve karar verme gibi alanlarda anlamlı yetersizlikler saptanmıştır.[42] Ayrıca daha küçük ancak hemen elde edilebilen ödüllerin tercih edilmesi, gecikmiş ödüllere yönelik toleransın düşük olmasıyla ilişkilidir ve bu durum uzun vadeli hedeflere yönelik davranışları olumsuz etkilemektedir.[42] Mekânsal çalışma belleği ve planlama becerilerindeki zayıflıklar da kumar davranışı ile ilişkilendirilmiş; bazı nörokognitif özelliklerin genetik yatkınlıkla ilişkili 'endofenotipler' olabileceği ileri sürülmüştür. Bunun yanında bazı bilişsel bozuklukların kronik kumar davranışına ikincil olarak gelişebileceği düşünülmektedir. Karar verme süreçlerindeki bu bozulmaların özellikle orbitofrontal ve

insüler korteks işlevlerindeki değişikliklerle ilişkili olduğu gösterilmiştir.[43,44]

KOB'un nörobiyolojik mekanizmaları incelendiğinde, davranışın temel olarak beynin ödül sistemi tarafından düzenlendiği görülmektedir. Mezolimbik dopaminerjik yolak; ödül beklentisi, motivasyon ve öğrenme süreçlerinde merkezi bir rol oynamaktadır.[45] Bu sistemin temel bileşenleri olan ventral striatum ve nükleus accumbens, ödülün algılanması ve pekiştirilmesinde kritik öneme sahiptir.[46]

Kumar oynama sırasında dopamin salınımının arttığı; bu artışın yalnızca kazanma durumuyla değil, aynı zamanda belirsizlik ve ödül beklentisi ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir.[47] Bu nedenle davranış, yalnızca kazanma deneyimiyle değil, kazanma olasılığı ile de güçlü biçimde pekiştirilmektedir. Kumar bağımlılığı olan bireylerde ventral striatum aktivitesinin değiştiği ve ödül işleme süreçlerinde disfonksiyon olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında dürtü kontrolü ve davranışı düzenlemede önemli rol oynayan prefrontal korteks işlevlerinde azalma olduğu ve bunun davranış üzerindeki kontrolü zayıflattığı da gösterilmiştir.[15,48]

Kumar davranışının yalnızca pozitif pekiştirme ile değil, aynı zamanda olumsuz duygulardan kaçınma yoluyla da sürdürüldüğü bilinmektedir. Bu süreçte amigdala ve hipotalamo-hipofizer-adrenal aksın rol oynadığı; stres ve negatif duygulanımın kumar davranışını tetikleyebildiği belirtilmiştir.[46] 'Ödül tahmin hatası' olarak tanımlanan kavram, beklenen ödül ile elde edilen ödül arasındaki farkı ifade etmektedir. Özellikle 'ramak kala' (near-miss) durumlarının dopaminerjik aktiviteyi sürdürerek davranışın devamına katkıda bulunduğu gösterilmiştir.[29,49]

Sonuç olarak KOB'da, artmış ödül duyarlılığı ile azalmış yürütücü kontrol mekanizmalarının birlikte bulunduğu bütüncül bir nörobiyolojik model söz konusudur[32]. Bu bireyler kısa vadeli ödüllere aşırı duyarlılık gösterirken, uzun vadeli olumsuz sonuçları değerlendirmede yetersiz kalmaktadır.[50] Tüm bu bulgular, KOB'un ödül sistemi, yürütücü kontrol ve stres yanıt sistemleri arasındaki etkileşimlerin bozulmasıyla karakterize, çok boyutlu ve kompleks bir psikopatoloji olduğunu ortaya koymaktadır.[15]

6. Kumar Oynama Bozukluğunda Tanı Sistemleri

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), davranışsal bağımlılıklar içinde yer almakta olup süreç içerisinde hem tanı kriterleri hem de kavramsal çerçevesi açısından birçok dönüşüm geçirmiştir.[25] Kumar oynama bozukluğu, DSM-5 ile birlikte 'Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılarak madde kullanım bozuklukları ile aynı kategoride yer almıştır. Kumar bağımlılığı; nörobiyolojik, klinik ve fenomenolojik açıdan madde bağımlılıkları ile önemli benzerlikler taşımaktadır.[4,14] DSM-5'e göre Kumar Oynama Bozukluğu tanısı koyabilmek için son 12 ay içinde tanımlanan 9 ölçütten en az 4'ünün karşılanması gerekmektedir.[4]

DSM-5 Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

1. Giderek artan miktarlarda kumar oynama ihtiyacı duyma (tolerans benzeri durum)
2. Kumarı azaltma veya bırakma girişimlerinde başarısız olma
3. Kumar oynayamadığında huzursuzluk veya irritabilite yaşama
4. Olumsuz duygulardan kaçmak amacıyla kumar oynama
5. Kayıpların peşinden gitme ('loss chasing')
6. Kumar davranışı ile ilgili yalan söyleme
7. Önemli ilişkileri, eğitimi, işi veya işlevselliği riske atma
8. Finansal destek sağlamak amacıyla başkalarına güvenme
9. Kumar ile ilgili aşırı zihinsel meşguliyet yaşama

DSM-5, Kumar Oynama Bozukluğu'nu hafif, orta ve ağır olmak üzere üç düzeyde sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırma, klinik değerlendirme ve tedavi planlamasına katkı sağlamaktadır.[25]

ICD-11 ise davranışın sürekliliğini ve işlevsellikte bozulmayı temel tanısal özellikler arasında değerlendirmektedir.[13] Hem ICD-11 hem de DSM-5, kumar bağımlılığını kronik, tekrarlayıcı ve relapslarla seyreden bir bozukluk olarak ele almakta; işlevsellikteki bozulmayı tanının merkezine yerleştirmektedir.[15]

Kumar oynama davranışının uzun kavramsal yolculuğu ve tanı sistemleri arasındaki farklılıklar; araştırmaların karşılaştırılması, epidemiyolojik verilerin yorumlanması ve klinik uygulamalar açısından

bazı güçlükler ortaya çıkarmıştır.[26] Bununla birlikte, kumar oynama davranışının davranışsal bir bağımlılık olarak tanımlanması ve son yıllarda geliştirilen yapılandırılmış değerlendirme araçları sayesinde daha standardize ve güvenilir değerlendirmeler yapılabilmektedir.[51]

Klinik Görüşme ve Değerlendirme

Kumar oynayan bir kişinin kumarla olan ilişkisinin düzeyi ve içinde bulunduğu klinik profilin belirlenmesi, tedavi yaklaşımı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu süreçte ayrıntılı bir klinik görüşme yapılması ve bazı alanların sistematik biçimde değerlendirilmesi temel basamakları oluşturmaktadır.[25] Kumar davranışının başlangıcı ve seyri, oynanan kumar türleri, kumara harcanan zaman ve ekonomik kayıplar, kontrol kaybı, bırakma girişimleri, kayıpların peşinden gitme davranışı ve eşlik eden psikiyatrik tablolar gibi alanların ayrıntılı biçimde sorgulanması gerekmektedir.

Kumar bağımlılığının değerlendirilmesinde davranışsal, bilişsel ve emosyonel alanlarda kapsamlı inceleme yapılmalıdır. Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi, ekonomik ve sosyal alanlardaki etkilenmenin değerlendirilmesi ve bireyin genel işlevselliğinin ortaya konulması şeklinde bütüncül bir yaklaşım hedeflenmelidir.[15]

Kumar bağımlılığının değerlendirilmesinde South Oaks Gambling Screen (SOGS), Problem Gambling Severity Index (PGSI) ve DSM temelli çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Ayrıca bozukluğun şiddetini, süresini ve klinik özelliklerini değerlendiren yapılandırılmış görüşme araçları da bulunmaktadır.[35,52] Yeni nesil tarama araçları ise kumar oynama davranışının sıklığı, süresi ve klinik etkilerini değerlendirmeye olanak sağlayarak kültürler arası karşılaştırmalara katkıda bulunmaktadır.[53]

Kumar Bağımlılığında Risk Faktörleri ve Sosyal Dinamikler

Dijitalleşme ile birlikte kumarın erişilebilirliğinin artması, bireylerin daha erken yaşlarda kumarla tanışmasına ve davranışın daha yüksek riskli örüntülere dönüşmesine zemin hazırlamıştır. Genç nüfus oranının yüksekliği, işsizlik ve ekonomik stres gibi faktörlerin yanı sıra dijital platformlara erişimin kolaylaşması ve spor bahislerinin yaygınlaşması

da kumar davranışının artışında önemli rol oynamaktadır. Özellikle sosyal medya ve reklam içeriklerinin kumarı normalleştirici ve teşvik edici etkisi süreci hızlandırmakta; genç erişkinler, erkekler ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler başta olmak üzere risk gruplarını daha kırılgan hâle getirmektedir.[22]

Bireysel düzeyde dikkat eksikliği ve dürtüsellik, zayıf yürütücü işlevler ve duygu düzenleme güçlükleri gibi nöropsikolojik özellikler ön plana çıkarken; artmış ödül duyarlılığı, bozulmuş risk algısı ve erken yaşta kumara başlama davranışı bu eğilimi pekiştirmektedir. Ayrıca depresyon, anksiyete, alkol ve madde kullanımı gibi psikiyatrik eş tanılar ile ailede bağımlılık öyküsü, olumsuz çocukluk deneyimleri ve yetersiz ebeveyn denetimi de önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.[54] Yoksulluk, sosyal stres, boşanma ve kayıplar gibi yaşam olaylarının yanı sıra kumarın medya ve çevrim içi platformlar aracılığıyla normalleştirilmesi de bu süreci güçlendirmektedir. Tüm bu bulgular, Kumar Oynama Bozukluğu'nun biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir risk yapısına sahip olduğunu göstermektedir.[63,64]

7. Kumar Bağımlılığında Yasal Küresel Perspektif

Dünya genelinde kumara yönelik yasal yaklaşımlar ülkeden ülkeye önemli farklılıklar göstermektedir. Özellikle son yıllarda daha kısıtlayıcı politikalar dikkat çekmekle birlikte, düzenlemelerin daha esnek olduğu ülkelerde kumar endüstrisinin etkisi belirgin biçimde görülmektedir.[65] Yasal düzenlemeler genellikle serbest bırakma ve denetim ile kısıtlama ve yasaklama eksenleri arasında şekillenmektedir. Örneğin İngiltere'de birçok kumar faaliyeti yasal olup sıkı düzenlemeler çerçevesinde yürütülmekte, çevrim içi kumar da belirli kurallar kapsamında serbest bırakılmaktadır. ABD'de ise bazı eyaletlerde kumarhaneler ve spor bahisleri yasal iken, bazı eyaletlerde ciddi kısıtlamalar bulunmaktadır. Çin'de kumar büyük ölçüde yasaklanmıştır. Avrupa'da bazı ülkelerde çevrim içi kumar ve oyun içi (*loot box*) uygulamalarına yönelik daha sıkı düzenlemeler uygulanmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, birçok ülkede kumar tamamen yasaklanmamakta; bunun yerine lisanslama, vergilendirme ve halk sağlığını korumaya

yönelik önlemler aracılığıyla kontrol altında tutulmaya çalışılmaktadır. Günümüzde dijitalleşme ve çok sayıda çevrim içi platformun erişilebilir olması, kumarın düzenlenmesini zorlaştıran önemli faktörler arasında yer almaktadır.

Türkiye'de Kumarın Durumu

Türkiye'de kumarla ilgili yapılan araştırmalar ve epidemiyolojik veriler sınırlı olmakla birlikte, mevcut çalışmalar kumarın ülkemizde de önemli bir yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir. Altıntaş ve ark. tarafından 2024 yılında yürütülen ve Türkiye'de kumar davranışının yaygınlığını, bireylerin kumara ilişkin düşünce ve tutumlarını incelemeyi amaçlayan geniş ölçekli epidemiyolojik bir çalışmada 5008 kişi değerlendirilmiştir. Araştırmada katılımcıların %6,81'inin yaşam boyu en az bir kez kumar oynadığı, bu grubun yaklaşık üçte birinin ise düzenli olarak kumar oynadığı bildirilmiştir. En sık tercih edilen kumar türlerinin spor bahisleri, millî piyango, sayısal loto ve bingo olduğu saptanırken; kumar oynayan bireylerde tütün, alkol ve madde kullanımının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gösterilmiştir.[66]

Bu alandaki en kapsamlı araştırma sonuçları ise Yeşilay ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen '15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması' ile 2025 yılında yayımlanan Ulusal Kumar Raporu'nda ortaya konmuştur. 2020, 2022 ve 2025 yıllarını kapsayan araştırmanın 2025 verilerine göre, Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki bireylerin %10,1'inin yaşamlarında en az bir kez kumar oynadığı belirlenmiştir. Bu oran yaklaşık 6,8 milyon kişinin hayatında en az bir kez kumar oynadığına işaret etmektedir. Kumar davranışının özellikle genç nüfusta artış eğiliminde olduğu, yasa dışı spor bahislerinin bu yaş grubunda en yaygın kumar türlerinden biri hâline geldiği bildirilmiştir. Tedavi başvurularında ise erkeklerin çoğunlukta olduğu saptanmıştır.[67]

Türkiye'de en çok tercih edilen kumar oyunlarının piyango biletleri, spor bahsi ve loto oyunları olduğu, son 30 gün içinde kumar oynayan %6,6'lık kesimin internet üzerinden akıllı telefonları ile yasa dışı bahis oynadıkları tespit edilmiştir. Türkiye'de erkeklerde kumar oynama oranının kadınlara kıyasla belirgin biçimde daha yüksek olduğu, hayatlarında en az bir kez kumar oynamış erkeklerin oranının

%13,4, kadınların oranının %6,8 olduğu saptanmıştır. Kumarın farklı yaş gruplarında ve eğitim düzeyindeki kişilerde benzer oranlarda görüldüğü ve toplumun geniş kesimlerini etkilediği tespit edilmiştir. Kumara başlama yaşı incelendiğinde en riskli grubun gençler olduğu, özellikle yasal olmayan bahis sitelerinin gençler arasında hızla yayıldığı ve 15-24 yaş aralığındaki gençlerde diğer yaş gruplarına göre daha yaygın olduğu tespit edilmiştir gözlenmiştir. Hayatlarında en az bir kez kumar oynamış bireylerin %71'i 15-24 yaş arasında, %19'u ise 25-34 yaş arasında ilk defa kumar oynadığını ifade etmiştir. Yeşilay'ın danışmanlık merkezlerine kumar bağımlılığı nedeniyle başvuran kişilerin çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu ve başvuru oranlarının son yıllarda belirgin şekilde arttığı bildirilmiştir.[67]

Türkiye'de Kumarın Hukuki Çerçevesi

Türkiye'de kumar faaliyetleri yasal ve yasa dışı faaliyetler şeklinde düzenlenmekte olup, yalnızca lisanslı ve belirli koşullara uygun şekilde yürütülen faaliyetler 'yasal kumar' kapsamında değerlendirilmektedir. Buna karşılık izinsiz kumar faaliyetleri yaptırıma tabi tutulmakta; özellikle kumar oynanması için yer ve imkân sağlanması Türk Ceza Kanunu'nun 228. maddesi kapsamında suç olarak kabul edilmektedir (TCK, 2004). Türkiye'de kumarhanelerin yasal statüsü zaman içerisinde değişiklik göstermiş; 1980'li yıllarda turizm politikalarının bir parçası olarak serbest bırakılmış, ancak 1990'lı yılların ortalarından itibaren artan sosyal ve ekonomik sorunlar nedeniyle kademeli olarak sınırlandırılmış ve 1998 yılında tamamen kapatılmıştır.[68]

Günümüzde yalnızca devlet denetimi altında yürütülen Millî Piyango, Spor Toto ve at yarışları gibi şans oyunlarına izin verilmektedir. Bununla birlikte son yıllarda yasa dışı bahis ve çevrim içi kumar platformlarında belirgin bir artış gözlenmektedir. Dijitalleşmenin etkisiyle bu durum denetim süreçlerini daha da zorlaştırmaktadır. Mevcut yasal düzenlemeler fiziksel kumarhanelerin yol açtığı toplumsal zararların azaltılmasında etkili olmuş olsa da erişime açık dijital platformlar nedeniyle denetim ve yaptırım mekanizmalarının sürekli güncellenmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır.

Kumar Bağımlılığında Biyopsikososyal Model

Kumar bağımlılığının tek bir nedenden kaynaklanmadığı; biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan kompleks bir bozukluk olduğu ve en iyi biyopsikososyal model ile açıklanabileceği düşünülmektedir.[8,27] Bireysel yatkınlıklar, duygusal durumlar, bilişsel süreçler ve yürütücü işlevler arasındaki etkileşimin bağımlılık davranışlarını ortaya çıkardığı öne sürülmektedir. Özellikle stres, olumsuz duygulanım ve bilişsel çarpıtmalar sonrasında bireylerin kumar oynamaya yöneldiği ve bu davranışın zamanla alışkanlık hâline gelerek bağımlılığa dönüştüğü düşünülmektedir.[69]

Biyolojik Faktörler

Kumar bağımlılığının ortaya çıkışında genetik yatkınlığın önemli rol oynadığı ve kalıtım oranlarının %40–60 arasında değiştiği bildirilmektedir.[70] Kumar oynama davranışı; dopaminerjik sistemdeki düzensizlikler, ödül duyarlılığında artış ve riskli davranışlarla ilişkilendirilmiştir.[45] Bunun yanında mezolimbik yolakta artmış dopamin salınımının kumar oynama davranışının pekiştirilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.[47] Ayrıca dürtü kontrolü ile ilişkili serotonerjik sistemdeki işlev bozukluklarının dürtüsel davranışlara neden olabileceği öne sürülmüştür.[14] Dikkat, uyarılma ve stres yanıtı ile ilişkili olan noradrenerjik sistem de kumar oynama davranışının sürdürülmesinde rol oynamaktadır.[71]

Psikolojik Faktörler

Kumar bağımlılığı olan bireylerde dürtüsellik, risk alma eğilimi, yenilik arayışı ve heyecan arayışı gibi kişilik özellikleri sık görülmektedir.[55] Stres, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik tabloların kumar oynama davranışını tetikleyebildiği öne sürülmüştür.[54] Ayrıca travmatik yaşam olayları ve çocukluk çağı travmaları da bağımlılık gelişiminde önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Afifi vd., 2010).[72]

Çevresel Faktörler

Kumarın kolay erişilebilir olması bağımlılık gelişiminde önemli bir çevresel etkendir.[21] Son yıllarda çevrim içi kumar platformlarının ar-

tışı, kumarı daha ulaşılabilir hâle getirmiş ve davranışın daha riskli biçimlerde yaygınlaşmasına neden olmuştur.[22] Ailede veya yakın çevrede kumar oynayan bireylerin bulunması, akran etkisi ve sosyal öğrenme süreçleri de kumar davranışının gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bunun yanında düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik ve ekonomik sıkıntılar da kumar bağımlılığı açısından önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.[54]

Gelişimsel ve Klinik Alt Tipler

Blaszczynski ve Nower tarafından geliştirilen 'Pathways Model', kumar bağımlılığının gelişiminde farklı etiyolojik süreçlerin rol oynadığı yaklaşımına dayanmaktadır. Bu modele göre kumar bağımlılığı, 1)Davranışsal olarak koşullanmış kumarbazlar, 2) Duygusal açıdan kırılgan kumarbazlar ve 3) Antisosyal-dürtüsel kumarbazlar şeklinde üç temel alt tipe ayrılmaktadır. Bu model, Kumar Oynama Bozukluğu'nun heterojen bir yapı gösterdiğini ve farklı bireylerde farklı psikolojik süreçler üzerinden gelişebileceğini vurgulamaktadır.[55] Söz konusu alt tipler, tedavi planlaması ve prognoz açısından önem taşımaktadır.

Klinik Özellikler ve Seyir

Kumar bağımlılığında davranışsal, bilişsel ve duygusal bileşenler bir arada bulunmaktadır. Kumar bağımlılığı zamanla ilerleyici özellik gösteren, kronik ve relapslarla seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.[15] Başlangıçta genellikle zaman geçirmek, eğlenmek veya rahatsız edici duygulardan uzaklaşmak amacıyla başlayan kumar davranışı, zamanla kontrol kaybı ve işlevsellikte bozulma ile karakterize bir klinik tabloya dönüşmektedir.[26]

Klinik Belirtiler

Kumar Oynama Bozukluğu olan bireylerde kumarla ilişkili yoğun zihinsel uğraş dikkat çekmektedir. Bu kişiler günün önemli bir bölümünü geçmiş oyun deneyimlerini düşünerek, yeni bahis planları yaparak ya da kaybettikleri parayı nasıl geri kazanabileceklerini tasarlayarak geçirebilmektedir.[15] Özellikle 'kayıp kovalamaca' olarak tanımlanan, kaybedilen parayı geri kazanma amacıyla yeniden kumar oynama davranışı, bozukluğun en sık görülen belirtilerinden biridir.

Zaman içerisinde kişi aynı heyecanı yaşayabilmek için kumara daha fazla zaman ve para ayırmaya başlamaktadır. 'Tolerans' olarak adlandırılan bu durum, Kumar Oynama Bozukluğu'nun temel tanı ölçütlerinden biri olarak kabul edilmektedir[4]. Kumar oynanamadığı dönemlerde ortaya çıkan huzursuzluk, irritabilite ve anksiyete belirtileri ise yoksunluk belirtileri olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanında bireylerde kumar davranışı üzerinde kontrol kaybı, planlanandan daha uzun süre kumar oynama, başarısız bırakma girişimleri, kayıpları telafi etmek amacıyla tekrar kumara yönelme ve kumar davranışını çevresinden gizleme gibi belirtiler de sıklıkla gözlenmektedir.[4,25]

Duygusal ve Bilişsel Özellikler

Kumar bağımlılığı olan bireylerde utanç, suçluluk ve pişmanlık duygularına sık rastlanmaktadır.[26] Bilişsel çarpıtmalar, özellikle kontrol illüzyonu ve kumarbazın yanılgısı gibi durumlar klinik tabloda önemli rol oynamaktadır.[28] Bu bireylerin kayıplarını küçümseme ya da gizleme eğiliminde oldukları, buna karşılık kazançlarını abartarak daha sık dile getirdikleri dikkat çekmektedir. Kumar oynarken yoğun rahatlama hissi yaşadıklarını ifade etmeleri, davranışın negatif pekiştirme yoluyla sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır. Bunun yanında aşırı güven ve yanlış risk değerlendirmesi de kumar bağımlılığı olan bireylerde sık gözlenen özellikler arasındadır.

Kumar bağımlılığı olan bireyler sıklıkla çevrelerinden borç almaktadır. Başlangıçta yakın çevreden sağlanan maddi destek zamanla daha uzak ilişkilere yayılmakta ve bu durum kişilerarası sorunlara yol açmaktadır. Süreç içerisinde artan borçlar, ekonomik güçlükler ve sorumlulukların yerine getirilememesi aile içi çatışmaları artırmakta ve tüm aile bireylerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Ayrıca kişinin iş yaşamında veya akademik performansında belirgin düşüşlerin ortaya çıkması, kumar davranışının artık ciddi düzeye ulaştığını ve işlevsellik üzerinde önemli etkiler yarattığını göstermektedir.

Kumar Bağımlılığının Gelişimsel Seyri

Kumar bağımlılığı sıklıkla eğlenme ve sosyalleşme amacıyla başlayan 'başlangıç aşaması' ile ortaya çıkmaktadır. Bunu, ilk kazançların elde

edildiği, olumlu deneyimlerin baskın olduğu, motivasyonun arttığı ve 'kazanabiliyorum' düşüncesinin geliştiği 'kazanç evresi' izlemektedir. Ardından kayıpların artmaya başladığı, bireyin kayıplarını telafi etmeye çalıştığı ve davranış üzerindeki kontrolün zorlaştığı 'kayıp evresi' gelmektedir. Süreç ilerledikçe ekonomik sorunlar, işlevsellikte bozulma, suçluluk ve utanç duyguları ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği 'çaresizlik evresi' ortaya çıkmaktadır.[56] Son aşamada ise kronikleşme ve relaps döngüsü görülmekte; kişi bırakma girişimlerinde bulunsa da yeniden kumara yönelme eğilimi devam etmektedir.[15]

Stresli yaşam olayları, çevresel tetikleyiciler ve bilişsel çarpıtmaların etkisiyle kumar davranışı kronisite kazanmakta ve bireyin yaşamının merkezine yerleşmektedir.[57] Ekonomik sıkıntılar, eşlik eden psikiyatrik tablolar ve sosyal izolasyon relaps riskini artıran faktörler arasında yer almaktadır.[54] Süreç; belirgin işlev kaybı, aile içi çatışmalar, boşanma, iş kaybı ve sosyal izolasyon gibi sonuçlarla devam edebilmektedir.[58] İlerleyen dönemlerde yasa dışı davranışlar ve buna bağlı adli sorunlar da ortaya çıkabilmektedir.[25]

8. Kumar Ve Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Tablolar

Kumar Oynama Bozukluğu tanısı olan bireylerin %90'dan fazlasında en az bir ruhsal bozukluk bulunduğu, %60'tan fazlasında ise üç veya daha fazla eşlik eden psikiyatrik bozukluk görüldüğü bildirilmektedir.[59] Bu durum özellikle internet üzerinden kumar oynayan gençlerde daha belirgindir.[60] Özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile sık birliktelik saptanmaktadır.[59] Kumar bağımlılığında eş tanılar; klinik seyir, prognoz ve tedavi yanıtı açısından önemli rol oynamaktadır.

Madde Kullanım Bozuklukları

Kumar bağımlılığı ile madde kullanım bozuklukları arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.[25] Özellikle alkol kullanım bozukluğu en sık eşlik eden durumlardan biridir. Her iki bozuklukta da benzer nörobiyolojik mekanizmalardan söz edilmekte; dürtüsellik ve ödül sistemi duyarlılığı ile ilişkili ortak patofizyolojik süreçlerin rol oynadığı

düşünülmektedir.[15,51] Madde kullanımının kumar oynama davranışını artırabildiği, kumarın da madde kullanımını tetikleyebildiği bildirilmiştir.[54]

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, kumar bağımlılığı olan bireylerde sık görülmektedir.[54] Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu veya sosyal anksiyete bozukluğu tanısı olan bireyler, kumarı rahatlama veya kaçış yöntemi olarak kullanma eğiliminde olabilmektedir.[51] Bu durum negatif pekiştirme yoluyla kumar davranışının sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.[15]

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), Kumar Oynama Bozukluğu ile sık birliktelik gösteren önemli bir psikiyatrik eş tanıdır[61]. Kumar bağımlılığı ve DEHB arasında ortak nörobiyolojik mekanizmalar olduğu düşünülmektedir.[15] Kumar Oynama Bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %20–27'sinde DEHB eş tanısı bulunduğu bildirilmektedir.[55,62] DEHB belirtileri olan bireylerde kumar davranışının daha erken başladığı, daha şiddetli seyrettiği ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Kumar bağımlılığı ile dürtü kontrol bozuklukları arasında güçlü bir ilişki bulunmakta; dürtüsellik, riskli karar verme eğilimi ve ödül gecikmesine düşük tolerans gibi özelliklerin kumar davranışının gelişimini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.[33] Özellikle DEHB'ye özgü bu özelliklerin, kumar oynama davranışının sürdürülmesinde ve kontrol kaybının ortaya çıkmasında belirleyici rol oynadığı öne sürülmektedir.

Duygudurum Bozuklukları

Kumar Oynama Bozukluğu olan bireylerde depresyon en sık eşlik eden psikiyatrik tablolardan biridir[59]. Anhedoni, umutsuzluk ve suçluluk duyguları sıklıkla gözlenmektedir[51]. Depresif bireylerin kumarı bir baş etme yöntemi olarak kullandıkları bilinmektedir. Kumar oynama davranışı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu; finansal kayıplar ve psikososyal stresörlerin depresif belirtileri artırdığı bildirilmiştir.[55,73]

Kumar ve İntihar

Kumar Oynama Bozukluğu, intihar düşüncesi ve intihar girişimleri ile güçlü biçimde ilişkili bir klinik tablodur. Bu alandaki çalışmalar, kumar bağımlılığının tüm bağımlılık türleri arasında en yüksek intihar riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir.[74] Özellikle ekonomik kayıplar, borçluluk, suçluluk ve utanç duyguları ile sosyal izolasyon bu ilişkiyi açıklayan temel etmenler arasında yer almaktadır.[75] Yüksek riskli kumar davranışları olan bireylerde intihar eğiliminin belirgin şekilde arttığı; Kumar Oynama Bozukluğu olan bireylerin intihar düşüncesine sahip olma olasılığının yaklaşık 6 kat, intihar girişiminde bulunma olasılığının ise yaklaşık 15 kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca her beş hastadan birinin yaşamı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu gösterilmiştir. Depresyon, madde kullanım bozukluğu ve finansal sorunlar gibi eşlik eden etkenler kontrol edildiğinde dahi, bu bireylerde intihar düşüncesi veya girişimi riskinin yaklaşık üç kat daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bununla birlikte, kumar oynayan bireylerin yalnızca yaklaşık %8'inin yardım arayışında bulunması, müdahalenin çoğu zaman ancak ciddi psikolojik sıkıntılar ortaya çıktığında gerçekleşebildiğini göstermektedir.[76] Kumar bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar klinik seyri ağırlaştırmakta ve tedavi yanıtını olumsuz etkilemektedir.[54] Bu nedenle Kumar Oynama Bozukluğu olan bireylerde intihar riskinin rutin olarak değerlendirilmesi ve hem bağımlılığı hem de eş tanılı psikiyatrik bozuklukları hedef alan bütüncül tedavi yaklaşımlarının uygulanması büyük önem taşımaktadır.[15,51]

Kişilik Bozuklukları

Problemli kumar davranışı ile kişilik bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Kişilik bozuklukları, kumarla ilişkili sorunların başlangıcını, seyrini ve şiddetini belirlemede önemli rol oynamaktadır.[77] Kişilik patolojilerinin bağımlılık davranışlarına artmış yatkınlık, duygusal düzenlemede bozulma, işlevsiz baş etme stratejileri ve tedaviye uyumda azalma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Özellikle dürtüsellik, duygusal dengesizlik, heyecan arayışı ve kişilerarası işlev bozukluğu gibi özelliklerin problemli kumar

davranışı ile sık ilişkilendirildiği; bu durumun altta yatan kişilik özelliklerinin kumar bağımlılığının hem gelişimine hem de sürdürülmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.[78,79]

Kumar bağımlılığı olan bireylerde dürtüsellik, duygusal düzensizlik ve riskli davranış eğilimleri dikkat çekmektedir.[51] Bu kişilerde borderline ve antisosyal kişilik özellikleri de sık gözlenmekte; özellikle antisosyal özelliklerin yasa dışı kumar faaliyetleri ve ekonomik risk alma davranışları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.[55] Nitekim kişilik bozukluklarının problemli kumar oynayan bireylerde anlamlı derecede daha yüksek oranlarda görüldüğü ve kumar şiddeti arttıkça kişilik patolojisinin de belirginleştiği gösterilmiştir.[80] Patolojik ya da problemli kumar oynayan bireylerde en sık görülen kişilik bozukluklarının B kümesi kişilik bozuklukları olduğu; bununla birlikte A ve C kümelerine ait kişilik patolojilerinin de bu grupta daha sık gözlendiği bildirilmektedir.[81]Bu bulgular, kumar bozukluğunun heterojen bir kişilik altyapısı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

9. Bilişsel Çarpıtmalar

Kumar davranışının sürdürülmesinde bilişsel çarpıtmaların önemli rolü bulunmaktadır. Bu bilişsel çarpıtmalar bireyin risk algısını bozmakta ve rasyonel olmayan karar verme süreçlerine katkıda bulunmaktadır.[30]

Tablo 1. *Kumar Oynama Davranışında Sık Görülen Bilişsel Çarpıtmalar*

Bilişsel Çarpıtma	Tanım	Klinik Örnek
Kontrol illüzyonu	Şansa bağlı sonuçları beceri ve stratejiyle kontrol edilebileceğine inanma	'Ben bu maçı çözdüm, sonucu biliyorum'
Kumarbazın yanılgısı	Geçmiş sonuçların geleceği etkileyeceğine inanma	'6 kez kaybettim, artık kazanacağım'
Yakın kazanma etkisi (Ramak kala)	Kaybı -kazanmaya çok yakın- algılama	'Az daha kazanıyordum, bir dahaki kesin olur'

Bilişsel Çarpıtma	Tanım	Klinik Örnek
Seçici hatırlama	Kazançların hatırlanıp kayıpların göz ardı edilmesi	'Geçen hafta çok fazla kazanmıştım'
Aşırı güven	Kendi becerilerini abartma	'Ben bu işte çok iyiyim'
Kaybın peşinden koşma	Kayıpları telafi etmek için daha fazla oynama	'Kaybettiklerimi geri alacağım'

Karar Verme ve Dürtüsellik

Kumar oynama davranışı dürtüsellik ile yakından ilişkilidir ve bireyin uzun vadeli sonuçları göz ardı ederek kısa vadeli kazançlara yönelmesine neden olmaktadır.[33] Kumar bağımlılığı olan bireylerde olumsuz geri bildirimlere rağmen riskli kararları sürdürme eğilimi ve karar verme süreçlerinde belirgin bozulmalar dikkat çekmektedir.[34] Bu bireylerde özellikle ödül beklentisinin ön planda olduğu, kayıp olasılığına rağmen davranışın devam ettirildiği ve dürtü kontrolünde yetersizliklerin görüldüğü bildirilmektedir.

10. Kumar Bağımlılığında Tedavi Yaklaşımları

Kumar bağımlılığı olan birey klinik olarak değerlendirildikten sonra kişiye özgü bireyselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturulmaktadır. Kumar bağımlılığı tedavisinde psikososyal müdahaleler ve farmakolojik yaklaşımlar birlikte ele alınmaktadır.[51] Tedavi planı hazırlanırken bozukluğun şiddeti, eşlik eden psikiyatrik tablolar, bireysel ihtiyaçlar, kişinin motivasyonu ve klinik özellikleri göz önünde bulundurulmaktadır.[15] Bunun yanında düzenli izlem ve relaps önleme stratejilerinin planlanması da tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Kumar Bağımlısına Yaklaşım

Kumar problemi yaşayan bireyler davranışlarını uzun süre çevrelerinden gizleyebilmekte ve yakınları başlangıçta sorunun ciddiyetini fark etmeyebilmektedir. Ancak kişinin tüm zamanını ve enerjisini kumara ayırması, fiziksel ihtiyaçlarını ihmal etmesi, içine kapanması, depresif görünmesi veya sık sık borç istemesi önemli uyarı işaretleri arasında yer almaktadır. Kumar sorunu fark edildiğinde aile bireylerinin kişiye

sakin, empatik ve yargılayıcı olmayan bir tutumla yaklaşmaları önemlidir. Yakınlarının onu önemsediklerini, yaşanan durum nedeniyle endişe duyduklarını ve yardım etmek istediklerini ifade etmeleri; kişinin savunucu tutumunu azaltarak daha açık bir iletişim kurulmasına katkı sağlayabilmektedir. Buna karşılık eleştirel ve suçlayıcı yaklaşımlar, kişinin tamamen içine kapanmasına veya aile içi çatışmaların artmasına yol açabilmektedir.

Tedavi sürecinde hasta, aile ve ruh sağlığı profesyonelinin iş birliği içerisinde hareket etmesi terapötik ittifakı güçlendirmekte ve tedaviye uyumu artırmaktadır. Kumar bağımlılığı çoğu zaman ciddi mali sorunlara yol açtığı için finansal düzenlemeler de tedavinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Bu kapsamda borçların açık biçimde belirlenmesi, harcamaların şeffaf şekilde planlanması ve ulaşılabilir bir bütçe oluşturulması önerilmektedir. Kumar davranışı kontrol altına alınana kadar banka hesaplarının ve kredi kartlarının yönetiminin güvenilir bir aile bireyi tarafından yürütülmesi planlanabilmektedir.

Aile üyelerinin sürekli borç kapatan ya da maddi kayıpları telafi eden bir rol üstlenmesi yerine, kişiyi sorumluluk almaya teşvik eden net sınırlar koymaları gerekmektedir. Gizli borçların sürdürülmesi ve şeffaf olmayan davranışlar relaps açısından önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle dürüstlük, açık iletişim ve bilinçli aile desteği tedavi başarısına olumlu katkı sağlamaktadır. Ayrıca kişinin yaşadığı maddi ve hukuki sorunlar için gerektiğinde profesyonel ve hukuki destek alınması önerilmektedir.[32]

11. Psikososyal Tedaviler

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Kumar Oynama Bozukluğu (KOB) tedavisinde en yaygın kullanılan ve etkinliğine ilişkin en güçlü kanıt bulunan psikoterapi yaklaşımlarından biridir.[83,84] BDT'nin bilişsel bileşeni, kumar davranışını sürdüren irrasyonel inançlar ve bilişsel çarpıtmaları hedef alırken; davranışsal bileşeni tetikleyicilerin tanımlanması ve bu tetikleyicilere verilen tepkilerin yeniden yapılandırılmasını amaçlamaktadır.[83,84] Özellikle kazanma olasılığına aşırı güven, uğurlu

nesne ve düşünceler gibi hatalı bilişsel örüntülerin düzeltilmesi tedavinin temel unsurları arasında yer almaktadır. BDT'nin kumar davranışını azaltmakla kalmayıp yaşam kalitesini artırdığı, anksiyete ve depresif belirtileri hafiflettiği de gösterilmiştir.[85] Kısa süreli ve yapılandırılmış uygulamalarda dahi etkili olabilmekle birlikte, tedaviye verilen yanıt bireyler arasında farklılık gösterebilmektedir.[79,85-87]

İnternet Tabanlı BDT

İnternet tabanlı BDT uygulamaları, KOB tedavisinde etkili yöntemlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntem ile kumar davranışı ve şiddeti, kumar oynama isteği, kumarla ilişkili işlevsiz bilişler, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde anlamlı iyileşmeler gözlenmiş; yaşam kalitesinde artış bildirilmiştir.

Sanal Gerçeklik Tabanlı BDT

Sanal gerçeklik tabanlı BDT uygulamalarında, bireyin kumar senaryolarına kontrollü biçimde maruz bırakılması yoluyla kumar oynama isteğinin azaltılması hedeflenmektedir. Tedavi sonrasında kumar şiddeti, tanı ölçütleri ve işlevsiz inançlarda azalma gözlenmiş olmakla birlikte, bazı çalışmalarda bu değişikliklerin kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı bildirilmiştir.[88]

Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, bireyin değişim motivasyonunu artırmayı ve tedaviye katılımını güçlendirmeyi amaçlayan, özellikle tedaviye dirençli veya ambivalan hastalarda etkili olan kişi merkezli bir yaklaşımdır.[89] Bu yöntem, bireyin kararsızlıklarını keşfetmesine ve çözmesine yardımcı olarak davranış değişikliğine yönelik istekliliğini artırmayı hedeflemektedir.

Görüşmeci iş birliğine dayalı bir tutum benimseyerek hastanın içsel motivasyonunu ortaya çıkarmaya ve özerkliğini desteklemeye odaklanmaktadır.[90] Motivasyonel görüşmenin temel amaçlarından biri, hastanın tedaviye devam etmesini sağlamaktır. Nitekim KOB tanısı alan bireylerin yaklaşık üçte ikisinin tedaviye katılmadığı veya süreci tamamlamadığı bildirilmektedir.[84]

Grup Terapisi

Kumar bağımlılığında grup terapileri; sosyal destek sağlanması, içgörü gelişimi ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesi açısından etkili psikososyal müdahaleler arasında yer almaktadır. Benzer deneyimlere sahip bireylerin paylaşımda bulunması, yalnızlık ve damgalanma duygularını azaltarak tedaviye katılımı ve sürdürülebilir iyileşmeyi desteklemektedir.[51] Ayrıca bireylerin deneyimlerini paylaşmaları, farkındalık kazanmalarına ve sorunlarını daha gerçekçi biçimde değerlendirmelerine katkı sağlamaktadır.

Farmakolojik Tedaviler

Kumar Oynama Bozukluğu için spesifik olarak onaylanmış bir ilaç bulunmamakla birlikte, bazı farmakolojik ajanların etkili olabileceği gösterilmiştir.[15]

Opioid Antagonistleri

Naltrekson ve nalmefen, kumar bağımlılığı tedavisinde etkinliğine ilişkin en güçlü kanıt bulunan ilaçlar arasında yer almaktadır. Bu ajanların ödül sistemini modüle ederek kumar oynama isteğini azalttıkları düşünülmektedir. Özellikle yoğun aşerme yaşayan ve dürtüselliği yüksek bireylerde naltrekson tedaviye eklenebilmektedir.[40]

Antidepresanlar

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), serotonin düzeylerini artırarak başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların tedavisinde yaygın olarak kullanılan ajanlardır.[91] Serotoninin dürtü kontrolü üzerindeki rolü ve patolojik kumarın başlangıçta obsesif-kompulsif spektrum içerisinde değerlendirilmiş olması, SSRI'ların KOB tedavisinde kullanılmasına zemin hazırlamıştır.[92] SSRI'lar özellikle dürtüsellik ve obsesif-kompulsif belirtileri hedefleyen bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği hastalarda yararlı olabileceği bildirilmektedir.[93]

Duygudurum Düzenleyiciler

Bipolar bozukluğun eşlik ettiği veya dürtüselliğin ön planda olduğu durumlarda duygudurum düzenleyiciler kullanılabilmektedir.[94] Farmakolojik tedavi ile birlikte psikoterapinin uygulandığı entegre yaklaşımların daha etkili sonuçlar sağlayabileceği öne sürülmektedir.[51] İntihar riski bulunan hastalarda ise gerektiğinde yatış planlanması önerilmektedir.[75]

Karbamazepin

Karbamazepin, KOB tedavisinde araştırılmış duygudurum düzenleyicilerden biridir. Açık etiketli bir çalışmada semptomlarda azalma ve hastaların yaklaşık yarısında kumar davranışının ortadan kalktığı bildirilmiştir. Ancak yan etkiler ve mevcut verilerin sınırlı olması nedeniyle etkinliğinin doğrulanabilmesi için kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (Black vd., 2008).[95]

Valproik Asit

Valproatın KOB tedavisindeki potansiyel etkinliğine ilişkin ilk bulgular olumlu olmakla birlikte, mevcut çalışmalar çoğunlukla diğer ilaçlarla karşılaştırmalarla sınırlıdır ve belirgin bir üstünlük gösterilememiştir. Bu nedenle etkinliğinin netleştirilmesi için plasebo kontrollü ve daha güçlü araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.[93]

Opioid Reseptör Antagonistleri

Naltrekson ve nalmefen gibi opioid reseptör antagonistleri, KOB'un farmakolojik tedavisinde en güçlü etkinlik kanıtına sahip ilaçlar arasında yer almaktadır.[96] Bu ilaçların özellikle kumar oynama isteği, dürtüsellik ve 'aşerme' olarak tanımlanan yoğun kumar oynama arzusunu azaltabildiği bildirilmiştir.[97,98]

Opioid reseptör antagonistleri; özellikle güçlü kumar oynama dürtüsü bulunan ve ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü olan bireylerde umut verici tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmektedir.[97] Bu ajanların mezolimbik ödül sistemindeki dopaminerjik aktiviteyi modüle ederek kumar davranışıyla ilişkili haz ve ödül yanıtını azalttığı düşünülmektedir.[15]

Kumar bağımlılığının tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonunun, yalnızca farmakoterapiye kıyasla daha yüksek tedaviye katılım oranı sağlayabileceği ve uzun vadeli iyileşmeye katkıda bulunabileceği bildirilmektedir.[99]

Adsız Kumarbazlar

Adsız Kumarbazlar, karşılıklı desteğe dayalı popüler bir kendi kendine yardım grubudur. On iki adım modeline dayanan bu yapı, daha deneyimli grup üyelerinden oluşan bir destek ağı sunmakta ve bireyin kumardan uzak kalmasını hedeflemektedir.[100]

Relaps Önleme

Kumar bağımlılığı tedavisinde relaps önleme kritik bir bileşendir. Stres, olumsuz duygulanım, ekonomik sıkıntılar ve çevresel uyaranlar kumar oynama davranışını tetikleyebilmektedir. Bu nedenle tedavi sürecinde tetikleyicilerin tanınması, alternatif baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve bireyin sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi hedeflenmektedir.[101] Relaps önleme çalışmalarında özellikle yüksek riskli durumların belirlenmesi, dürtü kontrolünün güçlendirilmesi ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır.

12. Kumar Bağımlılığında Aile

Bireyin aile ilişkileri ve öğrenilmiş davranış örüntüleri, kumar bağımlılığının gelişiminde önemli rol oynadığı gibi; kişinin korunması, tedaviye yönlendirilmesi ve iyileşme sürecinde de büyük önem taşımaktadır. Kumar sorunu yalnızca bireyi değil; partnerleri, ebeveynleri, çocukları ve sosyal çevreyi de etkileyen bir 'dalga etkisi' oluşturmaktadır. Aile üyeleri finansal kayıplar, güven sorunları, duygusal yıpranma ve ilişkisel çatışmalar yaşayabilmekte; bu kişilerde stres, anksiyete, depresyon ve yalnızlık duyguları sık görülebilmektedir.

Toplumsal damgalama nedeniyle aileler zaman zaman sorunu gizleme eğiliminde olabilmektedir. Ancak sosyal destek almak, yakın çevre ile paylaşımda bulunmak ve kendi yaşamlarını da ihmal etmeden sürdürmek aile üyeleri açısından faydalı yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bu süreçte aile bireylerinin suçluluk hissetmemesi, kendi ruhsal ve

fiziksel sağlıklarını korumaları ve gerektiğinde profesyonel destek almaları önerilmektedir. Ailenin tedavi sürecine katılması, iletişimin güçlendirilmesi, maddi konularda planlama yapılması ve aileye kumar bağımlılığı hakkında bilgi verilmesi tedaviye olumlu katkı sağlamaktadır. Ayrıca aile görüşmeleri ve destek grupları, hem aile üyelerinin yaşadığı yükü azaltmakta hem de tedavi başarısını artırmaktadır.[82]

Klinik Başvurular ve Tedavi Hizmetleri

Türkiye'de kumar bağımlılığı tedavisi psikiyatri klinikleri, AMATEM (Alkol ve Madde Tedavi Merkezi) birimleri ve davranışsal bağımlılık merkezlerinde yürütülmektedir. Psikososyal destek hizmetleri sunan Yeşilay Danışmanlık Merkezleri (YEDAM), kumar bağımlılığı olan bireylere ve ailelerine danışmanlık ile psikososyal destek hizmetleri vermektedir. Kumar bağımlılığının giderek artan yaygınlığı, bu alanda uzmanlaşmış yeni tedavi merkezlerine ve eğitimli ruh sağlığı profesyonellerine olan gereksinimin her geçen gün daha belirgin hâle geldiğini göstermektedir.

Sonuç

Kumar Oynama Bozukluğu, biyopsikososyal bileşenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan; kronik seyirli ve relapslarla karakterize bir davranışsal bağımlılıktır[15]. Bozukluğun gelişiminde bireysel yatkınlıkların yanı sıra öğrenme süreçleri, bilişsel çarpıtmalar, nörobiyolojik mekanizmalar ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. Kumar bağımlılığında kontrol kaybı, dürtüsellik, duygu düzenleme güçlükleri ve bireyin ailevi, sosyal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmalar dikkat çekmektedir.

Kumar bağımlılığı hem ülkemizde hem de dünyada giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Özellikle yasa dışı çevrim içi platformların yaygınlaşması, erken yaşta kumara maruz kalma ve tedavi başvurularının düşük olması sorunun büyümesine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle erken tarama programları, okul temelli önleme çalışmaları ve dijital platformlara yönelik düzenleyici politikalar öncelikli müdahale alanları arasında yer almaktadır.

Kumar Oynama Bozukluğu'na sıklıkla depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile yüksek dürtüsellik gibi psikiyatrik tablolar eşlik etmektedir.[54] Bu durum, kumar bağımlılığı olan bireylerde bütüncül değerlendirme ve multidisipliner tedavi yaklaşımının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Tedavide özellikle bilişsel davranışçı terapi başta olmak üzere psikososyal müdahaleler ile gerekli durumlarda farmakolojik tedavilerin birlikte uygulanması önem taşımaktadır.[35]

Kumar bağımlılığı ile etkin mücadele için davranışsal bağımlılıklar alanında uzmanlaşmış merkezlerin yaygınlaştırılması, bu alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin artırılması ve kumar ile dijital bağımlılık süreçlerine yönelik bilimsel araştırmaların desteklenmesi gerekmektedir.

Birey, aile ve toplumu önemli ölçüde etkileyen kumar bağımlılığı ile mücadelede multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Ülkemizde yasal kısıtlamalar bulunmasına rağmen özellikle yasa dışı bahis ve dijital platformlar aracılığıyla kumarın sürdürüldüğü ve genç yaş grubunda önemli bir risk oluşturduğu görülmektedir. Bu nedenle etkin bir mücadele için koruyucu ve önleyici stratejilerin geliştirilmesi, erken tanıya yönelik çalışmaların artırılması, bilimsel araştırmaların desteklenmesi, dijital ortama yönelik düzenlemelerin oluşturulması ve kumarın yasal çerçevede etkin biçimde kontrol altına alınmasına yönelik entegre yaklaşımların geliştirilmesi gerekli görünmektedir.

Kaynakça

1. Conversano, C., D. Marazziti, C. Carmassi, S. Baldini, G. Barnabei ve L. Dell'Osso. 'Pathological Gambling: A Systematic Review of Biochemical, Neuroimaging, and Neuropsychological Findings.' *Harvard Review of Psychiatry* 20 (2012): 130–148.
2. Moreyra, P., A. Ibáñez, J. Saiz-Ruiz, K. Nissenson ve C. Blanco. 'Review of the Phenomenology, Etiology and Treatment of Pathological Gambling.' *German Journal of Psychiatry* 3, no. 2 (2000): 37–52.
3. Yau, Y. H. C., ve M. N. Potenza. 'Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions: Recognition and Treatment.' *Harvard Review of Psychiatry* 23, no. 2 (2015): 134–146.

4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
5. Ashley, L. L., ve K. K. Boehlke. 'Pathological Gambling: A General Overview.' *Journal of Psychoactive Drugs* 44, no. 1 (2022): 27–37.
6. Macey, J., ve J. Hamari. 'Gamblification: A Definition.' *New Media & Society* 26, no. 4 (2022).
7. Clark, L. 'Decision-Making during Gambling: An Integration of Cognitive and Psychobiological Approaches.' *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 365 (2010): 319–330.
8. Griffiths, M. 'A Biopsychosocial Approach to Addiction.' *Addictive Behaviors* 30, no. 10 (2005): 1915–1918.
9. Abbott, M. 'The Epidemiology and Impact of Gambling Disorder.' İçinde *Harm Reduction for Gambling: A Public Health Approach*, editörler H. Bowden-Jones, C. Dickson, C. Dunand ve O. Simon. London: Routledge, 2017.
10. Gainsbury, S. 'Online Gambling Addiction: The Relationship between Internet Gambling and Disordered Gambling.' *Current Addiction Reports* 2 (2015): 185–193.
11. Shaffer, H. J., ve D. A. Korn. 'Gambling and Related Mental Disorders: A Public Health Analysis.' *Annual Review of Public Health* 23 (2002): 171–212.
12. Altıntaş, M. 'Kumar Oynama Bozukluğu ve Güncel Yaklaşımlar.' *Psikiyatride Güncel: Bağımlılıkta Güncel Konular* 14, no. 3 (2024): 45–58.
13. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO, 2019.
14. Potenza, M. N. 'The Neurobiology of Pathological Gambling and Drug Addiction: An Overview and New Findings.' *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 363 (2008): 3181–3189.
15. Potenza, M. N. 'The Neural Bases of Cognitive Processes in Gambling Disorder.' *Trends in Cognitive Sciences* 18, no. 8 (2014): 429–438.
16. *The Lancet Public Health*. 'Gambling: A Neglected Public Health Issue.' *Lancet Public Health* 6 (2021): e183.
17. Calado, F., ve M. D. Griffiths. 'Problem Gambling Worldwide: An Update and Systematic Review of Empirical Research (2000–2015).' Journal of Behavioral Addictions 5, no. 4 (2016): 592–613.
18. World Health Organization. 'Gambling.' WHO Fact Sheets. Erişim 25 Temmuz 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gambling.
19. Gambling Commission. Annual Report & Accounts 2020–2021. 2021. Erişim 25 Temmuz 2025. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1012187/3115_GC_AR_2020-21_AccessTag_AW2_2020.pdf.
20. Wardle, H., S. McManus, A. Brown ve diğerleri. 'Suicidality and Gambling among Young Adults in Great Britain: Results from a Cross-Sectional Online Survey.' The Lancet Public Health 5, no. 1 (2020): e39–e49.

21. Abbott, M. 'The Epidemiology and Impact of Gambling Disorder.' İçinde Harm Reduction for Gambling: A Public Health Approach, editörler H. Bowden-Jones, C. Dickson, C. Dunand ve O. Simon. London: Routledge, 2017.
22. Gainsbury, S. M. 'Online Gambling Addiction: The Relationship between Internet Gambling and Disordered Gambling.' Current Addiction Reports 2 (2015): 185–193.
23. Blanco, C., D. S. Hasin, N. Petry, F. S. Stinson ve B. F. Grant. 'Sex Differences in Subclinical and DSM-IV Pathological Gambling: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.' Psychological Medicine 36, no. 7 (2006): 943–953.
24. Grant, J. E., ve S. W. Kim. 'Gender Differences in Pathological Gamblers Seeking Medication Treatment.' Comprehensive Psychiatry 43, no. 1 (2002): 56–62.
25. Petry, N. M., C. Blanco, R. Stinchfield ve R. Volberg. 'An Empirical Evaluation of Proposed Changes for Gambling Diagnosis in the DSM-5.' Addiction 108, no. 3 (2013): 575–581.
26. King, D. L., S. R. Chamberlain, N. Carragher, J. Billieux, D. Stein, K. Mueller ve Z. Demetrovics. 'Screening and Assessment Tools for Gaming Disorder: A Comprehensive Systematic Review.' Clinical Psychology Review 77 (2020): 101831.
27. Sharpe, L. 'A Reformulated Cognitive-Behavioral Model of Problem Gambling: A Biopsychosocial Perspective.' Clinical Psychology Review 22, no. 1 (2002): 1–25.
28. Ladouceur, R., ve M. Walker. 'A Cognitive Perspective on Gambling.' İçinde Trends in Cognitive and Behavioural Therapies, editör P. M. Salkovskis. Chichester: Wiley, 1996.
29. Clark, L., A. J. Lawrence, F. Astley-Jones ve N. Gray. 'Gambling Near-Misses Enhance Motivation to Gamble and Recruit Win-Related Brain Circuitry.' Neuron 61 (2009): 481–490.
30. Goodie, A. S., ve E. E. Fortune. 'Measuring Cognitive Distortions in Pathological Gambling: Review and Meta-Analyses.' Psychology of Addictive Behaviors 27 (2013): 730–743.
31. Clark, L. 'Decision-Making during Gambling: An Integration of Cognitive and Psychobiological Approaches.' Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences 365 (2010): 319–330.
32. Bechara, A. 'Decision Making, Impulse Control and Loss of Willpower to Resist Drugs.' Nature Neuroscience 8 (2005): 1458–1463.
33. Dalley, J. W., B. J. Everitt ve T. W. Robbins. 'Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control.' Neuron 69 (2011): 680–694.
34. Brevers, D., A. Bechara, A. Cleeremans ve X. Noël. 'Iowa Gambling Task (IGT): Twenty Years After.' Frontiers in Psychology 4 (2013).

35. Grant, J. E., B. L. Odlaug ve S. R. Chamberlain. 'Neural and Psychological Underpinnings of Gambling Disorder: A Review.' Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 65 (2015): 188-193. Mestre-Bach, G., R. Granero ve F. Fernández-Aranda. 'Emotional Dysregulation and Gambling Disorder: Clinical Implications.' Journal of Behavioral Addictions 13, no. 1 (2024): 1–12.
36. Ribeiro, L., P. Teixeira ve A. Sampaio. 'Psychological Interventions for Gambling Disorder: A Systematic Review.' Addictive Behaviors 114 (2021): 106728.
37. Chambers, R. A., J. R. Taylor ve M. N. Potenza. 'Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence.' American Journal of Psychiatry 160, no. 6 (2003): 1041–1052.
38. Shaffer, H. J., ve R. Martin. 'Disordered Gambling: Etiology, Trajectory, and Clinical Considerations.' Annual Review of Clinical Psychology 7 (2011): 483–510.
39. Grant, J. E., M. N. Potenza, A. Weinstein ve D. A. Gorelick. 'Introduction to Behavioral Addictions.' American Journal of Drug and Alcohol Abuse 36, no. 5 (2010): 233–241.
40. Hodgins, D. C., J. N. Stea ve J. E. Grant. 'Gambling Disorders.' The Lancet 378, no. 9806 (2011): 1874–1884.
41. van Holst, R. J., W. van den Brink, D. J. Veltman ve A. E. Goudriaan. 'Why Gamblers Fail to Win: A Review of Cognitive and Neuroimaging Findings.' Neuroscience & Biobehavioral Reviews 34, no. 1 (2010): 87–107.
42. Petry, N. M. 'Pathological Gamblers, with and without Substance Use Disorders, Discount Delayed Rewards at High Rates.' Journal of Abnormal Psychology 110, no. 3 (2001): 482–487.
43. Grant, J. E., S. R. Chamberlain ve L. R. Schreiber. 'Neurocognitive Deficits Associated with Gambling Disorder.' Neuropsychology 25, no. 6 (2011): 1–10.
44. Volkow, N. D., J. S. Fowler ve G. J. Wang. 'The Addicted Human Brain: Insights from Imaging Studies.' Journal of Clinical Investigation 111, no. 10 (2010): 1444–1451.
45. Koob, G. F., ve N. D. Volkow. 'Neurobiology of Addiction: A Neurocircuitry Analysis.' The Lancet Psychiatry 3, no. 8 (2016): 760–773.
46. Zack, M., ve C. X. Poulos. 'Parallel Roles for Dopamine in Pathological Gambling and Psychostimulant Addiction.' Current Drug Abuse Reviews 2, no. 1 (2009): 11–25.
47. Goldstein, R. Z., ve N. D. Volkow. 'Dysfunction of the Prefrontal Cortex in Addiction.' Nature Reviews Neuroscience 12, no. 11 (2011): 652–669.
48. Schultz, W. 'Dopamine Reward Prediction Error Coding.' Dialogues in Clinical Neuroscience 18, no. 1 (2016): 23–32.
49. Dallet, L., ve diğerleri. 'Delay Discounting and Decision-Making in Addiction.' Behavioural Processes 87, no. 2 (2011): 164–172.

50. Grant, J. E., B. L. Odlaug ve S. R. Chamberlain. 'Gambling Disorder: Clinical Features, Assessment, and Treatment.' BMJ 350 (2015): h201.
51. Stinchfield, R. 'Reliability, Validity, and Classification Accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS).' Addictive Behaviors 27, no. 1 (2002): 1–19.
52. World Health Organization. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. Geneva: World Health Organization, 2021.
53. Lorains, F. K., S. Cowlishaw ve S. A. Thomas. 'Prevalence of Comorbid Disorders in Problem and Pathological Gambling: Systematic Review and Meta-Analysis of Population Surveys.' Addiction 106, no. 3 (2011): 490–498.
54. Blaszczynski, A., ve L. Nower. 'A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling.' Addiction 97, no. 5 (2002): 487–499.
55. Custer, R. L. 'Profile of the Pathological Gambler.' Journal of Clinical Psychiatry 45, no. 12, Section 2 (1984): 35–38.
56. Hodgins, D. C., ve N. el-Guebaly. 'Retrospective and Prospective Reports of Precipitants to Relapse in Pathological Gambling.' Journal of Consulting and Clinical Psychology 72, no. 1 (2004): 72–80.
57. Dowling, N. A., S. Cowlishaw, A. C. Jackson, S. S. Merkouris, K. L. Francis, D. R. Christensen ve G. J. Youssef. 'The Prevalence of Comorbid Personality Disorders in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis.' Journal of Personality Disorders 31, no. 5 (2017): 629–648.
58. Kessler, R. C., I. Hwang, R. LaBrie, M. Petukhova, N. A. Sampson, K. C. Winters ve H. J. Shaffer. 'DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication.' Psychological Medicine 38, no. 9 (2008): 1351–1360.
59. Kessler, R. C., I. Hwang, R. LaBrie, M. Petukhova, N. A. Sampson, K. C. Winters ve H. J. Shaffer. 'DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication.' Psychological Medicine 38, no. 9 (2008): 1351–1360.
60. Wardle, H., S. McManus, A. Brown ve diğerleri. 'Suicidality and Gambling among Young Adults in Great Britain: Results from a Cross-Sectional Online Survey.' The Lancet Public Health 5, no. 1 (2020): e39–e49.
61. Breyer, J. L., A. M. Botzet, K. C. Winters, R. D. Stinchfield, G. August ve G. Realmuto. 'Young Adult Gambling Behaviors and Their Relationship with the Persistence of ADHD.' Journal of Gambling Studies 25, no. 2 (2009): 227–238.
62. Tokumitsu, K., N. Sugawara, T. Tabuchi ve N. Yasui-Furukori. 'Risk Factors for the Development of Problem Gambling in Individuals with ADHD Symptoms: The Mediating Roles of Gambling Engagement and ADHD Characteristics.' Addictive Behaviors 166 (2025).
63. Potenza, M. N., I. M. Balodis, J. Derevensky, J. E. Grant, N. M. Petry, A. Verdejo-Garcia ve Y. H. C. Yau. 'Gambling Disorder.' Nature Reviews Disease Primers (2019).

64. Grant, J. E., S. R. Chamberlain ve M. N. Potenza. 'Gambling and Substance Use: Comorbidity and Treatment Implications.' Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 99 (2020): 109852.
65. May C. Ivan Schalkwyk ve diğerleri. 'A Public Health Approach to Gambling Regulation: Countering Powerful Influences.' Lancet Public Health 6, no. 8 (2021): 614.
66. Altıntaş, M., Ş. S. Başgül, A. Avcu, R. Macit, Ş. Büyüköztürk, D. Dinçer, M. Özdenler ve M. Öztürk. 'A Study on Gambling Behavior in Türkiye: Perceptions, Attitudes, Thoughts, and Behaviors toward Gambling.' Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 34, no. 4 (2024): 311–319.
67. Türkiye Yeşilay Cemiyeti. Türkiye Kumar Raporu. İstanbul: Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2025.
68. T.C. Resmî Gazete. Kumarhanelerin Kapatılmasına ve Kumarla İlgili Düzenlemelere İlişkin Mevzuat. Resmî Gazete Sayısı: 23200. Ankara: T.C. Resmî Gazete, 1998.
69. Brand, M., K. S. Young, C. Laier, K. Wölfling ve M. N. Potenza. 'Integrating Psychological and Neurobiological Considerations Regarding the Development and Maintenance of Specific Internet-Use Disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) Model.' Neuroscience & Biobehavioral Reviews 71 (2016): 252–266.
70. Lobo, D. S. S., ve J. L. Kennedy. 'Genetic Aspects of Pathological Gambling: A Complex Disorder with Shared Genetic Vulnerabilities.' Addiction 104, no. 9 (2009): 1454–1465.
71. Aston-Jones, G., ve J. D. Cohen. 'An Integrative Theory of Locus Coeruleus–Norepinephrine Function: Adaptive Gain and Optimal Performance.' Annual Review of Neuroscience 28 (2005): 403–450.
72. Afifi, T. O., D. A. Brownridge, H. MacMillan ve J. Sareen. 'The Relationship of Gambling to Intimate Partner Violence and Child Maltreatment in a Nationally Representative Sample.' Journal of Psychiatric Research 44, no. 5 (2010): 331–337.
73. Palomäki, J., S. Castrén, A. H. Salonen ve H. Alho. 'Occurrence and Trajectories of Psychiatric Disorders in Adults with Gambling Disorder.' Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (2026).
74. Battersby, M. W., B. Tolchard, M. Scurrah ve L. Thomas. 'Suicidal Ideation and Behaviour in People with Pathological Gambling Attending a Treatment Service.' International Journal of Mental Health and Addiction 4, no. 3 (2006): 233–246.
75. Karlsson, A., ve A. Håkansson. 'Gambling Disorder, Increased Mortality, Suicidality, and Associated Comorbidity: A Longitudinal Nationwide Register Study.' Journal of Behavioral Addictions 7, no. 4 (2018): 1091–1099.

76. Suurvali, H., D. C. Hodgins, T. Toneatto ve J. A. Cunningham. 'Treatment Seeking among People with Gambling Problems: Results of a General Population Survey.' Psychiatric Services 60, no. 10 (2009): 1349–1356.
77. Ioniță, I., M. I. Muşat, B. Cătălin, C. A. Ciobanu ve A. M. Ciobanu. 'A Systematic Review of Personality Disorders in Patients with Gambling Disorder.' Clinics and Practice 16, no. 1 (2026): 15.
78. Langewisch, M. W. J., ve G. R. Frisch. 'Gambling Behavior and Pathology in Relation to Impulsivity, Sensation Seeking, and Risky Behavior in Male College Students.' Journal of Gambling Studies 14 (1998): 245–262.
79. Toneatto, T., ve L. Nguyen. 'Individual Characteristics and Problem Gambling Behavior.' İçinde Research and Measurement Issues in Gambling Studies (2007): 279–303.
80. Ronzitti, S., S. W. Kraus, R. A. Hoff, M. Clerici ve M. N. Potenza. 'Problem Gambling, Gambling Severity, and Psychiatric Disorders among Homeless Veterans.' Psychiatry Research (2018).
81. Pietrzak, R. H., ve N. M. Petry. 'Axis I and II Psychiatric Disorders in Pathological Gamblers Seeking Treatment.' Psychiatric Services 56, no. 8 (2005): 953–958.
82. Dowling, N. A., D. L. Smith ve T. P. Thomas. 'The Family Functioning of Female Pathological Gamblers.' International Journal of Mental Health and Addiction 7, no. 1 (2009): 29–44.
83. Cowlishaw, S., N. Merkouris, N. Dowling, A. Anderson, A. Jackson ve D. Thomas. 'Psychological Therapies for Pathological and Problem Gambling.' Cochrane Database of Systematic Reviews 11 (2012): CD008937.
84. Pfund, R. A., C. W. Whelan, A. C. Meyers ve diğerleri. 'Cognitive-Behavioral Therapy for Gambling Disorder: A Meta-Analysis.' Addiction 118, no. 1 (2023): 12–26.
85. Petry, N. M., A. M. Weinstock, J. Ledgerwood ve M. Morasco. 'A Randomized Trial of Brief Interventions for Problem and Pathological Gamblers.' Journal of Consulting and Clinical Psychology 76, no. 2 (2008): 318–328.
86. Gooding, P., ve J. Tarrier. 'A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Interventions to Reduce Problem Gambling.' Behaviour Research and Therapy 47, no. 7 (2009): 592–607.
87. Yakovenko, I., ve D. C. Hodgins. 'A Scoping Review of Co-Morbidity in Individuals with Disordered Gambling.' International Gambling Studies 18, no. 1 (2018): 143–172.
88. Bouchard, S., S. Robillard, P. Giroux ve diğerleri. 'Using Virtual Reality in the Treatment of Gambling Disorder: The Development of a New Tool for Cognitive Behavior Therapy.' Frontiers in Psychiatry 8 (2017): 27.
89. Miller, W. R., ve S. Rollnick. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013.

90. Miller, W. R., ve G. S. Rose. 'Toward a Theory of Motivational Interviewing.' American Psychologist 64, no. 6 (2009): 527–537.
91. Chu, P. S., ve P. Wadhwa. 'Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Behavioral Addictions.' Current Psychiatry Reports 24, no. 5 (2022): 213–221.
92. Potenza, M. N., ve E. Hollander. 'Pathological Gambling and Impulse Control Disorders.' İçinde Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress (2002).
93. Pallanti, S., G. Bernardi, A. Quercioli, M. DeCaria ve E. Hollander. 'Serotonin Dysfunction in Pathological Gamblers.' CNS Spectrums 7, no. 5 (2002): 38–43.
94. Black, D. W., J. E. Shaw, J. McCormick ve diğerleri. 'Neuropsychological Performance, Impulsivity, ADHD Symptoms, and Novelty Seeking in Compulsive Buying Disorder.' Psychiatry Research 178, no. 2 (2010): 411–416.
95. Black, D. W., J. Shaw, M. Allen ve diğerleri. 'An Open-Label Trial of Extended-Release Carbamazepine in the Treatment of Pathological Gambling.' Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 32, no. 5 (2008): 1191–1194.
96. Grant, J. E., M. N. Potenza, S. W. Kim ve T. D. Hollander. 'A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of the Opiate Antagonist Nalmefene in the Treatment of Pathological Gambling.' Biological Psychiatry 57, no. 11 (2005): 1434–1441.
97. Grant, J. E., S. W. Kim ve B. L. Hartman. 'A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of the Opiate Antagonist Naltrexone in the Treatment of Pathological Gambling Urges.' Journal of Clinical Psychiatry 69, no. 5 (2008): 783–789.
98. Yau, Y. H. C., ve M. N. Potenza. 'Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions.' Harvard Review of Psychiatry 23, no. 2 (2015): 134–146.
99. Ginley, M. K., A. Whelan ve diğerleri. 'Longitudinal Outcomes of Gambling Treatments: A Systematic Review.' Addictive Behaviors 90 (2019): 377–385.
100. Ferentzy, P., R. Skinner ve N. Antze. 'Recovery and Social Capital in Gamblers Anonymous.' International Journal of Mental Health and Addiction 8, no. 2 (2010): 396–407.
101. Marlatt, G. A., ve D. M. Donovan. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2005.

TEKNOLOJİ VE DİJİTAL BAĞIMLILIK

Prof. Dr. Cengiz ŞAHİN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
csahin40@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4875-4883

Giriş

Teknoloji, insan ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla araç, sistem ve bilgi üretme süreci olup kökeni insanlık tarihine kadar uzanmaktadır. Özellikle 18. yüzyıldan itibaren hız kazanan teknolojik gelişmeler, sanayi toplumunun ortaya çıkmasına ve toplumsal yapının dönüşmesine neden olmuştur. 19. yüzyılda telgraf, telefon, radyo ve televizyon gibi buluşlar iletişim alanında önemli ilerlemeler sağlamıştır.

Dijital teknolojinin temelleri ise 20. yüzyıl ortalarında bilgisayar teknolojilerinin gelişimiyle atılmıştır. 1969 yılında ARPANET'in kurulması, internetin başlangıcı olarak kabul edilmekte[1,2] TCP/IP protokollerinin yaygınlaşması ve 1990'lı yıllarda internetin ticarileşmesiyle dijitalleşme süreci hız kazanmıştır.[3] Bu süreçte paket anahtarlama teknolojisi, TCP/IP protokolleri ve World Wide Web'in geliştirilmesi internetin küresel ölçekte yaygınlaşmasında belirleyici olmuştur.[4]

Türkiye'de internetin gelişimi 1980'li yıllara dayanmakta olup, 1990'lı yıllarda üniversiteler ve kurumlar aracılığıyla yaygınlaşmıştır. TR-Net projesi, TURnet sistemi ve ULAKNET gibi girişimler, ülkenin internet altyapısının oluşmasında önemli rol oynamıştır.[5]

21. yüzyılda dijitalleşme; internet, otomasyon, nesnelerin interneti ve yapay zeka teknolojileriyle birlikte hız kazanmış, bireysel, toplumsal ve ekonomik alanlarda köklü değişimlere yol açmıştır. İnternet, yalnızca bir iletişim aracı olmaktan çıkarak bilgiye erişim, sosyal etkileşim ve ekonomik faaliyetlerin merkezine yerleşmiştir. Bu durum, bireylerin günlük yaşamlarını ve iletişim biçimlerini dönüştürmüş, yüz yüze etkileşimlerin yerini giderek çevrimiçi iletişim almaya başlamıştır.

Web teknolojilerinin evrimi de bu dönüşümün önemli bir parçasıdır. Web 1.0 tek yönlü bilgi sunarken, Web 2.0 ile kullanıcılar içerik üreticisi haline gelmiş ve sosyal medya gelişmiştir. Web 3.0 ile birlikte yapay zeka ve büyük veri temelli kişiselleştirilmiş içerik öne çıkmış; Web 4.0 ve Web 5.0 ise insan-makine etkileşimini daha ileri seviyelere taşımıştır.

Mobil teknolojilerin yaygınlaşmasıyla bireyler sürekli çevrimiçi hale gelmiş, bu durum dijitalleşmenin en belirgin göstergelerinden biri olmasının yanı sıra bağımlılık davranışlarının ortaya çıkmasına da zemin hazırlamıştır.

1. Teknoloji ve Dijital Bağımlılık Kavramı

Teknoloji, insanların ihtiyaçlarını karşılamak, yaşamı kolaylaştırmak ve sorunları çözmek amacıyla geliştirdiği araçlar, sistemler ve yöntemlerin bütünüdür. Tarih boyunca tekerlekten buhar makinesine, elektrikten modern tıbbi cihazlara kadar uzanan çok geniş bir alanı kapsar.[6] Bu nedenle teknoloji yalnızca elektronik ürünlerden ibaret değildir; hem fiziksel hem de bilgiye dayalı tüm üretimleri içerir.

Dijital ise bilgilerin sayısal biçimde, yani 0 ve 1'lerden oluşan ikili sistemle ifade edilmesi, saklanması ve işlenmesiyle ilgili bir kavramdır.[7] Bilgisayarlar, Mobil telefonlar, internet, yazılımlar ve sosyal medya gibi sistemler dijital dünyaya örnek verilebilir. Dijital kavramı, özellikle bilgisayar teknolojileriyle ortaya çıkmış ve gelişmiştir.

Bu iki kavram arasındaki temel fark, kapsam ve içerik açısından ortaya çıkar. Teknoloji çok geniş bir çerçeveyi ifade ederken, dijital bu çerçevenin içinde yer alan daha dar ve özel bir alandır. Başka bir deyişle, dijital unsurlar teknolojinin bir parçasıdır ancak her teknoloji dijital değildir. Örneğin bir çekiç ya da bisiklet teknolojik bir üründür fakat dijital değildir; buna karşılık bir mobil telefon hem teknolojik hem de dijital bir üründür.

Teknoloji bağımlılığı, bireyin teknolojik araçları (telefon, bilgisayar, tablet, oyun konsolu vb.) kontrolsüz ve aşırı şekilde kullanması, bu kullanımın günlük yaşamını, sorumluluklarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemesine rağmen devam etmesi durumudur.[8] Kişi teknolojiyi kullanmadığında huzursuzluk, stres veya eksiklik hissedebilir ve giderek daha fazla zaman harcama ihtiyacı duyar.

Dijital bağımlılık ise teknoloji bağımlılığının daha özel bir türüdür ve özellikle internet, sosyal medya, çevrim içi oyunlar ve dijital içeriklere karşı gelişen bağımlılığı ifade eder. Bu bağımlılıkta kişi sürekli çevrim içi olma isteği duyar, ekran başında uzun süre geçirir ve gerçek hayattaki aktivitelerden uzaklaşabilir. Bu iki kavram arasındaki fark, kapsam açısından ortaya çıkar. Teknoloji bağımlılığı daha geniştir ve tüm teknolojik araçları kapsar. Dijital bağımlılık ise bunun içinde yer alan, özellikle internet ve dijital içerik odaklı bağımlılığı ifade eder. Yani her dijital bağımlılık bir teknoloji bağımlılığıdır ancak her teknoloji bağımlılığı dijital olmak zorunda değildir.

Teknoloji bağımlılığı, günlük kullanımda yaygın bir kavram olmasına rağmen, psikiyatrik tanı sistemlerinde doğrudan bu adla yer almamaktadır. Bunun yerine, teknoloji kullanımına bağlı ortaya çıkan sorunlar daha dar kapsamlı ve belirli davranış örüntüleri üzerinden ele alınmaktadır. Bu bağlamda, başlıca iki uluslararası tanı sistemi olan American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği) [APA] tarafından geliştirilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5) ve World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) [DSÖ] tarafından geliştirilen Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması ICD-11 incelendiğinde, teknoloji bağımlılığına yönelik yaklaşımların farklılık gösterdiği görülmektedir.

DSM-5'te 'teknoloji bağımlılığı' ya da 'dijital bağımlılık' şeklinde bir tanı kategorisi bulunmamaktadır. Ancak bu alana en yakın kavram 'İnternet Oyun Oynama Bozukluğu'dur. Söz konusu bozukluk, DSM-5'te resmi bir tanı olarak değil, 'daha fazla araştırılması gereken durumlar' başlığı altında ele alınmıştır. Bu durum, teknoloji temelli davranışların klinik açıdan öneminin kabul edildiğini, ancak henüz yeterli bilimsel kanıt birikiminin sağlanmadığını göstermektedir. İnternet oyun oynama bozukluğu; oyun oynama davranışı üzerinde kontrol kaybı, günlük sorumlulukların ihmal edilmesi, olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi ve giderek artan sürelerde oyun oynama isteği gibi belirtilerle karakterizedir.

Buna karşılık, ICD-11'de teknolojiyle ilişkili bağımlılık daha somut bir şekilde ele alınmıştır. ICD-11'de 'Oyun Oynama Bozukluğu' resmi bir tanı olarak sınıflandırılmıştır. Bu bozukluk; bireyin oyun oynama

davranışı üzerinde kontrolünü kaybetmesi, oyuna diğer yaşam etkinliklerine kıyasla öncelik vermesi ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen bu davranışı sürdürmesi ile tanımlanmaktadır. Tanı konulabilmesi için bu belirtilerin genellikle en az 12 ay süreyle devam etmesi gerekmektedir. Bu yönüyle ICD-11, teknoloji kullanımına bağlı bağımlılık davranışlarını DSM-5'e kıyasla daha net ve klinik olarak tanımlanmış bir çerçevede ele almaktadır.

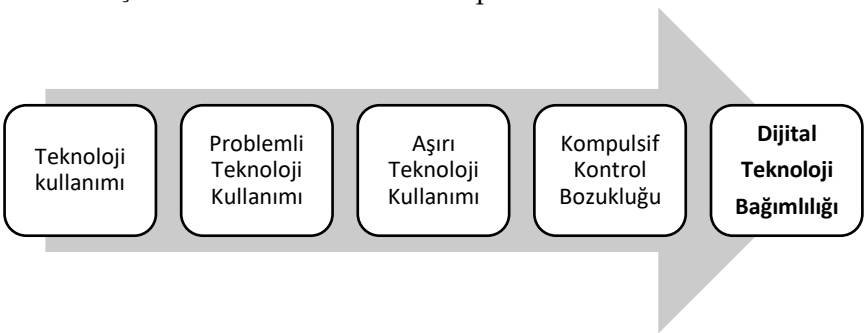
Teknoloji ya da dijital bağımlılık kavramı her iki tanı sisteminde de genel bir başlık olarak yer almamakta, bunun yerine özellikle oyun oynama davranışı üzerinden tanımlanan daha spesifik bozukluklar ön plana çıkmaktadır. DSM-5 bu durumu henüz araştırma aşamasında değerlendirirken, ICD-11 oyun oynama bozukluğunu resmi bir tanı olarak kabul etmiştir. Bununla birlikte, sosyal medya, Mobil telefon ve diğer dijital platformlara yönelik bağımlılık türlerinin gelecekte tanı sistemlerine dahil edilmesi olasılığı, güncel araştırmalar ışığında önem kazanmaktadır.

2. Bağımlılık mı, Problemli Kullanım mı?

Dijital teknoloji kullanımının 'bağımlılık' mı yoksa 'problemli kullanım' mı olduğu konusu, kavramsal ve klinik açıdan önemli bir tartışmadır. Bağımlılık yaklaşımını savunanlar, dijital kullanımın ödül sistemi, dopamin salınımı ve pekiştirme mekanizmaları açısından madde bağımlılığına benzer süreçler içerdiğini ve tolerans, yoksunluk ile kontrol kaybı gibi belirtiler gösterdiğini ileri sürmektedir[9,10] Buna karşılık bazı araştırmacılar, teknolojinin günlük yaşamın doğal bir parçası haline geldiğini (Ferguson, 2017)[11] ve her yoğun kullanımın bağımlılık olarak değerlendirilmesinin aşırı patolojikleştirme riski taşıdığını belirtmektedir. Bu bağlamda 'problemli kullanım' kavramı, daha esnek bir yaklaşım sunarak kullanımın bireyin işlevselliği üzerindeki etkisine odaklanmaktadır. Tanı sistemleri de bu tartışmayı yansıtmakta; DSM-5'te yalnızca 'İnternet Oyun Oynama Bozukluğu' araştırma tanısı olarak yer alırken, ICD-11'de 'Oyun Oynama Bozukluğu' resmi tanı olarak kabul edilmektedir.[12,13]

Genel olarak dijital bağımlılık ve problemli kullanım, bir süreklilik içinde değerlendirilmektedir. Problemli kullanım daha hafif ve geçici

bir durumu ifade ederken, bağımlılık daha şiddetli ve kronik bir yapıyı temsil etmektedir. Bu ayrım, müdahale ve önleme stratejilerinin belirlenmesi açısından da kritik öneme sahiptir.



Şekil 1: Bağımlılık Süreci

Yukarıdaki şekilde dijital teknoloji bağımlılığının, bireylerin dijital teknoloji kullanımının zaman içerisinde aşamalı bir süreç izleyerek bağımlılığa dönüşebileceğini göstermektedir.[14] Bu sürecin ilk aşaması olan normal kullanım düzeyinde, bireyler teknolojiyi iletişim kurma, bilgiye erişme ve günlük ihtiyaçlarını karşılama gibi işlevsel amaçlarla kullanmaktadır. Bu aşamada teknoloji, yaşam kalitesini artıran bir araç niteliği taşımakta ve herhangi bir patolojik özellik göstermemektedir.

Birinci aşama olan artan kullanım sürecinde, bireylerin teknoloji kullanım sıklığı ve süresi giderek artmakta, teknoloji günlük yaşam içerisinde daha merkezi bir konum kazanmaktadır. Bu aşamada kullanım hala kontrol altında olmakla birlikte, bireyin dikkatinin önemli bir kısmı dijital ortamlara yönelmeye başlamaktadır.

İkinci aşama olan problemli kullanım, bağımlılığa giden sürecin kritik bir kırılma noktasıdır. Bu aşamada bireyler zaman yönetiminde zorlanmakta, planladıklarından daha uzun süre dijital ortamlarda kalmakta ve günlük sorumluluklarında aksamalar yaşamaya başlamaktadır. Ancak bu düzey henüz klinik bir bağımlılık olarak değerlendirilmemekte, daha çok riskli bir kullanım örüntüsü olarak ele alınmaktadır.

Üçüncü aşama olan riskli kullanımda ise teknoloji kullanımı işlevsel olmaktan çıkarak birey için bir başa çıkma mekanizmasına dönüşmektedir. Bireyler stres, kaygı, yalnızlık veya olumsuz duygulardan

kaçmak amacıyla dijital ortamlara yönelmekte, kullanım süreleri giderek artmakta ve alternatif etkinliklerden uzaklaşmaktadır. Bu aşama, bağımlılığa geçişin en kritik evresi olarak değerlendirilmektedir.

Dördüncü aşamada teknoloji kullanımı saplantı haline gelmekte ve davranışsal bağımlılıkların temel bileşenleri ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte bireyler aynı haz düzeyine ulaşabilmek için daha uzun süre teknoloji kullanma ihtiyacı duymakta (tolerans), teknolojiye erişemediklerinde huzursuzluk ve kaygı yaşamaktadır (yoksunluk) ve kullanım davranışlarını kontrol etmekte güçlük çekmektedir (kontrol kaybı).

Son aşama olan bağımlılık düzeyinde ise teknoloji kullanımı bireyin yaşamının farklı alanlarında ciddi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Akademik veya mesleki performansta düşüş, sosyal ilişkilerde zayıflama, uyku ve dikkat problemleri ile psikolojik sorunlar bu aşamada belirgin hale gelmektedir. Bu düzey, genellikle klinik müdahale gerektiren bir durumu ifade etmektedir.

Bu model, dijital bağımlılığı ani bir durumdan ziyade aşamalı ve dinamik bir süreç olarak ele almakta ve özellikle problemli kullanım ile riskli kullanım aşamalarının erken müdahale açısından kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir.

3. Dijital Teknoloji Bağımlılığın Türleri

Dijital teknolojilerin gelişimiyle birlikte bağımlılık davranışları çeşitlenmiş ve farklı kullanım alanlarına göre alt türler ortaya çıkmıştır. Günümüzde dijital bağımlılık, tek bir davranışla sınırlı değildir[15] ve farklı alt türler üzerinden incelenmesi gereken kompleks bir olgudur. Dijital oyun bağımlılığı, bireyin oyun oynama davranışı üzerinde kontrolünü kaybetmesi, oyuna giderek artan düzeyde zaman ve önem atfetmesi ve buna bağlı olarak akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğin bozulması ile tanımlanmaktadır.[13] Bu bağımlılık türünde oyun, yalnızca bir eğlence aracı olmaktan çıkarak bireyin duygusal düzenleme aracı haline gelir. Özellikle çok oyunculu çevrimiçi oyunlar, rekabet, ödül sistemi[16,17] ve sosyal etkileşim unsurlarıyla bağımlılık riskini artırmaktadır.[18]

Alan yazında dijital kumar davranışını tanımlamak üzere 'çevrimiçi kumar', 'internet kumarı' ve özellikle 'sanal kumar' gibi farklı kavramların kullanıldığı görülmektedir.[19,20] Bu bağlamda sanal kumar bağımlılığı, bireyin internet aracılığıyla kumar veya bahis oynama davranışını kontrol edememesi ve bu davranışı olumsuz sonuçlara rağmen sürdürmesi ile karakterizedir. Dijital ortamın sağladığı kolay erişim, anonimlik ve sürekli erişilebilirlik, kumar davranışının daha hızlı pekişmesine neden olmaktadır.[20] Ayrıca 'kayıpları telafi etme', yanıltıcı kontrol algısı ve hızlı geri bildirim döngüsü bu bağımlılığın sürdürülmesinde kritik rol oynar.[21] Bu yönüyle dijital kumar hem finansal hem de psikososyal açıdan en yüksek riskli dijital bağımlılık türlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Pornografi bağımlılığı, bireyin dijital pornografik içerikleri kompulsif biçimde tüketmesi, kullanım üzerinde kontrol kaybı yaşaması ve bu davranışın kişilerarası ilişkiler, işlevsellik ve psikolojik iyi oluş üzerinde olumsuz etkiler yaratması ile tanımlanır. Bu bağımlılık türünde yüksek düzeyde yenilik arayışı ve tolerans gelişimi gözlenebilir; birey zamanla daha yoğun veya farklı içeriklere yönelme eğilimi gösterebilir. Ayrıca, bu davranış çoğu zaman stres, yalnızlık veya olumsuz duygulanımdan kaçınma işlevi görmektedir.[22,23]

Sosyal medya bağımlılığı, bireyin sosyal ağ platformlarını aşırı ve kontrolsüz biçimde kullanması, sürekli çevrimiçi olma ve içerik kontrol etme ihtiyacı hissetmesi ile tanımlanmaktadır. Bu bağımlılık türünde özellikle sosyal onay arayışı (beğeni, yorum), karşılaştırma süreçleri ve kaçırma korkusu (FOMO) belirleyici rol oynamaktadır. Sosyal medya, değişken ödül mekanizmaları ve algoritmik içerik sunumu ile kullanıcıyı platformda tutmayı hedefleyen yapısı nedeniyle bağımlılık geliştirme potansiyeli yüksek bir ortamdır.[24,25]

Mobil telefon bağımlılığı, bireyin internet erişimli mobil telefon kullanımını kontrol edememesi, cihazdan uzak kaldığında huzursuzluk yaşaması ve günlük yaşam işlevlerinin bu kullanım nedeniyle bozulması ile karakterizedir. Bu bağımlılık türü, çoğu zaman tek bir içeriğe değil, telefon aracılığıyla erişilen çoklu uygulamalara (sosyal medya, oyun, mesajlaşma vb.) yöneliktir. Bu nedenle Mobil telefon, dijital bağımlılıklar açısından bir 'üst platform' veya 'meta-bağımlılık aracı'

olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca 'nomofobi' (telefonsuz kalma korkusu) bu bağlamda sıkça ele alınan bir kavramdır.[26,27]

İnternet gezinme bağımlılığı, bireyin belirli bir hedef olmaksızın sürekli olarak çevrimiçi içerikler arasında dolaşması ve bu davranışı kontrol edememesi ile tanımlanır. Özellikle olumsuz içeriklerin sürekli tüketimi bu bağlamda değerlendirilmektedir. Bu davranış, zaman algısının bozulmasına ve verimsizlik hissine yol açabilmektedir.

Sanal alışveriş bağımlılığı, bireyin dijital platformlar üzerinden kompulsif biçimde satın alma davranışı göstermesi ve bu davranışı kontrol edememesi ile karakterizedir. Satın alma eylemi kısa süreli bir haz sağlarken, sonrasında suçluluk ve pişmanlık duyguları ortaya çıkabilir. Bu durum, bağımlılığın haz–pişmanlık döngüsü içinde sürdürülmesine neden olur.[28]

Video içerik tüketimi bağımlılığı, bireyin dijital video içeriklerini dizi, film, video platformları vb. aşırı ve kontrolsüz biçimde tüketmesi ile tanımlanır. Bu davranış çoğunlukla ardışık ve uzun süreli izleme şeklinde ortaya çıkar. Otomatik oynatma özellikleri ve içerik öneri algoritmaları, bu bağımlılığın gelişimini destekleyen önemli faktörlerdir.

Bu kısa açıklamaların ardından, dijital teknoloji bağımlılığının türleri; kullanım nedenleri, yaygınlığı, tanımı ve tanı kriterleri, belirtileri, risk faktörleri ve sonuçları aşağıda kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

4. İnternet Bağımlılığı

İnternet, başlangıçta askeri ve sınırlı iletişim ihtiyaçlarına yönelik bir altyapı olarak geliştirilmiştir. Günümüzde ise çok katmanlı bir dijital ekosisteme dönüşmüştür. Bireysel ve toplumsal yaşamın merkezine yerleşmiştir. Mobil dijital teknolojilerin yaygınlaşması bu dönüşümü hızlandırmıştır. Erişim maliyetleri düşmüştür. Kullanıcı dostu arayüzler gelişmiştir. Böylece internet, yalnızca bir iletişim aracı olmaktan çıkmıştır. Gündelik yaşamın örgütlenmesinde belirleyici bir unsur haline gelmiştir. Bu dönüşüm önemli kolaylıklar sunmaktadır. Ancak aynı zamanda yeni risk alanları da üretmektedir. Özellikle kontrolsüz ve aşırı kullanım dikkat çekmektedir.

İnternet; günümüzde iletişim, eğitim, ticaret, finans, kamu hizmetleri ve eğlence alanlarında vazgeçilmezidir.[29] Bu geniş kullanım alanı bağımlılık riskini artırmaktadır. Bu bağlamda 'internet bağımlılığı' önemli bir davranışsal sorun olarak değerlendirilmektedir. İnternet bağımlılığı kavramı ilk kez Ivan Goldberg tarafından 1997 yılında kullanılmıştır.[30] Başlangıçta ironik bir nitelik taşımaktadır. Ancak kısa sürede bilimsel literatürde yer bulmuştur. Araştırma alanı hızla genişlemiştir.

Zamanla farklı kavramlar geliştirilmiştir. 'Patolojik internet kullanımı', 'problemli internet kullanımı' ve 'kompulsif internet kullanımı' bunlardan bazılarıdır. Kavramsal çeşitlilik artsa da 'kontrol kaybı ve işlevsellikte bozulma' gibi ortak nokta değişmemiştir.

İnternet bağımlılığının tanı statüsü tartışmalıdır. DSM-5 ve ICD-11'de sınırlı biçimde tanımlanmıştır. Bu durum kavramsal belirsizliği göstermektedir. Dolayısıyla internet bağımlılığı kesin sınırları çizilmiş bir bozukluk değildir. Klinik uzlaşı henüz sağlanmamıştır. Bu nedenle bağımlılık kategorileri ile dürtü kontrol bozuklukları arasında konumlanmaktadır. Tanı kriterleri açısından iki isim öne çıkmaktadır. Ivan Goldberg ve Kimberley Young bu alanın kuramsal temelini oluşturmuştur. Goldberg daha geniş bir çerçeve sunmaktadır. Klinik işlev kaybına odaklanmaktadır. Young ise daha sistematik bir model geliştirmiştir. Davranışsal bağımlılık dinamiklerini açık biçimde ortaya koymuştur.[31]

Young'a göre internet bağımlılığı, bireyin internet kullanımını kontrol edememesi ve bu kullanımın günlük yaşamını olumsuz etkilemesine rağmen devam etmesiyle tanımlanır. Young, bu durumu değerlendirmek için İnternet Bağımlılığı Testi ve tanı kriterleri geliştirmiştir. Young'ın internet bağımlılığı için önerdiği tanı kriterleri, madde bağımlılığı ve patolojik kumar ölçütlerinden uyarlanmıştır. Buna göre bireyde aşağıdaki belirtilerden en az 5'inin bulunması internet bağımlılığına işaret eder:

- İnternet ile aşırı zihinsel meşguliyet (sürekli interneti düşünme)
- Aynı doyumu sağlamak için giderek daha fazla internet kullanma ihtiyacı (tolerans gelişimi)
- İnternet kullanımını azaltma veya bırakma girişimlerinde başarısız olma

- İnternet kullanımı azaltıldığında huzursuzluk, gerginlik veya depresif hissetme (yoksunluk belirtileri)
- Planlanandan daha uzun süre internette kalma
- İnternet kullanımı nedeniyle iş, okul veya sosyal ilişkilerde sorun yaşama
- İnternet kullanım süresi hakkında başkalarına yalan söyleme
- Olumsuz duygulardan kaçmak veya rahatlamak için internet kullanma

Bu kriterler, internet bağımlılığının yalnızca yoğun kullanım olmadığını aynı zamanda kontrol kaybı, psikolojik bağımlılık ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili bir durum olduğunu ortaya koymaktadır.

İnternet bağımlılığı, tek bir nedene indirgenemeyen çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Nörobiyolojik yaklaşımlar bu durumu ödül sistemi ve dopamin üzerinden açıklamaya çalışsa da, bilişsel davranışçı yaklaşım düşük benlik saygısı, olumsuz düşünceler ve kaçınma davranışları gibi içsel süreçlerle daha kapsamlı bir açıklama sunmaktadır. Bu bağlamda internet, yalnızca bir araç olmaktan çıkıp psikolojik bir kaçış ve duygu düzenleme aracı haline gelmektedir. Özellikle sosyal beceri eksikliği yaşayan bireylerin yüz yüze iletişim yerine sanal ortamlara yönelmesi, bağımlılığı artıran önemli bir faktördür. Dijitalleşmenin yaygınlaşması ve internet erişiminin kolaylaşması ise bu durumu bireysel olmaktan çıkararak toplumsal bir sorun haline getirmektedir (Potenza, 2015; Özdemir vd., 2014; Savcı ve Aysan, 2017)[23, 32, 33]aa.

İnternet bağımlılığı, bireyin fiziksel, psikolojik ve bilişsel işlevlerinde çeşitli olumsuzluklara yol açmaktadır. Fiziksel olarak uyku ve beslenme düzeninde bozulmalar ile kas-iskelet sorunları görülürken; psikososyal düzeyde depresyon, anksiyete ve yalnızlık gibi problemler ortaya çıkmaktadır. Bilişsel açıdan ise dikkat dağınıklığı ve odaklanma güçlüğüne bağlı olarak akademik performansta düşüş gözlemlenmektedir.

Ayrıca günümüzde teknoloji ve dijital bağımlılık türlerinin büyük çoğunluğu internet temelli olarak gelişmektedir. Sosyal medya, çevrim içi oyunlar ve dijital içerik tüketimi gibi davranışlar internet altyapısı üzerinden gerçekleşmekte, sürekli erişilebilirlik ve anlık ödül mekanizmaları bu bağımlılıkları beslemektedir. Bu durum, interneti diğer

teknoloji bağımlılıklarının temelini oluşturan merkezi bir unsur haline getirmektedir. Bu bakımdan, farklı biçimlerde ortaya çıkan teknolojik bağımlılık türleri, ortak olarak internet altyapısına dayanması nedeniyle zaman zaman 'internet bağımlılığı' kavramı altında da değerlendirilebilmektedir. Bu doğrultuda teknolojik bağımlılık türleri aşağıda açıklanmıştır.

5. Mobil Telefon Bağımlılığı

Bu çalışmada, yaygın olarak kullanılan 'Akıllı telefon' kavramı yerine internet erişimli 'mobil telefon' ifadesi tercih edilmiştir. Bunun temel nedeni, söz konusu cihazların gerçek anlamda bir akıl ya da bilinç taşıyamaması, yalnızca önceden programlanmış sistemler ve algoritmalar doğrultusunda çalışmasıdır. Bu nedenle 'mobil telefon' kavramı, cihazın işlevini daha nesnel ve teknik bir biçimde yansıtan, akademik açıdan daha uygun bir kullanım olarak değerlendirilmiştir.

Mobil telefonlar, iletişim teknolojilerindeki gelişmelerin bir sonucudur. Bireylerin uzaktan iletişim kurmasını sağlar. Çok işlevli dijital cihazlardır. Telefon, 1876 yılında Alexander Graham Bell tarafından icat edilmiştir. Bu icat, iletişimi hızlandırmış ve kolaylaştırmıştır. Zamanla farklı telefonlar gelişmiş, internet, mobil uygulamalar ve dijital hizmetler bu cihazlara entegre edilmiştir. Böylece telefonlar günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir.[34]

İlk dönemlerde, yani 1990'lı yıllarda geliştirilen IBM Simon gibi cihazlar sınırlı özelliklere sahipti. Bu nedenle kullanım yaygın değildi ve bağımlılık gibi bir kavramdan söz edilmezdi. 2000'li yıllarda BlackBerry ve Palm cihazları özellikle iş dünyasında yaygınlaştı. Bu cihazlar daha çok e-posta ve iş takibi için kullanıldığı için kullanım süresi kontrollü ve amaç odaklıydı. Aynı dönemde Nokia ise dayanıklı ve kullanıcı dostu telefonlarıyla geniş kitlelere ulaşmış ve mobil iletişimin yaygınlaşmasında önemli rol oynamıştır. 2007 yılında Apple iPhone'un piyasaya sürülmesi Mobil telefon kullanımında önemli bir kırılma noktası oldu. Dokunmatik ekran, uygulama mağazası ve kullanıcı dostu arayüz sayesinde telefonlar sadece iletişim aracı olmaktan çıkmış, eğlence ve sosyal etkileşim aracı haline gelmiştir. 2008'de Android işletim sisteminin yaygınlaşmasıyla birlikte Samsung ve diğer üreticiler

geniş kitlelere hitap eden mobil telefonlar geliştirmiştir.[35] 2010'lu yıllarda internetin hızlanması ve sosyal medya platformlarının yaygınlaşmasıyla birlikte mobil telefon kullanım süresi önemli ölçüde artmıştır. Özellikle Instagram, WhatsApp, Twitter ve youtube gibi uygulamalar kullanıcıların sürekli çevrim içi olmasına neden olmuştur. Bu durum, mobil telefon bağımlılığı kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. 2020'li yıllardan sonra ise 5G teknolojisi ve gelişmiş mobil cihazlar sayesinde kullanım daha da yaygınlaşmıştır. Günümüzde Apple, Samsung ve Xiaomi gibi markalar en çok tercih edilen Mobil telefon üreticileri arasında yer almaktadır. Mobil telefonların teknolojik gelişimi ve kullanım alanlarının genişlemesi, bireylerin bu cihazlarla geçirdiği süreyi artırmış ve zamanla bağımlılık riskini ortaya çıkarmıştır. Bu durum, teknolojinin sosyal ve psikolojik etkileri açısından önemli bir konu haline gelmiştir.[27,36]

5.1. Kullanım Nedenleri

Mobil telefonlar; dokunmatik ekran, yüksek çözünürlüklü kamera, güçlü işlemci ve internet bağlantısı gibi donanım özellikleriyle öne çıkmaktadır. Android ve iOS gibi işletim sistemleri sayesinde kullanıcılar farklı uygulamalara erişebilmektedir.[34] Bu durum, cihazların çok yönlü kullanılmasını sağlamaktadır. Böylece mobil telefonlar taşınabilir birer bilgisayar haline gelmiştir. Mobil telefonlar günlük yaşamı kolaylaştıran, birçok farklı amaçla kullanılan çok yönlü cihazlardır. Öncelikle iletişim kurmak için kullanılır; arama yapma, mesajlaşma ve WhatsApp gibi uygulamalar üzerinden anlık iletişim sağlama bu kullanımın temelini oluşturur. Bunun yanı sıra Instagram, Facebook ve Twitter gibi sosyal medya platformları aracılığıyla bireyler içerik paylaşmakta ve diğer kullanıcılarla etkileşimde bulunmaktadır.

Mobil telefonlar eğitim amacıyla da kullanılmaktadır. Kullanıcılar bu cihazlar sayesinde sanal derslere katılabilmekte ve bilgiye hızlı bir şekilde erişebilmektedir. Eğlence açısından ise oyun oynama, video izleme ve müzik dinleme gibi aktiviteler yaygındır. İş hayatında ise e-posta kontrolü, belge düzenleme ve iş takibi gibi işlemler mobil telefonlar üzerinden gerçekleştirilebilmektedir. Bunun yanında mobil telefonlar alışveriş ve bankacılık işlemlerinde de önemli bir rol oynamaktadır.

E-ticaret uygulamaları sayesinde alışveriş yapılabilmekte ve mobil bankacılık hizmetleri kullanılabilmektedir. Navigasyon uygulamaları ile yol bulma ve seyahat planlama işlemleri kolaylaşmaktadır. Ayrıca fotoğraf ve video çekimi ile günlük anlar kaydedilmekte ve paylaşılmaktadır. Tüm bu özellikler, Mobil telefonların modern yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelmesini sağlamaktadır.

5.2. Kullanım Yaygınlığı

Mobil telefon kullanımı dünya genelinde hızla artmaktadır. Güncel verilere göre dünya genelinde yaklaşık 5,78 milyar kişi mobil telefon kullanmakta ve bu oran dünya nüfusunun %70,5'ine karşılık gelmektedir.[37] Mobil cihazların yaklaşık %87'sini mobil telefonlar oluşturmaktadır. Ayrıca mobil telefon kullanıcı sayısı 6,9 milyarı aşmış ve küresel sahiplik oranı %90 seviyesine yaklaşmıştır.[38] Bireylerin günlük mobil telefon kullanım süresi ortalama 4,5-5 saat aralığına yükselmiştir.[39] Türkiye'de dijital kullanım verileri incelendiğinde, mobil telefonların günlük yaşam içerisindeki yaygınlığı ve merkezi rolü açıkça görülmektedir. Digital 2025 Türkiye Raporu verilerine göre Türkiye nüfusu 85 milyonu aşmış olup, nüfusun %92,1'ine karşılık gelen yaklaşık 80,7 milyon kişinin cep telefonu sahibi olduğu belirlenmiştir. Aynı rapora göre internet kullanan kişi sayısı nüfusun %88,3'ünü oluşturmaktadır. 16 yaş ve üzeri internet kullanıcıları arasında cep telefonu sahipliği oranı %97,6 iken, kullanıcıların %96,9'u internete erişim için herhangi bir cep telefonu kullanmaktadır. Bu veriler, mobil telefonların internet erişiminde birincil araç haline geldiğini göstermektedir. Bununla birlikte, internette geçirilen günlük ortalama sürenin 7 saat 13 dakikaya ulaştığı; bu sürenin %56,3'ünün mobil telefonlar aracılığıyla gerçekleştiği ifade edilmektedir. Başka bir deyişle bireyler, günlük ortalama 4 saat 4 dakikayı mobil telefonları üzerinden internette geçirmektedir. Ayrıca Türkiye'deki toplam internet trafiğinin %73,1'inin mobil telefonlar üzerinden gerçekleşmesi, bu cihazların dijital yaşamın merkezinde yer aldığını ortaya koymaktadır.[37] Bu veriler, mobil telefonların yalnızca bir iletişim aracı olmaktan çıkarak bireylerin günlük yaşamında merkezi bir konuma ulaştığını ve kullanım yoğunluğunun giderek arttığını göstermektedir.

5.3. Tanım ve Tanı Kriterleri

Mobil telefon bağımlılığı, bireyin internet bağlantılı mobil telefon kullanımını kontrol etmekte güçlük yaşadığı, kullanım süresini sınırlayamadığı ve kullanımın giderek artarak günlük yaşam üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu bir davranışsal bağımlılık türüdür. Yapılan araştırmalara göre bu durum; cihazdan uzak kalındığında huzursuzluk, kaygı veya eksiklik hissi yaşanması, sürekli telefonu kontrol etme isteği ve kullanımın akademik, mesleki ya da sosyal işlevselliği bozması ile karakterizedir. Bu kullanım, zamanla günlük yaşam işlevlerini olumsuz etkiler. Bu nedenle davranışsal bir bağımlılık türü olarak değerlendirilmektedir.

DSM-5 ve ICD-11'de mobil telefon bağımlılığına ilişkin doğrudan bir tanı bulunmamakta ancak bu kavram, teknoloji ve internet temelli bağımlılıkların bir bileşeni olarak dolaylı biçimde değerlendirilmektedir. Bu durum, gelecekte mobil telefon kullanımına özgü bağımlılık türlerinin daha ayrıntılı şekilde sınıflandırılabileceğine işaret etmektedir. Bu bozukluk, kontrol kaybı, kullanım süresinde artış (tolerans), yoksunluk belirtileri ve işlevsellikte bozulma gibi bağımlılık kriterleri üzerinden tanımlanmakta ancak resmi tanı olarak değil, daha fazla araştırılması gereken durumlar arasında yer almaktadır.

Mobil telefon bağımlılığı konusunda araştırmalar yapan Lin vd.[40] DSM ve ICD benzeri bir çerçevede değerlendirmek için üç temel tanı kriteri önermiştir.

A kriteri: En az üç ay süren ve bireyde belirgin sıkıntı ya da işlev kaybına yol açan temel belirtileri kapsamaktadır. Bu belirtiler arasında kullanımın kontrol edilememesi, tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, planlanandan daha uzun süre kullanım, bırakma girişimlerinde başarısızlık ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın sürdürülmesi yer almaktadır.

B kriteri: Mobil telefon kullanımının günlük yaşam işlevselliğini olumsuz etkilemesini ifade etmektedir. Fiziksel veya psikolojik sorunlar, riskli durumlarda kullanım, akademik ya da mesleki performansta düşüş ve sosyal ilişkilerde bozulma bu kapsamda değerlendirilmektedir. Bu kriter için en az iki belirtinin bulunması gerekmektedir.

C kriteri: Belirtilerin başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamamasını ifade etmektedir. Yani bu belirtiler obsesif kompulsif bozukluk veya bipolar bozukluk gibi durumların sonucu olmamalıdır.

Bu kriterler, mobil telefon bağımlılığını yoğun kullanım ve bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini bozan çok boyutlu bir klinik durum olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

5.4. Belirtileri Risk ve Faktörleri

Mobil telefon bağımlılığı, bireyde psikolojik, fiziksel ve sosyal alanlarda ortaya çıkan çeşitli belirtilerle kendini göstermektedir. Psikolojik belirtiler arasında, bireyin telefona erişemediğinde kaygı, huzursuzluk ve gerginlik hissetmesi; kullanımını kontrol etmekte zorlanması ve süresini azaltma girişimlerinde başarısız olması yer almaktadır. Ayrıca sürekli telefonu düşünme, bildirim olmasa bile kontrol etme isteği, gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO) ve telefonsuz kalma düşüncesine karşı duyulan rahatsızlık sık görülen belirtilerdir.[26,27,41]

Fiziksel belirtiler açısından, uzun süreli kullanım boyun, sırt ve el bileği ağrılarına yol açmakta; göz yorgunluğu ve baş ağrısı gibi sorunlara neden olmaktadır. Özellikle gece saatlerinde artan kullanım, uyku düzeninin bozulmasına, yetersiz ve kalitesiz uykuya ve buna bağlı olarak fiziksel yorgunluk ile enerji düşüklüğüne yol açmaktadır.[42] Sosyal belirtiler ise yüz yüze iletişimin azalması, aile ve arkadaşlarla geçirilen zamanın kısıtlanması ve bireyin sosyal ortamlarda dahi telefona yönelmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum zamanla sosyal ilişkilerin zayıflamasına ve yalnızlaşma eğiliminin artmasına neden olmaktadır.[43]

Mobil telefon bağımlılığı, tek bir nedene bağlı olmayıp bireysel, psikolojik, davranışsal, teknolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Psikolojik faktörler arasında kaygı, stres, yalnızlık ve düşük benlik saygısı gibi durumlar yer almakta; bireylerin telefonu bir kaçış ve duygu düzenleme aracı olarak kullanması bağımlılık riskini artırmaktadır. Davranışsal faktörler, sürekli telefonu kontrol etme alışkanlığı, boş zamanların büyük kısmını mobil cihazlarla geçirme ve kullanım süresini kontrol edememe gibi durumları kapsamaktadır.

Teknolojik faktörler açısından, mobil cihazların sürekli erişilebilir olması, bildirimlerin yoğunluğu ve uygulamaların ödül temelli yapısı

bireyin telefona yönelmesini kolaylaştırmaktadır. Sosyal faktörler ise yüz yüze iletişimde zorluk, sosyal kabul ve onay ihtiyacı ile çevrimiçi etkileşime yönelimi içermektedir.

Mobil telefon bağımlılığı, bu belirtilerin varlığıyla kendini gösteren, bireysel, psikolojik, davranışsal, teknolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucu gelişen ve bireyin psikolojik, fiziksel ve sosyal yaşam kalitesini olumsuz etkileyen çok boyutlu bir sorundur.

5.5. Sonuçları

Mobil telefon bağımlılığı, uzun vadede bireyin akademik, sosyal ve psikolojik işlevleri üzerinde çeşitli olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu sonuçlar, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve günlük işlevselliğini olumsuz etkileyen önemli sorunlar olarak değerlendirilmektedir.

Akademik açıdan, mobil telefonun aşırı kullanımı bireyin derslere odaklanmasını zorlaştırmakta, dikkat dağınıklığına neden olmakta ve öğrenme süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Bu durum, zamanla akademik performansın düşmesine ve başarısızlığa yol açabilmektedir.

Sosyal açıdan, mobil telefon bağımlılığı yüz yüze iletişimin azalmasına neden olmakta ve bireyin sosyal ilişkilerini zayıflatmaktadır. Birey, zamanının büyük bir kısmını dijital ortamlarda geçirdiği için gerçek sosyal etkileşimlerden uzaklaşmakta ve bu durum sosyal izolasyon ile yalnızlık hissinin artmasına yol açmaktadır.[25,27]

Psikolojik açıdan ise mobil telefon bağımlılığı depresyon, kaygı ve stres düzeyinde artış ile ilişkilidir. Bireyin telefonu bir kaçış aracı olarak kullanması, kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede duygusal sorunların derinleşmesine neden olabilmektedir.[27]

Mobil telefon bağımlılığı, bireyin akademik başarısını, sosyal ilişkilerini ve psikolojik iyi oluşunu olumsuz yönde etkileyen çok boyutlu bir problem olarak değerlendirilmektedir.

6. Dijital Oyun Bağımlılığı

6.1. Oynama Nedenleri

Oyun, özellikle çocukluk döneminde bireyin bilişsel, sosyal ve duygusal gelişiminde önemli bir öğrenme aracı olarak değerlendirilmektedir.[44,45] Ancak teknolojinin gelişmesiyle birlikte geleneksel oyunlar

yerini giderek dijital ve çevrim içi oyunlara bırakmıştır.[46] İnternet aracılığıyla oynanan bu oyunlar, zaman ve mekân sınırlaması olmaksızın bireylerin sanal ortamlarda etkileşim kurmasına olanak tanımakta ve güçlü uyarıcı özellikleri sayesinde kullanıcılar üzerinde yüksek düzeyde çekicilik oluşturmaktadır.[18] Bu süreçte dijital oyunlar yalnızca bir eğlence aracı olmaktan çıkmış; oyun içi satın alma, reklam ve abonelik gibi çeşitli gelir modelleriyle büyük bir ekonomik pazara dönüşmüştür.[47] Günümüzde mobil oyunların yaygınlaşması ve e-spor faaliyetlerinin küresel ölçekte artması, bu alanın önemini daha da artırmaktadır.

Dijital oyunlar, 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hızla gelişmiş; başlangıçta sınırlı özelliklere sahipken günümüzde karmaşık ve etkileşimli dijital ortamlara dönüşmüştür. Modern oyunlar, oyunculara geniş hareket alanı sunmakta, sanal kimlik oluşturma imkanı tanımakta ve sürekli güncellenen içerikleriyle uzun süreli etkileşim sağlamaktadır. Ayrıca bu oyunlar, oynanış biçimi ve içeriklerine göre farklı türlerde sınıflandırılarak çeşitli kullanıcı ihtiyaçlarına hitap etmektedir.[46]

Dijital oyunların çekiciliğinde, davranışsal öğrenme süreçlerinin önemli bir etkisi bulunmaktadır. Öğrenme psikoloğu Skinner'e göre özellikle değişken oranlı pekiştirme gibi ödül mekanizmaları, oyuncunun ne zaman ödül alacağını öngörememesi nedeniyle oyun başında daha uzun süre kalmasına yol açmaktadır (Şahin Eğitim psikolojisi). Oyunların döngüsel yapısı da bu süreci desteklemekte; oyuncu bir hedefe ulaştığında ödüllendirilmekte ve ardından daha zor hedeflerle karşılaşarak motivasyonu korunmaktadır.[18] Bu durum, oyunların uzun süreli ve tekrarlayan kullanımını teşvik etmektedir.

Dijital oyun oynama davranışı, bireysel, psikolojik, sosyal ve teknolojik faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. Eğlenme ve boş zaman değerlendirme isteği bu davranışın temel nedenlerinden biridir.[46] Bireyler, oyunları keyif alma ve günlük yaşamın stresinden uzaklaşma aracı olarak kullanmaktadır. Psikolojik açıdan oyunlar, özellikle stres, kaygı, yalnızlık ve depresyon gibi olumsuz duygularla başa çıkmada bir kaçış mekanizması işlevi görebilmektedir. Oyunların sunduğu başarı hissi, kontrol duygusu ve ödül sistemleri de motivasyonu artırmaktadır.

Sosyal açıdan, çevrim içi oyunlar bireylere sosyal etkileşim kurma, arkadaş edinme ve bir gruba ait olma imkânı sunmaktadır.[48] Akran etkisi ve sosyal çevrenin yönlendirmesi, özellikle ergenlerde oyun oynama davranışını artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır. Teknolojik açıdan ise mobil cihazların ve internet erişiminin yaygınlaşması, oyunlara her an ve her yerden ulaşılabilmesini mümkün kılmakta; bu durum oyun oynama süresinin artmasına katkı sağlamaktadır.[18]

Dijital oyun oynama davranışı, yalnızca eğlenceye dayalı bir etkinlik değil; psikolojik ihtiyaçlar, sosyal etkileşim ve teknolojik olanakların birleşimiyle şekillenen çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

6.2. Oynama Yaygınlığı

Dijital oyun bağımlılığı, günümüzde küresel ölçekte giderek daha fazla dikkat çeken bir sorun haline gelmiştir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, internet oyun oynama bozukluğunun yaygınlığının yaklaşık %3,3 olduğunu göstermektedir.[49] Bununla birlikte ergenler ve genç yetişkinler arasında bu oran daha yüksek olup yaklaşık %9,9 seviyesine ulaşmaktadır.[50] Bu durum, özellikle genç yaş gruplarının risk altında olduğunu ortaya koymaktadır.

Dijital oyun bağımlılığının yaygınlığı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar; sosyokültürel yapı, teknolojik gelişmişlik düzeyi, kullanılan araştırma yöntemleri ve ölçme araçlarına bağlı olarak değişmektedir.[51] Küresel düzeyde değerlendirildiğinde, internet oyun oynama bozukluğunun yaygınlığının farklı çalışmalarda %0,7 ile %27,5 arasında değiştiği görülmektedir. Bu farklılığın, kullanılan tanı ölçütleri, örneklem özellikleri ve araştırma yöntemlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir.[52]

Oyun bağımlılığı en çok, teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı ve dijital oyunların günlük yaşamın önemli bir parçası haline geldiği bölgelerde görülmektedir. Özellikle Asya, Kuzey Amerika ve Avrupa bu açıdan öne çıkmaktadır. Güney Kore, Çin ve Japonya gibi ülkelerde bağımlılık oranlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Hatta Güney Kore'de bu sorunun önüne geçebilmek amacıyla oyun sürelerini sınırlayan yasal düzenlemeler uygulanmaktadır.

Türkiye'de de benzer bir tablo söz konusudur. Gençlerin büyük bir bölümü düzenli olarak dijital oyun oynamakta ve bu grubun bir kısmında bağımlılık düzeyine ulaşan davranışlar gözlemlenmektedir. Ayrıca internet erişimi de oyun bağımlılığının yaygınlığını etkileyen önemli bir faktördür. Örneğin, Avrupa'da internete erişimi olmayan gençlerin oranı oldukça düşükken, Afrika'da bu oran daha yüksektir.[53] Bu durum, dijital bağımlılıkların bölgesel farklılık göstermesinde etkili olmaktadır.

Dijital oyun bağımlılığı küresel bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve özellikle genç nüfusun yoğun olduğu, teknolojik altyapının gelişmiş olduğu bölgelerde daha yaygın görülmektedir.

6.3. Tanım ve Tanı Kriterleri

Araştırmalar, dijital oyun bağımlılığının diğer davranışsal bağımlılıklardan bazı yönleriyle ayrıldığını ve bu nedenle tanımlanmasının daha karmaşık olduğunu göstermektedir. Özellikle oyunların sürekli güncellenen yapısı, sosyal etkileşim boyutu ve ödül sistemlerinin çeşitliliği, bu bağımlılığı diğerlerinden farklı kılmaktadır. Ayrıca oyun oynama davranışı, eğlence, rekabet, sosyalleşme ve başarı hissi gibi birden fazla motivasyonu aynı anda barındırdığı için sınırlarının belirlenmesi güçleşmektedir.

Dijital oyun bağımlılığı, alan yazında bireyin dijital oyun oynama davranışı üzerinde kontrolünü kaybetmesi, oyun oynamaya aşırı zaman ayırması ve bu davranışı olumsuz sonuçlarına rağmen sürdürmesi ile karakterize edilen bir davranışsal bağımlılık türü olarak tanımlanmaktadır. Bu bağımlılıkta birey, oyun oynamayı günlük yaşam aktivitelerine göre öncelikli hale getirmekte, akademik, sosyal ve mesleki sorumluluklarını ihmal edebilmektedir. Aynı zamanda oyun oynama süresinde artış (tolerans), oyun oynanmadığında huzursuzluk ve gerginlik hissi (yoksunluk) gibi belirtiler de gözlemlenmektedir. Dijital oyun bağımlılığı, psikolojik, sosyal ve bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açabilen çok boyutlu bir sorun olarak değerlendirilmektedir.

Dijital oyun bağımlılığı**,** psikiyatrik tanı sistemlerinde doğrudan bu adla yer almamakla birlikte, özellikle oyun oynama davranışı üzerinden tanımlanmaktadır. Bu bağlamda DSM-5 ve ICD-11 önemli referans

kaynaklardır. DSM-5'te dijital oyun bağımlılığına karşılık gelen kavram 'internet oyun oynama bozukluğu' olarak ele alınmaktadır. Ancak bu durum DSM-5'te resmi bir tanı kategorisi olarak değil, 'daha fazla araştırılması gereken durumlar' başlığı altında yer almaktadır. DSM-5'e göre 'internet oyun oynama bozukluğu' kriterleri şunlardır:

Son 12 ay içinde aşağıdaki 9 ölçütten en az 5'inin karşılanması durumunda sanal oyun oynama bozukluğu teşhisi konulur.

1. *Zihinsel meşguliyet*: Sürekli oyun düşünme
2. *Yoksunluk belirtileri*: Oyun oynayamadığında huzursuzluk, kaygı, sinirlilik
3. *Tolerans gelişimi*: Aynı doyumu sağlamak için daha fazla süre oynama ihtiyacı
4. *Kontrol kaybı*: Oyunu azaltma girişimlerinin başarısız olması
5. *İlgi kaybı*: Diğer hobiler ve etkinliklere ilginin azalması
6. *Olumsuz sonuçlara rağmen sürdürme*: Sorunlara rağmen oynamaya devam etme
7. *Aldatma*: Oyun süresi hakkında çevresine yalan söyleme
8. *Kaçış*: Olumsuz duygulardan kaçmak için oyun oynama
9. *İşlevsellikte bozulma*: Eğitim, iş veya ilişkilerde ciddi sorunlar yaşama

DSM-5'te bu durumun değerlendirilmesi için belirli ölçütler önerilmiş, fakat bu ölçütlerin evrensel geçerliliğinin kesinleşmediği belirtilmiştir. Buna ek olarak, farklı kültürlerde oyun oynama alışkanlıklarının değişkenlik göstermesi ve teknolojinin hızla gelişmesi, tanı sürecini daha da zorlaştırmaktadır.

Buna karşılık, ICD-11'de 'oyun oynama bozukluğu' resmi bir tanı olarak kabul edilmiştir. ICD-11'e göre bu bozukluk; oyun oynama davranışı üzerinde kontrol kaybı, oyuna diğer etkinliklere göre öncelik verilmesi ve olumsuz sonuçlara rağmen davranışın devam ettirilmesi ile tanımlanmaktadır. Tanı konulabilmesi için bu belirtilerin genellikle en az 12 ay süreyle devam etmesi gerekmektedir. ICD-11'e göre oyun bağımlılığının kriterleri şunlardır:

1. *Kontrol kaybı*: Bireyin oyun oynama davranışı üzerinde (başlama, sıklık, süre, sonlandırma gibi) kontrolünün belirgin şekilde azalması.

2. *Önceliğin oyuna verilmesi*: Oyun oynama, bireyin yaşamındaki diğer ilgi alanlarına ve günlük sorumluluklarına (eğitim, iş, sosyal ilişkiler vb.) göre giderek daha öncelikli hale gelir.
3. *Olumsuz sonuçlara rağmen devam etme*: Kişi, oyun oynamanın yol açtığı psikolojik, sosyal, akademik veya fiziksel sorunlara rağmen bu davranışı sürdürür veya artırır.
4. *Süre ve şiddet kriteri*: Bu davranış örüntüsü genellikle en az 12 ay süreyle devam eder (ancak belirtiler çok şiddetliyse daha kısa sürede de tanı konulabilir).
5. *İşlevsellikte bozulma*: Davranış, bireyin kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel veya mesleki işlevselliğinde belirgin bir bozulmaya yol açar.

ICD-11, oyun bağımlılığını yalnızca 'çok oyun oynama' olarak değil; kontrol kaybı, öncelik değişimi ve olumsuz sonuçlara rağmen sürdürme ile birlikte yaşam işlevselliğini bozan klinik bir durum olarak ele alır. Bu iki sınıflandırma sistemi arasındaki fark, dijital oyun bağımlılığının doğasına ilişkin bilimsel tartışmaların sürdüğünü göstermektedir. DSM-5 daha temkinli bir yaklaşım benimserken, ICD-11 daha net bir tanımlama yapmıştır. Ancak her iki yaklaşım da ölçütlerin sınırları ve uygulanabilirliği konusunda bazı belirsizlikler içermektedir.

Uzmanlar, dijital oyun bağımlılığının sağlıklı oyun kullanımından nasıl ayrılacağı, hangi noktada patolojik bir davranış olarak değerlendirileceği ve hangi ölçütlerin temel alınması gerektiği konusunda hala görüş birliği sağlamaya çalışmaktadır. Bu nedenle, dijital oyun bağımlılığı alanında disiplinler arası ve kapsamlı araştırmalara duyulan ihtiyaç devam etmektedir.

6.4. Belirtiler ve Risk Faktörleri

Dijital oyun bağımlılığı, bireyin oyun oynama davranışı üzerinde kontrolünü kaybetmesi ve bu davranışın yaşamının merkezine yerleşmesi ile karakterize edilen çok boyutlu bir davranışsal bağımlılıktır. Bu bireyler oyun oynayamadıklarında huzursuzluk, gerginlik ve sabırsızlık yaşayabilmekte; oyun oynama sürelerini gizleme eğilimi gösterebilmekte ve sosyal ilişkiler ile günlük sorumluluklarını ihmal edebilmektedir.[19]

Alan yazında belirtiler arasında oyuna aşırı önem verme, diğer etkinliklere yönelik ilginin azalması, kullanım süresi üzerinde kontrol kaybı, sınırlandırmalara karşı tepki gösterme, oyunu bir kaçış aracı olarak kullanma ve olumsuz sonuçlara rağmen oyun oynamaya devam etme yer almaktadır.[18]

Bu belirtiler farklı boyutlarda ortaya çıkmaktadır. Biyolojik açıdan, oyun sırasında salgılanan dopaminin haz ve ödül duygusunu artırması, zamanla tolerans gelişimine ve daha uzun süre oyun oynama ihtiyacına yol açmaktadır.[54] Fiziksel açıdan, uzun süreli oyun oynama uyku bozuklukları, göz yorgunluğu, baş ağrısı ve kas-iskelet sistemi sorunlarına neden olabilmektedir.[55] Psikolojik açıdan, kaygı, huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, duygusal dalgalanmalar ve oyun oynanmadığında yoksunluk benzeri belirtiler ortaya çıkabilmektedir.[18] Sosyal açıdan ise yüz yüze iletişimin azalması, sosyal ilişkilerin zayıflaması ve sosyal izolasyon eğilimi görülmektedir.[56]

Dijital oyun bağımlılığı çoğu zaman tek başına görülmemekte; anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile uyku bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlarla birlikte ortaya çıkabilmektedir.[52,57]

Dijital oyun bağımlılığı, tek bir nedene bağlı olmayıp biyolojik, psikolojik, bilişsel, davranışsal, sosyal ve teknolojik faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. Biyolojik faktörler, beynin ödül sistemi ve dopamin salınımı yoluyla bağımlılık davranışını pekiştirmekte, bazı bireylerde genetik yatkınlık risk oluşturmaktadır. Psikolojik faktörler arasında depresyon, anksiyete, yalnızlık, düşük benlik saygısı ve stres gibi durumlar yer almakta, bireyler oyunları bir kaçış ve duygu düzenleme aracı olarak kullanabilmektedir.[58]

Bilişsel faktörler, oyunların sağladığı başarı hissi, kontrol duygusu ve ödül beklentisi aracılığıyla bireyin motivasyonunu artırarak bağımlılığı desteklemektedir. Davranışsal faktörler, uzun süreli oyun oynama alışkanlığı, kullanım süresini kontrol edememe ve oyunların ödül temelli yapısı ile ilişkilidir. Sosyal faktörler arasında sosyal beceri eksikliği, akran etkisi, sosyal izolasyon ve çevrim içi ortamlarda aidiyet arayışı yer almaktadır. Teknolojik faktörler ise internet erişiminin kolaylığı, mobil cihazların yaygınlığı ve oyunların sürekli güncellenen

yapısı sayesinde bireylerin oyunda daha uzun süre kalmasına neden olmaktadır.

6.5. Sonuçları

Dijital oyun bağımlılığı, uzun vadede bireyin akademik, mesleki, sosyal, psikolojik ve fiziksel yaşamı üzerinde önemli olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.[52] Başlangıçta eğlence amacıyla gerçekleştirilen oyun oynama davranışı, kontrolsüz hale geldiğinde bireyin yaşam kalitesini düşüren ciddi bir soruna dönüşebilmektedir.[46]

Akademik açıdan, oyun oynama süresinin artmasıyla birlikte ders çalışma süresi azalmakta, dikkat ve odaklanma becerileri zayıflamakta ve akademik başarı düşmektedir.[55] Bu durum zamanla sorumlulukların ertelenmesine, okuldan uzaklaşmaya ve eğitim hayatında gerilemeye neden olabilmektedir. Mesleki yaşamda ise bireylerin işlerine odaklanma düzeyi azalmakta, verimlilik düşmekte ve zaman yönetimi sorunları ortaya çıkmaktadır.[59] Bu durum, iş performansının olumsuz etkilenmesine, kariyer gelişiminin sekteye uğramasına ve uzun vadede iş kaybı riskinin artmasına yol açabilmektedir.

Psikolojik açıdan, oyun bağımlılığı bireyin gerçek yaşamdan uzaklaşmasına ve sanal dünyaya yönelmesine neden olmaktadır. Oyun ortamında elde edilen başarı ve tatmin duygusu, gerçek yaşamın daha az çekici algılanmasına yol açabilmekte; bu durum motivasyon kaybı, depresif belirtiler ve yaşam doyumunda azalma ile sonuçlanabilmektedir.[58,56]

Sosyal açıdan, bireyin aile ve arkadaş ilişkileri zayıflamakta, yüz yüze iletişim azalmakta ve sosyal izolasyon artmaktadır.[48] Bu süreçte birey, gerçek sosyal etkileşimler yerine sanal ortamlara yönelmekte ve zamanla yalnızlık hissi derinleşmektedir. Fiziksel açıdan ise uzun süreli hareketsizlik, obezite, kas ve iskelet sistemi sorunları ile uyku bozuklukları gibi sağlık problemlerine yol açabilmektedir.[55] Özellikle uyku düzeninin bozulması, bireyin genel sağlık durumunu ve günlük işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca oyun bağımlılığı, bireyin davranışsal kontrol mekanizmalarını zayıflatarak diğer bağımlılık türlerine yönelme riskini artırabilmektedir.[18] Bu durum, bireyin yaşamını daha karmaşık ve yönetilmesi zor bir hale getirmektedir.

Dijital oyun bağımlılığı, bireyin yaşamının birçok alanında olumsuz etkiler yaratan, çok boyutlu ve ciddi bir problem olarak değerlendirilmekte; bu nedenle erken fark edilmesi ve gerekli önleyici müdahalelerin yapılması büyük önem taşımaktadır.

7. Sosyal Medya Bağımlılığı

7.1. Kullanım Nedenleri

Sosyal medya, web teknolojileri temelinde geliştirilen ve bireylerin internet tabanlı platformlar aracılığıyla içerik oluşturmasına, paylaşmasına ve diğer kullanıcılarla etkileşim kurmasına olanak tanıyan dijital iletişim ortamlarıdır. Özellikle Web 2.0 teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte kullanıcılar pasif bilgi alıcısı olmaktan çıkmış, aktif içerik üreticileri haline gelmiştir. Bu platformlar aracılığıyla bireyler metin, görsel ve video gibi içerikleri üretip paylaşabilmekte; yorum yapma, beğenme ve mesajlaşma gibi etkileşimler yoluyla iletişim kurabilmektedir. Sosyal medya, bireyler arasında bilgi alışverişini hızlandıran, topluluk oluşumunu destekleyen ve sosyal ilişkilerin dijital ortama taşınmasını sağlayan önemli bir iletişim ortamı olarak değerlendirilmektedir.[60]

Sosyal medya platformları, yapısal özellikleri ve kullanım amaçlarına göre farklı türlere ayrılmaktadır. Bu kapsamda sosyal ağ siteleri, kullanıcıların profil oluşturmasına, bağlantı kurmasına ve etkileşimde bulunmasına olanak tanıyan platformlar olarak öne çıkmakta; Facebook, LinkedIn ve X (Twitter) bu kategoriye örnek gösterilmektedir. Görsel içerik paylaşım platformları ise fotoğraf ve video temelli içerik üretimi ve paylaşımına odaklanmakta olup Instagram, TikTok ve YouTube gibi uygulamaları kapsamaktadır. Video paylaşım ve akış platformları, video içeriklerinin üretimi, yayınlanması ve izlenmesine dayalı yapılarıyla dikkat çekerken; YouTube ve Twitch bu türün önde gelen örnekleri arasında yer almaktadır. Mesajlaşma ve sohbet uygulamaları ise kullanıcıların bireysel veya grup halinde iletişim kurmasına olanak tanımakta; WhatsApp, Messenger ve Telegram bu kategoride değerlendirilmektedir. Sosyal medya platformları farklı işlevlere göre çeşitlenmekle birlikte, çoğu platformda ortak etkileşim özellikleri

bulunmakta ve bu özellikler kullanıcı deneyimini şekillendirerek kullanım davranışlarını etkilemektedir (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2026)[61]

Sosyal medya kullanımı, bireylerin psikolojik, sosyal ve bireysel ihtiyaçlarına bağlı olarak farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda en temel kullanım nedenlerinden biri, bireylerin iletişim kurma ve sosyal etkileşim ihtiyacıdır. Sosyal medya platformları, kullanıcıların mevcut ilişkilerini sürdürmesine, yeni sosyal bağlantılar kurmasına ve sosyal çevresini genişletmesine olanak tanımaktadır. Bir diğer önemli neden, bilgiye erişim ve bilgi paylaşımıdır. Bireyler sosyal medya aracılığıyla güncel gelişmeleri takip etmekte, farklı konularda bilgi edinmekte ve kendi görüşlerini diğer kullanıcılarla paylaşabilmektedir. Bu durum, sosyal medyanın aynı zamanda önemli bir bilgi ve haber kaynağı olarak kullanılmasına katkı sağlamaktadır.

Psikolojik açıdan sosyal medya, bireyler için bir eğlence ve boş zaman değerlendirme aracı olarak işlev görmektedir. Kullanıcılar çeşitli içerikleri tüketerek keyif almakta ve günlük yaşamın stresinden uzaklaşabilmektedir. Bunun yanı sıra sosyal medya, bireylerin kendini ifade etme ve kimlik oluşturma ihtiyacını karşılayan bir platform sunmaktadır. Kullanıcılar paylaşımları aracılığıyla kendilerini tanıtmakta ve diğer kullanıcıların geri bildirimleri yoluyla sosyal onay elde etmektedir.

Sosyal medya kullanımını artıran bir diğer önemli faktör ise kaçış ve duygu düzenleme ihtiyacıdır. Özellikle stres, yalnızlık ve kaygı gibi olumsuz duygular yaşayan bireyler, bu duygulardan uzaklaşmak amacıyla sosyal medyaya yönelebilmektedir.

Teknolojik faktörler de sosyal medya kullanımını önemli ölçüde etkilemektedir. Mobil cihazların yaygınlaşması, internet erişiminin kolaylaşması ve uygulamaların kullanıcı dostu yapısı, bireylerin sosyal medyaya her an ve her yerden erişebilmesini mümkün kılmaktadır. Bu durum, sosyal medya kullanım sıklığını ve süresini artıran önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir.

7.2. Yaygınlığı

Sosyal medya kullanımı küresel ölçekte son yıllarda hızla artmış ve geniş kitlelere yayılmıştır. Güncel verilere göre dünya genelinde sosyal medya kullanıcı sayısı 5,6 milyarı aşmış olup, internet kullanıcılarının

büyük çoğunluğu aktif olarak sosyal medya kullanmaktadır. Kullanıcılar haftalık ortalama yaklaşık 19 saatlerini bu platformlarda geçirmekte ve birden fazla sosyal medya platformunu eş zamanlı olarak kullanmaktadır. Bu durum, sosyal medyanın küresel düzeyde günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline geldiğini göstermektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2025 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması bulgularına göre 16-74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranı %90,9'dur. Türkiye'de sosyal medya kullanımı oldukça yaygındır ve her geçen yıl artış göstermektedir. Türkiye'de sosyal medya kullanıcı sayısı 65 milyonu aşmış olup, internet kullanan bireylerin büyük çoğunluğu sosyal medya platformlarında aktif olarak yer almaktadır. Günlük kullanım süreleri incelendiğinde, bireylerin ortalama 3 saatten fazla zamanını sosyal medyada geçirdiği, genç yaş gruplarında ise bu sürenin daha da yükseldiği görülmektedir. Ayrıca Türkiye'de sosyal medya kullanım süresinin küresel ortalamaların üzerinde olduğu dikkat çekmektedir.

İnternet kullanım amaçları incelendiğinde sosyal ağlara katılımın oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Son üç ay içerisinde internet kullanan bireylerin %89,5'i sosyal ağlara katılım (profil oluşturma, mesaj gönderme, fotoğraf veya içerik paylaşma gibi faaliyetler) gerçekleştirmiştir. Anlık mesajlaşma uygulamaları ise çevrim içi iletişim faaliyetleri içinde en yaygın kullanım alanı olarak öne çıkmaktadır. WhatsApp, Messenger, Skype, Viber ve benzeri uygulamaların toplam kullanım oranı %96,7'dir (TÜİK, 2025).[62]

Hem dünya genelinde hem de Türkiye'de sosyal medya kullanımı oldukça yaygın olup, bireylerin günlük yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Ancak bu yaygınlık, kontrolsüz ve aşırı kullanım durumlarında çeşitli bireysel ve toplumsal sorunları da beraberinde getirebilmektedir.[61]

7.3. Tanımı ve Tanı Kriterleri

Sosyal medya bağımlılığı; her yaş grubundaki bireylerin teknoloji ve internetin sunmuş olduğu imkanlardan yararlanarak iletişim kurma, mesajlaşma, fotoğraf ya da bilgi paylaşımı, oyun oynama, video izleme, müzik dinleme gibi sosyal medyada aşırı zaman geçirmeleri ve

kullanım süreleri konusunda başarısız olmalarına bağlı olarak kişisel, sosyal, eğitsel ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmede güçlük çekmeleri ve buna bağlı olarak çeşitli psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik vb. sorunlar yaşamalarına neden olan bir hastalık veya bozukluk olarak tanımlanabilir.[60]

Sosyal medya bağımlılığı DSM-5 ve ICD-11'de doğrudan bir tanı kategorisi olarak yer almamakta; ancak her iki sistemde de 'internet oyun oynama bozukluğu' ve oyun oynama bozukluğu' davranışsal bağımlılıklar için tanımlanan ölçütler çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu durum, sosyal medya bağımlılığının klinik olarak henüz tam anlamıyla sınıflandırılmamış olsa da önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak kabul edildiğini göstermektedir.

Sosyal medya bağımlılığı için genel olarak aşağıdaki ölçütler dikkate alınır:[60]

- Aşırı kullanım: Kişinin sürekli sosyal medyayı düşünmesi ve uzun süre kullanması
- Kontrol kaybı: Kullanım süresini azaltamama veya bırakmada başarısız olma
- Yoksunluk belirtileri: Kullanamadığında huzursuzluk, kaygı veya sinirlilik hissetme
- Tolerans gelişimi: Aynı doyumu sağlamak için giderek daha fazla zaman harcama
- Günlük yaşamın etkilenmesi: İş, okul, sosyal ilişkiler ve sorumlulukların ihmal edilmesi
- Kaçış amacıyla kullanım: Olumsuz duygulardan (stres, yalnızlık, depresyon) kaçmak için sosyal medyaya yönelme
- Devam etme davranışı: Zararlarını bilmesine rağmen kullanımı sürdürme

Sosyal medya bağımlılığını açıklamak için üç temel model öne çıkmaktadır. Bilişsel-davranışsal model; sosyal medyanın yanlış algılanması ve çevresel faktörlerle pekişmesi sonucu bağımlılık geliştiğini savunur. Sosyal beceri modeli; yüz yüze iletişimde yetersizlik yaşayan bireylerin çevrimiçi iletişime yönelerek sosyal medyayı aşırı kullanmaya başladığını vurgular. Sosyo-bilişsel model; bireylerin sosyal medyadan olumlu sonuç beklemesi ve kendine yeterlilik algısındaki

sorunların bağımlılığa yol açtığını ifade eder. Bu modeller sosyal medya bağımlılığının bilişsel, sosyal ve psikolojik etkenlerin birleşimiyle ortaya çıktığını göstermektedir.

7.4. Belirtileri ve Risk Faktörleri

Sosyal medya bağımlılığına ilişkin uluslararası düzeyde kesinleşmiş tanı kriterleri bulunmamakla birlikte, alan yazında yer alan ölçeklere dayanarak bazı ortak belirtiler tanımlanmaktadır. Bu kapsamda bireyler sosyal medyayı sıklıkla gerçek yaşamdan kaçış aracı olarak kullanmakta ve planladıklarından daha uzun süre çevrim içi kalabilmektedir. Özellikle olumsuz duyguların yoğun olduğu dönemlerde sosyal medya kullanımının rahatlatıcı bir işlev gördüğü, ancak aşırı kullanımın günlük işlevselliği olumsuz etkileyerek sorumlulukların aksamasına ve verimliliğin düşmesine yol açtığı görülmektedir.

Bağımlılık belirtileri arasında sosyal medya kullanımına yönelik yoğun zihinsel meşguliyet, kullanım süresi üzerinde kontrol kaybı ve kullanımın sınırlandırılmasına karşı tepki gösterme yer almaktadır. Bireyler sabah uyandıklarında ilk olarak sosyal medyayı kontrol etme eğilimi gösterebilmekte, gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO) nedeniyle platformlardan uzak kalmakta zorlanabilmektedir. Ayrıca kullanım sırasında rahatsız edilme durumunda huzursuzluk ve sinirlilik gibi tepkiler ortaya çıkabilmektedir.

Sosyal açıdan değerlendirildiğinde, bireyler yüz yüze etkileşim yerine çevrim içi iletişimi tercih edebilmekte, aile ve yakın çevre ile olan ilişkilerini ihmal edebilmekte ve sanal ilişkileri gerçek yaşam ilişkilerinin önüne koyabilmektedir. Sosyal medya gruplarıyla sürekli bağlantıda kalma isteği ve gündemi anlık takip etme ihtiyacı da kullanım süresini artıran önemli göstergeler arasında yer almaktadır.

Sosyal medya bağımlılığı, tek bir nedene bağlı olmayan; bireysel, sosyal, davranışsal ve teknolojik faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir olgudur. Bireysel (psikolojik) faktörler arasında düşük benlik saygısı, yalnızlık, depresyon, kaygı ve dürtü kontrolünde zorluklar yer almakta; bu durumlar bireylerin sosyal medyayı bir kaçış ve duygu düzenleme aracı olarak kullanmasına neden olmaktadır.

Sosyal faktörler, yetersiz sosyal beceriler, yüz yüze iletişimde güçlük, sosyal kabul ve onay ihtiyacı gibi unsurları içermekte; bu durum bireylerin çevrim içi ortamlara yönelmesini artırmaktadır. Demografik açıdan özellikle ergenler ve genç yetişkinler daha yüksek risk grubunda yer almakta; bazı araştırmalar kadınların sosyal medya kullanım sürelerinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir.

Davranışsal faktörler arasında sosyal medyada uzun süre vakit geçirme, günün ilk anlarında sosyal medyayı kontrol etme ve boş zamanların büyük kısmını bu platformlara ayırma öne çıkmaktadır. Teknolojik ve çevresel faktörler ise mobil cihazların yaygınlığı, internet erişiminin kolaylığı ve sürekli bildirimler gibi unsurlar aracılığıyla kullanım sıklığını artırmaktadır. Ayrıca sosyal medyanın eğlence, kaçış ve yalnızlık giderme amacıyla kullanılması ile gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO) gibi motivasyonlar bağımlılık riskini güçlendiren önemli etkenler arasında yer almaktadır.

Sonuç olarak sosyal medya bağımlılığı; bireysel özellikler, sosyal çevre ve teknolojik olanakların etkileşimiyle gelişen, çok boyutlu bir yapıya sahip olup bireyin günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur.

7.5. Sonuçları

Sosyal medya bağımlılığı, bireyin yaşamını çok yönlü etkileyen ve psikolojik, bilişsel, sosyal, davranışsal ve fiziksel alanlarda önemli sonuçlar doğuran bir durumdur.

Psikolojik açıdan, aşırı sosyal medya kullanımı anksiyete, depresyon, yalnızlık, stres ve dürtüsellik gibi sorunlarla ilişkilendirilmektedir.[63] Bağımlı bireylerde belirginlik, duygudurum düzenleme, tolerans ve yoksunluk gibi bağımlılığa özgü belirtiler gözlemlenmekte; bu durum duygusal dalgalanmalara ve sosyal medya kullanımına yönelik yoğun zihinsel meşguliyete yol açmaktadır.[64,65] Ayrıca bireylerin diğer kullanıcıların idealize edilmiş yaşamlarıyla kendilerini karşılaştırmaları, düşük özsaygı ve yetersizlik duygularını artırabilmektedir.[65]

Bilişsel açıdan, sürekli bildirimlere maruz kalma dikkat dağınıklığına, odaklanma güçlüğüne ve karar verme süreçlerinde zayıflamaya

neden olabilmektedir. Bu durum, bireylerin akademik ve mesleki performansını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Sosyal açıdan, sosyal medya bağımlılığı yüz yüze iletişimin azalmasına ve sosyal ilişkilerin zayıflamasına yol açmaktadır. Aile ve arkadaş ilişkilerinde çatışmalar, güvensizlik ve ilişki doyumunda azalma görülmekte; bireyler zamanla gerçek sosyal ilişkiler yerine çevrim içi etkileşimleri tercih edebilmektedir.[60]

Davranışsal açıdan, kontrol kaybı, zaman yönetiminde bozulma ve sorumlulukların ihmal edilmesi öne çıkmaktadır. Sosyal medya kullanımı, bireyin günlük yaşamının önüne geçerek eğitim, iş ve kişisel yaşamındaki işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir.

Fiziksel açıdan ise uzun süreli kullanım; obezite, duruş bozuklukları, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, baş ve boyun ağrıları, göz yorgunluğu ve uyku problemleri gibi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Özellikle çocuk ve ergenlerde aşırı kullanımın uyku düzensizliği, davranış problemleri ve beden algısı sorunları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.[66,67]

Bu etkilerin sonucunda sosyal medya bağımlılığı, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Eğitim ve iş yaşamında verimlilik azalmakta, kişilerarası ilişkiler zayıflamakta ve sosyal izolasyon artmaktadır.[68,69] Ayrıca bireylerde gerçek benlik ile çevrim içi benlik arasında uyumsuzluk gelişebilmekte ve bu durum psikolojik sorunları derinleştirebilmektedir.

Sosyal medya bağımlılığı aynı zamanda siber zorbalık, mahremiyet ihlalleri, dolandırıcılık ve şantaj gibi riskleri de beraberinde getirmektedir. Bunun yanı sıra 'kaçırma korkusu' (FOMO), sonsuz kaydırma ve otomatik oynatma gibi platform özellikleri bağımlılığı pekiştirerek bireyin kullanım üzerindeki kontrolünü zorlaştırmaktadır.[25,70]

Toplumsal düzeyde ise sosyal medya, iletişim ve etkileşim biçimlerini dönüştürmektedir. Yüz yüze iletişimin azalması, sosyal becerilerin zayıflaması ve ilişkilerin yüzeyselleşmesi bu dönüşümün temel sonuçları arasında yer almaktadır. Ayrıca anonimlik ve düşük özdenetim, siber zorbalık ve nefret söylemi gibi riskleri artırmakta; algoritmaların oluşturduğu yankı odaları ise toplumsal kutuplaşmayı

güçlendirebilmektedir. Özellikle çocuklar ve ergenler bu risklere karşı daha kırılgan bir grubu oluşturmaktadır.

Sonuç olarak sosyal medya bağımlılığı, bireysel düzeyde psikolojik, bilişsel ve fiziksel sorunlara; toplumsal düzeyde ise iletişim biçimlerinin değişmesine ve sosyal uyumun zayıflamasına yol açabilen çok boyutlu bir problem olarak değerlendirilmektedir.

8. Sanal Kumar Bağımlılığı

8.1. Oynama Nedenleri

Kumar, tarih boyunca farklı toplumlarda varlığını sürdüren ve bireyin değer verdiği bir unsuru riske atarak kazanç elde etme beklentisine dayanan bir davranıştır. Tarihsel süreçte Çin ve Mısır gibi uygarlıklarda görülen kumar, Osmanlı döneminde sınırlı düzeyde varlığını sürdürmüş, Cumhuriyet döneminde ise kurumsal bir yapı kazanmıştır.[71,72] Günümüzde teknolojik gelişmelerle birlikte kumar davranışı dijital ortama taşınmış ve çevrimiçi platformlar aracılığıyla daha erişilebilir hale gelmiştir.

Kumar; şans oyunları, bahis ve talih oyunları olmak üzere üç temel grupta incelenmektedir Bu davranış, problemli kumar, patolojik kumar ve kumar oynama bozukluğu gibi farklı düzeylerde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle internetin yaygınlaşmasıyla birlikte ortaya çıkan çevrimiçi (sanal) kumar, zaman ve mekân sınırlamasının olmaması, anonimlik ve hızlı ödül mekanizmaları gibi özellikleri nedeniyle bağımlılık riskini artırmaktadır.[18,73]

Çevrimiçi kumar; bahis, slot makineleri, rulet ve diğer casino oyunları gibi çeşitli türleri kapsamakta ve bilgisayar, mobil telefon ve diğer dijital cihazlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Dijital ödeme sistemleri ve sanal para kullanımı, bireylerde gerçek kayıp algısını azaltarak kumar davranışını pekiştirebilmektedir.[74] Sonuç olarak, teknolojik gelişmeler kumar davranışının yaygınlaşmasını kolaylaştırırken, özellikle çevrimiçi kumarın erişilebilirliği ve yapısal özellikleri bağımlılık riskini önemli ölçüde artırmaktadır.

Bireylerin sanal kumar oynama davranışları farklı motivasyonlara dayanmaktadır ve bu motivasyonlar psikolojik, sosyal ve ekonomik

etkenlerle şekillenmektedir. En yaygın amaçlardan biri eğlenme ve boş zaman değerlendirme isteğidir. Bunun yanı sıra bireyler, hızlı ve yüksek kazanç elde etme beklentisiyle de çevrimiçi kumara yönelmektedir. Özellikle ekonomik zorluk yaşayan kişiler için kumar, kısa yoldan gelir elde etme aracı olarak algılanabilmektedir.[75]

Sanal kumar oynama amaçları arasında duygusal düzenleme de önemli bir yer tutmaktadır. Depresyon, anksiyete, stres ve yalnızlık gibi olumsuz duygular yaşayan bireyler, bu duygulardan kaçınmak veya geçici rahatlama sağlamak amacıyla kumar oynayabilmektedir. Bu durum, kumarın bir kaçış ve baş etme mekanizması olarak kullanılmasına yol açmaktadır.[76,77]

Bunun yanı sıra heyecan arayışı ve risk alma eğilimi de önemli motivasyon kaynaklarıdır. Çevrimiçi kumarın sunduğu hızlı sonuçlar, sürekli ödül olasılığı ve belirsizlik, bireylerde adrenalin ve haz duygusunu artırarak oyuna devam etme isteğini güçlendirmektedir. Sosyal etkileşim ihtiyacı da bir diğer faktör olup, bazı bireyler çevrimiçi platformlar aracılığıyla diğer oyuncularla etkileşim kurmak ve aidiyet duygusu geliştirmek amacıyla kumar oynayabilmektedir.[78,79]

Sanal kumar oynama davranışı; eğlence, kazanç elde etme, duygusal kaçış, heyecan arayışı ve sosyal ihtiyaçlar gibi çok boyutlu motivasyonlara dayanmaktadır. Bu motivasyonların anlaşılması, bağımlılık riskinin önlenmesi ve müdahale süreçlerinin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

8.2. Tanım ve Tanı Kriterleri

Kumar bağımlılığı ilk olarak DSM-III ile 'patolojik kumar oynama' olarak tanımlanmıştır. DSM-IV döneminde dürtü kontrol bozuklukları arasında yer alırken, DSM-5 ile birlikte 'madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları' kategorisi altında, 'madde ile ilişkili olmayan bozukluk' olarak sınıflandırılmıştır. Bu değişiklik, davranışsal bağımlılıkların klinik olarak tanınması açısından önemli bir gelişmedir.

Sanal kumar, internet ve dijital platformlar aracılığıyla gerçekleştirilen kumar faaliyetlerini ifade etmektedir. Bu tür kumar, çevrim içi casinolar, bahis siteleri ve mobil uygulamalar üzerinden erişilebilir olması nedeniyle geleneksel kumar türlerine kıyasla daha kolay ulaşılabilir ve

daha hızlı oynanabilir bir yapıya sahiptir. Anonimlik, sürekli erişim imkanı ve hızlı ödül döngüsü gibi özellikler, bireylerin kontrol kaybı yaşama riskini artırarak bağımlılık gelişimini kolaylaştırabilmektedir. Bu bağlamda sanal kumar bağımlılığı, bireyin çevrim içi kumar davranışını kontrol edememesi, bu davranışı sürdürmek için giderek daha fazla zaman ve para harcaması ve olumsuz sonuçlara rağmen kumar oynamaya devam etmesi ile karakterize edilmektedir.

DSM-5'e göre 'çevrimiçi kumar bağımlılığı' ayrı bir tanı olarak geçmez; bunun yerine DSM-5'te 'kumar oynama bozukluğu' başlığı altında değerlendirilir. Bu tanı, sanal kumarı da kapsar. Aşağıdaki belirtilerden 12 ay içinde en az 4'ünün bulunması gerekir:

- Giderek artan miktarlarda kumar oynama ihtiyacı (tolerans gelişimi)
- Kumarı azaltma ya da bırakma girişimlerinde huzursuzluk veya irritabilite
- Kumarı kontrol etmek, azaltmak veya bırakmak için başarısız girişimler
- Kumarla ilgili sürekli zihinsel meşguliyet (geçmiş oyunları düşünme, plan yapma vb.)
- Sıkıntılı duygularla baş etmek için kumar oynama (ör. suçluluk, kaygı, depresyon)
- Kaybettiklerini geri kazanmak için tekrar kumar oynama ('kayıp kovalamaca')
- Kumar oynama miktarı hakkında yalan söyleme
- Kumar nedeniyle önemli ilişkileri, işi veya eğitim fırsatlarını riske atma/kaybetme
- Kumarın yol açtığı maddi sıkıntıları gidermek için başkalarına güvenme

Şiddet düzeyi, karşılanan kriter sayısına göre belirlenir. Buna göre 4–5 kriterin karşılanması hafif düzeyi, 6–7 kriterin karşılanması orta düzeyi ve 8–9 kriterin karşılanması ise ağır düzeyi ifade eder.

8.3. Yaygınlık

Kumar bağımlılığı, dünya genelinde giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmektedir. Güncel çalışmalar, yetişkin nüfusta

kumar oynama bozukluğunun yaklaşık %1,2–%1,9 oranında görüldüğünü ortaya koymaktadır.[80] Bununla birlikte riskli kumar davranışı gösteren bireylerin oranı daha yüksek olup, yetişkinlerin yaklaşık %8,7'sinin riskli düzeyde kumar oynadığı bildirilmektedir. Küresel ölçekte yapılan değerlendirmeler, kumarın yalnızca tanı alan bireylerle sınırlı kalmadığını; yaklaşık 400–450 milyon insanın kumara bağlı davranışsal veya sosyal zararlar yaşadığını ve en az 80 milyon kişinin kumar oynama bozukluğu kriterlerini karşıladığını göstermektedir.81 Bu veriler, kumarın etkilerinin bireysel düzeyin ötesine geçerek geniş bir toplumsal boyut kazandığını ortaya koymaktadır.

Özellikle çevrimiçi kumar, bağımlılık riski açısından daha dikkat çekici bir alan olarak öne çıkmaktadır. Araştırmalar, online casino ve slot oyunları oynayan bireyler arasında problemli kumar oranlarının %15,8'e kadar ulaşabildiğini göstermektedir.[80] Dijital teknolojilerin gelişmesiyle birlikte kumarın daha erişilebilir, hızlı ve sürekli hale gelmesi, bireylerin bu davranışı kontrol etmesini zorlaştırmakta ve bağımlılık riskini artırmaktadır.

Kumar bağımlılığı; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan çok boyutlu bir bozukluktur. Risk faktörleri arasında genç yaş, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim seviyesi önemli bir yer tutmaktadır. Bireysel özellikler açısından dürtüsellik, risk alma eğilimi, düşük benlik saygısı ve duygu düzenleme güçlükleri kumar davranışını artıran temel etmenlerdir. Ayrıca depresyon, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile madde kullanım bozuklukları gibi eş tanılı psikiyatrik durumlar da bağımlılık gelişiminde önemli rol oynamaktadır.

Sosyal ve çevresel faktörler de kumar bağımlılığının gelişiminde belirleyicidir. Parçalanmış aile yapısı, aile içi çatışmalar, düşük sosyal destek ve bireyin yakın çevresinde kumar davranışının bulunması, kumara yönelme riskini artırmaktadır. Bunun yanı sıra ekonomik zorluklar, işsizlik ve kumarın toplumsal düzeyde normalleştirilmesi de önemli risk etkenleri arasında yer almaktadır.[76,82]

Çevrimiçi kumarın sunduğu anonimlik, kolay erişilebilirlik ve hızlı geri bildirim gibi özellikler, bağımlılık gelişimini daha da kolaylaştırmaktadır. İnternet üzerinden kumar oynama, zaman ve mekan

sınırlamalarını ortadan kaldırarak bireyin davranış üzerindeki kontrolünü azaltmakta; mikro ödemeler ve dijital para kullanımı ise harcama farkındalığını düşürmektedir. Bu durum, çevrimiçi kumarın geleneksel kumar türlerine kıyasla daha yüksek bağımlılık riski taşımasına neden olmaktadır.

Kumar bağımlılığı, görece düşük yaygınlık oranlarına rağmen geniş kitleleri etkileyen, çok boyutlu ve karmaşık bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle riskli kullanım ve kumara bağlı zararların yaygınlığı dikkate alındığında, erken tanılama, risk faktörlerinin belirlenmesi ve önleyici müdahalelerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

8.4. Belirtileri ve Risk Faktörleri

Sanal kumar bağımlılığı, bireyin yaşamını psikolojik, sosyal, ekonomik ve fiziksel boyutlarda olumsuz etkileyen çok yönlü bir davranışsal bağımlılıktır. Psikolojik açıdan; depresyon, anksiyete, stres, suçluluk ve umutsuzluk gibi sorunlarla ilişkili olup, özsaygı kaybı, dürtü kontrolünde zayıflama ve karar verme süreçlerinde bozulmalarla kendini göstermektedir. Ayrıca kumar bağımlılığı çoğu zaman diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmekte ve bu durum sürecin daha karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır.[83]

Sosyal açıdan, bağımlılık bireyin aile ve sosyal ilişkilerini zedelemekte; güven kaybı, iletişim sorunları, çatışmalar ve sosyal izolasyon gibi sonuçlar doğurmaktadır. Kumar davranışına eşlik eden gizleme ve yalan söyleme eğilimleri, bireyin sosyal uyumunu zorlaştırmaktadır. Ekonomik etkiler ise bağımlılığın en belirgin sonuçları arasında yer almakta; artan harcamalar, borçlanma, iş kaybı ve finansal sorunlar bireyin yaşam kalitesini ciddi biçimde düşürmektedir.[84] Fiziksel açıdan ise hareketsizlik, uyku düzensizliği ve sağlıksız yaşam alışkanlıklarına bağlı çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir.

Sanal kumar bağımlılığı, tek bir nedene indirgenemeyen; biyolojik, psikolojik, bilişsel, davranışsal ve sosyal etmenlerin etkileşimiyle gelişen karmaşık bir süreçtir. Biyolojik faktörler arasında ödül sistemi ve dopamin salınımı önemli rol oynamakta, genetik yatkınlık bağımlılık riskini artırmaktadır.[85] Psikolojik faktörler kapsamında dürtüsellik,

düşük öz-denetim, depresyon ve anksiyete gibi durumlar bireyleri kumara yöneltebilmektedir.[86]

Bilişsel etmenler, bireylerin kontrol yanılsaması ve şansa dayalı sonuçları kontrol edebileceğine dair inançlar geliştirmesiyle kumar davranışının sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.[87] Davranışsal etmenler ise ödül ve pekiştirme mekanizmaları ile açıklanmakta; kazanma deneyimleri davranışı güçlendirerek bağımlılık sürecini desteklemektedir. Sosyal ve çevresel faktörler arasında ise aile yapısı, sosyal çevre, düşük sosyoekonomik düzey ve kumara erişim kolaylığı önemli yer tutmaktadır.[9,20,21,88]

Teknolojik gelişmeler ve internetin yaygınlaşması, sanal kumarı daha erişilebilir ve cazip hale getirmiştir. Anonimlik, sürekli erişim, hızlı geri bildirim ve mobil cihazlar aracılığıyla her an kumar oynanabilmesi, özellikle gençler ve psikososyal açıdan daha kırılgan bireyler için bağımlılık riskini artırmaktadır.[5,75,87]

Sonuç olarak sanal kumar bağımlılığı; nörobiyolojik süreçler, psikolojik kırılganlıklar, bilişsel çarpıtmalar, davranışsal pekiştirme ve sosyal çevrenin etkileşimiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir sorundur. Bu nedenle bağımlılığın önlenmesi ve tedavisinde bütüncül ve çok disiplinli yaklaşımların benimsenmesi büyük önem taşımaktadır.

8.5. Sonuçları

Sanal kumar bağımlılığı, bireyin yaşamının birçok alanında kısa ve uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açan ciddi bir davranışsal bağımlılıktır. Bu sonuçlar psikolojik, sosyal, ekonomik ve fiziksel boyutlarda ortaya çıkmaktadır. Psikolojik sonuçlar arasında depresyon, anksiyete, stres, suçluluk ve utanç duyguları öne çıkmaktadır. Bireyler, yaşadıkları maddi kayıplar ve kontrol kaybı nedeniyle yoğun pişmanlık ve umutsuzluk hissedebilmekte, bu durum zamanla özsaygı kaybına yol açabilmektedir. İleri düzeyde bağımlılık durumlarında intihar düşünceleri ve kendine zarar verme davranışları da görülebilmektedir. Sosyal sonuçlar, bireyin aile ve çevre ilişkilerinde bozulmalar şeklinde kendini göstermektedir. Güven kaybı, iletişim sorunları, çatışmalar ve sosyal izolasyon sık karşılaşılan durumlardır. Kumar davranışını gizleme eğilimi ve buna eşlik eden yalan söyleme davranışları, aile içi

ilişkileri daha da zedelemektedir. Ekonomik sonuçlar, bağımlılığın en belirgin ve yıkıcı etkilerinden biridir. Bireyler kontrolsüz harcamalar sonucunda ciddi maddi kayıplar yaşayabilmekte, borçlanma, kredi yükü ve hatta iflas gibi durumlarla karşılaşabilmektedir. Bu süreçte iş kaybı ve üretkenlikte azalma da sık görülmektedir. Fiziksel sonuçlar ise genellikle dolaylıdır. Uzun süre ekran başında kalma, düzensiz yaşam alışkanlıkları, uyku problemleri ve yetersiz beslenme gibi faktörler bireyin genel sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Bu durum yorgunluk, baş ağrısı ve çeşitli psikosomatik şikayetlere yol açabilmektedir.[20,76]

Sanal kumar bağımlılığı; bireyin ruh sağlığını, sosyal ilişkilerini, ekonomik durumunu ve fiziksel iyilik halini ciddi biçimde olumsuz etkileyen çok boyutlu bir sorundur. Bu nedenle erken müdahale, psikososyal destek ve önleyici çalışmalar büyük önem taşımaktadır.

9. Sanal Alışveriş Bağımlılığı

9.1. Sanal Alışverişin Nedenleri

Sanal alışveriş, günümüzde bireylerin tüketim davranışlarında önemli bir yer tutmakta ve farklı faktörlerin etkileşimiyle şekillenmektedir. Çevrimiçi alışverişin tercih edilmesinde pratiklik ve zaman tasarrufu sağlayan etkenler belirleyici rol oynamaktadır. Haftanın 7 günü, günün her saati alışveriş yapılabilmesi, ürünlerin hızlı ve kolay karşılaştırılabilmesi ve fiziksel alışverişin getirdiği zaman ve mekân sınırlamalarından kaçınılabilmesi, bireyleri çevrimiçi platformlara yönlendirmektedir.[89,90]

Toplumsal ve kültürel etmenler de sanal alışverişin yaygınlaşmasında etkili olmaktadır. Modern toplumda alışveriş yalnızca ihtiyaç karşılamanın ötesinde bir boş zaman etkinliği ve sosyal faaliyet olarak görülmekte; materyalizm ve tüketim anlayışı, bireylerin satın alma davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Maddi varlıkların mutluluk, statü ve başarı ile ilişkilendirilmesi, bireylerde daha yoğun tüketim eğilimine yol açmaktadır.[28,91]

Teknolojik ve ekonomik gelişmeler de çevrimiçi alışverişin artmasında önemli rol oynamaktadır. İnternet ve mobil cihaz kullanımının yaygınlaşması, sosyal medya reklamları ve dijital pazarlama teknikleri

bireylerin alışverişe yönelmesini kolaylaştırmakta; kredi kartları ve dijital ödeme sistemleri ise harcamanın somut olarak hissedilmemesine neden olarak kontrolsüz alışverişi teşvik etmektedir.[92,93]

Psikolojik ve klinik faktörler de sanal alışveriş davranışını şekillendirmektedir. Depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk ve kişilik bozuklukları gibi durumlar bireylerin satın alma davranışını kontrol etmesini zorlaştırmakta; düşük özsaygı ve dürtüsellik gibi özellikler bu eğilimi artırmaktadır.[94,95] Davranışsal açıdan kompulsif satın alma, dürtü kontrol bozukluklarıyla yakından ilişkilidir ve bireyler alışverişi kısa süreli haz ve kaçış aracı olarak kullanabilmektedir.[96,97]

Sosyal medya ve dijital platformlar, bireylerin satın alma davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle sosyal medya reklamları ve sürekli maruz kalınan içerikler, alışveriş motivasyonunu artırarak bağımlılık riskini yükseltebilmektedir.[98,99]

Sanal alışveriş bağımlılığı, birden fazla faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkan karmaşık bir davranışsal sorundur. Teknolojik erişilebilirlik, demografik özellikler, tüketim alışkanlıkları ve psikolojik etmenler bu süreci şekillendirmektedir. Özellikle hedonik tüketim, plansız alışveriş ve materyalist değerler bireyin ihtiyaç dışı satın alma davranışını artırmakta; sosyal medya kullanımı ve finansal araçların kolaylığı bu süreci pekiştirmektedir.[99]

9.2. Yaygınlık

İlk defa 1995'li yıllarda genellikle kitaplar ve elektronik eşyalar gibi fiziksel ürünler satan web siteleri kuruldu. Günümüze gelindiğinde ise neredeyse her türlü ticaret alanında A'dan Z'ye çevrimiçi alışverişler yapılabiliyor. Ticaret Bakanlığı, 2024'de Türkiye'de e-ticaretin görünümü raporunu yayımlandı. Raporda, Türkiye'nin 2023 yılı e-ticaret hacmi 1,85 trilyon Türk lirası olduğu ve Türkiye genelinde e-ticaret yapan işletme sayısının 559.412'ye ulaştığı duyuruldu. E-ticaret alışveriş tutarlarının yaş dağılımına bakıldığında en fazla harcamayı ortalama 29 yaşındaki tüketiciler gerçekleştirirken e-ticaret hacminin yarısından fazlasını 25-36 yaş aralığındaki tüketiciler yaptığı alışverişler oluşturduğu görüldü. Sektör bazında ise en çok satılan ürünler ise şunlar oldu: Giyim, ayakkabı ve aksesuar sektöründe, ayakkabı, gömlek, mont

ve ceket, pantolon, elbise. Elektronik sektöründe, cep telefonu, dizüstü bilgisayar, televizyon, ağ sistemleri, masaüstü bilgisayar. Beyaz eşya ve küçük ev aletleri sektöründe, airfryer ve fritöz, klima, mutfak ve yemek aletleri, çamaşır makinesi, buzdolabı. Gıda ve süpermarket sektöründe, meyve ve sebze, çay ve demleme içecek, et, deniz ürünleri ve yumurta, kahve. Yemek sektöründe, hamburger, kebap, pizza, pide, döner, tatlı, dondurma.

9.3. Tanım ve Tanı Kriterleri

Alışveriş, insanların temel ve üst düzey ihtiyaçlarını karşılamak için başvurduğu bir davranıştır; ancak kontrolsüz ve aşırı alışveriş, problemli bir duruma dönüşebilir.[100] Literatürde bu durum, kompulsif satın alma veya kontrolsüz alışveriş olarak adlandırılır ve bireylerin duygusal ihtiyaçlar, haz arayışı ve dürtüsel motivasyonlarla alışveriş yapmasını içerir.[28,94]

Alışveriş bağımlılığı ilk kez Emil Kraepelin tarafından 'oniomania' olarak tanımlanmış, bireyin kontrol edemediği satın alma dürtüsü olarak açıklanmıştır.[101] Teknolojik gelişmelerle birlikte alışveriş davranışı çevrimiçi platformlara taşınmış ve çevrimiçi alışveriş bağımlılığı kavramı ortaya çıkmıştır. Bu bağımlılık, bireyin ihtiyaç dışı ve dürtüsel alışveriş yapması, kontrol kaybı yaşaması ve yaşamını olumsuz etkilemesi ile karakterizedir.[102]

Çevrimiçi alışveriş iki biçimde gerçekleşir: dolaylı (ürünlerin fiziksel olarak teslimi) ve doğrudan (tamamen dijital ürün veya hizmetler)[103] Bağımlılık süreci genellikle hazırlık, alışveriş, harcama ve harcama sonrası suçluluk döngüsü ile devam eder.[96] Düşük özsaygı, düşük öz düzenleme, olumsuz duygusal durum, psikolojik haz, kadın cinsiyeti, sosyal anonimlik ve bilişsel aşırı yüklenme gibi faktörler çevrimiçi alışveriş bağımlılığı riskini artırır.

Sonuç olarak, alışveriş bağımlılığı, psikolojik, toplumsal ve teknolojik boyutları olan çok katmanlı bir olgudur. Dijital platformlar ve kolay erişim, bu davranışın sürdürülmesini kolaylaştırmakta ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde çevrimiçi alışveriş bağımlılığına katkıda bulunan yedi temel faktör öne çıkmaktadır:

1. Düşük özsaygı – alışveriş yoluyla geçici rahatlama arayışı.
2. Düşük öz düzenleme – bireyin kendi davranışını kontrol etmede yetersizliği.
3. Olumsuz duygusal durum – stres ve kaygı anlarında dürtüsel alışveriş.
4. Psikolojik haz – alışverişten elde edilen ödül ve keyif duygusu.
5. Kadın cinsiyeti – alışverişin olumsuz duyguları hafifletme aracı olarak görülmesi.
6. Sosyal anonimlik – internet ortamının gizlilik ve kontrol eksikliği sunması.
7. Bilişsel aşırı yüklenme – reklamlar, bildirimler ve fırsatlarla dikkat kaynaklarının tüketilmesi.

Alışveriş bağımlılığı hem tarihsel hem de güncel bağlamda psikolojik, toplumsal ve teknolojik boyutları olan çok katmanlı bir olgudur. Dijitalleşme ve çevrimiçi platformların sunduğu kolay erişim, bu davranışın sürdürülmesini güçlendirmekte ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Çevrimiçi alışveriş bağımlılığı, henüz DSM-5'te resmi bir tanı olarak yer almamakla birlikte, literatürde kompulsif satın alma davranışı çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Tanı kriterleri genel olarak şu başlıklar altında özetlenebilir:

1. Kontrol Kaybı: Birey, çevrimiçi alışveriş yapma dürtüsünü kontrol etmekte güçlük çeker; satın alma sıklığı ve harcama miktarı üzerinde yeterli kontrol sağlayamaz.
2. İhtiyaç Dışı ve Dürtüsel Satın Alma: Gereksinim olmayan ürün veya hizmetler için alışveriş yapılır; davranış genellikle ani ve planlanmamış olur.
3. Olumsuz Duygusal Motivasyonlar: Stres, kaygı, üzüntü gibi olumsuz duygulardan kaçış veya kısa süreli haz elde etme amacıyla alışveriş yapılır.
4. Sürdürme ve Tekrarlama: Birey, olumsuz sonuçlara (maddi kayıp, suçluluk, sosyal ilişkilerde bozulma) rağmen alışveriş davranışını sürdürür.

5. Psikososyal ve Ekonomik Bozulmalar: Alışveriş bağımlılığı, bireyin yaşam kalitesini düşürür; finansal sorunlar, psikolojik sıkıntılar ve sosyal ilişkilerde zayıflama ortaya çıkar.
6. Duygusal Döngü: Alışveriş öncesi heyecan veya arzu, alışveriş sırasında kısa süreli haz, sonrasında ise suçluluk ve pişmanlık hissi yaşanır. Bu döngü bağımlılığı pekiştirir.
7. Risk Faktörleri: Düşük özsaygı, yetersiz öz düzenleme, bilişsel aşırı yüklenme, sosyal anonimlik, kadın cinsiyeti ve ödül duyarlılığı gibi bireysel özellikler bağımlılık riskini artırır.

Kısaca, çevrimiçi alışveriş bağımlılığı; kontrol kaybı, dürtüsel satın alma, olumsuz duygusal tetikleyiciler, davranışın tekrarlanması ve yaşam kalitesinde bozulma ile karakterize edilen çok boyutlu bir davranışsal bağımlılıktır.

9.4. Belirtileri ve Risk Faktörleri

Sanal alışveriş bağımlılığı, takıntılı ve dürtüsel bir davranış örüntüsü ile karakterize edilmektedir. Bu bağımlılıkta birey, çoğunlukla ihtiyaç duymadığı ürünleri satın alma yönünde yoğun bir istek duymakta ve satın alma sürecinde haz ve rahatlama hissi yaşamaktadır. Ancak alışveriş sonrasında suçluluk, pişmanlık ve utanç gibi olumsuz duygular ortaya çıkmakta; bu durum zamanla bireyin psikolojik, sosyal ve ekonomik işlevselliğini olumsuz etkileyerek kısır bir döngüye yol açmaktadır. Bu süreçte, ürünün kendisinden ziyade satın alma eyleminin sağladığı kısa süreli haz ön plana çıkmaktadır.[28,96]

Sanal alışveriş bağımlılığı olan bireyler, gelir düzeylerinin üzerinde harcama yapmalarına rağmen alışveriş davranışını sürdürmekte, harcamalarını gizleme veya bu konuda yalan söyleme eğilimi gösterebilmektedir. Ayrıca olumsuz duygularla başa çıkmak amacıyla alışverişe yönelme, sosyal ilişkilerde bozulma ve alışveriş yapılamadığında huzursuzluk ve gerginlik yaşama gibi belirtiler de sıklıkla gözlenmektedir.[96]

Bu bağlamda başlıca belirtiler şu şekilde özetlenebilir: bireyin ihtiyaç dışı ve kontrolsüz alışveriş yapması, satın alma dürtüsüne karşı koyamaması, alışveriş sırasında haz ve rahatlama hissetmesi, alışveriş sonrasında suçluluk ve pişmanlık duyması, gelirinin üzerinde

harcama yapması, harcamalarını gizlemesi, olumsuz duygulardan kaçmak için alışverişe yönelmesi, sosyal ilişkilerde ve günlük işlevsellikte bozulma yaşaması, alışveriş yapamadığında huzursuzluk hissetmesi ve sürekli çevrimiçi alışveriş platformlarında zaman geçirmesidir.[28]

Sanal alışveriş bağımlılığı, tek bir nedene bağlı olmayan; bireysel, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir olgudur. Psikolojik faktörler arasında dürtüsellik, duygusal bağımlılık, bağlanma örüntüleri ve duygusal düzenleme güçlükleri yer almakta; bireyler bu duygularla başa çıkmak için alışverişi bir kaçış ve duygu düzenleme aracı olarak kullanabilmektedir.[104]

Psikolojik faktörler arasında depresyon, anksiyete, yalnızlık, düşük benlik saygısı ve dürtü kontrolünde zorluklar yer almakta; bireyler bu duygularla başa çıkmak için alışverişi bir kaçış ve duygu düzenleme aracı olarak kullanabilmektedir.

Davranışsal faktörler, plansız alışveriş, hedonik tüketim eğilimi ve kısa süreli haz arayışı ile ilişkilidir. Bu durum, bireyin ihtiyaç dışı ürünleri ani dürtülerle satın almasına ve alışveriş davranışının tekrarlanmasına neden olmaktadır.[28] Sosyal faktörler arasında toplumsal tüketim kültürü, sosyal onay ihtiyacı ve sosyal medya etkisi yer almakta; bireyler statü ve kimlik oluşturma amacıyla daha fazla tüketim eğilimi gösterebilmektedir.

Teknolojik ve çevresel faktörler olan çevrimiçi alışveriş platformlarının kolay erişilebilirliği, 7/24 alışveriş imkanı, kişiselleştirilmiş reklamlar ve sürekli uyarıcı içeriklerle bireyin alışverişe yönelmesini kolaylaştırmaktadır. Ekonomik faktörler kapsamında yer alan kredi kartı ve dijital ödeme sistemlerinin yaygınlığı, harcamanın somut olarak hissedilmemesine neden olarak kontrolsüz alışveriş davranışını artırmaktadır.[28]

Sonuç olarak sanal alışveriş bağımlılığı, çok boyutlu risk faktörlerinin etkileşimiyle gelişen ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir davranışsal bağımlılık türüdür.

9.5. Sonuçları

Sanal alışveriş bağımlılığı, bireyin yaşamında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda çok boyutlu olumsuz sonuçlara yol açan bir

davranışsal bağımlılıktır. Bu etkiler çoğunlukla birbirini besleyen bir yapı içinde ortaya çıkmakta ve bireyin genel yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir.

Fiziksel sonuçlar açısından, uzun süreli ekran kullanımı kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına, boyun, omuz, sırt ve el bileği ağrılarına yol açabilmektedir. Ayrıca göz yorgunluğu, kuruluk ve görme problemleri sık görülmekte; ekran ışığının melatonin üretimini baskılaması nedeniyle uyku bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu durum, yorgunluk, dikkat eksikliği ve performans düşüşü ile sonuçlanmaktadır. Bununla birlikte hareketsiz yaşam tarzı, obezite, dolaşım ve solunum sistemi sorunları gibi daha geniş sağlık problemlerini de beraberinde getirebilmektedir.[105,106]

Psikolojik sonuçlar bakımından, sanal alışveriş bağımlılığı depresyon, anksiyete, stres, yalnızlık ve düşük özsaygı ile ilişkilidir. Alışveriş sırasında yaşanan haz ve ödül duygusu, bireyin bu davranışı tekrar etmesine neden olarak bağımlılık döngüsünü pekiştirmektedir. Zamanla alışveriş, bireyin olumsuz duygularla başa çıkma aracı haline gelmekte ve bu durum dikkat dağınıklığı, odaklanma güçlüğü ve bilişsel performansta düşüş gibi sorunlara yol açmaktadır.[28,94,107]

Sosyal sonuçlar açısından, bireylerin yüz yüze iletişimleri azalmakta, aile ve arkadaş ilişkileri zayıflamakta ve sosyal izolasyon artmaktadır. Aile içi iletişim sorunları, çatışmalar ve ilişkisel doyumun azalması bu sürecin önemli yansımalarıdır. Ayrıca dijital ortamların oluşturduğu tüketim odaklı kültür, bireylerin değer yargılarını etkileyerek toplumsal düzeyde de olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.[108,109]

Ekonomik sonuçlar ise bağımlılığın en belirgin etkileri arasında yer almaktadır. Bireyler gelir düzeylerinin üzerinde harcama yapmakta, borçlanma ve kredi kartı kullanımında artış görülmekte ve mali kontrol kaybı yaşanmaktadır. Bu durum hem bireysel hem de aile ekonomisinde ciddi sorunlara ve uzun vadede finansal strese yol açmaktadır.[110]

Sonuç olarak sanal alışveriş bağımlılığı; fiziksel sağlık, psikolojik iyi oluş, sosyal ilişkiler ve ekonomik denge üzerinde olumsuz etkiler yaratan çok boyutlu bir sorundur. Bu nedenle erken fark edilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve önleyici müdahalelerin geliştirilmesi,

bağımlılığın olumsuz sonuçlarının azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

10. Mesajlaşma Bağımlılığı

10.1. Kullanım Amaçları

Yazılı ve sözlü iletişim, insanları diğer canlılardan ayıran temel özelliklerdendir. Son yıllarda iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı ilerlemeler, bilgi gönderme ve alma şeklimizi, birbirimizle bağlantı kurma yöntemlerimizi kökten değiştirmiştir. E-posta, anlık mesajlaşma, kısa mesaj ve sosyal medya gibi dijital iletişim biçimleri, küresel ölçekte bilgi paylaşımını, iş yapma biçimimizi ve sosyalleşmeyi önemli ölçüde dönüştürmüştür. Günlük yaşamda kısa mesaj ve e-posta gönderimi, telefonla konuşma, mektup yazma ve yüz yüze iletişim gibi geleneksel yöntemlerin yerini almış ve bireylerin iletişim alışkanlıklarında merkezi bir rol üstlenmiştir. Mesajlaşma, yalnızca hızlı ve etkili bir bilgi paylaşım aracı olmakla kalmayıp, arkadaşlık ve aile bağlarını sürdürme, duygusal destek sağlama ve sosyal yakınlığı güçlendirme işlevi de görmektedir. İş ve profesyonel yaşamda ekip içi koordinasyon, hızlı karar alma ve mobil iletişim için önemli bir araç olarak kullanılırken, eğlence ve boş zaman etkinliklerinde oyun, sohbet ve medya paylaşımlarıyla da işlev kazanmaktadır. Bunun yanı sıra, acil durumlarda konum paylaşımı ve hızlı bilgilendirme gibi güvenlik amaçlı işlevler üstlenmesi, bireylerin duygularını ifade etmelerine ve stresle başa çıkmalarına olanak tanımaktadır. Bu bağlamda mesajlaşma, sadece bilgi aktarımı değil, sosyal, psikolojik ve profesyonel ihtiyaçları karşılayan çok boyutlu bir iletişim aracı olarak işlev görmektedir.[111,112,113]

Bazı mesajlaşma türleri, yapısal özellikleri nedeniyle diğerlerine kıyasla daha yüksek bağımlılık potansiyeline sahiptir. Özellikle anlık mesajlaşma uygulamaları (WhatsApp, Messenger gibi) gerçek zamanlı iletişim ve hızlı geri bildirim sunarak kullanıcıların sürekli etkileşimde kalmasını sağlar; 'çevrimiçi' veya 'yazıyor…' göstergeleri ile hızlı yanıt verme baskısı yaratır ve bildirimler, sesler ve görsel uyarılar beyin ödül sistemiyle etkileşime girerek davranışın pekişmesine yol açar. Kısa mesajlaşma (SMS) ise basit olmasına rağmen taşınabilirliği ve her an erişilebilir olması nedeniyle kompulsif kullanım geliştirme riski

taşır. Bunun yanı sıra sosyal medya tabanlı mesajlaşma, beğeni, yorum ve paylaşım gibi etkileşim unsurlarıyla mesajlaşmayı daha çekici ve uzun süreli hale getirerek bağımlılık riskini artırmaktadır.

10.2. Kullanım Yaygınlığı

Mesajlaşma uygulamaları, küresel ölçekte internet kullanımının en yaygın alanlarından biri haline gelmiştir. Dünya genelinde üç milyardan fazla birey aktif olarak mesajlaşma uygulamalarını kullanmakta olup, bu uygulamalar 180'den fazla ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle WhatsApp, yaklaşık 3–3,3 milyar kullanıcıya ulaşarak en yaygın mesajlaşma platformu konumundadır. Ayrıca bu platformlar üzerinden günlük olarak yüz milyardan fazla mesaj gönderilmektedir.[114,115] Bu küresel yaygınlığa paralel olarak, Türkiye'de de mesajlaşma uygulamalarının kullanım oranı oldukça yüksektir. Yapılan araştırmalara göre, internet kullanan bireylerin %96,7'si WhatsApp, Messenger ve benzeri uygulamalar aracılığıyla mesajlaşma faaliyetinde bulunmakta, sosyal ağ kullanım oranının ise %89,5 olduğu görülmektedir. Bu veriler, mesajlaşma uygulamalarının yalnızca bireysel iletişim aracı olmaktan çıkıp hem küresel hem de ulusal düzeyde bireylerin günlük yaşamında merkezi bir rol üstlenen temel bir iletişim altyapısı haline geldiğini göstermektedir.[62]

10.3. Tanım ve Tanı Kriterleri

Mesajlaşma bağımlılığı, bireyin dijital iletişim araçları aracılığıyla gerçekleştirdiği mesajlaşma davranışını kontrol edememesi ve bu davranışın günlük yaşam işlevlerini olumsuz etkilemesi olarak tanımlanır.[9,116] Bağımlılığın gelişiminde, mesajlaşma sırasında alınan anlık geri bildirimler dopamin salgısını artırarak kısa süreli haz ve tatmin duygusu yaratır; zamanla bu durum tekrarlayan bir davranış döngüsü oluşturarak bağımlılık örüntülerine yol açar.[117,118] Klinik olarak bağımlılık, kontrol kaybı, yoksunluk belirtileri ve olumsuz sonuçlara rağmen sürdürme davranışı ile kendini gösterir.[12,9] Ayrıca yalnızlık, sosyal kaygı, düşük benlik saygısı ve aidiyet ihtiyacı gibi psikososyal faktörler bireyin dijital ortamlara yönelmesini artırır ve yüz yüze iletişim yerine mesajlaşmayı cazip hale getirir [119] WhatsApp, Telegram ve Messenger gibi uygulamaların sürekli erişilebilirliği ve hızlı geri bildirim imkanı,

bağımlılık riskini daha da güçlendirmektedir.[120] Bu nedenle mesajlaşma bağılılığı, bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçleri etkileyen, modern dijital yaşamın önemli psikososyal sorunlarından biri olarak değerlendirilmektedir.[9,116]

Mesajlaşma bağımlılığı, henüz DSM-5 veya ICD-11'de resmi bir tanı olarak yer almamakla birlikte, literatürde davranışsal bağımlılıklar kapsamında değerlendirilmekte ve bazı temel tanı kriterleri önerilmektedir. Özetle bu kriterler şu şekilde sıralanabilir:

1. Kontrol Kaybı: Bireyin mesajlaşma süresini ve sıklığını sınırlayamaması; mesajlaşmayı planladığından daha uzun süre yapması veya durduramaması.
2. Yoksunluk Belirtileri: Mesajlaşma imkanı kısıtlandığında huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik, odaklanma güçlüğü gibi psikolojik tepkilerin ortaya çıkması.
3. Olumsuz Sonuçlara Rağmen Sürdürme: Sosyal, akademik veya mesleki yaşamda sorunlar yaşanmasına rağmen mesajlaşmayı bırakmakta zorlanma.
4. Zaman ve Enerji Kaybı: Günlük yaşam aktivitelerinin, iş veya okul sorumluluklarının mesajlaşma nedeniyle aksaması.
5. Duygusal Düzenleme Amacı: Mesajlaşmayı stres, kaygı, yalnızlık gibi olumsuz duygularla başa çıkma aracı olarak kullanma.
6. Sosyal İzolasyon: Yüz yüze iletişimden uzaklaşma ve çevrim içi iletişimi tercih etme.
7. Tekrarlayan Kullanım Döngüsü: Mesajlaşma sırasında alınan anlık geri bildirimlerin ödül sistemi tarafından pekiştirilmesi ve davranışın sürekli tekrar etmesi.

Bu kriterler, mesajlaşma bağımlılığını tanımlamak ve bireyin davranışlarını değerlendirmek için bir çerçeve sunmaktadır.

Mesajlaşma bağımlılığı, bireyin mesajlaşma davranışını kontrol edememesi ve günlük yaşam işlevlerinin olumsuz etkilenmesi ile kendini gösterir. Bu bağımlılıkta kişiler, mesajlaşma gerektirmeyen durumlarda bile telefonu kontrol etme isteği duyabilir, kullanım süreleri giderek artar (tolerans gelişimi) ve mesajlaşma sırasında ruh hallerinde değişiklikler (örneğin mutluluk artışı) gözlemlenir. Kullanım kısıtlandığında huzursuzluk, kaygı ve sinirlilik gibi yoksunluk

belirtileri ortaya çıkar. Ayrıca aşırı kullanım sosyal ve mesleki yaşamda sorunlara yol açar, kullanımını azaltma girişimleri başarısız olur ve eski alışkanlıklara dönülür.[12] Bildirim sesleri ve anlık uyarılar, klasik koşullanma ve dopamin döngüsü aracılığıyla bağımlılık riskini artırır. Özellikle anlık mesajlaşma ve kısa mesaj sistemleri, hızlı geri bildirim ve taşınabilirlikleri nedeniyle bağımlılık riski yüksek araçlardır. Gençler, e-postaya kıyasla WhatsApp, Messenger ve kısa mesajları tercih ederek bu tür bağımlılık davranışlarına daha yatkın hale gelmektedir.

10.5. Sonuçları

Mesajlaşma bağımlılığı, bireyin yaşamında psikolojik, sosyal, davranışsal, fiziksel ve akademik alanlarda çok boyutlu sonuçlar doğuran bir davranışsal bağımlılık türüdür. Bu etkiler çoğunlukla birbirini besleyen bir yapı içinde ortaya çıkmakta ve bireyin genel işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Psikolojik sonuçlar açısından, aşırı mesajlaşma davranışı yalnızlık, sosyal kaygı ve düşük benlik saygısı gibi duygusal sorunlarla ilişkilidir. Bireyler mesajlaşmayı bir başa çıkma aracı olarak kullanmakta; anlık geri bildirimler ve bildirim uyarıları dopamin temelli ödül mekanizmalarını tetikleyerek kısa süreli haz sağlamakta ve bağımlılık döngüsünü pekiştirmektedir.[117,118] Bu süreç zamanla duygusal dalgalanmalar, dikkat sorunları ve yaşam doyumunda azalma ile sonuçlanabilmektedir.

Sosyal sonuçlar bakımından, yüz yüze iletişimde azalma, aile ve arkadaş ilişkilerinde zayıflama ve sosyal etkileşimlerin sınırlanması öne çıkmaktadır. Bireyler çevrim içi iletişimi tercih ederek gerçek yaşam ilişkilerini ihmal edebilmekte ve bu durum sosyal izolasyona yol açabilmektedir.[121]

Davranışsal ve güvenlik sonuçları, mesajlaşma bağımlılığının önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Sexting gibi riskli davranışlar bireylerin erken yaşta uygunsuz içeriklere maruz kalmasına neden olabilmekte; siber zorbalık ise kişisel verilerin kötüye kullanılması ve psikolojik zararlarla sonuçlanabilmektedir.[122,123] Ayrıca sürekli mesajlara yanıt verme baskısı ve bildirimlerin dikkati bölmesi, odaklanma sorunlarına ve günlük yaşamda kazalara yol açabilmektedir.[124]

Fiziksel ve akademik sonuçlar açısından, uzun süreli ekran kullanımı hareketsizlik, uyku bozuklukları ve kas-iskelet sistemi problemlerine neden olurken; dikkat dağınıklığı ve zaman yönetimi sorunları akademik başarıda düşüşe yol açabilmektedir.[125, 126] Bununla birlikte, mesajlaşma uygulamalarının kontrollü ve bilinçli kullanımı iletişim kolaylığı, hızlı erişim ve sosyal bağlantıların sürdürülmesi gibi bazı olumlu katkılar da sağlayabilmektedir.[127]

Sonuç olarak mesajlaşma bağımlılığı; bireyin psikolojik iyi oluşunu, sosyal ilişkilerini, fiziksel sağlığını ve akademik performansını olumsuz etkileyebilen çok boyutlu bir sorun olup, dengeli kullanım alışkanlıklarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

11. Çevrimiçi Pornografi Bağımlılığı

11.1. Nedenleri

İnternetin yaygınlaşmasıyla birlikte çevrimiçi pornografi kullanımı artmış ve bu durum bazı bireylerde bağımlılık riski taşıyan bir davranış haline gelmiştir. Çevrimiçi pornografi; cinsel içerikli materyallere erişim, seks sohbetleri ve benzeri etkinlikleri kapsar. Tek başına patolojik bir durum olarak kabul edilmese de, kontrol kaybı yaşanması halinde finansal, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir.[128]

Pornografi bağımlılığı, bireyin pornografik içeriklere sürekli ve tekrarlayan şekilde yönelmesiyle ortaya çıkar. Zamanla izlenen içerik yetersiz gelmeye başlar, daha yoğun ve çeşitli uyaranlara ihtiyaç duyulur ve bu durum bağımlılık döngüsünü pekiştirir. Her ne kadar DSM-5'te resmi bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmamış olsa da, bireyin yaşamının birçok alanını olumsuz etkileyebilen önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir.

Çevrimiçi pornografi bağımlılığı tek bir nedene bağlı değildir; nörobiyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Nörobiyolojik açıdan, pornografik içeriklerin izlenmesi sırasında beynin ödül sistemi aktive olur ve dopamin salınımı artar. Bu durum kısa süreli haz ve tatmin sağlarken, tekrar eden kullanım beynin ödül ve motivasyon döngüsünü pekiştirerek bağımlılık gelişimine zemin hazırlar.[129]

Psikolojik açıdan, bireyler stres, yalnızlık, kaygı, depresyon ve düşük benlik saygısı gibi olumsuz duygularla başa çıkmak amacıyla pornografiye yönelebilir. Bu kullanım kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede davranışın pekişmesine neden olur. Ayrıca dürtü kontrolünde zorluk, obsesif-kompulsif eğilimler ve yüksek yenilik arayışı gibi kişilik özellikleri de bağımlılık riskini artırmaktadır. [9,130]

Sosyal ve çevresel faktörler de önemli bir rol oynamaktadır. İnternetin sağladığı kolay erişim, düşük maliyet, anonimlik ve sınırsız içerik sunumu, pornografik materyallere sürekli ulaşımı mümkün kılmaktadır. Özellikle dijital platformların kullanıcıya özel içerik öneren algoritmaları, bireyin platformda daha uzun süre kalmasına neden olarak kullanımın artmasına ve davranışın pekişmesine yol açmaktadır.[131]

Sonuç olarak, çevrimiçi pornografi bağımlılığı; haz ve ödül mekanizmaları, duygusal ihtiyaçlar, bireysel özellikler ve teknolojik olanakların etkileşimi sonucu gelişen karmaşık ve çok boyutlu bir davranışsal bağımlılık türüdür.

11.2. Yaygınlığı

2020 sonrası araştırmalar, pornografi kullanımının oldukça yaygın olduğunu ancak bağımlılık düzeyine ulaşan problemli kullanımın daha sınırlı bir kesimde görüldüğünü göstermektedir. Güncel meta-analiz bulguları, problemli pornografi kullanım yaygınlığının çalışmalara ve kullanılan ölçüm araçlarına bağlı olarak değiştiğini ve önemli düzeyde heterojenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.[132]

Genel popülasyonda pornografi kullanımına ilişkin veriler, yaygınlığın yüksek olmasına karşın problemli kullanımın daha sınırlı bir grupta ortaya çıktığını göstermektedir. Klinik ve ilişkisel çalışmalar, problemli pornografi kullanımının psikopatoloji ile ilişkili olduğunu ve bireyler arasında değişkenlik gösterdiğini vurgulamaktadır.[133,134]

Gençler ve ergenler arasında yaygınlık daha dikkat çekicidir. Araştırmalar, ergenlerin önemli bir kısmının pornografiye maruz kaldığını göstermektedir. Özellikle Avrupa'da yapılan çok merkezli bir çalışmada ergenlerde çevrimiçi pornografi maruziyetinin yaygın olduğu bildirilmiştir.[135] Daha erken dönem ulusal örneklem verileri de çocuk ve ergenlerde internet pornografisine maruziyetin dikkate

değer düzeylerde olduğunu ortaya koymaktadır.[136] Bununla birlikte, bu grubun yalnızca küçük bir bölümünde problemli ya da bağımlılık düzeyinde kullanım gelişmektedir.

Cinsiyet farklılıkları incelendiğinde, problemli pornografi kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğu görülmektedir. Özellikle ergen örneklemlerinde yapılan güncel çalışmalar, erkeklerin daha yüksek risk altında olduğunu ve problemli kullanım örüntülerinin cinsiyete göre farklılaştığını göstermektedir.[137] Benzer şekilde, yetişkin örneklemlerinde yapılan çalışmalar da bu durumun psikopatolojik değişkenlerle ilişkili olduğunu desteklemektedir.[133,134]

11.3. Tanım ve Tanı Kriterleri

Çevrimiçi pornografi bağımlılığı, bireyin internet ve dijital platformlar aracılığıyla cinsel içeriklere tekrar eden biçimde yönelmesi ve bu davranışı kontrol etmekte güçlük yaşamasıyla tanımlanan çok boyutlu bir davranışsal sorundur. Siber seks kavramı; pornografik içerik izleme, erotik metinler okuma, çevrimiçi cinsel sohbetlere katılma, webcam üzerinden etkileşim kurma ve sanal gerçeklik aracılığıyla yaşanan cinsel deneyimler gibi internet temelli etkinlikleri kapsamaktadır.

Bu bağımlılık türü yalnızca kullanım sıklığıyla değil; bireyin davranış üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, zamanla daha yoğun uyarana ihtiyaç duyması (tolerans), kullanım olmadığında huzursuzluk yaşaması (yoksunluk) ve günlük yaşamda ortaya çıkan olumsuz sonuçlarla değerlendirilmektedir. Bireyler çoğu zaman pornografiyi stresle baş etme ya da haz elde etme aracı olarak kullanmakta, ancak kullanımın artmasıyla birlikte bu davranış alışkanlık haline gelerek kontrol kaybına dönüşebilmektedir.

ICD-11'de pornografi bağımlılığı doğrudan yer almamakta, ancak "Zorlayıcı Cinsel Davranış Bozukluğu" kapsamında değerlendirilmektedir. Cinsel davranışlar üzerinde kontrol kaybı, bu davranışların bireyin yaşamında öncelik kazanması, olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi, davranışı azaltmaya yönelik başarısız girişimler, sosyal, mesleki ve kişisel işlevsellikte bozulma ile belirtilerin genellikle en az 12 ay sürmesi bu bozukluğun temel özellikleri

arasında sayılmaktadır. Pornografi kullanımı bu bozukluk kapsamında bir davranış örneği olarak ele alınmaktadır.

Buna karşılık DSM-5'te pornografi bağımlılığı doğrudan bir tanı kategorisi olarak yer almamaktadır. Bununla birlikte literatürde önerilen 'hiperseksüel bozukluk' modeli, yoğun ve tekrarlayan cinsel dürtüler, bu dürtülerin kontrol edilememesi, stres ve olumsuz duygularla başa çıkma amacıyla cinsel davranışlara yönelme ve bu durumun bireyin günlük işlevselliğini olumsuz etkilemesi gibi ölçütler üzerinden açıklanmaktadır. Ayrıca DSM-5'te yer alan davranışsal bağımlılık modelleri (örneğin internet oyun oynama bozukluğu) ile benzer şekilde, kontrol kaybı, tolerans gelişimi, yoksunluk benzeri belirtiler ve işlevsellikte bozulma gibi kriterlerin pornografi kullanımı için de geçerli olabileceği ifade edilmektedir. DSM-5'te pornografi bağımlılığı resmî bir tanı değildir. Ancak ilişkili kriterler şu şekilde ele alınmaktadır:

Hiperseksüel davranış (önerilen model):

- Yoğun ve tekrarlayan cinsel dürtüler ve davranışlar
- Davranışları kontrol edememe
- Stres ve olumsuz duygularla başa çıkmak için kullanma
- Günlük işlevsellikte bozulma

Davranışsal bağımlılık yaklaşımı (benzer kriterler):

- Kontrol kaybı
- Tolerans gelişimi (daha fazla içerik ihtiyacı)
- Yoksunluk benzeri belirtiler
- Günlük yaşamın olumsuz etkilenmesi

Sonuç olarak ICD-11, pornografi kullanımını içeren zorlayıcı cinsel davranışları klinik bir tanı kapsamında değerlendirirken; DSM-5 bu alanı henüz netleşmemiş ve daha fazla araştırılması gereken bir konu olarak ele almaktadır. Bu durum, pornografi bağımlılığının tanımlanması ve sınıflandırılması konusunda literatürde halen görüş birliği bulunmadığını göstermektedir.

11.4. Risk Faktörleri ve Belirtileri

Çevrimiçi pornografi bağımlılığı, tek bir nedene indirgenemeyen; biyolojik, psikolojik, sosyal ve teknolojik faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir davranışsal sorundur.

Psikolojik faktörler arasında yalnızlık, depresyon, anksiyete, stres ve düşük benlik saygısı önemli yer tutmaktadır. Bireyler, bu olumsuz duygularla başa çıkmak amacıyla pornografiyi bir kaçış ve duygu düzenleme aracı olarak kullanabilmektedir.[138] Dürtüsellik, düşük öz-denetim ve haz arayışı gibi kişilik özellikleri de bağımlılık riskini artırmaktadır.[130] *Biyolojik faktörler*, beynin ödül sistemi ile ilişkilidir. Pornografik içeriklere maruz kalma sırasında artan dopamin salınımı, haz ve ödül duygusunu pekiştirerek davranışın tekrarlanmasına neden olmaktadır.[139]

Bilişsel ve davranışsal faktörler, bireyin kontrol yanılsaması geliştirmesi, cinsel fantezilere aşırı odaklanması ve kompulsif kullanım alışkanlıkları ile ilişkilidir. Tolerans gelişimi ve tekrar eden kullanım döngüsü bağımlılığın sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır.[140] *Sosyal faktörler* arasında zayıf sosyal ilişkiler, yalnızlık, yüz yüze iletişim eksikliği ve sosyal destek yetersizliği yer almaktadır. Bu durum bireylerin çevrimiçi ortamlara yönelmesini artırmaktadır.[9] *Teknolojik faktörler* ise internetin kolay erişilebilirliği, anonimlik, düşük maliyet ve sınırsız içerik sunumu gibi özelliklerle bağımlılık riskini artırmaktadır.[141]

Çevrimiçi pornografi bağımlılığı, bireyin psikolojik, sosyal, davranışsal ve cinsel yaşamı üzerinde önemli olumsuz etkiler yaratmaktadır. Psikolojik etkiler açısından, bağımlılık kaygı, depresyon, suçluluk, utanç ve özdeğer sorunları ile ilişkilidir. Kullanım sırasında yaşanan kısa süreli haz duygusu, sonrasında ortaya çıkan olumsuz duygularla birleşerek bağımlılık döngüsünü pekiştirmektedir.[130]

Davranışsal etkiler arasında kontrol kaybı, dürtüsel kullanım ve olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi yer almaktadır. Tolerans gelişimi ile birlikte birey daha yoğun ve çeşitli içeriklere yönelmekte, bu durum bağımlılığın derinleşmesine neden olmaktadır.[142]

Sosyal etkiler bakımından, bireyin yüz yüze iletişimi azalmakta, sosyal ilişkileri zayıflamakta ve sosyal izolasyon artmaktadır. Aile ve romantik ilişkilerde bozulmalar, duygusal uzaklaşma ve ilişki doyumunda azalma görülebilmektedir.[143] Cinsel etkiler ise gerçek yaşamda cinsel doyumun azalması, partnerle ilişkide sorunlar ve gerçek dışı beklentilerin gelişmesi şeklinde ortaya çıkabilmektedir.[144]

Akademik ve mesleki etkiler açısından, dikkat dağınıklığı, zaman yönetimi sorunları ve performans düşüşü gözlenmekte; bireyin günlük işlevselliği olumsuz etkilenmektedir.

11.5. Sonuçları

Çevrimiçi pornografi bağımlılığı, bireyin yaşamının birçok alanını olumsuz etkileyen çok yönlü bir sorundur. İnternete kolay erişim, bu içeriklerin kullanımını artırarak bireysel işlevselliğin zarar görmesine yol açmaktadır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre, psikolojik açıdan, aşırı kullanım düşük benlik saygısı, suçluluk, utanç ve anksiyete gibi sorunlara neden olurken, uzun vadede depresyon ve diğer ruhsal bozukluk riskini artırmaktadır. Sosyal yaşamda ise yüz yüze iletişim azalmakta, ilişkiler zayıflamakta ve çiftler arasında güven ve yakınlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Cinsel açıdan, gerçek dışı beklentiler gelişmekte, cinsel tatmin azalmakta ve çeşitli işlev bozuklukları görülebilmektedir. Davranışsal olarak tolerans gelişir, daha yoğun içeriklere yönelim artar ve kişi olumsuz sonuçlara rağmen kullanımı sürdürür. Ayrıca bu bağımlılık, dikkat ve zaman yönetimini bozarak akademik ve mesleki başarıyı düşürebilir. Özellikle ergenlerde erken maruziyet, gelişimsel sorunlar ve riskli davranışlarla ilişkilidir. Çevrimiçi pornografi bağımlılığı psikolojik, sosyal ve işlevsel alanlarda ciddi etkiler yaratır; bu nedenle erken farkındalık ve gerektiğinde profesyonel destek önemlidir.

Sonuç

Teknolojik gelişmeler ve dijitalleşme süreci, insan yaşamını köklü biçimde dönüştürmüş; iletişim, eğitim, çalışma, eğlence ve sosyal etkileşim alanlarında önemli kolaylıklar sağlamıştır. İnternetin yaygınlaşması, mobil teknolojilerin gelişmesi ve sosyal medya platformlarının günlük yaşamın merkezine yerleşmesiyle birlikte bireyler bilgiye daha hızlı ulaşabilmekte, zaman ve mekân sınırları büyük ölçüde ortadan kalkmaktadır. Ancak teknolojinin sağladığı bu avantajlar, kontrolsüz ve aşırı kullanım durumlarında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda teknoloji ve dijital bağımlılık, günümüzün önemli davranışsal sorun alanlarından biri haline gelmiştir.

Dijital bağımlılık; internet, mobil telefon, sosyal medya, dijital oyun, çevrimiçi kumar, mesajlaşma, sanal alışveriş ve çevrimiçi pornografi gibi farklı biçimlerde ortaya çıkmakta ve bireyin yaşamının birçok alanını etkileyebilmektedir. Bu bağımlılık türlerinin ortak özelliği, bireyin kullanım davranışı üzerinde kontrol kaybı yaşaması, kullanım süresinin giderek artması, kullanım engellendiğinde huzursuzluk hissetmesi ve olumsuz sonuçlara rağmen davranışı sürdürmesidir. Özellikle internet temelli dijital platformların sürekli erişilebilir olması, hızlı ödül mekanizmaları sunması ve kullanıcıyı platformda tutmaya yönelik algoritmik yapılar geliştirmesi, bağımlılık riskini artıran önemli unsurlar arasında yer almaktadır.

Araştırmalar, dijital bağımlılıkların yalnızca yoğun teknoloji kullanımından ibaret olmadığını; psikolojik, biyolojik, sosyal ve davranışsal etkenlerin etkileşimiyle gelişen çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir. Depresyon, kaygı, yalnızlık, düşük benlik saygısı, dürtü kontrol güçlüğü ve sosyal izolasyon gibi bireysel özellikler bağımlılık riskini artırırken; sosyal çevre, aile yapısı, akran etkisi, tüketim kültürü ve teknolojik erişilebilirlik gibi çevresel faktörler de bu süreci desteklemektedir. Özellikle ergenler ve genç yetişkinler, gelişimsel özellikleri ve yoğun dijital medya kullanımları nedeniyle daha yüksek risk grubunda yer almaktadır.

Dijital bağımlılıkların sonuçları ise bireyin psikolojik, sosyal, akademik, ekonomik ve fiziksel yaşamı üzerinde önemli olumsuz etkiler yaratmaktadır. Dikkat dağınıklığı, uyku bozuklukları, akademik başarısızlık, sosyal ilişkilerde zayıflama, yalnızlık, depresyon, kaygı ve yaşam doyumunda azalma bu etkilerin başında gelmektedir. Bunun yanında sanal kumar ve sanal alışveriş bağımlılığı ekonomik sorunlara; çevrimiçi pornografi bağımlılığı ise kişilerarası ilişkiler ve cinsel yaşam üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Toplumsal düzeyde ise yüz yüze iletişimin azalması, sosyal ilişkilerin yüzeyselleşmesi, siber zorbalık, dijital manipülasyon ve toplumsal kutuplaşma gibi riskler dikkat çekmektedir.

DSM-5 ve ICD-11 gibi uluslararası tanı sistemleri incelendiğinde, dijital bağımlılıkların henüz tüm yönleriyle standart bir tanı kategorisi

altında ele alınmadığı görülmektedir. Özellikle oyun oynama bozukluğu ICD-11'de resmi bir tanı olarak kabul edilmiş olsa da, sosyal medya, mobil telefon ve diğer dijital bağımlılık türleri konusunda bilimsel tartışmalar devam etmektedir. Bu durum, dijital bağımlılıkların sürekli gelişen teknolojiyle birlikte dinamik bir yapıya sahip olduğunu ve alan yazında daha fazla disiplinler arası araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Teknoloji ve dijitalleşme, yaşamı kolaylaştıran ve geliştiren önemli araçlar olmakla birlikte; bilinçsiz, kontrolsüz ve aşırı kullanım durumunda bireysel ve toplumsal sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle dijital teknolojilerin tamamen reddedilmesi değil, bilinçli, dengeli ve sağlıklı kullanımının desteklenmesi gerekmektedir. Özellikle çocuklar ve gençler açısından dijital okuryazarlık becerilerinin geliştirilmesi, ailelerin bilinçlendirilmesi, eğitim kurumlarında önleyici çalışmalar yapılması ve psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca politika yapıcıların, eğitimcilerin, ailelerin ve ruh sağlığı uzmanlarının iş birliği içinde hareket etmesi; dijital bağımlılıkların erken fark edilmesi, önlenmesi ve müdahale süreçlerinin geliştirilmesi açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Kaynakça

1- Abbate, J. (1999). Inventing the Internet. MIT Press.

2- Hafner, K., & Lyon, M. (1996). Where wizards stay up late: The origins of the Internet. Simon & Schuster.

3- Comer, D. E. (2018). Internetworking with TCP/IP: Principles, protocols, and architecture. Pearson.

4- Berners-Lee, T. (1999). Weaving the Web. HarperCollins.

5- Çağıltay, K., & Özgit, A. (2018). Türkiye'de internet: Dünü, bugünü, yarını. https://www.researchgate.net/profile/Kursat-Cagiltay/publication/326191266

6- Şahin, C. (2026). Her yönüyle bağımlılıklar. A. Özkan & O. Özkan (Eds.), Türk hukuk sisteminde bağımlılıklar. Yetkin Yayınları.

7- Tanenbaum, A. S., & Wetherall, D. J. (2011). Computer networks (5th ed.). Pearson.

8- Şahin, C. (2024). Teknoloji bağımlılığı ile mücadele. C. Şahin, A. Özkan & Y. E. Bulut (Eds.), Her yönüyle bağımlılık (ss. 167–210). Pegem Akademi.

9- Griffiths, M. D. (2005). A components model of addiction. Journal of Substance Use, 10(4), 191–197. https://doi.org/10.1080/14659890500114359

10- Lembke, A. (2021). Dopamine nation. Dutton.

11- Ferguson, C. J. (2017). Everything in moderation: Moderate use of screens unassociated with child behavior problems. The Psychiatric Quarterly, 88(4), 797–805. https://doi.org/10.1007/s11126-016-9486-3

12- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

13- World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Gaming disorder. https://icd.who.int

14- Şahin, C. (2025). Bağımlılıklara genel bakış: Okul ortamında bağımlılıklar. A. Özkan (Ed.), Okul aidiyeti bağlamında bağımlılıklarla mücadele. Nobel Yayınları.

15- Şahin, C. (2025b). Uyuşturucu laneti. Türkgün Gazetesi. https://www.turkgun.com/kose-yazisi/199272/uyusturucu-laneti

16- Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction. American Journal of Psychiatry, 162(8), 1403–1413. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403

17-Knutson, B., & Cooper, J. C. (2005). Functional magnetic resonance imaging of reward prediction. Current Opinion in Neurology, 18(4), 411–417. https://doi.org/10.1097/01.wco.0000173463.24758.f6

18- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in children and adolescents. Journal of Behavioral Addictions, 1(1), 3–22. https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.1.1

19- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O., & Chappell, D. (2003). Breaking the stereotype: The case of online gaming. CyberPsychology & Behavior, 6(1), 81–91.

20- Gainsbury, S. M. (2015). Online gambling addiction. Current Addiction Reports, 2(2), 185–193. https://doi.org/10.1007/s40429-015-0057-8

21- Clark, L. (2010). Decision-making during gambling: An integration of cognitive and psychobiological approaches. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 365(1538), 319–330. https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0147

22- Potenza, M. N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. Addictive Behaviors, 39(1), 1–2. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.004

23- Potenza, M. N. (2015). Perspective: Behavioural addictions matter. Nature, 522(7557), S62. https://doi.org/10.1038/522S62a

24-Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Fear of missing out. Computers in Human Behavior, 29, 1841–1848. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014

25- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(3), 311. https://doi.org/10.3390/ijerph14030311

26-Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). Addictive use of social media and video games. Psychology of Addictive Behaviors, 30(2), 252–262. https://doi.org/10.1037/adb0000160

27-Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use. Journal of Affective Disorders, 207, 251–259. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030

28-Dittmar, H. (2005). Compulsive buying. British Journal of Psychology, 96(4), 467–491. https://doi.org/10.1348/000712605X53533

29- Şahin, C., & Korkmaz, Ö. (2011). Adaptation of internet addiction scale into Turkish. Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi, 32, 101–115.

30-Beard, K. W. (2005). Internet addiction assessment techniques. CyberPsychology & Behavior, 8, 7–14. https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.7

31-Young, K. S. (1998). Internet addiction. CyberPsychology & Behavior, 1(3), 237–244. https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237

32-Özdemir, Y., Kuzucu, Y., & Ak, Ş. (2014). Depression, loneliness and Internet addiction. Computers in Human Behavior, 34, 284–290. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.02.009

33-Savcı, M., & Aysan, F. (2021). Social-emotional model of internet addiction. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27(4), 349–358. https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1367552

34-International Telecommunication Union. (2021). Measuring digital development: Facts and figures 2021.

35- BBC. (n.d.). The history of mobile phones. https://www.bbc.co.uk/bitesize/articles/z62gjfr

36-International Telecommunication Union. (n.d.). Overview of ITU's history. https://www.itu.int/en/history/pages/ITUsHistory.aspx

37- We Are Social, & Meltwater. (2025). Digital 2025 global overview report. https://datareportal.com/reports/digital-2025-global-overview-report

38-GeoPoll. (2025). Smartphone and social media usage statistics. https://www.geopoll.com/blog/smartphone-and-social-media-usage-2025/

39-Exploding Topics. (2025). Smartphone usage statistics. https://explodingtopics.com/blog/smartphone-usage-stats

40-Lin, Y. H., Chiang, C. L., Lin, P. H., Chang, L. R., Ko, C. H., Lee, Y. H., & Lin, S. H. (2016). Diagnostic criteria for smartphone addiction. PLOS ONE, 11(11), e0163010. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163010

41-Tanhan, F., Özok, H. İ., & Tayiz, V. (2022). Gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO): Güncel bir derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14, 74–85.

42- Başkan, Ö., Çorum, M., & Büyükyılmaz, G. (2023). Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile fiziksel aktivite, yorgunluk ve uyku kalitesinin ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 299–305. https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1049962

43-Erdoğanoğlu, Y., & Arslan, B. (2019). Gençlerde akıllı telefon kullanımının fiziksel kapasite üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20(5), 499–505. https://doi.org/10.5455/apd.22386

44-Piaget, J. (1962). Play, dreams and imitation in childhood. Norton.

45-Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Harvard University Press.

46-Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction. International Journal of Mental Health and Addiction, 8(1), 119–125. https://doi.org/10.1007/s11469-009-9229-x

47-Hamari, J., Hanner, N., & Koivisto, J. (2020). Why pay premium in freemium services? International Journal of Information Management, 51, 102040. https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2019.102040

48-Cole, H., & Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in MMORPG gamers. CyberPsychology & Behavior, 10(4), 575–583. https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9988

49-Kim, H. S., Son, G., Roh, E. B., Ahn, W. Y., Kim, J., Shin, S. H., Chey, J., & Choi, K. H. (2022). Prevalence of gaming disorder: A meta-analysis. Addictive Behaviors, 126, 107183. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107183

50-Gao, Y. X., Wang, J. Y., & Dong, G. H. (2022). Prevalence and risk factors of internet gaming disorder. Journal of Psychiatric Research, 154, 35–43. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.049

51-Meng, S. Q., et al. (2022). Global prevalence of digital addiction. Clinical Psychology Review, 92, 102128. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102128

52-Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Internet gaming disorder epidemiology. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 71(7), 425–444. https://doi.org/10.1111/pcn.12532

53-UNICEF. (2017). The state of the world's children 2017: Children in a digital world. UNICEF.

54-Ko, C. H., et al. (2009). Brain activity in gaming addiction. Journal of Psychiatric Research, 43(7), 739–747. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.09.012

55-Gentile, D. A., et al. (2011). Pathological video game use. Pediatrics, 127(2), e319–e329. https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353

56-Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Psychosocial causes of pathological gaming. Computers in Human Behavior, 27(1), 144–152. https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.015

57-Kim, N. R., et al. (2016). Internet gaming disorder symptoms. Psychiatry Investigation, 13(1), 58–66. https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.1.58

58-Kardefelt-Winther, D. (2014). Compensatory internet use model critique. Computers in Human Behavior, 31, 351–354. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.059

59-Weinstein, A. M. (2010). Video game addiction comparison. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36(5), 268–276. https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491879

60- Şahin, C. (2020). Sosyal medya bağımlılığı. İçinde Ş. Cengiz & S. Günüç (Eds.), Teknoloji bağımlılıkları (ss. 79–101). Nobel Yayıncılık.

61-Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2026). Yeşilay Akademi raporları serisi–2: Türkiye sosyal medya araştırma raporu. https://www.yesilay.org.tr

62-Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması. https://www.tuik.gov.tr

63-van den Eijnden, R. J. J. M., Lemmens, J. S., & 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

64-Pontes, H. M., Macur, M., & Griffiths, M. D. (2016). Internet gaming disorder among Slovenian primary schoolchildren. Journal of Behavioral Addictions, 5(2), 304–310. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.042

65-Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., & Eckles, K. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. Psychology of Popular Media Culture, 3, 206–222. https://doi.org/10.1037/ppm0000047

66-Bozzola, E., et al. (2022). Social media use in children and adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(16), 9960. https://doi.org/10.3390/ijerph19169960

67-Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). Social media and mental health in adolescents. International Journal of Adolescence and Youth, 25(1), 79–93. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851

68-Hou, Y., Xiong, D., Jiang, T., Song, L., & Wang, Q. (2019). Social media addiction. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 22(9), 603–611. https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0057

69-Ramani, Z., & Diwanji, H. (2023). Social media addiction and self-esteem. In Advancements in smart computing and information security (pp. 26–34). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-23092-9_3

70-Meshi, D., Tamir, D. I., & Heekeren, H. R. (2015). The emerging neuroscience of social media. Trends in Cognitive Sciences, 19(12), 771–782. https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.09.004

71-Demirdöğen, B., & Karaaziz, M. (2024). Şema terapisi perspektifinden kumar bağımlılığı ve DEHB. International Journal of Sociology and Economics, 5(6), 975–989. https://doi.org/10.5281/zenodo.13380574

72-Ögel, K., & Tekin, K. (2023). Kumar ve bahis bağımlılığı: Tam kazanıyorken hep kaybetmek. IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

73-Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. Nature Reviews Disease Primers, 5, 51. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7

74-McCormack, A., Shorter, G. W., & Griffiths, M. D. (2013). Internet problem gambling predictors. International Journal of Mental Health and Addiction, 11(6), 634–657. https://doi.org/10.1007/s11469-013-9439-0

75-Gainsbury, S. M., Russell, A., Hing, N., Wood, R., Lubman, D. I., & Blaszczynski, A. (2014). Problem gambling in Australia. Psychology of Addictive Behaviors, 28(3), 769–779. https://doi.org/10.1037/a0036207

76-Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). Pathways model of gambling. Addiction, 97(5), 487–499. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x

77-Wood, R. T. A., & Griffiths, M. D. (2007). Gambling as coping strategy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80(1), 107–125. https://doi.org/10.1348/147608306X107881

78-Gainsbury, S. M., Delfabbro, P., King, D. L., & Hing, N. (2016). Gambling operators and social media. Journal of Gambling Studies, 32(1), 125–141. https://doi.org/10.1007/s10899-015-9525-2

79-King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2018). Loot boxes and gaming disorder. Addiction, 113(11), 1967–1969. https://doi.org/10.1111/add.14286

80-Tran, K., Luong, T., Billieux, J., et al. (2024). Gambling prevalence meta-analysis. The Lancet Public Health. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9

81-The Lancet Public Health Commission on Gambling. (2024). Gambling and public health: Global perspectives. The Lancet Public Health. Advance online publication.

82-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. Clinical Psychology Review, 51, 109–124. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008

83-Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Comorbid disorders in problem gambling. Addiction, 106(3), 490–498. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x

84-Oei, T. P. S., & Gordon, L. M. (2008). Gambling abstinence and relapse. Journal of Gambling Studies, 24(1), 91–105. https://doi.org/10.1007/s10899-007-9071-7

85-Eisen, S. A., Lin, N., Lyons, M. J., Scherrer, J. F., Griffith, K., True, W. R., Goldberg, J., & Tsuang, M. T. (1998). Familial influences on gambling behavior. Addiction, 93(9), 1375–1384. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93913758.x

86-Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet addiction epidemiology. International Journal of Mental Health and Addiction, 10(2), 278–296. https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5

87-Griffiths, M. D. (2003). Internet gambling: Issues and concerns. CyberPsychology & Behavior, 6(6), 557–568. https://doi.org/10.1089/109493103322725333

88-Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). Prevalence of pathological gambling in Switzerland. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 473–475. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101006473.x

89-Childers, T. L., Carr, C. L., Peck, J., & Carson, S. (2001). Online shopping motivations. Journal of Retailing, 77(4), 511–535. https://doi.org/10.1016/S0022-4359(01)00056-2

90-Wolfinbarger, M., & Gilly, M. C. (2001). Shopping online motivations. California Management Review, 43(4), 34–55. https://doi.org/10.2307/41166074

91-Richins, M. L., & Dawson, S. (1992). Materialism measurement. Journal of Consumer Research, 19(3), 303–316. https://doi.org/10.1086/209304

92-Davis, F. D. (1989). Technology acceptance model. MIS Quarterly, 13(3), 319–340. https://doi.org/10.2307/249008

93-LaRose, R. (2001). Online buying behavior. Journal of Computer-Mediated Communication, 6(3). https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2001.tb00120.x

94-Black, D. W. (2007). Compulsive buying disorder review. World Psychiatry, 6(1), 14–18.

95-Mueller, A., et al. (2010). Compulsive buying prevalence. Psychiatry Research, 180(2–3), 137–142. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.001

96-Kellett, S., & Bolton, J. V. (2009). Cognitive-behavioral model of compulsive buying. Clinical Psychology & Psychotherapy, 16(2), 83–99. https://doi.org/10.1002/cpp.585

97-Babin, B. J., Darden, W. R., & Griffin, M. (1994). Hedonic vs utilitarian shopping. Journal of Consumer Research, 20(4), 644–656. https://doi.org/10.1086/209376

98-Dholakia, U. M. (2000). Consumption impulse model. Psychology & Marketing, 17(11), 955–982. https://doi.org/10.1002/1520-6793(200011)17:11<955::AID-MAR3>3.0.CO;2-J

99-Rose, S., & Dhandayudham, A. (2014). Internet shopping addiction predictors. Journal of Behavioral Addictions, 3(2), 83–89. https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.003

100-Lo, S. K., & Harvey, N. (2012). Online shopping addiction behavior. Journal of Behavioral Addictions, 1(4), 162–170. https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.006

101-Kraepelin, E. (1915). Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (8th ed.). Johann Ambrosius Barth.

102-Kaur, P., Islam, N., Tandon, A., & Dhir, A. (2021). Social media users' online subjective well-being and fatigue. Technological Forecasting and Social Change, 172, 121039. https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.121039

103-Li, N., & Zhang, P. (2002). Consumer online shopping attitudes and behavior. In Proceedings of the 8th Americas Conference on Information Systems (pp. 508–517).

104-Etxaburu, N., Momeñe, J., Herrero, M., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., Iruarrizaga, I., & Estévez, A. (2023). Buying-shopping disorder in adolescents. Current Psychology. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04425-3

105-Mustafaoğlu, R., & Yasacı, Z. (2018). Digital gaming and health effects. Bağımlılık Dergisi, 19(3), 51–58.

106-Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep. Sleep Medicine, 11(8), 735–742. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.02.006

107-Müller, A., Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (2015). Compulsive buying. The American Journal on Addictions, 24(2), 132–137. https://doi.org/10.1111/ajad.12111

108-Aktan, E. (2018). Social media and social anxiety. Selçuk İletişim, 11(2), 35–53. https://doi.org/10.18094/josc.397272

109-Güleç, V. (2018). The collapse of family relations with social media. Yeni Medya Elektronik Dergisi, 2(2), 105–120. https://doi.org/10.17932/IAU.EJNM.25480200.2018.2/2.105-120

110-Akgül, B., Yıldız, E. E., & Turşucuoğlu, B. (2018). Socio-economic harms of media addiction. Akademia Sosyal Bilimler Dergisi, 282–290. https://izlik.org/JA22BA73WY

111-Castells, M. (2010). The rise of the network society (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

112-Pew Research Center. (2021). Mobile technology and home broadband 2021. https://www.pewresearch.org

113-Turkle, S. (2011). Alone together: Why we expect more from technology and less from each other. Basic Books.

114-Business of Apps. (2025). Messaging app market statistics. https://www.businessofapps.com

115- DemandSage. (2026). WhatsApp statistics. https://www.demandsage.com

116-Andreassen, C. S. (2015). Online social network site addiction: A review. Current Addiction Reports, 2(2), 175–184. https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9

117-Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction. International Journal of Environmental Research and Public Health, 8(9), 3528–3552. https://doi.org/10.3390/ijerph8093528

118-Turel, O., & Bechara, A. (2016). Social networking use while driving. Frontiers in Psychology, 7, 455. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00455

119-Caplan, S. E. (2010). Generalized problematic internet use. Computers in Human Behavior, 26(5), 1089–1097. https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.03.012

120-Montag, C., & Reuter, M. (2015). Molecular genetics and internet addiction. Springer.

121-Özben, B. A., & Paköz Türkeli, A. (2025). Social media and family relations. Amasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(17), 140–178. https://doi.org/10.71218/asobid.1685228

122-Ševčíková, A. (2016). Teen sexting experiences. Journal of Adolescence, 51, 156–162. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.06.007

123-Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49, 376–385. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x

124-Bailin, A., Milanaik, R., & Adesman, A. (2014). Health effects of new technologies. Current Opinion in Pediatrics, 26(5), 605–619. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000140

125-Lepp, A., Barkley, J. E., & Karpinski, A. C. (2014). Cell phone use and academic performance. Computers in Human Behavior, 31, 343–350. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.049

126-Yu, S., & Sussman, S. (2020). Smartphone addiction continuum. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(2), 422. https://doi.org/10.3390/ijerph17020422

127-Valkenburg, P. M., Koutamanis, M., & Vossen, H. G. M. (2017). Social media and self-esteem. Computers in Human Behavior, 76, 35–41. https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.07.008

128-Kumcağız, H. (2020). Online pornography addiction. In C. Şahin & S. Günüç (Eds.), Teknoloji bağımlılıkları (ss. 143–157). Nobel Yayıncılık.

129-Voon, V., et al. (2014). Sexual cue reactivity in compulsive sexual behavior. PLOS ONE, 9(7), e102419. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102419

130-Kraus, S. W., Voon, V., & Potenza, M. N. (2016). Compulsive sexual behavior as addiction. Addiction, 111(12), 2097–2106. https://doi.org/10.1111/add.13297

131-Short, M. B., et al. (2012). Internet pornography review. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 15(1), 13–23. https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0477

132-Chew, P. K., Yow, Y. J., & Tan, C. S. (2025). Pornography prevalence meta-analysis. Sexual Health, 22.

133-Engelhardt, R., et al. (2025). Problematic pornography use. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 12(3), 331–338. https://doi.org/10.5152/ADDICTA.2025.24201

134-Walther, A., Ehlert, U., & Komlenac, N. (2025). Pornography use and depression. Journal of Behavioral Addictions, 14(3), 1444–1455. https://doi.org/10.1556/2006.2025.00070

135-Andrie, E. K., et al. (2021). Adolescent pornography exposure. Children, 8(10), 925. https://doi.org/10.3390/children8100925

136-Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2005). Pornography exposure in youth. CyberPsychology & Behavior, 8(5), 473–486. https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.473

137-Villena-Moya, A., et al. (2025). Pornography use network analysis. BMC Psychology, 13(1), 347. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02624-0

138-Laier, C., & Brand, M. (2014). Cybersex addiction model. Sexual Addiction & Compulsivity, 21(4), 305–321. https://doi.org/10.1080/10720162.2014.970722

139-Hilton, D. L., & Watts, C. (2011). Pornography addiction neuroscience. Surgical Neurology International, 2, 19. https://doi.org/10.4103/2152-7806.76977

140-Grubbs, J. B., et al. (2015). Pornography addiction and distress. Psychology of Addictive Behaviors, 29(4), 1056–1067. https://doi.org/10.1037/adb0000114

141-Cooper, A. (1998). Sexuality and Internet. CyberPsychology & Behavior, 1(2), 187–193. https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.187

142-Brand, M., et al. (2016). Internet addiction neurobiological model. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71, 252–266. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.033

143-Owens, E. W., et al. (2012). Internet pornography impact review. Sexual Addiction & Compulsivity, 19, 122–199. https://doi.org/10.1080/10720162.2012.660431

144-Kühn, S., & Gallinat, J. (2014). Brain and pornography use. JAMA Psychiatry, 71(7), 827–834. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.93

DİĞER DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLAR

Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, haticek@omu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0165-3535

Giriş

Geleneksel bağımlılık çalışmaları uzun yıllar boyunca alkol ve madde kullanımı üzerine yoğunlaşmış olsa da 21. yüzyılın dijitalleşen ve tüketim odaklı yapısı 'davranışsal bağımlılık' kavramını literatürün merkezine taşımıştır. Davranışsal bağımlılıklar, herhangi bir kimyasal madde kullanımı olmaksızın, bir eylemin (çalışma, spor yapma, yemek yeme, alışveriş vb.) kontrol edilemez bir dürtüyle yinelenmesi ve bireyin biyopsikososyal işlevselliğinin bozulması olarak tanımlanmaktadır.[1] Modern toplumda bu bağımlılık türlerini diğerlerinden ayıran en temel özellik, çoğunun 'sağlıklı yaşam', 'başarı' veya 'teknolojik entegrasyon' maskesi altında sosyal bir onay almasıdır. Bu durum, bireyin bağımlılık döngüsünü fark etmesini zorlaştırırken, müdahale süreçlerini de karmaşık hale getirmektedir.

1. Alışveriş Bağımlılığı

Alışveriş bağımlılığı, sadece aşırı harçama yapmak değil; satın alma eyleminin kendisinin bir gerginliği azaltma veya geçici bir coşku yaratma aracı haline gelmesidir. Aboujaoude (2014), bu durumu dürtü kontrol bozukluğu ve obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları ile ilişkilendirerek, kişinin satın alma sonrası derin bir pişmanlık ve suçluluk duymasına rağmen bu patolojik döngüyü kıramadığını belirtmektedir.[2] Literatürde 'oniomani' olarak da adlandırılan bu olgu, bireyin olumsuz duygularla başa çıkma stratejisi olarak alışverişi kullanması nedeniyle sıklıkla 'kendini tedavi etme' çabası olarak görülmektedir.[3]

Günümüzde dijitalleşen tüketim kültürü, bu döngünün tetikleyicisi olan uyaranlara erişimi kolaylaştırarak alışveriş bağımlılığının kompülsif doğasını daha da karmaşık hale getirmiştir. Zira bu bağımlılık türü, yalnızca bir finansal yönetim sorunu değil, temelde bireyin dürtülerini düzenleyememesi ve anlık haz arayışına yenik düşmesiyle karakterize edilen bilişsel bir süreçtir.[4] Bu bağlamda, alışveriş eylemi başlangıçta bir ödül mekanizması olarak işlev görse de uzun vadede bireyin sosyal işlevselliğini bozan ve ekonomik yıkımın ötesinde ağır bir psikolojik yüke dönüşen bir eyleme evrilmektedir.

1.1. Etiyolojik Yaklaşımlar

Alışveriş bağımlılığının kökenleri biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel katmanlardan oluşur:

- *Biyolojik Yaklaşım:* Satın alma kararının verildiği ve ödemenin yapıldığı 'beklenti' aşamasında beyinde yoğun dopamin salgılanır. Black (2007), alışveriş bağımlılarının bu dopaminerjik hazza bağımlı hale geldiğini, ancak satın alınan ürün eve ulaştığında bu hazzın hızla yerini depresif duygulara bıraktığını savunmaktadır.[4]
- *Psikolojik Yaklaşım*: Alışveriş, genellikle düşük özsaygı, yalnızlık ve değersizlik hislerini bastırmak için kullanılan bir yöntemdir. Birey, yeni bir eşyaya sahip olduğunda geçici bir güç ve statü hissi kazanır.[5] Bu bağlamda, alışveriş bağımlılığı negatif duygulardan kaçış sağlayan bir 'duygusal başa çıkma stratejisi' işlevi görür.
- *Sosyokültürel Yaklaşım*: Kredi kartlarının yaygınlaşması, 'şimdi al, sonra öde' kampanyaları ve e-ticaret sitelerinin 7/24 ulaşılabilir olması, dürtüsel satın almayı teknik olarak kolaylaştırmıştır. Toplumun tüketimi bir başarı ve mutluluk sembolü olarak sunması, bu bağımlılığın çevresel olarak pekişmesine neden olur.[6]

1.2. Tanı ve Değerlendirme Kriterleri

Alışveriş bağımlılığını belirlemek için en sık kullanılan araçlardan biri Edwards Zorlantılı Satın Alma Ölçeği'dir. Tanı sürecinde şu kriterler öne çıkar:[2,4]

- *Zihinsel Meşguliyet*: Günün büyük bölümünü alışverişi düşünerek veya planlayarak geçirmek.
- *Duygu Durum Değişikliği*: Sadece alışveriş yaparken kendini canlı, güçlü veya rahatlamış hissetmek.
- *Olumsuz Sonuçlara Rağmen Devam*: Borçlanma, iflas, aile içi çatışmalar veya yalan söylemeye rağmen satın alma eylemini durduramama.
- *Eşyaların Kullanılmaması*: Satın alınan ürünlerin paketlerinin dahi açılmadan biriktirilmesi istifleme ile karıştırılmamalıdır, burada odak ürün değil 'satın alma' eylemidir.

1.3. Müdahale ve Çözüm Yolları

Tedavide temel amaç, parayla ve tüketimle olan işlevsiz ilişkiyi yeniden düzenlemektir.

- *Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)*: Satın alma dürtüsünü tetikleyen durumlar (stres, yalnızlık vb.) belirlenir. Mitchell vd. (2006), BDT'nin bireye 'dürtü kontrolü' kazandırmada ve alışveriş anındaki otomatik düşünceleri sorgulatmada en etkili yöntem olduğunu vurgular.[7]
- *Finansal Rehabilitasyon*: Borç yönetimi ve bütçe planlaması konusunda profesyonel destek alınması, bireyin üzerindeki anksiyeteyi azaltır.
- *Destek Grupları*: 'Adsız Borçlular' gibi gruplar aracılığıyla sosyal destek ve deneyim paylaşımı sağlanır.[4]
- *Maruz Bırakma ve Tepki Önleme*: Bireyin alışveriş merkezine gidip hiçbir şey almadan çıkma egzersizleri yapması gibi davranışsal teknikler uygulanır.

2. İş Bağımlılığı

İş bağımlılığı, bireyin sadece davranışsal olarak aşırı çalışması değil, aynı zamanda işe karşı takıntılı bir zihinsel meşguliyet içinde olması, bireyin işine aşırı derecede zaman ayırması, iş hakkında düşünmekten kendini alamaması (kompülsif dürtü) ve çalışmadığı zamanlarda kendini suçlu veya huzursuz hissetmesi olarak tanımlanır.[8] Günümüzde ise bu kavram, bireyin işine karşı aşırı zaman ayırması, sosyal

yaşamını ihmal etmesi ve çalışmadığı zamanlarda yoğun bir huzursuzluk hissetmesi olarak ele alınmaktadır.

2.1. Bağımlılığın Temel Bileşenleri

Griffiths (2011) tarafından önerilen 'Bileşenler Modeli'ne göre iş bağımlılığı, tüm davranışsal bağımlılıklarda görülen şu yedi boyutu kapsar:[9]

1. *Belirginlik*: İşin, kişinin hayatındaki en önemli etkinlik haline gelmesi.
2. *Duygu Durum Düzenleme*: Çalışmanın bir kaçış veya rahatlama aracı olarak kullanılması.
3. *Tolerans*: Aynı tatmini almak için çalışma süresinin sürekli artırılması.
4. *Yoksunluk*: Çalışılmadığında sinirlilik ve kaygı hissedilmesi.
5. *Çatışma*: İş nedeniyle aile, sosyal çevre ve özbakım süreçlerinde sorunlar yaşanması.
6. *Nüks*: Çalışma temposunu düşürme çabalarının başarısızlıkla sonuçlanması.
7. *Problemler*: Aşırı çalışmanın fiziksel ve ruhsal sağlığı bozması.

2.2. İş Bağımlılığında Tanısal Değerlendirme

İş bağımlılığının tanılanması, bireyin sadece haftalık çalışma saati gibi nicel verilerine değil; çalışmaya karşı geliştirdiği içsel zorlantı ve sosyal işlevsellik kaybı gibi nitel verilere odaklanır. Griffiths (2011) tarafından geliştirilen 'Bileşenler Modeli', iş bağımlılığını bir davranışsal bağımlılık olarak tanımlayan altı temel tanı kriteri sunmaktadır. Bu kriterler; işin kişinin hayatındaki en belirgin faaliyet haline gelmesi, iş aracılığıyla duygu durumunu düzenleme çabası, aynı tatmin için çalışma süresinin artması, çalışılmadığında yaşanan huzursuzluk, aile ve sosyal çevreyle yaşanan çatışmalar ve çalışma temposunu düşürme çabalarının başarısızlıkla sonuçlanmasıdır.[9]

Klinik uygulamalarda iş bağımlılığı tanısı koymak için en yaygın ve geçerli kabul edilen araç Bergen İş Bağımlılığı Ölçeği (BWAS)'dir. Bu ölçek, yedi temel bağımlılık bileşenini (belirginlik, duygu durum düzenleme, tolerans, yoksunluk, çatışma, nüks ve sağlık sorunları) sorgular. Andreassen vd. (2012), bu yedi kriterden en az dördünün

'sık sık' veya 'her zaman' düzeyinde karşılanmasının, kişiye iş bağımlısı tanısı konulması için yeterli bir eşik değer olduğunu belirtmektedir.[10] Türkiye örnekleminde yapılan geçerlik çalışmalarında da bu tanısal yapının kültürel olarak uyumlu olduğu kanıtlanmıştır.[11] Bir diğer ölçek Hollanda İş Bağımlılığı Ölçeği (DUWAS): İşkolikliği 'Aşırı Çalışma' ve 'Zorlantılı Çalışma' alt boyutlarıyla ele alır. Ölçeğin temel felsefesi, işkolikliğin sadece 'çok çalışmak' değil, aynı zamanda 'içsel bir zorlantı' ile çalışmak olduğu üzerine kuruludur.[12]

2.3. Etiyolojik Yaklaşımlar

2.3.1. Kişilik Özellikleri ve Bireysel Yaklaşım

Bu yaklaşım, iş bağımlılığını bireyin içsel yapısına ve kişilik özelliklerine dayandırır. Özellikle A tipi kişilik (rekabetçi, sabırsız, zaman baskısı hisseden) ve mükemmeliyetçilik, iş bağımlılığının en güçlü yordayıcıları olarak kabul edilir. Birey, düşük özsaygısını iş yerindeki başarılarla telafi etmeye çalışır.[6]

2.3.2. Aile Sistemleri ve Sosyal Öğrenme Yaklaşımı

Bu yaklaşım, iş bağımlılığının kökenlerini bireyin yetiştiği aile ortamındaki işlevsiz dinamiklere dayandırır. Ebeveynleri tarafından sadece akademik veya mesleki başarı gösterdiklerinde koşullu sevgi gören çocuklar, yetişkinlikte özsaygılarını korumak için kontrol edemedikleri bir çalışma dürtüsü geliştirirler. Bu bağlamda iş, aile içi huzursuzluklardan veya duygusal yetersizlik hislerinden kaçmak için kullanılan 'güvenli bir sığınak' işlevi görür.[13] Ayrıca, sosyal öğrenme kuramı çerçevesinde, ebeveynin işkolik davranışları çocuk tarafından başarıya giden tek meşru yol olarak modellenmekte ve bu döngü nesiller arası bir aktarımla devam etmektedir.[14]

2.3.3. Örgütsel Kültür ve Sosyokültürel Yaklaşım

Bu yaklaşım, bağımlılığı bireyin dışındaki çevresel faktörlere bağlar. Örgütsel kültür ve sosyokültürel yaklaşımlar, iş bağımlılığını bireysel bir patolojiden ziyade, çevresel ve yapısal faktörlerin bir ürünü olarak ele alır. Bu perspektife göre, aşırı rekabetçi iş ortamları ve 'ideal çalışan' prototipinin mesai saatlerini kutsallaştıran yapısı, bağımlı davranışı sistematik olarak teşvik etmektedir.[15] Günümüz

dijital çalışma ekosisteminde, akıllı teknolojiler aracılığıyla dayatılan 'her an ulaşılabilir olma' beklentisi, iş ve özel yaşam sınırlarını eriterek birey üzerinde sürekli bir 'bilgi işlem tele-baskısı' oluşturmaktadır.[16] Daha geniş bir sosyokültürel çerçevede ise, toplumun aşırı çalışmayı bir 'başarı göstergesi' ve 'erdem' olarak ödüllendirmesi, bağımlı davranışı meşrulaştıran ve pekiştiren en güçlü dışsal etkendir.[17] Bu durum, iş bağımlılığının diğer bağımlılık türlerinden farklı olarak 'sosyal onay alan bir bağımlılık' olarak kalmasına neden olmaktadır.[6]

2.3.4. Biyopsikososyal Yaklaşım

Güncel literatürde iş bağımlılığını açıklayan en kapsamlı çerçeve olan Biyopsikososyal Model, bu olguyu biyolojik yatkınlık, psikolojik ihtiyaçlar ve sosyal çevrenin dinamik bir etkileşimi olarak ele almaktadır. Bu yaklaşımın biyolojik boyutunda, beynin mezolimbik dopaminerjik ödül sistemi merkezi bir rol oynar. İş yerinde elde edilen her başarı veya tamamlanan her görev, beyinde dopamin salgılanmasına yol açarak geçici bir haz duygusu yaratır. Zamanla birey, aynı dopaminerjik etkiyi hissedebilmek için çalışma süresini ve şiddetini artırmak zorunda kalır; bu durum literatürde 'tolerans gelişimi' olarak tanımlanmaktadır.[18]

Psikolojik boyutta ise bireyin onaylanma arzusu ve düşük özsaygısını telafi etme çabası, bu döngüyü pekiştiren içsel bir yakıt işlevi görür. Sosyal çevrenin (iş yeri baskısı, rekabetçi kültür) bu biyolojik ödül döngüsünü dışsal olarak tetiklemesiyle bağımlılık süreci kronik bir hal alır.[10] Bu bütüncül model, iş bağımlılığının neden bazı bireylerde sadece bir 'yoğun çalışma' dönemiyken, bazılarında ise yıkıcı bir 'patolojik davranış' haline geldiğini açıklamada en güçlü araçtır.

2.4. İş Bağımlılığında Müdahale ve Çözüm Yolları

İş bağımlılığı müdahaleleri, bireyin işe yönelik obsesif tutumlarını değiştirmeyi ve iş dışı yaşam alanlarını yeniden yapılandırmayı hedefler. Sosyal olarak desteklenen bir bağımlılık türü olması nedeniyle müdahale süreci, bilişsel, davranışsal ve örgütsel düzeyde çok boyutlu ele alınmalıdır.

2.4.1. Psikolojik ve Bilişsel Müdahaleler

İş bağımlılığının tedavisinde en yaygın kullanılan yöntem Bilişsel Davranışçı Terapi'dir. Bu süreçte, bireyin özsaygısını sadece iş başarısına endeksleyen işlevsiz inançlar üzerinde çalışılır. Andreassen (2014)[13], BDT'nin iş bağımlılarında görülen mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkusu gibi bilişsel çarpıtmaları düzeltmede etkili olduğunu belirtmektedir.[10] Ayrıca, Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) yaklaşımı, bireyin iş dışındaki değerlerine (aile, sağlık, kişisel gelişim) odaklanarak 'psikolojik esneklik' kazanmasını sağlar.[19]

2.4.2. Öz-Yardım ve Davranışsal Sınırlar

Bireysel düzeyde uygulanan 'haz erteleme' ve 'sınır koyma' teknikleri iyileşme sürecinin temelini oluşturur. Dijital teknolojilerin yarattığı 'her an ulaşılabilir olma' baskısı, iş bağımlılığını kronikleştiren en önemli unsurdur. Barber ve Santuzzi (2015), mesai saatleri dışında iş bildirimlerini kapatmanın ve dijital detoks uygulamalarının, bireyin toparlanma sürecini hızlandırdığını kanıtlamıştır.[16]

2.4.3. Örgütsel ve Sistemik Çözümler

İş bağımlılığı sadece bireysel bir sorun değil, aynı zamanda bir kurum kültürü sorunudur. Bu nedenle müdahale, iş yerindeki ödüllendirme sistemlerinin değiştirilmesini de kapsamalıdır. Mazzetti vd. (2014)[17], yöneticilerin aşırı çalışmayı ödüllendirmek yerine, verimlilik ve iş-yaşam dengesini teşvik eden bir rol model benimsemelerinin, bağımlı davranışı azalttığını savunmaktadır. Kurumların 'bağlantıyı kesme hakkı' gibi politikaları yasal veya kurumsal düzeyde güvence altına alması, dışsal baskıyı azaltan kritik bir müdahale aracıdır.[6]

3. Egzersiz Bağımlılığı

Egzersiz bağımlılığı, fiziksel aktivitenin sağlıklı bir yaşam alışkanlığı olmaktan çıkıp, bireyin hayatındaki tüm temel sorumlulukları (iş, aile, sosyal ilişkiler) ikinci plana iten 'patolojik bir ihtiyaç' haline gelmesidir. Hausenblas ve Downs (2002), bu durumu madde bağımlılığı tanı kriterlerine (DSM-IV) dayandırarak; bireyin aynı psikolojik etkiyi alabilmek için antrenman dozunu sürekli artırması (tolerans), egzersiz yapamadığında yoğun anksiyete ve huzursuzluk yaşaması

(yoksunluk) ve planladığından çok daha uzun süre fiziksel aktivite yapması ekseninde tanımlamıştır.[20] Bu bağımlılık türü sadece biyolojik bir dürtüyle açıklanamaz; aynı zamanda bireyin duygusal düzenleme kapasitesindeki bir aşınmanın göstergesidir. Egzersiz, modern birey için günlük yaşamın stresörlerinden bir 'kaçış mekanizması' haline geldiğinde, kişi sosyal sermayesini ve aile içi rollerini ihmal etme pahasına fiziksel aktiviteye yönelmektedir. Bu durum, bireyin öz-değerini sadece fiziksel performansına veya beden imgesine indirgediği bir 'kimlik daralmasına' yol açmaktadır.[21]

3.1. Etiyolojik Yaklaşımlar

Egzersiz bağımlılığının kökenlerini açıklayan temel perspektifler şunlardır:[21,6]

- *Biyolojik Yaklaşım*: Egzersiz sırasında salgılanan endorfin ve dopamin, beyinde doğal bir ödül mekanizması tetikler. Egzersizin yarattığı nörokimyasal ödül etkisine karşı gelişen tolerans, bireylerin aynı psikolojik haz düzeyine ulaşmak için egzersiz dozunu sürekli artırmalarına neden olmaktadır.
- *Psikolojik Yaklaşım*: Düşük özsaygı, narsisistik eğilimler ve özellikle mükemmeliyetçilik, egzersiz bağımlılığının en güçlü yordayıcılarıdır. Birey, vücut imajını kontrol ederek hayata karşı bir 'kontrol hissi' kazanmaya çalışır.
- *Sosyokültürel Yaklaşım*: Modern toplumun 'zayıf ve atletik vücut' idealini bir başarı göstergesi olarak sunması, bireylerin bu sosyal onayı almak için egzersiz dozunu artırmasına neden olur.

3.2. Tanı ve Değerlendirme Kriterleri

Egzersiz bağımlılığının tanılanmasında en yaygın kullanılan araç Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EDS-R)'dir. Tanı sürecinde şu kriterler esas alınır:[20]

- *Tolerans*: İstenen etkiyi elde etmek için egzersiz miktarının sürekli artması.
- *Yoksunluk*: Antrenman yapılamadığında ortaya çıkan anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları.

- *Zaman ve Kontrol Kaybı*: Planlanandan daha uzun süre egzersiz yapma ve spora ayrılan vaktin günlük hayatın merkezine oturması.
- *Süreklilik*: Ciddi sakatlıklara, hastalıklara veya tıbbi uyarılara rağmen spora devam edilmesi.[22]

3.3. Müdahale ve Çözüm Yolları

Müdahale sürecinde temel amaç sporu tamamen bırakmak değil, 'sağlıklı egzersiz' alışkanlığını yeniden kazanmaktır.

- *Bilişsel Davranışçı Terapi*: Bireyin vücut algısı ve özsaygısına dair çarpık düşüncelerini değiştirmeyi hedefler. Lichtenstein[21] vd. (2017), antrenman planlarını esnetmek ve 'dinlenme günlerini' bir ödül olarak algılatmak için BDT'nin etkili olduğunu vurgular.[21]
- *Eğitim ve Farkındalık:* Birincil ve ikincil bağımlılık ayrımı yapılarak, eğer egzersiz bir yeme bozukluğunu maskeliyorsa (ikincil bağımlılık), öncelikle temelindeki psikolojik soruna müdahale edilmelidir.[23]
- *Disiplinlerarası Yaklaşım*: Diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog eşliğinde, vücudun fiziksel sınırlarını koruyan kontrollü bir program uygulanmalıdır.

4. Kompulsif Yeme Bağımlılığı

Kompulsif yeme bağımlılığı, sadece aşırı yemek yeme eylemi değil; yemeğin duygusal bir boşluğu doldurma, stresle başa çıkma veya anlık rahatlama aracı olarak kullanılmasıdır. Gearhardt vd. (209), bu durumu 'Yemek Bağımlılığı' kavramı çerçevesinde, madde bağımlılığına benzer nörobiyolojik ve davranışsal belirtilerle tanımlamıştır.[24]

4.1. Etiyolojik Yaklaşımlar

Kompulsif yeme davranışının kökenleri çok boyutludur:

- *Biyolojik Yaklaşım*: Özellikle yüksek yağlı ve şekerli gıdalar, beyindeki ödül merkezini uyararak dopamin salınımına neden olur. Volkow vd. (2013), bağımlı bireylerde dopamin reseptörlerinin duyarsızlaştığını ve kişinin aynı 'doyum' hissini

yaşamak için yediği miktarı sürekli artırdığını savunmaktadır.[25]

- *Psikolojik Yaklaşım (Duygusal Düzenleme)*: Kompulsif yeme, genellikle negatif duygularla (kaygı, depresyon, yalnızlık) başa çıkmak için kullanılan bir 'kendi kendini tedavi etme' yöntemidir. Cassalin vd. (2015), düşük özsaygı ve duygusal yoksunluk hisseden bireylerin, bu boşluğu gıdalar aracılığıyla kapatmaya çalıştıklarını belirtmektedir.[26]
- *Sosyokültürel Yaklaşım*: İşlenmiş gıdaların kolay ulaşılabilirliği ve reklamlar aracılığıyla sürekli yemeğe teşvik eden bir kültür, bağımlılığı dışsal olarak körükleyen en büyük etkendir.[6]

4.2. Tanı ve Değerlendirme Kriterleri

Kompulsif yeme bağımlılığının tanılanmasında altın standart Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği (YFAS)'dir. Tanı sürecinde şu kriterler esas alınır:[24]

- *Kontrol Kaybı*: Planlanandan çok daha fazla yemek ve yemeyi durduramamak.
- *Yoksunluk*: Belirli gıdalardan uzak kalındığında yaşanan aşırı istek ve huzursuzluk.
- *Olumsuz Sonuçlara Rağmen Devam*: Sağlık sorunlarına (obezite, diyabet), sosyal izolasyona ve suçluluk duygusuna rağmen yeme davranışının sürdürülmesi.
- *Sosyal ve Mesleki Kayıplar*: Yeme alışkanlıkları nedeniyle sosyal aktivitelerden kaçınma veya iş verimliliğinin düşmesi.

4.3. Müdahale ve Çözüm Yolları

Müdahale sürecinde temel hedef 'hiç yememek' değil, gıdalarla sağlıklı bir ilişki kurmaktır.

- *Bilişsel Davranışçı Terapi*: Bireyin yeme krizlerini tetikleyen duygu ve düşünce kalıplarını fark etmesini sağlar. Wilson (2010), BDT'nin yeme dürtüsü geldiğinde uygulanacak alternatif başa çıkma stratejileri geliştirmede en etkili yöntem olduğunu vurgular.[27]
- *Farkındalık Temelli Yaklaşımlar*: Bireyin fiziksel açlık ile duygusal açlığı ayırt etmesine yardımcı olur.

- *Duygu Düzenleme Becerileri*: Negatif duyguları yemek yiyerek değil, sağlıklı yollarla (sosyalleşme, hobiler, gevşeme egzersizleri) yönetme becerisi kazandırılır.[26]

5. Estetik Bağımlılığı

Estetik bağımlılığı, bireyin fiziksel görünümünü değiştirme arzusunun sağlıklı bir öz-bakım sınırını aşarak patolojik bir hal alması; bu sürecin kişinin sosyal, ekonomik ve ruhsal sağlığını ciddi düzeyde bozmasıdır. Jones vd. (2021), bu durumu 'cerrahi alışverişi' olarak adlandırmakta ve bireyin bir operasyondan aldığı geçici memnuniyetin ardından hızla yeni bir 'kusur' bularak tekrar masaya yatma dürtüsünü vurgulamaktadır. Bu döngü, tıpkı madde bağımlılığında olduğu gibi, her müdahaleden sonra azalan bir tatmin düzeyi ve artan bir 'daha fazlasına ihtiyaç duyma' haliyle karakterizedir.[28]

Bu patolojinin temelinde genellikle Beden Algı Bozukluğu yatmaktadır. Kişi, fiziksel gerçeklikle örtüşmeyen hayali bir kusura odaklanmakta ve cerrahi müdahaleyi bu içsel huzursuzluğun tek çözümü olarak görmektedir. Ancak cerrahi müdahaleler semptomatik birer 'yama' olmaktan öteye geçemediği için, bireyin zihinsel şemalarındaki 'yetersizlik' hissi varlığını sürdürmektedir.[29]

Modern toplumda sosyal medyanın sunduğu 'mükemmel yüz/beden' filtreleri ve dijital manipülasyonlar, bireyin kendi gerçek bedeniyle kurduğu bağı zayıflatarak bu bağımlılığı körüklemektedir. Estetik bağımlılığı, sadece tıbbi bir süreç değil; bireyin yaşlanma, kusurluluk ve ölüm gibi insani gerçeklikleri reddettiği, kontrolü sadece dış görünüşünde aradığı bir varoluşsal krizin yansımasıdır. Bu bağlamda, bütüncül bir müdahale; cerrahi neşterinden önce bireyin benlik algısını güçlendirmeyi ve gerçek dışı estetik standartlara karşı 'eleştirel bir medya okuryazarlığı' kazanmasını hedeflemelidir.

5.1. Etiyolojik Yaklaşımlar

Estetik müdahalelere yönelik bağımlılığın kökeninde yatan temel faktörler şunlardır:

- *Biyolojik ve Nörolojik Yaklaşım*: Estetik müdahale sonrası alınan sonuç, beyindeki ödül sistemini tetikler. Crerand vd. (2013), bireyin yeni görünümüyle aldığı sosyal onayın yarattığı hazzın, zamanla bir bağımlılık döngüsüne dönüştüğünü ve kişinin bu 'yeni hal' sarhoşluğunu sürdürmek için daha fazla müdahale aradığını belirtmektedir.[31]
- *Psikolojik Yaklaşım*: Estetik bağımlılığının en güçlü psikolojik temeli Vücut Dismorfik Bozukluğu'dur. Birey, vücudundaki küçük bir ayrıntıya obsesif düzeyde odaklanır. Ancak sorun fiziksel değil zihinsel olduğu için, cerrahi müdahale içsel huzursuzluğu gidermez; aksine odak noktası başka bir uzva kayar.[30]
- *Sosyokültürel Yaklaşım*: Sosyal medyadaki filtreler ve 'kusursuz yüz' algısı, bireylerin kendi doğal görünümlerinden yabancılaşmasına neden olmuştur. Sussman (2012), toplumsal güzellik standartlarının bir 'başarı' kriteri olarak sunulmasının, estetik müdahaleleri sosyal statü aracı haline getirerek bağımlılığı körüklediğini savunmaktadır.[6]

5.2. Tanı ve Değerlendirme Kriterleri

Estetik bağımlılığı tanısında, cerrahların ve psikologların şu belirtilere odaklanması önerilir:[28,29]

- *Gerçekçi Olmayan Beklentiler*: Ameliyatın hayatındaki tüm sorunları (ilişki, kariyer vb.) çözeceğine inanmak.
- *Cerrahi Alışverişi*: İstediği müdahaleyi reddeden doktorun ardından, etik sınırları zorlayarak operasyonu yapacak başka bir doktor arayışına girmek.
- *Zihinsel Meşguliyet*: Günün büyük kısmını aynada kusur arayarak veya yeni estetik trendlerini araştırarak geçirmek.
- *Yüksek Tolerans ve Disfoni*: Operasyon sonrası duyulan memnuniyetin çok kısa sürmesi ve hızla derin bir mutsuzluğa dönüşmesi.

5.3. Müdahale ve Çözüm Yolları

Estetik bağımlılığı olan bireylerde cerrahi müdahaleler genellikle tabloyu ağırlaştırır; bu nedenle tedavi psikolojik odaklıdır.

- *Bilişsel Davranışçı Terapi*: Bireyin beden imgesine yönelik çarpık düşüncelerini ve mükemmeliyetçi şemalarını hedef alır. Crerand vd. (2013), BDT'nin bireyin aynadaki kusurlara odaklanma alışkanlığını (ayna kontrolü) kırmada etkili olduğunu vurgular.[31]
- *Psikiyatrik Destek*: Eğer bağımlılığın temelinde Vücut Dismorfik Bozukluğu veya obsesif-kompulsif belirtiler varsa, Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI) gibi ilaç tedavileri sürece dahil edilebilir.
- *Etik Danışmanlık ve Tarama*: Cerrahların operasyon öncesi hastaları psikolojik taramadan geçirmesi, gereksiz müdahalelerin önlenmesinde hayati önem taşır.[30]

6. Kompulsif Tasarruf ve Değerli Maden Biriktirme Davranışı

Kompulsif tasarruf, bireyin finansal güvenliğini sağlama amacının ötesine geçerek; para, altın veya değerli maden biriktirmeyi hayatının tek odak noktası haline getirmesi ve bu varlıkları kaybetme korkusuyla patolojik bir yoksunluk yaşamasıdır. Canale vd. (2015), bu durumu sadece 'gelecek kaygısı' ile açıklanamayacak, obsesif-kompulsif spektrumda yer alan bir kontrol ihtiyacı olarak tanımlamaktadır.[32]

6.1. Etiyolojik Yaklaşımlar

Biriktirme dürtüsünün kökenleri şu üç eksende ele alınabilir:

- *Biyolojik Yaklaşım (Kıtlık Bilinci ve Genetik)*: Evrimsel psikoloji perspektifinden, kaynak biriktirme bir hayatta kalma stratejisidir. Ancak, Fontenelle ve Grant (2014), beyindeki frontal lob ve bazal ganglionlar arasındaki iletişimin bozulmasının, bireyin 'yeterli' miktar algısını yitirmesine ve sürekli bir biriktirme döngüsüne girmesine neden olduğunu savunmaktadır.[33]
- *Psikolojik Yaklaşım*: Para veya altın biriktirmek, birey için duygusal bir zırh işlevi görür. Düşük özsaygıya sahip bireyler, biriktirdikleri maddi değerler aracılığıyla kendilerini 'güçlü' ve 'yenilmez' hissederler. Bu durum, genellikle çocuklukta yaşanan yoksunluk veya ekonomik travmaların bir savunma mekanizmasıdır.[6]

- *Sosyokültürel Yaklaşım*: Ekonomik belirsizliklerin ve krizlerin sık yaşandığı toplumlarda, değerli maden (altın vb.) biriktirmek sosyal bir normdur. Ancak bu norm, bireyin temel ihtiyaçlarından feragat ederek sadece biriktirmeye odaklandığı noktada patolojik bir hal alır.

6.2. Tanı ve Değerlendirme Kriterleri

Bu bağımlılığı 'tutumluluk'tan ayıran kriterler şunlardır:[33,32]

- *Aşırı Yoksunluk Korkusu*: Birikimin çok küçük bir kısmını harcamak veya elden çıkarmak zorunda kaldığında yoğun anksiyete ve panik yaşama.
- *İşlevsellik Kaybı*: Kişinin sağlık, hijyen veya temel beslenme ihtiyaçlarını karşılayabilecek parası olmasına rağmen, 'birikim azalmasın' diye bu ihtiyaçları ertelemesi.
- *Sosyal İzolasyon*: Harcama yapmamak için sosyal hayattan tamamen çekilme ve ilişkilerin (eş, çocuk, arkadaş) finansal tartışmalar nedeniyle bozulması.
- *Zihinsel Meşguliyet*: Günün büyük kısmını borsa, altın fiyatları veya birikimin hesabını kontrol ederek geçirmek.

6.3. Müdahale ve Çözüm Yolları

Para ve maden biriktirme bağımlılığında tedavi, 'harcama korkusu' üzerine yoğunlaşır.

- *Bilişsel Davranışçı Terapi*: Bireyin 'Eğer harcarsam her şeyimi kaybederim' veya 'Sadece param varken değerliyim' gibi temel inançları sorgulanır. Mazzoni vd. (2017), maruz bırakma teknikleriyle bireyin küçük harcamalar yapmasını sağlayarak bu kaygının söndürülebileceğini belirtmektedir.[34]
- *Finansal Psikolojik Danışmanlık ve Terapi*: Kompulsif tasarruf davranışında temel sorun paranın miktarı değil, bireyin paraya yüklediği 'güvenlik' ve 'özdeğer' anlamıdır. Klontz vd. (2012), bireyin para ile olan travmatik geçmişini (çocukluktaki yoksulluk, iflaslar vb.) çözümlemek için 'Finansal Terapi' yaklaşımını geliştirmişlerdir. Bu müdahale, paranın bir 'amaç' (duygusal zırh) değil, yaşam kalitesini artıran bir 'araç' olduğu farkındalığını kazandırmayı hedefler. Araştırmalar, finansal danışmanlık ile

psikolojik desteğin birleştirilmesinin, bireyin harcama yaparken hissettiği yoğun anksiyeteyi azalttığını göstermektedir.[35]

- *Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Sistemik Destek*: Özellikle yaşlı popülasyonda görülen kompulsif biriktirme ve aşırı tutumluluk, genellikle sosyal izolasyon ve fiziksel ihmal ile sonuçlanmaktadır. Frost vd. (2011), bu durumdaki yaşlı bireylerin sadece psikolojik desteğe değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini artıracak sistemik bir sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir. Sosyal hizmet uzmanları; bireyin temel ihtiyaçlarını (sağlık, beslenme, hijyen) karşılamasını engelleyen 'biriktirme bariyerini' aşmak için ev ziyaretleri, vasi tayini değerlendirmeleri ve toplum temelli destek mekanizmalarını devreye sokmalıdır.[36]

7. Kompulsif Mesajlaşma Bağımlılığı

Kompulsif mesajlaşma, bireyin anlık mesajlaşma uygulamalarını (WhatsApp, Telegram vb.) sosyal etkileşim ihtiyacının ötesinde, kontrol edilemez bir dürtüyle kullanması ve bu durumun akademik, sosyal veya mesleki işlevselliğini bozmasıdır. Lister vd. (2015), bu durumu sadece 'çok mesajlaşmak' değil, mesajlara cevap alamadığında yoğun anksiyete yaşama ve sürekli bildirim kontrol etme zorlantısı olarak tanımlamaktadır.[37]

7.1. Etiyolojik Yaklaşımlar

Mesajlaşma bağımlılığının kökeninde yatan temel faktörler şunlardır:

- *Biyolojik Yaklaşım*: Gelen her mesaj bildirimi, beyinde 'merak' ve 'sosyal onay' ile ilişkili bir dopamin salınımına neden olur. Kuss ve Griffiths (2017), akıllı telefon bildirimlerinin yarattığı bu mikro-ödüllerin, beynin ödül sistemini sürekli uyararak 'beklenti anksiyetesi' ve bağımlılık döngüsü yarattığını savunmaktadır.[38]
- *Psikolojik Yaklaşım (FOMO ve Bağlanma Kaygısı)*: Gelişmeleri kaçırma korkusu (FOMO - Fear of Missing Out) mesajlaşma bağımlılığının en güçlü yordayıcısıdır. Kaygılı bağlanma stiline sahip bireyler, sürekli mesajlaşarak 'terk edilme' veya 'dışlanma' korkularını bastırmaya ve aidiyet hislerini canlı tutmaya çalışırlar.[39]

- *Sosyokültürel Yaklaşım*: Anlık mesajlaşmanın 'nezaket kuralı' haline gelmesi ve 'görüldü' bilgisinin yarattığı sosyal baskı, bireyleri sürekli çevrimiçi kalmaya zorlayan dışsal bir etkendir.

7.2. Tanı ve Değerlendirme Kriterleri

Kompulsif mesajlaşmayı normal iletişimden ayıran kriterler şunlardır:[37,38]

- *Bildirim Obsesyonu*: Telefon yanında olmadığı veya internet kesildiğinde yoğun huzursuzluk ve panik hissi.
- *Uyku Bozuklukları*: Gece yarısı gelen mesajlara cevap vermek için uykunun bölünmesi ve sabah uyanır uyanmaz ilk iş olarak mesajları kontrol etme.
- *Hayali Titreşim Sendromu*: Telefon titremediği halde sürekli bildirim geldiğini sanma sanrısı.
- *Yüz Yüze İletişimde Bozulma*: Fiziksel olarak bir arada olunan kişilerle ilgilenmek yerine sürekli telefondan mesajlaşmaya devam etme.

7.3. Müdahale ve Çözüm Yolları

Müdahalede temel amaç teknolojiyi tamamen hayatından çıkarmak değil, 'bilinçli teknoloji kullanımı' becerisi kazandırmaktır.

- *Bilişsel Davranışçı Terapi*: Mesajlara anında cevap vermeme egzersizleri ve 'çevrimiçi olma' dürtüsünü tetikleyen kaygı dolu düşüncelerin yeniden yapılandırılması. Vanden Abeele vd. (2018), bildirim yönetiminin ve belirli saatlerde 'telefonsuz bölgeler' oluşturmanın dürtü kontrolünü artırdığını belirtmektedir.[39]
- *Farkındalık Eğitimleri*: Bireyin o anki fiziksel çevresine odaklanması ve dijital dünyadan kopmanın yarattığı anksiyete ile sağlıklı başa çıkma yolları geliştirmesi.
- *Sosyal Hizmet ve Eğitim Müdahaleleri*: Özellikle gençler için okul temelli dijital okuryazarlık ve 'yüz yüze iletişim' becerilerini artırıcı grup çalışmaları.[38]

Bu bölümde incelenen iş, egzersiz, kompulsif yeme, alışveriş, estetik müdahaleler, kompulsif tasarruf ve mesajlaşma bağımlılıkları; özünde modern insanın duygu düzenleme ve kontrol ihtiyacından beslenen davranışsal örüntülerdir. Literatürde bu olguların en dikkat

çekici ortak paydası, madde bağımlılıklarının aksine, çoğunun toplumsal bir 'erdem', 'disiplin' veya 'başarı' göstergesi olarak alkışlanmasıdır. Sussman (2012) tarafından vurgulandığı üzere, bu sosyal onay mekanizması, bireyin bağımlı davranışını inkâr etmesini kolaylaştırmakta ve klinik tabloyu 'görünmez' kılmaktadır.[6]

Sonuç olarak, incelenen bu yedi bağımlılık türü (iş, alışveriş, oyun, sosyal medya vb.) birbirinden kopuk ve bağımsız patolojiler olmaktan ziyade; kökeni genellikle benzer psikososyal eksikliklere dayanan, birbirini maskeleyen veya süreç içerisinde birinden diğerine evrilen esnek bir yapı sergilemektedir. Bu durum, 'bağımlılığın yer değiştirmesi' olgusuyla açıklanabilir; birey bir bağımlılık döngüsünden kurtulurken, temelindeki boşluğu dolduramadığı takdirde bir diğerine yönelebilmektedir.

Modern dönemde sosyal hizmet uzmanları ve ruh sağlığı profesyonelleri için temel görev; yalnızca bu semptomatik ve spesifik davranışlara müdahale etmek değil, bireyin yaşam dengesini kökten yeniden inşa etmesine rehberlik etmektir. Dijitalleşen tüketim toplumunun dayattığı hız, sürekli erişilebilirlik ve performans baskısı altında birey, kendi öz farkındalığını kaybetme riskiyle karşı karşıyadır. Bu bağlamda profesyonellerin; bireyin sağlıklı başa çıkma mekanizmaları geliştirmesine, dijital dünyanın manipülatif doğasına karşı bilinçli farkındalık kazanmasına ve sosyal sermayesini sanal dünyadan gerçek ilişkilere kaydırmasına yardımcı olması gerekmektedir.

Bütüncül bir biyopsikososyal müdahale stratejisi; sadece bireyin biyolojik iyilik halini değil, aynı zamanda aile içi güç dengelerini, ekonomik tutumlarını ve toplumsal rollerini de kapsayan makro bir bakış açısını zorunlu kılar. Nihayetinde müdahalenin başarısı, bireyin hem içsel huzurunu kalıcı hale getirmesi hem de sosyal işlevselliğini, modern toplumun yıkıcı etkilerine karşı dirençli ve sürdürülebilir kılmasıyla ölçülmelidir.

Sonuç

Bu bölümde ele alınan davranışsal bağımlılıklar; alışveriş, iş, egzersiz, kompulsif yeme, estetik müdahaleler, kompulsif tasarruf ve me-

sajlaşma bağımlılığı gibi farklı alanlarda ortaya çıksa da ortak bir psikolojik zeminde birleşmektedir. Bu bağımlılıkların temelinde çoğunlukla bireyin duygu düzenleme güçlüğü, kontrol ihtiyacı, düşük özsaygı ve sosyal onay arayışı bulunmaktadır. Modern toplumun başarı, performans, tüketim ve sürekli erişilebilirlik baskısı ise bu davranışları normalleştirerek bağımlılık döngüsünü görünmez hale getirmektedir.

Davranışsal bağımlılıklar yalnızca bireysel irade sorunu olarak değerlendirilmemeli; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin birlikte şekillendirdiği çok boyutlu bir problem olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle müdahalelerde sadece bağımlı davranışı ortadan kaldırmaya odaklanmak yeterli değildir. Aynı zamanda bireyin sağlıklı başa çıkma becerileri geliştirmesi, öz farkındalık kazanması, gerçek sosyal ilişkilerini güçlendirmesi ve yaşam dengesini yeniden kurması gerekmektedir.

Sonuç olarak, davranışsal bağımlılıklarla mücadelede en etkili yaklaşım; bireyin biyolojik iyilik halini, psikolojik dayanıklılığını ve sosyal işlevselliğini birlikte ele alan bütüncül biyopsikososyal müdahalelerdir. Modern yaşamın dijital ve tüketim odaklı yapısı karşısında bireyin ruhsal dengeyi koruyabilmesi, bilinçli farkındalık geliştirmesi ve sürdürülebilir yaşam alışkanlıkları oluşturması büyük önem taşımaktadır.

Kaynakça

1- Griffiths, M. D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197.

2- Aboujaoude, E. (2014). Compulsive buying disorder: A review and update. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4021–4025.

3- Müller, A., Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (2015). Compulsive buying. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 132-137.

4- Black, D. W. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6(1), 14-18.

5- Dittmar, H. (2005). Compulsive buying — a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *British Journal of Psychology*, 96(4), 467–491.

6- Sussman, S. (2012). Workaholism: A review. *Journal of Addiction Research & Therapy*, S6: 001.

7- Mitchell, J. E., Burgard, M., Faber, R., & Ross, S. A. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1859–1865.

8- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Burke, R. (2009). Workaholism and relationship quality: A spillover-crossover perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(1), 23–33.

9- Griffiths, M. D. (2011). Workaholism: A 21st century addiction. *The Psychologist*, 24(10), 740–744.

10- Andreassen, C. S. (2012). Development of a work addiction scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 265–272.

11- Özsoy, E. (2020). Bergen İş Bağımlılığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 6(1), 42.

12- Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W. (2009). Being driven to work and working hard: A cross-cultural study on the Dutch Work Addiction Scale (DUWAS). *Cross-Cultural Research*, 43(4), 320–348.

13- Andreassen, C. S. (2014). Workaholism: An overview and current status of research. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 1–11.

14- Carroll, J. J., & Robinson, B. E. (2000). Depression and parentification among adults raised by workaholic parents. *The American Journal of Family Therapy*, 28(2), 147–157.

15- Burke, R. J. (2000). Workaholism in Organizations: Psychological and Physical Well-Being Consequences. *International Journal of Stress Management*, 7(1), 10.

16- Barber, L. K., & Santuzzi, A. M. (2015). Please respond ASAP: Workplace telepressure and employee recovery. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), 172–189.

17- Mazzetti, G., Schaufeli, W. B., & Guglielmi, D. (2014). Are workaholics born or made? Relations of perfectionism and narcissistic perfectionism with workaholism. *International Journal of Stress Management*, 21(3), 227–254.

18- Atroszko, P. A. (2019). Work addiction as a behavioural addiction: Towards a valid identification of problematic behaviour. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(4), 284–285.

19- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kubota, K., & Kawakami, N. (2012). Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? *Industrial Health*, 50(4), 316–321.

20- Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002). How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology & Health*, 17(4), 387–404.

21- Lichtenstein, M. B., Hinze, C. J., Emborg, B., Thomsen, F., & Hemmingsen, S. D. (2017). Compulsive exercise: Links, risks and challenges faced. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 85–95.

22- Berczik, K., Szabo, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R., & Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: Symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 403–417.

23- Cook, B., Hausenblas, H. A., Tucciarone, J., & Stellino, M. B. (2013). Eating disorders and exercise dependence: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(2), 214–223.

24- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52(2), 430–436.

25- Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Obesity and addiction: Neurobiological overlaps. *Obesity Reviews*, 14(1), 2–18.

26- Cassalin, C., Causier, S., & Magliola, M. (2015). Emotional eating and food addiction: A review. *Journal of Health and Social Sciences*, 1(2), 12–25.

27- Wilson, G. T. (2010). Eating disorders, obesity and addiction. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 341–351.

28- Jones, H. E., Faulkner, H. R., & Losken, A. (2022). The Psychological Impact of Aesthetic Surgery: A Mini-Review. *Aesthetic Surgery Journal Open Forum*, 1–6.

29- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (2005). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(6), 1644-1649.

30- Sarwer, D. B. (2019). Body image, cosmetic surgery, and medicalizing beauty. *JAMA Dermatology*, 155(3), 279–280.

31- Crerand, C. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2013). Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Annals of Plastic Surgery*, 70(1), 82–87.

32- Canale, N., Vieno, A., & Griffiths, M. D. (2015). The psychology of hoarding: An overview of etiological and theoretical frameworks. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(1), 1–10.

33- Fontenelle, L. F., & Grant, J. E. (2014). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-5. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 28–39.

34- Mazzoni, G., Schaufeli, W. B., & Guglielmi, D. (2017). Behavioral addictions and the role of obsessive-compulsive traits. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1120–1135.

35- Klontz, B. T., Britt, S. L., Archuleta, K. L., & Klontz, T. (2012). Disordered money behaviors: Development of the Klontz Money Behavior Inventory. *Journal of Financial Therapy*, 3(1), 17–42.

36- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 28(10), 876–884.

37- Lister, C., West, J. H., Cannon, B., Sax, T., & Brodegard, D. (2015). Just a text away: Examining the prevalence of compulsive texting among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), S82–S83.

38- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 31–36.

39- Vanden Abeele, M. M., Antheunis, M. L., & Schouten, A. P. (2018). The phubbing phenomenon: A cross-sectional study on the relationships between social anxiety, fear of missing out and phubbing behavior. *Computers in Human Behavior*, 83, 22–28.

BAĞIMLILIĞIN TOPLUMSAL BOYUTU

Prof. Dr. Murat ŞENTÜRK
İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü
murat.senturk@istanbul.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9628-6300

Giriş

Bağımlılığı tanımlıyoruz, nedenlerini araştırıyoruz, risk faktörlerini belirliyoruz, tedavi ve müdahale yöntemleri geliştiriyoruz. Buna karşın hem bağımlılık endüstrisi büyümeye hem de bağımlılık oranları artmaya devam etmektedir. UNODC verilerine göre 2023 yılında dünyada son bir yıl içinde uyuşturucu kullanan kişi sayısı 316 milyon olarak tahmin edilmektedir, bu rakam 15–64 yaş nüfusunun %6'sına denk gelmekte ve 2013'teki %5,2'lik oranın üzerindedir.[1] Sigara ve alkol endüstrileri küresel ölçekte trilyonlarca dolarlık piyasalar olmayı sürdürmekte, dijital bağımlılık endüstrisi ise bu tabloya hızla büyüyen yeni bir boyut katmaktadır. Bu tablo, salt tıbbi ya da psikolojik bir perspektiften yanıtlanamayacak temel bir soruyu gündeme taşımaktadır: Bağımlılığı bu denli iyi tanımlıyor olmamıza karşın neden önüne geçemiyoruz? Bu sorunun yanıtı, bağımlılığı bireysel değil toplumsal ve yapısal bir olgu olarak yeniden tanımlamaktan geçiyor.

Bağımlılık tarihsel olarak uzun süre bireysel zafiyet, irade eksikliği ya da ahlaki bir sorun olarak ele alınmıştır. Bu tanımlama hem sorunu bireyselleştirmekte hem de çözümü yalnızca bireyin değişimine yönlendirmektedir. Oysa bu yaklaşımın pratikte ürettiği sonuçlar son derece sınırlı kalmaktadır. Sosyolojik perspektif, bireysel risk faktörlerini dikkate almakla birlikte bu faktörlerin kendisinin de toplumsal koşullar tarafından üretildiğini ileri sürerek çok daha kuşatıcı bir kavrayışı sağlar. Bağımlılığı anlamak için bireyin biyografisinin ötesinde, onu biçimlendiren toplumsal yapıya odaklanmak gereklidir. Bağımlılık ile

toplumsal süreçler arasındaki ilişki tek yönlü değil, döngüseldir: Toplumsal koşullar bağımlılığı üretirken bağımlılık da toplumsal koşulları dönüştürmektedir. Ekonomik eşitsizlikler bağımlılık riskini artırırken yaygınlaşan bağımlılık işgücünü zayıflatmakta, aile kurumunu sarsmakta ve toplumsal güveni tahrip ederek eşitsizliği daha da derinleştirmektedir. Bu karşılıklı ilişkiyi kavramadan bağımlılıkla mücadelede kalıcı bir başarı üretmek mümkün değildir.

Çalışma bu perspektifi dört eksen üzerinde geliştirmektedir: Bağımlılığın sosyolojik, kuramsal ve tarihsel çerçevesi, toplumsal ve yapısal nedenleri, toplumsal sonuçları ve son olarak bütün bu eksenlerin modernitenin sistematik bir ürünü olarak yeniden ele alınması. Alkol, tütün ve uyuşturucu gibi kimyasal bağımlılıkların yanı sıra kumar, dijital bağımlılık ve sosyal medya gibi davranışsal bağımlılık türleri de kapsama dahildir. Zira modern toplumda bağımlılığın biçimlenme alanları çoğalmış, neyin bağımlılık neyin kabul edilebilir tüketim sayılacağı giderek artan ölçüde bir iktidar meselesi hâline gelmiştir.[2] Bireysel tedavi ve rehabilitasyon programları değerlidir ancak bu programlar yapısal koşulları değiştirmeden kalıcı bir etki üretemez. Bu bütüncül ve kapsayıcı yaklaşımın hem teorik zeminini hem de pratik yol haritasını sunma kapasitesine sahip olan sosyolojik perspektiftir.

1. Bağımlılığın Sosyolojik Çerçevesi

Bağımlılık genellikle tıbbi ve ahlaki bir kategori olarak tanımlanmış, bireyin irade zafiyetine ya da biyolojik yatkınlığına indirgenerek açıklanmıştır. Bu tanımlama biçimi sorunun çözümünü de bireye ve kliniğe yöneltmiş, bağımlılığın ortaya çıktığı ekonomik, siyasal ve kültürel zemin görünmez kılınmıştır. Halbuki hangi maddenin ya da davranışın 'bağımlılık' sayılacağı, hangi tüketim biçiminin 'normal' hangisinin 'sapkın' olarak niteleneceği her toplumda farklılaşır. Alkol tüketiminin bazı toplumlarda sosyal bir kabul görmesi, bazılarında ağır yaptırıma konu edilmesi bu göreli niteliğin en açık göstergesidir. Bağımlılık bu nedenle salt nesnel bir tıbbi kategori olmak yerine toplumsal normlar ve iktidar ilişkileri tarafından çizilen bir sınır çizgisidir.

Sosyolojinin kurucu figürlerinden Émile Durkheim'a göre toplumsal bağların ve kolektif normların çözülmesiyle ortaya çıkan kuralsızlık hâlinde (anomi) birey anlamsızlık ve boşluk hissiyle baş başa kalmaktadır.[3] Karl Marx'a göre üretim sürecinden, ürününden ve diğer insanlardan koparılan emekçi derin bir yabancılaşma yaşamakta, üstelik kapitalist sistem tüketimi de örgütleyerek belirli ihtiyaçları sistematik biçimde yaratmaktadır.[4] Howard Becker ise bağımlı kimliğinin bireyin doğasında bulunan bir özellik değil, etiketleme pratiklerinin ürünü olduğunu savunur.[2] Bir birey bağımlı olarak etiketlendiğinde bu etiket onun benlik algısına, toplumsal ilişkilerine ve yaşam olanaklarına nüfuz ederek bağımlılığı pekiştirir ve yeniden üretir. Bu üç kuramsal yaklaşım - anomi, yabancılaşma ve etiketleme - bağımlılığın sadece bireysel bir zafiyet olmanın ötesinde toplumsal yapının ve iktidar ilişkilerinin yeniden ürettiği bir olgu olduğunu ortaya koyar.

Chicago Okulu ve Kentsel Ekoloji: Mekânın Bağımlılıktaki Rolü

Bağımlılığın toplumsal boyutunu kavramsal ve ampirik düzeyde birbirine bağlayan en erken ve en etkili sosyolojik gelenek, yirminci yüzyılın başında Chicago Üniversitesi'nde şekillenen kentsel ekoloji yaklaşımıdır. Robert E. Park, Ernest W. Burgess ve Roderick D. McKenzie öncülüğünde gelişen bu yaklaşımda toplumsal sorunlar bireyin içinde yaşadığı mekânın yapısal koşullarında aranmıştır. Burgess'in eş merkezli bölge modeli çerçevesinde merkezi iş bölgesinin hemen çevresinde konumlanan 'geçiş bölgesi', yeni göçmenlerin yerleştiği, konutların hızla el değiştirdiği, fabrikaların ve bozulmuş konut stoğunun iç içe geçtiği, sosyal kurumların zayıf ve toplumsal denetimin son derece gevşek olduğu bir bölgedir.

Chicago'nun suç ve madde kullanım haritalarını on yıllar boyunca izleyen Clifford Shaw ve Henry McKay, bölgenin etnik bileşimi her kuşakta yenilense bile 'geçiş bölgesi'nde bağımlılık ve suç oranlarının sabit kaldığını saptamıştır.[5] Buna göre bağımlılığı ve suçu belirleyen bireyin ırkı, kültürel kökeni ya da ahlaki yapısından ziyade yoksulluğun yoğunlaştığı, konut istikrarsızlığının hâkim olduğu ve toplumsal kurumların çözüldüğü mekânsal koşullardır. Shaw ve McKay'in toplumsal çözülme teorisi üç temel değişken üzerine kurulmaktadır: Ekonomik yoksunluk, konut devinimi ve nüfus heterojenliği. Bu üç

koşulun bir arada bulunduğu mahallelerde okullar, dini kurumlar, sivil toplum kuruluşları ve aile yapısı işlevini yitirmekte, toplumsal denetim mekanizmaları gevşemekte ve bağımlılık için zemin oluşmaktadır. Chicago Okulu'nun bağımlılık üzerine ilk doğrudan ampirik çalışmasını gerçekleştiren Bingham Dai, 1935 tarihli çalışmasında afyon bağımlılarının büyük çoğunluğunun geçiş bölgesinde yoğunlaştığını ve kentten uzaklaştıkça bağımlılık oranlarının düzenli biçimde azaldığını göstermiştir.[6] Edwin Sutherland'ın ayırıcı (diferansiyel) birliktelikler teorisi bu temeli genişletmiştir: Bağımlılık davranışları, tıpkı diğer sapkın davranışlar gibi, yakın çevre ilişkileri aracılığıyla öğrenilen ve pekiştirilen bir pratiktir.[7]

Chicago Okulu geleneğinin çağdaş ve en kapsamlı uzantısını Robert Sampson'ın Chicago Mahallelerinde İnsani Gelişim Projesi (PHDCN) oluşturmaktadır. 1995 yılında başlayan ve Chicago'nun 343 mahalle kümesinde ikamet eden 8.782 kişiyi kapsayan projedeki bulgularını paylaştıkları çalışmada Sampson ve arkadaşları 'kolektif etkinlik' kavramını öne sürmüştür. Komşular arası sosyal uyum ile ortak iyilik için müdahale etme istekliliğini birleştiren bu kavram, mahalle düzeyindeki şiddet ve suç oranlarıyla güçlü ve negatif bir ilişki sergilemiştir. Yoksul bir mahallede yalnızca hanehalkı gelirleri değil, komşuların birbirine güvenip güvenmediği ve şüpheli bir durumda müdahale edip etmeyeceği de madde kullanım oranlarını belirlemektedir. Bir diğer deyişle, aynı derecede yoksul iki mahallede kolektif etkinliği yüksek olan mahalle, bağımlılık ve uyuşturucu piyasalarına karşı anlamlı ölçüde daha dirençlidir.[8] Sampson, on yılı aşkın araştırmanın sentezini 2012'de yayımladığı Great American City adlı çalışmasında bir araya getirmiştir. Bireysel sonuçlar -bağımlılık, suç, okul başarısızlığı- bireyin tercihlerinden ziyade içinde bulunduğu mekânsal ve kurumsal yapıdan kaynaklanmaktadır ve bağımlılığın yoğun olduğu mahalleler aynı zamanda okul terk oranlarının, işsizliğin ve konut yoksunluğunun da en yüksek olduğu mahallelerdir. Bu durum bağımlılıkla mücadelenin yoksulluğu, konut güvensizliğini ve kurumsal çözülmeyi birlikte ele alan bütünleşik toplumsal politikalarla yürütülmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.[9]

2. Neoliberal Devlet ve Cezalandırıcı Siyaset

Wacquant'ın 'ileri marjinallik' kavramı, neoliberalizmin metropollerde ürettiği yeni yoksulluk biçimini tanımlar. Bu yoksulluk yalnızca maddi yoksunlukla ilgili değildir, post-endüstriyel toplumlarda mekânsal sabitlenme ve damgalanma, mekânsal yabancılaşma ve hinterlandın kaybının iç içe geçtiği çok boyutlu bir dışlanma sürecidir.[10] Chicago'nun yoksul semtleri ile Fransız banliyöleri arasında yürüttüğü karşılaştırmalı analizde Wacquant, bu dışlanmanın tek bir ülkenin özgün koşullarıyla ilgili olmadığını, neoliberal politikaların küresel mantığıyla açıklanabileceğini güçlü biçimde ortaya koymuştur. Wacquant'a göre neoliberal devlet, refah kurumlarının etkisini azaltarak yoksul nüfuslar üzerindeki sosyal korumayı geri çekerken ortaya çıkan sosyal düzensizliği ve bağımlılığı bir kamu düzeni sorunu olarak yeniden çerçevelemiş ve bu sorunu cezai yaptırımla yönetmeye çalışmıştır.[11] Bu perspektiften bakıldığında bağımlılıkla mücadelede kliniklerin değil cezaevlerinin ön plana çıkması tesadüfi değildir. Bu bir politika tercihi, dahası bir iktidar stratejisidir. Sosyal dışlanmadan kaynaklanan bağımlılığı suç kategorisinde konumlandırmak hem yapısal nedenleri görünmez kılmakta hem de bağımlı bireyi suçlu özne olarak damgalayarak ikincil bir marjinalleşmeye mahkûm etmektedir.

Wacquant'ın 'Ölümcül Simbiyoz' makalesi, bağımlılık, mekânsal marjinalleşme ve cezalandırma arasındaki üçlü ilişkiyi teorik olarak en güçlü biçimde formüle eden çalışmalardan biridir. Wacquant bu çalışmada, derin yoksullukla damgalanmış kentsel alanların bir 'simbiyoz' içinde hem bağımlılığın üretim mekânına hem de cezai aygıtın besleme havuzuna dönüştüğünü göstermektedir. Düzenleyici emek piyasasının dışında kalan, sosyal korumasız ve mekânsal olarak damgalanmış bireyler için uyuşturucu ekonomisi çoğu zaman tek geçim kaynağına dönüşmekte, bu durum tutuklanma, hapis ve yeniden dışlanmayı kapsayan kısır döngüyü beslemektedir. Wacquant bu kısır döngünün bireysel zafiyetle değil, neoliberal politika tercihlerinin sistematik sonuçlarıyla açıklanabileceğini savunmaktadır.[12]

3. Bağımlılığın Toplumsal ve Yapısal Nedenleri

3.1. Ekonomik Eşitsizlik, Yoksulluk ve Mahalle Etkileri

Bağımlılığın toplumsal nedenlerini anlamaya çalışırken ilk ve en belirleyici etken olarak ekonomik eşitsizlik ve yoksulluk öne çıkmaktadır. Yoksulluğun bağımlılık riskini artırdığına ilişkin ampirik kanıtlar son derece güçlüdür. İsveç'te 634 binden fazla bireyin on üç yıl boyunca izlendiği kapsamlı bir kohort çalışmasında, çocukluk ve ergenlik döneminde yoksullukla karşılaşmanın ilerleyen yaşlarda madde bağımlılığı bozukluğu ve uyuşturucu suçu nedeniyle mahkûmiyet riskini anlamlı ölçüde artırdığı saptanmıştır.[13] Bu ilişkide belirleyici olan yalnızca maddi yoksunluk değildir. William Julius Wilson, 'yoğunlaşmış yoksulluk' kavramıyla, belirli kentsel mahallelerde yoksulluğun diğer toplumsal dezavantajlarla bir araya gelerek nasıl katmerleştiğini ve bireyin yaşam olanaklarını nasıl kümülatif biçimde daralttığını göstermiştir.[14] Bu mahallelerde istihdam fırsatları, kaliteli okullar ve olumlu rol modelleri yoktur ya da son derece sınırlıdır. Söz konusu yapısal koşullar bireyleri madde kullanımına ve sonrasında uyuşturucu ticaretine de yönlendirmekte, madde ticareti hem bir geçim stratejisi hem de alternatif bir sosyalleşme biçimine dönüşmektedir.

Bu çerçevede Chicago Okulu'nun mahalle etkileri kavramı, bağımlılığın mekânsal boyutunu anlamak için güçlü bir analitik araç sunmaktadır. Boardman ve meslektaşlarının ABD'de yürüttüğü araştırma, toplumsal çözülmenin yüksek olduğu mahallelerde ikamet etmenin bireyin kendi sosyoekonomik konumundan bağımsız biçimde madde kullanım riskini artırdığını ortaya koymuştur.[15] Cambron ve meslektaşlarının 2018 tarihli araştırması, sosyoekonomik mahalle dezavantajının erken ergenlikte sigara ve alkol kullanımını yordadığını ve bu ilişkinin büyük ölçüde akran ilişkileri aracılığıyla işlediğini göstermiştir.[16] Handley ve meslektaşlarının kötü muameleye maruz kalmış ergenlerle yürüttüğü çalışma ise mahalle dezavantajının alkol ve marihuana bağımlılığı semptomları üzerinde bireysel kötü muamele geçmişinden bağımsız biçimde anlamlı ve doğrudan etkisi bulunduğunu saptamıştır.[17] O'Brien ve meslektaşlarının 198 araştırmayı kapsayan meta-analizi, mahalle düzensizliğinin madde kullanımıyla tutarlı

bir ilişki sergilediğini ve bu ilişkinin psikososyal stres modeliyle uyumlu olduğunu göstermektedir.[18] Bernhardt ve King'in düşük gelirli kentsel annelerle yürüttüğü araştırmada, orta yoksulluk mahallelerinde ikamet etmenin yüksek yoksulluk mahallelerine kıyasla reçeteli ilaç kötüye kullanım riskini iki kattan fazla artırdığı bulunmuş, sosyal destek ve kolektif etkinliğin bu ilişkiyi açıklamadığı saptanarak doğrudan bir mahalle etkisinin varlığına işaret edilmiştir.[19] Lin ve meslektaşlarının boylamsal çalışmaları kapsayan derleme araştırması, mahalle istikrarsızlığı ve güvensizliğinin — işsizlik, şiddet ve cezai adalet süreçleriyle birlikte — madde kullanım bozukluklarının başlama, tırmanma, tedavi, iyileşme ve aşırı doz aşamalarının tamamında yinelenen risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur.[20]

3.2. Kapitalist Tüketim Kültürü ve Arzu Endüstrisi

Bağımlılığın toplumsal nedenlerini yalnızca yoksulluk ekseninde okumak tablonun önemli bir boyutunun gözden kaçması anlamına gelmektedir. Tüketim kültürü ve arzu endüstrisi, bağımlılığı üst ve orta gelir grupları dahil toplumun tüm kesimlerinde kitlesel ölçekte üretmektedir. Bu üretimde kapitalizmin temel ilkeleri — kâr güdüsü, pazar rekabeti ve özel mülkiyet — tarafından biçimlendirilen derin bir kültürel mantık yatmaktadır. Bettache, 2025 yılında yayımladığı kapsamlı kuramsal çalışmasında psikolojinin uzun süredir kapitalizmi 'görünmez' kıldığını ileri sürer: Bireyselciliği ekonomik sistemin bir ürünü yerine tarihin derinliklerinden gelen kültürel bir miras olarak ele alan psikoloji, bu körlüğüyle kapitalist düzenin insan psikolojisi üzerindeki en belirleyici etkisini ıskalamaktadır.[21]

Bettache'ye göre kapitalizm, temel ilkeleri aracılığıyla üç birbirine bağlı kültürel sendrom üretmektedir. Birincisi, kâr güdüsünden beslenen 'kazanç önceliği sendromu'dur: Sürekli birikim ve maddi başarı yaşamın merkezi amacı hâline gelir, bireyler kendilerini ve başkalarını ürettikleri ya da biriktirdikleri üzerinden değerlendirir. İkincisi, pazar rekabetinden kaynaklanan 'sıfır toplamlı rekabet sendromu'dur: Hayat, bir tarafın kazancının zorunlu olarak diğerinin kaybına yol açtığı bir rekabet arenası olarak algılanır, bu algı empatiyi ve toplumsal dayanışmayı sistematik biçimde aşındırır. Üçüncüsü ise özel mülkiyet

ilkesinden doğan 'sahip olma sendromu'dur: Kişisel mülkiyet ve maddi varlıklar bireysel değerle, kimlikle ve benlik saygısıyla özdeşleştirilir. Bu üç sendrom birbirinden bağımsız değildir, etkileşim içinde kümülatif bir bireyselci iklim inşa ederler ve eşitsizliği koruyarak yeniden üretirler.

Bu kültürel sendromların bağımlılıkla ilişkisi hem teorik hem de güçlü ampirik desteklere sahiptir. Tim Kasser ve Richard Ryan'ın araştırmaları, maddi başarıyı yaşamın merkezi hedefi olarak benimseyen bireylerin daha düşük yaşam doyumu, daha yüksek kaygı ve depresyon düzeyleri ve belirgin biçimde daha yüksek madde kullanımı oranları sergilediğini ortaya koymaktadır.[22] Dittmar ve meslektaşlarının 2014 tarihli meta-analizi ise maddeciliğin sigara ve alkol kullanımıyla anlamlı ve pozitif bir ilişki sergilediğini, bu bulgunun farklı kültürlerde ve gelir gruplarında tutarlı biçimde yinelendiğini göstermiştir.[23] Tütün ve alkol endüstrilerinin tarihsel pratiği, kapitalist kültürel sendromların bağımlılık üretimini nasıl sistematik hâle getirdiğini açıkça ortaya sermektedir. Akademik araştırmalar, tütün şirketlerinin onlarca yıl boyunca sigaranın kansere yol açtığına ilişkin bilimsel kanıtları kasıtlı olarak gizlediğini, lobi ve dezenformasyon faaliyetleriyle düzenleyici politikaları engellediğini ve nikotin bağımlılığını körükleyecek şekilde ürün bileşimini manipüle ettiğini belgelemiştir.[24] Sigara ve alkol endüstrileri bu kültürel iklimde yalnızca ürün satmamaktadır; kimlik, özgürlük ve toplumsal aidiyet vaatlerini bağımlılık nesneleriyle bütünleştirerek sunmaktadır.

Dijital kapitalizmin yükselişiyle birlikte bu tablo yeni ve daha karmaşık bir boyut kazanmıştır. Bettache'nin 2026 tarihli takip çalışması, sosyal medya platformlarının kullanıcıların maddeci kimlik inşasını algoritmik olarak güçlendirdiğini göstermektedir. Platformlar, başkalarının sahip olduklarını sergilediği içerikleri öne çıkararak kıskançlık ve yetersizlik duygusunu sistematik biçimde körüklemekte ve bu durum hem madde kullanımını hem de kompulsif satın alma davranışını artırmaktadır.[25] Çin'de 733 ergenle yürütülen ampirik araştırma, sosyal ağ bağımlılığının maddeci değerlerle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu, bu ilişkide depresyonun aracı bir değişken işlevi gördüğünü ve ait olma ihtiyacının bu ilişkiyi düzenleyici bir etken olarak

güçlendirdiğini ortaya koymuştu[26] Bu mekanizmalar limbik kapitalizm olarak da adlandırılmaktadır: Beynin ödül ve haz sistemlerini doğrudan hedef alan, dikkat ekonomisi üzerine kurulu bir kâr modeli. Kâr güdüsü ile bağımlılık üretimi arasındaki bu yapısal ilişki, bağımlılığın belirli ekonomik ilkelerin ve onların beslediği kültürel sendromların sistematik ve öngörülebilir bir çıktısı olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.[27]

3.3. Devlet-Piyasa İlişkisi ve Bağımlılık Endüstrisinin Siyasal Ekonomisi

Bağımlılık yapıcı ürünlerin ve içeriklerin üretimi, dağıtımı ve pazarlanması büyük ölçüde yasal bir çerçeve içinde ve devletin doğrudan ya da dolaylı onayıyla gerçekleşmektedir. Tütün ve alkol endüstrileri, on yıllardır hükümetlerin vergi gelirinin önemli kaynaklarını oluşturmaktadır. Bu mali bağımlılık, düzenleyici politikaların geciktirilmesine ya da zayıflatılmasına zemin hazırlamaktadır. Bunun yanı sıra işsizlik, konut güvensizliği ve yapısal ayrımcılık gibi stres faktörleri, devletin sosyal güvenlik işlevini gerilettiği alanlarda madde kullanımının başlıca belirleyicileri hâline gelmektedir.[28] Kumar ve bahis sektörünün siyasal ekonomisi bu ilişkinin en çarpıcı örneklerinden birini sunmaktadır. Pek çok ülkede devlet hem kumar oynatan hem de kumar bağımlılığını tedavi eden kurumları aynı anda yönetmektedir. Yasal düzenlemelerin bağımlılığı önleme yerine piyasayı kontrol altında tutma kaygısıyla tasarlanması, sektörün büyümesine göz yumarken toplumsal maliyetleri bireylere ve sağlık sistemine yüklemektedir.

Bu çerçevede bağımlılık politikasının nasıl çerçevelendiği de siyasal bir meseledir. Bağımlılık bir suç olarak tanımlandığında devlet cezalandırıcı bir rol üstlenir; sağlık sorunu olarak tanımlandığında tedavi odaklı politikalar gündeme gelir; yapısal bir sorun olarak tanımlandığında ise yoksulluk, eşitsizlik ve piyasa düzenlemesini kapsayan bütünleşik müdahaleler zorunlu hâle gelir. Tarihsel olarak neoliberal politika dönemlerinde birinci çerçeveleme biçimi -bağımlılığın bir suç ve ahlaki zafiyet olarak okunması- baskın gelme eğilimindedir. Ross, Brown ve Johnstone'un Kanadalı sosyal hizmet uzmanlarıyla yürüttükleri nitel araştırma, bu dinamiği somut biçimde belgelemektedir.

Neoliberal ve piyasa odaklı yönetim anlayışı altında bağımlılık hizmetleri giderek daralmakta, özelleşmekte ve biyomedikal bir çerçeveye hapsolmaktadır. Araştırmacılar, uzmanların bireyleri yapısal nedenler yerine kişisel sorumlulukları üzerinden değerlendirmeye zorlandığını, travma odaklı ve ilişkisel sosyal çalışma yaklaşımlarının ise ciddi kısıtlamalarla karşılaştığını saptamıştır.[29] Bu durum yapısal nedenleri görünmez kılmakta, piyasayı korumakta ve toplumsal maliyeti bireyselleştirmek açısından işlevsel bir siyasal strateji oluşturmaktadır.

3.4. Sosyal Bağların Zayıflaması, Kültürel Normlar ve Dijital Kapitalizm

Bağımlılığın yapısal nedenleri arasında ekonomik ve piyasa koşullarının yanı sıra toplumsal bağların çözülmesi de belirleyici bir yer tutmaktadır. Durkheim'ın anomi kavramı bu çözülmeyi tanımlamak için bugün de geçerliliğini korumaktadır: Toplumsal normların belirsizleştiği, kurumların güven üretemez hâle geldiği ve kolektif dayanışmanın aşındığı koşullarda bireyler anlam boşluğunu bağımlılık yapıcı maddeler ve davranışlar aracılığıyla doldurmaya çalışmaktadır. Yüksek düzeyde anomi yaşayan ergenlerde alkol, tütün ve uyuşturucu kullanımı dahil geniş bir sapkın davranış yelpazesi belirgin biçimde artmakta, akranların madde kullanımını onaylaması ve düşük ebeveyn denetimi bu ilişkide kritik aracı değişkenler olarak öne çıkmaktadır.[30] Strickland ve Acuff'ın incelemesi de sosyal bağlamın bağımlılığın hem başlangıcında hem de iyileşme sürecinde bağımsız bir belirleyici olduğunu vurgulamakta, uyuşturucu kullanımından arınmış sosyal ortamların kullanımı engellerken madde kullanan akran ağlarının riski sistematik olarak artırdığını ortaya koymaktadır.[31]

Sutherland'ın ayırıcı birliktelikler teorisinin öngördüğü üzere bağımlılık davranışları büyük ölçüde sosyal öğrenme yoluyla edinilmektedir: Bireyin içinde bulunduğu yakın çevre, hangi maddelerin kullanılabileceğini, hangi bağımlılık biçimlerinin kabul gördüğünü ve bu davranışların nasıl meşrulaştırıldığını belirler.[7] Belirli ortamlarda sigara ve alkol içmemek sosyal dışlanmaya, içmek ise aidiyet ve kabul görmeye yol açabilmektedir. Bu kültürel dinamikler, özellikle ergenlik döneminde bireyin kimlik arayışıyla kesiştiğinde bağımlılık riskini

katmerlemektedir. Kültürel normlar sabit değildir, piyasa aktörlerinin pazarlama stratejileri, medyanın sunumu ve siyasal söylemler bu normları sürekli olarak biçimlendirmektedir. Alkol ve tütün endüstrilerinin özgürleşme, cazibe ve sosyal statü mesajlarını ürünlerine yükleyen kampanyaları, kültürel meşruiyet üretmenin en doğrudan örneklerini oluşturmaktadır.

Yirmi birinci yüzyılın başından itibaren bağımlılığın biçimlenme alanları hızla çoğalmış, dijital teknolojiler bu alanda yeni ve güçlü bir neden kümesi oluşturmuştur. Sosyal medya platformları, dijital oyunlar ve yayın hizmetleri beynin dopaminerjik ödül sistemini doğrudan hedef alan bildirim mekanizmaları, sonsuz kaydırma özellikleri ve kişiselleştirilmiş içerik akışları aracılığıyla kullanıcıyı platforma bağımlı kılacak biçimde tasarlanmaktadır. UNODC verilerine göre küresel ölçekte bağımlılık türleri arasında davranışsal bağımlılıkların payı son on yılda belirgin biçimde artmış, internet, sosyal medya ve oyun bağımlılığı madde bağımlılığıyla giderek örtüşen bir örüntü sergilemeye başlamıştır.[1] Dijital bağımlılığı diğer bağımlılık biçimlerinden ayıran önemli bir özellik son derece geniş bir sosyoekonomik yelpazede -hem yoksul hem de varlıklı gruplar arasında -eşit ölçüde görülmesidir. Bu durum, dijital bağımlılığın yalnızca yoksulluk ve yoksunlukla ilgili olmadığını, kapitalist tüketim kültürünün her sınıfa nüfuz eden yapısal mantığıyla açıklanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

4. Bağımlılığın Toplumsal Sonuçları

4.1. Aile İlişkilerinin Zayıflaması

Bağımlılık yalnızca bağımlı bireyin yaşamını etkilemekle kalmayıp aile içindeki tüm bireylerin gündelik varoluşunu, güven duygusunu ve geleceğe yönelik umudunu derinden sarsmaktadır. Araştırmalar, bağımlı ebeveyne sahip ya da aile içi şiddete tanıklık eden çocukların kaygı, depresyon ve agresif kişilik gibi psikolojik sorunlarla karşılaşma riskinin bu koşulları yaşamayan akranlarına kıyasla çok daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır[32]. Bağımlılığın aile kurumu üzerindeki bir diğer belirgin sonucu boşanmadır. Bağımlı bireyin bakım yükümlülüklerini yerine getirememesi, gelir kaybı ve aile bütçesinin

maddeye aktarılması, aile içi ekonomik krizleri derinleştirmekte ve kopuşu kaçınılmaz kılmaktadır.

4.2. Gençlik Üzerindeki Etkisi ve Nesiller Arası Aktarım

Bağımlılığın toplumsal sonuçları arasında gelecek nesiller üzerindeki etkisi hem aciliyeti hem de uzun vadeli ağırlığı bakımından özel bir yer tutmaktadır. Bağımlı ebeveynlerin çocukları genetik yatkınlık ve çevresel koşullar açısından bağımlılık riskinin katmerlendiği bir ortamda büyümektedir. Bu alandaki ampirik kanıtlar son derece güçlüdür. Kuppens ve meslektaşlarının 56 boylamsal çalışmayı kapsayan çok düzeyli meta-analizi, ebeveyn madde kullanımının çocuğun genel iyilik hâli üzerinde küçük ama tutarlı olumsuz bir etki sergilediğini, bu etkinin en güçlü biçimde ebeveyn uyuşturucu kullanımında gözlemlendiğini ortaya koymuştur.[33] McGovern ve meslektaşlarının 47.374 çocuğu kapsayan sistematik derlemesi, anne ve baba bağımlılığının çocuğun uyuşturucu ve alkol kullanım olasılığını yaklaşık iki katına çıkardığını göstermiştir.[34] Anderson ve meslektaşlarının meta-analizi, ebeveyn uyuşturucu kullanım bozukluğunun gençlerde madde kullanımı, genel psikolojik sorunlar, dikkat eksikliği ve davranış bozukluğu semptomlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu saptamıştır.[35] Finlandiya'da 66 binden fazla kişiyi kapsayan doğum kohortu araştırması, annenin, babanın ya da her ikisinin birden madde kullanım bozukluğunun ergenlerdeki zihinsel bozuklukları ve zararlı madde kullanımını diğer olumsuzluklar kontrol edildikten sonra dahi anlamlı biçimde yordadığını ortaya koymuştur.[36] Kerr ve meslektaşlarının üç boylamsal çalışmayı birleştiren araştırması, ebeveyn yasadışı uyuşturucu kullanımının çocuğun kullanım olasılığını yaklaşık 2,7 kat artırdığına dikkat çekmektedir.[37]

4.3. Suçun Artışı ve Kamu Güvenliğinin Azalması

Bağımlılık ve suç arasındaki ilişki, sosyoloji ve kriminoloji literatüründe en kapsamlı biçimde araştırılan konulardan biridir. Bu ilişki üç temel mekanizma üzerinden işlemektedir: Birincisi, maddenin farmakolojik etkisinin yargılama, dürtü denetimi ve öfke yönetimi üzerindeki olumsuz yansımaları; ikincisi, bağımlılığı sürdürme maliyetini

karşılamak için işlenen ekonomik güdümlü suçlar; üçüncüsü ise Wacquant'ın 'ölümcül simbiyoz' analizinde betimlediği uyuşturucu piyasasının kendine özgü şiddet dinamiğidir.[12] Bu üç mekanizma birbirinden bağımsız değildir, çoğunlukla iç içe geçerek birbirini besler. Bağımlılık-suç sarmalında en sık rastlanan örüntü, madde maliyetini karşılamak için başvurulan mülkiyet suçlarıdır: Hırsızlık, yankesicilik ve sahtecilik bu kapsamın başında gelir. Bağımlı bireyler zaman içinde madde temin edebilmek için dağıtım ağlarının içine çekilerek kuryelik ve satışa yönlendirilmektedir. Bu durum suçun bağımlılığa neden olmasından ziyade bağımlılığın suçu sistematik biçimde ürettiğini göstermektedir. Wacquant'ın çerçevesinden bakıldığında bu kısır döngü mekânsal damgalanmanın ve kurumsal terk edilmişliğin sistematik bir çıktısıdır. Uyuşturucu piyasasının kendine özgü şiddet dinamiği ise bağımlılığın kamu güvenliğini en doğrudan tehdit ettiği alandır. Bu şiddet, Sampson'ın kolektif etkinlik araştırmalarında da belgelenen biçimiyle zaten çözülme sürecindeki mahallelerde toplumsal güveni daha da tahrip etmekte, insanları kamuya açık alanlardan uzaklaştırmakta ve mahallede yaşam kalitesini dramatik biçimde düşürmektedir.

4.4. Ekonomik Harcamaların Artışı ve İşgücü Kaybı

Bağımlılığın toplumsal maliyeti, doğrudan sağlık harcamalarının çok ötesine geçerek işgücü verimliliği, istihdam ve ulusal ekonomik çıktı üzerinde derin ve ölçülebilir izler bırakmaktadır. ABD'de madde bağımlılığının toplumsal maliyetinin — suç, sağlık harcamaları, üretkenlik kaybı ve diğer toplumsal etkiler — yıllık 820 milyar dolar düzeyinde olduğu hesaplanmaktadır.[38] Bu ekonomik maliyetin yanı sıra bağımlılık ile işgücü kaybı arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Madde bağımlılığı bireyin işgücüne katılımını, iş performansını ve mesleki sürekliliğini sekteye uğratırken uzun süreli işsizlik de anlamsızlık, boşluk ve sosyal dışlanmanın getirdiği psikolojik baskıyla bireyi madde kullanımına yönlendirebilmektedir. UNODC 2023 raporu bu çift yönlü ilişkiyi sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin bağımlılığı hem ürettiği hem de bağımlılığın bu eşitsizlikleri pekiştirdiği biçiminde tanımlamaktadır.[1] Bu nedenle bağımlılık politikasını sadece sağlık politikasıyla sınırlandırmak yeterli değildir, iş piyasasına erişim, mesleki

rehabilitasyon ve gelir güvencesini kapsayan sosyal politikalar geliştirilmelidir.

4.5. Toplumsal Damgalama, Sosyal Dışlanma ve Siyasal Görünmezlik

Bağımlılığın onarılması güç toplumsal sonuçlarından biri bağımlı bireyin toplumsal kimliğine yönelik damgalamadır. Becker'ın etiketleme teorisinin öngördüğü üzere bağımlılık etiketi, bireyin kişisel değerine, ahlaki yargısına ve güvenilirliğine ilişkin kapsamlı bir olumsuz yargı üretmektedir. Bu yargı iş hayatında yer bulmaktan konut kiralamaya, sağlık hizmetlerine erişimden sosyal çevre ilişkilerine kadar bireyin yaşamının her alanına nüfuz etmektedir. Matthews ve meslektaşları bu süreci 'döngü etkisi' kavramıyla tanımlamaktadır: Toplumsal damga bireyi içselleştirmeye ve utanç duymaya yöneltir, bu utanç bireyin kamusal yaşamdan çekilmesine yol açar, birey baş etme mekanizması olarak madde kullanımını artırır, bu artış da 'bağımlı' kategorisini pekiştirerek bağımlılığın sürmesine katkıda bulunur.[39] Damgalanmanın en somut ve en ölçülebilir sonucu, bağımlı bireylerin tedavi hizmetlerine erişimde yaşadığı engellerdir. Dünya genelinde madde bağımlılığı bozukluğu yaşayan bireylerin yalnızca küçük bir azınlığı herhangi bir tedavi hizmetinden yararlanabilmektedir.[1] Bu oran, sistemin yetersizliğinin yanı sıra damgalanma korkusunun bireyleri tedavi aramaktan nasıl alıkoyduğunu da yansıtmaktadır.

Walmsley'in yürüttüğü nitel çalışmada, iyileşme sürecindeki bireyler, iş yerlerinde, dostluk ilişkilerinde ve romantik ilişkilerinde geçmiş uyuşturucu kullanımlarını açıklayıp açıklamamak konusunda sürekli biçimde yeniden müzakere etmek zorunda kaldıklarını ve ceza mahkûmiyeti kayıtları, bedensel izler ve kalıplaşmış önyargıların 'bağımlı' etiketini yıllar sonra dahi sürdürdüğünü ifade etmişlerdir.[40] Krendl ve Perry'nin kapsamlı sentezi, damgalanmanın istihdam, konut, sağlık ve yardım arama davranışını zedelediğini, madde bağımlılığı damgasının diğer ruhsal bozukluklara kıyasla daha derin ve kalıcı etkiler bıraktığını ortaya koymaktadır.[41] Damgalanma böylece yalnızca bağımlılığın bir sonucu değil, bağımlılığın yeniden üretilmesine katkıda bulunan bağımsız bir mekanizma hâline gelir.

5. Bağımlılık ve Modernite: Yapısal Bir Sentez

Bu çalışma boyunca farklı teorik eksenler ve ampirik bulgular aracılığıyla çizilen tablo, birbirinden kopuk değişkenlerin değil birbirini üreten ve besleyen bir yapısal bütünün görüntüsüdür. Mekânsal çözülme analizinden neoliberal devlet eleştirisine, anomi kavramından maddeci değerler araştırmalarına uzanan hat tek bir ortak noktada buluşur: Modern kapitalist toplumun örgütlenme biçimi, bağımlılığı bireysel zaafiyetin değil yapısal koşulların sistematik çıktısı olarak üretmektedir.

Mekânsal boyutta Sampson ve Shaw & McKay'in bulguları örtüşmektedir: Bağımlılık coğrafi olarak rastgele dağılmaz, ekonomik yoksunluğun, konut istikrarsızlığının ve kurumsal çözülmenin bir arada bulunduğu mahallelerde yoğunlaşır.[5,9] Ekonomi-politik boyutta Wacquant'ın analizi ile Bettache'nin çerçevesi tamamlayıcı bir ilişki kurar: Neoliberal devlet sosyal korumayı geri çekerken piyasa aktörleri bu boşluğu bağımlılık üretimi üzerine kurulu bir kâr modeliyle doldurur.[11,21] Kültürel boyutta ise Durkheim'ın anomisi ile Kasser ve Ryan'ın maddeci değerler araştırmaları bir arada okunduğunda şu görünür: Toplumsal normların gevşediği ortamda piyasa, anlam arayışını tüketim nesneleri ve bağımlılık yapıcı deneyimler aracılığıyla karşılamaya hazır bir düzenek olarak işlev görmektedir.[11,21]

Bu üç boyut -mekânsal, ekonomi-politik ve kültürel- birbirini besleyen ve güçlendiren bir sarmal oluşturmaktadır. Yoksullaşmış mahalleler piyasanın bağımlılık üretimini ve neoliberal devletin cezalandırıcı tepkisini aynı anda deneyimlemektedir; kültürel normlar bu döngüyü meşrulaştırmakta ve bireyselleştirmektedir. Toplumsal sonuçlar bölümünde sunulan tablo (aile çözülmesi, suç sarmalı, işgücü kaybı, damgalanma) bu sarmalın bireylere ve topluma dönük yansımalarıdır. Sosyolojik perspektifin bu tabloya getirdiği en temel katkı, bağımlılığı yeniden çerçevelemektir: Modernitenin var ettiği koşullar (kentsel uyaranların bombardımanı, gösterişçi tüketim, reklam endüstrisinin arzu üretimi ve dijital kapitalizmin dikkat ekonomisi) tek bir kavramsal çekirdekte buluşmaktadır: Devinim. Modern kapitalizmde arzu hiçbir zaman tam anlamıyla doyurulmaz, her tatmin yeni bir arzuya zemin

hazırlar. Bu devinim yalnızca ekonomik bir mantığa dayanmaz, aynı zamanda varoluşsal bir döngüdür. Bağımlılığı bireyin bir başarısızlığı olarak görmek yerine bu yapısal döngünün içinde konumlandırmak hem anlamayı hem de etkili mücadeleyi mümkün kılar.

Sonuç Yerine: Mücadele Düzlemleri ve Politika Önerileri

Bu çalışmanın ortaya koyduğu yapısal analiz, bağımlılıkla mücadelede salt bireysel tedavi odaklı yaklaşımların yetersizliğini açıkça göstermektedir. Bu çerçevede farklı mücadele düzlemleri şu şekilde tanımlanabilir: *(1)* Yapısal ve ekonomi-politik müdahaleler: Sampson'ın kolektif etkinlik bulguları ve Wilson'ın yoğunlaşmış yoksulluk analizi, bağımlılıkla mücadelenin mahalle düzeyindeki yapısal koşulları hedef almadığı sürece sınırlı kalacağını göstermektedir, gelir desteği, konut güvencesi ve istihdam programları bağımlılık riskinin en yüksek olduğu gruplar için koruyucu bir işlev üstlenebilir. *(2)* Piyasa düzenlemesi ve bağımlılık endüstrisinin denetlenmesi: Tütün kontrolündeki uluslararası deneyimler, agresif pazarlama kısıtlamalarının ve vergi politikalarının kullanım oranlarını anlamlı ölçüde düşürebildiğini göstermektedir, benzer bir düzenleyici çerçevenin alkol, kumar ve dijital platformlara tutarlı biçimde uygulanması gerekmektedir. *(3)* Gençlik odaklı önleme ve eğitim politikaları: Kerr ve meslektaşlarının nesiller arası aktarım bulguları ile Cambron ve meslektaşlarının mahalle dezavantajı araştırmaları, erken müdahalenin stratejik ağırlığını ortaya koymaktadır, Sutherland'ın sosyal öğrenme teorisinin işaret ettiği üzere madde kullanımına ilişkin kültürel normları sorgulayan ve alternatif akran ağları kuran programlar, salt bilgi aktarımına dayanan müdahalelerden çok daha kalıcı sonuçlar üretmektedir. *(4)* Bağımlılığın suç olmaktan çıkarılması ve damgalanmayla mücadele: Krendl ve Perry'nin sentezi damgalanmanın bağımlılığın sürmesine ve tedaviye erişimin önünde güçlü bir engel olarak işlev gördüğünü ortaya koymaktadır, bireysel kullanımın suç olmaktan çıkarılması, Wacquant'ın tanımladığı bağımlılık-ceza-dışlanma sarmalını kırmak için zorunlu bir adımdır.

Sosyolojinin bu mücadeleye kalıcı katkısı, sonuçları değil nedenleri merkeze alan, bireyi değil yapıyı sorgulayan ve tedaviyi değil dönüşümü hedefleyen bir perspektif sunmasıdır. Bu çalışmada tartışılan

dört müdahale düzlemi birbirinden kopuk başlıklar olmak yerine bağımlılığı üreten yapısal sarmalın farklı halkalarına yönelik bütünleşik bir yanıttır. Bağımlılık çağını aşmanın yolu, bu perspektifin önce araştırmalara, ardından politikalara ve en sonunda toplumsal sözleşmenin yeniden kurulmasına rehberlik etmesinden geçmektedir.

Kaynakça

1- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World Drug Report 2023. Viyana: Birleşmiş Milletler, 2023.

2- Becker, Howard S. Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance. New York: Free Press, 1963.

3- Durkheim, Émile. Suicide: A Study in Sociology. Çeviren John A. Spaulding ve George Simpson. New York: Free Press, 1951. İlk yayım 1897.

4- Marx, Karl ve Friedrich Engels. Alman İdeolojisi. Çeviren Sevim Belli. Ankara: Sol Yayınları, 2004.

5- Shaw, Clifford R. ve Henry D. McKay. Juvenile Delinquency and Urban Areas. Chicago: University of Chicago Press, 1942.

6- Dai, Bingham. Opium Addiction in Chicago. Montclair: Patterson Smith Reprint, 1970. İlk yayım 1935.

7- Sutherland, Edwin H. Principles of Criminology. 4. baskı. Chicago: J. B. Lippincott, 1947.

8- Sampson, Robert J., Stephen W. Raudenbush ve Felton Earls. 'Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy.' Science 277, no. 5328 (1997): 918–924.

9- Sampson, Robert J. Great American City: Chicago and the Enduring Neighborhood Effect. Chicago: University of Chicago Press, 2012.

10- Wacquant, Loïc. 'Territorial Stigmatization in the Age of Advanced Marginality.' Thesis Eleven 91, no. 1 (2007): 66–77.

11- Wacquant, Loïc. Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity. Durham: Duke University Press, 2009.

12- Wacquant, Loïc. 'Deadly Symbiosis: When Ghetto and Prison Meet and Merge.' Punishment & Society 3, no. 1 (2001): 95–133.

13- Manhica, Hlungwani vd. 'Association between Poverty Exposure during Childhood and Adolescence, and Drug Use Disorders and Drug-Related Crimes Later in Life.' Addiction 116, no. 7 (2021): 1747–1756.

14- Wilson, William Julius. The Truly Disadvantaged: The Inner City, the Underclass, and Public Policy. Chicago: University of Chicago Press, 1987.

15- Boardman, Jason D. vd. 'Neighborhood Disadvantage, Stress, and Drug Use among Adults.' Journal of Health and Social Behavior 42, no. 2 (2001): 151–165.

16- Cambron, Christopher vd. 'Neighborhood, Family, and Peer Factors Associated with Early Adolescent Smoking and Alcohol Use.' Journal of Youth and Adolescence 47, no. 2 (2018): 369–382.

17- Handley, Elizabeth D. vd. 'Neighborhood Disadvantage and Adolescent Substance Use Disorder: The Moderating Role of Maltreatment.' Child Maltreatment 20, no. 3 (2015): 193–202.

18- O'Brien, Daniel T., Chelsea Farrell ve Brandon C. Welsh. 'Broken (Windows) Theory: A Meta-Analysis of the Evidence for the Pathways from Neighborhood Disorder to Resident Health Outcomes and Behaviors.' Social Science & Medicine 228 (2019): 272–292.

19- Bernhardt, C. ve C. King. 'Neighborhood Disadvantage and Prescription Drug Misuse in Low-Income Urban Mothers.' Drug and Alcohol Dependence 231 (2022): 109245.

20- Lin, Chunqing vd. 'A Scoping Review of Social Determinants of Health's Impact on Substance Use Disorders Over the Life Course.' Journal of Substance Use and Addiction Treatment 166 (2024): 209484.

21- Bettache, Kathryn J. 'Where Is Capitalism? Unmasking Its Hidden Role in Psychology.' Personality and Social Psychology Review 29, no. 3 (2025): 215–249.

22- Kasser, Tim ve Richard M. Ryan. 'A Dark Side of the American Dream: Correlates of Financial Success as a Central Life Aspiration.' Journal of Personality and Social Psychology 65, no. 2 (1993): 410–422.

23- Dittmar, Helga vd. 'The Relationship Between Materialism and Personal Well-Being: A Meta-Analysis.' Journal of Personality and Social Psychology 107, no. 5 (2014): 879–924.

24- Jackler, Robert K. ve Hana A. Samji. 'The Price Paid: Manipulation of Otolaryngologists by the Tobacco Industry to Obfuscate the Emerging Truth That Smoking Causes Cancer.' The Laryngoscope 122, no. 1 (2012): 75–87.

25- Bettache, Kathryn J. 'The Crisis We Are Not Naming: The Psychology of Capitalism.' British Journal of Social Psychology (2026). https://doi.org/10.1111/bjso.70044.

26- Wang, Pengcheng vd. 'Social Networking Sites Addiction and Materialism among Chinese Adolescents: A Moderated Mediation Model Involving Depression and Need to Belong.' Frontiers in Psychology 11 (2020): 581274.

27- Courtwright, David. 'How 'Limbic Capitalism' Preys on Our Addicted Brains.' Quillette, May 31, 2019. https://quillette.com/2019/05/31/how-limbic-capitalism-preys-on-our-addicted-brains.

28- Amaro, H. vd. 'Social Vulnerabilities for Substance Use: Stressors, Socially Toxic Environments, and Discrimination and Racism.' Neuropharmacology 188 (2021): 108518.

29- Ross, Nancy, Catrina Brown ve Marjorie Johnstone. 'Dismantling Addiction Services: Neoliberal, Biomedical and Degendered Constraints on Social Work Practice.' International Journal of Mental Health and Addiction 21, no. 5 (2023): 3132–3145.

30- Sârbu, E. vd. 'Social Predictors of the Transition from Anomie to Deviance in Adolescence.' PLoS ONE 17 (2022). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269236.

31- Strickland, Justin C. ve Samuel F. Acuff. 'Role of Social Context in Addiction Etiology and Recovery.' Pharmacology Biochemistry and Behavior 229 (2023). https://doi.org/10.1016/j.pbb.2023.173603.

32- Barrett, S., C. Muir, S. Burns, N. Adjei, J. Forman, S. Hackett ve R. McGovern. 'Interventions to Reduce Parental Substance Use, Domestic Violence and Mental Health Problems, and Their Impacts upon Children's Well-Being: A Systematic Review of Reviews and Evidence Mapping.' *Trauma, Violence, & Abuse* 25, no. 1 (2024): 393–412.

33- Kuppens, Sofie vd. 'The Enduring Effects of Parental Alcohol, Tobacco, and Drug Use on Child Well-Being: A Multilevel Meta-Analysis.' Development and Psychopathology 32, no. 2 (2020): 765–778.

34- McGovern, Ruth vd. 'The Association between Maternal and Paternal Substance Use and Child Substance Use, Internalizing and Externalizing Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis.' Addiction 118, no. 5 (2023): 804–818.

35- Anderson, Allegra S. vd. 'Parental Drug Use Disorders and Youth Psychopathology: Meta-Analytic Review.' Drug and Alcohol Dependence 244 (2023): 109793.

36- Jääskeläinen, Marke vd. 'Mental Disorders and Harmful Substance Use in Children of Substance Abusing Parents: A Longitudinal Register-Based Study on a Complete Birth Cohort Born in 1991.' Drug and Alcohol Review 35, no. 6 (2016): 728–740.

37- Kerr, David C. vd. 'Prospective Intergenerational Associations between Parents' and Children's Illicit Substance Use During Adolescence.' Substance Use & Misuse 59, no. 12 (2024): 1828–1832.

38- Gateway Foundation. 'The High Cost of Drug Addiction.' https://www.gatewayfoundation.org/blog/cost-of-drug-addiction/#financial.

39- Matthews, S., Robyn Dwyer ve A. Snoek. 'Stigma and Self-Stigma in Addiction.' Journal of Bioethical Inquiry 14 (2017): 275–286.

40- Walmsley, Ian. 'Coping with the Persistence of Stigma in Recovery: A Qualitative Examination of the Disclosure Experiences of People in Recovery from Problem Drug Use from the Perspective of Modified Labeling Theory.' Contemporary Drug Problems 53, no. 1 (2026): 160–177.

41- Krendl, Anne C. ve Brea L. Perry. 'Stigma toward Substance Dependence: Causes, Consequences, and Potential Interventions.' Psychological Science in the Public Interest 24, no. 2 (2023): 90–126.

BAĞIMLILIĞIN HUKUKİ BOYUTU

Uzm. Psk. Dan. Hakan ÇETİN
Türkiye Yeşilay Cemiyeti, Akademi Direktörü
hakan.cetin@yesilay.org.tr, ORCID: 0009-0007-4231-2757

Giriş

Bağımlılıklardan uzak sağlıklı bir yaşam halk sağlığı savunuculuğundan bağımsız düşünülmemelidir. Bağımlılık yapıcı madde ve davranışlara ilişkin politika ve yasal düzenlemeler hem uluslararası mecralarda hem de Türkiye'de bulunmaktadır. Bu bölümde tütün, alkol, uyuşturucu madde, kumar ve çevrimiçi dijital bağımlılıklara ilişkin mevzuat ve geliştirilebilecek önlemler ele alınmaktadır.

1. Türkiye'de Tütün Kontrolü ve İlgili Mevzuat

Uluslararası Mevzuat

Yüksek bağımlılık oluşturması, erken yaşta başlama riskinin yüksek olması, pazarlama yollarının çeşitliliği ve pasif maruziyetin oluşturduğu ağır sağlık sonuçları nedeniyle dünyada tütün kontrolü kampanyalardan ziyade devletlerin hayata geçirdiği kalıcı politikalarla yürütülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ülkelerin bu politika sistemini nasıl kurması gerektiğini madde madde tarif eden temel çerçeve olarak karşımıza çıkmaktadır.[1]

Sözleşmenin en önemli hususlarından birisi tütün kontrolünün tek bir hamleden ibaret olmadığına yapılan vurgudur. TKÇS vergi-fiyat düzenlemeleriyle ürünün erişilebilirliğin azaltılabileceğini, dumansız alanlarla pasif içiciliğin engellenebileceğini, reklam, promosyon, sponsorluk kanallarının kapatılmasıyla tütünün ve tütün kullanımının normalleştirilmesinin engellenebileceğini, paketleme-etiketleme kurallarıyla tüketicinin yanıltılmasının önlenebileceğini, bırakma desteği

sayesinde bağımlılık döngüsünün zayıflatılacağını, satış ve erişim kanalları daraltılmasıyla çocuk ve gençlerin korunabileceğini belirtmektedir. Oluşturulan bu çerçeve ülkelere neyi, neden yapmaları gerektiğini göstermektedir.[2]

TKÇS'nin 6. maddesi olan vergi ve fiyat başlığı kısmı tütün ürünlerini daha pahalı ve daha az erişilebilir hâle getiren uygulamaların tütün kontrolünün ana unsuru olduğunu belirtmektedir. Ek olarak bu madde duty-free gibi muafiyetlerle tütün erişiminin kolaylaşmasına karşı da kısıtlamalar getiren yolları tavsiye eder. 8. madde olan dumansız hava sahası oluşturmaya yönelik madde kapalı iş yerleri, toplu taşıma ve kapalı binalardaki kamusal alanlarda dumana maruziyetin engellenmesinin bir tercih değil, herkesin temiz havaya erişiminin sağlanması için bir koruma yükümlülüğü olduğunu ifade eder. 9 ve 10. maddelerde ise ürün içeriği ve emisyonların düzenlenmesi-bildirimi konuları işlenmektedir. Bu maddeler tütün ürününün ne içerdiğini ve doğaya hangi zararlı maddeleri saldığı konularında ölçüm ve şeffaflık talep etmektedir ve bu alanı şirket beyanına bırakmayan teknik bir kamusal denetim uygulamasının kurulmasını gerekli kılmaktadır.

11. maddede paketleme ve etiketleme kısmına değinen sözleşme, bu hususu bir reklam alanı gibi görür ve olabildiğince daraltmaya çalışır. Bu bağlamda sigaralarda 'hafif' gibi yanıltıcı tanımların yasaklanması, uyarıların dönüşümlü kullanımı ve paket yüzeyinin en az %30'unu kaplayacak biçimde büyük ve görünür uyarıların yerleştirilmesi bu yaklaşımın bir sonucu olarak uygulanmaktadır. 12. maddede ise eğitim ve bilinçlendirme amaçlanmaktadır. Bu sayede TKÇS yalnızca yasaklar vasıtasıyla bağımlılığın bitmeyeceğini, toplumsal erişimin yüksek olduğu programlarla eğitimlerin artırılmasını ve bilgilendirme kapasitesinin güçlendirilmesi gerektiğini belirtir. Bir sonraki maddede reklam, promosyon, sponsorluk alanları işlenir ve tütün ürünlerinin kullanımının ve kullanım alanlarının görünürlük üzerinden büyümesi hedef alınır. Bu bağlamda TKÇS doğrudan ve dolaylı teşviki sınırlamayı, mümkünse kapsamlı bir şekilde yasaklamayı, internet ve medya dahil reklam yapılabilecek alanlarda belirli bir süre içinde tütünün her türlü görüntüsünü yasaklama hedefini açıkça belirtmektedir.

14. maddede ise TKÇS bırakma desteği hususuna değinir. Tütün kontrolünün sadece yasaklarla hayata geçirilemeyeceğini, bağımlılığı azaltmak için bırakmayı teşvik eden programlar ve tedavi/desteğe erişimi kolaylaştıran adımlar sayesinde bu kontrolün daha sıkılaşacağını belirtir. Son olarak çocukların korunmasıyla ilgili hususa değinirken 18 yaş altına satış yasağının ötesine geçen TKÇS, satış noktalarında uyarı işaretleri ve kimlik kontrolü, çocukların doğrudan erişimini kolaylaştıran teşhir biçimlerinin sınırlandırılması, tek dal/küçük paket satışının engellenmesi, ücretsiz dağıtım yasağı ve otomatlara çocuk erişiminin engellenmesi gibi somut tedbirler önermektedir.[2]

Ulusal Mevzuat

Oluşturulan bu çerçeve bizlere tek tek ihlallerin peşinden koşmak yerine tütünün yaygınlaşmasına neden olan kanalları kapatan, bağımlılığı besleyen koşulları daraltan bir politika oluşturmanın gerekliliğini göstermektedir. Türkiye'de 4207 sayılı Kanun ve ikincil düzenlemeler değerlendirilirken de TKÇS oluşturduğu bu politika çerçevesine uluslararası standart olarak başvurulmaktadır.

Türkiye'de tütünle ilgili ulusal mevzuatın merkezinde 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun bulunmaktadır. Kanunun amacı kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından korumak, tütün kullanımını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik pratiklerine karşı koruyucu tedbirleri almak, herkesin temiz hava erişimini sağlamak yönünde düzenlemeler yapmaktır.[3] Bu sayılanlar TKÇS'nin toplumsal sağlığı koruma çizgisinin ulusal düzeye tercümesi gibi okunabilir.

Uygulamanın nasıl olduğu sorusunun cevabı ise çoğu zaman ikincil düzenlemelerde netleşir. Bu noktada Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik önemli bir omurga görevi görmektedir, zira tanıtım, satış, sunum ve nihai tüketiciye güvenli biçimde ulaştırmaya ilişkin usul ve esasları bu yönetmelik belirler.[4] Bu yönetmelikteki düzenlemeler ise tütün ürününü reklam ve medya alanlarında görünmez hâle getirmeyi, özendirmeye sebep olmasını engellemeyi, çocukların erişimini

zorlaştırmayı ve internet gibi takip edilemeyen alanlardan satışını kesmeyi hedeflemektedir.

Türkiye'nin ulusal düzenlemelerinin bu bağlamda DSÖ'nün TKÇS'de belirttiği talep azaltıcı başlıklarıyla aynı eksende ilerlediği görülmektedir. Fiyat/vergi araçlarının kullanımı, dumansız alanlar oluşturulması, içerik–emisyon düzenlemesi ve bildirim mekanizmalarının kurulması, paketleme/etiketleme düzenlemeleri ve 'yanıltıcı ibare' yasağının uygulanması, toplumsal bilgilendirme/eğitim sağlanması, reklam, promosyon, sponsorluk kısıtlamaları ve bırakma/tedaviye erişim imkânlarının sağlanmasının tamamı Türkiye'de faal olarak işlemektedir. Hem TKÇS hem de ulusal mevzuatta önemli yer tutan iki alan bulunmaktadır:

- Yanıltıcı tanımları yasaklama ve güçlü uyarılar: 'düşük katranlı/hafif/ultra hafif' gibi tütün ürünlerinin kendi aralarında daha az zararlı oldukları izlenimini veren ibarelerin engellenmesi ve sağlığa verdikleri zararla ilgili uyarıların görünür biçimde sunulması.
- Reklam, promosyon, sponsorlukla ilgili konularda kapsamlı kısıtlama: Doğrudan ve dolaylı reklamı tamamen engellemeye yönelik bu yaklaşım internet ve medya dahil tüm alanlarda güçlü tedbirler almayı gerektirir.

İkincil mevzuatın oluşturduğu kuralların önemli bir kesimi reklam ve tanıtımın tüm formlarının hedeflenmesi, kaçak tütün ürünlerinin satışının engellenmesi, çocukların bu ürünlere erişimini zorlaştırma, otomat ve internet satışı gibi hızlı yayılım kanallarını kapatma ve denetimde belge, bilgi verme yükümlülüğünü standartlaştırma hususlarına odaklanmaktadır.

Ek olarak 4733 sayılı Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun ile tütün/tütün mamulleri piyasasının düzenlenmesi, üretim ve iç-dış alım–satım usul/esasları ile idari yapının görev ve yetkileri belirlenmektedir. Uygulamada piyasa gözetimi, izin/uygunluk, denetim ve idari yaptırımların önemli bir bölümü bu çerçevede gerçekleştirilmektedir.[5] Tütün mamullerinin üretim şekli, etiketlenmesi, paketlenmesi, içerik–emisyon, raporlama ve güvenlik özellikleri gibi daha teknik alanlarını düzenleyen ayrı bir diğer ikincil

mevzuat ise Tütün Mamullerinin Üretim, Etiketleme ve Denetleme Yönetmeliği'dir.[6]

Tütün ürünleri ile ilgili kaçakçılık ve kontrol dışı ticaret fiilleri ise doğrudan 4207 kapsamında ele alınmamaktadır. Bu olaylarla ilgili olarak 5607 sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu devreye girer. Bu kanun kaçak tütün ürünlerinin ülkeye sokulması ve dağıtımı gibi durumlarda yaptırımlar öngörür.[7] Tütün kontrolünün en etkili araçlarından biri olarak kabul edilen yüksek vergiler ise Türkiye'de ÖTV Kanunu çerçevesinde vergilendirilmektedir.[8] Türkiye'de mevzuat güçlü olsa da uygulamada karşılaşılan eksiklikler genel itibarıyla bağımlılık endüstrisinin pazarlama ve reklam alanları için kullanmaya başladığı yeni mecralar ve yeni yollar olarak karşımıza çıkmaktadır. Dijital reklam, dolaylı özendirme, yeni nikotin ürünlerinin piyasaya sunumu ve mevzuattaki küçük boşlukların büyük sonuçlar üretmesi bu hususla ilgili temel sorunları oluşturmaktadır.

Geliştirilebilecek Önlemler

Bağımlılık endüstrilerinin kamu politikalarına yönelik müdahaleleri küresel bir mesele olduğu gibi Türkiye'de de halk sağlığı politikalarının etkinliğini zayıflatan bir yapısal sorundur. Türkiye'nin bağımlılıklarla mücadele alanında elde ettiği kazanımların devamlılık arz edecek şekilde korunabilmesi için endüstri etkisinin sınırlandırılması oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Madde 5'in öngördüğü ilkeler sadece tütün değil tüm bağımlılık yapıcı ürünlere yönelik politika yapım süreçlerinde esas alınmalıdır. Endüstri baskılarının sınırlandırılması, gelecek nesillerin bağımlılıklardan korunması için en etkili savunuculuk stratejisidir.

DSÖ TKÇS Madde 5.3, sözleşmeye taraf devletlere halk sağlığı politikalarını tütün endüstrisinin çıkarlarına karşı koruma yükümlülüğü getirmektedir. Bu madde kapsamında, hükûmet–endüstri temaslarının asgari düzeye indirilmesi, görüşmelerin şeffaf yürütülmesi ve her türlü ortaklıktan kaçınılması öngörülmektedir.[9] DSÖ'nün 2024 tarihli raporunda benzer çıkar çatışmalarının alkol ve işlenmiş gıda alanlarında da söz konusu olduğu ve TKÇS 5.3 yaklaşımının bu alanlarda yol gösterici norm olarak kullanılabileceği belirtilmektedir.[10]

Sosyal medya ve video platformlarında tütün/nargile/nikotin ürünlerini özendirici içerikleri düzenli tarayan, raporlayan ve hızlı bildirim mekanizması işleten bir izleme yapısı oluşturulması mevcut yasakların dijitalde işlemesini sağlayacaktır.

Piyasaya giren yeni nikotin ürünleri (tek kullanımlık ürünler, aromalı çeşitler, nikotin poşetleri vb.) hakkında denetim birimlerinin aynı standardı uygulayabilmesi için güncel sınıflandırma ve örnek vaka rehberi hazırlanması yerinde olacaktır.

Mevcut mevzuatın dumansız hava sahası ve satış kısıtlarıyla oluşturulan alanlar korunarak tütün ürünlerine erişimi zorlaştıran ve maruziyeti azaltan ek adımların atılması da bir öneri olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda çocukların ve gençlerin yoğun bulunduğu alanların çevresinde (okul, yurt, spor tesisleri, parklar, oyun alanları, kültür-sanat mekânları) tütün satışına yönelik mesafe esaslı sınırlamalar getirilmesiyle tütün ürünü satış noktaları kademeli biçimde azaltılabilir. Kullanım alanları bakımından ise kapalı alan yasağının yanı sıra açık alanlarda da (özellikle yurt dışında bazı ülkeler tarafından uygulanmaya başlanan yeni tip yasaklar gibi) dumansız alanların kapsamı genişletilerek pasif maruziyetin ve normalleştirme etkisinin önüne geçilebilir.

2. Alkol Mevzuatı

Uluslararası Mevzuat

Alkolün zararları, kazalar, şiddet, kronik hastalık yükü, ruh sağlığı, aile içi ilişkiler ve çocukların güvenliği gibi pek çok başlıkta birbirini besleyen olumsuz sonuçlar üretmektedir. Bu nedenle DSÖ'nün Küresel Alkol Eylem Planı 2022–30 bir kampanya seviyesini aşmakta, fiyat, erişilebilirlik, pazarlama, sağlık hizmetleri ve izleme altyapısı gibi olguları içinde bulundurarak sistem kuran yeni türden bir yaklaşımı öne çıkarmaktadır. Planın omurgası ülkelerin uygulayabileceği altı eylem alanı üzerinden ilerlemektedir:

- Yüksek etki stratejileri,
- Savunuculuk, farkındalık,
- Tüketme bağlamları ve toplum temelli önleme,

- Alkol piyasası ve erişim, pazarlama düzeni,
- Sağlık hizmetleri müdahaleleri,
- İzleme ve araştırma.[11]

Plan ne yapılması gerektiği sorusunu yalnızca genel ilkelerle sınırlı bırakmamakta, ölçülebilir hedeflere matuf politika araçlarını tarif etmektedir. Özellikle yüksek etki stratejileri başlığı altında ülkelerin kanıt temelli ve maliyet-etkin müdahalelere öncelik vermesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda DSÖ'nün SAFER paketi de alkolün zararlarını azaltmak için beş temel politika müdahalesini derlemektedir:

- Alkolün erişilebilirliğini sınırlamak,
- Alkollü araç kullanımına karşı önlemleri güçlendirmek,
- Kısa süreli müdahale ve tedavi hizmetlerini yaygınlaştırmak,
- Pazarlama ve reklamı kısıtlamak,
- Fiyat politikalarıyla tüketimi azaltmak.[12]

Bu mevzuatlara göz atıldığında ortak hedef olarak belirlenen alkol kontrolünün tek tek ihlallerin peşinden koşmaktan ziyade zararı üreten kanalları daraltan bir kamu politikasının toplamıyla sağlanacağı görülmektedir.

Ulusal Mevzuat

Türkiye'de alkol piyasası satış–sunum yolları ve reklam–tanıtım sınırları birkaç ana mevzuat üzerinden yürütülmektedir. Bunların bir kısmı tarih bakımından eski olmakla birlikte, ikincil düzenlemeler ve idari uygulamalarla güncel politika hedeflerine bağlanmaktadır.

4250 sayılı İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu (1942) bu hususta ana mevzuatlardan birisidir. 4250 sayılı Kanun ispirto ve ispirtolu içkilerin üretimi, iç ve dış alım-satımı, dağıtımı ve fiyatlandırılmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen temel metinlerdendir.[13] Kanun alkol piyasasının kendi kendine değil, kamu otoritesinin tanımladığı kurallar içinde işlemesini hedeflemektedir. Günümüzün düzenleme ihtiyaçları bakımından 4250'nin sayılı Kanun'un piyasayı tanımlama ve kamu denetiminin çerçevesini kurma alanında önemli maddeleri bulunmaktadır. Ayrıntıların önemli kısmı ise daha güncel ikincil mevzuat ve diğer kanunlarla somutlaşmaktadır.

4733 sayılı Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun adından da anlaşılacağı üzere yalnızca tütünü değil alkol piyasasını da düzenleme kapsamına almaktadır. Alkollü içkilerin üretimi, iç ve dış alım-satımı ve piyasasının işleyişine ilişkin usul ve esasları belirler.[5] Bu mevzuat uygulamada izin, ruhsat, izleme, denetim ve idari yaptırımların dayanaklarının ana unsurunu oluşturmaktadır.

Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik ise tütüne ek olarak alkollü içkilerin tanıtımı, satışı, sunumu ve nihai tüketiciye güvenli biçimde ulaştırılmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen temel metinlerdendir.[4] Yönetmeliğin alkol bakımından öne çıkan hatları şu şekildedir:

- *Reklam/tanıtım ve özendirme kanallarının daraltılması*: Alkollü içkilerin reklam ve tanıtımına, promosyon ve kampanya pratiklerine yönelik sınırlamalar getirilmektedir. Bu sayede ürünün görünürlük üzerinden normalleşmesi engellenmektedir.
- *Satış yöntemlerine sınırlama*: Düzenleme uzaktan satış ve internet üzerinden satış yollarını kısıtlar ve özellikle kontrolü zor mecralarda erişimi daraltma hedefi taşır.
- *Saat sınırlaması gibi erişilebilirlik kısıtlayıcı sınırlamalar*: Perakende satışa ilişkin saat sınırlamaları erişilebilirliği azaltmayı amaçlayan klasik politika araçlarındandır.
- *Yaş koruması ve tüketiciye sunum düzenlemeleri*: Yaş kuralı, kimlik kontrolü ve satış belgesi mekanizmaları özellikle çocuk ve gençlerin korunması bakımından düzenlemenin kritik alanlarındandır. Tüketiciye sunulabileceği alanlar, bunların ruhsatlandırılmaları, dinlenme tesisleri gibi alanlarda tüketiminin yasaklanması gibi hususlar da burada düzenlemeye tabi olmaktadır.
- *Denetim ve belge düzeni*: Satış belgesi zorunluluğu, etiket/ambalaj ve kayıt düzeni, idari denetimin standardizasyonunu sağlamaktadır.

Bu bağlamda ulusal mevzuat DSÖ'nün erişilebilirliği ve pazarlamayı daraltma planlamasıyla aynı doğrultuda bir çizgi izlemektedir.

4760 sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu (ÖTV) sayesinde ise alkol kontrolünde vergi ve fiyat politikaları belirlenmektedir.[14] Vergi–fiyat

mekanizması erişilebilirlik üzerinde doğrudan belirleyici olmaktadır. Bu mevzuat yalnızca gelir kalemi yaratmayı değil tüketimi azaltma ve özellikle gençlerin erişimini zorlaştırma bakımından da kritik bir politika aracı işlevi görmektedir.

Alkol politikası yalnızca yasal piyasanın düzenlenmesiyle tamamlanmamaktadır. Kontrol dışı alkol üretimi ve kaçak ticaret hem kamu gelirlerini hem de halk sağlığını doğrudan etkileyen bir risk alanıdır. Bu bağlamda Türkiye'de kaçakçılıkla ilgili fiiller ve yaptırımlar 5607 sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu çerçevesinde ele alınmaktadır.[15]

Uygulamada alkolün satış ve sunumuna ilişkin yasaklar yalnızca genel metinlerle belirlenmemektedir. Bazı kurum ve alanlara özgü düzenlemeler de bu yasakları güçlendirmektedir. Özellikle çocuklar ve gençlerin bulunduğu ortamlarda koruyucu alan mantığının güçlendirilmesi açısından yükseköğretim alanını düzenleyen 2547 sayılı Kanun gibi metinler doğrudan alkol politikalarına yönelik olmasalar da gençlerin bulunduğu kurumsal alanların yönetimi ve alkol tüketiminin bu alanlarda yasaklanması bakımından tamamlayıcı bir çerçeve sunmaktadır.[16]

Geliştirilebilecek Öneriler

Türkiye'de alkol mevzuatı erişim, satış, sunum, reklam başlıklarında önemli kısıtlamalar içermektedir. Buna rağmen sahada etkisi zayıflayan veya yeni pratiklerle aşınan birkaç alan öne çıkmaktadır.

Reklam yasakları klasik mecralarda varlıklarını sürdürürken yeni pazarlama taktikleri, sosyal medya içerikleri, influencer hesapları ve dolaylı reklamlar vasıtasıyla büyük engellerle karşılaşmadan dijital görünürlüklerini artırmalarına ve reklam/sponsorluk gibi faaliyetlere devam edebilmelerine olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda dijital ortamda görünürlüğü ve özendirmeyi ölçen, raporlayan ve yaptırım süreçlerini besleyen bir izleme sistemi geliştirilmelidir. DSÖ'nün eylem planındaki izleme vurgusu bu olgunun bir parçasıdır.

Kontrol dışı üretim ve kaçak ticaret sadece vergi kaybı olarak değerlendirilmemeli, akut zehirlenmeler ve doğurduğu ölümcül riskler üzerinden doğrudan halk sağlığı problemi olarak ele alınmalıdır. 5607

sayılı Kanun bu risk alanına karşı yaptırım öngörmektedir ancak politika açısından asıl ihtiyaç risklerin erken uyarı ve izleme sistemlerinin kurulmasıyla önceden fark edilmesi olacaktır.

DSÖ planı alkol zararlarını azaltma stratejisinin 'önleme + sağlık sistemi yanıtı' olmadan eksik kalacağını vurgulamaktadır. SAFER paketi de kısa süreli müdahale ve tedavi hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini belirtir. Türkiye'de mevzuat daha çok piyasaya ve satış-sunuma odaklanmaktadır. Sahadaki etkiyi artırmak için sağlık hizmetlerinde erken tarama, kısa süreli müdahale ve tedaviye yönlendirme mekanizmalarının güçlendirilmesi kritik bir tamamlayıcı alan olarak görülmektedir.

Alkol ürünlerinin ulusal ve uluslararası spor faaliyetlerinde yapılan tanıtımı ve sponsorluğunu da içeren pazarlaması, alkol tüketimini artıran bir unsur olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ciddi bir endişe kaynağı olarak tanımlanmaktadır.[17] Özellikle gençlerin ve hassas grupların korunması adına, alkolün örtük pazarlanmasına karşı daha net ve bağlayıcı yasal düzenlemelerin yapılması elzemdir. Halk sağlığı odaklı bir yaklaşımla, kamu yararını önceleyen savunuculuk faaliyetleriyle bu alandaki yasal boşlukların giderilmesi ve reklam denetim süreçlerinin tutarlı ve caydırıcı hale getirilmesi gerekmektedir.

Alkol ambalajları üzerinde yer alacak uyarı mesajları belirlenirken alkol ve sağlık ilişkisi ve kansere sebebiyet vermesi vurgulanmalıdır. Grafik uyarı işaretlerinde buna yönelik görseller kullanılmalı, uyarı yazılarının doğrudan kanser ve alkol arasında ilişki kuran, dikkat çekici ve belirsizlikten uzak mesajlar olması gerekmektedir.

4250 sayılı Kanun madde 6/1'de yer alan düzenlemeyle alkollü içki üreten, ithal eden ve pazarlayan şirketlerin hiçbir etkinliğe marka, amblem veya işaretlerini kullanarak sponsor olamayacakları belirtilmektedir. Ancak günümüzde bu şirketlerin kendileriyle özdeşleşmiş çeşitli logo ve işaretler kullanmak suretiyle birçok etkinlikte yer aldıkları sıklıkla görülmektedir. Ek olarak bu şirketlerin 'sosyal sorumluluk projesi' adı altında çeşitli faaliyetlerde bulunmalarını denetim altına alan herhangi bir yasal düzenleme bulunmadığından, bu durum suiistimale açık görünmektedir. Bu hususla ilgili gerekli adımların atılması

hem reklam yasağının delinmesini hem de alkol firmalarının yeni stratejilerinin engellenmesini beraberinde getirecektir.

3. Uyuşturucu Madde Bağımlılığına İlişkin Mevzuat

Uluslararası Mevzuat

Dünyada uyuşturucu maddelerin üretilmesini, ticaretini, kullanımını düzenleyen uluslararası sözleşmeler bulunmaktadır. Türkiye, coğrafi konumu itibariyle uyuşturucu madde ticaretinde önemli bir geçiş noktasıdır. Bu kapsamda uluslararası sözleşmelere taraf olması büyük önem arz etmektedir. Türkiye, başta 1961 Tek Sözleşmesi, 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi, 1988 BM Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığı ile Mücadele Sözleşmesi ve 1961 Tek Sözleşmeyi tadil eden 1972 Protokolü olmak üzere ilgili bütün anlaşmalara taraftır. Bu kapsamda Türkiye, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Maddeler Komisyonu'nda (CND) aktif şekilde rol almaktadır.

Uyuşturucu maddelere ilişkin uluslararası mevzuatta öne çıkan gündemlerden biri kenevir maddesidir. Kenevir, tütün ve alkolle birlikte dünya genelinde en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerden biridir ve tarih boyunca hem uyuşturucu madde olarak hem de lif kaynağı olarak kullanılmıştır.[18] UNODC tahminlerine göre kenevirin kullanım yaygınlığının hafifçe artığı, kullanıcı sayısının yükselmeye devam ettiği belirtilmektedir. 2019 yılında 15–64 yaş arası küresel nüfusun yaklaşık %4'ü (aralık: %2,8–%5,1) en az bir kez kenevir kullanmıştır. Bu da yaklaşık 200 milyon kişiye (aralık: 141 milyon–256 milyon) denk gelmektedir.[19]

Bu durumla birlikte son yıllarda kenevirin yasallaştırılmasına yönelik politika değişiklikleri olduğu gözlemlenmektedir. 2012'den beri Uruguay, Kanada ve ABD'nin 23 eyaletinde keyif amaçlı kenevir kullanımı yasallaşmıştır.

Kenevirin tıbbî olmayan kullanımını yasallaştıran ilk ülke Uruguay olmuştur. Hükûmet, tıbbî olmayan amaçlarla kenevirin yetiştirilmesini, üretilmesini, dağıtımını ve kullanımını düzenleyen 19.172 sayılı yasayı 2013'te kabul etmiştir. Bu yasa doğrultusunda, 18 yaş ve üzeri bireyler, Ulusal Keneviri Düzenleme ve Denetleme Enstitüsü'ne kayıt

yaptırarak ve şu üç seçenekten birini tercih ederek tıbbî olmayan amaçlarla kenevir temin edebilmektedir: (1) Yetkili eczanelerden satın alma, (2) bir kenevir kulübüne üye olma, (3) evde kendi tüketimi için yetiştirme.[20]

2018'de, Kanada Parlamentosu, Kenevir Yasası'nı (Cannabis Act) kabul ederek 18 yaş ve üzeri yetişkinler için tıbbî ve tıbbî olmayan kenevire erişimi düzenleyen yasal bir çerçeve oluşturmuştur.[21] Bu yasa, kenevirin üretimi, dağıtımı, satışı ve bulundurulmasına ilişkin bir dizi kontrol içermektedir. Kanada'daki eyaletler ve bölgeler, her yargı alanının kendine özgü koşullarını tanıyarak, dağıtım ve perakende sistemlerini nasıl lisanslayacakları ve işletecekleri konusunda birbirinden biraz farklı yaklaşımlar benimsemiştir. Politika yapım süresince kenevirin yasallaşmasına ilişkin gerekçe olarak kullanımın hali hazırda çok yaygın olması, yasadışı ticari reklamlarla *kenevir kültürünün* yaygınlaştırılması ve yasadışı örgütlerin ticari kazancının kontrol edilmesi öne çıkarılmıştır.[23]

Amerika Birleşik Devletleri'nde, federal düzeyde kenevir hâlâ yasa dışı bir madde olarak kalmaya devam etmektedir. Ancak Ocak 2024 itibarıyla, 42 yargı bölgesi (38 eyalet, 3 bölge ve Columbia Bölgesi), kenevir ürünlerinin tıbbî kullanımına izin vermektedir. 27 yargı bölgesi (23 eyalet, 3 bölge ve Columbia Bölgesi), halk oylaması veya yasal düzenlemeler yoluyla, 21 yaş ve üzeri yetişkinler için tıbbî olmayan amaçlarla kenevirin üretimi ve satışına izin veren yasalar kabul etmiştir. 9 eyalet, belirli tıbbî durumlar için ya da yasal savunma olarak kullanılmak üzere, düşük THC ve yüksek cannabidiol (CBD) içeren ürünlerin kullanımına izin vermektedir.[20]

Lüksemburg'ta 2023'ten itibaren evde tıbbî olmayan kenevir yetiştirilmesinin ve bulundurulmasının yasallaştırılması, Almanya'da 2024 yılında yürürlüğe giren Kenevir Yasası, Hollanda'da Breda ve Tilburg belediyeleriyle başlayarak 10 belediyede yürütülen kontrollü kenevir tedarik zinciri pilot uygulaması yasallaşma sürecinde öne çıkan diğer gelişmelerdir.[24]

Bu durum, Türkiye'nin de taraf olduğu uluslararası sözleşmeler kapsamında yapılan 2020 CND oylaması ile değerlendirilebilir. 2018'de DSÖ Uyuşturucu Bağımlılığı Uzmanlar Komitesi'nin yaptığı

değerlendirmede kenevir kullanımının ölümcül riski olmadığı, 'özellikle zararlı' olarak nitelendirilemeyeceği ve esrar preparatlarının ilaçlarda kullanılabileceğine yönelik bir görüş belirtilmiştir. BM Genel Sekreteri düzeyinde değerlendirilen önerilerle 2020'de Uyuşturucu Maddeler Komisyonu'nda (CND) kenevirin en tehlikeli uyuşturucu maddeler grubu olan IV. cetvelden çıkartılmasına karar verilmiştir.[25] Türkiye karşı oy kullanmıştır. Ancak yine de ilgili değişiklik kabul edilmiştir. Böylece kenevir 1961 Tek Sözleşmesi'nde IV. cetvelin hükümlerine değil I. cetvelin hükümlerine tabi olmuştur. Tıbbî ve bilimsel araştırımalar dışında maddenin üretimi, satışı, bulundurulması ve kullanımı gibi her türlü aşamasının yönelik geniş yasaklama yetkisini kaybetmiştir.

Türkiye'nin kenevirin yasallaşmasına yönelik yaklaşımı 2024 Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda '…Kenevir denilince ilk akla gelen esrar maddesinin halen küresel ölçekte en çok suistimal edilen, en çok yakalaması olan uyuşturucu madde olduğu, yüksek bağımlılık potansiyeli ve diğer uyuşturuculara (daha ağır uyuşturuculara) geçişte önemli bir basamak olduğu unutulmamalıdır. Bununla birlikte bazı ülkelerce uygulanan yanlış kenevir politikaları neticesinde ortaya çıkan farklı esrar ürünlerinin ve kenevirden mamul yarı sentetik kannabinoidlerin yarattığı yeni tehditler de göz önüne alındığında kenevirin Tıbbî kullanım amacıyla yetiştirilmesine ilişkin atılacak adımlar ve kontrol rejimlerinde kurumsal ve toplumsal farkındalık en önemli öncelik olmalıdır.' olarak belirtilmiştir.[26]

Ulusal Mevzuat

Türkiye'de uyuşturucu ticareti, kullanımı, kullanımı için yer sağlanması ve ekimi gibi eylem sınırları ağırlıklı olarak Türk Ceza Kanunu (TCK) ve Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun üzerinden yürütülmektedir. Ayrıca Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu 2024-2028 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı ile uyuşturucu arzı, uyuşturucuya talep ve iletişim alanlarında kapsamlı düzenlemeler yapılarak uyuşturucuyla mücadele edilmesi amaçlanmaktadır. Ulusal mevzuatta konuya ilişkin düzenlemeler şöyledir:

- TCK m. 191 Kullanmak İçin Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Satın Almak, Kabul Etmek veya Bulundurmak ya da Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanma suçunda yapılan 2024 tarihli ceza arttırımları ile suçun alt limiti 1 yıldan 2 yıla yükseltilerek kullanımın azaltılması hedeflenmektedir.
- Aynı zamanda 7445 sayılı Kanunun 24. maddesi ile 5275 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun (CMK) 71. ve 105/A maddelerinde yapılan değişiklik neticesinde 05.04.2023 tarihi itibariyle Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesi kapsamında düzenlenmiş olan uyuşturucu kullanma suçundan hükümlü olan kişiler ile başka bir suçtan hükümlü olup uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı olduğu tespit edilen tüm hükümlülerin de tedavi ve rehabilitasyon programlarına katılması zorunlu tutulmuştur. İlgili değişiklikler ile kullanıcıların rehabilite edilmesi amaçlanmaktadır.
- 7445 sayılı Kanunun 18. maddesi ile getirilmiş olan değişiklikler ile denetimli serbestlik süreleri 6 aydan 2 yıla kadar uzatılabilecektir. Bu değişiklik ile artık denetimli serbestlik tedbiri süresi tamamlansa dahi erteleme süresi içerisinde Savcılıklar şüphelilerin yılda iki defa ilgili sağlık kurumuna sevkini sağlayabilecek ve madde kullanımına ilişkin test yaptırılmasını talep edebilecektir. İlgili değişiklik kapsamında kullanıcıların uzun bir süre denetlenerek kullanımdan uzaklaştırılması hedeflenmektedir.
- Hükümlülere yönelik tedavi ve denetimli serbestlik değişiklikleri yapılırken Türk Medeni Kanunu (TMK) m. 432 Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması hükümlerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Her ne kadar söz konusu düzenleme çoğu zaman 'zorunlu tedavi' başlığı altında değerlendirilse de, maddenin lafzı esas olarak belirli niteliklere sahip kişilerin tedavi amacıyla kuruma yerleştirilmesi veya alıkonulmasına yönelik bir vurgu taşımaktadır.[27] Türk Hukukunda koruma altına alma (kuruma yerleştirme) ile zorunlu tedaviye tabi tutmanın şartları birbirinden ayrılmamaktadır. İlgili kararın verilebilmesi için hekim ve sağlık kurulu raporları öngörülmekteyse de uygulamada dilekçe üzerine bu kararın verildiği görülmektedir. Bu

durum, kararın veriliş sürecinde gerekli tıbbî değerlendirmelerin tam anlamıyla yapılmadan, yalnızca başvuru üzerine işlem başlatılması gibi hukuki belirsizliklere yol açabilmektedir.

- 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun kapsamında yürürlüğe giren 29 Eylül 2016 tarihli 'Kenevir Yetiştiriciliği ve Kontrolü Hakkındaki Yönetmelik' ile Tarım ve Orman Bakanlığının izniyle 21 ilde yasal kenevir ekimi yapılmasının önü açılmıştır.[28] 05 Nisan 2023 tarihli değişiklik ile 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunun 23. maddesinin birinci fıkrası değiştirilerek *'Lif, tohum ve sap üretimi ile ilaç etkin maddesi elde etmeye yönelik çiçek ve yaprak üretimi amaçlı kenevir yetiştiriciliği…'* yasal hale getirilmiştir. Kanun değişikliği sonucunda 13 Eylül 2024 tarihli 'İlaç Etkin Maddesi Üretimi Amaçlı Kenevir Yetiştiriciliği ve Kontrolüne Dair Yönetmelik' yayınlanmıştır. Son olarak ise 31 Ocak 2026 tarihli 'Kenevir Yetiştiriciliği ve Kontrolüne Dair Yönetmelik' ile Türkiye'de Tıbbî ürünler, sağlık ürünleri, uyuşturucu etkisi olmayacak oranda kişisel bakım ürünleri ve destek ürünlerinin içeriğinde kenevir bulunabilmesinin önü açılmıştır.[29]
- 5651 Sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun m.8/1-a(3) uyarınca uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma suçu (TCK m.190) içeren içerikler hakkında hakim ve gecikmesinde sakınca bulunan hal durumunda savcılık tarafından içeriğin çıkarılması veya engellenmesi kararı verilebilmektedir. Söz konusu madde ile dijital dünyada uyuşturucu ticaretinin önüne geçilmek ve özendirici içeriklerin dijital mecralardan kaldırılması amaçlanmıştır. İçeriğin çıkarılması ve engellenmesi süreci 24 saati bulabilmektedir.

Geliştirilebilecek Önlemler

Zorunlu tedavi, bireyin özgürlüğüne ciddi müdahaleler içerdiğinden, hukuki çerçevenin açık, öngörülebilir ve keyfilikten uzak olması gerekmektedir. Mevcut uygulamada 'elverişli kurum', 'çevreye getirilen

külfet' ve 'kişisel korunmanın başka şekilde sağlanamaması' gibi kavramlar net biçimde tanımlanmadığından uygulamada farklılıklar ve hak ihlalleri yaşanabilmektedir. Bu çerçevede kanun metninin günümüz standartlarında yoruma mahal vermeyecek biçimde düzenlenmesi ve uygulama yönetmeliği tesis edilerek pratikte zorunlu tedavi kurumunun işleyişinin sağlıklı hale getirilmesi önerilmektedir.

2016 yılından beri kenevir ekim alanları ve kenevirin çeşitli ürünlerde kullanım alanı artmıştır. Kenevire dair yasa tekliflerinin uygulanmasından önce, mevzuatın hazırlanma sürecine disiplinler arası bilimsel komitelerin dâhil edilmesi, dağıtımına yönelik doz protokollerinin oluşturulması, psikiyatrik etkileşim ve bağımlılık riskini izlemek üzere bilimsel tabanlı erken uyarı sistemlerinin kurulması, kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi ve tıbbî–eğlence-kozmetik amaçlı kullanım ayrımının netleştirilmesi yönünde bütüncül önlemlerin hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır.

5651 Sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun 8. Maddesine göre 'Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma' suçunu içeren içeriklerin engellenebilmesi mümkündür. Ancak bu karar mahkemelere bırakılmıştır. Dijital mecraların hızı düşünüldüğünde sürecin yavaş ilerlemesi hâlihazırda bu suçun internet ortamında işlenmesini yeterince önleyememektedir. Ancak aynı kanunun m.8/A kapsamında belirtilen durumlarda kurum başkanı doğrudan içeriğin çıkarılması veya engellenmesi kararı verilebilmektedir. Uyuşturucu maddeye yönelik suçlar bu madde kapsamına alınarak sürece ivedilikle müdahale edilebilir ve bağımlılıkları yaygınlaştıran içerikler internet ortamından hızlıca kaldırılabilir.

4. Türkiye'de Kumar Oyunları

Uluslararası Mevzuat

Dünya genelinde kumar faaliyetleri, küresel bir halk sağlığı krizi olarak kabul edilmekle birlikte, doğrudan kumar zararlarını azaltmaya yönelik uluslararası düzeyde bağlayıcılığı bulunan tek bir sözleşme mevcut değildir. Bu alandaki düzenlemeler büyük oranda devletlerin

kendi iç hukuk sistemlerine bırakılmıştır. Ülkeler yasal ve yasadışı kumar ayrımına giderek kumar oyunlarını sınırlandırabilmektedir.

Tablo 1. *Farklı Ülke ve Bölgelerden Kumar Düzenlemeleri ve Yasaklar*

Ülke / Bölge	**Kumar Düzenlemeleri ve Yasaklar**
Birleşik Krallık	Birleşik Krallık'ta kumar sektörü, 2005 yılında yürürlüğe giren Kumar Yasası çerçevesinde düzenlenmektedir. Bu yasal düzenleme; kumarın organize suçla olan bağlantısının ortadan kaldırılması, faaliyetlerin dürüst ve şeffaf bir biçimde sürdürülmesi ile başta çocuklar olmak üzere risk altındaki bireylerin kumar kaynaklı zararlardan korunması hedeflerini gütmektedir.[30] Sektörün lisanslandırılması ve denetimi, Birleşik Krallık Kumar Komisyonu'nun yetki alanında bulunmaktadır.[31] Gerekli lisans ve izinler alınmadan kumar faaliyeti düzenlemek ya da bu faaliyetlere ortam hazırlamak ise hapis cezasıyla sonuçlanabilecek bir suç olarak tanımlanmaktadır.[32]
Almanya	Almanya'da kumar sektörünün düzenlenmesi, 16 eyaletin taraf olduğu ve 2021 yılında yürürlüğe giren Eyaletler Arası Kumar Anlaşması'na dayanmaktadır. Söz konusu anlaşma; kumar bağımlılığının önlenmesi, kayıt dışı kumar faaliyetlerinin engellenmesi, oyuncuların ve gençlerin korunması ile şans oyunlarının güvenli ve adil bir ortamda icra edilmesi ilkelerini temel almaktadır. Kumar faaliyetleri izne tabidir.[33] Alman Ceza Kanunu bu alanda çeşitli suç tipleri öngörmektedir. İzin alınmaksızın kamuya açık mekânlarda kumar oynatmak, buna imkân sağlamak veya reklam yapmak ile bu faaliyetlere iştirak etmek; hapis ya da para cezasıyla yaptırıma bağlanmaktadır.[34]
Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	ABD'de kumar düzenlemesi eyaletten eyalete farklılıklar göstermektedir. Ülkenin büyük çoğunluğunda çeşitli kumar türleri yasal olarak serbestleştirilmiş olmakla birlikte Utah ve Hawaii'de piyango dahil her türlü kumar faaliyetini yasaklanmıştır.[35] Bu yasağın temelinde söz konusu eyaletlere özgü ahlaki ve kültürel değerler yatmaktadır.[36] Federal düzeyde ise Amerika Birleşik Devletleri Yasası uyarınca yasadışı kumar faaliyeti yürütenlere hapis ve para cezası uygulanabilmektedir. Bunun yanı sıra kumara yönelik yaptırımlar, her eyaletin kendi ceza mevzuatı çerçevesinde ayrıca düzenlenmektedir.

Avrupa Birliği (AB)	Kumar meselesi, başlangıçta AB üyesi ülkelerin münhasıran iç işi olarak değerlendirilmekte iken iç pazarın genişleme süreciyle birlikte AB Hukuku'nun kapsamına girmiş; bu gelişme, ulusal çıkarlar ile birlik çıkarları arasında bir denge arayışını zorunlu kılmıştır.[37] 1991'de yayımlanan bir raporda, sınır ötesi kumar faaliyetlerinin hız kazanması karşısında konunun AB düzeyinde ele alınması gerektiğine dikkat çekilmiş; kumar işletmecilerinin ve düzenleyici otoritelerin ortak bir kural seti yerine ulusal pazarlara eşit erişim talep ettikleri vurgulanmıştır.[38] AB Adalet Divanı ise çeşitli kararlarında ulusal kumar mevzuatının AB Hukuku ile uyumunu ve kamu yararı gerekçesiyle getirilen kısıtlamaların hangi koşullarda meşru sayılabileceğini incelemiştir.[39] Bu çerçevede sosyal politika, dolandırıcılığın önlenmesi, tüketicinin ve kamu düzeninin korunması gibi amaçlara dayanan kısıtlamalar makul bulunabilmekte; kumar bağımlılığı ve suçla mücadele gibi kamu yararını gözeten hedefler doğrultusunda faaliyetlerin yalnızca devlet eliyle ya da lisanslı kuruluşlar aracılığıyla yürütülmesi meşru bir seçenek olarak kabul görmektedir.[40] Öte yandan devletler, oyuncuları denetim altındaki platformlara yönlendirmek amacıyla reklam, yeni dağıtım kanalları ve oyun çeşitliliği gibi araçlara başvurabilecek olmakla birlikte; kumar faaliyetlerinin esas olarak gelir elde etme güdüsüyle teşvik edilmesi hâlinde yabancı yatırımcılara yönelik kısıtlamalar kamu düzeni gerekçesiyle meşrulaştırılamayacaktır.[41]
Güney Kore	Güney Kore, kumar alanında dünyada en sıkı yasal düzenlemelere sahip ülkeler arasında yer almaktadır. Ülkede yalnızca yedi kumar türü yasal olarak tanınmakta; bunların dışında kalan tüm kumar faaliyetleri ise suç olarak nitelendirilmektedir.[42] Kore Cumhuriyeti Ceza Kanunu uyarınca kumar oynamak kural olarak hapis cezasını gerektiren bir suç olmakla birlikte, salt eğlence amacına yönelik kumara cezai yaptırım öngörülmemektedir.[43] Buna karşın kumar oynamayı alışkanlık hâline getirenlere ve bu faaliyetlere ortam hazırlayanlara daha ağır hapis cezaları uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra, suç teşkil eden kumar eylemini yurt dışında gerçekleştiren Güney Kore vatandaşları da ilgili yasal yaptırımların kapsamı dışında tutulmamaktadır.

Kumar oyunlarına yönelik düzenlemeler ülkelerin kendi yapılarına, eyalet veya bölgelerine göre değişebilmektedir. Genel olarak kumarın belli türleri veya belli bölgelerde kumar oynamaya izin verilmekte, lisanslı olmayan faaliyetler cezai yaptırma tabi tutulmaktadır.

Ulusal Mevzuat

Türkiye'de kumar mevzuatı, devletin bu faaliyetleri tekelinde tuttuğu ve lisanssız tüm girişimleri 'yasa dışı' kabul ederek yüksek cezai yaptırımlara tabi tuttuğu bir yapı üzerine kuruludur. Ulusal mevzuat DSÖ'nün kumar bağımlılığını bir halk sağlığı sorunu olarak ele alan planlamasıyla aynı doğrultuda bir çizgi izleyerek kontrol mekanizmalarını şekillendirmektedir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) bu hususta ana mevzuatlardan birisidir. TCK'nın 228. maddesi, kumar oynanması için yer ve imkân sağlamayı bir suç olarak tanımlamakta; bir yıldan üç yıla kadar hapis ve adlî para cezası ile cezalandırmaktadır. Bunu suç örgütü faaliyeti çerçevesinde veya çocuklara yönelik gerçekleşmesi durumunda cezalar artırılmaktadır. Bu fiilin bilişim sistemleri kullanılarak işlenmesi durumunda ise üç yıldan beş yıla kadar hapis ve adlî para cezasına verilmektedir. Bu maddenin düzenlenme sebebi 'kumarın sosyal bakımdan ortaya koyduğu büyük tehlike ve doğurması olası facialar' olarak gösterilmiştir.[44] Buna karşın, kişilerin kumar oynaması 5326 sayılı Kabahatler Kanunu'nun 34. maddesi uyarınca bir 'kabahat' olarak düzenlenmiş olup idari para cezasına tabidir. Kanun koyucu, önceki Türk Ceza Kanunu ile düzenleme alanı bulan ve 'kabahatler' başlığı altında yer alarak suç teşkil eden kumar oynama fiiline yeni Türk Ceza Kanunu'nda yer vermeyerek bunu kabahat olarak düzenlemiş ve suç olmaktan çıkarmıştır.[45]

Türk hukukunda kumara ilişkin bir diğer cezai düzenleme, 320 sayılı Milli Piyango Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 52. maddesinde yer almaktadır. Söz konusu madde uyarınca yetkili makamların izni bulunmaksızın kumar faaliyeti düzenleyen, oynatanlar ile bu faaliyetlere yer veya imkân sağlayanlara 3 ila 5 yıl arasında hapis cezası ve adli para cezası öngörülmektedir. Ayrıca yurt dışında faaliyet gösteren kumar platformlarına Türkiye'den erişim imkânı

sağlayanlara; kumar işlemlerine ilişkin para transferlerine aracılık edenlere; reklam veya benzer yöntemlerle kumar faaliyetlerini özendirenlere hapis ve adli para cezası verilmektedir. Benzer şekilde 7258 sayılı Futbol ve Diğer Spor Müsabakalarında Bahis ve Şans Oyunları Düzenlenmesi Hakkında Kanun'un 5. maddesi yetkisiz bahis oynatılmasını ve buna aracılık edilmesini suç sayarak hapis cezası yaptırımı getirmektedir. At yarışlarına özgü düzenlemeleri yapan 6132 sayılı At Yarışları Hakkında Kanun'da ise kanuna aykırı şekilde müşterek bahis veya yarış piyangosu düzenlenmesini, buna ait evrak hazırlanmasını, satılması, sattırılması, dağıtılması veya dağıttırılmasını yasaklamaktadır.[46]

Türkiye'de yasal kumar faaliyetleri Milli Piyango İdaresi (MPİ), Spor Toto Teşkilat Başkanlığı (STTB) ve Türkiye Varlık Fonu (TVF) yetkisinde yürütülmektedir. Bu kurumlar aracılığıyla lisanslanan ve denetime tabi tutulan kumar faaliyetleri; piyango ve çekilişler, spora dayalı bahis ve şans oyunları ile at yarışları ve bunlara bağlı bahislerden oluşmaktadır. Karşılığı nakit olan; Piyango, Hemen-Kazan, Sayısal Loto, Şans Topu, On Numara ve Süper Loto ile benzer şans oyunları düzenleme lisansı ve at yarışları düzenleme ve bahis kabul etme hak ve yetkilerine ilişkin lisanslar 2017 yılında 49 yıllığına Türkiye Varlık Fonu'na devredilmiştir.[47] MPİ'nin ise karşılığı nakit olmayan her türlü eşya ve benzeri piyangoların tertiplenmesine izin verme, düzenleme, denetleme yetkisi ve diğer görevleri devam etmektedir.[48] STTB'nin ise her türlü spor müsabakası üzerine spora dayalı bahis ve şans oyunları düzenlemek, denetim ve gözetimi altında düzenletmek, izinleri vermek, sözleşme yapmak gibi konularda çeşitli görev ve yetkileri 4 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile verilmektedir.[49] Ayrıca yasa dışı girişimlerin engellenmesi için gerekli denetim, faaliyet ve tedbirleri gerçekleştirmekle de sorumludur. Yasal kumar reklamları da ilgili mevzuatta düzenlenmekte, 18 yaşından küçükleri oyun oynatmaya teşvik amacı taşımaması, toplumun değerlerini zedelememesi ve sporla ilgili mecralarla sınırlı olması şartı ile hem gerçek hem de dijital platformlarda yapılabilmektedir.[50]

Özetle Türkiye'de kumar oyunları farklı farklı kamu kuruluşlarından alınan yetkiler üzerinden özel şirketler üzerinden yürütülmektedir. Yasa dışı kumara yönelik suçlar sıkı şekilde düzenlenmiş, hapis ve

idari para cezaları tanımlanmıştır. Ancak bağımlılık yapıcı nitelikleri göz önünde bulundurulduğunda yasal / yasadışı fark etmeksizin tüm kumar oyunları kişilerde bağımlılığa sebep olabilir ve finansal, toplumsal psikolojik birçok zarara yol açabilir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'de kumar oyunlarına ilişkin geliştirilebilecek öneriler aşağıda ele alınmıştır.

Geliştirilebilecek Önlemler

Mevcut mevzuatlara göz atıldığında kuma oyunlarının kontrol edilmesi ortak hedef olarak belirlenmektedir. Ancak bağımlılığın zararlarını azaltmak tek tek ihlallerin peşinden koşmaktan ziyade bu zararları üreten alanları daraltan halk sağlığı politikalarıyla mümkündür. Bu kapsamda şu öneriler sunulmaktadır:

Mevzuatta yer alan 'şans oyunu', 'bahis', 'talih' gibi kavramlar, risk algısını azaltmaktadır. Tüm bu faaliyetlerin 'kumar' başlığı altında ortak bir tanıma kavuşturulması, toplumsal farkındalığı artıracaktır.

Lisanslı olup olmadığına bakılmaksızın, kumar unsuru barındıran tüm faaliyetlerin geleneksel medya ve özellikle sosyal medya üzerindeki tanıtımlarına yönelik bireyleri koruyucu sınırlamalar getirilmelidir. Bu reklamlar özendirme, teşvik etme, çocuk ve gençlerin korunması gibi gerekçelerle engellenmelidir.

Türkiye'de MPİ lisanslı e-ticaret platformları ve mobil uygulamalar da şans oyunlarına erişim mümkündür. Milyonlarca kullanıcıya sahip e-ticaret siteleri ve mobil uygulamalar içindeki kumar entegrasyonları, erişilebilirliği tehlikeli boyutta artırmaktadır. Lisans kriterlerinin sıkılaştırılmalı, bu platformlardaki şans oyunu entegrasyonları engellenmeli ve yapay zekâ tabanlı izleme sistemleriyle etkin denetim yapılması gerekmektedir.

5. Türkiye'de Çevrimiçi Dijital Bağımlılıklara Yönelik Düzenlemeler

Çevrimiçi dijital bağımlılıklar hem sosyal medya platformları hem de bilgisayar oyunları üzerinden incelenebilmektedir. Sosyal medya platformları yıllar içinde iletişim, haberleşme, ticari kazanç vb. birçok amaçla tercih edilen bir ekosisteme evrilmiştir. Bağımlılık yapıcı

madde ve davranışlar da bu mecralarda satış, reklam, özendirme ve teşhir vb. şekillerde yer almaktadır. Video/bilgisayar oyunları da benzer dönüşümden payını almış, yeni cihazlar ve mobil oyunların gelişmesiyle çeşidini ve kullanıcı sayısını artırmıştır. Bu sebeple teknoloji ve dijital bağımlılıklara ilişkin sosyal medya düzenlemeleri ve bilgisayar oyunlarının derecelendirilmesi/denetlenmesi hukuki mevzuat açısından önem arz etmektedir. Bu başlıkta iki alan da uluslararası mevzuat, ulusal mevzuat ve geliştirilebilecek yönler açısından incelenmektedir.

5.1. Türkiye'de Sosyal Medya Düzenlemeleri

Uluslararası Mevzuat

Dijital teknolojilerin yaygınlaşması, sosyal medya platformlarının milyarca kullanıcıya erişmesiyle birlikte internetin herkes için güvenli hale gelmesi birçok karar alıcıyı ilgilendirmeye başlamıştır. Ülkeler aşırı sosyal medya kullanımının zararlarını azaltmak, bu platformlar aracılığıyla tehlikeli ve zarar verici madde ve davranışlara erişmenin önüne geçmek amacıyla çeşitli düzenlemeler yapmaktadır.

Avustralya Parlamentosu, 16 yaş altı çocukların sosyal medya platformlarına erişimini yasaklayan yasayı Kasım 2024'te kabul etmiştir. Başbakan Anthony Albanese, dünyada bir ilk olan bu devlet müdahalesinin gerekçesini, sosyal medya kullanımı ile gençlerin ruh sağlığındaki bozulma arasında var olan 'açık illiyet bağına' dayandırmıştır.[51]

- '16 Yaş Altı Sosyal Medya Yasağı' ile sosyal medya şirketleri platforma kaydolan kişiler için doğrudan sorumlu tutulmaktadır. Çocukların erişimini engellemedikleri taktirde 49,5 milyon dolara varan ağır para cezalarıyla karşı karşıya kalacaklardır.
- Söz konusu yasağa tabi platformlar arasında Facebook, Instagram, Kick, Reddit, Snapchat, Threads, TikTok, Twitch, X ve YouTube bulunmaktadır. Discord, GitHub, Roblox, vb. platformlar listeye dâhil edilmemekle birlikte söz konusu listenin değişebileceği ifade edilmektedir.[52]

Birleşik Krallık'ta 2023 yılında yürürlüğe giren Online Safety Act (OSA), sosyal medya platformlarını, arama motorlarını ve çocukların erişebildiği dijital hizmetleri kullanıcı güvenliğinden hukuken sorumlu tutan yeni bir yasal düzen oluşturmayı amaçlamaktadır.[53]

- Resmi düzenleyici Ofcom tarafından denetlenen bu sistemde, platformların yalnızca zararlı içerikleri kaldırması değil; tasarım, algoritma ve raporlama sistemlerini risk temelli bir yaklaşımla iyileştirerek zararı en baştan önlemeleri hedeflenmektedir.
- Düzenlemenin merkezinde yer alan çocukların korunması ilkesi uyarınca, platformların zararlı içerik öneren sistemleri kısıtlayarak 'daha güvenli akışlar' (safer feeds) oluşturması ve özellikle pornografik içerik barındıran hizmetlerde beyan ötesinde yüksek düzeyli yaş doğrulama yöntemleri kullanması zorunlu hale getirilmiştir.
- Yükümlülüklerini yerine getirmeyen şirketler, küresel ciralarının %10'u veya 18 milyon sterline kadar (hangisi daha yüksekse) ağır para cezalarıyla, üst düzey yöneticileri ise kişisel sorumluluklarla karşı karşıya kalabilecektir.

Sosyal medya kullanımına yönelik benzer bir yasağın Fransa'da da uygulanması öngörülmektedir. 15 yaş altına sosyal medya yasağı getirilmesini öngören yasa mecliste görüşülmeye başlanmıştır. Yasanın 2026 Eylül ayına kadar yürürlüğe girmesi hedeflenmektedir. Kabul edildiği taktirde yaş doğrulama mekanizmasının nasıl olacağı konusu değerlendirilecektir.[54]

Sosyal medya kullanımına yönelik düzenlemeler olduğu gibi internetteki zararlı içeriklere yönelik de devletler çeşitli düzenlemelere gitmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürürlüğe giren Çocukların Çevrimiçi Gizliliğinin Korunmasına İlişkin Kural (Children's Online Privacy Protection Rule COPPA, 1998) 13 yaş altındaki çocukların kişisel verilerinin korunmasını, ebeveynlere kontrol verilmesini öngörmekte ve ilgili web sitelerine / işletmecilerine yükümlülük vermektedir.[55]

Almanya'da 2007'de güncellenen Telemedya Kanunu (Telemediengesetz - TMG, 2007) internet servis sağlayıcılarının ve medya içeriklerinin sorumluluğunu düzenlemekte ve tüm elektronik bilişim ve iletişim (haberleşme) hizmetlerini kapsamaktadır. Kişisel verilerin korunması, bilgiye erişim hakkı ve internet servis sağlayıcılarının sorumluluklarını ele almaktadır.[56]

2022'de Avrupa Birliği'nde yürürlüğe giren Dijital Hizmetler Yasası, platform sahiplerinin kullanıcıları yanıltacak, aldatıcı arayüz tasarlamalarını yasaklamakta, çocuklar için yüksek düzeyde gizlilik ve güvenlik önlemleri almalarını, çocuk dostu başvuru ve çözüm mekanizmaları sunulmasını gerekli kılmaktadır.[57] Bununla birlikte kişisel verilerin korunmasını önceleyerek çocuklara yönelik hedefli reklamlar gibi ticari amaçlar dâhil olmak üzere profillemeyi yasaklamaktadır.[58]

Kısacası sosyal medya kullanımına yönelik yapılan uluslararası düzenlemeler doğrudan sosyal medya kullanımına yönelik olabildiği gibi platformlarda yayınlanan zararlı içerikleri ve davranışları önlemeye yönelik de olabilmektedir.

Ulusal Mevzuat

Türkiye'de internet ortamında yapılan yayınları düzenleyen mevzuatlar 5651 sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun, 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun ve 29/A ek maddesinden oluşmaktadır. İlgili mevzuat internet ortamında içerik üreten kişi ve kurumların sorumluluklarını tanımlamaktadır.

5651 sayılı Kanun ile internet yayıncılığı alanında ilk kez kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır: İçerik/yer/erişim sağlayıcı vb. aktörlerin hak ve sorumlulukları belirlenmiş, erişimin engellenmesi usul ve esasları tanımlanmıştır. Suç teşkil eden veya küçükler için zararlı olabilecek içerikler için filtreleme mekanizmaları oluşturulmuş ve İnternet Bilgi İhbar Merkezi (ihbarweb.org.tr) kurulmuştur. Madde 8/A çerçevesince internet ortamında uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma, kumar oynanması için yer ve imkân sağlama, çocukların cinsel istismarı ve sağlık için tehlikeli madde temini suç sayılmıştır.

RTÜK'e internet ortamında medya hizmet sağlayıcılarını denetleme yetkisi 2018'de 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun'a getirilen 29/A ek maddesiyle verilmiştir. Aynı kanunun 8. maddesi, medya hizmet sağlayıcıların uyması gereken yayın ilkelerini detaylıca düzenlemektedir. Bu hükümler

internet ortamı için de geçerlidir. Yayın hizmet sağlayıcıları, çocuk ve gençlerin fiziksel, zihinsel veya ahlaki gelişimini olumsuz etkileyebilecek nitelikteki yayın hizmetlerini, bunların bu tür hizmetleri normal şartlar altında duymayacakları ve görmeyecekleri şekilde sunulmasını sağlamakla yükümlü kılınmıştır. Platform işletmecileri, 5651 sayılı kanunda belirtilen suçlardan (m.8/A) sorumlu tutulmuştur. RTÜK bu platformlarda yayınlanan içerikleri denetlemekte yükümlüdür, bireysel iletişim bu kanunda kapsam dışı bırakılmıştır.

Türkiye'de sosyal medya kullanım yaşına ilişkin bir düzenleme henüz yoktur. Ancak Ocak 2026 itibariyle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 15 yaşın altındaki çocukların sosyal medya kullanımı ile ilgili düzenlemeleri içeren yasa teklifini hazırladıklarını ve ay sonunda meclise getireceklerini açıklamıştır. İlgili yasada sosyal medya platformlarına sorumluluk yüklenmesi, çocuklar zararlı içeriklere maruz kalmadan etkili filtreleme sistemlerinin kurulması ve internet aracılığıyla çocukların suça sürüklenmesinin engellenmesi hedeflenmektedir.[59]

Geliştirilebilecek Önlemler

Bireyler için sosyal medyanın daha güvenli hale getirilmesi, devletlerin ilgili mevzuatı güncellemelerini, bireylerin güvenliğini sağlamak için sorumluluğun sadece kişilere değil kurumlara da verilmesini gerekli kılmaktadır.

- Sosyal medya kullanımı için yaş sınırlamaları getirilmeli, yaş doğrulamaları sadece beyana dayalı olmamalıdır. Bunun resmi doğrulama sistemleriyle entegre edilmesi, örneğin çocuk kullanıcı olduğu için kapatılan bir hesabın tekrar açılmasının önüne geçilmesi gerekmektedir.
- Sosyal medya kullanımının zararları sadece bilgilendirici içeriklerle sınırlandırılmamalı, kişilerin ekran bağımlılığını artıran manipülatif tasarımların engellenmesi gerekmektedir. Aralıksız ekran kaydırma, ekran süresinin fark edilmemesi, uzun süre ekrana maruz kalmanın fiziksel ve duygusal olumsuz etkisinin en aza indirilmesini sağlayacak tasarımların teşvik edilmesi önerilmektedir.

- Platformlarda yayınlanan zararlı içeriklerin kaldırılması yönünde platform işletmecilerine sorumluluk verilmesi, uyuşturucu madde bağımlığı ve kumara ilişkin içeriklerin daha sıkı denetlenmesi ve gerektiğinde engellenmelidir. Bu içeriklerin engellenmediği durumlarda platformların ciddi cezai yaptırımlarla karşılaşacağı düzenlemeler hayata geçirilmelidir.
- Ayrıca çocukların zararlı içerikleri maruziyeti azaltılmalı, tütün, alkol, uyuşturucu madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklara ilişkin karşılaştıkları görsel ve yazılı özendirici içeriklere maruziyeti engellenmelidir.

5.2. Türkiye'de Bilgisayar Oyunlarına Yönelik Düzenlemeler

Uluslararası Mevzuat

Dünyada hâlihazırda çevrimiçi video oyunlarının aşırı kullanımını doğrudan hedef alan kapsamlı bir düzenleme bulunmamaktadır. Avrupa'da ve ABD'de çevrimiçi video oyunlarıyla ilgili yalnızca içerik ve yaşa uygunluğu değerlendiren derecelendirme sistemleri mevcuttur. Oyunlar içeriğinde barındırdığı şiddet, cinsellik, kötü dil ve diğer faktörlere göre tanımlanarak farklı yaş gruplarına göre sınıflandırılabilmektedir. Bazı oyun derecelendirme sistemleri aşağıda açıklanmıştır:

- *Uluslararası Yaş Derecelendirme Koalisyonu (IARC)*: 2013 yılında kurulan oluşum, oyun içeriklerine yönelik yaş sınıflandırmasını sağlayan ilk uluslararası yapıdır ve farklı ülkelerden resmi derecelendirme otoritelerini bir araya getirmekte ve oyun geliştiricilerine ücretsiz yaş derecelendirmesi hizmeti sunmaktadır.[60]
- *Almanya-USK Unterhaltungssoftware Selbstkontrolle [Eğlence Yazılımı Özdenetimi]*: 1994 yılında kurulmuştur. 2003 tarihli Federal Yasanın (Jugendschutzgesetz [Gençliği Koruma Kanunu]) yürürlüğe girmesi ile USK'nin kararları zorunlu hale gelmiştir. Böylece USK, video oyunların düzenlenmesinde yetkili federal yasanın öngördüğü şekilde düzenleyici bir organ olmuştur. Söz konusu yasa ile, küçüklerin erişimine açık her bilgisayar veya konsol oyununun yasal olarak bağlayıcı bir yaş sınıflandırma sürecine tabi tutulması zorunluluğu getirilmiştir.[61] USK,

Almanya'da yasal olarak satılan tüm video oyunlarının değerlendirilmesini zorunlu kılan katı bir derecelendirme sistemine sahiptir. Tüm yayıncılar, oyunlarını inceleme için USK'ya sunmak zorundadır. Bir test sürücüsü tarafından oynanan ve yorumlanan oyun, daha sonra farklı alanlardan gelen (kilise, siyasi partiler, endüstri vb.) değerlendiricilerden oluşan kurul tarafından puanlandırılmaktadır. Son olarak, bir federal yetkili derecelendirme kararını onaylamaktadır. USK, bağımsız bir kurul tarafından gerçekleştirilen üçüncü-taraf derecelendirmesine örnek teşkil etmektedir.[62]

- *Avrupa-The Pan European Game Information (PEGI)*: Bu sistemde oyun yayıncıları ürünlerinin her versiyonu için bir anket doldurmaktadırlar. Bu içerik değerlendirme formu, ürünün içeriği hakkında sorular sormakta ve her yaş için uygun olmayabilecek şiddet, seks, kötü dil ve diğer görsel-işitsel içeriklerin olası varlığını incelemektedir. Yayıncının yanıtlarına dayanarak PEGI'nin derecelendirme sistemi otomatik olarak bir yaş derecelendirmesi belirlemektedir.[63] Bu açıdan PEGI, formel kriterlere dayalı bir öz derecelendirme sistemi olarak tanımlanabilir.
- *Vermektedirertainment Software Rating Board (ESRB)*: Benzer şekilde bu sistemde, oyun yayıncıları bir anket doldurmakta ve bağımsız değerlendiriciler yaş derecelendirmelerine karar vermektedir. ESRB, PEGI gibi, federal veya eyalet yasaları yerine gönüllülük esasına göre uygulansa da birçok Amerikan perakendecisi ESRB derecelendirmeleri olmadan video oyunları satmayı reddetmekte ve bu da video oyunu yayıncılarının oyunları için derecelendirme almalarını daha da zorunlu kılmaktadır.[64]

Ayrıca, Japonya'da 2003 yılında kurulan Bilgisayar Eğlence Derecelendirme Kuruluşu (CERO), oyun kullanıcılarının satın alma sürecinde bilinçli tercihler yapmasını sağlamak amacıyla bağımsız bir mesleki kuruluş olarak faaliyet göstermektedir. Güney Kore'de ise 2013 tarihli Oyun Endüstrisi Teşvik Yasası kapsamında kurulan Oyun Derecelendirme ve Yönetim Komitesi (GRAC), oyun endüstrisini desteklemenin yanı sıra, şiddet, çıplaklık ve yasa dışı kumar gibi zararlı içeriklere karşı toplumu korumayı hedefleyen bağımsız bir sınıflandırma

sistemidir. Rus Yaş Derecelendirme Sistemi (RARS), doğrudan video oyunlarına özgü olmasa da çocukları zararlı içeriklerden korumayı amaçlayan genel bir medya denetim sistemi olarak filmlerden müziğe kadar birçok alanda Rus hükümeti tarafından uygulanmaktadır. Avustralya Sınıflandırma Kurulu (ACB) ve Yeni Zelanda Sınıflandırma Kurulu (OFLC) ise oyunları yaş ve içerik uygunluğuna göre sınıflandıran ulusal kurumlardır.[65]

Farklı ülkelerde uygulanan derecelendirme sistemleri incelendiğinde, aynı oyun içeriklerinin farklı yaş gruplarına göre sınıflandırılması gözlenmektedir. Bu durum, yalnızca teknik bir sınıflandırma farkı değil; aksine, her ülkenin toplumsal ve kültürel değer dünyası, çocuğa bakışı ve bu çerçevede şekillenen hukuk düzenleriyle doğrudan ilişkilidir. Özellikle eşcinsel içerikler gibi bazı temalar, derecelendirme sistemleri arasındaki yaklaşım farklarını belirginleştirmektedir. Örneğin, bazı derecelendirme sistemleri (ESRB ve PEGI) tarafından düşük yaş gruplarına uygun olarak nitelendirilen oyunlarda eşcinsel karakterlerin yer aldığı görülmektedir. Buna karşın Rusya'da aynı içerikler +18 olarak işaretlenmekte ve reşit olmayan bireylerin bu tür içeriklere erişimi yasaklanmaktadır. Rus sisteminde '0+' olarak derecelendirilen bir oyun, Avrupa merkezli PEGI sisteminde 'PEGI 3' derecesiyle karşılık bulabilmektedir. Öte yandan, +12 veya +13 yaş grubu için 'hafif cinsel içerik' barındıran bir sahnenin eşcinsel karakterler arasında geçmesi, bu içeriğin çocuklar açısından nasıl değerlendirileceği sorusunu ve bu alandaki kültürel çatışmaları gündeme taşımaktadır.[65] Bu bağlamda, oyun derecelendirme sistemlerinin yalnızca içerik değil, aynı zamanda değer aktarımı ve kültürel temsil alanı olarak da işlev gördüğü söylenebilir. Ayrıca, Türkiye'de özel bir oyun derecelendirme sistemi bulunmadığından, yerel kültürel değerleri ve hassasiyetleri yeterince yansıtmamakla birlikte, genel olarak PEGI standartları referans alınmaktadır.[65]

Ulusal Mevzuat

Türkiye'de dijital oyunların değerlendirilmesi ve sınıflandırılması, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sinema Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan 'Değerlendirme ve Sınıflandırma Kurulları' tarafından

gerçekleştirilmektedir.[66] İlgili kurullar, 5244 sayılı 'Sinema Filmlerinin Değerlendirilmesi ve Sınıflandırılması ile Desteklenmesi Hakkında Kanun', 'Sinema Filmlerinin Değerlendirilmesi ve Sınıflandırılmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik' ve 'Fikir ve Sanat Eserlerinin Kayıt ve Tescili Hakkında Yönetmelik' hükümlerine göre faaliyet göstermektedir.

İlgili kurulların yapısı farklı meslek mensuplarından oluşmaktadır. Sinema filmleri, dijital oyunlar ve fragmanlar; Bakanlık temsilcisi, sinema meslek birliği temsilcisi ile Bakanlıkça belirlenecek bir psikologdan oluşan 'Alt Kurullar' ve Kültür ve Turizm Bakanlığı ile İçişleri ve Milli Eğitim Bakanlıklarından birer üye, ilgili alan meslek birliklerince önerilen uzman kişiler arasından Bakanlıkça seçilecek üç üye ile Bakanlık tarafından belirlenecek, alanında doktora derecesi bulunan bir sosyolog, bir psikolog ve bir çocuk gelişimi uzmanı olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşan 'Değerlendirme ve Sınıflandırma Kurulu' tarafından değerlendirilmekte ve sınıflandırılmaktadır.

Değerlendirme sürecinde Alt Kurul, dijital oyunun içeriğini fragman ve yalnız gösterilen kesit özelinde incelemektedir. Oyunun detayları hakkında yeterli bilgi edinilemediği durumlarda, firmadan yetkili bir kişi çağrılarak oyunun bir bölümünün kurul önünde oynanması talep edilmektedir. Firma yetkilisi, oyunun oynanabilir kısmına kadar ilerlemekte ve bu süreç Kurul önünde gerçekleşmektedir. Eğer oyunun demosu ve fragmanı mevcutsa, bu materyaller başvuru dosyasına eklenmektedir. Ardından, firmadan, oyunun henüz izlenemeyen diğer bölümlerinin anayasaya ve ilgili yönetmeliğe uygun olduğuna dair bir taahhütname alınmaktadır. Bu taahhütname, oyun içerik metni ve CD dosyası ile birlikte İstanbul Telif Hakları Müdürlüğü'ne teslim edilmektedir. Yönetmeliğe göre, bu dosyada bir referans yazısının bulunması gerekmektedir.

Dijital oyunların tescili sinema filmleriyle benzer şekilde yapılmaktadır. Sinema Filmlerinin Değerlendirilmesi ve Sınıflandırılmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'ine göre, oyunlar; *cinsellik, çıplaklık, şiddet, korku, uyuşturucu madde kullanımı, kaba dil ve argo dil gibi olumsuz örnek oluşturabilecek davranışlar göz önünde bulundurularak* (m. 10/1) değerlendirilmektedir. Türkiye'de dijital oyunlarla ilgili bir yasal

düzenleme mevcut değildir. Dijital oyunlar, sinema eserlerinin değerlendirme kriterleri kapsamında değerlendirilmektedir. Dijital oyunlar ve sinema eserleri, belirli bir olay örgüsüne sahip olmak yönünden benzerlik göstermektedir. Diğer yandan, sinema eserleri müdahale edilemeyen bir kurgu dahilinde ilerlerken dijital oyunlar komutlarla ilerlemektedir. Bu fark, dijital oyunların interaktif doğası ve oyuncunun kararlarıyla şekillenen hikâye akışı ile sinema eserlerinin daha sabit ve lineer yapısının ortaya koyduğu belirgin ayrımı göstermektedir.

Oyunların tescil ve denetim aşamasında mobil oyunlar ve bilgisayar oyunları arasında fark bulunmaktadır. Değerlendirme ve Sınıflandırma Kurulu değerlendirilen bütün oyunlar CD ile dağıtıma çıkanlardır. Mobil oyunlar (iOS, Android vb.) tescil için Kültür ve Turizm Bakanlığı'na başvurmamaktadır ve Türkiye'de bu oyunların denetimi yoktur. Bilgisayar oyunları için isteğe bağlı tescil yapılabilmektedir. Tescil edilen oyunların yaş sınırlandırılması aşağıdaki gibi kategorize edilmektedir:

- 6A: 6 yaş ve üzeri için uygundur. 6 yaşına kadar ebeveyn gözetiminde izlenmeli.
- 6+: 6 yaş ve üzeri.
- 10A: 10 yaş ve üzeri için uygundur. 10 yaşına kadar ebeveyn gözetiminde izlenmeli.
- 10+: 10 yaş ve üzeri.
- 13A: 13 yaş ve üzeri için uygundur. 13 yaşına kadar ebeveyn gözetiminde izlenmeli.
- 13+: 13 yaş ve üzeri.
- 16+: 16 yaş ve üzeri.
- 18+: 18 yaş ve üzeri.
- Ticari Yükümlülük: Oyunlar, içinde para ödenen bir sistem barındırıyorsa, ticari yükümlülük doğuracağı için doğrudan 18 yaş ve üzeri olarak sınıflandırılmaktadır.

Sonuç

Türkiye'de dijital oyunların değerlendirilmesi ve sınıflandırılması için kapsamlı bir sistem kurulması büyük önem taşımaktadır. Mevcut durumda, dijital oyunlar sinema filmleriyle benzer değerlendirme

kriterlerine tabi tutulmakta, ancak bu durum dijital oyunların interaktif doğası ve kullanıcı etkileşimi göz önüne alındığında yetersiz kalmaktadır. Aşağıda, Türkiye'de dijital oyunlar için bir derecelendirme sisteminin oluşturulmasına dair somut öneriler sunulmaktadır.

Dünyadaki farklı uygulamalarda, yaş sınıflandırması kriterlerinin farklılık göstermesi, söz konusu ülkelerdeki 'çocukluk' anlayışındaki farklılıklara da işaret etmektedir.[65] Çocuk dostu bir oyun derecelendirme sistemi, her ülkenin kendi kültürel değerlerine uygun biçimde tasarlanmalıdır. Türkiye'de geliştirilecek sistem, çocukları oyun dışı olumsuz etkilere karşı korurken aynı zamanda yaratıcılığı ve düşünme becerilerini desteklemeli, eğitici-öğretici içeriklere öncelik vermelidir. Tüm yaş gruplarını kapsayan, yerli ve özgün bir yaklaşım esas alınmalıdır.[67]

Oluşturulacak uzman değerlendirme kurulunda, psikoloji, pediatri-çocuk sağlığı ve hastalıkları, pedagoji/ eğitim bilimi, sosyoloji, iletişim, hukuk, ilahiyat ve kriminoloji alanlarında uzmanlaşmış kişiler yer almalıdır.[65] Oyunların içeriğini anlayabilecek ve olası zararları değerlendirebilecek uzmanların bulunması önemlidir. Ayrıca, oyun sektörünün dinamiklerine hâkim, oyun tasarımı ve oyun içi ekonomi hakkında bilgi sahibi profesyonellerin kurulda yer alması, değerlendirme sürecinin daha etkin ve gerçekçi olmasını sağlayacaktır. Kurulun yapısı, Almanya'daki USK örneği gibi, yarı bağımsız bir yapıya sahip olmalı ve faaliyetleri kanunla güvence altına alınmalıdır. Böylece, değerlendirme süreci objektif, şeffaf ve yasalarla desteklenen bir zemine oturtulmuş olacaktır.

Oyun içi satın alımlar ve kumar benzeri loot box [ganimet kutusu] sistemleri, hassas bireylerde kumar oynama bozukluğuna yol açabilmektedir. Bu nedenle, loot box içeren oyunlarda olasılık açıklamaları ve kullanıcı bilgilendirme etiketleri eklenmelidir. Türkiye'de, ESRB ve PEGI'nin uyguladığı gibi, bu etiketler oyuncuların bilinçli kararlar almasını sağlamalı ve kumar benzeri davranışları engellemeye yönelik düzenlemeler yapılmalı, uyarı sistemleri geliştirilmelidir.[68]

Türkiye'de dijital oyunlar için yasal bir düzenleme eksikliği olduğu görülmektedir. Bu boşluğu dolduracak şekilde, dijital oyunların içeriği, yaş derecelendirmesi ve oyun içi alışverişler gibi unsurları kapsayan bir

yasal çerçeve oluşturulmalıdır. Ayrıca, mobil oyunlar ve dijital mağazalar için özel düzenlemeler getirilerek tüm dijital oyunların denetimi sağlanmalıdır.

Türkiye, oyun derecelendirme sistemini kurarken uluslararası deneyimlerden de faydalanmalıdır. PEGI, USK ve ESRB gibi sistemlerin denetim süreçlerini ve uygulamalarını gözlemleyerek en iyi uygulamalar yerel koşullara uyarlanmalıdır. Bu, aynı zamanda Türkiye'nin dijital oyun sektöründe global pazara entegre olmasını ve oyun endüstrisinin uluslararası alandaki standartlarla uyumlu hale gelmesini sağlayacaktır.

Kaynakça

1- World Health Organization. (2003). WHO framework convention on tobacco control. https://www.who.int/publications/i/item/9241591013, erişim 13 Ocak 2026.

2- World Health Organization. (2019). WHO report on the global tobacco epidemic. https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204, erişim 13 Ocak 2026.

3- Türkiye Cumhuriyeti, *Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun* (Kanun No. 4207), Resmî Gazete, 26 Kasım 1996, No. 22829 (güncel metin), erişim 13 Ocak 2026.

4- Türkiye Cumhuriyeti, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik (güncel metin PDF), erişim 13 Ocak, 2026.

5- T.C. Mevzuat Bilgi Sistemi. (2002, 3 Ocak). *4733 sayılı tütün, tütün mamulleri ve alkol piyasasının düzenlenmesine dair kanun* (No. 24635), erişim 13 Ocak, 2026

6- Resmî Gazete. (yıl). Tütün mamullerinin üretim, etiketleme ve denetleme yönetmeliği, erişim 13 Ocak, 2026.

7- 5607 sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu. (2007, 21 Mart). Kaçakçılıkla mücadele kanunu (Kanun No. 5607), erişim 13 Ocak, 2026.

8- 4760 sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu. (2002, 6 Haziran). Özel tüketim vergisi kanunu, erişim 13 Ocak, 2026.

9- World Health Organization. (2003). WHO framework convention on tobacco control. https://fctc.who.int

10- World Health Organization. (2024). Commercial determinants of noncommunicable diseases. https://www.who.int/publications/i/item/9789240097780

11- World Health Organization. (2024). Global alcohol action plan 2022–2030.

12- World Health Organization. (2019). The SAFER technical package: Five areas of intervention at national and subnational levels. World Health Organization.

13- T.C. Mevzuat Bilgi Sistemi, 4250 sayılı İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu (8 Haziran 1942).

14- T.C. Mevzuat Bilgi Sistemi, *4760 sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu* (12 Haziran 2002).

15- T.C. Mevzuat Bilgi Sistemi, *5607 sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu* (21 Mart 2007).

16- T.C. Mevzuat Bilgi Sistemi, *2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu* (4 Kasım 1981).

17- World Health Organization: Global strategy to reduce the harmful use of alcohol: World Health Organization; 2010.

18- European Union Drugs Agency, 'Cannabis drug profile,' accessed March 31, 2026, https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis_en.

19- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). World drug report 2021. United Nations.

20- UNODC, 'Drug market patterns and trends,' *World Drug Report 2024*, accessed March 31, 2026, https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html.

21- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). Drug market patterns and trends. In World drug report 2024. United Nations.

23- Health Canada. (2016). A framework for the legalization and regulation of cannabis in Canada: The final report of the Task Force on Cannabis Legalization and Regulation (pp. 15–16). Government of Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/healthy-canadians/migration/task-force-marijuana-groupe-etude/framework-cadre/alt/framework-cadre-eng.pdf

24- Federal Ministry of Health (Germany). (t.y.). Frequently asked questions on the Cannabis Act. Retrieved March 31, 2026.https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/cannabis/faq-cannabis-act#:~:text=It%20now%20provides%20for%20a,projects%20with%20commercial%20supply%20chains.

25- World Health Organization. (t.y.). WHO review of cannabis and cannabis-related substances. Retrieved March 31, 2026, https://www.who.int/teams/health-product-and-policy-standards/controlled-substances/who-review-of-cannabis-and-cannabis-related-substances.

26- T.C. İçişleri Bakanlığı Narkotik Suçlarla Mücadele Dairesi Başkanlığı. (2024). Türkiye uyuşturucu raporu 2024. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/duyurular(1)/2024_uyus_raporu.pdf.

27- TMK 432 ve devamında öngörülen tedbirin zorunlu tedaviye hukuki zemin sağlamakta yetersiz olduğu noktasındaki görüş için; S. Hülya İmamoğlu, Hukuki Açıdan, Özellikle Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanmasına İlişkin Hükümler Çerçevesinde Zorla Tedavi, s. 54.

28- T.C. İçişleri Bakanlığı. (2025). Yasa dışı kenevir ekimi ile mücadele eylem planı.

29- Resmî Gazete**.** (2026, 31 Ocak). *Kenevir yetiştiriciliği ve kontrolüne dair yönetmelik* (Sayı: 33154). https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2026/01/20260131-8.htm

30- Gambling Act 2005. (2005). Gambling Act 2005 (Madde 3). https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/19/pdfs/ukpga_20050019_en.pdf

31- Gambling Commission**.** (n.d.). *Licences and fees*. Retrieved March 31, 2026, from https://www.gamblingcommission.gov.uk/licensees-and-businesses/licences-and-fees

32- Gambling Act 2005. (2005). Gambling Act 2005 (Madde 33, 37,41). https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/19/pdfs/ukpga_20050019_en.pdf Gambling

33- Eyaletler Arası Kumar Anlaşması, Madde 1, 4.

34- Madde 284-287.

35- American Gaming Association. (t.y.). *State of play map*. Retrieved March 30, 2026, from https://www.americangaming.org/research/state-of-play-map/

36- Tidwell, M.-C. O., et al. (2015). Gambling modes and state gambling laws: Changes from 1999 to 2011 and beyond. *Gaming Law Review and Economics, 19*(1), 26.

37- Littler, A. (2007). The regulation of gambling at European level: The balance to be found. *ERA Forum, 8*(3), 358.

38- European Commission. (1991). *Gambling in the single market: A study of the current legal and market situation (Vol. 1)* (pp. 3–4). Publications Office of the European Union.

39- European Commission. (2026). *Gambling case law*. Retrieved March 31, 2026, from https://single-market-economy.ec.europa.eu/sectors/online-gambling/gambling-case-law_en

40- Court of Justice of the European Union. (1994, March 24). *Case C-275/92, Judgment of the Court* (pp. 1096–1098). Court of Justice of the European Union. (1999, September 21). *Case C-124/97, Judgment of the Court* (pp. 6116–6117, 6120).

41- Court of Justice of the European Union. (2018, February 28). *Sporting Odds Limited v Nemzeti Adó- és Vámhivatal Központi Irányítása* (Case C-?), pp. 10, 14–15. Court of Justice of the European Union. (2003, November 6). *Case C-243/01, Judgment of the Court* (pp. 13099–13100).

42- Korea Problem Gambling Agency. (t.y.). *Understanding of gambling and gambling addiction*. Retrieved March 31, 2026, from

https://www.kcgp.or.kr/eng/faq.do. Not: Bunlar; kumarhane (kural olarak vatandaşlar hariç), at yarışları, bisiklet yarışları, motorlu tekne yarışları, spor bahisleri, piyango biletleri ve boğa güreşidir.

43- Korea Legislation Research Institute (KLRI) e-Law Service. (n.d.). *Criminal Act (Articles 246–248)*. Retrieved March 31, 2026, from https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=28627&lang=ENG

44- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (t.y.). *Türk ceza kanunu tasarısı ve adalet komisyonu raporu (1/593)* (p. 155). Retrieved March 31, 2026.

45- Karakehya, H. (2013). Kumar kabahati (Kabahatler K. m. 34). *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 8*(2), 230.

46- Madde 7.

47- 320 sayılı Kararname Ek Madde 2.

48https://www5.tbmm.gov.tr/develop/owa/komisyon_tutanaklari.goruntule?pTutanakId=2743, s. 8-9

49- Madde 450/2

50- Resmî Gazete. (2026, 13 Şubat). *Spor müsabakalarına dayalı sabit ihtimalli ve müşterek bahis oyunları uygulama yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik*. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2026/02/20260213-7.htm

51- Sullivan, H. (2024, November 28). Australia passes world-first law banning under-16s from social media despite safety concerns. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/media/2024/nov/28/australia-passes-world-first-law-banning-under-16s-from-social-media-despite-safety-concerns (Erişim Tarihi: 08.12.2025).

52- eSafety Commissioner. (t.y.). *Social media 'ban' or delay FAQs*. Retrieved March 31, 2026.https://www.esafety.gov.au/about-us/industry-regulation/social-media-age-restrictions/faqs.

53- Department for Science, Innovation & Technology (UK). (2025, April 24). *Online Safety Act: Explainer*. GOV.UK. Retrieved December 24, 2025, from https://www.gov.uk/government/publications/online-safety-act-explainer/online-safety-act-explainer

54- Schofield, H. (2026, January 27). 'Major step': French MPs vote in favour of bill to ban social media for under-15s. *BBC News*. https://www.bbc.com/news/articles/c07x003vx0yo

55- Federal Trade Commission. (n.d.). *Children's Online Privacy Protection Rule (COPPA)*. Retrieved March 31, 2026, from https://www.ftc.gov/legal-library/browse/rules/childrens-online-privacy-protection-rule-coppa

56- Germany. (t.y.). *Telemedia Act (Telemediengesetz – TMG)*. Retrieved March 31, 2026, from https://www.g-regs.com/downloads/DE_Telemedia-ActTMG_InDate2017.pdf

57- European Parliament and Council of the European Union, 'Regulation (EU) 2022/2065 of the European Parliament and of the Council of 19 October 2022

on a single market for digital services and amending Directive 2000/31/EC (Digital Services Act),' *Official Journal of the European Union*, October 19, 2022, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32022R2065&qid=1762796733891.

58- 5Rights Foundation, *Children's rights in the EU Digital Services Act* (position paper, 5Rights Foundation, June 2021), accessed March 31, 2026, https://5rightsfoundation.com/wp-content/uploads/2024/10/DigitalServiceAct-5RightsPositionPaperJune2021.pdf.

59- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2026, January 5). *Bakanımız Göktaş'tan 15 yaş altına yönelik sosyal medya düzenlemesine ilişkin açıklama*. Retrieved March 31, 2026. https://www.aile.gov.tr/haberler/bakanimiz-goktastan-15-yas-altina-yonelik-sosyal-medya-duzenlemesine-iliskin-aciklama/.

60- Gülleb, O., & Aydeniz, H. (2023). Çocuk dostu bir oyun derecelendirme sistemi mümkün müdür? *Medya Okuryazarlığı Araştırmaları Dergisi, 2*(1).

61- USK (Unterhaltungssoftware Selbstkontrolle). (n.d.). *How does the German state protect minors?* Retrieved July 16, 2025, from https://usk.de/en/the-usk/faqs/youth-protection-in-germany/

62- Doğruel, L., & Jöckel, S. (2013). Video game rating systems in the US and Europe: Comparing their outcomes. *International Communication Gazette, 75*(7), 672–692.

63- Pan European Game Information (PEGI). (n.d.). *How we rate games*. Retrieved July 16, 2025, from https://pegi.info/page/how-we-rate-games

64- Király, O., Griffiths, M. D., King, D. L., Lee, H., Lee, S., Bányai, F., Zsila, Á., Takacs, Z. K., & Demetrovics, Z. (2018). Policy responses to problematic video game use: A systematic review of current measures and future possibilities. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(3), 503–517.

65- Gülleb, O., & Aydeniz, H. (2023). Çocuk dostu bir oyun derecelendirme sistemi mümkün müdür?

66- Kültür ve Turizm Bakanlığı (t.y). *Değerlendirme ve sınıflandırma işaretleri*, erişim tarihi 16 Temmuz 2025, https://sinema.ktb.gov.tr/TR-144749/degerlendirme-ve-siniflandirma-isaretleri.html.

67- Bahadır, M. (2024). Dijital kapitalizm ve kültürel emperyalizm kıskacında çocuk dostu küresel bir oyun derecelendirme sistemini tartışmak. *Medya Okuryazarlığı Araştırmaları Dergisi, 3*(2).

68- Xiao, L. Y. (2023). Beneath the label: Unsatisfactory compliance with ESRB, PEGI and IARC industry self-regulation requiring loot box presence warning labels by video game companies. *Royal Society Open Science, 10*(3), 230270, 1–33.

BAĞIMLILIK EKONOMİSİ

Prof. Dr. Toker ERGÜDER
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Önlenmesi, Kontrolü ve Yönetimi Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü
toker.erguder@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0471-3043

Giriş

Bu bölüm, bağımlılıkların Türkiye ekonomisi üzerindeki çok boyutlu yükünü güncel kanıtlar, karşılaştırmalı analizler ve politika perspektifiyle bütüncül olarak ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Bağımlılıklar (tütün, alkol, uyuşturucu ve kumar), modern toplumlarda yalnızca bireysel sağlık sonuçlarıyla sınırlı kalmayan; sağlık sistemi, iş gücü piyasası, kamu maliyesi ve sosyal refah üzerinde çok boyutlu etkiler yaratan önemli bir ekonomik yük alanıdır.[1] Türkiye'de bağımlılıkların toplam ekonomik maliyetinin yıllık yaklaşık 70–80 milyar ABD doları düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir.[2] Bu toplam yük içerisinde tütün yaklaşık 24 milyar ABD doları, alkol yaklaşık 9 milyar ABD doları, uyuşturucu yaklaşık 5 milyar ABD doları ve kumar yaklaşık 40 milyar ABD doları ile en büyük paylardan birini oluşturmaktadır.[2]

Bu büyüklük, bağımlılıkların yalnızca bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda kalkınma, üretkenlik ve sürdürülebilir refah açısından kritik bir makroekonomik mesele olduğunu göstermektedir. Bağımlılık davranışları iş gücü verimliliğini azaltarak ekonomik büyümeyi doğrudan etkilemekte; erken ölümler ve kronik hastalıklar yoluyla üretken nüfusun azalmasına neden olmaktadır.[3] Özellikle çalışma çağındaki nüfus üzerindeki bu etkiler, uzun vadede ekonomik büyüme potansiyelini sınırlayan yapısal bir risk faktörü oluşturmaktadır.[4]

Bunun yanı sıra bağımlılıklar, kamu maliyesi üzerinde de önemli baskılar yaratmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artış, sosyal güvenlik

sistemine ek yükler getirmekte; ayrıca vergi kaybı ve kayıt dışı ekonomi ile ilişkili maliyetler kamu bütçesi üzerinde dolaylı etkiler doğurmaktadır.[5] Özellikle tütün ve alkol ürünlerinden elde edilen vergi gelirleri yüksek olmakla birlikte, bu gelirlerin bağımlılığın neden olduğu toplam ekonomik yükü telafi etmekte yetersiz kaldığı birçok çalışmada ortaya konmuştur.[6]

Hane halkı düzeyinde bakıldığında bağımlılıkların etkisi daha da belirgin hâle gelmektedir. Düşük ve orta gelirli gruplarda bağımlılık harcamaları, temel ihtiyaçlara ayrılan bütçeyi daraltmakta; gıda, eğitim ve sağlık gibi kritik alanlarda harcama kısıtlarına yol açarak yoksulluk döngüsünü derinleştirmektedir.

Mevcut maliyet tahminlerinin büyük ölçüde doğrudan maliyetlere dayanması ise üretkenlik kayıpları, erken ölümler ve sosyal maliyetler gibi önemli unsurların eksik temsil edilmesine yol açmaktadır.[7] Dolaylı maliyetlerin ve yaşam kalitesi kayıplarının ölçülmesindeki metodolojik zorluklar nedeniyle bağımlılıkların gerçek ekonomik yükü çoğu zaman olduğundan düşük hesaplanmaktadır.[8] Uluslararası literatür, bağımlılıkların toplam maliyetinin çoğu zaman ülkelerin GSYH'sinin %2 ila %5'i arasında değiştiğini göstermekte olup[9] bu bulgu, Türkiye için yapılan mevcut tahminlerin ihtiyatla değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Sonuç olarak bağımlılıklar yalnızca bireysel sağlık davranışları bağlamında ele alınamayacak kadar geniş ekonomik ve toplumsal sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadele politikaları, sağlık politikalarının ötesinde ekonomik kalkınma ve sosyal refah stratejilerinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir.[10]

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), dünya çapındaki ölümlerin yaklaşık %74'ünden sorumludur.[9] Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi BOH grupları yalnızca sağlık sistemleri üzerinde değil, ekonomik ve sosyal yapılar üzerinde de derin etkiler yaratmaktadır.[11] Türkiye özelinde BOH'ların toplam ölümler içindeki payının %90'a yaklaşması, sağlık yükünün ağırlıklı olarak kronik hastalıklara kaydığını göstermektedir.[12]

BOH risk faktörleri büyük ölçüde davranışsal ve önlenebilir niteliktedir. Tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi ve diğer bağımlılık

davranışları bu risklerin merkezinde yer almaktadır.[13] Bu davranışlar yalnızca bireysel sağlık sonuçlarını değil, aynı zamanda toplum genelinde hastalık yükünü artırarak sağlık sistemleri üzerinde sürdürülebilirliği zorlayan bir baskı oluşturmaktadır.[12]

Bağımlılıkların BOH'larla olan güçlü ilişkisi, bu davranışların hem sağlık hem de ekonomi politikaları açısından kritik bir müdahale alanı olduğunu göstermektedir.[14] Artan sayıda çalışma, bağımlılıkların ekonomik etkilerinin en az sağlık etkileri kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.[15]

1. Kavramsal Çerçeve

Bağımlılıkların ekonomik yükü, literatürde genellikle üç temel bileşen üzerinden ele alınmaktadır: doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve sosyal maliyetler.[16] Bu üçlü yapı, bağımlılıkların ekonomik etkilerinin kapsamlı biçimde değerlendirilmesine imkân tanımakta ve politika yapıcılar için analitik bir çerçeve sunmaktadır.

Doğrudan maliyetler, bağımlılıklara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık hizmetleri harcamalarını kapsamaktadır. Bu maliyetler arasında hastane yatışları, ayakta tedavi hizmetleri, ilaç harcamaları, rehabilitasyon programları ve uzun dönemli bakım hizmetleri yer almaktadır.[9] Tütün kullanımına bağlı KOAH, akciğer kanseri ve kardiyovasküler hastalıklar; alkol kullanımına bağlı karaciğer hastalıkları ve uyuşturucu kullanımına bağlı enfeksiyonların tedavisi sağlık sistemi üzerinde ağır bir yük yaratmaktadır.[9] Bu tür harcamalar çoğunlukla kamu bütçesi tarafından karşılandığından doğrudan maliyetler kamu maliyesi açısından da önem taşımaktadır.[6]

Dolaylı maliyetler, bağımlılıkların ekonomik yükünün en büyük ancak en az görünür bileşenidir. Bu maliyetler arasında iş gücü verimliliğinde azalma, işe devamsızlık, iş gücünden erken ayrılma ve prematür mortalite yer almaktadır.[3] Bağımlılık davranışları bireylerin üretkenlik kapasitesini azaltmakta ve uzun vadede iş gücü piyasasına katılımı düşürmektedir.[11] Erken ölümler ise insan sermayesinin geri dönüşü olmayan biçimde azalmasına neden olarak ekonomik büyüme üzerinde kalıcı etki yaratmaktadır.[8] Literatür, dolaylı maliyetlerin doğrudan maliyetlerden genellikle daha yüksek olduğunu göstermektedir.[3]

Sosyal maliyetler, bağımlılıkların toplum üzerindeki daha geniş etkilerini kapsamakta olup suç oranlarında artış, aile yapısının bozulması, sosyal dışlanma ve güvenlik-adalet sistemi harcamalarını içermektedir.[14] Özellikle uyuşturucu ve kumar bağımlılığı, suç ve finansal çöküş yoluyla yüksek sosyal maliyetler doğurmaktadır.[15] Bu maliyetler yalnızca ekonomik kayıplarla sınırlı olmayıp yaşam kalitesi, toplumsal refah ve sosyal bütünlük üzerinde de önemli etkilere sahiptir.[17]

Bu üç maliyet bileşeni birlikte değerlendirildiğinde bağımlılıkların ekonomik yükünün çok boyutlu ve sistemik bir nitelik taşıdığı görülmektedir. Ancak mevcut çalışmaların önemli bir bölümü veri sınırlılıkları nedeniyle bu üç bileşeni tam olarak kapsayamamaktadır.[4] Dolaylı maliyetlerin hesaplanmasındaki metodolojik farklılıklar ve sosyal maliyetlerin ölçülmesindeki güçlükler, toplam yükün çoğu zaman olduğundan düşük tahmin edilmesine yol açmaktadır.[5] Bu nedenle bağımlılıkların ekonomik analizinde daha kapsamlı, bütüncül ve metodolojik olarak tutarlı yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.[10]

2. Türkiye'de Durum

Türkiye'de bağımlılık davranışlarının yaygınlığı, hem halk sağlığı hem de ekonomik yük açısından kritik bir gösterge niteliğindedir. Mevcut veriler, Türkiye'de tütün kullanım prevalansının %34,8 olduğunu ve yaklaşık 23,5 milyon kişinin düzenli olarak tütün ürünü kullandığını göstermektedir.[18] Bu oran Türkiye'yi birçok OECD ülkesiyle karşılaştırıldığında yüksek prevalansa sahip ülkeler arasında konumlandırmakta ve tütün kullanımının ülke için öncelikli bir risk faktörü olmaya devam ettiğini ortaya koymaktadır.

Alkol ve uyuşturucu kullanımı Türkiye'de görece düşük prevalansa sahip olmakla birlikte, ekonomik ve toplumsal etkiler açısından ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Araştırmalar, alkol ve özellikle uyuşturucu kullanımının yol açtığı sosyal ve ekonomik maliyetlerin, prevalans düzeyine kıyasla orantısız biçimde yüksek olabileceğini göstermektedir.[2] Özellikle genç nüfus, düşük sosyoekonomik gruplar ve kırılgan topluluklar bu etkilerden daha fazla etkilenmektedir.

Son yıllarda dijitalleşme, çevrim içi platformların yaygınlaşması ve ekonomik dalgalanmalarla birlikte kumar davranışlarında gözlenen

artış, Türkiye'de bağımlılık profilinin değişmekte olduğunu göstermektedir. Bu durum, geleneksel bağımlılık türlerine ek olarak yeni risk alanlarının ortaya çıktığını ve politika yaklaşımlarının güncellenmesi gerektiğini göstermektedir.[15]

Türkiye'de tütün ve diğer BOH risk faktörlerine ilişkin çeşitli ulusal araştırmalar bulunmakla birlikte, uluslararası karşılaştırılabilir nitelikteki en kapsamlı çalışmalardan biri WHO STEPS Araştırmasıdır.[18]

Bu çerçevede STEPS'in 2017 ve 2023 Türkiye sonuçları incelendiğinde, tütün, alkol ve uyuşturucu madde kullanımında artan bir eğilim gözlenmektedir. 2017'de tütün kullanım prevalansı %31,5 iken, 2023'te bu oran %34,8 seviyesine yükselmiştir. Erkeklerde oran %43,4'ten %46,1'e, kadınlarda ise %19,7'den %23,6'ya çıkmıştır. Yaş gruplarına göre incelendiğinde, tütün kullanımının en yüksek olduğu grup her iki çalışmada da 30–44 yaş aralığıdır. En düşük kullanım oranı ise 70 yaş ve üzerindedir. Dikkat çekici olarak, 70 yaş üzeri grupta hem erkeklerde hem kadınlarda en yüksek artış oranları gözlenmiştir. Alkol kullanımında da benzer bir yükseliş eğilimi görülmektedir. 2017'de son 30 günde alkol kullananların oranı %8,0 iken, 2023'te bu oran %10,2'ye yükselmiştir. Erkeklerde artış %24,9, kadınlarda ise %95,7'dir. Uyuşturucu kullanımına ilişkin veriler, toplam kullanım oranlarının düşük olduğunu göstermekle birlikte, nüfus artışı dikkate alındığında hem kadınlarda hem erkeklerde hiç kullanmayanların sayısının arttığını, ancak deneme oranlarında hafif bir yükselişin kaydedildiğini göstermektedir. Türkiye'de pasif etkilenim verileri de dikkat çekicidir. Ev ve iş yerinde pasif etkilenim oranları 2017'ye kıyasla artmış olup, özellikle 15–29 yaş grubundaki yüksek maruziyet, gençlerin korunmasına yönelik düzenlemeler açısından kritik bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Tüm bu göstergeler, Türkiye'de bağımlılık davranışlarının yaygınlığında artış eğilimi bulunduğunu ve bağımlılıkla mücadele politikalarının kapsamlı biçimde güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ulusal mevzuat büyük ölçüde DSÖ MPOWER standartlarıyla uyumlu olsa da, uygulama yoğunluğunun artırılması ve yeni risk alanlarına yönelik düzenlemelerin genişletilmesi gerekmektedir.[19]

3. Ekonomik Yük

Türkiye'de bağımlılıkların toplam ekonomik yükünün yaklaşık 78 milyar ABD doları düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir. Bu büyüklük, bağımlılıkların yalnızca sağlık sistemi üzerinde değil, aynı zamanda makroekonomik göstergeler üzerinde de önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu toplam yük içerisinde en dikkat çekici kalemlerden biri kumar bağımlılığıdır. Mevcut tahminlere göre kumarın ekonomik maliyeti yaklaşık 40 milyar ABD doları olup, kumarı en yüksek maliyetli bağımlılık türlerinden biri hâline getirmektedir.[2] Kumarın ekonomik etkileri yalnızca bireysel finansal kayıplarla sınırlı kalmamakta; borçlanma, iflas, aile yapısının bozulması ve iş gücü kaybı gibi çok boyutlu sonuçlar doğurmaktadır. [15]

Bununla birlikte mevcut ekonomik yük hesaplamalarının önemli bir sınırlılığı bulunmaktadır. Çoğu çalışma yalnızca doğrudan maliyetleri hesaba katmakta; dolaylı maliyetler ve sosyal maliyetler yeterince dikkate alınmamaktadır. Oysa üretkenlik kayıpları, erken ölümler ve sosyal etkiler dahil edildiğinde bağımlılıkların gerçek ekonomik yükünün çok daha yüksek olduğu bilinmektedir.[3]

Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik hava yolu hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ile bu hastalıkların temel risk faktörleri olan tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme, küresel ölçekte giderek artan bir halk sağlığı ve kalkınma sorunu olarak tanımlanmaktadır.[12] Türkiye'de BOH'lar, neden oldukları engellilik ve erken ölümler yoluyla iş gücü üretkenliğini azaltmakta ve bu durum sosyoekonomik kalkınma üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır.

Türkiye'de 2015 yılında dört ana BOH'a bağlı erken ölüm olasılığı %16,8 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'deki ölümlerin %87,5'inin BOH'lardan kaynaklanması, ulusal sağlık yükü üzerindeki ağırlığı göstermektedir. Aynı yıl BOH tedavisi için yaklaşık 24,5 milyar TL harcama yapılmıştır.[12]

BOH ekonomik yük analizleri, doğrudan sağlık harcamalarının buzdağının yalnızca görünen yüzünü oluşturduğunu; üretkenlik kaybı, iş gücü devamsızlığı, erken ölüm ve bakım yükü gibi dolaylı

maliyetlerin toplam ekonomik etkinin daha büyük kısmını oluşturduğunu göstermektedir.[20] 2016 yılında BOH'ların Türk ekonomisine toplam maliyetinin 69,7 milyar TL olduğu ve bunun GSYİH'nin %3,6'sı olduğu hesaplanmıştır.[20]

BOH önleme ve kontrol programlarının maliyet-etkinliği değerlendirildiğinde, tütün ve alkol kullanımı, tuz tüketimi ve fiziksel aktiviteye yönelik politika müdahaleleri ile kardiyovasküler hastalık ve diyabet klinik müdahalelerinin hem kısa hem uzun vadede yüksek yatırım getirisi sağladığı görülmektedir. Örneğin tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik politikaların 5 yıllık yatırım getirisinin 51'e 1, 15 yıllık yatırım getirisinin ise 88'e 1 olduğu bildirilmektedir. Tütün kullanımının azaltılmasına yönelik politikaların da uzun vadede milyonlarca TL düzeyinde ekonomik getiri sağladığı gösterilmektedir[21]

4. Tütün ve Nikotin Bağımlılığı Ekonomisi

Tütün kullanımı, Türkiye'de bağımlılıklar arasında en büyük ekonomik yükü oluşturmaktadır. Küresel ölçekte tütün kullanımının ekonomik maliyetinin yıllık yaklaşık 1,4 trilyon ABD doları olduğu tahmin edilmektedir.[8]

Tütün kullanımının ekonomik etkileri çok boyutludur. Sağlık sistemi üzerindeki doğrudan maliyetler, bu yükün en görünür kısmını oluşturmaktadır. Tütün kullanımına bağlı hastalıklar—özellikle akciğer kanseri, KOAH ve kardiyovasküler hastalıklar—sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.[8] Bunun yanı sıra tütün kullanımı iş gücü verimliliğini azaltmakta, işe devamsızlık oranlarını artırmakta ve erken ölümler yoluyla üretken nüfus kaybına neden olmaktadır.

Tütün kullanımı yalnızca bireysel bir sağlık davranışı değil, aynı zamanda geniş kapsamlı ekonomik sonuçlar doğuran çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmaktadır.[22]

Tütün kullanımının ekonomik maliyetleri, doğrudan ve dolaylı etkiler üzerinden analiz edilmektedir. Buna ek olarak fırsat maliyeti kavramı çerçevesinde, tütün kullanımına ayrılan kaynakların eğitim, beslenme veya konut harcamaları gibi alanlarda kullanılamaması da önemli bir ekonomik kayıp olarak değerlendirilmektedir. Türkiye'de

ise tütün ürünlerine yapılan harcamalar gayri safi yurt içi hasılanın yaklaşık %1,5'ine karşılık gelmektedir.[22] Ekonomik literatürde bu maliyetler üç başlık altında sınıflandırılmaktadır: özel maliyetler, dışsal maliyetler ve yarı dışsal maliyetler.[23]

Küresel düzeyde değerlendirildiğinde, tütün kullanımının ekonomik yükü son derece çarpıcıdır. Dünya genelinde her yıl 7 milyondan fazla insan tütün kullanımına bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir.[9]

Türkiye özelinde değerlendirildiğinde tütün kullanımına bağlı hastalıkların tedavisi için yıllık yaklaşık 24 milyar TL sağlık harcaması yapılmakta; dolaylı maliyetlerle birlikte toplam ekonomik yükün 69,7 milyar TL'ye ulaştığı bildirilmektedir. Bu rakamın GSYH'nin yaklaşık %3,6'sına karşılık geldiği bildirilmektedir. Daha geniş bir perspektifte bakıldığında ise tütün kullanımının bugünkü rakamlarla Türkiye ekonomisine toplamda 753 milyar TL civarında bir yük oluşturduğu ifade edilmektedir. Bunun 81,3 milyar TL'si sağlık ve üretkenlik kaybı, 671,5 milyar TL'si doğrudan tütün harcamasıdır.[24]

5. Türkiye'de Tütün Kullanım Prevalansı

Türkiye'de tütün kullanım eğilimleri yıllar içinde belirgin değişiklikler göstermiştir. 2008 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KGTA) sonuçlarına göre erkeklerin %47,9'u, kadınların %15,2'si ve 15 yaş ve üzeri nüfusun %31,6'sı tütün ürünleri kullanmaktaydı.[25] Bu oranlar 2012 ve 2016 yıllarında dalgalı bir seyir izlemiş, özellikle kadınlarda artış dikkat çekmiştir.

TÜİK verileri, tütün kullanım oranlarının genel olarak artış eğiliminde olduğunu göstermektedir. Her gün tütün kullanan birey oranı 2016'da %26,5 iken 2019'da %28,0'e yükselmiştir.[26] Gençlerde tütün kullanım eğilimi de kaygı vericidir. 13–15 yaş grubunda tütün kullanım oranı 2003 yılı KGTA'da %8,4 iken, 2017 KGTA'da %17,9'a yükselmiştir. Aynı araştırmada çocukların %61,6'sı sigaralarını market veya büfelerden kolaylıkla temin ettiklerini bildirmiştir.[27]

Türkiye'nin en güncel ve kapsamlı verileri STEPS 2023 çalışması ile elde edilmiştir. Buna göre tütün kullanım prevalansı %34,8 olup erkeklerde %46,1, kadınlarda %23,6'dır. Günlük ortalama sigara tüketimi

erkeklerde 17,1 adet, kadınlarda 12,8 adet olarak raporlanmıştır. Ayrıca STEPS 2017–2023 karşılaştırması, Türkiye'de tütün kullanımının son altı yılda artış eğiliminde olduğunu göstermektedir. 2017 yılında tütün kullanım oranı %31,5 iken bu oran 2023'te %34,8'e yükselmiştir. Erkeklerde oran %43,4'ten %46,1'e; kadınlarda ise %19,7'den %23,6'ya çıkmıştır. Bu artış kadınlarda %30,3, erkeklerde ise %15,1 olarak hesaplanmıştır.[18] Türkiye'de pasif etkilenim oranları da dikkat çekicidir. Özellikle gençlerde maruziyet yüksek düzeydedir.[19]

Tüm göstergeler değerlendirildiğinde, Türkiye'de tütün kullanım prevalansının uzun dönemli azalma eğiliminden çıkıp yükseliş trendine girdiği görülmektedir. Bu durum; tütün endüstrisinin pazarlama stratejileri, elektronik sigara ve ısıtılmış ürünler gibi yeni nikotin ürünlerinin piyasaya girişi, ekonomik koşullar ve stres faktörleri ve denetim ve yaptırım kapasitesindeki zayıflamalar gibi çok katmanlı etkenlerle ilişkilendirilmektedir.

SGK Perspektifi: Türkiye'de Tütün Kullanımına Bağlı Hastalıkların Ekonomik Yükü

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Türkiye'de tütün kullanımına bağlı hastalıkların ekonomik yükünü değerlendiren en kapsamlı çalışmalardan birini 2010–2011 döneminde yürütmüş ve bu çalışma Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi iş birliğiyle gerçekleştirilmiştir.[24] Rapor kamuya açık olarak yayımlanmamış olmakla birlikte, ulaşılan sonuçlar Türkiye'de tütün kullanımının SGK bütçesi üzerindeki etkilerini gösteren önemli bulgular sunmaktadır.

Çalışmaya göre 2010–2011 döneminde toplam sağlık harcaması 32,6 milyar TL olup bunun %22'si tütünle ilişkili hastalıklara ayrılmıştır. Bu oran, tütün kullanımının ulusal sağlık sistemi üzerindeki yapısal yükünü açık biçimde ortaya koymaktadır. Tütünle doğrudan ilişkili tedavi harcamaları, toplam sağlık harcamalarının %9'unu (2,8 milyar TL) oluşturmuştur.[24] Doğrudan maliyetlerin hastalık gruplarına göre dağılımı şu şekildedir:[24]

- %42,9 – Solunum hastalıkları
- %34,1 – Kardiyovasküler hastalıklar
- %20,1 – Kanserler

SGK raporundaki maliyetler, 2010 fiyatlarıyla hesaplandığı için güncel analizlerde dolar bazlı değerlendirme daha sağlıklı olmaktadır. Zira 2010'da yaklaşık 1,5 TL olan USD kuru, 2026'da 42 TL civarındadır. Bu nedenle rapordaki TL verileri, reel değer üzerinden hesaplandığında şu rakamlar ortaya çıkmaktadır:

- 32,6 milyar TL ≈ 21,7 milyar USD
- 2,8 milyar TL ≈ 1,9 milyar USD

Aynı metodoloji bugün uygulandığında Türkiye'de tütün kullanımının maliyetlerinin, *10–15 milyar USD* doğrudan maliyetler olmak üzere, dolaylı maliyetler dahil toplam ekonomik yükün *20–30 milyar USD* aralığında gerçekleştiği öngörülmektedir.

SGK analizleri ayrıca tütünle bağlantılı hastalıkların yalnızca sağlık hizmet kullanımını artırmadığını; maluliyet, erken emeklilik, iş gücü kaybı ve üretkenlik kaybı gibi dolaylı maliyetler yoluyla sosyal güvenlik sistemi üzerinde ciddi baskı oluşturduğunu ortaya koymuştur.

6. Alkol Bağımlılığı Ekonomisi

Alkol kullanımının toplum üzerindeki etkileri yalnızca sağlık sonuçları ile sınırlı değildir; aynı zamanda önemli bir ekonomik maliyet de yaratmaktadır. Birçok ülkede alkol kullanımının ekonomik yükü, gayri safi yurt içi hasılanın %1–2'sine ulaşmaktadır.[28] Türkiye'de alkol kullanım düzeyi uluslararası ortalamalara göre daha düşük olmasına rağmen, ekonomik etkiler özellikle dolaylı maliyetler üzerinden belirginleşmektedir.

2023 STEPS çalışmasına göre nüfusun %81,0'ı hayat boyu alkol kullanmamıştır; erkeklerde bu oran %72,6, kadınlarda %89,4'tür. Önceden alkol tükettiği hâlde son 12 ay içinde hiç kullanmayanların oranı %4,1'dir. Son 30 gün içinde alkol kullananların oranı %10,2 olup, erkeklerde %15,1, kadınlarda %5,4'tür. Son 30 günde en az bir kez aşırı alkol tüketimi (tek seferde 6+ birim) yapanların oranı %5,9'dur; erkeklerde %8,6, kadınlarda %3,1'dir. Analizler, 2017–2023 döneminde alkol tüketiminde artış olduğunu göstermektedir. Özellikle kadınlarda görülen artışın %95,7 seviyesinde olması dikkat çekicidir. Buna karşılık hiç alkol kullanmayanların oranı her iki cinsiyette de azalmıştır. Tüm

yaş gruplarında tüketim artışı gözlenmiş; erkeklerde en yüksek artış %77,1 ile 60–69 yaş grubunda, kadınlarda ise %112,2 ile 30–44 yaş grubunda olmuştur.[18]

Alkol kullanımının ekonomik etkileri çoğunlukla dolaylı maliyetler üzerinden ortaya çıkar ve alkol tüketiminin sağlığa doğrudan etkileri de uzun vadeli maliyetleri artırmaktadır. Bunlar arasında şunlar yer almaktadır:

- İş gücü verimliliğinin azalması,
- İşe devamsızlık,
- İş kazaları,
- Erken ölüm ve üretkenlik kaybı,
- Aile içi şiddet ve sosyal hizmet maliyetleri,
- Alkol ilişkili trafik kazalarına bağlı maddi kayıplar.[13]

Özellikle trafik kazaları, şiddet olayları ve iş kazaları, kamu güvenliği ve adalet sistemi üzerinde ciddi ek maliyetlere yol açmaktadır.[13]

Türkiye'de alkolle ilişkili toplumsal zararlar, tütün veya uyuşturucu bağımlılığı kadar geniş çaplı olmayabilir; ancak özellikle riskli tüketim, genç nüfustaki artış eğilimleri, kadınlarda yükselen kullanım oranı ve sosyal maliyetlerin artması göz önünde bulundurulduğunda, alkol ekonomisinin ülke için ihmal edilemeyecek bir boyut oluşturduğu açıktır.

7. Uyuşturucu Bağımlılığı Ekonomisi

2023 STEPS çalışmasına göre nüfusun %97,4'ü hayatları boyunca hiçbir zaman bağımlılık yapıcı bir uyuşturucu madde kullanmadığını belirtmiştir; erkeklerde bu oran %96,8, kadınlarda %98,1'dir.[1] Türkiye nüfusunun yaklaşık %0,9'u bağımlılık yapıcı bir uyuşturucu madde kullanmakta olup, kullanım erkekler ve kadınlarda benzerdir. Uyuşturucu madde kullanmayı denemiş olanların oranı %1,1'dir; erkeklerde %1,3, kadınlarda %0,8 olarak bildirilmiştir.[18]

Türkiye'de prevalans düşük görünmekle birlikte, uyuşturucu bağımlılığı ekonomik açıdan yüksek maliyetli bağımlılık türlerinden biridir. Bu durum, özellikle dolaylı maliyetlerin (iş gücü kaybı, işsizlik, suç, ceza adaleti maliyetleri) çok büyük bir paya sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

Uluslararası verilere göre, uyuşturucu bağımlılığının ekonomik etkilerinin önemli bir bölümü güvenlik ve adalet sistemi maliyetlerinden oluşmaktadır, Uyuşturucu bağımlılığı yalnızca ekonomik etkilerle sınırlı değildir; sosyal dışlanma, yoksulluk, aile içi sorunlar, ruh sağlığı bozuklukları ve iş gücü piyasasında marjinalleşme gibi sonuçlar, ekonomik etkilerin toplumsal boyutunu daha da genişletmektedir. Bu nedenle ekonomik yük analizlerinde, maliyetler yalnızca sağlık veya adalet sistemi ile sınırlı tutulmamakta, toplumsal refah kayıpları da hesaba katılmaktadır. UNODC'nin 2025 Dünya Uyuşturucu Raporu, bu yükün giderek arttığını göstermektedir.[14]Ayrıca uyuşturucu bağımlılığı, bireylerin iş gücü piyasasına katılımını olumsuz etkileyerek uzun vadeli ekonomik kayıplar ortaya çıkarmaktadır.[2]

Türkiye'nin uyuşturucu ile mücadelede uyguladığı arz ve talep azaltım programları maliyet-etkin sonuçlar üretmekle birlikte, özellikle gençlerde görülen deneme eğilimindeki artış, gelecekte ekonomik yükün artabileceğine işaret etmektedir.

8. Kumar Bağımlılığı Ekonomisi

Kumar bağımlılığı, son yıllarda ekonomik etkileri en hızlı artan bağımlılık türlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Kumarın ekonomik maliyetleri yalnızca bireysel finansal kayıplarla sınırlı değildir; aynı zamanda borçlanma, iflas, aile içi sorunlar, iş kaybı, ruhsal sağlık bozulmaları ve toplumsal dışlanma gibi çok boyutlu sonuçlar doğurmaktadır.[15] Ekonomik yük; borçlanma, iflas, iş kaybı ve sosyal maliyetler üzerinden ortaya çıkmaktadır.[17]

Uluslararası çalışmalar, kumarın sosyal maliyetlerinin çoğu zaman ölçülenden çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu maliyetlere; suç oranlarında artış, adalet sistemi üzerindeki yük, intihar girişimleri, borçlanma döngüsü, aile içi şiddet, çocuk ihmali ve ruh sağlığı hizmetlerine artan talep gibi çok sayıda doğrudan ve dolaylı etki dahildir. Özellikle çevrim içi kumar platformlarının erişilebilirliğinin artması, bağımlılık riskini yükseltmekte ve ekonomik yükün giderek büyümesine yol açmaktadır.

Kumar bağımlılığının ekonomik etkilerinin önemli bir kısmı, üretkenlik kaybı, iş gücü devamsızlığı, iş kaybı, borçlanma krizleri, kişisel

iflaslar ve sosyal hizmet maliyetleri gibi dolaylı maliyetlerden oluşmaktadır. Bu maliyetlerin büyük bölümü hane halkına yüklenmekle birlikte, istihdam kayıpları ve aile içi ekonomi üzerindeki zincirleme etkiler ulusal ekonomiye yansımaktadır.

Türkiye özelinde kumar bağımlılığına ilişkin resmi maliyet çalışmaları sınırlı olmakla birlikte, mevcut araştırmalar kumarın ekonomik yükünün diğer bağımlılık türlerine kıyasla daha geniş bir sosyal maliyet alanı yarattığını göstermektedir. Kumarın yol açtığı finansal çöküş, iş gücü kayıpları, artan adli vakalar ve aile içi parçalanmalar dikkate alındığında, kumar bağımlılığı hem ekonomik hem de sosyal açıdan ciddi bir politika sorunu olarak ortaya çıkmaktadır.

Kumar bağımlılığı, aynı zamanda yoksulluk döngüsünü tetikleyen bağımlılık türlerinden biridir. Geliri düşük bireylerde risk alma davranışının daha yüksek olması, kumar harcamalarının temel ihtiyaç harcamalarının önüne geçmesi ve borçlanmanın yaşam kalitesini doğrudan etkilemesi nedeniyle, kumar harcamaları ekonomik eşitsizlikleri derinleştirmektedir.

Kumarın ekonomik yükünün; tütün, alkol ve uyuşturucudan sonra özellikle sosyal maliyetler açısından en yüksek bağımlılık türlerinden biri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kumar bağımlılığıyla mücadele, yalnızca düzenleyici politikalarla değil, aynı zamanda önleme programları, finansal danışmanlık hizmetleri, borç yönetimi çözümleri ve ruh sağlığı destekleri ile bütüncül olarak ele alınmalıdır.

9. Uluslararası Karşılaştırmalar

Bağımlılıkların ekonomik yükü küresel ölçekte değerlendirildiğinde, farklı ülkelerde yapılan çalışmalar bu yükün son derece yüksek ve çok boyutlu olduğunu ortaya koymaktadır. ABD'de tütün kullanımının yıllık ekonomik maliyetinin 300 milyar ABD dolarını aştığı tahmin edilmektedir; bu maliyetin yaklaşık 170 milyar doları doğrudan sağlık harcamalarından, 130 milyar doları ise üretkenlik kayıplarından kaynaklanmaktadır.[29] Ayrıca son yıllarda ABD'de opioid krizinin ekonomik maliyetinin yıllık 1 trilyon ABD dolarına yaklaştığı hesaplanmaktadır. Bu durum bağımlılıkların ekonomik etkilerinin ne kadar geniş bir alanı kapsadığını açık biçimde göstermektedir.[30]

Birleşik Krallık'ta tütün kullanımının yıllık ekonomik maliyeti yaklaşık 17 milyar sterlin, alkol kullanımının toplam maliyeti 21 milyar sterlin, uyuşturucu kullanımının maliyeti ise yaklaşık 10 milyar sterlin düzeyindedir.[31] Bu maliyetlerin önemli bir kısmı sağlık sistemi (NHS), sosyal hizmetler ve suçla mücadele harcamalarından oluşmaktadır. Özellikle alkol kullanımının acil servis başvurularının yaklaşık %20'sinden sorumlu olduğu bildirilmektedir.[32]

Avustralya'da yapılan kapsamlı bir çalışmaya göre, tütün kullanımının ekonomik maliyeti 137 milyar Avustralya doları, alkolün maliyeti ise 66 milyar Avustralya doları olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplamalara yalnızca doğrudan ve dolaylı maliyetler değil, aynı zamanda yaşam kalitesi kayıpları (intangible costs) da dahil edilmiştir. Kanada'da ise bağımlılıkların toplam ekonomik maliyeti 46 milyar Kanada doları olup bu yükün %38'i alkolden, %28'i tütünden ve %20'si uyuşturucudan kaynaklanmaktadır.[23]

OECD ülkeleri genelinde yapılan modellemeler, bağımlılıkların ekonomik yükünün ülkelerin GSYH'sinin %2 ile %5'i arasında değiştiğini göstermektedir. Aynı analizler, bağımlılıkla mücadeleye yönelik politika müdahalelerinin yüksek ekonomik getiri sağladığını da ortaya koymaktadır. OECD'ye göre tütün kontrol politikalarına yapılan her 1 dolarlık yatırımın 5–7 dolar arasında ekonomik getiri sağladığı hesaplanmaktadır. Bu getiriler, azalan sağlık harcamaları, artan iş gücü verimliliği ve önlenen erken ölümler üzerinden ortaya çıkmaktadır.[28]

İskandinav ülkeleri, bağımlılık kontrolünde en başarılı örnekler arasında yer almaktadır. Finlandiya'da sigara kullanım prevalansı %5'in altına düşürülmüş olup, bu başarı yüksek vergi politikaları, kapsamlı reklam yasakları ve güçlü önleme programlarının birlikte uygulanması sayesinde elde edilmiştir. Benzer bir şekilde Norveç ve İsveç gibi ülkelerde tütün kullanım oranları son yıllarda önemli ölçüde azalmış ve uzun vadede sağlık harcamalarında ciddi tasarruflar sağlanmıştır.[33]

Türkiye uluslararası perspektifte değerlendirildiğinde, özellikle tütün kontrol politikalarında önemli ilerlemeler kaydetmiş olmakla birlikte, prevalansın hâlen %30'un üzerinde seyretmesi ve kaçak ürün sorunu gibi alanlar önemli politika boşluklarına işaret etmektedir.

Türkiye'de bağımlılıkların toplam ekonomik yükünün yaklaşık 78 milyar ABD doları düzeyinde olması, bu alanın yalnızca bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda ciddi bir ekonomik politika alanı olduğunu açık biçimde göstermektedir.

Sonuç olarak, uluslararası karşılaştırmalar bağımlılıkların ekonomik yükünün evrensel bir sorun olduğunu ve etkili politika müdahalelerinin yalnızca sağlık değil, aynı zamanda ekonomik kazanımlar da sağladığını göstermektedir. Bu bulgular, bağımlılıkla mücadele politikalarının stratejik ve yüksek getirili bir yatırım olarak değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

10. Politika Analizi

Bağımlılıkla mücadelede politika araçlarının etkinliği, son yıllarda yapılan uluslararası çalışmalarla açık biçimde ortaya konmuştur. Vergi politikaları, reklam yasakları, erişim kısıtlamaları ve önleme programları; bağımlılık yapıcı maddelerin tüketimini azaltmada en etkili müdahaleler arasında yer almaktadır. Özellikle tütün ve alkol gibi bağımlılık yapıcı ürünlerin fiyatlandırılması, tüketim davranışlarını doğrudan etkileyen en güçlü politika araçlarından biridir.[6]

Vergi politikaları, hem tüketimi azaltma hem de kamu gelirlerini artırma açısından çift yönlü etki yaratmaktadır. Fiyat artışları, özellikle gençler ve düşük gelir grupları üzerinde daha güçlü caydırıcı etki göstermektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası, bu politikaları maliyet-etkin müdahaleler olarak tanımlamaktadır.[10]

Reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları da bağımlılık yapıcı ürünlerin tüketimini azaltmada kritik rol oynamaktadır. Özellikle tütün ve alkol endüstrilerinin gençlere yönelik görünürlüğünün azaltılması, başlama yaşının geciktirilmesi ve ürünlere yönelik sosyal kabulün düşürülmesi açısından belirleyici bir etkidir. Uluslararası bulgular, kapsamlı reklam yasaklarının hem tütün hem de alkol tüketiminde ölçülebilir düzeyde azalma sağladığını göstermektedir. Erişim kısıtlamaları, bağımlılık yapıcı ürünlere ulaşımı zorlaştırarak tüketimi azaltmayı amaçlar. Yaş sınırları, satış noktası kısıtlamaları, okul çevresi yasakları ve çevrim içi satış düzenlemeleri bunların başında gelmektedir.

Özellikle genç nüfusun korunması açısından erişim düzenlemeleri kritik öneme sahiptir.[28]

Önleme programları, uzun vadeli etki yaratan stratejik politika araçlarıdır. Okul temelli eğitim programları, toplum temelli farkındalık kampanyaları ve davranışsal müdahaleler, bağımlılıkların başlamasını önlemede önemli rol oynamaktadır. WHO analizlerine göre tütün kontrolüne yapılan her 1 dolarlık yatırım 5 doların üzerinde ekonomik getiri sağlamaktadır.[10]

OECD analizleri de benzer biçimde, bağımlılıklarla mücadelede uygulanan politika paketlerinin uzun vadede net bütçe tasarrufu sağladığını ortaya koymaktadır. Etkili uygulandığında bağımlılık politikalarının getirileri; sağlık sistemi maliyetlerinin azalması, iş gücü verimliliğinin artması ve sosyal maliyetlerin düşmesi şeklinde yansımaktadır.

Bu çerçevede bağımlılıkla mücadele, yalnızca sağlık politikalarının değil, aynı zamanda ekonomi, eğitim, güvenlik, sosyal politika ve maliye alanlarının ortak katkısını gerektiren çok sektörlü bir politika alanıdır. Sistematik, sürekli ve bütüncül politika paketleri hem kısa hem uzun vadede ekonomik açıdan yüksek getiri sağlamaktadır.

Bağımlılıkla mücadelede başarı için politika tasarımının aşağıdaki alanlarda güçlendirilmesi önerilmektedir:

- Vergi artışları ve fiyatlandırma önlemleri
- Reklam, tanıtım ve sponsorluk yasaklarının genişletilmesi
- Gençlere yönelik satış ve erişim kısıtlamalarının sıkılaştırılması
- Çevrim içi pazarlama ve satış platformlarının düzenlenmesi
- Davranış değişikliği ve önleme programlarının yaygınlaştırılması
- Bırakma hizmetlerine erişimin artırılması
- Maliyet-etkin politika değerlendirmeleri ve düzenli izleme mekanizmaları

Sonuç olarak, bağımlılıkla mücadele politikaları maliyet oluşturan bir alan değil, tersine ulusal ekonomik gelişmeye katkıda bulunan yüksek getirili bir yatırım olarak değerlendirilmelidir.[28]

Politika Aracı	Etki Mekanizması	Kanıt Düzeyi
Vergi Artışı	Fiyat artışı → tüketim azalması	Çok güçlü (WHO, WB)
Reklam Yasakları	Talep azaltma	Güçlü
Erişim Kısıtlamaları	Kullanım sıklığını düşürme	Orta–Güçlü

Sonuç

Bağımlılıklar Türkiye ekonomisi üzerinde çok boyutlu ve derin etkiler yaratan stratejik bir yük alanıdır. Bu yük, yalnızca sağlık sistemi üzerindeki doğrudan maliyetlerle sınırlı kalmamakta; iş gücü verimliliği kayıpları, erken ölümler, sosyal güvenlik harcamaları ve toplumsal refah üzerindeki olumsuz etkiler aracılığıyla ekonominin tüm katmanlarına yayılmaktadır. Türkiye'de bağımlılıkların toplam ekonomik maliyetinin on milyarlarca dolar düzeyinde olması, bu alanın yalnızca bir halk sağlığı sorunu değil, aynı zamanda kritik bir makroekonomik mesele olduğunu açıkça göstermektedir.[2]

Bağımlılıkların ekonomik etkileri incelendiğinde, özellikle dolaylı maliyetlerin (erken ölümler, üretkenlik kayıpları, iş gücü devamsızlığı) ve sosyal maliyetlerin toplam yük içerisindeki payının son derece yüksek olduğu görülmektedir. Üretken yaş grubunda meydana gelen hastalıklar ve erken ölümler, insan sermayesinin azalmasına neden olmakta ve uzun vadede ekonomik büyüme potansiyelini sınırlamaktadır. Bunun yanı sıra bağımlılıklar, hane halkı düzeyinde gelir dağılımını bozmakta, yoksulluğu derinleştirmekte ve nesiller arası eşitsizlikleri artırmaktadır.[3]

Uluslararası deneyimler, bağımlılıkla mücadeleye yapılan yatırımların yüksek ekonomik getiri sağladığını göstermektedir.[10]

Türkiye'de BOH'ların ekonomik yükü GSYİH'nin önemli bir bölümüne karşılık gelmektedir.[20]

Türkiye, özellikle tütün kontrolü alanında önemli politika başarıları elde etmiş olmakla birlikte, mevcut yüksek prevalans oranları ve yeni ortaya çıkan bağımlılık türleri (elektronik sigara, dijital kumar, sentetik maddeler) bu alanda daha kapsamlı ve sürdürülebilir politikaların

gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle genç nüfusa yönelik önleme programlarının güçlendirilmesi, dijital bağımlılık ve çevrim içi kumar gibi yeni risk alanlarının düzenlenmesi ve kaçak ürünlerle etkin mücadele edilmesi kritik öneme sahiptir. Bu nedenle Türkiye'de fiyatlandırma politikalarının güçlendirilmesi, tütün, alkol, kumar ve yeni nikotin ürünlerine yönelik düzenleyici çerçevenin güncellenmesi, bağımlılıkların STEPS, SGK ve adalet sistemi verileriyle bütünleşik biçimde izlenmesi ve yatırım getirisi yüksek müdahalelere öncelik verilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, bağımlılıklar Türkiye için yalnızca bireysel bir davranış sorunu değil, ekonomik kalkınmayı ve toplumsal refahı doğrudan etkileyen stratejik bir politika alanıdır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadeleye yapılacak yatırımlar, kısa vadeli maliyetler olarak değil, uzun vadede yüksek ekonomik ve sosyal getiri sağlayan stratejik yatırımlar olarak değerlendirilmelidir. Bu bağlamda, bağımlılıkla mücadele bir maliyet değil, yüksek getirili bir yatırımdır.

Kaynakça

1- Becker, Gary S., and Kevin M. Murphy. 'A Theory of Rational Addiction.' Journal of Political Economy 96, no. 4 (1988): 675–700.

2- Yeşilay, Bağımlılığın Ekonomiye Maliyeti Raporu 2025.

3- Bloom, David E., et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011. https://www.weforum.org/reports/global-economic-burden-non-communicable-diseases/

4- Suhrcke, Marc, et al. The Economic Costs of Ill Health in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. https://www.euro.who.int

5- OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/

6- World Bank. Tobacco Tax Reform: At the Crossroads of Health and Development. Washington, DC: World Bank, 2017. https://documents.worldbank.org

7- Chaloupka, Frank J., and Kenneth E. Warner. 'The Economics of Smoking.' NBER Working Paper No. 7047. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1999. https://www.nber.org/papers/w7047

8- Goodchild, Mark, Nigar Nargis, and Edouard Tursan d'Espaignet. 'Global Economic Cost of Smoking-Attributable Diseases.' Tobacco Control 27, no. 1 (2018): 58–64. https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/58

9- World Health Organization. 'Noncommunicable Diseases.' Accessed March 23, 2026. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases

10- World Health Organization and United Nations Development Programme. Investment Case for Tobacco Control. Geneva: WHO and UNDP, 2021.

11- Cawley, John, and Christopher J. Ruhm. 'The Economics of Risky Health Behaviors.' In Handbook of Health Economics, vol. 2, edited by Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire, and Pedro P. Barros, 95–199. Amsterdam: Elsevier, 2011.

12- World Health Organization Regional Office for Europe. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan (Kronik) Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü İçin Yatırım Gerekçeleri Raporu. Copenhagen, 2018.

13- Rehm, Jürgen, et al. 'Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-Use Disorders.' The Lancet 373, no. 9682 (2009): 2223–2233.

14- United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2025. Vienna: UNODC, 2025. https://www.unodc.org

15- Walker, Douglas M. The Economics of Gambling. New York: Springer, 2013.

16- Rice, Dorothy P. 'Estimating the Cost of Illness.' American Journal of Public Health 57, no. 3 (1967): 424–440.

17- Williams, Robert J., Jürgen Rehm, and Rhys M. G. Stevens. The Social and Economic Impacts of Gambling. Lethbridge: University of Lethbridge, 2011.

18- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (STEPS) 2023 Sonuç Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/13/web-tr-dso-sonuc-rap-130525.pdf

19- Arslan, Rahşan, and Toker Ergüder. 'Tütün Kullanımı ve Risk Faktörlerinin Değişimi: STEPS 2017–2023 Bulguları.' Turkish Journal of Tobacco Control 5, no. 3 (2025): 134–144.

20- World Health Organization Regional Office for Europe. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Ekonomik Yükü Analizi. Copenhagen, 2018.

21- World Health Organization and Ministry of Health of Türkiye. Investment Case for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Türkiye. Copenhagen: WHO Europe, 2018.

22- Erdöl, Cevdet, and Toker Ergüder, eds. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımının Önlenmesi, Kontrolü ve Tedavisi. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2021.

23- Collins, David, and Helen Lapsley. The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society. Canberra: Australian Government, 2008. https://www.health.gov.au

24- Sosyal Güvenlik Kurumu and World Health Organization Türkiye Ofisi. Türkiye'de Tütün Kullanımına Bağlı Hastalıkların Ekonomik Yükü: 2010–2011 Analizi. Ankara, yayımlanmamış rapor.

25- Ministry of Health of Türkiye and World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey: Türkiye 2008. Ankara, 2008. https://www.who.int

26- Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2019. Ankara: TÜİK, 2019. https://data.tuik.gov.tr

27- World Health Organization. Global Youth Tobacco Survey: Türkiye 2017. Geneva: WHO, 2017.

28- OECD. Preventing Harmful Alcohol Use. Paris: OECD Publishing, 2021. https://www.oecd.org/health/preventing-harmful-alcohol-use-6e4b4ffb-en.htm

29- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. Atlanta: CDC, 2014. https://www.cdc.gov/tobacco/sgr

30- Florence, Curtis, et al. 'The Economic Burden of Opioid Use Disorder and Fatal Opioid Overdose in the United States, 2017.' Drug and Alcohol Dependence 218 (2021): 108350. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108350

31- Public Health England. The Cost of Alcohol Harm to the NHS in England. London, 2018.

32- NHS England. Statistics on Alcohol, England. London, 2022.

33- Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Finland's Tobacco Endgame: Roadmap to a Nicotine-Free Finland. Helsinki, 2020.

BAĞIMLILIĞIN AİLE BOYUTU

Prof. Dr. Nurten SARGIN
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
nsargin@erbakan.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1899-8908

Giriş

Bağımlılık, bireyin yalnızca fiziksel ve psikolojik sağlığını değil, aynı zamanda aile yapısını, sosyal ilişkilerini ve toplumsal yaşamını da derinden etkileyen çok boyutlu bir sorundur. Günümüzde madde bağımlılıklarının yanı sıra teknoloji, sosyal medya ve davranışsal bağımlılık türlerinin de hızla yaygınlaşması, konunun önemini daha da artırmaktadır. Bu süreçte aile, hem bağımlılığın ortaya çıkışında etkili bir risk faktörü hem de önleme ve iyileştirme sürecinde güçlü bir koruyucu unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışma kapsamında bağımlılık olgusu aile boyutuyla ele alınarak, ailenin bağımlılık üzerindeki etkileri, risk ve koruyucu faktörler ile aile temelli müdahale yaklaşımları incelenmiştir.

1. Bağımlılık Nedir?

Bağımlılık tarihinin insanlık tarihi ile yazıldığı, bağımlılığın çok eski bir kavram olduğu ve insanlığın her aşamasında yer aldığı söylenebilmektedir. Maddelerin kullanım alanlarına tarihsel süreç içerisinde bakıldığında dinî törenlerden, tıpta sakinleştirici ve ağrı giderici olarak yaygın bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir. 1960–1970'li yıllardan itibaren bağımlılık yapıcı maddelerin çeşitlenmesi, erişilebilirliğinin artması ve kullanım sıklığının yaygınlaşması ile bağımlılık önemli bir toplumsal sorun hâline gelmiştir. Bu süreçte alkol ve sigara kullanımının yaygınlaşması da bağımlılık sorunlarının artmasına yol açmıştır.[1] Günümüzde bağımlık ve bağımlık yapan maddeler çeşitlenmeye devam etmekte, bağımlılık deyince akla ilk olarak

alkol, sigara, uyuşturucu gibi madde bağımlılıkları gelse de, bunların yanı sıra Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de teknoloji kullanımı, alış-veriş yapma, sosyal medya kullanma ve kafein bağımlılığı gibi türlerin de eklendiği ve bu eğilimin hızla arttığı görülmektedir. Görüldüğü gibi bağımlılığın hayatın her aşamasında yaygınlaştığı ve hızla yayıldığı dikkatleri çekmektedir. Artık dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de hızla artan bağımlılığın toplumsal yaşamı tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alındığı bilinmektedir.[2]

Bağımlılığa ilişkin tanımlar incelendiğinde, kavramın farklı açılardan ele alındığı görülmektedir. TDK'e (2026) göre, en genel anlamıyla bağımlılık, bir kişi ya da nesneye bağlı olma durumu olarak ifade edilirken; daha kapsamlı tanımlarda bireyin bir maddeye, nesneye ya da davranışa (alkol, sigara, oyun vb.) karşı kontrolsüz bir bağlılık geliştirmesi, onsuz yapamaması ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen kullanımını sürdürmesi şeklinde açıklanmaktadır.[3] Bağımlılık, aynı zamanda bedensel ve ruhsal sorunlara yol açan, bireyin irade kontrolünü zayıflatan ve yoksunluk belirtileriyle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, bireyin kullandığı bir nesne kullanımı ya da gerçekleştirdiği bir davranış üzerindeki kontrolünü kaybetmesi bağımlılığın temel göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.[4] Diğer bir tanımda bağımlılık; bir nesneye, kişiye, ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya bir başka iradenin güdümü altına girme durumu olarak ifade edilmektedir.[5] Klinik yaklaşımlar ise bağımlılığı; tolerans gelişiminin görüldüğü, bireyin psikolojik, sosyal ve fiziksel işlevlerini olumsuz etkileyen ve bu etkilere rağmen kullanımın devam ettiği kronik bir beyin hastalığı olarak ele almaktadır.[6] Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise bağımlılık; güçlü yoksunluk belirtileri, davranışsal ve fizyolojik değişimler, kullanım üzerinde kontrol kaybı ve kullanımın sürdürülmesi ile karakterizedir.[7] Bunun yanı sıra bazı yaklaşımlar bağımlılığı, bireyin madde ya da davranış karşısında güçsüzleştiği bir durum olarak değerlendirerek düşkünlük, kölelik ve tiryakilik gibi kavramlarla da açıklamaktadır.[8]

Kavram farklı açılardan ele alınsa da tanımlardan yola çıkılarak bağımlılık kavramının bazı ortak noktalarının bulunduğu görülmektedir.

Bunlar kişinin kullanımı durduramaması veya sıklığını kontrol edememesi durumunu açıklayan kontrol kaybı; madde/davranıştan uzak kalındığında huzursuzluk, öfke ve uykusuzluk gibi fiziksel veya ruhsal sıkıntılar yaşanması olarak açıklanan yoksunluk belirtileri; sağlık, sosyal veya iş yaşamındaki olumsuzluklara rağmen maddenin, davranışın devam etmesi olarak belirtilen zararlara rağmen devam etme; beyinde nörokimyasal değişimler yaratan bir hastalık olması olarak vurgulanan fiziksel ve ruhsal etki olarak belirtilmektedir.[4] Bunlara ek olarak, tanımların ortak noktaları arasında; aynı etkiyi elde edebilmek için kullanım miktarının giderek artmasını ifade eden tolerans gelişimi, güçlü bir istek ve dürtüyle karakterize edilen ve davranışın sürekli sürdürülmesine yol açan yoğun istek ile bağımlılığın bir beyin hastalığı olarak ele alınması doğrultusunda kronik ve hastalık niteliği taşıması da yer almaktadır.

Tanımların ortak noktaları genel olarak değerlendirildiğinde bağımlılığa ilişkin farklı kaynaklarda yapılan tanımlar ile bu kavramın temel özellikleri birlikte ele alındığında; bireyin davranış üzerindeki kontrolünü yitirmesi, kullanım kesildiğinde ortaya çıkan yoksunluk belirtileri, ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi ve bireyin fiziksel ile psikolojik işlevlerinde bozulmaların meydana gelmesi gibi unsurların ortak biçimde vurgulandığı görülmektedir. Bunun yanı sıra tolerans gelişimi ve yoğun istek gibi göstergeler, bağımlılığın klinik boyutunu daha belirgin hâle getirmektedir. Tüm bu özellikler birlikte değerlendirildiğinde bağımlılığın, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları içeren, süreklilik gösteren ve çok yönlü bir hastalık yapısına sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Bağımlılık durum yalnızca bireysel bir davranış sorunu değil, aynı zamanda sosyal, kültürel ve çevresel etkenlerle şekillenen çok boyutlu bir toplumsal sorun olarak değerlendirilmektedir.[9] Bu süreçte bireyin biyolojik özellikleri, genetik yatkınlığı ve nörolojik yapısının yanı sıra; psikolojik süreçleri, kişilik özellikleri ve duygusal durumu ile aile yapısı, sosyal ilişkileri, kültürel değerleri ve içinde bulunduğu çevresel koşullar belirleyici rol oynamaktadır. Dolayısıyla bağımlılığı tek bir nedene dayandırmak yerine, bu farklı etkenlerin bir araya gelerek oluşturduğu bütüncül yapı içerisinde değerlendirmek gerekmektedir.

Bu çerçevede bağımlılığın ortaya çıkışı ve sürdürülmesi, bireysel, ailesel, sosyal ve biyolojik faktörlerin etkileşimi ile açıklanmakta olup, bağımlılığa etki eden risk faktörlerinin de bu çok boyutlu yapı içerisinde ele alınması gerekmektedir.[10] Bağımlılığın daha iyi anlaşılabilmesi ve etkili önleme stratejilerinin geliştirilebilmesi için söz konusu biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel etkenlerin birlikte değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

2. Bağımlılığa Etki Eden Faktörler

2.1.Bireysel (Kişisel) Risk Faktörleri

Bireyin kişilik özellikleri ve psikolojik durumu, bağımlılık gelişiminde temel belirleyicilerden biridir. Özellikle dürtüsellik, risk alma eğilimi, düşük özdenetim ve düşük benlik saygısı gibi özellikler bireyin bağımlılığa yönelme olasılığını artırmaktadır. Bireylerin stres, kaygı, yalnızlık ve depresyon gibi olumsuz duygularla baş etmede yetersiz kalmaları, bağımlılık yapıcı maddeleri veya davranışları bir 'kaçış yolu' olarak görmelerine neden olabilmektedir.[11] Ayrıca travmatik yaşam deneyimleri (çocukluk çağı ihmal ve istismarı, kayıp, şiddet vb.) bireyin psikolojik dayanıklılığını zayıflatarak bağımlılık riskini önemli ölçüde artırmaktadır.[12] Ergenlik dönemi, kimlik gelişimi, merak duygusu ve akran etkisinin yoğun olması nedeniyle bağımlılık açısından en riskli gelişim dönemlerinden biri olarak kabul edilmektedir.[13]

2.2 Aile İle İlgili Risk Faktörleri

Aile, bireyin davranış gelişiminde en etkili sosyal ortamdır. Sağlıksız aile işlevleri, bağımlılık riskini artıran en önemli faktörlerden biridir. Aile içinde madde kullanımının bulunması, ebeveynlerin model oluşturması açısından risk yaratmaktadır. Ayrıca ebeveyn tutumlarının aşırı baskıcı, ilgisiz ya da tutarsız olması; aile içi iletişim eksikliği ve duygusal bağların zayıf olması bağımlılığa zemin hazırlamaktadır.[14] Parçalanmış aile yapısı, boşanma, ebeveyn kaybı ve aile içi şiddet gibi durumlar da bireyin psikolojik güvenliğini zedeleyerek bağımlılık riskini artırmaktadır. Öte yandan, aile yalnızca bir risk faktörü değil, aynı zamanda güçlü bir koruyucu faktör de olabilir. Destekleyici, iletişimi güçlü ve sağlıklı aile yapıları bağımlılığın önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

2.3. Sosyal ve Çevresel Risk Faktörleri

Bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre, bağımlılık davranışının gelişiminde belirleyici bir role sahiptir. Akran grupları, özellikle ergenlik döneminde bireyin davranışlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Madde kullanan arkadaş çevresine sahip olmak, bağımlılık riskini önemli ölçüde artırmaktadır.[15] Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, işsizlik, eğitim olanaklarının sınırlı olması ve sosyal destek eksikliği de bağımlılık davranışını tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra medya, sosyal medya ve dijital platformlar aracılığıyla bağımlılık yapıcı davranışların normalleştirilmesi veya özendirilmesi, bireylerin bu davranışlara yönelmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca maddeye erişimin kolay olması ve denetim mekanizmalarının yetersizliği de bağımlılık gelişimini hızlandıran çevresel risk faktörleri arasında değerlendirilmektedir.

2.4. Biyolojik Risk Faktörleri

Bağımlılık gelişiminde genetik ve nörobiyolojik süreçler önemli rol oynamaktadır. Ailede bağımlılık öyküsünün bulunması, bireyin bağımlılığa yatkınlığını artırmaktadır.[16] Beynin ödül sistemi, özellikle dopamin salınımı ile ilişkili olup bağımlılık davranışının oluşumunda merkezi bir rol üstlenmektedir. Madde kullanımı sırasında artan dopamin düzeyi, haz duygusunu pekiştirerek davranışın tekrar edilmesine neden olmaktadır.[17] Zamanla tolerans gelişmekte ve birey aynı etkiyi elde etmek için daha fazla madde kullanma eğilimi göstermektedir. Bu süreç bağımlılığın kronikleşmesine yol açmaktadır. Ayrıca bazı nöropsikiyatrik bozukluklar (depresyon, anksiyete, DEHB vb.) biyolojik yatkınlıkla birlikte bağımlılık riskini artırabilmektedir.[6] Bu bilgiler ışığında bağımlılığa etki eden faktörlerin bireysel, ailesel, sosyal ve biyolojik boyutlar çerçevesinde birbirini etkileyen dinamik bir yapı oluşturduğu görülmektedir. Bu çok boyutlu yapı, bağımlılığın yalnızca bireysel bir sorun olarak ele alınamayacağını, aksine bütüncül yaklaşımlarla değerlendirilmesi gereken karmaşık bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır.

Bağımlılığın gelişiminde rol oynayan bireysel, ailesel, sosyal ve biyolojik faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde olduğu ve bu etkileşimin

bağımlılık sürecini çok boyutlu ve dinamik bir yapıya dönüştürdüğü anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, söz konusu faktörler arasında özellikle aile, bireyin gelişim sürecinde ilk ve en etkili sosyal çevre olması nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Bireyin değer yargılarının, davranış kalıplarının ve baş etme becerilerinin büyük ölçüde aile ortamında şekillenmesi, ailenin bağımlılık sürecindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Bu nedenle bağımlılığın anlaşılmasında ve önlenmesinde aile faktörlerinin ayrıntılı biçimde ele alınması gerekmektedir.

Sonuç olarak bağımlılık; biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve toplum sağlığı açısından önemli sonuçlar doğuran bir durum olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede yalnızca bireye yönelik değil, aileyi ve toplumu da kapsayan bütüncül yaklaşımların geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bir insanın yaşamında ailenin önemi dikkate alınırsa bağımlılık konusunda aileyi ayrıca ele almanın çok önemli olduğu düşünülmektedir.

3. Bağımlılık ve Aile

Ailenin kökeni, tarih öncesi dönemdeki hominid atalarımıza kadar uzanır.[18] Tarihsel varlığı çok eskilere dayanan aile dünyadaki değişme ve gelişmelere paralel olarak birçok değişim ve gelişim geçirmiştir.

Aile; evlilik, kan bağı veya sosyal bağlar temelinde kurulan ve bireylerin birlikte yaşamlarını sürdürdüğü en küçük toplumsal birim olarak tanımlanmaktadır.[3] Aileyi 'iki veya daha fazla kişiden oluşan aralarında doğum, evlilik, evlat edinme nedeniyle bağ olan ve aynı hanede yaşayan' bireyler olarak tanımlamıştır.[18] Aynı zamanda aile, bireyin sosyalleştiği ilk kurum olup toplumun devamlılığını sağlayan en önemli yapı taşlarından biridir.[19] Bir çocuğun aile ilişkisi içerisinde yer alan anne, baba, kardeşler ve diğer aile üyeleri ile ilişkileriyle toplumsal yaşamda, dış dünyada ilişkileri şekillenmektedir. Başka bir deyişle aile çocuğun hayatının her döneminde diğer bireylerle kuracağı ilişkilerinin temelini oluşturmaktadır Bireyin diğer insanlarla kuracağı ilişkilerin temeli de aile içinde atılmaktadır.[20]

Kavramsal ve kurumsal açıdan insanlık tarihi kadar eski olan aile, toplumsal değişimlere paralel olarak sürekli dönüşüm göstermiştir.

Günümüzde aile insan yaşamında gerekli olan barınma, beslenme ve sağlık gibi temel gereksinimlerin karşılanmasını kapsayan biyolojik işlev, aile üyelerinin sevgi, güven gibi duygusal ihtiyaçlarını karşılanmasını kapsayan psikolojik işlev, aile içinde gelir kaynaklarının elde edilmesi, elde edilen kaynakların paylaşımını içeren ekonomik işlev, toplumsal değerlerin, normların ve davranış kalıplarının bireylere aktarılması olarak açıklanan eğitim işlevi; geleneklerin, inançların, değerlerin ve kültürel mirasın yeni kuşaklara aktarılması kapsamında kültürel işlev ve bireylerin toplumla uyumlu bir şekilde yaşamalarını sağlayacak değer, norm ve davranışların kazandırılmasını kapsayan toplumsal işlevleri aile yerine getirmektedir.[21] Bir ailenin dayanıklılığı ve sağlamlığı ailelerin sözü edilen işlevlerin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesinde ve karşılaştıkları zorlanmalı yaşam olaylarında işlevselliklerini koruması, sürdürmesi ve yeniden düzenleyebilmesine bağlı olarak değerlendirmektedir.[22] Ailenin işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirememesi, ailenin sağlamlığını ve dayanıklılığını azaltmakta, aile tehlikelere açık hale gelmektedir. Bu durum başta bağımlılık olmak üzere birçok sorunu da beraberinde getirmektedir.

Aile, bireyin doğduğu andan itibaren zihinsel, duygusal ve sosyal gelişimini şekillendiren en temel sosyal kurumdur. Bireyin yaşam boyu sürdüreceği davranış örüntüleri, değerler sistemi ve kişilerarası ilişkileri büyük ölçüde aile ortamında edinilmektedir. Bu nedenle bağımlılık olgusu, yalnızca bireysel bir sorun olarak değil, aile sistemi içinde değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir süreç olarak ele alınmaktadır. Günümüzde, bağımlılığın artışına paralel olarak, önleme ve müdahale çalışmalarında da artış olduğu görülmektedir ancak bağımlılığın birey üzerindeki etkileri kadar, aile sistemi üzerindeki yıkıcı etkileri de dikkat çekmektedir. Aile bir sistemdir ve içinde yer alan bireyler hem teker teker birbirleriyle hem de aile bütünüyle sürekli bir etkileşim durumundadırlar.[18]

Aile desteği, özellikle çocuk sahibi bireylerde bağımlılıkla mücadele sürecinde önemli bir motivasyon kaynağı olarak öne çıkmaktadır. Katılımcılar için çocuklarının varlığı, onları yalnız bırakmama isteğiyle birlikte tedaviye yönelten güçlü bir etken olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda madde kullanımı, aile bütünlüğünü tehdit eden bir

durum olarak algılanmakta ve aile içinde çeşitli sorunlara yol açabilmektedir.[23,24]

Araştırma bulguları, madde kullanan bireylerin duygusal bağlarını koruma isteği nedeniyle ailelerinden tamamen kopmak istemediklerini ve bu nedenle zaman zaman kendi kendine tedavi yöntemlerine başvurduklarını göstermektedir. Özellikle ebeveyn olan bireylerde, çocuklarını yalnız bırakma korkusunun bu süreçte belirleyici olduğu dikkat çekmektedir. Bununla birlikte elde edilen sonuçlar, aile ve eş desteğinin bağımlılıkla mücadelede önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bireylerin sosyal çevreleri tarafından dışlanmadıkları durumlarda, maddeyi bırakma konusunda daha istekli ve kararlı oldukları gözlemlenmiştir.[25] Araştırma kapsamında ayrıca, bireylerin kendi kendine tedavi girişimlerinde bulundukları dönemlerde, sevdikleri kişilerden gördükleri manevi desteğin ve yalnız olmadıklarını hissetmelerinin önemli bir güç kaynağı olduğu anlaşılmaktadır. Bu destek, bireylerin tedavi sürecine daha güçlü şekilde katılmalarına ve süreçte daha kararlı bir tutum sergilemelerine katkı sağlamaktadır.

Bağımlı bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanması; aile içi rollerin bozulmasına, ebeveyn-çocuk ilişkilerinin zayıflamasına ve aile bireylerinin yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.[26,27] Bu durum, aile işlevselliğinin bozulmasına yol açmakta, işlevsellikler bozulunca problemler artmakta, başka bir deyişle ailede başta bağımlılık olmak üzere sorunlar kısır bir döngüye girmektedir. Sonuçta bağımlılığın yalnızca bireysel değil, aynı zamanda ailesel bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşamın erken dönemlerinde aile içinde kurulan güvene dayalı ilişkiler, bireyin ilerleyen yaşamında kuracağı sosyal ilişkilerin temelini oluşturmaktadır.[28] Bu bağlamda aile, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişiminin gerçekleştiği temel ortamdır.

Bağımlılık ve aile ilişkisi çift yönlü bir etkileşim göstermektedir. Aile, bağımlılığın nedeni olabildiği gibi sonucu da olabilmektedir. Sağlıksız aile işlevleri bağımlılığa zemin hazırlarken, bağımlılık da aile içi ilişkileri olumsuz etkileyerek bir kısır döngü oluşturmaktadır.[29,30] Bu bağlamda bağımlılık; aile içi iletişimi zayıflatan, rollerin değişmesine neden olan ve duygusal yükü artıran bir süreçtir. Aynı zamanda

bağımlı bireyin davranışları, aile üyelerinde suçluluk, utanç ve çaresizlik gibi duyguların gelişmesine neden olabilmektedir. Ailenin bağımlılıkta iki rolü olduğu söylenebilir. Bunlar bağımlılıkta ailenin koruyucu rolü, diğeri ise bağımlılıkta risk faktörü olarak aile.

4. Ailenin Bağımlılıkta Risk Faktörü Olarak Rolü

Aile, bireyin doğumundan itibaren içinde bulunduğu ilk sosyal çevre olması nedeniyle davranış gelişimi üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bireyin değer yargıları, tutumları, duygusal tepkileri ve baş etme becerileri büyük ölçüde aile ortamında şekillenmektedir. Bu nedenle aile, bağımlılığın ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde hem koruyucu hem de risk artırıcı bir rol üstlenebilmektedir. Özellikle aile işlevlerinin sağlıklı olmadığı durumlarda, bireyin bağımlılık geliştirme olasılığı artmaktadır.

Aile içi iletişim, bireyin psikolojik gelişiminde kritik bir faktördür. Sağlıklı iletişimin olmadığı, duyguların açıkça ifade edilmediği ve bireylerin birbirlerini anlamakta zorlandığı aile ortamlarında, çocuklar duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük yaşayabilmektedir. Bu durum, bireyin stresle baş etme becerilerinin zayıf kalmasına ve olumsuz duygularla baş etmek için madde kullanımına yönelmesine neden olabilmektedir.[31] Duygusal ihmal, bireyin kendini değersiz hissetmesine yol açarken, bu durum bağımlılık yapıcı maddelere yönelimi artıran önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.

Aile içi şiddet ve çatışma ortamı da bağımlılık riskini artıran önemli etkenler arasında yer almaktadır. Fiziksel, duygusal ya da psikolojik şiddete maruz kalan bireylerde travmatik etkiler ortaya çıkmakta ve bu bireyler yaşadıkları olumsuz duyguları bastırmak amacıyla madde kullanımına yönelebilmektedir.[12] Bu bağlamda travmatik yaşantılar ile bağımlılık arasında güçlü bir ilişki olduğu literatürde sıkça vurgulanmaktadır.

Ebeveyn tutumları, bağımlılık gelişiminde önemli bir belirleyicidir. Aşırı otoriter, baskıcı ya da aşırı hoşgörülü ve denetimsiz ebeveyn tutumları, çocukların sağlıklı sınırlar geliştirmesini zorlaştırmaktadır. Tutarsız ebeveyn davranışları ise çocuklarda güven duygusunun zedelenmesine ve davranış problemlerinin artmasına yol açmaktadır. Bu

tür aile ortamlarında yetişen bireylerin riskli davranışlara yönelme olasılığı daha yüksek olmaktadır.[32]

Ailede madde kullanımının bulunması, çocuklar için olumsuz bir model oluşturmaktadır. Sosyal öğrenme kuramına göre bireyler, davranışları gözlem yoluyla öğrenmektedir. Bu doğrultuda ebeveynlerin madde kullanımı, çocukların bu davranışı normalleştirmesine ve zamanla benimsemesine neden olabilmektedir.[33] Aynı şekilde aile içerisinde suç davranışlarının varlığı da bireyin norm algısını olumsuz etkileyerek bağımlılık riskini artırmaktadır.[34] Yapılan bir çalışmada, ailesel etkilerin ergenin madde kullanımı üzerinde bireysel özellikler ve arkadaş etkisi kadar önemli olduğu belirtilmektedir. Bu etkiler; ebeveynin ruhsal hastalıkları, baskın mizaç özellikleri, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey ve göçmenlik gibi sosyokültürel faktörleri içermektedir.[29]

Parçalanmış aile yapıları, boşanma, ebeveyn kaybı ve aile içi kopukluklar da bireyin psikolojik güvenliğini zedeleyen önemli faktörlerdir. Bu tür durumlar, bireyin yalnızlık, değersizlik ve güvensizlik duyguları yaşamasına neden olmakta ve bu duygularla baş edebilmek için madde kullanımına yönelme riskini artırmaktadır.[35] Ayrıca ebeveynlerin çocuklarına yeterli ilgi göstermemesi, onların duygusal ihtiyaçlarını karşılamaması ve çocuklara sorumluluk verilmemesi de bağımlılık gelişimini destekleyen unsurlar arasında yer almaktadır.[14]

Aşırı koruyucu aile yapıları da bağımlılık açısından risk oluşturabilmektedir. Çocukların bağımsızlık geliştirmesine izin verilmemesi, onların problem çözme becerilerinin gelişimini engelleyebilmekte ve stresli durumlarla karşılaştıklarında sağlıklı baş etme stratejileri geliştirememelerine neden olabilmektedir. Bu durum, bireyin dışsal baş etme yollarına yönelmesini kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte, sosyoekonomik düzey de aile kaynaklı önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Düşük gelir düzeyi, işsizlik ve ekonomik yetersizlikler, aile içi stresin artmasına ve bireylerin yaşam doyumunun azalmasına neden olmaktadır. Bu tür koşullar altında büyüyen bireyler, yaşamlarındaki olumsuzluklarla baş edebilmek için bağımlılık yapıcı maddelere yönelebilmektedir. Eğitim düzeyinin

düşük olması ve sosyal destek sistemlerinin yetersizliği de bu süreci olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.

Aile içindeki bağlanma örüntüleri de bağımlılık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Güvensiz bağlanma stillerine sahip bireylerin, duygusal ihtiyaçlarını sağlıklı yollarla karşılamakta zorlandıkları ve bu nedenle bağımlılık davranışlarına daha yatkın oldukları belirtilmektedir. Özellikle erken çocukluk döneminde güvenli bağlanmanın sağlanamaması, bireyin ilerleyen yaşamında riskli davranışlar geliştirmesine zemin hazırlayabilmektedir.[36]

Sonuç olarak aile, bağımlılık sürecinde merkezi bir rol oynamaktadır. Sağlıksız aile yapıları, iletişim problemleri, ebeveyn tutumları, sosyoekonomik yetersizlikler ve travmatik yaşantılar bağımlılık riskini artıran temel faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede yalnızca bireye odaklanmak yeterli olmayıp, aile yapısının da bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Aile temelli önleme ve müdahale programları, bağımlılığın ortaya çıkışını engellemede ve tedavi sürecini desteklemede önemli bir rol oynamaktadır.

5. Ailenin Koruyucu ve Destekleyici Rolü

Aile, bireyin gelişim sürecinde en temel sosyal çevreyi oluşturması nedeniyle bağımlılığın önlenmesinde en önemli koruyucu faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bireyin çocukluk döneminden itibaren kazandığı değerler, tutumlar ve davranış kalıpları büyük ölçüde aile ortamında şekillenmektedir. Bu nedenle sağlıklı işleyen aile yapıları, bireyin riskli davranışlardan uzak durmasını sağlayarak bağımlılığa karşı koruyucu bir işlev üstlenmektedir.

Sağlıklı aile ilişkileri, bireyin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Açık iletişimin olduğu, sevgi ve güven temelli ilişkilerin kurulduğu aile ortamlarında bireyler kendilerini ifade etme konusunda daha rahat olmakta ve yaşadıkları sorunları paylaşabilmektedir. Bu durum, bireyin stresle baş etme becerilerinin gelişmesine katkı sağlamakta ve bağımlılık yapıcı maddelere yönelme ihtimalini azaltmaktadır.[14] Duyguların bastırıldığı ya da ifade edilmediği aile ortamlarının aksine, sağlıklı iletişimin bulunduğu

ailelerde bireyler duygusal düzenleme becerilerini daha etkin bir şekilde geliştirebilmektedir.

Ebeveynlerin çocuklarına gösterdiği ilgi, şefkat ve destek, çocukların aidiyet duygusunun gelişiminde belirleyici bir rol oynamaktadır. Kendini değerli hisseden ve ailesi tarafından kabul gören bireyler, dış çevreden gelen olumsuz etkilere karşı daha dirençli olmaktadır. Bu durum, bireyin benlik saygısını artırarak riskli davranışlardan uzak durmasına katkı sağlamaktadır.[37] Özellikle ergenlerin; sıcak, tutarlı ve onların psikolojik özerklik ihtiyaçlarını kabul eden demokratik tutuma sahip ebeveynlere sahip olmalarının önemli olduğu belirtilmektedir.[38] Aile üyeleri arasında güçlü duygusal bağların kurulması, bireyin yalnızlık ve değersizlik gibi duygular yaşamasını engelleyerek bağımlılığa yönelme riskini azaltmaktadır.

Aile içinde birlikte geçirilen zamanın niteliği de bağımlılığın önlenmesinde önemli bir faktördür. Ortak etkinlikler, aile içi paylaşımın artmasına ve bireyler arasındaki bağın güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu tür etkileşimler, bireyin sosyal destek algısını artırarak kendisini daha güvende hissetmesine yardımcı olmaktadır. Sosyal destek düzeyinin yüksek olması ise bireyin stresli durumlarla daha sağlıklı baş etmesini sağlayarak bağımlılık riskini azaltmaktadır.[39]

Ebeveyn denetimi, bağımlılığın önlenmesinde önemli bir koruyucu mekanizma olarak değerlendirilmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının arkadaş çevresini, günlük aktivitelerini ve davranışlarını takip etmesi, riskli durumların erken fark edilmesini sağlamaktadır. Araştırmalar, ebeveyn denetiminin yüksek olduğu ailelerde çocukların madde kullanımına yönelme olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir. Ancak bu denetimin baskıcı değil, rehberlik edici ve destekleyici bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Aile içindeki tutarlı disiplin anlayışı da bağımlılığın önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kuralların açık ve net olması, çocukların sınırlarını öğrenmesine ve davranışlarını düzenlemesine yardımcı olmaktadır. Tutarlı ebeveyn tutumları, çocuklarda güven duygusunu pekiştirirken, tutarsız ve değişken tutumlar çocukların davranışlarını kontrol etmekte zorlanmalarına neden olabilmektedir.[31] Ayrıca ailelerin çocuklarına problem çözme ve stresle baş etme

becerileri kazandırması, bağımlılığa karşı önemli bir koruyucu faktördür. Bireylerin karşılaştıkları sorunlarla baş edebilme kapasitesine sahip olmaları, onları bağımlılık yapıcı maddelere yönelmekten alıkoymaktadır. Bu bağlamda aile, çocukların duygusal dayanıklılık geliştirmesinde temel bir rol oynamaktadır.[40]

Aile içindeki bağlanma ilişkileri de bağımlılık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Güvenli bağlanma geliştiren bireyler, kendilerini daha güvende hissetmekte ve sosyal ilişkilerde daha sağlıklı davranışlar sergilemektedir. Buna karşılık güvensiz bağlanma stilleri, bireyin duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmasına ve bağımlılık davranışlarına yönelmesine neden olabilmektedir.[36]

Sosyoekonomik açıdan dengeli aile ortamları da bağımlılığın önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ekonomik istikrar, aile içi stres düzeyini azaltarak bireylerin daha sağlıklı bir ortamda yetişmesini sağlamaktadır. Bunun yanı sıra eğitim düzeyi yüksek ailelerde çocukların bilinçli karar verme becerilerinin daha gelişmiş olduğu ve riskli davranışlardan daha uzak durdukları görülmektedir.[15]

Ailelerin bağımlılıkla ilgili farkındalık düzeyi de koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bağımlılığın zararları konusunda bilinçli olan aileler, çocuklarını bu konuda daha iyi yönlendirebilmekte ve riskli durumlara karşı daha erken önlem alabilmektedir. Bu durum, özellikle ergenlik döneminde önemli bir koruyucu etki yaratmaktadır.

Sonuç olarak aile, bağımlılığın önlenmesinde en güçlü koruyucu faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Sağlıklı iletişim, güçlü duygusal bağlar, ebeveyn denetimi, tutarlı disiplin anlayışı ve sosyal destek gibi unsurlar, bireyin bağımlılığa karşı direnç geliştirmesinde belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede aile odaklı önleme programlarının geliştirilmesi ve ailelerin bu süreçte aktif bir şekilde desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

Bağımlılıkla mücadele süreci, yalnızca bireye yönelik müdahalelerle sınırlı kalamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu nedenle günümüzde bağımlılık tedavisinde birey odaklı yaklaşımların yanı sıra aileyi de kapsayan bütüncül müdahale modelleri ön plana çıkmaktadır. Aile, bireyin yaşamındaki en yakın sosyal çevre olması nedeniyle hem bağımlılığın ortaya çıkışında hem de

tedavi sürecinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen aile temelli müdahaleler, bağımlı bireyin tedaviye uyumunu artırmakta, nüks (tekrar kullanım) riskini azaltmakta ve uzun vadeli iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır.

Aile temelli müdahaleler, bağımlılığı yalnızca bireyin sorunu olarak ele almak yerine, aile sistemi içerisinde değerlendiren yaklaşımları içermektedir. Bu yaklaşımlarda amaç, aile içi iletişimi güçlendirmek, sağlıksız etkileşim örüntülerini değiştirmek ve aile üyelerinin destekleyici rollerini geliştirmektir.[41] Aile bireylerinin sürece aktif katılımı, bağımlı bireyin yalnızlık hissini azaltmakta ve tedavi motivasyonunu artırmaktadır. Ayrıca aile üyelerinin bağımlılık hakkında bilinçlendirilmesi, yanlış tutum ve davranışların önüne geçilmesine yardımcı olmaktadır.

Literatürde ailelerin destek gruplarına katılımının bağımlılık tedavisinde önemli bir yer tuttuğu vurgulanmaktadır. Destek grupları, aile bireylerinin benzer deneyimler yaşayan kişilerle bir araya gelerek duygularını paylaşmalarına olanak tanımaktadır. Bu süreç, aile üyelerinin yalnızlık duygusunu azaltmakta ve baş etme becerilerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır.[42] Aynı zamanda bu gruplar, aile bireylerinin bağımlı bireye nasıl yaklaşmaları gerektiği konusunda bilgi edinmelerine yardımcı olmaktadır.[43]

Aile danışmanlığı hizmetleri de bağımlılıkla mücadelede önemli bir yer tutmaktadır. Bu hizmetler kapsamında aile üyelerine iletişim becerileri, problem çözme stratejileri ve sağlıklı sınır koyma konusunda eğitimler verilmektedir. Aile temelli terapi yaklaşımlarının, bağımlılık tedavisinde bireyin iyileşme sürecini desteklediği ve nüks riskini azalttığı belirtilmektedir.[41,31] Aile danışmanlığı, bireyin tedaviye uyumunu artırmanın yanı sıra, aile içi işlevselliğin yeniden yapılandırılmasına da katkı sağlamaktadır.

Yapılandırılmış aile terapileri, bağımlılık tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu terapilerde aile içi roller, iletişim kalıpları ve davranış örüntüleri sistematik olarak ele alınmakta ve gerekli değişiklikler planlı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Özellikle çok boyutlu aile terapisi ve davranışçı aile terapisi gibi yaklaşımlar, bağımlı bireylerin tedavi sürecinde olumlu sonuçlar vermektedir.[41]

Bu tür terapiler, yalnızca bağımlı bireyin değil, tüm aile sisteminin iyileşmesini hedeflemektedir.

Aile temelli müdahalelerin önemli bir boyutu da psiko-eğitim çalışmalarıdır. Bu çalışmalar, aile bireylerinin bağımlılık süreci, belirtileri ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktadır. Bilinçli aileler, bağımlı bireyin davranışlarını daha iyi anlayabilmekte ve sürece daha sağlıklı katkı sunabilmektedir. Ayrıca psiko-eğitim programları, aile üyelerinin yanlış inanç ve tutumlarını değiştirmeye yardımcı olmaktadır.[44]

Bağımlılık tedavisinde sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Aile desteği, bireyin tedavi sürecinde karşılaştığı zorluklarla baş etmesini kolaylaştırmakta ve motivasyonunu artırmaktadır. Araştırmalar, sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin tedavi süreçlerinde daha başarılı olduklarını ve nüks oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir.[45] Bu bağlamda aile, bireyin sosyal destek sisteminin en önemli bileşenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Aile içi işlevsellik ve ebeveyn denetimi bağımlılığa karşı koruyucu bir rol üstlenirken[46], iş-aile çatışması ve akran normları gibi stres ve sosyal çevre kaynaklı faktörler ise bağımlılık riskini artırabilmektedir.[46] Bu durum, bağımlılığın biyopsikososyal bir çerçevede değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Aile temelli müdahalelerde dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri de 'eş bağımlılık durumudur. Bazı durumlarda aile üyeleri, farkında olmadan bağımlı bireyin davranışlarını destekleyici tutumlar sergileyebilmektedir. Örneğin bireyin sorumluluklarını üstlenmek ya da sorunlarını örtbas etmek gibi davranışlar, bağımlılığın sürmesine katkı sağlayabilmektedir. Bu nedenle müdahale süreçlerinde aile üyelerinin bu tür davranışları fark etmeleri ve değiştirmeleri büyük önem taşımaktadır.[47]

Bağımlılıkla mücadelede aile temelli önleyici programlar da önemli bir yer tutmaktadır. Bu programlar, bağımlılık ortaya çıkmadan önce aileleri bilinçlendirmeyi ve çocukların sağlıklı gelişimini desteklemeyi amaçlamaktadır. Özellikle ebeveynlere yönelik eğitim programları, çocukların riskli davranışlardan korunmasında etkili olmaktadır. Bu tür programlar, iletişim becerilerinin geliştirilmesi, sınır koyma ve

problem çözme becerilerinin kazandırılması gibi konuları kapsamaktadır.[31]

Aile temelli müdahalelerin etkili olabilmesi için kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Aile yapısı, değerler sistemi ve toplumsal normlar, müdahale sürecinin başarısını doğrudan etkileyebilmektedir. Bu nedenle müdahale programlarının kültürel duyarlılıkla hazırlanması önem taşımaktadır.

Bağımlılıkla mücadelede aile temelli müdahaleler ve destek süreçleri vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Aileyi sürece dahil eden yaklaşımlar, bireyin tedaviye uyumunu artırmakta, nüks riskini azaltmakta ve uzun vadeli iyileşmeyi desteklemektedir. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede bütüncül ve çok disiplinli yaklaşımların benimsenmesi, ailelerin aktif katılımının sağlanması ve destek sistemlerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Sonuç

Bu çalışma kapsamında bağımlılık kavramı; tarihsel gelişimi, tanımsal çerçevesi ve çok boyutlu yapısı açısından ele alınmış, bağımlılığın bireysel, ailesel, sosyal ve biyolojik boyutları bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, bağımlılığın yalnızca bireyin irade zayıflığına indirgenemeyecek kadar karmaşık bir yapıya sahip olduğunu, aksine farklı faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çok yönlü bir süreç olduğunu göstermektedir.

Bağımlılığa ilişkin farklı tanımlar incelendiğinde; kontrol kaybı, yoksunluk belirtileri, zararlara rağmen kullanımın sürdürülmesi ve bireyin fiziksel ile psikolojik işlevlerinde bozulmaların meydana gelmesi gibi unsurların ortak olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra tolerans gelişimi ve yoğun istek gibi özellikler, bağımlılığın klinik boyutunu güçlendirmekte ve bu durum bağımlılığın kronik bir beyin hastalığı olarak değerlendirilmesini desteklemektedir. Bu bağlamda bağımlılığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları içeren çok katmanlı bir yapı olduğu anlaşılmaktadır.

Bağımlılığın ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörleri incelendiğinde, bireysel özellikler, aile yapısı, sosyal çevre ve biyolojik yatkınlığın birlikte belirleyici olduğu görülmektedir. Özellikle stresle baş etme

yetersizliği, düşük benlik saygısı ve dürtüsellik gibi bireysel faktörler; aile içi iletişim problemleri, ebeveyn tutumları ve işlevsel olmayan aile yapıları gibi ailesel etkenler; akran etkisi, sosyoekonomik koşullar ve çevresel faktörler ile genetik yatkınlık ve nörobiyolojik süreçler bağımlılık gelişimini destekleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Bu durum, bağımlılığın tek bir nedene bağlı olarak açıklanamayacağını açıkça ortaya koymaktadır.

Aile faktörü, bağımlılık sürecinde hem risk artırıcı hem de koruyucu bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Sağlıksız aile ortamları, duygusal ihmal, iletişim eksikliği ve olumsuz ebeveyn tutumları bireyin bağımlılığa yönelme olasılığını artırırken; sevgi, destek ve güven temelli aile ilişkileri bireyin riskli davranışlardan uzak durmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca aile ile bağımlılık arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu, bağımlılığın aile yapısını olumsuz etkilediği ve aile içi sorunların da bağımlılığı pekiştirebildiği görülmektedir. Bu karşılıklı etkileşim, bağımlılığın yalnızca bireysel değil aynı zamanda sistemik bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır.

Bağımlılığın önlenmesi ve tedavisinde aile temelli müdahalelerin önemi bu çalışma kapsamında açıkça ortaya konmuştur. Aileyi sürece dahil eden yaklaşımların, bireyin tedaviye uyumunu artırdığı, nüks riskini azalttığı ve iyileşme sürecini desteklediği anlaşılmaktadır. Aile terapileri, danışmanlık hizmetleri ve destek grupları gibi uygulamalar, bağımlılıkla mücadelede etkili yöntemler arasında yer almaktadır. Bu nedenle bağımlılık tedavisinde yalnızca bireye odaklanan yaklaşımların yetersiz kaldığı, aileyi ve sosyal çevreyi kapsayan bütüncül müdahalelerin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak bağımlılık; biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve aile ile toplum yapısını olumsuz etkileyen çok boyutlu bir sorundur. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede önleyici çalışmaların güçlendirilmesi, aile temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması ve çok disiplinli yaklaşımların benimsenmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle ailelerin bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi, bağımlılığın hem ortaya çıkmasının önlenmesinde hem de tedavi sürecinin başarıya ulaşmasında kritik bir rol oynamaktadır.

Öneriler:

- Ailelerin bağımlılık konusunda bilinçlendirilmesine yönelik eğitim programları yaygınlaştırılması,
- Aile içi iletişimi güçlendiren, açık ve destekleyici etkileşimi teşvik eden çalışmalar artırılması,
- Ebeveynlere yönelik rehberlik hizmetleri ile çocukların gelişimsel ihtiyaçlarını doğru şekilde karşılamalarına destek olunması,
- Ailelerin çocuklarıyla nitelikli zaman geçirmeleri teşvik edilmesi,
- Ebeveyn denetimi, baskıcı olmadan, rehberlik edici bir yaklaşımla güçlendirilmesi,
- Okullarda bağımlılık farkındalığını artırmaya yönelik düzenli eğitim programları uygulanmalıdır.
- Okul-aile iş birliği güçlendirilerek öğrencilerin gelişimi bütüncül bir yaklaşımla desteklenmesi,
- Sosyal beceri eğitimleri ile bireylerin aileleri ile sağlıklı ilişkiler kurmalarının desteklenmesi,
- Bağımlılık tedavisinde aile temelli müdahaleler yaygınlaştırılması,
- Aile terapileri ve grup terapileri daha sistematik şekilde uygulanması.
- Psiko-eğitim programları ile bireyler ve aileler bağımlılık süreci hakkında bilgilendirilmesi,
- Bağımlılığa yönelik aile farkındalık oluşturacak kampanyalar artırılmalıdır.

Kaynakça

1- Kara, İ. (2014). Şiddete dayalı suçlarda bağımlılık ve bağımlılık merkezlerinin iyileştirmedeki rolleri: İzmir örneği (Yayınlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.Khantzian, 1997

2- Gövebakan, M., & Duyan, V. (2015). Madde bağımlılığı: Bir halk sağlığı sorunu. *Sosyal Hizmet Dergisi, 26*(2), 45–60.

3- *Türk Dil Kurumu. (t.y.). Bağımlılık. https://sozluk.gov.tr/* Erişim tarihi: 10.04.2026.

4- Yeşilay. (t.y.). *Bağımlılık nedir?* Erişim tarihi: 14 Nisan 2026, https://www.yesilay.org.tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir/. + Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (t.y.).

Bağımlılık nedir? Erişim adresi: https://www.yesilay.org.tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir/ *Yeşilay, 2026).* Erişim Tarihi: 7.04.2026. → Benzer iki kaynak mevcut. Kontrol edilip biri seçilmeli

5- Uzbay, İ. T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Meslek içi sürekli eğitim dergisi*, *21*(22), 5-14.

6- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabının tanı ölçütleri başvuru kitabı (5. baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

7- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.

8- Tarhan, N. (2019). Mutluluk psikolojisi ve stresle başa çıkma. Timaş Yayınları.

9- Küçükşen, K., Şener, M. M., Tekin, H. H., & Demirel, B. (2016). Madde bağımlısı bireylerde aile işlevselliği ve sosyal destek algısı. *The Journal of Academic Social Science Studies, 53*, 199–212.

10- Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction. *Cell, 162*(4), 712–725.

11- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231–244.

12- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1141*, 105–130.

13- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review, 28*(1), 78–106.

14- Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review, 24*(2), 93–109.

15- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). *World drug report 2018*. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2018.html

16- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience, 8*(11), 1445–1449

17-Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology, 35*(1), 217–238.

18- Gladding, S. T. (2017). Aile Terapisi, Tarihi, Kuram ve Uygulamaları (İ. Keklik, İ. Yıldırım Çev. Ed.). Ankara: Türk PDR Yayınları.

19- Turğut, F. (2017). Tarihsel süreçte aile kurumunun dönüşümü ve geleceğine yönelik çıkarımlar. *Medeniyet ve Toplum, 1*(1), 93–117.

20- Tezcan, M. (1991). *Sosyolojiye Giriş*. Ankara: Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları.

21- Kır, İ. (2011). Toplumsal bir kurum olarak ailenin işlevleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 10(36), 381–404.

22- Sert, M. (2021). Aileden kaynaklı olağanüstü durumlar. Çocuk ve ergenlerde olağanüstü durumlarda psikososyal destek. İçinde N. Sargın (Ed.), (ss. 81–160). Nobel Akademik Yayıncılık.

23- Gürsu, O. (2018). Madde bağımlılığı ve din: HİGED örneği. *Türk Bağımlılık Dergisi, 5*(1), 37–54.

24- Duyan, V., & Gövebakan, R. (2021). *Madde bağımlılığı ve aile*. Yeni İnsan Yayınevi.

25- Bayraktar, A.H., Aktürk, İ. Ve Yaman, Ö.M. (2024). Madde Kullanan Kişilerde Kendi Kendini Tedavi Yönteminde Öne Çıkan Unsurlar. Bağımlılık Dergisi. Cilt: 25, Sayı: 1, Sayfa: 69-80.

26- Bircan, S. ve Erden, G. (2011). Madde bağımlılığı: aile ile ilgili olası risk faktörleri, algılanan ebeveyn kabul-reddi ve çocuk yetiştirme stilleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 18(3), 211-222.

27- Yoldaş, F., & Demircioğlu, H. (2020). Bağımlı bireylerde aile yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 29*(3), 210–218.

28- Yörükoğlu, A. (2000). *Çocuk ruh sağlığı.* İstanbul: Özgür Yayınları.

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

30- Erdim L. Alkolizmin aile ve çocuk üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2019;6(1): 193-200.

31- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist, 58*(6–7), 457–465.

32- Dishion, T. J., (1998). Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*(1), 61–75.

33- Yılmaz, A., Kaya, Z., & Demir, B. (2021). Ebeveyn bağımlılığı ve çocuklar üzerindeki etkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 28*(2), 101–115.

34- Ballester, L., Valero, M., Orte, C., & Amer, J. (2020). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of* Social Work, 23(1), 93-105.

35- Atlam, D. H., & Yüncü, Z. (2017). Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 20*(3), 161–170.

36- Bowlby, J. (1990). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books.

37- King, V., & Boyd, L. M. (2016). Factors associated with perceptions of family belonging among adolescents. *Journal of Marriage and Family, 78*(4), 1114–1130.

38- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence, 11*(1), 1–19.

39- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.

40- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227–238.

41- Liddle, H. A. (2010). Multidimensional family therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19*(3), 513–528.

42- Çam, O., & Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği*. İstanbul Tıp Kitabevi.

43- Cüceler, S., Yılmaz, M., & Türkleş, S. (2022). Madde bağımlısı bireylerin yaşadığı psikososyal sorunlar, uygulanan kanıt temelli müdahaleler ve hemşireliğin rolü. *Bağımlılık Dergisi, 23*(1), 105–110.

44- Uluğ, B. (2021). Bağımlılıkta psikososyal müdahaleler ve aile desteği. *Psikoloji Çalışmaları, 41*(1), 33–47.

45- Küçükşen, K., Toptaş Böcü, T., & Çetin, S. (2023). Yetişkin bireylerde aile bütünlük duygusunun yaşam doyumu üzerindeki etkisi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 13*(1), 119–130.

46- Wang, M., Dishion, T. J., Stormshak, E. A., & Willett, J. B. (2010). Trajectories of family management practices and early adolescent behavioral outcomes. *Developmental Psychology, 46*(5), 1324–1341

47- Feyzioğlu, A., Emiral, E., Altundal, N., & Tikici, Z. A. (2019). Eşbağımlılık ve aleksitiminin bağımlılık riski çerçevesinde incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, *20*(3), 109-118.

BAĞIMLILIKLARLA MÜCADELENİN OKUL BOYUTU

Nesrin ÖZARSLAN
Millî Eğitim Bakanlığı Şube Müdürü
nesrin.ozarslan@meb.gov.tr, ORCID: 0009-0008-6288-6085

Eğitimin ışığıyla başlayan fetih yolculuğu,
Bağımlılığın karanlık girdabında son bulmasın.
Kutsal vatan toprağına kök salan ulu çınar,
Bağımlılığın zincirleriyle hapsolmasın.
Bilge Kağan'ın çağrısı, Dedem Korkut'un görklü duasıyla
'Yerli Karadağların yıkılmasın.'
(N. Özarslan)

Giriş

Okullar, belirli bir program çerçevesinde tasarlanmış ders içeriklerinin çeşitli pedagojik yöntem ve teknikler aracılığıyla öğrenme çıktısına dönüştürüldüğü kurumsal yapılardır. Bu yönüyle bir taraftan formel eğitimin disiplin ve düzen gerektiren yapısını barındırırken diğer taraftan informel öğrenme süreçlerine de zemin hazırlayan çok katmanlı bir işlev üstlenirler. Eğitsel, sosyal, kültürel, ekonomik, sanatsal ve siyasal dinamiklerin etkisi altında şekillenen okullar; çevre, eğitim yöneticileri, öğretmenler, öğrenciler ve öğrenci velileri arasındaki etkileşim aracılığıyla bilgi aktarımını, toplumsal değerlerin, normların ve paradigmaların yeniden üretimini sağlayan sosyolojik bir merkez niteliği taşırlar. Bu bağlamda okullar, bireysel gelişim ile toplumsal dönüşüm arasında köprü kuran kültürel sürekliliği güvence altına alırken aynı zamanda yeni anlam dünyalarının inşasına imkân veren stratejik kurumlar olarak öne çıkmaktadır.[1]

Dewey, okulların üç temel görevinin olduğunu belirtir. Bunlar sırasıyla geliştirilmek istenen becerilerin düzenlenmesi; toplumun sıkı

sıkıya koruduğu ve direnç gösterdiği gelenek ve göreneklerin berraklaştırılarak ülküleştirilmesi; gençlere bir vizyon kazandırmak suretiyle dışarıdan herhangi bir güdüm olmaksızın içinde yetiştiği çevreden daha büyük ve daha kapsayıcı bir yaşam alanı oluşturma gücünün kazandırılmasıdır.[2]

Okullarda, çok paydaşlı açık sistem içinde istendik kazanımlar olduğu kadar zararlı alışkanlıkların, istenmeyen davranışların, çeşitli risk faktörlerinin ve sayısız uyarıcıyla tetiklenebilecek bağımlılıkların gözlenmesi de kaçınılmazdır. Bundan dolayı, öğrencilerin riskli davranışlara ve çeşitli bağımlılıklara yönelmesini engelleyecek okul temelli koruyucu programlar geliştirilmekte; öğrencilerin sağlıklı bireyler olarak yetişmeleri için etkin eğitim ortamları düzenlenmektedir.[3] Böylece öğrencilerin akademik başarılarının yanında, psikososyal gelişimleri de desteklenerek eğitim sisteminin sürdürülebilir bir mekanizmayla misyon ve vizyonuna hizmet edilmeye çalışılmaktadır.

Eğitim ortamları, bireylerin kimlik oluşumu sürecinden toplumsal normların aktarımına, sosyal rollerin belirlenmesinden ülkeyi refaha götüren çok katmanlı bir dönüşüm hikâyesine yön verecek kadar kritik bir öneme sahiptir. Bundan dolayı okulun güvenliği, okul ortamında hâkim olan değerler, okul iklimi, eğitim yöneticilerinin vizyoner tutumu ve liderlikleri, okul aidiyetinin öğrenciye kazandırılmış olması, öğretmen ve öğrenci ilişkisinin güven temelinde inşası, öğrencinin liderlik özelliklerinin geliştirilmesi ve gelecek tasavvurunun şekillendirilmesi, öğrenciye psikolojik sağlamlığın kazandırılmış olması, olumlu akran ilişkileri ve sosyal kabul dinamiklerinin inşası, okuldaki yapıcı disiplin anlayışı ve öğrencilerin akademik başarılarının desteklenmesi ile psikolojik iyi oluşları arasında organik bir bağ kurulmaktadır. Bu çerçevede zararlı alışkanlıklar ve bağımlılıklarla mücadelenin 'okul boyutu' hassasiyetle üzerinde durulması gereken bir konudur.

Yukarıda belirtilen hususlardan hareketle bu çalışmada, 'bağımlılıklarla mücadelenin okul boyutu' araştırılmıştır. Aynı zamanda, bağımlılıkların öğrencilerin karşılaşabileceği risk faktörleriyle ilişkisi; Türk Eğitim Sistemi'nin okullara yüklediği sorumluluklar; okul iklimi ile bağımlılıklar arasındaki ilişki; Millî Eğitim Bakanlığının (MEB) bağımlılıklarla mücadele politikası; okul temelli bağımlılıklarla mücadele

programları; millî şuur, değerler ve mefkûre bilincinin programlara yansıtılması; öğretmen, öğrenci, aile eğitimlerinin bağımlılıklarla mücadeleye etkisi ve bağımlılıklarla mücadele kapsamında MEB ile diğer kurumlar arasındaki protokoller incelenmiştir. Bu makale, nitel araştırma tekniklerinden olan 'kaynak / belge tarama modeli'[4] ile yapılandırılarak bağımlılıkların okul boyutu, çok yönlü bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Söz konusu bağlamda, Millî Eğitim Bakanlığının vizyonu ve stratejik yönelimleri akademik bir zeminde tartışmaya açılmış; literatüre katkı sunmak ve paydaşların sürece katılımını güçlendirmek hedeflenmiştir.

Okul Çağındaki Çocukların Karşılaşabileceği Risk Faktörleriyle Bağımlılıkların İlişki

Birçok araştırmacı, bireyin yaşamında bağımlılıkların oluşmasına zemin hazırlayan etkenleri 'risk faktörü' olarak değerlendirerek çeşitli risk faktörlerinin varlığı ile bağımlılıkların oluşma olasılığının doğru orantılı olduğunu savunurlar. Söz konusu faktörlerin; bireyden, akranlardan, aileden, okuldan ve çevreden kaynaklandığını ileri sürerek konuya dair alınacak tedbirlerin hayati derecede önem arz ettiğinin altını çizerler.[5]

Öğrencileri bağımlılıklara daha meyilli kılabilen bazı risk faktörlerinin başında; ebeveyn tutumları, genetik yatkınlıklar, dağılmış ya da parçalanmış aile ortamı, travma, ruh sağlığı sorunları, ebeveyn kayıpları, çevrede olumsuz rol modellerin oluşu, akran etkileşimleri, yoksulluk, ihmal ya da istismara maruz kalma, stresle baş edememe, erken yaşta kumar deneyimi, internet üzerinden oyun ve kumar oynama ortamlarının yaygınlaşması, bağımlılığı tetikleyen çeşitli reklam stratejileri, 'Hayır!' diyememe, düşük öz benlik algısı, dürtüsellik, çeşitli öğrenme güçlüklerinin oluşu, olumsuz okul iklimi, maddeye kolay ulaşım, sosyal ilişkilerde zayıflık, sosyal fobi, anksiyete (kaygı) bozukluğu, sorun çözme becerilerinin -yaşam becerilerininyeteri kadar gelişmiş olmayışı gibi pek çok etken sıralanmaktadır.[6]

Yaşam becerileri yeteri kadar gelişmeyen öğrencilerin özellikle sorun çözme, stresle baş etme, çevre baskısına karşı direnç geliştirme, dürtü ve öfke kontrolü yetilerinde zayıflık olduğu belirtilmektedir.

Bununla birlikte, öz yeterlik bilinci gelişmemiş olan öğrencilerin ilk defa maddeyi deneme, 'Hayır!' diyememe, maddeyi kullanmaya devam etme davranışlarını daha fazla ve sıklıkla gösterdikleri kaydedilmiştir. Söz konusu öğrencilerin çevreden gelen her türlü negatif olaydan, öz yeterlik bilinci ile birlikte yaşam becerileri gelişmiş olan öğrencilere göre daha fazla etkilendikleri ve bu olumsuz olayların yaratacağı istenmeyen durumlara daha fazla maruz kaldıkları gözlenmiştir.[6]

Bütün bunlar göz önüne alındığında, '*Bağımlılıklara karşı daha yüksek risk taşıyan öğrenci profilleri nelerdir?*' sorusuna şu şekilde yanıt verilebilir:[7,8]

- Bağımlılık davranışları sergileyen akran çevresinde bulunan öğrenciler,
- Ders başarısı sürekli düşük olan ya da okul içinde ve okul dışında gerçekleşen sportif, sosyal, sanatsal, kültürel etkinliklere katılma isteği olmayan öğrenciler,
- Sürekli olarak okul devamsızlığı yapanlar, sık sık okuldan kaçma eğilimi gösteren öğrenciler,
- Okuldan uzaklaştırma, örgün eğitim dışına çıkarma gibi disiplin cezalarına tabi tutulanlar,
- Taciz, istismar, çeşitli şiddet davranışları ve akran zorbalığına maruz kalanlar,
- Olumsuz okul ikliminden kaynaklanan yoğun yalnızlık hissi yaşayanlar,
- Enerjisini istendik bir etkinliğe yönlendirmeyerek hareketsiz bir yaşamı tercih edenler,
- Sosyalleşme bağlamında arkadaş edinme, rahat bir şekilde iletişim kurabilme ve iletişimin sürekliliğini sağlayabilme becerileri gelişmeyenler,
- Bir hobi ya da beceri geliştirmedikleri için zamanlarını kaliteli bir şekilde değerlendirebilecek etkinlikleri olmayanlar,
- Sosyal ilişkilerinde kendilerini doğru ifade etmekte güçlük çekenler,
- Sürekli olarak aile içi çatışma yaşayanlar, aile üyeleriyle sağlıklı ilişkiler geliştirememiş olanlar,
- Ailesinde olumsuz rol modelleri ve bağımlılık öyküsü olanlar,

- Ailesi tarafından aşırı akademik başarı beklentisine maruz bırakılan öğrenciler,
- Sınav kaygısını yönetmekte zorlananlar,
- Fazla toleranslı, katı disiplinli ya da ilgisiz aile tutumlarına maruz kalanlar,
- Sürekli olarak değersizlik duygusu yaşayanlar ile aile, okul ve yakın çevresine karşı aidiyet duygusu geliştirememiş olanlar,
- Sürekli olarak dıştan denetimli kişilik yapısına sahip olanlar,
- Risk almayı heyecan arayışı ile bağdaştıran ve kendisini tehlikeye atma eğiliminde olanlar,
- Çeşitli ruhsal problemleri (şizofreni, depresyon, kaygı bozukluğu vb.) olan öğrencilerin bağımlılıklara karşı daha fazla risk taşıdığı raporlanmıştır.

Bağımlılıklarla Mücadele Kapsamında Türk Eğitim Sisteminin Okullara Yüklediği Sorumluluklar

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 58. maddesi; devletin gençleri alkol bağımlılığı, uyuşturucu kullanımı, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan koruma yükümlülüğünü açıkça ortaya koymaktadır. Bu yükümlülükle eğitim sistemi, öğrencileri riskli davranışlardan uzak tutma ve bağımlılıklara karşı bilinçlendirme konusunda proaktif önlemleri almaya dair çeşitli sorumlulukların altına girmektedir. Bahsedilen sorumluluklar kapsamında, rehberlik hizmetleri ile akademik, sosyal, sanatsal, sportif ve kültürel etkinliklerle zenginleştirilmiş programlar aracılığıyla koruyucu ve önleyici tedbirler alınmasını; böylece öğrencilerin her yönüyle sağlıklı bireyler olarak yetişmelerini amaçlamaktadır. Diğer bir ifade ile öğrencileri kötü alışkanlıklardan koruma ve istendik davranış değişikliğine yönlendirme, eğitim sisteminin anayasal yükümlülüğünün somut yansımasını oluşturmakla birlikte, millî bir vazifeyi de okullar vasıtasıyla ifa etmesi anlamına gelmektedir.

Türk millî eğitiminin düzenlenmesinde esas olan amaç ve ilkeler, eğitim sisteminin genel yapısı ile eğitime dair temel hükümleri bir sistem bütünlüğü içinde kapsayan 1739 sayılı Millî Eğitim Temel Kanunu'nun '*Türk Milleti'nin bütün fertlerini; beden, zihin, ahlak, ruh ve*

duygu bakımlarından dengeli ve sağlıklı şekilde gelişmiş bir kişiliğe ve karaktere… sahip bireyler olarak yetiştirme' amacına binaen; adı geçen Kanun'un 23. maddesinde 'Her Türk çocuğuna iyi bir vatandaş olmak için gerekli temel bilgi, beceri, davranış ve alışkanlıkları kazandırmak; onu millî ahlak anlayışına uygun olarak yetiştirmek'; 10, 11 ve 40. maddelerinde 'sorumluluk duygusunun ve manevi değerlere saygının, her türlü eğitim çalışmalarında öğrencilere kazandırılıp geliştirilmesi' minvalinde sıraladığı hükümlerle; 222 sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu ile Ortaöğretim Kurumları Yönetmeliği kapsamında, çocukları ve gençleri bağımlılıklar ve zararlı alışkanlıklardan korumaya dair pek çok görevi ve sorumluluğu okullara yüklemiştir.

Yukarıda bahsedilen yasal çerçeveye dayanarak millî eğitim sistemin her tür ve kademedeki eğitim öğretim faaliyetlerini sürdüren okullarında, öğrencileri bağımlılıkların ve kötü alışkanlıkların tahrip edici etkisinden korumak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, disiplinler arası bir yaklaşımla ve diğer kurumlarla iş birliği içinde, '4B Stratejisi' olarak bilinen bilgilendirme, bilinçlendirme, baş etme ve bitirme stratejilerine dayalı çok sayıda etkinlik, eylem planı, program ve eğitsel içerik okul temelinde hayata geçirilmiştir. Bu çalışmalar, öğrencilerin, öğrenci velilerinin ve öğretmenlerin bağımlılıklar ve kötü alışkanlıklar konusunda bilinçlenmesini; mesafeli ve sağlıklı bir duruş geliştirmesini sağlamak amacıyla söz konusu sorumlulukların somut bir yansıması olarak seferber edilmiştir.[8]

1. Okul İklimi İle Bağımlılıklar Arasındaki İlişki

Bu bölümde; okul iklimi ve bileşenleri, güvenli okul ortamı, okulun disiplin anlayışı ve aidiyet duygusu, öğretmenlerin bağımlılıklardan koruyucu rolü, aile faktörü, öğrenci liderliği ve akran ilişkileri sistematik bir bütünlük içinde ele alınarak okul ikliminin hem bağımlılıklarla ilişkisi hem de öğrencinin akademik ve psikososyal gelişimine etkisi bir güldeste niteliğinde sunulmuştur. Her bir konu başlığı, bağımsız bir makale konusu olabilecek düzeyde kapsamlı olduğundan, içerik çalışmanın sınırlarıyla uyumlu şekilde özetlenmiştir.

1.1. Okul İklimi ve Bileşenlerinin Bağımlılıklarla İlişkisi

Okul iklimi, okuldaki yaşamın çok boyutlu olarak özelliklerini ve nasıl bir yapı üzerine inşa edildiğine dair karakteristik oluşumunu tanımlar. Okul iklimi, okulun temel unsurları olan öğrenciler, veliler, öğretmenler ve eğitim yöneticileri arasındaki etkileşimlerden hareketle bu unsurların kurdukları ilişkilere; öğrenme, öğretme ve liderlik becerileri gerektiren bir takım uygulamalara ve örgütün bütüncül yapısına dayanan oldukça geniş bir içeriğe sahiptir.[9] Ulusal Okul İklimi Konseyi (NSCC),[10] olumlu okul iklimini; ortak bir okul vizyonu perspektifi ile öğrencilerin, öğretmenlerin ve öğrenci velilerinin sosyal, duygusal ve fiziksel olarak okul ortamında güvende hissettiği, kendilerini okula ait ve değerli hissettikleri oldukça kapsayıcı bir ortam olarak tanımlamıştır. Tanımlardan anlaşılacağı üzere okul iklimi kavramı okul ortamı içindeki duygu, bireysel davranışlar ve tavıra dair bütün faktörlerin birlikteliğinden teşekkül olmaktadır.

Okul İklimi Teorisi'ne göre, okul sistemi içindeki bütün unsurları dikkate alan ve bu unsurlar arasındaki müşterek değerler temelinde birlik ve beraberlik ruhu oluşturulabildiği ölçüde öğrenciler, kendi davranışlarını kontrol edebilme ve okulda baş gösteren çeşitli problemleri çözebilme yeteneği kazanırlar.[11]

Stewart, okul ikliminde üç temel bileşenin varlığından söz etmektedir. Bunları; okul kültürü, okulun organizasyon yapısı ve okulun sosyal ortamı olarak sıralar. Okulların içyapısı okuldan okula farklılıklar gösterir. Bu farklılık onlara 'biriciklik' özelliği kazandırırken diğer taraftan bahsedilen unsurların birbiriyle uyum içinde işleyişi ve tutarlılık arz etmesi, öğrencilerin okul içerisinde istenmeyen tutum ve davranışlardan, suç teşkil eden durumlardan korunmasına ve bu minvaldeki sosyal birlikteliklerden uzak durmasına yardımcı olmaktadır.[12]

Okul ikliminin bileşenleri kısaca tanımlanacak olursa; okul kültürü, yazılı olmayan değerler, kurallar, inançlar, tutumlar, davranışlar, hikâyeler, semboller, gelenekler ve okula özgü törenlerden oluşur. Bu kültür, okul unsurları arasındaki ilişkilerin niteliğini, gerçekleştirilen etkinliklerin biçimini ve paydaşlar arasındaki etkileşimi şekillendirme gücüne sahiptir. Tüm bu özelliklerin birlikteliği ise okulun kimliğini meydana getirir.[12]

Okul organizasyon yapısı; görev, yetki ve sorumlulukların nasıl işlediğini, bu sorumlulukların nasıl paylaşıldığını, okulun vizyonu ve misyonu doğrultusunda hiyerarşik ilişkilerini, iletişim kanallarını ve işlevsel bütünlük içindeki karar alma süreçlerini kapsayan sistematik bir bütünü tanımlar. Okulun temel unsurları olan öğretmenler, eğitim yöneticileri, öğrenciler, öğrenci velileri ve diğer paydaşlar arasındaki eşgüdümü düzenleyerek eğitim etkinliklerinin amaca uygun biçimde yürütülmesine katkıda bulunur. Böylece okulun ideal organizasyon yapısı, bir yandan yönetim açısından etkililiği ortaya koyarken diğer yandan düzenli bir yapı içinde yürütülen eğitim öğretim faaliyetlerinin kalitesini güvence altına aldığını vurgulamış olmaktadır.[12]

Okul ikliminin son bileşeni olan okulun sosyal ortamı; okulun temel insan kaynaklarının cinsiyetleri, sosyoekonomik düzeyleri, kültürel kimlikleri, eğitimcilerinin iş tecrübeleri, birikimleri, öz geçmişleri gibi okulun sosyal mevcudiyetini etkileyen faktörler olarak sıralanmaktadır.[12]

Daily vd. nin okul iklimi ile öğrencilerin madde kullanımı arasındaki ilişkiyi görmek amacıyla Batı Virginia'da 6, 7 ve 8. sınıf öğrencilerinden oluşan 2.097 kişilik bir örneklem grubuyla yaptığı bir araştırmada; olumlu bir okul ikliminin madde kullanımına başlamayı engelleyebileceği, zararlı alışkanlıklardan koruyabileceği, sağlıklı öğrenci davranışlarını ve okul başarısını teşvik edebileceği ve okul temelli sağlıklı yaşam alışkanlıklarının oluşturulmasında önemli bir unsur olduğu sonucuna varılmıştır.[13]

1.2. Güvenli Okul Ortamının, Okulun Disiplin Anlayışının ve Aidiyet Duygusunun Bağımlılıklarla İlişkisi

Güvenli okul kavramı, okullarda gözlemlenebilecek fiziksel, psikolojik ve sosyal tehditlere dair alınan önlemleri içeren; öğrenci, öğretmen ve okulun diğer unsurlarının herhangi bir güvenlik zafiyeti düşüncesi yaşamadan, eğitim öğretim etkinliklerinin samimi bir ortamda gerçekleşmesiyle birlikte geniş bir çerçeveye sahiptir. Güvenlik kameraları, okula girerken ve çıkarken konumlandırılan kontrol sistemleri, yangın tehlikesine karşı belli noktalara yerleştirilen ekipmanlar ve acil durumlarda izlenecek yolları gösteren infografiler ya da görsellerden oluşan

plan tabloları, iş yeri sağlığı ve güvenliğini esas alan diğer önlemler, fiziksel güvenlik unsurlarını oluşturur. Öğrencilerin okulu güvenli bir ortam olarak algılamaları, okulda akran zorbalığı gibi durumların yaşanmayışı, rehberlik servisine erişimin kolay olması ve gerektiği durumlarda psikososyal destek mekanizmalarının işlerliği psikolojik güvenlik kavramını tanımlarken[14] okuldaki iletişim kanallarının açık ve sağlıklı oluşu, sosyal güvenlik kavramı ile ilgilidir. Sosyal güvenlik, öğrencilerin okul unsurları ile sağlıklı ilişkiler kurabilmeleri ve okulda güven duygusuna dayalı etkileşim ortamlarının oluşmasını ifade eder.[15]

Okulun güvenliğini tehdit eden unsurlar kısaca özetlenecek olursa; okul çevresinin güvenliğinin yeterli olmayışı, okulda sık sık akran zorbalığı ve şiddet içeren olayların yaşanışı, çeşitli bağımlılık yapıcı maddelere erişimin kolay oluşu, dışlanma, öğretmen - öğrenci ilişkilerinin zayıf oluşu ve güven temelinde kurulmayışı, aidiyet duygusunun oluşmayışı, okul - aile iş birliğinin yetersizliği, olumsuz bir okul ikliminin varlığı, okulda çok katı, gereğinden fazla esnek veya ilgisiz disiplin anlayışının hâkim oluşu gibi nahoş durumlar sıralanabilir.[16]

OECD tarafından Şubat 2026'da yayımlanan ve 2015-2022 yıllarını kapsayan 'Eğitimde Zorbalık ve Çözüm Raporları'na göre; zorbalığın eğitim sistemleri için önemli ve çok boyutlu bir sorun olduğu ortaya koyulmaktadır. Raporda, zorbalığın öğrencilerin ruh sağlığını ve akademik gelişimini olumsuz etkilediği, okul ortamını ve okulun güvenlik algısını zayıflattığı, uzun vadede toplumsal ek maliyetler üretebildiği vurgulanmış; bu kapsamda, zorbalıkla mücadelenin disiplin politikalarıyla sınırlı olmadığı, eğitim sisteminin tamamını kapsayan bütüncül bir yaklaşım gerektirdiğinin altı çizilmiştir.[17]

Bu kapsamdaki araştırmalardan birisi de MEB tarafından Şubat 2025'te, 26 ilde, 7.511 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilmiş; lise öğrencilerinin fiziksel, psikolojik, duygusal ve dijital şiddet algısı ölçülmüştür. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; şiddetin lise öğrencileri arasında karmaşık, çok boyutlu ve çevresel faktörlerden etkilenebilen bir olgu olduğu ortaya koyulmuştur.[18]

Öğrencinin gözünde, güvenli okul algısını etkileyen önemli unsurlardan berisi de okulda uygulanan katı disiplin cezalarıdır. Ortaöğretim Kurumları Yönetmeliği'nin 'Disiplin cezaları gerektiren davranış

ve fiiller' başlığı altında yer alan 164. maddesinin 3. fıkrasının (i) ve (d) bentlerinde '*Bağımlılık yapan zararlı maddeleri bulundurmak veya kullanmak*' okul değiştirme cezasını gerektirirken; dördüncü fıkrasının (d) bendinde '*Bağımlılık yapan zararlı maddelerin ticaretini yapmak*' öğrencinin örgün eğitim dışına çıkarılması cezasıyla şamildir. Bu cezaların ne kadar caydırıcı etkiye sahip olduğu başka bir araştırmanın konusu olabilir ancak bu araştırmayla ilgili olan kısmı; sistemin dışına atılan ya da sürüklenen her bir öğrencinin çeşitli bağımlılıklar geliştirme olasılığının daha yüksek olduğudur. Çünkü konuya dair pek çok araştırmacının hemfikir olacağı husus, bağımlılıkların boşlukları sevdiği ve o boşluklardan sızarak hayatın merkezinde konumlanma eğiliminde olduğudur.

Öğrencilerde güvenli okul algısının oluşmasıyla birlikte okula aidiyet duygusunun da geliştiği bilinmektedir. Okula aidiyet duygusunun geliştirilmesi; öğrencilerin okul ortamında diğer okul paydaşları tarafından bireysel olarak kabul gördüğünü hissetmesi, haklarına saygı duyulması, sevginin yansıtılması, okul içi etkinlikler ile öğrencilerin çalışmalara dâhil edilmesi ve öğrencinin okulda desteklenmesine dayanan duygu ve düşünceleriyle ilgilidir. Öğrencilerin, okula aidiyet duygusu ile birlikte okulda sorumluluk alması; çeşitli grup çalışmalarına katılması; sağlıklı iletişim kurması ve problem çözme becerilerine sahip olması; grup içi dinamikleri sevk ve idare gücünün bulunması gibi birtakım yetkinlikleri içeren 'öğrenci liderliği'nin geliştirilmesi gibi pek çok becerinin desteklenmesi mümkün olabilir. Bu vesile ile sosyal destek ağları güçlü, potansiyelinin farkında, öz güveni ve akademik başarısı yüksek, istenmeyen alışkanlıklar ve çeşitli bağımlılıklardan uzak duran öğrenci profilinden bahsedilebilir.[19]

1.3. Öğretmenlerin Bağımlılıklarla Mücadeledeki Rolü

Varış, okulun temel unsurlarından birini teşkil eden öğretmene işaret ederek öğretmenden beklenen özellikleri; anlayışlı, disiplinli, yeniliklere açık, soğukkanlı, yaratıcı, ilham verici ve yeterli formasyona sahip olması gerektiği yönünde sıralıyor.[20] Baltacıoğlu ise öğretmen; öğrenciyle samimi iletişim temelinde temasta bulunan, onu sevgiyle kucaklayan, onun gelişimine göre strateji belirleyen, olgunlaşmasına ve ahlaki değerlerle donanmasına katkıda bulunan kişidir, der.[21]

Öğretmenin hoşgörülü ya da otoriter oluşu; ders yükünün fazla oluşu; ekonomik durumunun yetersiz oluşu; sınıfların kalabalık oluşu; olgunluk, zekâ ve yetenek bakımından birbirinden farklı özellikler gösteren öğrencilerin aynı sınıftı paylaşması; öğrencilerin aile faktörlerinin çeşitlilik göstermesi; sosyoekonomik ve kültürel düzeyleri açısından belirgin farklılıklarının olması; okulun bulunduğu fiziksel çevre ve okul idaresinin öğrencilere ve okulun diğer unsurlarına karşı tutumu gibi pek çok faktör, okulla birlikte eğitimi de olumsuz yönde etkilemektedir.[22]

Öğretmenler; rol model oluşları, erken uyarı sistemini devreye sokma kabiliyetleri, uhdelerindeki rehberlik görevleri, destekçi kimlikleriyle kötü alışkanlıklarla ve bağımlılıkla mücadelenin okul ayağındaki kritik paydaşı olma özelliği ile stratejik bir konumdadır. Öğretmenlerin vurgulanan bu rollerini, amaca uygun bir şekilde yerine getirebilmeleri için kendilerinin de konuya dair bilgi sahibi olmaları ve gönüllülük esasında hizmet etmeye istekli olmaları gerekmektedir. Bu kapsamda, öğretmenlere yönelik psikoeğitim programları, hizmet içi eğitimler, uzman deneyimlerinin paylaşılması büyük önem taşımaktadır.[23]

Bu çalışmanın konusunu destekleyen önemli bir araştırmaya göre; öğretmenlerin kendi okulunda ve sürekli temas hâlinde oldukları öğrencilere verdikleri önleyici, bilgilendirici, bilinçlendirici eğitimleri içeren eğitimlerin, dışarıdan gelen uzmanlar tarafından verilen tek seferlik eğitimlere kıyasla öğrenciler üzerinde daha kalıcı ve etkili olduğu sonucuna varılmıştır.[23] Bu sonucun da işaret ettiği üzere öğretmenin gerek kişilik özelliklerinin gerekse akademik yeterliğinin ve yetkinliğinin, öğrencilerin tüm gelişimleri ve hassaten sosyopsikolojik gelişimleri üzerindeki etkisinin tartışmaya kapalı bir biçimde önem arz ettiğinin altı çizilebilir.

1.4. Akran Etkileşimleri ve Liderlik Dinamiklerinin Bağımlılık Eğilimleri Üzerindeki Etkisi

Öğrencilerin kendi yaş grupları ile iletişim ve etkileşim hâlinde olmaları, onların psikososyal gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır. Çocuğun okula başlamasıyla birlikte ilk yıllarda kendisiyle aynı cinsten arkadaş gruplarına yönelimi gözlemlenirken sonraki yıllarda

özellikle de ergenlik döneminde ilgisinin karşı cinsten gruba kaydığı kaydedilmiştir.[24]

Arkadaş grubu, öğrencinin sosyalleşmesine katkıda bulunurken onun, sadakat ve cesaret gibi hislerinin gelişmesinde, toplum içinde sansürlenmiş konuları akranlarıyla özgürce tartışabilmesinde, eşitlik ve ayrımcılık duygularını kendi süzgecinden geçirmesinde, toplumsal adalet duygusunun gelişmesinde, kendine güven duymasında, grup içinde iş birliği yapmayı öğrenmesinde, takım çalışması anlayışının ve kabiliyetinin gelişmesi ile gelişimine katkıda bulunabilecek diğer kazanımları elde etmesinde başat rol oynamaktadır.[25] Diğer taraftan arkadaş grubunun, bahsedilen istendik kazanımlarının yanında, kötü alışkanlıkların ya da çeşitli bağımlılıkların kapısının aralanmasına da etkisi olmaktadır. Maddenin (uyuşturucu), tütünün ve alkolün kullanıldığı; kumarın, özellikle de çeşitli çevrim içi şans oyunlarının oynandığı; sosyal medyanın ve oradaki paylaşımların sık sık gündeme gelerek prim yaptığı ve bu durumun öğrenciye sosyal statü kazandırdığına (!) inanıldığı çevrelerde gündelik hayatını geçiren öğrenciler için akran gruplarının olumsuz etkilerinden de söz edilebilir. Çünkü öğrencilerin yaşı büyüdükçe toplumsal baskılardan uzaklaşmak, arkadaş gruplarındaki egemen uygulamaların bir parçası olarak kendilerini o gruba kabul ettirmek, merak ya da heyecan arayışıyla birlikte yeni ortamlara girerek ruhsal ve fiziki doyum beklentisi içinde olmak gibi tetikleyicilerden dolayı bulundukları ortamın dinamiklerinin de etkisiyle bağımlılık yapabilen çeşitli maddeleri kullanmaya ya da olumsuz ortamları deneyimlemeye yönelebilirler. İstenmeyen gruplara giren öğrencilerin, toplum içinde uyumsuz ya da suç teşkil eden davranışlar göstermesi; bağımlılıkların pençesinde pek çok kayba uğraması ya da hayatının hüsranla nihayet bulması kaçınılmaz olabilir.[22]

MEB'in 17 büyükşehirde 3.262 dördüncü sınıf öğrencisinin katılımıyla yaptığı 'Dijital Dünyada Ekran Kullanımı Araştırması'nın sonuçları arasında, öğrencilerin %45'inin telefon, tablet, televizyon ve bilgisayar gibi dijital platformlarda akranlarıyla sosyalleşmeyi tercih ettiği yer almaktadır.[26] Araştırmanın bulguları içinde olan pek çok çarpıcı sonuç, dördüncü sınıf öğrencilerinin arasında bile akran grubunun,

öğrencilerin eğilimleri üzerinde çok ciddi etkileri olduğunu desteklemektedir.

Bunlarla birlikte okul çağında liderlik becerileri gelişmiş olan öğrencilerin; kendilerini doğru şekilde ifade edebildikleri, öz farkındalık, öz yönetim, öz disiplin, içsel motivasyon, stress yönetimi, empati ve sosyal becerilerinin yüksek olduğu, dolayısıyla düşüncelerini kolayca ilettikleri için uygun olmayan tekliflere ya da isteklere 'Hayır!' diyebildikleri, uygun olmayan ortamlara girmekten imtina ettikleri ve sağlıklı alışkanlıklar ile boş zamanlarını verimli geçirebilecek hobiler geliştirdikleri pek çok araştırmanın bulguları arasında yer almaktadır. Öğrencilerde liderlik becerilerinin gelişmesi ile bağımlılıklara sebep olan risk faktörleri arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir. Yani liderlik becerileri öğrencilerde geliştikçe bireyi bağımlılıklara daha açık hâle getiren riskler daha kolay yönetilmektedir.[19]

1.5. Eğitim Sisteminde Aile Faktörünün Bağımlılıklarla İlişkisi

Aile; çocuğun gelişiminde hayati temellerin atıldığı, onun 'iyi' ya da 'kötü' olarak karakterize edilen özelliklerinin şekillendiği, toplumsal normların öğrenildiği, kültürel kodların yaşama geçirildiği, öz benlik ve öz saygı farkındalıklarının oluştuğu, aidiyet duygusunun anlam kazandığı, doğru - yanlış, iyi - kötü, güzel - çirkin gibi dikotomilerin kavramsal çerçevesinin oluştuğu toplumun yapıtaşı niteliğinde olan bir müessesedir.

Aile bütünlüğünün bozulmuş olması, ebeveynlerin eğitim düzeyi, ebeveynlerin tutumları, sosyoekonomik ve kültürel düzeyleri, ailenin bulunduğu çevresel şartlar, ailenin aidiyet duygusunu besleme seviyeleri, çocuklarının güvenli bağlanmalarını sağlama durumları, çocuk büyütme hususunda eğitimli oluşları ve farkındalıklarının yüksekliği ve bağımlılıklara karşı bilgili oluşları gibi sayılabilecek pek çok olumlu ya da olumsuz faktör, çocukların ilk psikolojik, sosyal ve fiziksel deneyimlerini oluşturarak kişiliğinin ve karakterinin gelişmesinde önemli rol oynamaktadır.

Şermin tarafından, okul başarısızlığının sebeplerini araştırmak amacıyla İstanbul'da 2.300 öğrencinin katılımıyla yürütülen araştırmanın bulguları oldukça manidardır. Sosyoekonomik durumu yetersiz olan ailelere mensup çocukların, okul başarısı oranlarının daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Araştırmacı, bu çocukların %85'inin yaşam koşullarının yetersiz olduğunu; %50'sinin ebeveynlerinin okuma yazmasının olmadığını; %53'ünün ailesinin ekonomik sıkıntılarının olduğunu ve beslenme, giyinme gibi en temel gereksinimlerini tam olarak karşılayamadıklarını bulgulamıştır. Yine söz konusu çocuklarda, içe kapanma ve derslerde başarısızlık, erken yaşta okulu bırakma, zararlı alışkanlıklara başlama ve çevreyi rahatsız edici tutum ve davranışlara kadar uzanan istenmeyen sonuçlar, araştırmanın müşahedelerinin arasında yer almaktadır.[27]

Araştırmacılar, aile içinde iletişim problemi yaşayan ve sürekli ebeveynleriyle çatışma içinde olan çocuklar arasında madde kullanım oranlarının yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Kendisini yeterli düzeyde ifade edemeyen, içe kapanık, karşılaştığı sorunlarla ilgili olarak ebeveynlerinden destek alamayan, değersizlik hissini yoğun bir şekilde yaşan, aidiyet duygusunu geliştirmemiş çocuklar, ilerleyen yaşlarda ilgi açlığı ve kabul görme ihtiyacını akranlarında aramaya başlamaktadır.[28] Yine aile öyküsünde depresyon, şizofreni gibi ruhsal sağlık sorunları olan çocukların, sağlıklı ailelerden gelen çocuklarla mukayese edildiğinde söz konusu problemlere karşı daha fazla risk taşıdıkları bildirilmiştir.[28]

Aile faktörünün etkisini araştıran bazı çalışmalarda; bağımlılıklara karşı bilinçli olan, çocuklarıyla ilişkileri sağlıklı iletişim temelinde yükselen, madde kullanımı ve diğer davranışsal bağımlılıkların onaylanmadığı ailelerden gelen 12-17 yaş aralığındaki çocuklarda, çeşitli bağımlılıklara karşı daha az eğilim olduğu saptanmıştır.[29]

Konuya ilişkin yapılan pek çok çalışmanın da ortaya koyduğu üzere ailelerin bağımlılıklar hakkında bilgi sahibi oluşu, tutumları, çocuklarıyla geçirdikleri nitelikli zaman, ebeveynlerin olumlu rol model oluşları, çocuklarının arkadaş çevresine karşı dikkatli, titiz ve gözlemci yaklaşımı, okul ile yapacakları iş birliği, pozitif disiplin anlayışını benimsemeleri, çocuklarına sağlıklı sınırlar koymaları, çocuklarından

tam olarak ne beklediklerini ifade etmeleri, kuralları çocuklarıyla birlikte belirlemeleri ve kural ihlalinde çocukların ne gibi sonuçlarla karşılaşacağını birlikte tespit etmeleri ve tutarlı olmaları hem çocuklarının sağlıklı bireyler olarak gelişmesine imkân tanıyacak hem de çeşitli bağımlılıklara karşı ailenin koruyucu zırhı ile çocuğu donatmış olacaktır. Bu minvalde pozitif ebeveynlerin olduğu aile ortamında büyüyen çocukların okul başarılarının, öz benlik bilincinin ve kendilerine güven duygusunun daha yüksek olduğu bilinmektedir.[30,31]

2. Millî Eğitim Bakanlığının Bağımlılıklarla Mücadele Vizyonu

2.1. Millî Eğitim Bakanlığının Bağımlılıklarla Mücadele Politikası ve Stratejik Belgeler

MEB, bağımlılıkla mücadele alanında hem çok boyutlu bir yaklaşımı gerektiren hem de disiplinler arası iş birliğini zorunlu kılan çalışmalar yürütmektedir. Uyuşturucu, alkol ve tütün gibi madde bağımlılıklarının yanı sıra kumar, dijital oyun ve teknoloji bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklarla mücadelede kararlılıkla sürdürülen bu faaliyetler, 14 Şubat 2019 tarih ve 30686 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile kurulan Bağımlılıkla Mücadele Kurulları çerçevesinde şekillenmektedir. Bu bağlamda MEB, Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu ve Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu üyesi olarak bakanlıklar ve kamu kurumları arasında koordinasyonun sağlanmasına katkı sunmaktadır. Bakanlığın sorumlulukları arasında, okul öncesinden başlayarak tüm eğitim kademelerinde öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik bilinçlendirme çalışmaları ile psikoeğitim programlarının hayata geçirilmesi öne çıkmaktadır. Proaktif bir yaklaşım temelinde geliştirilen bu programlar, bağımlılıkla mücadelede toplumsal farkındalığı artırmayı ve koruyucu önleyici eğitim politikalarını güçlendirmeyi hedefleyen çok sayıda etkinliği kapsamaktadır.[31]

MEB'in, ulusal düzeyde tütün, alkol, uyuşturucu madde ve davranışsal bağımlılıklar ile mücadelede Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı ve Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi

ve Eylem Planı kapsamında pek çok görev ve sorumluluğu bulunmaktadır.[32,33,34]

MEB Stratejik Planı (2024-2028) incelendiğinde; dijital bağımlılıkların 'tehdit' boyutunda değerlendirildiği ve bağımlılıklarla mücadele kapsamında önlem niteliğinde olan şu maddeleri sıraladığı görülmektedir:[35]

- 'Aile Okulu Projesi ile aile değerleri, aile içi iletişim; sosyal, psikolojik ve duygusal gelişim, stres yönetimi, bağımlılıkları önlemeye ilişkin yaklaşımlar başta olmak üzere çeşitli alanlarda aileler desteklenecektir.'
- 'Öğretmenlerin bağımlılıkla mücadele programlarını uygulama konusundaki yetkinliklerinin artırılması ve öğrencilerin bağımlılıkla mücadele bilinçlerinin geliştirilecektir.'
- 'Öğretmenlerin bağımlılıkla mücadele programlarını uygulama konusundaki yetkinliklerinin artırılması ve öğrencilerin bağımlılıkla mücadele bilinçlerinin geliştirmesi amacıyla eğitimler düzenlenecektir.'

Bunlara ek olarak 'erdem-değer-eylem' bütünlüğüne dayanan Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli (TYMM), 2024-2025 eğitim öğretim yılı itibarıyla 9 Eylül 2024 tarihinde yürürlüğe girmiş; modelle bireyin bilişsel, sosyal, duygusal, fiziksel ve ahlaki gelişiminin bütüncül bir anlayışla desteklenmesi amaçlanmıştır. TYMM'de öğrencinin ruh ve beden bütünlüğü içinde on profil özelliği saptanmış olup bu profil özelliklerinin içindeki 'sağlık' başlığında, '*Bağımlılıktan kaçınan ve bağımlılıkla mücadele eden: Zararlı alışkanlıklardan kaçınır. Madde kullanımı gibi bağımlılık yapıcı davranışlardan uzak durur, bağımlılıkla mücadele eder.*' ibaresi yer almaktadır. Yine söz konusu model içinde 'Gelişimsel Rehberlik Modeli Programı' ile öğrencilerin olası problemlerini (bağımlılık, şiddet, zorbalık gibi) önlemeyi, var olan problemlerini etkin ve sorumlu bir birey olarak çözmesine yardımcı olmayı ve yaşam becerilerini öğrencilere kazandırmayı amaçlar. TYMM'nin bağımlılıkla mücadele etme boyutunda ele alınan 'erdem - değer - eylem' göstergelerine bakıldığında; '*Sigara, alkol, madde, teknoloji ve davranış bağımlılığının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini fark eder. Bağımlılığın sosyal ilişkileri olumsuz etkileyeceğini bilir. Bağımlılıkla mücadele*

etmenin yollarını bilir. Bağımlılık yapan maddelerden uzak durur. Teknoloji kullanımı, alışveriş gibi konularda davranışlarının bağımlılığa dönüşmemesi için kontrollü davranır.' ifadelerinin sıralandığı görülmektedir.[36]

Üst politika belgeleri ve eylem planlarında vurgulanan öncelikler doğrultusunda hazırlanan On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028), bağımlılıklarla ilişkili riskler, politika yönelimleri ve tedbirleri çeşitli maddeler kapsamında ele almaktadır (83; 230; 710/2/4/5/7; 742/1/2/3/4; 748/1/2/3/5/6). Bu çerçevede MEB'in, diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde yürüttüğü eğitsel faaliyetler, bağımlılıkla mücadele politikalarının uygulanmasında önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır. Söz konusu çalışmalar, planın ilgili maddeleriyle uyumlu biçimde geliştirilmiş olup sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak incelenecektir.

2.2. *Millî Eğitim Bakanlığının Bağımlılıklarla Mücadele Politikası Kapsamındaki Çalışmaları*

MEB'in bu başlık altındaki çalışmaları, öğrencileri zararlı alışkanlıklardan ve çeşitli bağımlılıklardan koruyarak onları bilinçli, sağlıklı ve kendi davranışlarının sorumluluğunu alma yönünde, toplumsal dinamiklere karşı farkındalığı yüksek bireyler olarak yetiştirme gayesine dayanmaktadır. Söz konusu çalışmalar aracılığıyla madde ve tütün bağımlılığıyla birlikte teknoloji, internet ve sosyal medya gibi dijital risklere karşı öğrencilerin bilinçlendirilmesi hedeflenmektedir. Bununla birlikte öğretmenlerin, okul yönetiminin ve ailelerin sürece aktif olarak katılması ile okul kültürünün bu doğrultuda güçlendirilmesi de çalışmaların önemli bir parçasını oluşturmaktadır.[31]

MEB, öğrencilerin fiziksel ve ruhsal iyilik hâlini güvence altına almak amacıyla çok boyutlu rehberlik ve psikolojik danışma hizmetleri yürütmektedir. Bu kapsamda, sorunlar ortaya çıkmadan önce müdahaleyi öngören ve proaktif yaklaşımı esas alan önleyici rehberlik; öğrencilerin gelişim dönemlerine göre bireysel farklılıklarını dikkate alarak kişisel, sosyal, eğitsel ve mesleki alanlarda desteklenmelerini hedefleyen gelişimsel rehberlik; ortaya çıkan kişisel, sosyal ve akademik sorunların çözümüne odaklanarak yeniden uyum sürecini kolaylaştırmayı amaçlayan iyileştirici rehberlik; ayrıca öğrencilerin ihtiyaçlarına

göre bireyselleştirilmiş, daha derinlemesine etkileşim sağlayan psikolojik danışma hizmetleri öne çıkmaktadır. Bu hizmetler aracılığıyla bağımlılıkla mücadele faaliyetleri, okul öncesinden başlayarak tüm eğitim kademelerinde öğrencilere, öğretmenlere ve velilere yönelik olarak sistematik biçimde gerçekleştirilmektedir. Bahsi geçen çalışmaların etkili ve ihtiyaçlara cevap verebilecek ölçüde yürütülebilmesi için konuya dair risk faktörlerinin doğru biçimde tespitinin hayatiliği bilinciyle 2023-2024 eğitim öğretim yılında 'Türkiye Geneli 14-19 Yaş Arasında Eğitime Devam Eden Gençlerde Bağımlılık Araştırması' yapılmıştır. Yine 2024-2025 eğitim öğretim yılında il, okul ve sınıf bazında, öğrencilerin tütün, madde, davranışsal bağımlılık düzeyleri ve bağımlılıklara yönelik risk faktörleri belirlenerek Türkiye genelinde ilkokul kademesinde 11.398, ortaokul kademesinde 10.172, lise kademesinde 6.459 olmak üzere toplam 28.029 okuldan elde edilen veriler sonucunda 'Bağımlılık Risk Haritaları' oluşturulmuştur. Bu araştırmalar kapsamında daha önce *2.4.* başlığında değinilen ve 2024-2025 eğitim öğretim yılında gerçekleştirilen 'Dijital Dünyada Ekran Kullanımı Araştırması' da yer almaktadır.[31]

Konuya dair yürütülen çalışmalar, bağımlılıklarla mücadelede başarıya götüren en etkili yaklaşımların, önleme ve erken müdahaleyi içerenler olduğunu desteklemektedir. Okul temelinde önleme ve erken müdahale yaklaşımlarının hayata geçmesindeki kilit aktör, öğretmenlerdir. Öğretmenin bağımlılıkla ilişkili temel bilgilere hâkim olması, öğrencileriyle sağlıklı ve dengeli bir iletişim geliştirebilmesi, önleyici rehberliğin projeksiyonuyla hareket edebilmesi, öncelikli olarak iyi bir rol modeli teşkil etmesi, söz konusu çalışmaların sürdürülebilirliği ve etkililiği açısından büyük önem arz etmektedir. Bu bakış açısıyla MEB, öğretmenleri bağımlılıklarla ilgili yetkin kılarak hem psikolojik sağlamlıklarını güçlendirmeleri hem de okul ortamında koruyucu ve önleyici roller üstlenebilmeleri hedefiyle psikoeğitim programları hazırlamıştır. Program uygulamaları kapsamında öğretmenler, gereken durumlarda rehberlik ve psikolojik danışma servisiyle, ailelerle, bağımlılıklar konusunda uzman kişiler ve kurumlarla iş birliği yapmaya yönlendirilmektedir.[23]

MEB ile Türkiye Yeşilay Cemiyeti (YEŞİLAY) iş birliğinde öğrenci, öğrenci velisi ve öğretmenlerin bağımlılıklar hakkındaki farkındalıklarını artırmak amacıyla hayata geçirilen çalışmalar kapsamındaki bütün protokoller bir çatı altında birleştirilerek 7 Şubat 2025'te 'Bağımlılıkla Mücadele Çalışmalarına Yönelik İş Birliği Protokolü' imzalanmıştır.[31] Protokol kapsamında gerçekleştirilen bağımlılıklarla mücadele programları şunlardır:

- *Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Eğitim Programı*: MEB ile YEŞİLAY iş birliğinde 2014 yılında yapılan bir protokolle başlayarak[37] günümüze kadar devam eden süreçte düzenli olarak güncellenmek suretiyle canlılığı ve sürdürülebilirliği korunan bu program; bütün örgün eğitim kademelerinde ve yetişkin hedef kitlesine yönelik teknoloji, sağlıklı yaşam, tütün, kumar, madde bağımlılığı ve alkol konularında çeşitli eğitim modüllerinin uygulandığı birincil önleme programıdır. TBM Eğitim Programı'nın içeriği, tüm eğitim kademelerinin kazanımlarına uygun olarak düzenlenmiş; yaş gruplarına uygun animasyon, çocuk kitabı, çalışma defteri, şarkı, broşür ve afiş içerikleri bulunacak biçimde hazırlanmıştır. Programın uygulayıcıları rehber öğretmen/psikolojik danışmanlardır. Program kapsamında öğrenci, öğretmen ve öğrenci velilerine yönelik olarak bağımlılıklara dair bilinçlendirme eğitimleri verilmektedir.

Tablo 1: 2024-2025 Eğitim Öğretim Yılında TBM Eğitim Programı Uygulanan Kişi Sayıları

Eğitim Modülü	**Öğrenci Sayısı**	**Öğretmen Sayısı**	**Veli Sayısı**
Sağlıklı Yaşam	1.632.271	9.790	57.020
Teknoloji Bağ.	1.445.271	14.133	123.835
Tütün Bağ.	1.119.707	9.247	47.950
Kumar Bağ.	139.655	3.737	11.226
Alkol Bağ.	203.913	4.442	14.087
Madde Bağ.	346.325	10.107	37.037
Genel Toplam	4.887.142	51.456	291.155

Tablo 1'e göre; TBM Eğitim Programı, 2024-2025 eğitim öğretim yılı boyunca 4.887.142 öğrenciye, 51.456 öğretmene ve 291.155 öğrenci velisine uygulanmıştır.[31]

- *Okulda Bağımlılığa Müdahale (OBM) Programı:* OBM Programı, ortaokul ve lise öğrencilerinin tütün, alkol, bağımlılık yapıcı madde, riskli internet kullanımı, bahis ve kumar oynama davranışlarına yönelik ikincil önleme bakış açısıyla Türkiye'de ilk defa geliştirilen okul temelli bireysel müdahale programıdır. Programla risk altındaki öğrencilerin zararlı alışkanlık ve davranışları bağımlılığa dönüşmeden önlenmeye çalışılmaktadır. Tedavisi oldukça zor ve maliyetli olan bağımlılıkların önüne geçilmesinde önemli başarıların kaydedildiği ikincil önleme çalışmalarının sistematik şekilde yürütüldüğü raporlanmıştır. 2020-2025 eğitim öğretim yıllarında toplam 8.908 öğrenciye OBM Programı uygulanmış olup yıllara göre eğitim alan öğrenci sayıları Tablo 2'de sunulmuştur.[31,38]

Tablo 2: 2020-2025 Eğitim Öğretim Yıllarında OBM Eğitim Programı Uygulanan Öğrenci Sayıları

Eğitim-Öğretim Yılı	Öğrenci Sayısı
2020-2021	509
2021-2022	2254
2022-2023	1618
2023-2024	2974
2024-2025	1553

- *Yaşam Becerileri Eğitim (YYBE) Programı:* YYBE Programı, öğrencilerin bağımlılıklardan uzak, sağlıklı bir yaşam biçimi inşa etmelerini destekleyen; istendik davranış ve alışkanlıklar kazanmalarını teşvik eden; risk unsurları barındıran ortam ve durumlara karşı koruyucu bir işlev üstlenen okul temelli faaliyetler bütününden oluşmaktadır. Programı özgün kılan nitelik, hem risk altındaki öğrencilere odaklanması hem de sağlıklı öğrencileri de kapsayarak onları her türlü olası riske karşı dirençli hâle getirmesidir. Bu bağlamda YYBE, öğrencilerin bütüncül gelişim süreçlerini merkeze alarak onlara yaşam becerileri kazandırmayı, bağımlılıklara karşı koruyucu tutum geliştirmeyi ve karşılaşılan güçlüklerle başa çıkma kapasitelerini artırmayı amaçlamaktadır. 2022-2025 eğitim öğretim yıllarında toplam 399.736 öğrenciye YYBE Programı uygulanmış olup yıllara göre eğitim alan öğrenci sayıları Tablo 3'te sunulmuştur.[31,38]

Tablo 3: 2022-2025 Eğitim Öğretim Yıllarında YYBE Programı Uygulanan Öğrenci Sayıları

Eğitim-Öğretim Yılı	Öğrenci Sayısı
2022-2023	120.118
2023-2024	195.424
2024-2025	84.194

- *Sağlıklı Nesil Sağlıklı Gelecek Yarışması:* Genç kuşakların bağımlılık konusundaki farkındalık düzeylerini artırmayı hedefleyen kapsamlı bir okul temelli etkinlik olarak dikkat çekmektedir. İlkokul, ortaokul ve lise kademelerinde düzenlenen bu yarışma; şiir, kompozisyon, resim, deneme, afiş, karikatür, anı ve öykü gibi farklı kategorilerde öğrencilerin katılımını teşvik etmektedir. 2017–2024 yılları arasında gerçekleştirilen yarışmalarda, 8. ila 12. sınıf düzeyindeki öğrenciler tarafından toplam 1.273.239 eser sunulmuş olup bu sayı, programın geniş ölçekli etki alanını ve gençlerin bağımlılıkla mücadele konusundaki duyarlılıklarının artırılmasına yönelik katkısını göstermektedir.[38]

- *Bağımlılıkla Mücadele Odaklı Sosyal Etkinlikler:* Bu çerçevede münazara yarışmaları, eğitim etkinlikleri ve sosyal çalışmalar yer almakla birlikte her yıl lise öğrencilerine yönelik olarak 'Türkiye Münazara Turnuvası' düzenlenmektedir. Etkinliğin temel amacı, öğrencileri bir taraftan bağımlılıklardan korurken diğer taraftan da onların 'Hayır!' deme becerilerini geliştirmektir. 2021-2024 yılları arasında düzenlenen Türkiye Münazara Turnuvalarında ulaşılan toplam öğrenci sayısı 20.421; öğretmen sayısı 3.015; okul sayısı ise 1.469 olarak raporlanmış olup ilgili verilerin yıllara göre dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur. [38]

Tablo 4: 2021-2024 Eğitim Öğretim Yıllarında Türkiye Münazara Yarışmalarına Katılan Kişi Sayıları

	2021	2022	2023	2024
Ulaşılan Öğrenci	770	4500	8023	7128
Ulaşılan Öğretmen	385	1150	959	521
Ulaşılan Okul	294	141	493	541

- *Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Grup Müdahale Programı:* Davranışsal bağımlılık riski taşıyan ortaokul ve lise öğrencilerini hedefleyen müdahale programı, öğrencilerin öz farkındalık geliştirmelerini, problemli internet kullanımına yol açan psikolojik ihtiyaçlarını tanımalarını ve kendilerine yönelik sağlıklı hedefler belirlemelerini amaçlamaktadır. On oturumluk bir eğitim süreci olarak tasarlanan program, 2023 yılı itibarıyla uygulamaya geçirilmiştir. Bu kapsamda, 362 rehber öğretmen ve psikolojik danışmana uygulayıcı eğitimi verilmiş; 2023–2025 eğitim-öğretim yılları arasında ise toplam 12.440 öğrenci program çerçevesinde eğitim almıştır. Program, öğrencilerin bağımlılık risklerine karşı koruyucu tutum geliştirmelerini ve zorluklarla başa çıkma becerilerini güçlendirmelerini hedefleyen sistematik bir müdahale modeli olarak öne çıkmaktadır. [38]

- *MEB Eğitim Bilişim Ağı (EBA)*: Eğitim sistemi içinde bulunan bütün kademelerdeki eğitim unsurlarına; öğrencilere, öğretmenlere, öğrenci velilerine ve eğitim yöneticilerine güvenilir ve doğru e-içerikler sunmak; öğrencilere fırsat eşitliğini sağlamak; öğretmenlerin mesleki gelişimlerini desteklemek; öğrenci velilerini eğitim sürecinin önemli bir paydaşı hâline getirmek ve bilgi teknolojilerini, eğitim süreçlerine entegre edebilmek gibi temel saiklerle tasarlanan EBA'da, TBM Eğitim Programı'nın çeşitli bağımlılık türlerine ilişkin içerikleri sunulmakta, bu yolla eğitim sisteminin tüm unsurlarında farkındalık oluşturulurken onları, kötü alışkanlıklar ve bağımlılıklara karşı bilinçli kılmak hedeflenmektedir. [38]

- *Medya Okuryazarlığı Çizgi Film Serisi*: Öğrencilerin medya okuryazarlık becerilerinin geliştirilmesi gayesiyle Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) tarafından hazırlanan beş çizgi filmden oluşarak işaret dili ve sesli betimleme ile desteklenen seri, MEB tarafından EBA'ya yüklenmiş ve eğitim istemindeki bütün unsurların istifadesine sunulmuştur. Yine RTÜK tarafından oluşturulan 'RTÜK Çekirdek Ailesi' adı altındaki animasyon film serisi, MEB'in 5. sınıflar için hazırladığı ders materyalinde kullanılmıştır.[38]

- *Bağımlılıkla Mücadele Yetişkin Eğitim Modülü:* Hazırlanan modül, öğretmenler ve öğrenci velilerine yönelik olarak bağımlılığın önlenmesi ve bu konuda bilinç düzeyinin artırılması amacıyla geliştirilmiştir.

İçeriğinde teknoloji, kumar, tütün, madde ve alkol bağımlılıklarının önlenmesine ilişkin başlıklar yer almakta olup bu kapsamda koruyucu ve farkındalık oluşturucu eğitim materyalleri sunulmaktadır. Modül, bağımlılıkla mücadelede okul temelli yaklaşımı güçlendiren ve paydaşların bilinçlenmesini hedefleyen sistematik bir eğitim aracı niteliği taşımaktadır.[31]

Millî Eğitim Bakanlığı Meslekî ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü bünyesinde, Şube Müdürü Özarslan'ın koordinasyonunda 2024–2025 eğitim-öğretim yılında 'Okul Aidiyetini Güçlendirme Ekibi' oluşturulmuştur. Bu çerçevede, 10 ilde meslekî ve teknik ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören lise öğrencilerine yönelik bağımlılıklara karşı farkındalık geliştirme ve okul aidiyetini güçlendirme temalı bir pilot çalışma yürütülmüştür. Bir yıl süresince gerçekleştirilen uygulamalar sonucunda 932 etkinlik düzenlenmiş ve toplam 55.572 öğrenci sürece katılmıştır. Yılsonu verilerine göre lise öğrencileri arasında tütün bağımlılığında %46,2; teknoloji bağımlılığında %21,66 oranında azalma; okul devamsızlıklarında %30 ve genel disiplin sorunlarında %40 oranında düşüş kaydedilmiştir. Pilot çalışmada elde edilen bu olumlu sonuçlar doğrultusunda, 2025–2026 eğitim öğretim yılında 12 bölgeyi temsilen 36 ilde devamsızlık oranlarının yüksek olduğu okullar belirlenmiş ve 'Güçlü Nesil Güçlü Gelecek' özdeyişiyle 'Meslekî ve Teknik Ortaöğretimde Okul Aidiyetinin Güçlendirilmesi Projesi' hayata geçirilmiştir. Proje; İçişleri, Sağlık, Gençlik ve Spor ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlıklarının yanı sıra YEŞİLAY'ın da paydaşlığında yürütülmektedir.[39]

Yukarıdaki çalışmalar ek olarak MEB'in düzenlediği ya da içinde bulunduğu bilimsel kongreler, araştırmalar ve diğer çalışmalar sıralandığında; 'Dijital Oyunlar İçin Çocuk ve Aile Rehberi Çalıştayı', 'Dijital Dünyada Oyun Bağımlılığı Çalıştayı', 'Bağımlılıkla Mücadele Çalıştayı', 'İkinci Uluslararası Teknoloji Bağımlılığı Kongresi', 'Üçüncü Uluslararası Teknoloji Bağımlılığı Kongresi', '16 Yaş Lise Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde ve Teknoloji Kullanımı Araştırması (ESPAD)', 'Psikososyal Müdahale Ekipleri', 'Hayata Sahip Çıkmak Programı', 'Madde Bağımlılığı İle Mücadele Projesi',[40] 'Türkiye'de Doğurganlık Hızının Düşmesi ve Nüfusun Azalması Tehdidinin

Millî Güvenlik Açısından İncelenmesi Araştırması', 'Eğitimde Zorbalık: Ülkeler Arasında Yaygınlığı, Etkisi ve Çözüm Yöntemleri, OECD Eğitim Çalışma Raporlarının Analizi' başta olmak üzere pek çok içeriğe de ulaşılabilmektedir.

2.3. Bağımlılıklarla Mücadele Kapsamında MEB İle Diğer Kurumlar Arasındaki İş Birlikleri

Bu başlık altında bağımlılıklarla mücadele kapsamında; MEB ile Aile ve Sosyal Hizmetler, İçişleri, Sağlık, Gençlik ve Spor, Sosyal Güvenlik Bakanlıkları ile olan iş birliklerine değinilecek olup konu bütünlüğü açısından kurumlar arasında imzalanan protokollerin içeriği kısıtlı tutulacaktır.

-*MEB İş Birliği ile Eğitim Süreci*: İhtisaslaştırılmış Çocuk Evleri Siteleri'nde koruma ve bakım altındaki çocukların eğitim hayatından kopmamaları için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile iş birliği yapılmış; bu yolla çocukların bir taraftan eğitimlerine devam edilmiş diğer taraftan destek mekanizmaları ile onların kötü alışkanlıklardan ve bağımlılıklardan korunmalarına destek olunmuştur.[38]

- *MEB ile Gençlik ve Spor Bakanlığı Arasında İş Birliği Protokolü (2019)*: Protokol kapsamında, öğrencilerin erken yaşlardan itibaren spora yönlendirilmesiyle yetenekli bireylerin keşfedilmesi, okullarda gerekli fiziksel ve eğitsel altyapının oluşturulması ve spor alanında nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesi hedeflenmiştir. Bu yaklaşım, öğrencilerin sağlıklı gelişimlerini desteklemenin yanı sıra onları zararlı alışkanlıklardan uzak tutmayı amaçlayan bütüncül bir eğitim politikası olarak kurgulanmıştır.[41]

-*MEB İle Sağlık Bakanlığı Arasında 'Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek' Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü (2025)*: Protokol kapsamında; öğrencilerin ve okul / kurumlarda çalışan personelin bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan sağlığının korunması, okul unsurlarının düzenli sağlık izlemlerinin yapılması, öğrenci ve ebeveynler için sağlığa dair farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi, okullarda meydana gelen salgınlara ilişkin gerekli müdahale ve kontrollerle çeşitli önlemlerin alınması, okullarda ilk yardım ve acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi pek çok iyileştirmenin hayata geçirilmesi planlanmıştır.[42]

- MEB, Aile ve Sosyal Hizmetler ve İçişleri Bakanlıkları İle Türkiye Belediyeler Birliği Arasında 'Çocukların Eğitim Süreçlerinin Güvenliğine İlişkin Koruyucu ve Önleyici Hizmet ve Tedbirlerin Arttırılmasına Yönelik İş Birliği Protokolü (2022): Protokol, çocukların güvenli bir ortamda eğitim faaliyetlerini sürdürmeleri için her türlü suçtan ve zararlı alışkanlıklardan uzak tutulmaları suretiyle korunmalarına yönelik olarak Bakanlıklar arası alınan bir dizi önlem, eğitim çalışması ve çok sayıda sorumluluğu içerir. Diğer protokollerden farklı olarak MEB'e bağlı örgün ve yaygın eğitimdeki öğrenciler ile eğitime erişememiş çocukların eğitim süreçlerinin güvenliğine dair usul ve esasları kapsamaktadır.[43]

-MEB, İçişleri, Aile ve Sosyal Hizmetler ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Arasında Çocukların Eğitim Süreçlerinin Güvenliğine İlişkin Koruyucu Önleyici Hizmet ve Tedbirlerin Artırılmasına Yönelik İş Birliği Protokolü (2021): Protokolle; öğrencilerin istismar, zorbalık, bağımlılık, suç, şiddet, ihmal ve her türlü zararlı alışkanlıktan korunması için Bakanlıklar arası yükümlülüklerin işlevselleştirilmesi, tarafların koruyucu, önleyici eğitim ve güvenlik tedbirlerini alması, bu yolla öğrencilerin bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlaki yönden nitelikli eğitim almış sağlıklı bireyler olarak yetiştirilmesine katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.[44]

Sonuç

Bu makalede, 'bağımlılıklarla mücadelenin okulu boyutu' araştırılmış, okul çağında karşılaşılabilecek risk faktörleriyle bağımlılıkların ilişkisi; bağımlılıklarla mücadelede yasaların müsaade ettiği ölçüde okulların sorumlulukları; okul iklimi, güvenli okul ve okulun disiplin anlayışı gibi etmenlerin bağımlılıklarla ilişkisi; öğretmenlerin bağımlılıklarla mücadeledeki rolü; öğrencilerin akran ilişkileri ve liderlik özelliklerinin bağımlılıklarla ilişkisi; ailelerin bağımlılıklarla mücadeledeki rolü; MEB'in bağımlılıklarla mücadeledeki vizyonu doğrultusunda konuya dair uygulanan programlar, kurulan iş birlikleri ve yürütülen araştırmalar gibi pek çok başlık altında çeşitli çalışmalara yer verilmiştir.

Bağımlılıklarla mücadele kapsamında MEB'in gerek kendi bünyesinde gerekse diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği içinde yürüttüğü

çok sayıda değerli çalışmanın 'görünürlük kazanması' büyük önem taşımaktadır. Böylece daha fazla vatandaş bu eğitsel faaliyetlerden yararlanabilecektir. Bu doğrultuda, Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin tüm kurum ve kuruluşları ile sivil toplum örgütlerinin, '*360° bütünleşik bağımlılıkla mücadele iletişimi*'[1] anlayışıyla hareket etmesi gerekmektedir. Hiçbir vatandaşın bu konuda bilinçlendirilmeden bırakılmadığı, seferberlik ruhuyla tüm paydaşların omuz omuza çalıştığı bir sistemin geliştirilmesi artık kaçınılmaz bir ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bağımlılıklarla mücadelede kurumsal kapasitenin artırılması, MEB bünyesinde özel bir Daire Başkanlığı'nın kurulmasıyla mümkün olacaktır. Söz konusu Daire Başkanlığının görev tanımlarının iç kontrol analizleriyle standardize edilmesi, İç Hizmet Yönergesi ile uyumlu hâle getirilmesi ve EBYS üzerinden bürokratik engelleri aşan koordineli bir sistemin inşası, hem eğitim politikalarının etkinliğini hem de sürdürülebilirliğini güvence altına alacaktır. Bu yapılanma, öğrencilerin bağımlılık riskine karşı korunmasında rehber öğretmenler ve psikolojik danışmanların önleyici rolünü güçlendirecek; eğitim sisteminin bütünlüğünü ve toplumsal sağlığı destekleyen stratejik bir müdahale alanı oluşturacaktır.

Bütün bireylere, özellikle de hayatın filizlendiği erken çocukluk çağındaki çocuklar ile bireyin içsel fırtınalarını toplumsal değerlerle dengelemeye çalıştığı; kültürel mirasın rehberliğinde kimliğini ararken eğitim sisteminin sınırları içinde yönlendirilmesi gereken ergenlere, sağlıklı kalmanın önemini ve bağımlılıkların olumsuz etkilerini, davranış değişikliği oluşturacak biçimde kavratmak ve benimsetmek hayati derecede önemlidir. Çünkü bağımlılık yapıcı maddelerin ve

[1] *360° Bütünleşik Bağımlılıkla Mücadele İletişimi:* Yazar Nesrin Özarslan tarafından geliştirilmiş bir tabir olmakla birlikte başta resmi ve özel tüm kurum/kuruluşlar, STK'ler, yerel idareler olmak üzere bütün paydaşların, bağımlılıkla mücadele kapsamında ortak bir iletişim dilini kullanması; bütün paydaşların görev tanımlarının ve görev dağılımının, mücadelenin vizyon ve misyonunu gerçekleştirecek biçimde işlevselleştirilmesi anlamına gelmektedir. Bunun yanı sıra koruyucu - önleyici çalışmalardan iyileştirme çalışmalarına ve yaşam boyu motivasyonun sağlanması adına gerçekleştirilecek bütünleşik iletişim çemberini içermektedir.

bağımlılıklara sebep olan bazı istenmeyen davranışların etkisi öğrencilerde; dikkat ve yoğunlaşma bozukluğundan ders başarısının düşmesine, zaman yönetiminden anksiyete ve depresyon gibi duygusal problemlere, arkadaş ilişkilerinin bozulmasından dışlanma, akran zorbalığı, aile ilişkilerinde gerilime, dijital ve madde bağımlılıklarıyla birlikte hareket yoksunluğundan ya da maddenin verdiği zararlardan kaynaklanan çok sayıda sağlık problemine, devamsızlık ve okulun terk edilmesinden çeşitli suçlara yönelmeye hatta intihara varıncaya kadar bir sarmalın halkaları gibi birbirini tetikleyen karmaşık bir tabloyla bizi karşı karşıya bırakmaktadır.[45] Bundan dolayı öğrencilerin, bağımlılıklara dair olumsuz mesajları ve sağlıklı yaşama ilişkin özendirici içerikleri tersine pekiştirme oluşturmayacak biçimde, birden fazla kaynaktan; kendi akranlarından, ailelerinden, öğretmenlerinden, kendilerine rol model olabilecek kişilerden, medyadan tekrarlayıcı bir şekilde, sıklıkla duymaları, görmeleri onların duyarlılığını artırmak açısından önemli ve gereklidir.[32]

Çok sayıda araştırma, okuldan erken ayrılma riskini; yoksulluk ve fırsat eşitsizliği gibi temel nedenlere dayandırmaktadır. Türkiye'de okuldan erken ayrılma oranlarının Avrupa Birliği ortalamasından üç kat daha fazla olması,[46] hem bağımlılıklar ekseninde hem de sosyal ve ekonomik düzlemde pek çok istenmeyen sonucu beraberinde getirmektedir. Bu açıdan öğrencilerin eğitim sisteminden kopmalarını önleyecek, eğitimde fırsat eşitliğini daha da güçlendirecek, eğitim sisteminin sürdürülebilirliğini ve verimliliğini artıracak politikalar geliştirilmelidir. Bu minvalde daha önce yer verilen MEB Ortaöğretim Kurumları Yönetmeliği'nin, öğrencilerin okuldan atılmasını gerektiren suçlarına dair maddeleri gözden geçirilmeli ve öğrenci tasfiyesini değil öğrencinin rehabilitasyonunu önceleyen bir bakış açısıyla ilgili maddeler güncellemelidir.

Bu çalışmada, MEB'in Dijital Dünyada Ekran Kullanımı Araştırması'nın sonuçlarına daha önce değinilmişti. Söz konusu araştırmanın diğer çarpıcı sonuçları arasında; öğrencilerin %64'ünün dijital cihazlar olmadan bir gün geçirme konusunda zorluk yaşadığı, %60'ının dijital cihazları kapatır kapatmaz tekrar kullanmak istediği, %65'inin dijital cihazları ellerinden alındığında mutsuzluk hissettiği ve %49'unun

öfke duyduğu, %65'inin dijital cihaz kullanımının ardından yorgunluk hissettiği, %64'ünün ise yemek yerken dijital cihaz kullanmaya devam ettiği yönünde ciddi bulgular da yer almaktadır.[26] Bu konuyla ilgili olarak Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde, dijital bağımlılığı azaltmak başta olmak üzere birçok sebepten dolayı, birbirinden farklı altyapılar ve yöntemler izleyerek okullarda cep telefonu yasağı uygulamasına gidilmektedir. Söz konusu yasaklara dair Eğitim ve Öğretim Ekonomisi ve Sosyolojisi Uzman Ağı (ENESET) tarafından 2026 yılında yayımlanan 'AB Ülkelerinde Okullarda Cep Telefonu Yasağı Raporu'na göre bu yasaklar, ilk ve orta dereceli okullara devam eden öğrencilerde daha işlevsel algılanırken lise seviyesindeki öğrencilerde, öğrenciler tarafından gayriahlaki aldatma yöntemlerinin geliştirilmesiyle başarıya ulaşamadığı yönünde bulgular kaydedilmiştir.[47] Buradan da anlaşılacağı üzere, cep telefonu yasaklarının eğitim sistemlerinde tek başına etkili bir politika aracı olmadığı, bu tür düzenlemelerin daha geniş bir pedagojik ve kurumsal çerçeve içinde ele alınması gerektiği ortaya koyulmaktadır. Bununla birlikte öğrencilerde dijital becerilerin geliştirilmesi, medya okuryazarlığı, dijital dünyadaki hak ve sorumlulukları ile etik yükümlülüklerin farkındalığıyla 'dijital vatandaşlık 'bilincinin kazandırılması, öğrenci refahının korunması, siber zorbalıktan uzak ve eğitim ortamlarının bütüncül biçimde iyileştirilmesi hedeflerini de içeren dengeli bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu minvalde, 360° bütünleşik bağımlılıkla mücadele iletişimi perspektifiyle politika yapıcılar, okul düzeyindeki aktörler ile diğer kurum ve kuruluşlar arasında eş güdümlü bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır.

Rehber öğretmenler ve okul psikolojik danışmanları (RPD), bağımlılıkların önlenmesinde öğrencilerde farkındalık geliştirme, psikoeğitim, erken tanı ve okul iklimini güçlendirme hususlarında çok kıymetli görev ve sorumluluklar üstlenmektedirler. Yeşilyaprak, bu belirtilenlere ek olarak RPD'lerin öğrencilerin akademik başarılarının artırılmasında başat rol oynadıklarını, onların motivasyonlarının yükseltilmesinde, sağ ve sol beyin arasındaki bağın güçlendirilmesinde, öğrencinin iç disiplin sağlamasında, öğrencinin okul ortamına ve çevresine uyumu ve psikolojik dengelerini geliştirmesinde, öğrencilerin okula bağlılıklarını ve aidiyetlerinin artırılmasında, okul

terklerinin azaltılmasında, devamsızlık oranlarının düşmesinde, disiplin sorunlarının ve öğrencilerin okul eşyalarına zarar verme davranışlarının azaltılmasında ciddi oranda katkıda bulunduklarını vurgulamaktadır.[48] RPD'lerin ve diğer öğretmenlerin bağımlılıklardan koruyucu ve önleyici rolleri dikkate alındığında; MEB'in (2024-2028) Stratejik Planı'nda 'İhtiyaçlar' başlığı altında belirttiği '*Rehber öğretmenlerin bağımlılıkla mücadele programlarını uygulama konusunda eğitim alması*' hususu üzerinde daha fazla durması ve söz konusu eğitimlere, eğitim sistemindeki bütün öğretmenleri dâhil etmesi önerilmektedir.

MEB'in ailelere yönelik olarak gerçekleştirdiği araştırma sonuçlarına göre: Dijital ortamda planladığından daha fazla zaman geçiren öğrencilerin %42'si ebeveynleriyle ilişkilerinden hoşnut olmadığını; %57'si ev ortamında uygulanabilir ve tutarlı kuralların bulunmadığını belirtmişlerdir. Araştırmacılar bununla birlikte tütün ürünlerini kullanan öğrencilerin %76'sının ailesinde tütün bağımlılığı olduğunu; bir kere bile olsa alkol kullanmayı deneyen öğrencilerin %55'inin ailesinde de alkol ürünlerinin tüketildiğini; madde kullanan öğrencilerin %30'unun ailesinde de madde bağımlılığının görüldüğünü tespit etmişlerdir.[31] Aile faktörünün bağımlılıklarla mücadelede ne kadar elzem olduğu ve ebeveyn adaylarının mutlaka bilinçli anne - babalık eğitimlerine tabi tutulmaları gerektiği ve ruh bütünlüğü ekseninde ebeveyn olmak için uygun olup olmadıklarının anlaşılmasını sağlayacak uygulamalar geliştirilmelidir.

Diğer taraftan uyuşturucu ve kumar gibi bağımlılık türlerinin insan ilişkilerini bozucu etkisi dikkate alındığında, ülkemizde evlilik çağı olarak görülen 25-34 yaş aralığındaki gençler arasında artan bağımlılıkların; aile kurumuna duyulan güveni zedelediği, evli çiftler arasında boşanma oranlarını artırdığı ve bekârlar arasında evliliğe yönelik ihtiyatlı tavrı yaygınlaştırdığı değerlendirilmektedir.[49] Söz konusu durum üzerinde MEB, Aile ve Sosyal Hizmetler ile İçişleri Bakanlıkları ivedi olarak politikalar geliştirmeli; parçalanmış ailelerden gelen öğrencilere, rehberlik hizmetleriyle psikososyal destek başta olmak üzere okul temelli koruyucu programlar uygulanmalı, çeşitli toplumsal uyum mekanizmaları sunulmalıdır.

Son söz olarak bir eğitimcinin kalbinden zihnine, zihninden de kalemine sirayet noktasında; öğrencinin başarısı, gelecek tasavvuru, psikolojik sağlamlığı, motivasyonu, okul iklimi ile öğretmenlerin yetkinlik ve yeterlikleriyle şekillenir. Okullar ise millî şuur, vatan sevgisi ve mefkûre bilinci ile bütünleşerek gelecek nesillerin inşasında stratejik bir rol oynar. Bağımlılıklarla mücadele bağlamında eğitim sisteminin sürdürülebilir ve etkin politikalarla işlevsel hâle getirilmesi, hayati bir ihtiyaçtır. Bu işlevsellik, toplumsal direncin oluşmasında ve sağlıklı nesillerin yetişmesinde önemli bir teminat niteliği taşıyacaktır.

Kaynakça

1- Fidan, Nurettin. *Okulda Öğrenme ve Öğretme*. Ankara: Pegem Akademi, 2012.
2- Dewey, John. *Demokrasi ve Eğitim*, (Çev: M. Salih Otaran), İstanbul: Başarı Yayımcılık A.Ş. 1996.
3- İnandı, Ebru, vd. 'Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı, Şiddet ve Bazı Psikolojik Özellikler' *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9, 1 (2011): 33-44. https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjph/issue/16571/173053
4- Karasar, Niyazi. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayınları, 2004.
5- Clayton, Richard, R. 'Transitions İn Drug Use: Risk And Protective Factors'. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), Vulnerability To Drug Abuse, *American Psychological Association*. (1992), https://doi.org/10.1037/10107-001
6- YEŞİLAY. 'Bağımlılık İle Mücadelenin Temeli: Bilinçlendirme ve Farkındalık Çalışmaları'. (2025). https://www.yesilay.org.tr/tr/makaleler/bagimlilik-ile-mucadelenin-temeli-bilinclendirme-ve-farkindalik-calismalari, adresinden 10.03.2026 tarihinde erişilmiştir.
7- YEŞİLAY, Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı: Teknolojiye Bağımlı Yaşama! TBM Alan Kitaplığı Dizisi: 4, İstanbul: Kültür Sanat Basımevi, 2016.
8- Ergenç, Güner ve Yıldırım, Emine, ed., *Madde Kullanımı Önleme Kılavuzu*, İstanbul Valiliği: 2007.
9- Thapa, Amrit, vd. 'A Review Of School Climate Research', Review of Educational Research, 83, 3 (2013): 357-385. doi: 10.3102/0034654313483907
10- Ulusal Okul İklimi Konseyi (NSCC). 'What İs School Climate' (2009). 12.03.2026 tarihinde https://www.schoolclimate.org/about/our-approach/what-is-school-climate, adresinden ulaşıldı.
11- Watson, Marilyn, Victor Battistich and Daniel Solomon, 'Enhancing Students' Social And Ethical Development İn Schools: An İntervention Program And İts Effects', *International Journal of Educational Research,* 27, 7 (1997): 571–586.

12- Stewart, Eric A. 'School Social Bonds, School Climate, and School Misbehavior: A Multilevel Analysis', *Justice Quarterly*, 20, 3 (2003):575-604.
13- Daily, Shay M, vd.'Health Education & Behavior' : *The Official Publication Of The Society For Public Health Education*, 47,3(2020):402-411 https://doi.org/10.1177/1090198120914250
14- Mustafa K. Erçek ve Fırat Kıyas Birel, 'Öğretmenlerin Okul Güvenliğine İlişkin Algılarının Örgütsel Güven ve Mesleki Bağlılıkları Üzerindeki Etkisi' Ekev Akademi Dergisi, 23, 77 (2019): 279-296. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-7339-9951
15- Dönmez, Burhanettin ve Niyazi Özer, *Okul Güvenliği ve Güvenli Okul*. Ankara: Nobel Yayıncılık, 2009.
16- Çalık, Temel, Türker Kurt ve Cemal Çalık, 'Güvenli Okulun Oluşturulmasında Okul İklimi: Kavramsal Bir Çözümleme', *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 1, 4 (2016): 73–84.
17- OECD, Bullying in Education: Prevalence, Impact And Responses Across Countries, *OECD Education Working Papers No. 341,* 2026 Bullying in education | OECD adresinden 13.03.2006'da erişilmiştir.
18- Millî Eğitim Bakanlığı, 'Lise Öğrencilerinin Şiddet Algısı' https://orgm.meb.gov.tr/www/lise-ogrencileri-arasinda-yurutulen-siddet-algisi-arastirmasi-sonuclari-aciklandi/icerik/3159 adresinden 14.03.2026 tarihinde erişildi.
19- Özarslan, Nesrin, 'Okul Aidiyeti Bağlamında Öğrencilerin Liderlik Becerilerinin Geliştirilmesinin Bağımlılıklarla Mücadeledeki Rolü', *Okul Aidiyeti Bağlamında Bağımlılıklarla Mücadele* içinde, ad. Ayhan Özkan, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2025.
20- Varış, Fatma. *Eğitim Bilimine Giriş*, İstanbul: Alkım Yayınları, 1998.
21- Tozlu, Necmettin. İsmail Hakkı Baltacıoğlu'nun Eğitim Sistemi Üzerine Bir Araştırma, İstanbul: Millî Eğitim Basımevi, 1989.
22- Yörükoğlu, Atalay. *Gençlik Çağı*, İstanbul: Özgür Yayıncılık, 7. Basım, 1990.
23- MEB, Öğretmenlere Yönelik Bağımlılıkla Mücadele Psikoeğitim Programı, Ankara: 2025.
24- Hortaçsu, Nuran. *İnsan İlişkileri*, Ankara: İmge Kitabevi, 1997.
25- Tezcan, Mahmut. *Eğitim Sosyolojisi*, Ankara: Zirve Ofset, 8. Basım, 1992.
26- MEB, Dijital Dünyada Ekran Kullanımı, https://www.meb.gov.tr/ilkokul-4-sinif-ogrencileri-arasinda-yurutulen-dijital-dunyada-ekran-kullanimi-arastirmasi-sonuclari aciklandi/haber/36699/tr adresinde 15.03.2026 da erişildi.
27- Şemin, Refia. '*Okulda Başarısızlık -'Sosyo-Kültürel Açıdan Şanssız Çocuklar*', İstanbul: Edebiyat Fakültesi Yayınları, 1975.
28- Hawkins, J.D., R.F. Catalano ve J.Y.Miller, 'Risk And Protective Factors For Alcohol And Other Drug Problems İn Adolescence And Early Adulthood: Implications For Substance Abuse Prevention' *Psychological Bulletin*, (1992): 112, 1, 64 – 105.

29- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), Office of Applied Studies. '*Results From The 2002 National Survey On Drug Use And Health: National Findings. Rockville*', MD. (2003).

30-YEŞİLAY, 'Bağımlılıklardan Koruyan Aile Rehberi', https://tbm.org.tr/media/dvrehpv5/ye%C5%9Filay-aile-rehberi.pdf 15.03.2026 tarihinde erişilmiştir.

31-MEB, 'Güçlenmek: Bağımlılıktan Esenliğe Bülteni', https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2025_06/27180239_bagimlilik-bulteni20250624.pdf adresinden 15.03.2026'da erişildi.

32- Sağlık Bakanlığı. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2024-2028).

33- Sağlık Bakanlığı. Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2024-2028).

34- Sağlık Bakanlığı, Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2024-2028).

35- MEB. Stratejik Planı (2024- 2028). https://sgb.meb.gov.tr/yayinlarimiz/yayin/112 18.03.2026 tarihinde erişilmiştir.

36- MEB. Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli Öğretim Programları Ortak Metni (2025). https://tymm.meb.gov.tr/ortak-metin adresinden 18.03.2026 tarihinde erişilmiştir.

37- Özarslan, Nesrin, 'Bağımlılıklarla Mücadelenin Eğitim Boyutunda İletişimin Önemi', *Bağımlılıklarla Mücadelede İletişim* içinde, ed. Atikullah Gıyasi ve Ayhan Özkan, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2025.

38-21. Yüzyılda Türkiye'nin Bağımlılıklarla Mücadele Seferberliği, Ankara: Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı Yayınları, 2025.

39- MEB. 25.02.2026 tarihli ve E- 90757378-604.01-154144051 sayılı Bakanlık Makamı Oluru.

40- Gözübüyük Tamer, Mine, 'Organize Suçlarla Mücadele (Millî Eğitim Bakanlığı Tarafından Alınan Önlemler)' *KMÜ Sosyal ve Ekonomık Araştırmalar Dergısi*. 16, Özel Sayı I, 2014.

41- MEB ile Gençlik ve Spor Bakanlığı Arasındaki İş Birliği Protokolü, 2019. https://gsb.gov.tr/dist/mevzuatdosyalar/YENi_GSBMEB%20PROTOKOL_18_NiSAN_2019.pdf 24.03.2026 tarihinde adresinden erişilmiştir.

42- MEB İle Sağlık Bakanlığı 'Sağlıklı Çocuk Sağlıklı Gelecek' Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü (2025) https://dhgm.meb.gov.tr/www/bakanligimiz-ile-saglik-bakanligi-arasinda-quotsaglikli-cocuk-saglikli-gelecekquot-okul-sagligi-hizmetleri-is-birligi protokolu/icerik/1128 24.03.2026 tarihinde erişilmiştir.

43- MEB İle Aile ve Sosyal Hizmetler, İçişleri Bakanlıkları ve Türkiye Belediyeler Birliği Arasında 'Çocukların Eğitim Süreçlerinin Güvenliğine İlişkin Koruyucu ve Önleyici Hizmet ve Tedbirlerin Arttırılmasına Yönelik İş Birliği Protokolü (2022)https://tkb.meb.gov.tr/www/cocuklarin-egitim-sureclerinin-

guvenligine-iliskin-is-birligi-protokolu/icerik/207 adresinden 24.03.2026'da erişilmiştir.

44- MEB, İçişleri, Aile ve Sosyal Hizmetler ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Arasında Çocukların Eğitim Süreçlerinin Güvenliğine İlişkin Koruyucu Önleyici Hizmet ve Tedbirlerin Artırılmasına Yönelik İş Birliği Protokolü (2021: https://tkb.meb.gov.tr/www/egitim-ve-guvenlik-projesi-kapsaminda-dort-bakanligin-temsilcilerinin-katilimiyla-duzenlenen-protokol-guncelleme-calistayi-tamamlandi/icerik/136 25.03.2026'da erişilmiştir.

45- Şahin, Cengiz. 'Bağımlılıklara Genel Bakış ve Okul Ortamındaki Bağımlılıklar', Okul Aidiyeti Bağlamında Bağımlılıklarla Mücadele içinde, ed. Ayhan Özkan, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2025.

46- Aras, Buse ve Arif Özer. 'Early School Leaving in High Schools: A Prevention and Intervention Program for Various Stakeholders', Okul Psikolojik Danışmanlığı Dergisi, 6, 1 (2023): 26–50.

47- European Commission, Mobile Phone Bans İn Schools Across The EU ENESET Analytical Report.2026.https://ebys.meb.gov.tr/edysweb/dosyaDetayGosterServlet?dosya=ENESET%20-%20AB%20Ulkelerinde%20Okullarda%20Cep%20Telefonu%20Yasagi%20(Rapor).pdf adresinden 25.03.2026'da erişilmiştir.

48- Yeşilyaprak, Binnur. *Okullarda Rehberlik ve Psikolojik Danışma Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2022.

49- MEB Türkiye'de Doğurganlık Hızının Düşmesi ve Nüfusun Azalması Tehdidinin Millî Güvenlik Açısından İncelenmesi (2026)

BAĞIMLILIĞIN ÇALIŞMA YAŞAMI BOYUTU

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin KUŞ
İstanbul Ticaret Üniversitesi
ybozkurt@ticaret.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3288-0367

Giriş

Çalışma psikolojisi araştırmaları bağımlılığı sıklıkla çeşitli örgütsel faktörleri ve çalışan davranışlarını etkileyen çok boyutlu bir psikososyal bir risk faktörü olarak ele almaktadır. Yetişkin bireylerin zamanlarının büyük bir bölümünü iş ortamında geçirmesi, çalışma yaşamını bağımlılık döngüsünün hem ortaya çıktığı hem de yeniden üretildiği kritik bir bağlam haline getirmektedir. Bu çerçevede bağımlılık, bireyin fiziksel ve zihinsel esenliğini tehdit etmenin yanı sıra, kurumların insan kaynağı sürdürülebilirliğini de doğrudan sarsan örgütsel düzeyde bir sorun niteliği taşımaktadır.

Kaynakların korunması teorisine göre bireyler, değer verdikleri kaynakları korumak ve yenilerini elde etmek için çaba gösterir; ancak kaynak kaybı tehdidi ya da gerçek kayıp ortaya çıktığında stres ve uyumsuz başa çıkma davranışları tetiklenebilir.[1,2] İş yükünün artması, rol belirsizliği, dijital taleplerin yoğunlaşması, iş ve aile arasındaki sınırların bulanıklaşması çalışanların zaman, enerji ve dikkat gibi kritik kaynaklarını tüketerek onları sosyal medya, internet, akıllı telefon veya çevrimiçi oyun gibi kısa vadeli rahatlama sağlayan fakat uzun vadede bağımlılığın döngüsünü oluşturacak davranışlara yöneltebilir. Bu bağlamda kişi, hissettikleri kaynak boşluğunu doldurmak ya da kayıp tehdidini azaltmak için mevcut kaynaklarını yatırım olarak kullanması, zaman zaman bağımlılık döngüsünü besleyen kompulsif dijital kullanımlara dönüşebilmektedir. Bu durumda iş yerinde bağımlılık, bireysel bir eğilimden daha öte, kaynak kaybı sarmalını hızlandıran yapısal ve örgütsel bir risk alanı olarak değerlendirilebilir.

Sınır teorisi, bireylerin iş ve özel yaşam arasında sürekli geçiş yaptığını ve bu iki alanı ayıran zaman, mekân, kişiler ve rollerden oluşan sınırların farklı derecelerde geçirgen olabildiğini ileri sürer.[3] Bu kurama göre sınırlar ne kadar esnek ve geçirgen hale gelirse, roller arasındaki ayrım zayıflar ve iş–aile çatışması yükselir. Dijitalleşme bu modelin orijinalinde yer almamakla birlikte, günümüz çalışma yaşamında sınırların aşınmasını en çok hızlandıran faktör haline gelmiştir. Akıllı telefonlar, sosyal medya, kurumsal mesajlaşma uygulamaları ve sürekli bildirim akışı, iş ve kişisel yaşam arasındaki sınırları neredeyse tamamen geçirgen hale getirerek bireyin iki alan arasında sağlıklı bir ayrım yapmasını zorlaştırmaktadır. Bu teknolojik geçirgenlik, çalışanın sürekli erişilebilir olma baskısını artırırken; artan rol çatışması ve stres, bireyin dijital platformları bir kaçış stratejisi olarak kullanmasına yol açmakta ve böylece dijital bağımlılık davranışları için elverişli bir psikososyal zemin oluşturmaktadır. Çalışma yaşamında bağımlılık olgusunun yansımaları devamsızlık, üretkenlik karşıtı davranışlar gibi verimlilik göstergeleri üzerinden değerlendirilmektedir. Ancak konunun kapsamı üretkenlik kayıplarıyla sınırlı olmayıp örgütsel adalet algısının zedelenmesi, iş sağlığı ve güvenliği ihlallerinin artması ve üretim karşıtı davranışların ortaya çıkması gibi çok daha geniş bir etki alanına yayılmaktadır.[4]

Bağımlılığın ortaya çıkmasında bireysel faktörlerin yanı sıra işin yapısal özellikleri, dijital talepler ve örgütsel kültür de belirleyici rol oynamaktadır. Bu ilişkiyi açıklamada en yaygın kullanılan kuramsal çerçevelerden biri İş Talepleri–Kaynakları (job demands–resources model) modelidir.[5] Modele göre iş talepleri**,** çalışanların fiziksel, bilişsel veya duygusal çaba göstermesini gerektiren ve uzun vadede enerji tüketimi, stres artışı ve tükenmişliğe yol açabilen unsurlardır. İş yükü, zaman baskısı, rol çatışması ve dijital iş ortamında maruz kalınan bilgi yüklemesi bu kategoriye girer Diğer yandan, iş kaynakları, çalışanların motivasyonunu, dayanıklılığını ve psikolojik esenliğini destekleyen; aynı zamanda iş taleplerinin olumsuz etkilerini dengeleyen koruyucu faktörlerdir. Özerklik, sosyal destek, nitelikli geri bildirim, etkili iş tasarımı ve esnek çalışma düzenleri bu gruba örnektir.[6] İş taleplerinin yüksek, kaynakların ise düşük olduğu koşullar, çalışanın en fazla

zorlandığı durumu oluşturur. Bu tür ortamlarda birey, artan stresle başa çıkmakta zorlandığında işlevsel olmayan stratejilere yönelme eğiliminde olabilir. Bunların arasında çeşitli davranışsal bağımlılıklar veya madde kullanımına dayalı başa çıkma biçimleri de yer alır. Bush ve Lipari'nin (2013) çalışması da madde kullanımının meslek ve sektörlere göre anlamlı biçimde farklılaştığını ortaya koymaktadır.[7]

Bu bölümün amacı, bağımlılık olgusunu çalışma yaşamı bağlamında ele alarak hem bireysel hem de örgütsel düzeyde öncüllerini ve çeşitli iş tutumlarına etkilerini kapsamlı biçimde incelemektir. Ayrıca bölüm, bağımlılıkla mücadelede iş yerlerinin üstlenebileceği sorumlulukları görünür hale getirmeyi; bu doğrultuda birincil ve ikincil müdahale düzeylerinde uygulanabilir iyileştirme ve önleme stratejileri sunmayı amaçlamaktadır.

1. Geleneksel Bağımlılıkların Örgütsel Dinamikleri ve Sonuçları

1.1. Tütün ve Nikotin Bağımlılığı

Çalışma yaşamında tütün ve nikotin bağımlılığı, çoğu zaman kişisel bir tercih ya da kısa bir mola ihtiyacı gibi sıradanlaştırılsa hem sağlık hem de örgütsel işleyiş açısından göz ardı edilemeyecek sonuçlar doğurmaktadır. Örgütsel düzeyde bakıldığında, tütün kullanımının etkileri zaman kaybı, bilişsel performansın zayıflaması ve işyeri sosyal ikliminin bozulması olmak üzere üç boyutta incelenebilir. Sigara içen çalışanların gün içinde verdikleri tekrar eden molalar, yıl boyunca toplandığında önemli bir mesai kaybına dönüşmektedir. Ayrıca, sigara içen çalışanların kurumlara ek maliyet getirdiğini ve bu maliyetin büyük bölümünün sigara molalarından kaynaklandığını da ortaya konulmuştur.[8]

Nikotin bağımlılığı iş stresinden bağımsız bir olgu değildir; iki süreç birbirini karşılıklı olarak beslemektedir. Stresli iş ortamları nikotin tüketimini artırırken bağımlılığın yarattığı yoksunluk döngüsü çalışanın stres toleransını düşürerek duygusal tükenişi hızlandırmaktadır.[9] Bu durum zamanla öz-yeterlilik algısında aşınmaya, dolayısıyla işte karşılaşılan güçlükler karşısında daha kırılgan bir yapıya yol açmaktadır.

Sigara kullanımı yalnızca iş günü ve üretkenlik kayıplarına değil, devamsızlık artışına ve yangın kaynaklı maliyetlere de neden olduğundan kurumlara ekonomik açıdan önemli düzeyde bir yük getirmektedir.[10] Ancak buna rağmen pek çok kurumun çalışanlara etkili bir bırakma desteği sunamadığı görülmektedir. Mevcut araştırmalar, sigarayı bırakmayı destekleyen kurumsal müdahalelerin hem çalışan sağlığını iyileştirdiğini hem de işletme maliyetlerini azalttığını ortaya koymaktadır.

Tütün ve nikotin kullanımı, bireyin uyku kalitesi ve genel yaşam memnuniyetini de olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, Türkiye örneklemindeki akademik çalışmaları sentezleyen bir çalışmada, sigara içmeyen bireylerin içenlere oranla yaklaşık %70 oranında daha kaliteli bir uyku deneyimine sahip olduğunu ortaya koymuştur.[11] Sigara içenlerin uyku kalitesindeki bu dramatik düşüş, iş yaşamında performansın en temel yakıtı olan dinlenme sürecini sekteye uğratarak; gün içinde konsantrasyon güçlüklerine, bilişsel esnekliğin kaybolmasına ve hata payının artmasına zemin hazırlamaktadır.[12,13] Benzer şekilde, yaşam memnuniyetindeki düşüş de iş motivasyonunu zayıflatmaktadır. Boylamsal yürütülen çalışma, sigarayı bırakan bireylerde yaşam memnuniyetinin bırakma sürecinden itibaren yükseldiğini ve bu etkinin üç yıla kadar devam edebildiğini göstermektedir.[14]

Nikotin bağımlılığının çalışma performansı üzerindeki en belirgin etkilerinden biri ise zihinsel bölünme durumudur. Nikotin yoksunluğu yaşayan çalışan, bilişsel kaynaklarının önemli bir kısmını bir sonraki sigara molasını planlamak ve yoksunluk stresini yönetmek için harcamaktadır.[15] Bu durum, bireyin sınırlı olan dikkat kapasitesini asıl görevinden uzaklaştırarak, görev odaklı performansı zayıflatmakta ve çalışanı adeta zihinsel bir bekleme moduna hapsetmektedir.

Tütün bağımlılığının örgütsel alandaki daha örtük ama kritik sonuçlarından biri de iş yükü adaletsizliğidir. Eşitlik Teorisi, çalışanların yalnızca çıktılarının değil, süreçlerin de adil olmasını beklediğini vurgular.[16] Sigara içen bir çalışanın masadan uzaklaştığı her molada, telefonlara bakma ya da acil işleri karşılama gibi görevlerin sigara içmeyen çalışanlara aktarılması, bu görünmez yükün giderek birikmesine yol açmaktadır. Bu durum ekip içinde adaletsizlik duygusunu

tetikleyebilmekte, hatta zaman zaman kişilerarası çatışmayı besleyebilmektedir. Daha güncel çalışmalar da söz konusu mola asimetrilerinin çalışanlar arasındaki karşılıklı güveni zayıflatabileceğine işaret etmektedir.[17] Dolayısıyla tütün kullanımının iş paylaşımındaki denge ve iş ortamındaki ilişkilerin niteliği açısından da önem taşımaktadır.

1.2. Alkol ve Psikoaktif Madde Bağımlılığı

İş yerinde alkol ve uyuşturucu kullanımının ortaya çıkışında çevresel, psikolojik, örgütsel ve bireysel faktörler iç içe geçmektedir. Maddelere erişimin kolay olması, sosyal baskılar, gözetimin sınırlı kaldığı çalışma koşulları ve bazı mesleklerde içki tüketiminin kültürel olarak teşvik edilmesi önemli çevresel etkenler arasında yer almaktadır. Bunun yanında stres, monotonluk ve hayal kırıklığı gibi psikolojik yükler çalışanları madde kullanımına yöneltebilir. İş güvencesizliği, düşük ücret, kariyer belirsizliği ve tehlikeli çalışma koşulları gibi örgütsel sorunlar ise kolektif strese sebep olarak madde kullanım riskini yükseltmektedir.[18]

Madde kullanım riskini artıran faktörlerden biri de iş–aile çatışmasıdır. İş–aile çatışması, iş ve aile rollerinden gelen taleplerin birbiriyle uyumsuzluk göstermesi sonucu ortaya çıkan bir gerilim alanıdır.[19] Bu gerilim, bazı çalışanlarda madde kullanımına yönelmeyi kolaylaştıran bir ara mekanizma işlevi görebilir. İş–aile çatışmasının özellikle alkol kullanımını artırdığını, bu etkinin daha çok alkolün gerginliği azalttığına inanan çalışanlarda daha güçlü olduğu bulunmuştur.[20]

Madde kullanımının bilişsel ve duygusal etkileri çalışma ortamında başka sonuçlar da doğurmaktadır. Bunlardan biri işte var olamama (presenteeism) olgusudur. İşte var olamama, çalışanın iş yerinde fiziken bulunmasına rağmen çeşitli sağlık sorunları ya da verimli çalışma kapasitesini azaltan etkenler nedeniyle performansında düşüş yaşaması olarak tanımlanmaktadır.[21,22] Günümüzde bu etkenlere madde kullanımı ve diğer davranışsal bağımlılık örüntüleri de dâhil edilmektedir. Bağımlılığın yarattığı zihinsel meşguliyet ve yoksunluk belirtileri, fiziksel varlık devam etse bile çalışanın bilişsel olarak işten kopmasına yol açmaktadır. Araştırmalar, bu tür gizli verimlilik kayıplarının

devamsızlık maliyetlerinden daha yüksek olabildiğine işaret etmektedir.[23] Nitekim, opioid kullanım bozukluğu olup tedavi almayan çalışanların yılda ortalama 14 gün üretkenlik kaybı yaşadığını göstermiştir.[24] Bu bulgu, bağımlılık kaynaklı işte var olamamanın kurumlar açısından oluşturduğu maliyetin somut bir göstergesidir.

Alkol ve psikoaktif madde kullanımı aynı zamanda bilişsel kapasiteyi, stratejik karar verme süreçlerini ve iş yerindeki güvenlik iklimini de olumsuz etkilemektedir. Güvenlik iklimi, çalışanların güvenlik uygulamaları, yönetsel öncelikler ve kurumsal tutarlılığa ilişkin paylaşılan algılarını ifade eder.[25] Araştırmalar, güçlü bir güvenlik ikliminin iş kazalarını azalttığını; zayıf bir iklimin ise riskli davranış eğilimlerini artırdığını göstermektedir.[26] Alkol etkisi altındaki çalışanlarda kaza ve şiddet olaylarına karışma ihtimalinin yükseldiği; bu durumun ise kurumlara hem hukuki hem de operasyonel maliyetler doğurduğu vurgulanmaktadır. Maddenin kullanımının ardından başlayan ve zihinsel toparlanmanın tamamlanmadığı yoksunluk evresi de riskin yeniden arttığı bir dönemdir. Bu süreçte dikkat zayıflığı ve tepki süresindeki yavaşlama, özellikle yüksek dikkat gerektiren görevlerde hataların artmasına yol açmaktadır.[4] Sonuç olarak, iş yerinde yasadışı ya da bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı, iş kazaları, yaralanmalar, devamsızlık, performans düşüşü, moral bozukluğu ve güven kaybı gibi çok yönlü olumsuz sonuçlar ve örgütün işleyişi üzerinde sistematik riskler oluşturmaktadır.[27]

2. Dijital Çağın Yeni Tehdidi: İş Yerinde Sanal Bağımlılık

2.1. Sanal Kaytarma

Sanal kaytarma (cyberloafing), çalışanların mesai saatleri içinde işyeri interneti ya da dijital kaynakları iş dışı amaçlarla bilinçli olarak kullanması şeklinde tanımlanmaktadır.[28] Dijital ortamların çalışma süreçlerine yoğun biçimde entegre olduğu günümüzde, bu davranış iş yerlerinde giderek artan dijital dikkat dağınıklığının en görünür örneklerinden biri haline gelmiştir. Alan yazına bakıldığında sanal kaytarmanın tek bir boyutla açıklanmadığı, hem çalışanlar hem de yöneticiler açısından farklı anlamlar taşıdığı görülmektedir. Çalışanlar için çoğu

zaman kısa süreli bir nefes alma, zihni toparlama ya da iş baskısından uzaklaşma yolu olarak değerlendirilirken; yöneticiler bu davranışı üretkenliğe zarar veren, hatta örgütsel sadakati zayıflatan bir iş disiplini sorunu olarak görebilmektedir.

Üretkenlik karşıtı davranışlar, örgütün hedefleriyle uyumsuz ya da iş süreçlerini aksatan eylemleri kapsar. Görevlerin bilinçli şekilde geciktirilmesi, yoğun sosyal medya kullanımıyla iş akışının kesintiye uğraması veya çalışma arkadaşlarının performansını etkileyen olumsuz tutumlar bu çerçevede değerlendirilmektedir. Sanal kaytarma; internette gezinme, kişisel e-posta kullanımı ve etkileşimli sosyal kaytarma (sohbet, sosyal medya) olmak üzere üç alt kategoriye ayrılmaktadır ve adaletsiz muamele algılayan çalışanların bu davranışları daha yüksek olasılıkla sergilemektedir.[29] Bu bulgu, sanal kaytarmanın çalışanın örgütsel koşullara verdiği tepki olarak da okunabileceğini düşündürmektedir. Benzer biçimde, iş anomisi üzerine çalışması, adaletsizlik algısının düşük olduğu ortamlarda çalışanların interneti bir suistimal aracı olarak kullanmaya daha yatkın olduğunu göstermiştir. İş anomisi, kişinin örgüte ilişkin aidiyet ve değer uyumunda yaşadığı kopuşu ifade ettiğinden, bu ilişki sanal kaytarmanın altında yatan psikososyal dinamikleri anlamak açısından önemlidir.[30]

Sanal kaytarmanın örgütsel sonuçlarına ilişkin çalışmaların daha çok üretkenlik kaybı, dikkat dağınıklığı, güvenlik ihlalleri ve verimlilik kaybı gibi olumsuz çıktılara odaklandığı görülmektedir. Bu sonuçlar kapsamında sanal kaytarma davranışının çoğunlukla düzenlenmesi ve sınırlandırılması gereken bir sapma biçimi olarak ele alınmakta ve yönetsel kontrol perspektifi içinde konumlandırılmaktadır.[31] Buna karşılık daha sınırlı sayıdaki araştırma, sanal kaytarmanın çalışanlar açısından aşırı iş yükü ve stres karşısında kısa süreli bir toparlanma aracı, zihinsel yenilenme fırsatı ve yoğun iş taleplerinden kaçışı mümkün kılan işlevsel bir strateji olabileceğini öne sürmektedir.[32] Bu nedenle sanal kaytarmayı yalnızca olumsuz bir davranış olarak görmek, olgunun çok boyutlu doğasını göz ardı eden indirgemeci bir yaklaşımdır.[33] Bu bağlamda sanal kaytarma, çoğunlukla olumsuz sonuçlar üzerinden ele alınmış olsa da, bazı çalışmalar onun aynı zamanda çalışanların psikolojik iyilik haline katkı sağlayabileceğine işaret etmektedir.

Bu nedenle kurumların sanal kaytarmayı yönetirken yalnızca denetim ve kısıtlama odaklı bir yaklaşım benimsemek yerine, çalışma ortamındaki adalet algısı, iş yükü dengesi ve çalışanların psikolojik ihtiyaçları gibi unsurları da göz önünde bulundurması gerekmektedir.

2.2. Çevrimiçi Bahis ve Şans Oyunları Bağımlılığı

Çevrimiçi bahis ve şans oyunlarının dijital ortamda her geçen gün daha erişilebilir hâle gelmesi, çalışanların mesai saatlerinde bu tür platformlara yönelme ihtimalini artırmaktadır. Online ortamların sunduğu kolay erişim, anonimlik ve sürekli kullanım imkânı, çevrimiçi bahis davranışının bağımlılık geliştirme potansiyelini yükselten başlıca etkenler arasında gösterilmektedir.[34] Çevrimiçi bahis sitelerinin kullanıcıyı sürekli platformda tutmaya yönelik tasarım özellikleri (anlık bildirimler, bonus teklifleri veya kayıp sonrası yeni oyun önerileri) bu davranışın tekrarlanmasını kolaylaştırmakta ve özellikle dikkat kapasitesi yüksek düzeyde bölünen çalışanlarda bağımlılık gelişimi için daha elverişli bir zemin oluşturmaktadır. Bu eğilim, çalışanlar açısından önemli bir finansal stres kaynağıdır. Dijital bahis oynayan bireylerde borçlanmanın artmasıyla bütçe kontrolünün zayıflaması ve kayıpları telafi etme isteğinin daha yüksek risk alma davranışları görülmektedir. Finansal baskının artması bireyin ekonomik refahının yanında psikolojik dayanıklılığını da zayıflatarak iş yaşamındaki performansını olumsuz etkileyen bir stres döngüsü oluşturmaktadır.

Mesai saatlerinde çevrimiçi bahis oynanması yalnızca bireyin kişisel yaşamı açısından değil, kurumlar açısından da çok boyutlu riskler doğurmaktadır. Bu davranış hem etik sorunlara hem de bilgi güvenliği açısından kritik açılara yol açabilmektedir. Çevrimiçi bahis sitelerinin bir kısmının kullanıcı verilerini üçüncü taraflarla paylaşması, hatta kötü niyetli yazılım barındırması, çalışanların işyeri ağına bağlandıkları bir ortamda kurumları da risk altına sokmaktadır. Buna ek olarak, çalışanların, özellikle finansal baskı altında olduklarında, kurumsal kaynakları kötüye kullanma, şirket içi suistimal ya da yolsuzluk girişimlerinde bulunma ihtimalinin artabileceğine ilişkin bulgular dikkat çekicidir. Bu tür davranışların ortaya çıkması, kurumların iç kontrol

mekanizmalarını zayıflatarak hem finansal hem de itibari kayıplara yol açabilmektedir.

Kanada'da yapılan geniş ölçekli bir çalışmada, çalışanların %44'ünün son bir yıl içinde iş yerinde en az bir kez çevrimiçi bahis oynadığını; bu kişilerin %16'sının disiplin cezası aldığını ve %13'ünün işini kaybettiği saptanmıştır.[35] Bu oranlar, çevrimiçi bahis davranışının kurumsal disiplin, performans ve işyeri güvenilirliği açısından ne kadar kritik bir sorun alanına dönüştüğünü göstermektedir. Çevrimiçi bahis davranışı, işyerindeki iş akışının kesintiye uğramasına, görevlerin gecikmesine, dikkat dağılmasına ve motivasyon kaybına yol açarak hem bireysel hem de örgütsel düzeyde üretkenlik kaybı yaratmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar özellikle finansal baskı altında çalışanların çevrimiçi bahis davranışına daha fazla yöneldiğini ortaya koymaktadır.[36] Makroekonomik dalgalanmaların yoğun olduğu ekonomilerde çalışanların gelir-gider dengesinin bozulması, onları kısa vadeli kazanç umuduyla çevrimiçi platformlara yönlendirmekte; bu davranış ise genellikle daha büyük kayıplara, psikolojik stresin artmasına ve iş performansında düşüşe neden olmaktadır. Bu döngü ilerledikçe, çalışanın hem iş yerindeki odaklanması hem de iş–aile dengesi zarar görmekte; devamsızlık, düşük motivasyon ve tükenmişlik gibi sonuçlar yaygınlaşmaktadır.

Çevrimiçi bahis davranışının örgütsel sosyal dinamikler üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Bahis oynayan çalışanların ekip içindeki iletişim ve işbirliği düzeyleri zamanla zayıflayabilir; kaygı, gizlilik ve suçluluk duygusu, sosyal etkileşimin niteliğini bozabilmektedir. Özellikle yüksek performans beklentisi olan işyerlerinde çalışanların bu tür davranışları gizleme eğilimi, örgütsel güveni zayıflatabilir. Çevrimiçi bahsin hızlı ve tekrar edilebilir yapısı, bireyin çalışma saatleri içinde kısa molalarla bahis oynamasına imkan tanıdığı için, çalışan farkında olmadan uzun süreli bir dikkat bölünmesi yaşamaya başlayabilir. Bu durum iş kazalarına açık sektörlerde daha büyük risk taşımaktadır.

Çevrimiçi bahis bağımlılığının psikolojik yönü de göz ardı edilemez. Özellikle kısa vadeli ödüllere duyarlılığı yüksek olan çalışanlarda çevrimiçi bahis, anlık rahatlama sağlayan bir başa çıkma davranışı

gibi işleyebilir. Ancak bu rahatlama kısa süreli olduğu için kişi tekrar oyuna dönme eğilimi gösterir; bu döngü zamanla bağımlılık mekanizmasını pekiştirir. Çevrimiçi bahis platformlarının sunduğu sürekli uyarıcılar, kazanç sesleri, renkli grafikler ve oyunlaştırma öğeleri de davranışın tekrar edilme olasılığını artıran önemli pekiştiricilerdir. Kumar davranışının hızlı ödüllendirme döngüleri ve yoğun duyusal uyarıcılarla güçlendiğine ilişkin bulgular, bu mekanizmanın bağımlılığı nasıl pekiştirdiğini desteklemektedir.[37] Bu psikolojik süreçler, bireyin öz denetim kapasitesinin zayıflamasına ve kompulsif davranış örüntüsünün daha kolay yerleşmesine zemin hazırlayabilir.

Sonuç olarak, çevrimiçi bahis ve şans oyunları bağımlılığı, dijital erişilebilirliğin artmasıyla birlikte çalışma yaşamında daha görünür hale gelen bir risk alanıdır. Bireysel, finansal, psikolojik ve örgütsel boyutlarıyla ele alındığında bu davranış modern iş yerlerinin yönetmesi gerekli olan çok boyutlu bir sorunu temsil etmektedir. Bu nedenle kurumların yalnızca disiplin süreçlerine odaklanması değil; çalışanların finansal esenliğini, psikolojik dayanıklılığını ve dijital farkındalığını destekleyen bütüncül politikalar geliştirmesi, çevrimiçi bahis davranışının yaygınlaşmasını önlemede önemli bir adım olacaktır.

3. Teknoloji Bağımlılığı ve Dijital Kaygı Sarmalı

3.1. Dürtüsel Akıllı Telefon Kullanımı ve Teknoloji Bağımlılığı

Dijitalleşmenin hızlanmasıyla akıllı telefonlar, çalışma yaşamında sürekli bir dikkat dağıtıcı unsur haline gelmiştir. Telefon ve internet kullanımının giderek daha dürtüsel bir yapıya bürünmesi, çalışanların dışsal uyaranları filtreleme kapasitesini zayıflatmakta ve bu durum derin ve kesintisiz bir odaklanma gerektiren görevlerde performans kayıplarına yol açmaktadır. Beyin görüntüleme çalışmaları, problemli telefon kullanımının bilişsel kontrol ve özdenetimle ilişkili beyin bölgelerinde yapısal ve işlevsel değişiklikler oluşturduğunu göstermektedir.[38] Bu değişiklikler, çalışanların görev odaklı dikkatini daha kırılgan hale getirerek iş ortamında hata yapma olasılığını artırmaktadır.

Bilişsel psikoloji alanındaki bulgular da akıllı telefon kullanımının dikkat, bellek ve hazzı erteleme gibi temel yürütücü işlevler üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymaktadır.[39] Derin odaklanma kapasitesinin zayıflaması, karmaşık problem çözme, analitik düşünme ve yaratıcı üretim gerektiren görevlerde belirgin performans kaybına yol açmaktadır. Yoğun bildirim akışı ve sürekli ekran kontrolü nedeniyle oluşan mikro kesintiler ise çalışanlarda zaman kaybına, zihinsel yorgunluğa ve görev tamamlama süresinde gecikmelere neden olmaktadır. Bu tür bilişsel bölünmeler, hatalı karar verme, iş süreçlerinde yavaşlama ve bilişsel kalite gerektiren görevlerde verimlilik kaybı gibi örgütsel açıdan kritik sonuçlar doğurabilmektedir.

Dijital araçların problemli kullanımını güçlendiren bireysel faktörler de dikkat çekicidir. Kontrol odağı, materyalizm ve sosyal kaygı gibi kişisel özellikler, çalışanların dijital uyaranlara karşı duyarlılığını etkileyen önemli değişkenler arasındadır. Dış kontrol odağına sahip bireylerde özdenetim kapasitesinin zayıf olması, bu kişilerin dijital uyarıcılara daha kolay yönelmesine neden olabilmektedir.[40] Materyalist eğilimlerin yüksek olduğu bireylerde ise akıllı telefon yalnızca bir iletişim aracı olmaktan çıkarak statü sembolü hâline gelmekte; bu durum cihazla kurulan duygusal bağı güçlendirerek kompulsif kullanımı beslemektedir. Sosyal kaygısı yüksek çalışanlar ise yüz yüze etkileşimden kaçınarak çevrimiçi iletişime yönelme eğiliminde olabilir; bu durum iş yerinde ekip içi iletişimde zayıflamaya, toplantılarda pasif katılıma ve kişiler arası ilişkilerde gerilimi artırabilmektedir.[41]

Sosyal medya bağımlılığı ise iş–aile dengesi açısından ayrı bir risk oluşturmaktadır. Bağımlılığı sürdürmek için harcanan zaman ve dikkat, çalışanların aile ve iş rollerine ayırması gereken kaynakların giderek tükenmesine neden olmaktadır. Bu dengesizlik, hem performans düzeyini düşürmekte hem de çalışanın iş rollerini yerine getirmede zorlanmasına yol açmaktadır.

3.2. İşyerinde Gelişmeleri Kaçırma Korkusu

Gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO), bireyin başkalarının kendisi olmadan önemli ya da ilgi çekici deneyimler yaşadığına dair duyduğu bilişsel ve duygusal kaygıyı ifade etmektedir.[42] İş yaşamında FoMO,

çalışanların çevrimiçi bağlantılarının kopması hâlinde bilgi, fırsat ya da sosyal etkileşimleri kaçıracaklarına yönelik endişelerinin artmasıyla ortaya çıkar. Bu yapı, hem bilgi akışının dışında kalma kaygısını hem de ilişkisel olarak geri planda kalma korkusunu içeren iki yönlü bir örüntü sunmaktadır.[43] İşyeri FoMO'su yüksek olan çalışanlar, işle ilgili mesaj ve bildirimleri daha sık kontrol etme eğilimindedir; bu davranış dikkat bölünmesini artırarak teknostresi ve tükenmişliği beslemektedir. Bununla birlikte, FoMO'nun tetiklediği sürekli çevrimiçi olma ihtiyacı sosyal medya platformlarının takıntılı ya da zorunlu biçimde kullanılmasına yol açarak bilişsel kaynakların tükenmesine, karar verme süreçlerinde ertelemeye ve genel iş performansında düşüş ile ilişkilidir.[49]

İş ile konularda sürekli erişilebilir olma baskısı, çalışanlarda zaman içinde zorlanmayı artırarak bilişsel tükenmişlik ve dijital bağımlılık eğilimlerinin artmasında rol oynamaktadır. Dijital iş talepleri çalışan esenliğini zorlayan yeni bir iş yükü türü haline gelmiştir. Yapılan bir araştırma kapsamında, hiperbağlılık, bilgi aşırılığı, dijital işyeri güçlükleri, FoMO ve teknolojik zorlanma gibi unsurları içeren "dijital işyeri teknoloji yoğunluğu" adlı yeni bir kavram önerilmiştir.[45] Bu kavram, dijital araçlara yoğun maruz kalmanın çalışanların zihinsel ve duygusal kaynakları üzerindeki baskıyı artırarak tükenmişlik riskini artırmaktadır.

Dijitalleşen çalışma ortamlarında sosyal medya kullanımı, birçok çalışan için kronikleşen bir FoMO kaynağı haline gelmiştir. FoMO çalışanlarda iki farklı başa çıkma stratejisini tetiklemektedir.[46] Bunlardan ilki, çalışanların sosyal medya akışını kaçırmamak için sık sık aktif iş kesintisi yapmalarıdır. Bu sürekli bölünme, bilişsel kaynakların azalmasına ve iş tükenmişliğinin artmasına yol açmaktadır. İkincisi, FoMO'nun sosyal medya etkileşimlerini artırarak iş yerindeki sosyal ilişkileri paradoksal biçimde güçlendirmesidir. Araştırmanın dikkat çekici bir bulgusu da rekabetçi iş ikliminin bu süreci şiddetlendirmesidir.

Rekabetin yüksek olduğu örgütlerde FoMO'nun iş kesintileri ve tükenmişlik üzerindeki etkisi daha güçlü görülmektedir. Bu nedenle FoMO ile mücadelede bireysel ekran süresi yönetimi kadar, kurumların

rekabet baskısını ve sürekli erişilebilirlik beklentisini düzenleyen politikalar geliştirmesi de önem taşımaktadır.

Sosyal medya bağımlılığını etkileyen bir diğer boyut ise kişilik özellikleridir. Alan yazın, bazı kişilik eğilimlerinin dijital platformlara yönelimi ve kullanım biçimini şekillendirdiğini göstermektedir. Örneğin, dışadönüklük sosyal etkileşim motivasyonu yoluyla sosyal medya kullanımını artırabilmektedir.[47,48] Bununla birlikte, dışadönüklüğün bağımlılık düzeyini anlamlı şekilde yordamadığını ortaya koymuştur. Bu durum, dışadönük bireylerin yüz yüze iletişimde de tatmin edici sosyal deneyimler yaşayabilmeleri nedeniyle dijital ortamlara 'telafi edici' bir bağımlılık geliştirme ihtiyaçlarının daha düşük olmasıyla açıklanabilir.[49] Buna karşılık, nevrotiklik düzeyi yüksek bireylerin sosyal kaygı, duygusal dalgalanma ve güvence arayışı nedeniyle sosyal medya kullanımına daha fazla yöneldiği görülmektedir.[41]

Son olarak, herhangi bir bağımlılığı değerlendirirken bağımlılık etiketine odaklanmak altında yatan sebepleri anlamayı engellemektedir. Davranışı besleyen ihtiyaçların, duygu düzenleme stratejilerinin ve altta yatan psikolojik süreçlerin dikkate alınması gerekmektedir. Yoğun akıllı telefon kullanımının her durumda bağımlılık olarak değerlendirilmemesi gerekmektedir; kimi zaman problemli kullanım ifadeyi daha uygundur.[50] Örneğin, telefonun kumar oynama gibi başka bir bağımlılığın aracı haline gelmesi, asıl sorunun telefon bağımlılığı değil, temel bağımlılık örüntüsü olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, olumsuz sonuçlar yaşamak tek başına bağımlılığa işaret etmez. Bu nedenle akıllı telefon kullanımını değerlendirirken cihazın telafi edici işlevleri, kişinin ihtiyaçları ve davranışı yönlendiren temel psikolojik süreçler dikkate alınmalı; yoğun kullanımı alkol veya madde bağımlılıklarıyla aynı düzlemde ele almak bağımlılık kavramının ciddiyetini zayıflatmaktadır.

İşyerinde FoMO'ya ilişkin bulgular, dijital etkileşimlerin çalışan davranışlarını psikososyal çerçevede şekillendirdiğini göstermektedir. Sürekli bağlantıda kalma baskısı, rekabet iklimi ve kişisel eğilimlerin birleşmesi FoMO'nun iş yaşamındaki etkilerini daha belirgin hâle getirmektedir. Bu durum da kurumların dijital çalışma kültürünü ve beklentilerini yeniden gözden geçirmesini gerektirmektedir.

4. Davranışsal Bağımlılıkların Altı Boyutu: İş Yaşamına Uyarlanmış Bir Model

Davranışsal bağımlılıklar altı temel bileşen üzerinden tanımlanmaktadır; bu bileşenler internet ve bilgisayar kullanımına olduğu kadar, iş yerinde görülen sosyal medya, akıllı telefon, kurumsal mesajlaşma uygulamaları ve çevrimiçi içerik bağımlılıklarına da uyarlanabilir.[51] Model, çalışanların dijital cihazları ve çevrimiçi aktiviteleri hangi mekanizmalar üzerinden bağımlılık davranışına dönüştürdüğünü anlamada güçlü bir çerçeve sunmaktadır. Aşağıda her boyuta dair bir durum örneklendirilmiştir.

4.1. Öncelik Kazanma: İşin Önüne Geçen Dijital Uğraşlar

Bağımlılık davranışı kişinin yaşamında merkezi bir konuma yerleşir; dijital aktivite gün içindeki düşünce, duygu ve davranışları domine eder.

'Bir çalışan, sabah işe geldiğinde bilgisayarını açmadan önce mutlaka sosyal medya bildirimlerini kontrol ediyor. Toplantıda söz hakkı alması gerekirken bile ekranına düşen mesajlarla zihni bölünüyor ve gündemden kopuyor. Zamanla bu kontrole ayırdığı süre uzuyor ve iş listesine başlaması gecikiyor.'

İş yerindeki karşılıkları:

- Çalışanın zihninin toplantıda bile bildirimlerde olması
- Gün içinde sık sık 'kontrol etme ihtiyacı'
- Göreve başlamadan önce sosyal medya, mesajlaşma uygulamalarını zorunlu olarak kontrol etme
- İş önceliklerinin yerini ekran önceliklerinin alması

Bu durum, çalışanı derin çalışma kapasitesinden uzaklaştırır. Derin çalışma, çalışanın dikkatini bölünmeye neden olan tüm uyaranlardan uzaklaştırarak uzun süreli ve yoğun bir bilişsel odaklanma gerektiren görevleri yerine getirdiği çalışma biçimidir.[52]

4.2. Duygu Durum Düzenleme: Dijital Kaçış Mekanizması

Dijital aktivitenin stres, sıkılma, baskı veya kaygıdan kaçmak için kullanılması bağımlılık davranışının önemli bir bileşenidir.

'Bir çalışan, hazırlaması gereken karmaşık bir raporu açtığında yoğun bir zorlanma hissediyor. Raporun neresinden başlayacağını bilemediği için kısa

bir rahatlama arayışıyla telefonuna uzanıyor. 'Bir dakikalığına bakayım' diye girdiği sosyal medya akışı, birkaç dakikalık bir kaçış alanına dönüşüyor. Zorlayıcı göreve dönmesi gerektiğini bildiği halde, kısa süreli rahatlama hissi onu tekrar ekrana yönlendiriyor ve bu durum giderek stresli görevlerden kaçınmanın alışılmış bir yolu hâline geliyor.'

İş yerindeki karşılıkları:

- Stresli görevlerden kaçmak için sürekli sosyal medya akışı tüketmek
- Kurumsal stresin yarattığı gerginliği telefon kullanımına yönelerek azaltma
- 'Kısa ara vereyim' diye başlayan davranışın 20–30 dakikalık kayıplara dönüşmesi

Bu, davranışın olumsuz pekiştirilmesini güçlendirir.

4.3. Tolerans: Daha Fazla Kullanım Gereksinimi

Bağımlılık davranışları zamanla aynı etkiyi yaratmak için daha fazla uyarana ihtiyaç duyar.

'Bir çalışan, önemli bir müşteri dosyasını hazırlarken aklı sürekli telefonundaki bildirimlerde kalıyor. Dosya üzerinde çalışırken bir anda 'az önce paylaşılan haber hakkında başka yorum geldi mi?' düşüncesi zihnine takılıyor. Ekrana bakmamaya karar verdiği halde bu merak duygusu dikkati bölüyor ve çalışanın tekrar tekrar odak değiştirmesine yol açıyor. Zamanla iş görevleri ikinci planda kalırken, zihinsel enerjisinin önemli bir bölümü sosyal medya akışına yönelmiş oluyor.'

İş yerindeki karşılıkları:

- Telefonu eskisine göre daha sık kontrol etme
- Daha fazla uygulama kullanma
- Aynı hissi almak için daha uzun ekran süresi gereksinimi

Bu, çalışanın dikkat bölünmesini kronikleştirebilir**.**

4.4. Yoksunluk: Telefona ve İnternete Erişemeyince Huzursuzluk

Erişim engellendiğinde huzursuzluk, sinirlilik veya kaygı hissetmek bağımlılığın önemli göstergesidir.

'Bir çalışan, toplantı sırasında telefonunu masasında bıraktığını fark ettiğinde belirgin bir huzursuzluk yaşamaya başlıyor. Sunumu takip etmesi gerekirken aklı sürekli 'acaba önemli bir mesaj geldi mi?' düşüncesine takılıyor. İnternete erişiminde kısa bir kesinti anında bile gerginliği artıyor ve dikkati toplantıya yeniden yönlendirmekte zorlanıyor.'

İş yerindeki karşılıkları:

- Toplantıda telefona erişemeyince gerginlik
- 'Bildirim kaçırma' endişesi
- İnternet erişim sorunu olduğunda panik veya rahatsızlık

Bu durum, özellikle işyerinde FOMO ve sürekli çevrimiçi olma baskısıyla birleştiğinde artar.

4.5. Çatışma: İş, İlişkiler ve Sorumluluklarla Çatışma

Dijital kullanım iş sorumluluklarıyla, kişiler arası ilişkilerle ve performans beklentileriyle çatışmaya başlar.

'Bir çalışan, yöneticisinin kendisinden istediği analiz raporunu tamamlamaya çalışırken sık sık telefondaki kısa videolara kayıyor. Bu bölünmeler yüzünden raporu zamanında teslim edemiyor ve ertesi gün yöneticisinden uyarı alıyor. Aynı dönemde ekip arkadaşları da onun geciken işleri yüzünden kendi görevlerini ilerletemediklerini dile getiriyor. Çalışan, dijital alışkanlıklarının iş performansıyla çeliştiğini bildiği halde kontrol etmekte zorlanıyor; bu durum hem iş ilişkilerinde gerilim yaratıyor hem de kendi içinde bir suçluluk duygusuna neden oluyor.'

İş yerindeki karşılıkları:

- Geciken teslimatlar
- Toplantılarda dikkatin dağılması
- Mesai saatinde online alışveriş, sosyal medya, bahis gibi aktiviteler
- İş arkadaşları ve yöneticilerle gerilim

Bu, örgütsel adalet sorunları, performans düşüşü ve iş güvenliği risklerine katkı sağlar.

4.6. Geri Dönüş: Davranışı Kontrol Etme Çabalarına Rağmen Tekrarlama

Kişi kullanımı azaltmaya çalışsa da tekrar eski düzeyine döner.

'Yoğun bir proje döneminde dijital dikkatini daha iyi yönetmek için telefonunu masadan uzak bir yere koymaya karar veren bir çalışan, günün ilerleyen saatlerinde gelen bildirim sesini duyunca dayanamayarak telefonu tekrar eline alıyor. 'Sadece bir kez bakacağım' düşüncesi kısa sürede sosyal medya akışında geçirilen uzun dakikalara dönüşüyor. Bu durum, kullanımı azaltma niyetine rağmen eski alışkanlıkların kolayca geri dönebildiğini ve kontrolün sürdürülemekte zorlandığını gösteriyor.'

İş yerindeki karşılıkları:

- 'Bugün daha az bakacağım' kararına rağmen eski alışkanlığa dönme
- Dijital detoks girişimlerinin başarısız olması
- Çalışanı sürekli 'dikkat tuzaklarına' çeken iş ortamı (bildirimler, chat uygulamaları)
- Bu, kullanım kontrolünün zayıfladığını gösterir.

5. Müdahale Stratejileri, Politika Önerileri ve Sonuç

İş yeri, çeşitli bağımlılık türlerinin önlenmesi açısından önemli fırsatlar sunan bir ortamdır. Çalışanların günün büyük bölümünü işte geçirmesi, işyerinde yürütülen farkındalık çalışmaları, eğitimler ve önleme programlarının hedef kitleye doğrudan ulaşmasını sağlar. Ayrıca iş yerleri, normal koşullarda erişilmesi güç olan belirli çalışan gruplarına ulaşarak geniş nüfusları kapsayacak müdahalelere imkan tanır. Kendi kendini tedavi yaklaşımı, bağımlılığın çoğu zaman bir haz arayışından değil, bireyin dayanmakta zorlandığı duygusal sıkıntıları hafifletme çabasından kaynaklandığını ileri sürer.[53] Bu bakış açısına göre, işyerinde bağımlılığa yönelik müdahalelerin cezalandırıcı değil, çalışanların duygusal ihtiyaçlarını gören destekleyici bir çerçevede ele alınması önerilebilir.

Bu bağlamda işverenler, çalışanların sağlıklı ve güvenli bir çalışma yaşamına erişiminin hem kurumsal işleyişi hem de genel toplumsal refahı desteklediği anlayışıyla, önleyici programların hayata geçirilmesine katkı sunmaktadır. Pek çok kurumun Çalışan Destek Programları (ÇDP) uygulaması da bu çerçevenin önemli bir parçasıdır. ÇDP'ler, çalışanların kişisel sorunlarını, özellikle iş performansını, fiziksel-ruhsal sağlığını ve genel iyilik halini olumsuz etkileyebilecek

madde kullanımı problemlerini, ele alabilmeleri için gerekli destek mekanizmalarını sağlamaktadır.

Geleneksel olarak ÇDP'ler erken tanı, kısa süreli danışmanlık ve gerektiğinde tedaviye yönlendirme gibi rehabilitasyon odaklı süreçleri içermektedir. Ancak güncel literatür, bu programların yalnızca ortaya çıkmış sorunlara müdahale eden yapılar olmaktan çıkarak; proaktif, önleyici ve çalışan esenliğini destekleyen bir çerçeveye doğru evrilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.[54] Modern yaklaşımlar doğrultusunda ÇDP'ler, bağımlılık riski taşıyan çalışanları damgalamadan sisteme geri kazandıran destek modelleri sunmakta; liderlik ve duygusal zeka temelli uygulamalar ise yöneticilerin psikolojik güvenlik alanı oluşturarak erken farkındalık ve yönlendirme becerilerini güçlendirmektedir. ÇDP'lerin örgütlerde etkili biçimde uygulanabilmesi için literatürde öne çıkan başlıca stratejik alanlar bulunmaktadır:

Şirket Politikalarını Etkilemek: ÇDP temsilcileri ve davranışsal sağlık danışmanları, insan kaynakları ve yan haklar yöneticileriyle iş birliği içinde çalışarak, bilimsel kanıtlara dayalı önleme stratejilerinin kurumsal politikalara entegre edilmesini sağlayabilir. Bu iş birliği, mevcut uygulamaların ardındaki varsayımların yeniden değerlendirilmesine ve daha sağlıklı bir işyeri kültürünün oluşturulmasına katkı sunar.

Yöneticileri Erken Müdahale İçin Eğitmek: ÇDPler, yöneticilere çalışan performansındaki değişimleri erken fark edebilme, risk altındaki çalışanları destekleyebilme ve uygun danışmanlık kanallarına yönlendirme becerileri kazandırır. Yöneticilerin EAP hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, erken müdahale ihtimalini anlamlı ölçüde artırmaktadır.

Yardım Arama Davranışını Artırmak: Stres yönetimi, etkili iletişim ve benzeri konuları içeren ekip odaklı eğitimler, çalışanların yardım arama davranışını güçlendirir. Sorunlarını erken fark eden çalışanlar, ÇDP hizmetlerinden daha fazla ve daha etkili biçimde yararlanmaktadır.

Genel Sağlık Programlarıyla Bütünleşmek: ÇDP'lerin sağlıklı yaşam, beslenme, egzersiz ve kronik hastalık yönetimi gibi geniş kapsamlı programlarla bütünleştirilmesi, risk altındaki çalışanların daha kolay tanımlanmasını sağlar. Bu bütünleşik yaklaşım, danışanların nüksetme olasılığının azalmasına da katkıda bulunmaktadır.

Zorlayıcı Önlemler Yerine Destekleyici Yaklaşımlar Sunmak: Cezalandırıcı politikalar veya rastgele test uygulamalarına dayalı modellerin aksine, ÇDP'lerin benimsediği şefkatli ve eğitici stratejiler, iş yerinde karşılıklı destek kültürünün gelişmesini sağlar. Bu yaklaşım, çalışanların sorunlarını daha açık ifade etmesine ve yardım talep etmesine imkan tanıyan güvenli bir örgütsel iklim yaratır.

Türkiye'de işe girişte ve çalışma sürecinde alkol veya uyuşturucu testi uygulanması ise hukuki açıdan dikkat gerektiren bir konudur. Testlerin işçinin açık rızasına dayanması, düzenli uygulamalar yerine yalnızca risk temelli ve gerekçelendirilmiş durumlarda yapılması, ayrıca ölçülülük ilkesine uygun hareket edilmesi hem yasal uyuşmazlıkların önüne geçmek hem de çalışanların kişilik haklarını korumak açısından önemlidir.[55] Bu nedenle test politikalarının, tüm çalışanlara yönelik yaygın bir uygulama haline getirilmesinden ziyade, iş sağlığı ve güvenliği açısından yüksek risk içeren meslek gruplarıyla sınırlandırılması daha uygun bir yöntemdir. Şoförlük, ağır makine kullanımı, sağlık ve bakım hizmetleri gibi yüksek dikkat gerektiren görevler buna örnek olarak gösterilebilir.

Bununla birlikte, bağımlılıkla mücadelede yalnızca denetim ve yaptırım odaklı modellerin yeterli olmadığı açıktır. Çalışan destek programları, eğitimler ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini içeren koruyucu ve iyileştirici politikalar, hem etik bir çerçeve sunmakta hem de uzun vadede güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının inşa edilmesine katkı sağlamaktadır. Örgütsel açıdan sağlıklı çalışan, hastalık belirtisi göstermemenin ötesinde psikolojik sermayesi güçlü bireydir.[56] Bu nedenle iş yerinde bağımlılıkla mücadele, cezalandırıcı uygulamalardan, çalışanın ruhsal bütünlüğünü gözeten ve iyileştirici mekanizmaları önceleyen bir kurum kültürü temelinde yapılandırılmalıdır. Böyle bir kültür, hem çalışanların haklarını korur hem de sürdürülebilir bir işyeri ekosisteminin oluşmasına katkı sağlar.

Kaynakça

1- Hobfoll, Stevan E. 'Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress', *American psychologist* 44, 3 (1989): 513-524.

2- Hobfoll, Stevan E. 'The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory', *Applied Psychology* 50, 3 (2001): 337–421. https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062

3- Clark, Sue Campbell. 'Work/family border theory: A new theory of work/family balance', *Human relations* 53, 6 (2000): 747-770. https://doi.org/10.1177/001872670053600

4- Frone, Michael R. *Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace*. American Psychological Association, 2013. https://doi.org/10.1037/13944-000

5- Demerouti, Evangelia, Arnold B. Bakker, Friedhelm Nachreiner ve Wilmar B. Schaufeli. 'The job demands-resources model of burnout', *Journal of Applied Psychology* 86 (2001): 499–512.

6- Bakker, Arnold B. ve Evangelia Demerouti, 'The Job Demands-Resources Model: State of the Art', *Journal of Managerial Psychology*, 22, 3 (2007): 309-328, https://doi.org/10.1108/02683940710733115

7- Bush, D. M. ve R. N. Lipari. Su*bstance Use and Substance Use Disorder by Industry.* The CBHSQ Report. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2013.

8- Berman, Micah, Rob Crane, Eric Seiber ve Mehmet Munur. 'Estimating the cost of a smoking employee', *Tobacco control* 23, 5 (2014): 428-433. doi:10.1136/tobaccocontrol-201 Blau,

9- Schane, Rebecca E., Pamela M. Ling, ve Stanton A. Glantz. 'Health effects of light and intermittent smoking: a review', *Circulation* 121, 13 (2010): 1518-1522.

10- Parrott, Steve, Christine Godfrey ve Martin Raw. 'Costs of employee smoking in the workplace in Scotland', *Tobacco control* 9, 2 (2000): 187-192.

11- Başpınar, Melike Mercan. 'Türkiye'de yapılan tez çalışmalarında sigara içiminin uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi: Meta-analiz', *Turkish Journal of Sleep Medicine* 1 (2021): 7–14. https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2021.98698

12- Henderson AA ve Horan KA. 'A meta-analysis of sleep and work performance: An examination of moderators and mediators', *Journal of Organizational Behavior*. 2021;42:1–19. https://doi.org/10.1002/job.2486

13- *Kang, W.* 'The relationship between smoking frequency and life satisfaction…', *Frontiers in Psychiatry* 13 (2022): 937685. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.937685

14- Megan E. Piper, Susan Kenford, Michael C. Fiore ve Timothy B. Baker, 'Smoking Cessation and Quality of Life: Changes in Life Satisfaction Over 3 Years Following a Quit Attempt', *Annals of Behavioral Medicine*, 43, 2 (Nisan 2012): 262–270, https://doi.org/10.1007/s12160-011-9329-2

15- Halpern, Michael T., Richard Shikiar, Anne M. Rentz ve Zeba M. Khan. 'Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity', *Tobacco control* 10, 3 (2001): 233-238.

16- Adams, J. Stacy. 'Inequity in Social Exchange.' *Advances in Experimental Social Psychology* içinde, editör Leonard Berkowitz, 267-299. New York: Academic Press, 1965.

17- Colquitt, Jason A., Donald E. Conlon, Michael J. Wesson, Christopher OLH Porter ve K. Yee Ng. 'Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research', *Journal of Applied Psychology* 86, 3 (2001): 425.

18- Shahandeh, Behrouz. 'Drug and alcohol abuse in the workplace: Consequences and countermeasures', *Int'l Lab. Rev.* 124 (1985): 207.

19- Greenhaus, Jeffrey H. ve Nicholas J. Beutell. 'Sources of conflict between work and family roles', *Academy of Management Review* 10, 1 (1985): 76-88.

20- Wolff, Jennifer M., Kathleen M. Rospenda, Judith A. Richman, Li Liu ve Lauren A. Milner. 'Work-family conflict and alcohol use: Examination of a moderated mediation model', *Journal of Addictive Diseases* 32, 1 (2013): 85-98.

21- Hummer, Jim, Bruce Sherman ve Neil Quinn. 'Present and unaccounted for', *Occupational Health & Safety* 71, 4 (2002): 40–44.

22- Whitehouse, David. 'Workplace presenteeism: How behavioral professionals can make a difference', *Behavioral Healthcare Tomorrow* 14, 1 (2005): 32-36.

23- Collins, James J., Catherine M. Baase, Claire E. Sharda, Ronald J. Ozminkowski, Sean Nicholson, Gary M. Billotti, Robin S. Turpin, Michael Olson ve Marc L. Berger. 'The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers', *Journal of occupational and environmental medicine* 47, 6 (2005): 547-557.

24- Henke, Rachel Mosher, David Ellsworth, Lauren Wier ve Jane Snowdon. 'Opioid use disorder and employee work presenteeism, absences, and health care costs', *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 62, 5 (2020): 344-349.

25- Zohar, Dov. 'Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications', *Journal of Applied Psychology* 65, 1 (1980): 96–102. https://doi.org/10.1037/0021-9010.65.1.96

26- Neal, Andrew ve Mark A. Griffin. 'Safety climate and safety at work.' (2004). In J. Barling & M. R. Frone (Eds.), *The psychology of workplace safety*, American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10662-002

27- Susanna Galea ve Hamid Ghodse, 'Substance Abuse and Addiction in the Workplace,' in *Human Frailties: Wrong Choices on the Drive to Success*, eds. Ronald J. Burke, Suzy Fox ve Cary L. Cooper (New York: Routledge, 2016), 55–67.

28- Lim, Vivien KG. 'The IT way of loafing on the job: Cyberloafing, neutralizing and organizational justice', Journal of Organizational Behavior 23, 5 (2002): 675-694.

29- Gary, Yang Yang ve Kory Ward-Cook. 'Testing a measure of cyberloafing.' *Journal of Allied Health* 35, 1 (2006): 9-17.

30- De Lara, Pablo Zoghbi Manrique. 'Relationship between organizational justice and cyberloafing in the workplace: Has 'anomia' a say in the matter?', *CyberPsychology & Behavior* 10, 3 (2007): 464-470.

31- Anandarajan, Murugan, Claire A. Simmers ve Rob D'Ovidio. 'Exploring the Underlying Structure of Personal Web Usage in the Workplace', *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 10 (2011): 577-583. https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0136

32- Koay, Kian-Yeik ve Patrick Chin-Hooi Soh. 'Should cyberloafing be allowed in the workplace?', *Human Resource Management International Digest* 26, 7 (2018): 4-6. https://doi.org/10.1108/HRMID-05-2018-0107

33- Lim, Vivien KG. ve Thompson SH Teo. 'Cyberloafing: A review and research agenda.' *Applied Psychology* 73, 1 (2024): 441-484. https://doi.org/10.1111/apps.12452

34- Ghelfi, Michela, Paola Scattola, Gilberto Giudici ve Veronica Velasco. 'Online gambling: A systematic review of risk and protective factors in the adult population', *Journal of Gambling Studies* 40, 2 (2024): 673-699. https://doi.org/10.1007/s10899-023-10258-3

35- Hudson Breen, Rebecca, Daniel O'Brien ve James Sanders. 'Characteristics and experiences of employees who gamble at work: A mixed-methods study', *Critical Gambling Studies* 5, 1 (2024): 21-48.

36- Humphrey Lephethe Motsepe, 'Gambling Behind the Desk: Financial Strain, Digital Addiction, and the Erosion of Productivity in African Public Service,' *International Journal of Innovative Science and Research Technology* 10, no. 11 (2025).

37- Griffiths, Mark D. ve Michael Auer. 'The irrelevancy of game-type in the acquisition, development, and maintenance of problem gambling', *Frontiers in psychology* 3 (2013): 621. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00621

38- Montag, Christian ve Benjamin Becker. 'Neuroimaging the effects of smartphone (over-) use on brain function and structure—a review on the current state of MRI-based findings and a roadmap for future research', *Psychoradiology* 3 (2023): kkad001. https://doi.org/10.1093/psyrad/kkad001

39- Wilmer, Henry H., Lauren E. Sherman ve Jason M. Chein. 'Smartphones and cognition: A review of research exploring the links between mobile technology habits and cognitive functioning', *Frontiers in psychology* 8 (2017): 251723. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00605

40- Rotter, Julian B. 'Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement.' *Psychological Monographs: General and Applied* 80, 1 (1966): 1–28.

41- Lee, Yu-Kang, Chun-Tuan Chang, You Lin ve Zhao-Hong Cheng. 'The dark side of smartphone usage: Psychological traits, compulsive behavior and technostress', *Computers in human behavior* 31 (2014): 373-383. http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.047

42- Przybylski, Andrew K., Kou Murayama, Cody R. DeHaan ve Valerie Gladwell. 'Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out', *Computers in Human Behavior* 29, 4 (2013): 1841-1848. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014

43- Budnick, Christopher J., Arielle P. Rogers ve Larissa K. Barber. 'The fear of missing out at work: Examining costs and benefits to employee health and motivation.' *Computers in Human Behavior* 104 (2020): 106161. https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106161

44- Anurag Tandon, Ravi K. Vatrapu ve Suneel Sharma, 'Fear of Missing Out (FoMO) and Social Media Engagement: A Systematic Review,' *International Journal of Information Management* 58 (2021): 102317.

45- Susan Marsh, Peter Allen, Laura King ve David Byrne, 'Digital Workplace Technology Intensity: Conceptualization and Measurement of a New Job Demand,' *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (2024).

46- Deng, Xiao, Jiayu Li ve Yaying Huang. 'Social media-induced fear of missing out (FoMO) in the workplace: the influence on job burnout and workplace relations', *Internet Research* (2025). https://doi.org/10.1108/INTR-02-2024-0244

47- Wilson, Kathryn, Stephanie Fornasier ve Katherine M. White. 'Psychological predictors of young adults' use of social networking sites', *CyberPsychology & Behavior* 13, 2 (2010): 173–177. https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0094

48- Kuss, Daria J. ve Mark D. Griffiths. 'Online social networking and addiction—a review of the psychological literature', *International journal of environmental research and public health* 8, no. 9 (2011): 3528-3552. https://doi.org/10.3390/ijerph8093528

49- Courtney Blackwell, Jeremy Leaman, Haley Tramposch, Caglar Malkoc ve Molly L. Bennion, 'Extraversion, Neuroticism, Attachment Style and Fear of Missing Out as Predictors of Social Media Use and Addiction,' *Personality and Individual Differences* 116 (2017): 69–72.

50- Panova, Tayana ve Xavier Carbonell. 'Is smartphone addiction really an addiction?' , *Journal of Behavioral Addictions* 7, 2 (2018): 252-259.

51- Griffiths, Mark. 'Does Internet and computer' addiction' exist? Some case study evidence', Cyberpsychology *& behavior* 3, 2 (2000): 211-218. https://doi.org/10.1089/1094931003160

52- Newport, Cal. Deep work: Rules for focused success in a distracted world. Hachette UK, 2016.

53- Khantzian, Edward J. 'The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications', *Harvard Review of Psychiatry* 4, 5 (1997): 231-244. https://doi.org/10.3109/10673229709030550

54- Bennett, Joel B. ve Mark Attridge. 'Adding Prevention to the EAP Core Technology', *Journal of Employee Assistance* 38, 4 (2008): 4–6.

55- Mutluer, Merve Kutlu. 'İşe Giriş Aşamasında ve İş İlişkisinin Devamı Süresinde İşçiye Alkol ve Uyuşturucu Testlerinin Uygulanmasının Koşulları ve Sınırları', *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 32, 2 (2024): 535-578.

56- Luthans, Fred, Carolyn M. Youssef ve Bruce J. Avolio. 'Psychological Capital: Investing and Developing Positive Organizational Behavior' , *Positive Organizational Behavior* içinde, editör Debra Nelson ve Cary L. Cooper, 9–24. Londra: SAGE Publications, 2007

BAĞIMLILIK VE ŞİDDET İLİŞKİSİ

Dr. Mustafa UZUN
T.C. Cumhurbaşkanlığı Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi
drmustafa_uzun@hotmail.com, ORCID: 0009-0006-0693-6004

Giriş: Bağımlılığın Şiddetle Kesiştiği Nokta

Bağımlılık, modern tıp ve sosyal bilimler literatüründe bugün anlaşıldığı haliyle görece yeni kavranmış bir olgudur. Uzun süre boyunca bireyin irade zayıflığı, ahlaki eksikliği veya kişisel tercihlerinin bir sonucu olarak görülen bağımlılığın arkasındaki yapısal koşullar, bu süreçte büyük ölçüde anlaşılamamıştır. Oysa modern bilim; bağımlılığın yalnızca bireysel bir davranış problemi olmadığını, aksine nörobiyolojik ve psikolojik süreçler ile sosyal ve çevresel etkenlerin etkileşimiyle şekillendiğini vurgulamaktadır. Yineleyici ve kronik bir durum olan bağımlılığın; özellikle beynin ödül sistemi, karar verme süreçleri ve dürtü kontrolü üzerinde kalıcı izler bırakarak çeşitli davranışsal sonuçlar doğurduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bağımlılık, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını etkilediği kadar aile ilişkilerini, sosyal hayatı ve toplumsal düzeni de sarsabilmektedir.

Bağımlılık-şiddet ilişkisinin kesiştiği biyolojik mekanizmayı anlamak açısından, beynin mezolimbik dopamin yolu üzerindeki *'ele geçirme'* (hijacking) etkisini incelemek kritiktir. Madde kullanımı, beynin ödül sistemini dopamin ile yüksek derecede uyararak, karar verme merkezi olan prefrontal korteksin korku ve öfke merkezi olan amigdala üzerindeki kontrolünü zayıflatır. Neticesinde kriminoloji literatüründe *'bilişsel daralma'* olarak adlandırılan süreç gelişerek kişinin öngörüsü azalmakta ve anlık dürtülerin sebep olduğu saldırganlık meydana gelmektedir.

Benzer biçimde şiddet olgusu da çoğu zaman uzun vadeli psikososyal gerilimlerin bir ürünü olarak ortaya çıkmaktadır. Bir davranış eğilimi olarak şiddet; bireyin anlık duygusal durumunun ötesinde

sosyal, ekonomik ve psikolojik baskıların şekillendirdiği bir tabloyla yakından ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti; bireyin kendisine, başka bireylere ya da bir gruba yönelik fiziksel güç kullanımı veya güç tehdidinde bulunma olarak tanımlarken, bu davranışın ortaya çıkmasında bireysel faktörlerin yanı sıra sosyal ve çevresel belirleyicilerin de kritik rol oynadığını ifade etmektedir.

Konunun önemini ortaya koyması bakımından DSÖ verileri oldukça dikkat çekicidir. Buna göre dünya genelinde her yıl yaklaşık 1,3 milyon insan şiddete bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Bu durum şiddetin küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir. Özellikle genç erkek nüfus arasında şiddetin belirmesinde alkol ve psikoaktif madde kullanımı temel bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Nitekim küresel ölçekte şiddet nedeniyle hayatını kaybedenlerin önemli bir kısmının 15-29 yaş arası erkek bireyler olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda bağımlılığın neden olduğu dürtü kontrolünün zayıflaması, sosyal çözülmenin yarattığı duygusal etkiler ve psikoaktif maddelerin bilişsel mekanizmalar üzerindeki aşındırıcı etkileri, şiddet riskini artıran kolaylaştırıcı faktörler hâline gelmektedir.

Şiddetin sebep olduğu ölümlerin yanı sıra ruhsal ve fiziksel yaraların küresel ekonomiye maliyeti de oldukça yüksektir. DSÖ'nün 2024-2025 verilerine göre bu maliyet, dünya GSYİH'nın yaklaşık %2'si ile %5'i arasındadır.[1] Bu tablo, dar ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde neredeyse salgın hastalık riskine denk bir baskı oluşturmaktadır.

Bilimsel literatür, bağımlılık ile şiddet arasındaki ilişkinin zorunlu bir nedensellikle açıklanabilecek kadar basit bir etkileşim olmadığını savunur. Dolayısıyla bağımlılığın her durumda şiddet davranışına yol açacağı varsayımı kabul edilmemekte; bunun yerine olgu, şiddet riskini artıran belirli biyopsikososyal koşulların ortaya çıkardığı bir etki çerçevesinde ele alınmaktadır. Literatüre kavramsal çerçeve çizen Goldstein; maddeye erişimde yaşanan ekonomik güçlükler, şiddetin sıradanlaştığı çevrelerde bulunma ve psikofarmakolojik faktörler gibi unsurların bağımlılık ve şiddet ilişkisini doğuran farklı düzlemler olduğunu belirtmektedir.[2] Bu çok boyutlu doğa gereği yapılacak analizlerde; bireysel davranışların yanı sıra sosyal etmenler ve nörobiyolojik

dinamiklerin bütüncül biçimde değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Sokak suçları ve saldırgan davranışlarla madde kullanımının anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu gösteren kriminoloji çalışmaları da bu tespiti desteklemektedir.

Biyolojik mekanizmalarla tek başına açıklanamayan bu ilişkide sosyal koşullar da belirleyici rol oynamaktadır. DSÖ, her iki olgunun birlikte görüldüğü aile ortamlarında travma, kronik stres ve sosyal işlev kaybının sıklıkla gözlemlendiğini; bu durumun uzun vadede bireylerin ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediğini vurgulamaktadır. Bu yönüyle bakıldığında şiddet; fiziksel zarar biçiminde doğrudan bir görünürlüğe sahip olmasa dahi tehdit, korkutma ve duygusal baskı gibi biçimler altında dolaylı şekilde ortaya çıkabilmekte; bu süreçte birey davranışlarını bozarak aile kurumunu yıpratmaktadır.

Kamu düzeni ve güvenliği açısından önemli sakıncalar doğuran bu ilişkinin toplumsal alandaki somut tezahürleri arasında; madde ve alkol kullanımının neden olduğu saldırgan davranışlar, sokak şiddeti, yağma, gasp, hırsızlık, yaralama ve öldürme gibi suç türleri yer almaktadır. Küresel raporlarda psikoaktif madde kullanımının bu tür şiddet davranışlarının önemli nedenleri arasında gösterildiği; özellikle yasadışı uyuşturucu piyasasının yoğun biçimde işlediği lokasyonlarda şiddetin bir kontrol ve rekabet aracı olarak sistemik bir nitelik kazandığı belirtilmektedir. Bu sebeple birçok ülke, kamu güvenliği politikalarının öncelikli başlıklarından biri olarak bağımlılık ve şiddet olgusuna odaklanmaktadır.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) yayımladığı Dünya Uyuşturucu Raporu da bağımlılık olgusunun küresel boyutuna ilişkin çarpıcı veriler ortaya koymaktadır. Rapora göre dünya genelinde en az bir kez yasa dışı madde kullanmış kişi sayısı yaklaşık 296 milyondur ve bu sayı 2010 yılına kıyasla önemli düzeyde artış göstermiştir. Madde kullanım bozukluğu düzeyinde bağımlılık sorunu yaşayan kişi sayısı ise yaklaşık 39,5 milyon olarak belirtilmiştir.[3] Sonuç olarak bağımlılık ve şiddet ilişkisi; bireye verdiği zararın çok ötesinde aileyi, toplumu ve kamu düzenini etkileyen çok boyutlu bir güvenlik meselesidir. Bu nedenle yürütülecek mücadelenin de çok katmanlı ve bütüncül bir stratejiye dayanması gerekmektedir.

1. Sosyolojik ve Kriminolojik Arka Plan

Sosyolojik araştırmalar; bağımlılık ve şiddet ilişkisinin sosyal dışlanma, işsizlik, eğitime erişim zorlukları ve sosyoekonomik dezavantajlar etrafında şekillendiğini ortaya koymaktadır. Bu tür olumsuzluklar, şiddetin ortaya çıkmasında güçlü bir zemin oluşturmaktadır. Özellikle gelir dağılımındaki dengesizliklerin yüksek olduğu toplumlarda şiddet düzeyi ile madde kullanımı oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu, DSÖ çalışmalarıyla da desteklenmektedir.[1]

Robert Merton'un *'Gerginlik Kuramı'* (Strain Theory), bağımlılık ve şiddet arasındaki bağı anlamlandıran analitik bir çerçeve sunar. Merton'a göre bireylerin ulaşmak istediği hedefler ile bu hedeflere ulaştıracak meşru araçlar arasındaki uyumsuzluk, yapısal bir tıkanıklık doğurarak bireyde gerginlik oluşturur.[4] Bu noktada bağımlılık, bireyin toplumsal çekilme mekanizmasını tetikleyen bir kaçış yolu işlevi görürken; şiddet, söz konusu tıkanıklık karşısında başvurulan alternatif bir güç arayışı biçiminde tezahür eder. Gelir düzeyi düşük toplumlarda bu tablo kronikleşerek suç ekonomisinin bir ekosisteme dönüşmesine yol açabilmektedir.

Kriminoloji alanındaki ampirik veriler ve adli vaka analizleri; alkol ve psikoaktif madde kullanımının şiddet suçlarına yüksek oranda eşlik ettiğini göstermektedir. Cinayet ve yaralama suçlarının önemli bir kısmında (%40 ile %60 arası) failin alkol veya uyuşturucu etkisi altında olduğu teyit edilmektedir.[5] Bu durum, maddelerin biyolojik etkilerinin doğrudan kriminolojik sonuçlar doğurduğunu kanıtlamaktadır.

Cezai müeyyidelere dayalı yaptırımların bağımlılık–şiddet döngüsü üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Ceza adaleti sisteminde öncelikli olarak suçun maddi ve hukuki karşılığının belirlenmesi ile kamusal düzenin tesisi gözetilmektedir. Ancak mevcut sistem, bağımlılık temelli şiddeti önlemeye yönelik köklü bir mekanizma yapısına sahip değildir. Dolayısıyla kök sorunun teşhis edilmesi ve uygun müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi ceza adaleti bağlamında çoğu zaman mümkün olamamakta; müdahale anlayışı daha çok ortaya çıkan sonuca tepki veren bir çerçeveyle sınırlı kalmaktadır.

Halk sağlığı ve kriminoloji literatüründe bağımlılık, yalnızca bireysel bir irade sorunu olarak görülmemekte; cezai yaptırımların tek başına yeterli olmayacağı yönünde güçlü bir görüş hâkimiyetini korumaktadır. Bu nedenle bağımlılıkla mücadelede önleyici stratejilerin geliştirilmesi zorunludur. Genel kabul gören yaklaşım; etkili mücadelenin erken müdahale programları, psikososyal destek mekanizmaları, halk sağlığı uygulamaları, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri ile hukuk politikalarının birbiriyle uyumlu ve bütüncül biçimde işlemesini gerektirdiği yönündedir.

Meselenin Türkiye açısından durumu, son yıllarda kamu politikaları ve akademik çalışmaların merkezinde yer almaktadır. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) ile Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan raporlarda; madde kullanımı kaynaklı suçların adalet sistemi içerisindeki varlığının giderek arttığı saptanmıştır. Özellikle 2024 ve 2025 yılı TUBİM raporları incelendiğinde, metamfetamin maddesinin Türkiye'de işlenen şiddet suçlarıyla en fazla ilişkilendirilen madde olduğu görülmektedir.[6] Sentetik bir uyarıcı olan metamfetamin; esrar ve eroinin aksine şiddetli paranoid hezeyanlara yol açtığından, Türkiye özelinde 'irrasyonel' veya 'nedensiz' gibi görünen vakaların altındaki temel dinamiği oluşturmaktadır.

Bağımlılık temelli suçlar, kamusal güvenlik açısından ciddi bir risk teşkil etmektedir. Özellikle aile içi şiddet vakalarındaki benzer dinamikler dikkate alındığında; güvenlik merkezli yaklaşımların yanı sıra eğitim, sağlık ve sosyal politika alanlarında tespit edilen eksikliklere öncelik verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Şiddet olgusu yüzeysel biçimde tanımlandığında, kavramın ihtiva ettiği çok katmanlı yön gözden kaçabilmektedir. Görünür biçimi 'fiziksel müdahale' olan şiddet ölçülebilir bir nitelik taşırken; duygusal, psikolojik ve ekonomik şiddet türleri, fark edilmesi daha zor olduğu için analitik çalışmalarda geri planda kalabilmektedir. Oysa şiddetin bu soyut boyutları da sosyal uyum sorunları, travma ve kaygı bozuklukları gibi ağır sonuçlara yol açmaktadır. Bu nedenle şiddeti yalnızca bireysel öfke patlamalarıyla açıklayan yaklaşımlar; toplumsal eşitsizlikleri,

çevresel dinamikleri ve yapısal olumsuzlukları göz ardı etme riski taşımaktadır.

Sosyal öğrenme perspektifi, bağımlılık–şiddet ilişkisinin sosyal çevre üzerinden biçimlendiğini ortaya koyan temel yaklaşımdır. Bu perspektife göre davranış örüntülerinin oluşmasında gözlem, model alma ve pekiştirme gibi öğrenme süreçleri belirleyici rol oynar. Dolayısıyla şiddetin uygulanma biçimi kadar meşruiyeti de sosyal olarak öğrenilir. Özellikle alt kültürlerde bir 'saygınlık aracı' veya 'kariyer hedefi' olarak görülen şiddet, madde kullanımıyla normalleştiği çevrelerde zamanla bir baş etme biçimi olarak içselleştirilmektedir.[7]

Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki suçlara dair araştırmalar, sosyal çevre ile riskli davranış bağlantısının gücünü doğrulamaktadır. Madde kullanımının yoğun olduğu arkadaş gruplarında şiddete olan meylin de öğrenme süreçleri aracılığıyla arttığı görülmektedir. Bu nedenle yalnızca bireye yönelik müdahaleler yetersiz kalmakta; önleyici stratejilerin akran gruplarını ve bireylerin etkileşim alanlarını kapsayacak şekilde çok katmanlı geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Sonuç olarak bağımlılık olgusu; ne sadece sosyoloji ve psikolojinin *'sosyal dışlanma'* vurgusuyla, ne de sadece nörobilimin *'dürtü kontrol bozukluğu'* açıklamasıyla tam olarak kavranabilir. Aynı şekilde halk sağlığı veya kamu güvenliği perspektifleri de tek başına yeterli bir çözüm sunmamaktadır. Bağımlılık ve şiddet olguları, ancak disiplinler arası bir yaklaşım içerisinde ele alındığında daha derinlikli biçimde anlaşılabilir ve etkili mücadele stratejileri üretilebilir.

2. Bağımlılık Türlerine Göre Şiddet Mekanizmaları

Kriminolojik ve nörobilimsel araştırmalar, şiddetin ortaya çıkış biçimlerindeki farklılıklara dayanarak bağımlılığın homojen biçimde değerlendirilemeyecek kadar geniş bir yelpazeye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bağımlılık yapıcı maddelerin; karar verme, risk değerlendirme ve dürtü kontrolünden sorumlu olan prefrontal korteks üzerindeki işlev bozucu etkileri, bireylerde ani ve kontrolsüz davranışların gelişmesine neden olabilmektedir.[8] Bununla birlikte, aynı maddenin farklı bireylerde farklı sonuçlar yaratabileceği ihtimali de göz

önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle bağımlılığı homojen bir olgu olarak değerlendirmek, şiddetin altında yatan özgül biyolojik, sosyal veya psikolojik mekanizmaların anlaşılmasını zorlaştırabilmektedir. Risk altındaki grupların belirlenmesi ve koruyucu stratejilerin geliştirilmesi açısından bağımlılık biçimleri arasındaki bu farklılıkların kavranması büyük önem taşımaktadır.

Merkezi sinir sistemi üzerinde etkiler yaratan psikoaktif maddeler, bilişsel işlevleri zayıflatabilmektedir. Özellikle amfetamin ve kokain gibi uyarıcılar, kişinin amigdala aktivitesini artırarak tehdit algısını hassaslaştırmakta ve nörolojik tepki eşiğini düşürebilmektedir. Bu eşiğin düşmesiyle birlikte birey, çevresel uyaranlara normalden daha yüksek düzeyde tehdit edici anlam yükleyebilmekte ve agresif davranışlar sergileme eğilimi gösterebilmektedir. Söz konusu süreç, madde kullanımının biyolojik etkileri üzerinden şiddet davranışlarını açıklayan temel kuramsal yaklaşımlardan biri olan psikofarmakolojik model kapsamında değerlendirilmektedir.[2]

Şiddet davranışı yalnızca madde etkisi altındaki dönemle sınırlı olmayıp, yoksunluk süreçlerinin yarattığı psikolojik ve nörolojik etkiler nedeniyle orta ve uzun vadede de ortaya çıkabilmektedir. Özellikle stimülan ve opioid yoksunluğunun neden olduğu saldırganlık riskinin belirgin düzeyde arttığı bilinmektedir. Maddenin temin edilememesi sonucu oluşan yoksunluk durumları ise finansal temelli şiddetin ortaya çıkmasına uygun bir zemin hazırlayabilmektedir. Bu bağlamda gasp, hırsızlık ve diğer şiddet içeren suçlar, kriminolojide ekonomik zorlayıcı şiddet kategorisi altında ele alınmaktadır.[2] Dolayısıyla bağımlılık, yalnızca bireysel bir sağlık problemi değil; aynı zamanda toplumsal sonuçları olan önemli bir risk faktörüdür.

Sosyolojik araştırmalar; bağımlılık süreci ilerledikçe bireyin aile, iş ve sosyal çevreyle kurduğu bağların zayıfladığını, oluşan boşluğun ise bireyin şiddetin daha yaygın kabul gördüğü ortamlarla etkileşimini artırabildiğini göstermektedir. Nitekim bu tür yüksek riskli sosyal çevrelerde bireyin davranış normları dönüşebilmekte ve şiddet bir ifade biçimi hâline gelebilmektedir. Bu tablo, şiddet davranışlarının yalnızca bireysel bir tepki olmaktan ziyade sosyal öğrenme süreçleri doğrultusunda şekillenebileceğini kanıtlamaktadır.[7] Sonuç olarak bağımlılık ve

şiddet olguları, sosyal çevre aracılığıyla birbirini besleyen bir döngü olarak nitelendirilebilir.

Şiddet davranışıyla en sık ilişkilendirilen psikoaktif maddelerden biri de alkoldür. Merkezi sinir sistemi üzerindeki baskılayıcı etkisiyle alkol; kişinin denetim kapasitesini zayıflatarak ve prefrontal korteks işlevlerini baskılayarak şiddete yol açabilmektedir. Şiddet içeren suçlarda failin olay anında sıklıkla alkol etkisi altında olduğunu bildiren epidemiyolojik araştırmalar da bu durumu desteklemektedir. Alkole bağlı şiddet vakalarının önemli bir kısmı aile içinde ve kamusal alanlarda meydana gelmektedir. Tek başına belirleyici bir faktör olmasa da alkol; tahammül sınırını düşürerek saldırgan davranışların ortaya çıkmasında katalizör bir rol oynayabilmektedir.

Sosyal gruplar içindeki davranış örüntüleri açısından alkol, otokontrolü zayıflatabilmekte ve grup içi riskli davranış biçimlerini tetikleyebilmektedir. Bu durum sosyal psikolojide bireysizleşme (deindividuation) kavramı ile açıklanabilir. Grubun agresyon düzeyine uyum sağlayarak anonimleşen birey, kişisel sorumluluk duygusunu yitirerek kamusal alan kavgalarında rol oynayabilir.[10] Bu durum alkolün kolektif bir şiddet aracı haline gelmesinin bir göstergesidir; alkol, sosyal ve dürtüsel kimlik arasındaki engeli kaldırmaktadır. Dolayısıyla alkol ve madde bağımlılığıyla mücadelenin yalnızca klinik bir mesele olmadığı, aynı zamanda sosyal barışı ve kamusal düzeni korumayı hedefleyen sosyal politikaların temel bir çalışma alanı olduğu söylenebilir.

Şiddetle ilişkisi çoğu zaman dolaylı mekanizmalar üzerinden açıklanan kumar bağımlılığı ise güven zedelenmesi, finansal baskı ve sosyal çözülme gibi faktörler aracılığıyla şiddet riskini artırabilmektedir. Sürekli borçlanma ve ekonomik yetersizliklerin yarattığı baskı; bireyin aile, iş ve sosyal yaşamına ilişkin sorumluluklarını yerine getirmesini zorlaştırarak aile içi çatışmaları ve sosyal gerilimi beslemektedir. Kumar bağımlısı bireylerin aile içi ilişkilerinin zamanla belirsizlik ve güvensizlik döngüsüne sürüklendiği, bunun da aile huzurunu zedelediği bilinmektedir. Araştırmalar; borç yükünün arttığı dönemlerde tehdit, baskı veya doğrudan şiddet vakalarının, finansal kayıpları telafi etmek amacıyla başvurulan yasa dışı eylemlerle birlikte artış gösterdiğini rapor etmektedir.

Şiddetle ilişkisi giderek daha fazla araştırılan bir diğer alan ise davranışsal ve dijital bağımlılıklardır. Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde sosyal medya ve dijital oyun bağımlılığı; sosyal gelişimi etkileyebildiği gibi bireyler arası ilişkiler üzerinde de belirleyici olabilmektedir. Bu platformların kontrolsüz kullanımı, sosyal izolasyonu artırabildiği gibi empati düzeyinin azalmasına da yol açarak şiddetin psikolojik ve duygusal biçimlerde ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Dijitalleşmenin artmasıyla birlikte şiddet biçimleri de çeşitlenmiş; siber zorbalık, tehdit, hakaret ve taciz gibi davranışlar fiziksel mesafe algısı ve anonimlik nedeniyle daha kolay sergilenebilir hâle gelmiştir. Yapılan araştırmalar, siber zorbalık davranışının ekran bağımlılığı yüksek bireylerde daha sık görüldüğünü ve uzun vadede travmatik etkiler yaratabildiğini ortaya koymaktadır. UNICEF'in çok uluslu bir araştırmasında, gençlerin yaklaşık %30'u hayatlarının bir döneminde dijital zorbalığa uğradıklarını ifade etmiştir.[10] Nitekim genç nüfus arasında artış eğilimi gösteren dijital bağımlılıkla ilişkili şiddet davranışlarına dair uluslararası veriler de bu tabloyu desteklemektedir.

Bölüm kapsamında tartışılan bulgular; bağımlılık ve şiddet arasındaki ilişkinin doğrusal bir nedensellikten ziyade, döngüsel bir sosyal süreç olarak anlaşılması gerektiğini göstermektedir. Bireyin aile, iş ve sosyal çevreyle kurduğu bağların zedelenmesiyle tetiklenen sosyal çözülme süreci, riskli sosyal ortamlarla etkileşimi artırarak şiddet davranışının görülme ihtimalini kuvvetlendirmektedir. Şiddetin sosyal çevre ve aile içinde yeniden üretimi, her iki olgunun birbirini besleyen bir sarmal haline gelmesine neden olmaktadır.

3. Aile, Toplumsal Doku ve Şiddetin Yeniden Üretimi

Albert Bandura'nın geliştirdiği sosyal öğrenme kuramı, bağımlılık ve şiddet arasındaki ilişkiyi açıklayan temel bir çerçevedir. Bu kurama göre davranışlar; yalnızca biyolojik veya bireysel eğilimlerin bir sonucu değil, aynı zamanda model alma, pekiştirme ve gözlem gibi sosyal süreçlerin bir ürünüdür. Dolayısıyla bireysel patolojiye indirgenemeyecek olan bağımlılık-şiddet ilişkisinde; akran grupları, aile

ortamı ve sosyal çevre, davranış örüntülerinin yeniden üretildiği birincil alanlar olarak ele alınmalıdır.[7]

Bireyin ilk sosyalleşme mecrası olan aile kurumu, bağımlılık–şiddet ilişkisinin en yıkıcı etkilerinin görülebildiği ortamlardan biridir. Toplumsal yapının çekirdeği olan aile müessesesi; değer ve norm aktarımının gerçekleştiği, aynı zamanda temel davranış kalıplarının şekillendiği yerdir. Sosyal öğrenme kuramının, şiddet davranışlarının gözlem yoluyla içselleştirilebildiği yönündeki tespiti dikkate alındığında; bağımlılıkla ilişkili şiddeti yalnızca bireysel patoloji ekseninde ele almak yetersiz kalacaktır. Bu nedenle aile içi iletişim dinamiklerinin, söz konusu ilişki bağlamında mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir.[11]

Aile içi ilişkilerde süreklilik arz eden bir gerilim biçiminde ortaya çıkan bağımlılık davranışı; rol karmaşası, güven bunalımı, duygusal mesafe ve ekonomik çatışmaların başlıca nedenlerinden biri hâline gelebilmektedir. Bağımlılığın uzun vadede en yıkıcı etkilerinden biri ise aile üyeleri arasındaki manevi ve psikolojik bağın zayıflamasıdır. Bu bağ koptuğunda, şiddetin farklı biçimlerinin ortaya çıkması ve zamanla kalıcı hâle gelmesi ihtimali artmaktadır.

Çocukların gelişimi açısından değerlendirildiğinde; aile içi bağımlılık–şiddet döngüsü, ciddi gelişimsel sorunlara yol açabilen kritik bir boyuta sahiptir. Bu tür ortamlar, çocukların özgüven sorunu yaşayan ve kaygı düzeyi yüksek bireyler olarak yetişmesine zemin hazırlayabildiği gibi, şiddetin meşru bir iletişim biçimi olarak algılanmasını da kolaylaştırabilmektedir. Şiddete maruz kalan ya da tanıklık eden çocuklarda oluşan travmatik deneyimler; ilerleyen yıllarda sosyal ilişkilerin kurulmasında ve iletişim becerilerinin gelişmesinde önemli zorluklara neden olabilmektedir.

Literatüre önemli katkılar sunan ACE (Çocukluk Çağı Olumsuz Deneyimleri) çalışmaları, bu durumu verilerle desteklemektedir. Araştırmalar; aile içi şiddete tanık olan ve ebeveyninde madde bağımlılığı bulunan çocukların yetişkinlikte bağımlı olma riskinin normal popülasyona göre 7 kat, intihar riskinin ise 12 kat daha fazla olduğunu göstermektedir.[7] Bu sonuçlar, şiddetin nesiller boyu süregelen bir halk sağlığı krizi olduğunu doğrular niteliktedir.

Toplumsal bağlamda ise işsizlik, yoksulluk, eğitime erişimde yaşanan kısıtlar ve sosyal dışlanma gibi faktörler bağımlılık riskini artırarak şiddet yönelimini besleyebilmektedir. Sosyal destek mekanizmalarına erişimin sınırlı olduğu durumlar, bu iki olgunun ortaya çıkışı bakımından temel bir risk faktörüdür. Dolayısıyla bağımlılık ve şiddet olguları; sosyolojik, ekonomik ve kurumsal kapasite ile doğrudan ilişkilidir.

Sosyal çevre ve arkadaş grupları da bağımlılık temelli şiddetin toplumsal olarak yeniden üretilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle ergenlik döneminde akran gruplarının birey üzerindeki etkisinin artması, riskli davranış örüntülerinin yayılmasını kolaylaştırabilmektedir. Araştırmalar, bu tür sosyal çevrelerin bireyi kuşatarak olumsuz davranış kalıplarının pekişmesine zemin hazırlayabildiğini göstermektedir. Bu nedenle, yalnızca bireye yönelik müdahaleler yetersiz kalmakta; önleyici stratejilerin sosyal çevreyi ve akran gruplarını kapsayacak şekilde çok katmanlı geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Bağımlılık ve şiddetle mücadelede en temel unsurlardan biri eğitimdir. Eğitimin koruyucu ve bilinç geliştirici işlevinin zayıflaması, mücadele stratejilerinin etkisini sınırlayabilmektedir. Bunun yanında sosyal hizmet mekanizmalarının yetersizliği ve bu hizmetlere erişimde yaşanan güçlükler de sorunun çözümünü zorlaştırmaktadır. Bütüncül ve stratejik bir yaklaşımla planlanmayan politikalar, şiddetin bir kimlik inşası, güç gösterisi veya sosyal kabul aracı olarak algılanması riskini doğurmaktadır. Uluslararası araştırmalar, sosyal kurumların güçlü olduğu toplumlarda şiddetin önlenmesinin daha kolay olduğunu kanıtlamaktadır.[1]

Sonuç olarak; bağımlılık ve şiddet sarmalından çıkışın en etkili yolu, aile merkezli bir yaklaşım geliştirilmesidir. Toplumun temel yapı taşı olan aile kurumunun güçlendirilmesi, riskin toplumsal tabakalara yayılmasını önlemede kritik bir rol oynayacaktır. Ebeveynlerin bilinçlendirilmesine yönelik farkındalık programları ve destek mekanizmalarının tesisi, sosyal kurumların mücadele kapasitesini artırarak uzun vadede sürdürülebilir sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

4. Kamu Güvenliği, Hukuk ve Ceza Adaleti Bağlamında Bağımlılık ve Şiddet

Toplumsal ve bireysel etkilerinin yanı sıra ceza adaleti sistemi ve kamu güvenliği de bağımlılık temelli şiddet olgusuyla yakından ilişkili başlıca alanlar arasında yer almaktadır. Madde kullanımının insan beyninde yarattığı etkiler ve bunun davranışsal sonuçları; adli mercilerin ve kolluk kuvvetlerinin müdahalesini gerektiren çeşitli güvenlik sorunlarını ortaya çıkarabilmektedir. Bağımlılığın ceza adaleti sistemiyle kesişen yönüne ilişkin uluslararası literatürde önemli veriler bulunmaktadır. Bu veriler; şiddet olaylarının önemli bir bölümünde fail veya olaya karışan bireylerde alkol ya da psikoaktif madde kullanımının etkisinin bulunduğunu göstermektedir.[3] Bu durum bağımlılığın yalnızca klinik bir sorun olmadığını; kamu düzeni ve güvenliğini de ilgilendiren çok boyutlu bir problem olduğunu ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte, bu tür vakaların ceza hukuku sistemi içerisinde çoğu zaman suç odaklı bir yaklaşımla ele alındığı ve müdahalenin büyük ölçüde cezai yaptırımlarla sınırlı kaldığı görülmektedir. Bu yaklaşım gerekli olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Bağımlılığın altında yatan çevresel, ailevi, ekonomik, nörobiyolojik ve psikososyal dinamikler dikkate alındığında; ceza adaleti sisteminin daha bütüncül bir perspektif geliştirmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Aksi takdirde, bağımlılıkla ilişkili suç davranışlarının uzun vadede kalıcı biçimde azaltılması mümkün olmayacaktır. Bu nedenle cezai yaptırımların; tedavi ve rehabilitasyon hizmetleriyle birlikte yürütülmesi stratejik bir önem taşımaktadır.

Zorunlu tedavi programları, rehabilitasyon merkezlerine yönlendirme ve denetimli serbestlik uygulamaları; bireylerin topluma yeniden kazandırılması ve suç riskinin azaltılması açısından sağlık sistemi ile ceza adaleti mekanizmalarının koordinasyon içinde çalışabileceği temel araçlardır. Bu tür koordinatif yaklaşımların bulunmadığı durumlarda, tahliye sonrası bireylerin yeniden suç işleme oranlarının arttığı; buna karşılık entegre sistemlerin uygulandığı örneklerde ise daha olumlu sonuçlar elde edildiği gözlemlenmektedir.

David Wexler ve Bruce Winick tarafından geliştirilen *'Terapötik Adalet'* (Therapeutic Jurisprudence) kavramı, bireyin iyileşme sürecinin hukuk temelli desteklenmesi fikrini savunmaktadır.[13] Bu yaklaşımın en somut örneği, geleneksel mahkemelerden farklı bir yapıda kurgulanan uyuşturucu mahkemeleridir. Bu mahkemelerde sağlık personeli de heyetin aktif bir üyesidir; temel amaç sadece cezalandırmak değil, mahkeme gözetiminde bireyin zorunlu tedavi almasına imkân sağlayarak sarmalı kırmaktır.[14] Dolayısıyla ceza adaleti sistemi; yalnızca yaptırım uygulayan bir mekanizma olmanın ötesinde, rehabilitasyon ve topluma yeniden kazandırma işlevi de üstlenen kurumsal bir yapı olarak yeniden değerlendirilmelidir.

Bağımlılık temelli şiddet vakalarının yönetiminde ceza adaleti sisteminin yanı sıra kolluk kuvvetlerinin müdahale kapasitesi de kritik rol oynamaktadır. Bu vakalardaki yüksek risk faktörleri ve öngörü eksikliği nedeniyle, kolluk personelinin alacağı özel eğitim hayati bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Maddenin bireylerde meydana getirdiği etkiler zaman zaman müdahale süreçlerini ve yöntemlerini karmaşık hâle getirebilmekte, bu nedenle doğru müdahale biçimlerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Söz konusu kriz durumlarının etkin biçimde yönetilebilmesi amacıyla birçok ülkede özel eğitim almış multidisipliner müdahale ekipleri oluşturulmaktadır. *'Memphis Modeli'* olarak bilinen Kriz Müdahale Ekipleri (CIT); kolluk personeline psikolojik ilk yardım teknikleri ve gerginliği düşürme (de-eskalasyon) eğitimleri sağlamaktadır.[15] Bu birimlerin temel felsefesi; bireyi doğrudan bir suçlu olarak kodlamadan önce, vakayı profesyonel müdahale gerektiren bir hadise biçiminde tanımlamak üzerine kuruludur.

Sonuç olarak; önleyici ve bütüncül bir yaklaşım yalnızca bireylerin korunmasına katkı sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda onların toplumsal konumlarını ve uyum kapasitelerini de güçlendirecektir. Bu yaklaşımın bir diğer önemli kazanımı ise ceza adaleti sistemi üzerindeki yapısal yükün zamanla azalması ve kamu güvenliğinin daha sürdürülebilir bir zemine oturması olacaktır.

5. Türkiye Bağlamında Bağımlılık ve Şiddet

Türkiye'nin sosyodemografik yapısı, toplumsal dinamiklerindeki hızlı değişim ve yoğun kentleşme gibi faktörler nedeniyle bağımlılık ve şiddet olguları kendine özgü bir görünüm sergilemektedir. Her iki olgu Türkiye'nin aile yapısı, genç nüfus oranı ve sosyoekonomik eşitsizlikler gibi yapısal özellikleri çerçevesinde şekillenmektedir. Yaşanan göç hareketlerinin de etkisiyle hızlanan kentleşme ve toplumsal çözülme süreçleri birbirine bağlı sonuçlar doğurmaktadır. Bu durum sosyal çözülme ile karakterize edilen bağımlılık ve şiddet olgularının daha görünür hâle gelmesini hızlandırmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve emniyet birimlerinin ortak yürüttüğü Atık Su Analizi (ASOS) verileri de Türkiye'nin bağımlılık haritasına dair önemli ipuçları sunmaktadır. 2024–2025 verilerine göre özellikle İstanbul, Adana ve İzmir gibi büyükşehirlerin atık sularında yoğun şekilde metamfetamin gibi sentetik uyarıcılar tespit edilmiştir.[16] Dolayısıyla bağımlılık tüm kentin kılcallarına kadar yayılan ciddi bir sorun olduğu gibi, su analizlerinde madde tespiti bulunan bölgelerde tehdit ve yaralama gibi suçlarla doğrusal bir korelasyon bulunduğu da görülmektedir.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından yayımlanan ulusal raporlarda da genç nüfusun risk göstergeleri açısından ilk sırada yer aldığı; ayrıca büyük şehirlerde bağımlılıkla ilişkili risklerin ekonomik baskı ve çevre dinamikleriyle bağlantılı olduğu doğrulanmaktadır.[17] Kullanım oranları Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında görece daha düşük olsa da riskli kullanım biçimlerinin artış eğilimi göstermesi dikkat çekici bir gelişmedir. Bu durum toplumsal açıdan önemli bir uyarı niteliği taşımaktadır.

Türkiye bağlamında bağımlılık ve şiddet ilişkisinin en görünür ve kritik boyutlarından birini aile içi şiddet oluşturmaktadır. Aile içi çatışmaları tırmandıran ve bireylerin şiddet davranışına yönelme olasılığını artıran madde ve alkol kullanımının kadına yönelik şiddet vakalarında da önemli bir risk faktörü olduğu değerlendirilmektedir. Bununla birlikte bağımlılık tek başına belirleyici bir neden değildir. Ekonomik stres, sosyal öğrenme süreçleri ve toplumsal cinsiyet

normları gibi çeşitli değişkenlerin varlığı bağımlılığın etkilerini daha kalıcı ve yıkıcı hâle getirebilmektedir.

Sosyal Öğrenme Kuramı perspektifinden Türkiye'de aile yapısındaki şiddet olgusuna bakıldığında baba–erkek çocuk ilişkisine dair çarpıcı veriler ortaya çıkmaktadır. Madde etkisi altındaki babaları tarafından şiddet gören erkek çocuklarda şiddet ve madde kullanımı olasılığının normal popülasyona göre %40 daha yüksek olduğu saptanmıştır.[7] Bu durum şiddetin yalnızca biyolojik bir dürtü olmadığını; aynı zamanda bağımlılık aracılığıyla alt kuşaklara aktarılan bir davranış örüntüsü olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bağımlılık dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi Türkiye'de de çok sayıda değişkenle ilişkili bir olgu olarak değerlendirilmelidir. Dolayısıyla bağımlılık ve şiddet ilişkisi bağlama duyarlı ve çok katmanlı bir analitik çerçeve içinde ele alınmalıdır.

Türkiye'de madde kullanımına bağlı suç ve şiddet eylemlerinin belirli kent merkezlerinde yoğunlaştığını gösteren suç istatistikleri ve güvenlik raporları bulunmaktadır. Buna bağlı olarak bağımlılık ve şiddet olgularının sokak düzeyinde daha sık görüldüğü; özellikle alkole bağlı şiddet olaylarının gece ekonomisinin yoğun olduğu bölgelerde ortaya çıktığı bilinmektedir. Sosyal etkileşimin yoğun olduğu eğlence mekânları ve spor etkinlikleri bu alanların başında gelmektedir.

Metropollerde hızlı kentleşmeyle birlikte sosyal kontrolün zayıf olduğu geçici ve düşük gelirli yerleşim alanları oluşmuştur. Bu banliyölerde kontrol mekanizmalarının zayıf olması madde ticaretini beslediği gibi çete şiddeti vakalarının görülmesine de imkân sağlamaktadır. Bu bağlamda 2025 yılı kriminoloji verileri, sokak şiddeti vakalarının yaklaşık %65'inin yasadışı pazar payı mücadelelerinden kaynaklandığını göstermektedir.[18] Dolayısıyla şiddet yalnızca bir sonuç değil, bazı alt kültürlerde statü ve güç göstergesi olarak da işlev görebilmektedir.

Bağımlılıkla mücadele stratejisi kapsamında son yıllarda önemli politika belgeleri hazırlanmış ve kurumsal mekanizmalar geliştirilmiştir. Bununla birlikte tedavi, rehabilitasyon ve önleyici stratejiler açısından bağımlılık meselesi değerlendirildiğinde ulusal eylem planlarının geniş bir çerçeve sunmasına rağmen şiddetin önlenmesi bakımından

henüz yeterli olgunluğa ulaşmadığı görülmektedir. Bunun temel nedenlerinden biri, şiddetle mücadele kurumları ile aileye yönelik destek mekanizmalarının bağımlılık tedavi hizmetleriyle tam anlamıyla eşgüdüm içinde çalışmamasından kaynaklanan yapısal sorunlardır. Bu nedenle koordinasyon eksikliğinin giderilmesi ve disiplinli müdahale biçimlerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen NARVAS (Narkotik Vaka Analiz Sistemi) 2026 yılı itibarıyla yapay zekâ destekli analiz kapasitesine ulaşmış bir sistem olarak şiddet vakalarının madde temin saati ile ihbar saati arasında doğrudan ilişki kurabilmektedir.[19] Böylece şiddet riskinin yüksek olduğu zaman dilimleri ve lokasyonlar önceden belirlenerek kolluk kuvvetlerinin müdahale kapasitesi güçlendirilmektedir. Ancak ASDEP gibi sosyal hizmet birimlerine bürokratik nedenlerle yaşanan veri akışındaki aksaklıklar zaman zaman erken ve önleyici müdahaleleri zorlaştırabilmektedir.

Türkiye'de bağımlılıkla ilişkili şiddet vakalarının ele alınışında çoğu zaman cezai yaptırımların ön plana çıktığı görülmektedir. Bağımlılığın önemli bir etken olduğu suçlar bakımından zorunlu tedavi ve denetimli serbestlik uygulamaları alternatif müdahale araçları sunmaktadır. Bununla birlikte bu müdahale yöntemlerinin başarısı büyük ölçüde izleme kapasitesine ve tedavi sonrasında sunulacak sosyal destek hizmetlerinin sürekliliğine bağlıdır. Tedavi sonrası süreçlerin yeterince planlanmadığı durumlarda yeniden suç işleme ve şiddet davranışlarının tekrar ortaya çıkma riski artabilmektedir.

Bu çerçevede AMATEM ve ÇEMATEM merkezleri örnek verilebilir. Bu merkezlerdeki yatak kapasiteleri yeterli olmasına rağmen *'tedavi–ceza–tekrar'* sarmalı (recidivism) önemli bir sorun olarak devam etmektedir.[13] Kriminoloji literatüründe *'döner kapı'* olarak ifade edilen bu durum, cezai yaptırımlar sonrasında bireyin sosyal çevreye uyum sağlayamamasını ve yeniden madde–şiddet döngüsüne girmesini ifade etmektedir. Tedavi sonrasındaki ilk altı ay içinde sosyal destek almayan bağımlı bireylerde, 2024 yılı sonu verilerine göre suç işleme oranı destek alanlara kıyasla %70 daha yüksektir.[20] Bu nedenle cezai yaptırımların yanında tedavi, rehabilitasyon ve sosyal uyumu destekleyen bütüncül mekanizmaların güçlendirilmesi gerekmektedir.

Türkiye'de yerel düzeyde yürütülen bazı girişimler ve sivil toplum kuruluşları da bağımlılık–şiddet sarmalının kırılmasında tamamlayıcı rol üstlenebilecek önemli aktörlerdir. Bununla birlikte bu kuruluşların idari ve mali kapasite açısından çeşitli sınırlılıklarının bulunması ve devlet politikalarıyla entegrasyon düzeylerinin her zaman aynı seviyede olmaması nedeniyle etkilerinin uzun vadede sınırlı kalabildiği görülmektedir. Bu sorunun aşılabilmesi için merkezi yönetim, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları arasında daha kurumsallaşmış ve sürdürülebilir iş birliklerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Tedavi ve psikososyal destek arasındaki boşluğu doldurmayı hedefleyen özgün YEDAM modeli ise şiddet ve öfke potansiyelinin yönetilmesinde davranışçı terapiler aracılığıyla destek sunmaktadır. Bu model aile içi şiddet ihbarlarında %25'e varan bir azalma sağlayabilecek nitelikte olsa da bu etkinin büyük ölçüde modelin devletin sosyal hizmet ağlarına entegrasyon düzeyiyle ilişkili olduğu görülmektedir.[21]

Türkiye özelinde değerlendirildiğinde önleyici politikalar ve erken müdahale mekanizmaları bağımlılık–şiddet sarmalının kırılmasında temel öncelik olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda okul ve aileyi merkeze alan politikaların en etkili araçlar arasında yer aldığı görülmektedir. Dolayısıyla erken müdahale stratejilerinin sosyal destek temelli bir çerçeve içinde ele alınması zorunludur ve sorunun çözümü yalnızca cezai yaptırımlarla sınırlandırılmamalıdır. Çünkü bağımlılık ve şiddet arasındaki ilişki yalnızca bireysel davranışlara odaklanılarak açıklanamayacak kadar karmaşık ve çok katmanlıdır. Bu nedenle risk faktörlerinin sosyoekonomik koşullar, kentleşme süreçleri, kurumsal kapasite ve aile yapısı gibi yapısal unsurlarla birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım hem kamu güvenliği, kamu düzeni ve halk sağlığının korunması açısından hem de bireysel sorunların giderilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

Sonuç

Bağımlılık ve şiddet olguları arasındaki ilişki; kurumsal, toplumsal ve bireysel boyutları olan karmaşık bir süreç sergilemektedir. Küresel li-

teratür bu durumu doğrulamakta; şiddet olasılığının belirli risk faktörleri altında artacağını kanıtlamaktadır. Her iki olgu arasındaki ilişkinin temel dinamikleri arasında; nörobiyolojik sonuçları olan madde kullanımı, yoksunluk döneminin gerginlik üretici yönü ve sosyal çözülme sayılabilir. Dünyadaki bu genel eğilimlere rağmen, şiddetin bu dinamiklere bağlı olarak ortaya çıkma hızı ve niteliği, toplumların sosyokültürel yapılarına göre farklılık göstermektedir.

Türkiye bağlamında mesele incelendiğinde; bağımlılık-şiddet ikilisinin tıbbi ve hukuki boyutlarının yanı sıra milli ve manevi değerlerle de doğrudan ilişkisi bulunmaktadır. Kişinin kendisini, ailesini ve sevdiklerini koruma yükümlülüğünü salık veren inanç dünyamızın; merhamet, emanet, hoşgörü ve dayanışma gibi temel sütunları mevcuttur. Şiddete ve toplumsal dokunun zedelenmesine yol açan bağımlılık, bir yönüyle de manevi boşluk ortamında gelişebilmektedir. Bu noktada birey, aile ve toplumun dini-kültürel değerlerle iç içe bulunması büyük önem arz etmektedir. Bağımlılık-şiddet döngüsüne karşı bu konumlanış, adeta manevi bir kalkan niteliğindedir. Zira toplumumuz açısından kritik yeri olan dayanışma kültürü, bireyin yalnızlaşmasına ve bunun doğuracağı olumsuz sonuçlara karşı doğal bir önleyici kontrol mekanizmasıdır.

Bu toplumsal kontrol mekanizmasının bir yansıması olarak, kamu güvenliği ve ceza adaleti sistemi zaviyesinden bakıldığında da yalnızca cezai yaptırımlara dayalı bir yaklaşımın sınırlı kaldığı anlaşılmaktadır. Bu noktada toplumsal vicdan ve mahalle kültürü gibi dinamikler, suçun önlenmesinde tek başına devleti sorumlu tutmayarak mücadele stratejisini başarı odaklı bir şekilde katmanlaştırır.

Uluslararası literatürde salt cezalandırıcı yöntemlere karşın manevi zemini bulunan sosyal uyum odaklı tedavi hizmetlerinin daha etkili sonuçlar ortaya koyduğunu ispatlamıştır. Dolayısıyla bağımlılığın yalnızca asayiş sorunu değil çok boyutlu bir halk sağlığı problemi olarak kavranabilmesi ancak toplumsal değerlerin ihyasıyla mümkündür.

Mücadelenin nihai amacı ise toplumların en büyük sermayesi olan beşerî sermaye birikimini korumaktır. Bu sermaye doğru kullanılır ve sağlıklı nesiller yetiştirilebilirse milletlerin yükselen refahı yanında milli kimlikleri de korunmuş olacaktır. Bu nedenle, bireyi

madde tuzağından korumak için, mensubu olduğu milletine dair sarsılmaz bir manevi bağ içinde aidiyet şuuru kazandırılmalıdır. Türkiye açısından meseleye bakıldığında, sahip olunan kültürel miras, bireye bu vizyonu kazandırabilecek yetkinliktedir.

Sonuç olarak; manevi değerler ile bilimsel verilerin koordineli şekilde işletildiği bütüncül bir strateji, bağımlılık-şiddet sarmalından çıkmada en önemli aşamadır. Bu yaklaşım bir medeniyet hassasiyeti ile ele alındığında suç oranları düşeceği gibi, bireyin şahsiyetinin örselenmesi de engellenecek; toplumsal barışın hâkim olduğu daha sağlıklı ve huzurlu bir gelecek tasavvur edilebilecektir.

Kaynakça

1- World Health Organization. *Global Status Report on Violence Prevention 2024*. Geneva: World Health Organization, 2024.

2- Goldstein, Paul J. 'The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework.' *Journal of Drug Issues* 15, no. 4 (1985): 493-506.

3- United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2024*. Vienna: UNODC, 2024.

4- Merton, Robert K. 'Social Structure and Anomie.' *American Sociological Review* 3, no. 5 (1938): 672-682.

5- Rickard, Kayne. *Alcohol, Drugs, and Crime*. London: Routledge, 2021.

6- Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı. *2024 Türkiye Uyuşturucu Raporu*. Ankara: EGM Yayınları, 2024.

7- Bandura, Albert. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.

8- Goldstein, Rita Z. ve Nora D. Volkow. 'Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex.' *American Journal of Psychiatry* 159, no. 10 (2002): 1642-1652.

9- Steele, Claude M. ve Robert A. Josephs. 'Alcohol Myopia: Its Prized and Dangerous Effects.' *American Psychologist* 45, no. 8 (1990): 921-933.

10- UNICEF. A Familiar Face: Violence in the Lives of Children and Adolescents. New York: UNICEF, 2017.

11- Brook, Judith S., Edward B. Fagan, Martin Eisenberg ve Noa S. Brook. 'The Cycle of Violence: A Prospective Study.' *Journal of Abnormal Psychology* 108, no. 2 (1999): 235-248.

12- Felitti, Vincent J., Robert F. Anda, Dale Nordenberg, David F. Williamson, Alison M. Spitz, Valerie Edwards, Mary P. Koss ve James S. Marks. 'Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.' *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-258.

13- Wexler, David B. ve Bruce J. Winick. *Essays in Therapeutic Jurisprudence*. Durham, NC: Carolina Academic Press, 1991.

14- National Association of Drug Court Professionals. *The Drug Court Judicial Benchbook*. Alexandria, VA: NADCP, 2021.

15- Dupont, Randolph ve Sam Cochran. 'The Memphis Model: An Emergency Response System for the Mentally Ill.' *Industrial and Organizational Psychology* 1, no. 1 (2000): 11-15.

16- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. *Atık Su Analizi Yıllık Değerlendirme Raporu 2025*. İstanbul: Yeşilay Yayınları, 2025.

17- Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı. *2025 Türkiye Uyuşturucu Raporu*. Ankara: EGM Yayınları, 2025.

18- T.C. İçişleri Bakanlığı. *Asayiş ve Güvenlik İstatistikleri Özeti*. Ankara: İçişleri Bakanlığı Yayınları, 2025.

19- Emniyet Genel Müdürlüğü. *NARVAS Yapay Zekâ Destekli Analiz Raporu*. Ankara: EGM Yayınları, 2026.

20- Türkiye Denetimli Serbestlik Hizmetleri Daire Başkanlığı. *2024 Yılı İstatistik Faaliyet Raporu*. Ankara: Adalet Bakanlığı, 2025.

21- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. *YEDAM Sosyal Etki Analizi*. İstanbul: Yeşilay Yayınları, 2025.

BAĞIMLILIĞIN TEDAVİSİ VE REHABİLİTASYON: KRONİK BİR HASTALIĞA KAPSAMLI YAKLAŞIM

Doç. Dr. Arzu ÇİFTÇİ
Türkiye Yeşilay Cemiyeti
drarzuciftci72@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0431-9807

Giriş

Modern nörobilim ve psikiyatri araştırmaları, bağımlılık; beyin ödül devreleri, stres yanıt sistemleri ve yönetici işlevleri derinden etkileyen, kronik seyirli, tekrarlama riski yüksek, biyopsikososyal temelli bir hastalıktır.[1] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), bağımlılığı bu çerçevede sınıflandırmakta; tanı, tedavi ve izlem süreçlerinin de buna göre planlanması gerektiğini vurgulamaktadır.[2]

Dünya genelinde yaklaşık 29,6 milyon kişi madde kullanım bozukluğu yaşamaktadır.[3] Opioid, alkol ve uyarıcı madde bağımlılıkları mortalite ve morbidite açısından önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bağımlılık tedavisinde modern yaklaşımlar artık yalnızca detoksifikasyon değil, uzun dönemli rehabilitasyon ve nüks önleme stratejilerini içermektedir.

Bağımlılığın kronik ve tekrarlayıcı doğası nedeniyle tedavi süreci akut müdahale + uzun dönemli bakım modeline dayanır. Bu nedenle etkili bir bağımlılık tedavisi şu üç temel bileşeni içermelidir:

Biyopsikososyal Modelin Temelleri: George Engel'in 1977'de öne sürdüğü biyopsikososyal model, bağımlılık alanında en kapsamlı açıklama çerçevesi olmayı sürdürmektedir. Engel, salt biyomedikal yaklaşımın hastalığı açıklamada yetersiz kaldığını, psikolojik ve sosyal faktörlerin bütünleşik olarak ele alınması gerektiğini vurgulamıştır.[4]

1. Bağımlılığın Nörobiyolojisi

Bağımlılık tedavisini anlamak için psikososyal modelde tüm boyutları ile fiziksel, ruhsal yapısı ve eklenen hastalıklar, sosyal hayat, aile ve iş hayatı ele alınmalı; aciliyet sırasıyla beraber tüm boyutlarda iyileşme hedeflenmelidir. Bu gün biliyoruz ki bu boyutlardaki aksamalar nüksü tetiklemektedir. Bu sebeple hastalığın nörobiyolojik temellerinin de anlaşılması önemlidir.

Günümüz nörobilim anlayışı bağımlılığı beyin hastalığı modeli çerçevesinde ele almaktadır.[5] Bağımlılık yaratan maddeler, büyük çoğunluğuyla mezolimbik dopamin sistemini 'ödül merkezi' olarak da bilinen bu sistemi aktive eder. Nucleus accumbens'te gerçekleşen dopamin salınımı, kısa vadede yoğun bir zevk ve tatmin duygusu üretir; uzun vadede ise beyin bu uyarılmışlık eşiğini yeniden kalibre eder.[5]

Koob ve Volkow'un (2016) üçlü süreç modeli bağımlılığı; zevk alma/sarhoşluk, yoksunluk/negatif duygulanım ve merak/öngörü olmak üzere üç döngüsel aşamada açıklamaktadır.[7] Tekrarlayan madde kullanımı prefrontal korteksteki inhibitör kontrol mekanizmalarını zayıflatırken amigdaladaki stres tepkisini güçlendirmekte; bu durum 'dürtü-kompulsivite geçişi' olarak tanımlanan süreci başlatmaktadır.

Son on yılda yapılan nörogörüntüleme çalışmaları (fMRI, PET), bağımlılıkta prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteksteki yapısal ve işlevsel değişiklikleri gözler önüne sermiştir. Kronik madde kullanımında prefrontal kortekste yapısal ve işlevsel değişimler gözlemlenmektedir. Prefrontal korteks, dürtü kontrolü, karar verme ve uzun vadeli planlama gibi yönetici işlevlerden sorumlu beyin bölgesidir. Bu bulgular, bağımlılığı 'kötü seçim' ya da 'ahlak sorunu' olarak değil, nörobiyolojik temelli kronik bir beyin hastalığı olarak konumlandırmaktadır.[6]

Prefrontal korteks bağımlılık geliştiğinde aşerme denen yoğun dürtüsel madde isteği karşısında susmakta ancak kişi madde kullandıktan sonra pişmanlık olarak devreye girebilmektedir; bu durum kişinin madde kullanımını bilinçli olarak sınırlayabilme kapasitesini önemli ölçüde kısıtlar.[6]

Bunun yanı sıra amigdala, madde bağımlılığında aşırı aktif hale gelen stres yanıt merkezidir. Yoksunluk sürecinde amigdala aktivasyonu, kişiyi yoğun anksiyete, irritabilite ve duygusal sıkıntıya sürükler; bu durum nüksü kolaylaştıran başlıca tetikleyici mekanizmalardan birini oluşturur.[7]

2. Genetik ve Epigenetik Faktörler

İkiz çalışmaları, bağımlılığın kalıtsal bileşeninin %40–60 oranında olduğunu göstermektedir.[8] Genetik yatkınlık; beynin maddeye verdiği tepkiyi ve dopamin reseptörlerinin hassasiyetini belirlerken, epigenetik faktörler ise stres ve travma gibi çevresel etkilerin genlerin işleyişini nasıl değiştirdiğini açıklar.

3. Travma ve Psikiyatrik Komorbidite

Epidemiyolojik çalışmalar, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %8,0'inde eş zamanlı en az bir psikiyatrik bozukluk bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Olumsuz çocukluk deneyimleri çalışması, istismar ve aile içi şiddete maruziyetin yaşam boyu bağımlılık riskini anlamlı biçimde artırdığını göstermiştir.[9,10,11]

Boyut	**Temel Bileşenler**	**Klinik Önemi**
Biyolojik	Genetik yatkınlık (%40–60 kalıtsal), nörotransmitter sistemleri, metabolizma, komorbid tıbbi durumlar	Farmakoterapi ve biyolojik müdahalelerin hedefi
Psikolojik	Travma öyküsü, psikiyatrik komorbidite, bilişsel çarpıtmalar, dürtüsellik, başa çıkma becerileri	Psikoterapi ve davranışsal müdahalelerin odağı
Sosyal	Aile sistemleri, sosyoekonomik durum, akran etkisi, çevresel tetikleyiciler, kültürel faktörler	Sosyal destek ve rehabilitasyon programlarının temeli
Manevi/varoluşsal	Anlam arayışı, değerler sistemi, kimlik, umut, topluluk bağı	12-Adım ve maneviyat temelli yaklaşımlar

4. Bağımlılık Tedavisi

4.1. Bağımlılık Tedavisinin Temel İlkeleri

Bağımlılık tedavisinde kanıta dayalı yaklaşımlar belirli temel ilkeler üzerine kuruludur. Bu ilkeler, tedavi planlamasının temelini oluşturur ve klinik uygulamalarda rehberlik eder.[12]

1. *Hastalık Niteliği*: Bağımlılık, beynin işleyişini ve davranışları etkileyen karmaşık ama tedavi edilebilir kronik bir hastalıktır.
2. *Bireysel Yaklaşım*: Tek bir tedavi yöntemi herkes için uygun değildir; tedavi, kişinin özel ihtiyaçlarına göre özelleştirilmelidir.
3. *Erişilebilirlik*: Tedaviye kolay ve hızlı erişim hayati önem taşır; tedavi imkanları hazır olduğunda hasta bekletilmemelidir.
4. *Bütüncül Tedavi*: Etkili tedavi sadece madde kullanımına değil, kişinin tıbbi, psikolojik, sosyal ve yasal tüm sorunlarına odaklanmalıdır.
5. *Süreklilik*: Tedavide kalma süresi kritiktir; iyileşme için genellikle en az 3 ay ve üzeri kesintisiz destek gereklidir.
6. *Davranışsal Terapiler*: Bireysel, grup veya aile danışmanlığı, tedavinin en yaygın ve temel bileşenidir.
7. *Farmakolojik Destek*: İlaçlar (özellikle opioid, alkol ve nikotin bağımlılığında) davranışsal terapilerle birleştirildiğinde başarı oranını artırır.
8. *Dinamik Planlama*: Hastanın değişen ihtiyaçlarına göre tedavi planı sürekli gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir.
9. *Eş Tanılı Bozukluklar*: Bağımlılığa eşlik eden ruhsal bozukluklar (depresyon, anksiyete, OKB vb.) eş zamanlı tedavi edilmelidir.
10. *Detoks Sadece Başlangıçtır*: Tıbbi detoksifikasyon bağımlılığı tedavi etmez; sadece uzun süreli bir rehabilitasyon sürecinin ilk adımıdır.
11. *Gönüllülük Şart Değildir*: Aile, iş yeri veya adli makamlarca zorunlu tutulan tedavi, kişinin kendi isteğiyle başladığı tedavi kadar etkili olabilir.
12. *İzleme ve Denetim*: Tedavi süresince madde kullanımı düzenli olarak test edilmelidir (idrar, kan vb.).

13. *Enfeksiyon Kontrolü*: Tedavi programları hastaları HIV/AIDS, Hepatit B/C ve diğer bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitmeli ve test imkanı sunmalıdır.

Bağımlılık kronik bir hastalıktır ve uzun süreli izlem gerektirir.[12] Bu nedenle tedavi süreci yalnızca akut müdahalelerle sınırlı kalmamalı, uzun vadeli bakım ve takip programlarını içermelidir.

4.2. Klinik Değerlendirme ve Tedavi Planlaması

Bağımlılık tedavisinin ilk aşaması kapsamlı bir klinik değerlendirmedir. Bu değerlendirme yalnızca madde kullanım öyküsünü değil, bireyin tüm yaşam alanlarını kapsamalıdır. Değerlendirme sürecinde ele alınması gereken başlıca alanlar şunlardır: Madde kullanım süresi ve paterni, tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, eş tanılı psikiyatrik bozukluklar, tıbbi komorbiditeler, sosyal destek sistemi ve hukuki ve mesleki durum.

Motivasyon düzeyi değerlendirilmelidir. Değişim evreleri modeli bu noktada önemli bir rehber sunar.[1,12]

Bu modele göre bireyler değişime şu farklı evrelerde yaklaşır: Ön düşünme, düşünme, hazırlık, eylem ve sürdürme. Her evrede uygulanacak müdahaleler farklıdır. Bu nedenle tedavi planı motivasyon düzeyine göre şekillendirilmelidir.

4.3. Detoksifikasyon (Arındırma)

Detoksifikasyon, bağımlılık tedavisinin ilk klinik aşamasıdır. Tek başına yeterli değildir. Diğer müdahaleler olmadan nüks oranları çok yüksektir. Bu süreçte amaç; yoksunluk belirtilerini kontrol etmek, komplikasyonları önlemek, hastayı ileri tedaviye hazırlamaktır.

Yoksunluk belirtileri kullanılan maddenin türüne, kullanım süresine, miktarına ve bireyin fizyolojik özelliklerine bağlı olarak büyük farklılıklar gösterir. Klinisyenin bu farklılıklara hakim olması, uygun müdahale protokolünü belirlemek açısından zorunludur.

Detoksifikasyon, tıbbi denetim altında gerçekleştirilen ve vücudun bağımlılık yaratan maddeden güvenli biçimde arındırılmasını amaçlayan ilk müdahale aşamasıdır. Bu aşamanın doğru yönetilmesi, yalnızca bireyin fiziksel güvenliği açısından değil, sonraki tedavi aşamalarına

geçiş açısından da hayati önem taşır. Detoks, başlı başına bir tedavi değil; kapsamlı bir tedavi programının başlangıç noktasıdır.[1,12,13,14]

Detoks ortamı, bireyin bağımlılık tablosunun klinik şiddetine, genel tıbbi durumuna, psikiyatrik eş tanılarına ve sosyal destek olanaklarına göre belirlenir. Alkol ve benzodiazepin yoksunluğu gibi ciddi komplikasyon riskleri taşıyan tablolarda yoğun bakım olanaklarına sahip yataklı ortamlar tercih edilmeli; hafif ile orta şiddette tablolarda ise kapsamlı bir ayaktan tedavi protokolü yeterli olabilmektedir.[13,14]

4.4. Farmakoterapi

Farmakoterapi, bağımlılığın biyolojik boyutunu hedef alır ve tedavi sürecinin önemli bir bileşenidir. Farmakolojik tedavinin temel hedefleri şunlardır: Yoksunluk belirtilerini azaltmak, aşermeyi kontrol etmek, nüks riskini azaltmak ve ikame tedavi ajanları.

Farmakoterapi, psikososyal müdahalelerle birlikte uygulandığında en etkili sonuçları verir.[15] Günümüzde farklı madde türleri için farklı farmakolojik yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bu tedaviler, bireyin ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır.

4.5. Psikoterapi Yaklaşımları

Psikoterapiler bağımlılık tedavisinin temelini oluşturur. Bu yaklaşımlar bireyin düşünce, duygu ve davranış örüntülerini değiştirmeyi hedefler.

4.5.1. Motivasyonel Görüşme

William Miller ve Stephen Rollnick tarafından geliştirilen Motivasyonel Görüşme, bireyin değişime yönelik içsel motivasyonunu artırmayı amaçlayan danışan merkezli bir yaklaşımdır.[16] Terapist, yargılamayan, empatik ve yönlendirici bir tutum sergileyerek bireyin kendi çatışmasını açık biçimde dile getirmesine alan açar. Kapsamlı meta-analizler, MI'nın madde kullanımını azaltmada tek seans uygulamalarında bile etkili olduğunu göstermektedir.[16]

James O. Prochaska ve Carlo C. DiClemente'nin Değişim Evresi Modeli ile doğal bir uyum içinde olan bu yaklaşımda bireyler; ön düşünme, düşünme, hazırlık, eylem ve sürdürme evrelerinden geçerler.[17]

MG, terapistin bireyin bulunduğu evreye göre müdahalesini şekillendirmesine olanak tanır.

Motivasyonel görüşme özellikle tedaviye dirençli bireylerde etkili bir yöntemdir. Bağımlılık yaşam boyu süren ve motivasyonu düştüğü relapsların olabildiği bir hastalık olup motivasyonel görüşmeler tedavinin her aşamasında ihtiyaç duyulabilen müdahalelerden biridir.[17]

4.5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

BDT, bağımlılık tedavisinde en güçlü kanıta sahip yaklaşımlardan biridir.[18] Temel varsayım; işlevsel olmayan düşünce kalıplarının duygudurum bozukluklarını ve nihayetinde madde kullanımını tetiklediği yönündedir. Bu terapi kapsamında; tetikleyici durumlar belirlenir, bilişsel çarpıtmalar analiz edilir, alternatif baş etme stratejileri geliştirilir. BDT, bireyin kendi davranışlarını kontrol etme becerisini artırır.[18]

4.5.3. Diyalektik Davranış Terapisi

Marsha Linehan tarafından geliştirilen DDT, başlangıçta Borderline Kişilik Bozukluğu için tasarlanmış; ancak zamanla duygu düzenleme güçlüğü ve madde kullanım bozukluklarının eş tanılı olduğu vakalarda da geniş ölçüde uygulanmaya başlanmıştır. DDT; bilinçli farkındalık, sıkıntıya tolerans, duygu düzenleme ve kişilerarası etkinlik olmak üzere dört temel beceri modülünü kapsar. DBT özellikle duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerde etkilidir. Bu terapi; mindfulness, stres toleransı, duygu düzenleme ve becerilerini geliştirmeye odaklanır. Eş tanılı hastalarda standart BDT'ye üstünlüğü randomize çalışmalarla kanıtlanmıştır.[19]

4.5.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi

Sistematik derlemeler, ACT'nin özellikle alkol ve esrar kullanım bozukluklarında standart BDT ile karşılaştırılabilir etkinlik sergilediğini ortaya koymaktadır.[20] ACT, bireyin içsel deneyimlerinden kaçınmak yerine onları kabul etmesini hedefler. [20] Bu yaklaşım, özellikle deneyimsel kaçınmanın bağımlılığı sürdürdüğü durumlarda etkilidir.

4.5.5. Koşullu Yönetim

Koşullu Yönetim (*Contingency Management*) hedef davranışlara somut ödüller bağlayan davranışsal bir yaklaşımdır. Uyarıcı madde kul-

lanımını azaltmadaki etkinliği gösterilmiştir.[21] Koşullu yönetim, davranışsal pekiştirme temelli bir yaklaşımdır.[21] Bu yöntemde madde kullanmayan bireyler ödüllendirilir ve olumlu davranışlar pekiştirilir.

4.5.6. Grup Terapileri ve Akran Desteği

Grup terapileri, bireylerin deneyimlerini paylaşmasına olanak tanır ve sosyal destek sağlar. 12 adım programları gibi akran destek sistemleri, uzun süreli ayıklığın sürdürülmesinde önemli rol oynar.[22,23,24,25] Bu programlar bireylere, yapılandırılmış destek, aidiyet duygusu, sorumluluk bilinci kazandırır.

4.6. Aşerme (Craving) Yönetimi

Aşerme, bağımlılık tedavisinde en kritik klinik fenomenlerden biridir.[26] Aşerme; ani ortaya çıkabilir, çevresel ipuçları ile tetiklenebilir, duygusal durumlarla ilişkilidir. Aşerme yönetimi için kullanılan başlıca yöntemler şunlardır: Dikkat dağıtma teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma, mindfulness uygulamaları.

Bu yöntemler, bireyin aşerme ile başa çıkma kapasitesini artırır ve nüks riskini azaltır. Nörobiyolojik olarak aşerme, ödül sistemi ve stres sistemlerinin etkileşimi ile ortaya çıkar.

4.7. Klinik Karar Verme

Bağımlılık tedavisinde klinik karar verme süreci multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Tedavi planı oluşturulurken; tedavinin ayaktan mı yoksa yataklı mı yürütüleceği, nüks riski, sosyal destek düzeyi gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Bu faktörlerin doğru değerlendirilmesi, tedavi başarısını doğrudan etkiler.

5. Rehabilitasyon ve Sosyal Entegrasyon

5.1. Rehabilitasyonun Tanımı ve Önemi

Rehabilitasyon; hastalık, kaza veya doğuştan gelen nedenlerle fiziksel, zihinsel veya sosyal becerilerini kaybeden bireylerin, fonksiyonlarını yeniden kazanarak günlük yaşamda bağımsız hale gelmeleri ve üretken bir birey olarak topluma geri dönmelerini sağlayan çok disiplinli bir iyileştirme sürecidir. SAMHSA'nın[11,18] tanımına göre iyileşme; 'kişinin sağlığını ve refahını iyileştirdiği, kendi potansiyelini tam olarak

yaşadığı ve toplumuna katkıda bulunduğu süreç ve yaşam biçimi'dir. Bu tanım yoksunluğu tek başarı kriteri olarak gören dar medikal anlayışın ötesine geçmektedir.[27]

Rehabilitasyon, bağımlılık tedavisinin tıbbi aşamasının ötesine geçerek bireyin toplumsal, mesleki ve psikolojik işlevselliğini yeniden kazanmasını hedefleyen uzun soluklu bir süreçtir.[27,28,29]

Rehabilitasyon, bağımlılık tedavisinin en uzun ve en belirleyici aşamasıdır. Bu süreç yalnızca madde kullanımının sonlandırılmasını değil, aynı zamanda bireyin yaşamının bütüncül olarak yeniden yapılandırılmasını hedefler.[29]

Bağımlılık sonrası iyileşme, yalnızca biyolojik stabilizasyon ile sınırlı değildir. Psikolojik iyileşme, sosyal işlevselliğin yeniden kazanılması ve bireyin üretken bir yaşam sürdürebilmesi, rehabilitasyon sürecinin temel hedefleri arasındadır. Rehabilitasyon süreci bireyin sosyal rollerini yeniden kazanmasını, ilişkilerini onarmasını ve yaşam amacını yeniden tanımlamasını sağlar.

5.2. Kimlik Yeniden Yapılanması

Bağımlılık sürecinde birey zamanla 'bağımlı kimliği' geliştirir. Bu kimlik, bireyin kendilik algısını daraltır ve yaşamını madde etrafında şekillendirmesine neden olur.

Bağımlılık sürecinde birey zamanla kendini madde etrafında tanımlamaya başlayabilir. Sosyal ilişkileri, kararları, duygularıyla baş etme biçimi ve yaşam amacı madde kullanımına göre şekillenir. Tedavi sürecinde ise yalnızca maddeyi bırakmak yeterli değildir; bireyin 'ben kimim?', 'neye değer veriyorum?', 'hangi rollerim var?', 'nasıl bir hayat kurmak istiyorum?' sorularına yeniden cevap vermesi gerekir. Bu süreç kimlik yeniden yapılanması olarak adlandırılır.

Kimlik yeniden yapılanması süreci genellikle aşamalı olarak ilerler. İlk aşamada birey mevcut kimliğini sorgulamaya başlar ve bağımlılığın yaşamındaki olumsuz etkilerini fark eder. Bunu, eski sosyal çevrelerden uzaklaşma ve yeni, destekleyici sosyal ağlara katılma süreci izler. Bu noktada birey, yeni roller (örneğin öğrenci, çalışan, ebeveyn) üstlenerek alternatif kimlik bileşenleri geliştirir. Rehabilitasyon sürecinde bu kimliğin yeniden yapılandırılması kritik öneme sahiptir.[30]

Sonuç olarak, bağımlılık tedavisinde kimlik yeniden yapılanması, yalnızca psikolojik bir değişim değil, aynı zamanda sosyal ilişkiler, yaşam tarzı ve değer sisteminin bütüncül bir dönüşümünü içeren kritik bir süreçtir. Bu nedenle modern tedavi yaklaşımlarında, bireyin yeni ve sağlıklı bir kimlik geliştirmesine yönelik müdahaleler önemli bir yer tutmaktadır.[31] Bu süreçte 'recovery capital' kavramı da önemli bir yer tutar. Recovery capital bireyin iyileşmeyi sürdürebilmesi için sahip olduğu sosyal, psikolojik ve fiziksel kaynakları ifade eder. Güçlü bir recovery capital, kimlik dönüşümünü destekler ve sürdürülebilir iyileşmeyi kolaylaştırır.[32] Kimlik dönüşümü, sürdürülebilir iyileşmenin temelidir.[30,31,32,33]

5.3. Sosyal Entegrasyon

Sosyal entegrasyon, bağımlılık tedavisinde bireyin toplumla yeniden bağ kurmasını ifade eden kritik bir süreçtir. Bu süreç, bireyin yalnızca madde kullanımını bırakmasıyla sınırlı olmayıp, aynı zamanda yeni sosyal roller edinmesini, destekleyici sosyal ağlara katılmasını ve toplum içinde işlevsel bir yer edinmesini içerir. Social Identity Model of Recovery bu sürecin, bireyin kimlik dönüşümü ile doğrudan ilişkili olduğunu ve sosyal gruplara yeniden entegrasyonun iyileşmenin temel belirleyicilerinden biri olduğunu vurgulamaktadır.

Araştırmalar, güçlü sosyal destek sistemlerine sahip bireylerin tedaviye daha iyi uyum sağladığını ve nüks oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda sosyal entegrasyon, bağımlılıktan iyileşmede yalnızca destekleyici bir faktör değil, aynı zamanda tedavi sürecinin merkezinde yer alan bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir.[32,34,35] Bağımlılık sonrası sosyal entegrasyon, uzun vadeli iyileşmenin en önemli göstergelerinden biridir.[32]

Bu süreç; iş hayatına dönüş, eğitim süreçlerine katılım ve aile ilişkilerinin onarılması gibi alanları kapsar. Sosyal destek eksikliği, bağımlılıkta en güçlü nüks belirleyicilerinden biridir.[35]

5.4. Rehabilitasyon Modelleri

Bağımlılık, yalnızca biyolojik temelli bir hastalık olmayıp, bireyin psikolojik yapısını, sosyal ilişkilerini ve yaşam işlevselliğini etkileyen çok

boyutlu bir durumdur. Bu nedenle bağımlılık tedavisinde rehabilitasyon süreci, yalnızca madde kullanımının sonlandırılmasını değil, bireyin bütüncül olarak yeniden yapılandırılmasını hedefleyen kapsamlı yaklaşımları içermektedir. Bu bağlamda literatürde farklı kuramsal temellere dayanan çeşitli rehabilitasyon modelleri geliştirilmiştir.

5.4.1. Biyomedikal Model

Biyomedikal model, bağımlılığı öncelikle nörobiyolojik temellere dayanan kronik bir beyin hastalığı olarak ele alır. Bu modele göre madde kullanımı, beyin ödül sistemi üzerinde kalıcı değişikliklere yol açmakta ve bu durum bireyin kontrol mekanizmalarını zayıflatmaktadır.[36] Bu nedenle tedavinin temelini farmakolojik müdahaleler oluşturur.

Opioid bağımlılığında metadon ve buprenorfin gibi agonist tedaviler, alkol bağımlılığında ise naltrekson ve akamprosat gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Ancak bu modelin en önemli sınırlılığı, bireyin sosyal çevresi, psikolojik durumu ve davranışsal örüntülerini yeterince dikkate almamasıdır.

5.4.2. Psikososyal Rehabilitasyon Modeli

Psikososyal model, bağımlılığı öğrenilmiş davranış kalıpları ve bilişsel süreçler üzerinden açıklar. Bu yaklaşımda bireyin düşünce yapısı, duygusal tepkileri ve davranışları arasındaki etkileşim ön plandadır. Cognitive Behavioral Therapy bu modelin en temel müdahale yöntemlerinden biridir.

Bilişsel davranışçı terapi, bireyin madde kullanımına yol açan otomatik düşüncelerini fark etmesini ve bunları daha işlevsel düşüncelerle değiştirmesini hedefler. Ayrıca motivasyonel görüşme teknikleri, bireyin değişime yönelik içsel motivasyonunu artırmada etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır.[37,38]

5.4.3. Terapötik Topluluk Modeli

Terapötik topluluk modeli, bağımlılık tedavisinde en köklü ve yapılandırılmış yaklaşımlardan biridir. Bu modelde birey, kontrollü ve destekleyici bir sosyal ortam içinde yaşamını sürdürür. Günlük yaşam aktiviteleri, grup terapileri ve sorumluluk paylaşımı yoluyla bireyin sosyal becerileri yeniden geliştirilir.[39] Bu modelin temel varsayımı,

bireyin sosyal çevresinin değişmesiyle birlikte davranışlarının da değişeceğidir. Dolayısıyla rehabilitasyon süreci, bireyin yeni bir sosyal kimlik geliştirmesine olanak tanır.

5.4.4. Hastalık Modeli ve 12 Adım Yaklaşımı

Hastalık modeli, bağımlılığı kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olarak tanımlar. Bu model doğrultusunda geliştirilen en bilinen yaklaşım Alcoholics Anonymous tarafından uygulanan 12 adım programıdır. Bu yaklaşımda birey, bağımlılığı üzerinde kontrolünün sınırlı olduğunu kabul eder ve yaşam boyu sürecek bir iyileşme sürecine girer. Grup desteği, deneyim paylaşımı ve manevi gelişim bu modelin temel unsurlarını oluşturur. [39]

5.4.5. Zarar Azaltma Modeli (Harm Reduction)

Zarar azaltma modeli, bağımlılık tedavisinde abstinansın her zaman mümkün olmadığı durumları göz önünde bulundurarak, madde kullanımına bağlı zararların azaltılmasını hedefler. Bu yaklaşım özellikle halk sağlığı perspektifinde önemlidir. Enjektör değişim programları, güvenli kullanım alanları ve enfeksiyonların önlenmesine yönelik müdahaleler bu modelin temel uygulamaları arasında yer alır. Bu model, özellikle yüksek riskli gruplarda mortalite ve morbiditenin azaltılmasında etkili bulunmaktadır.[40]

5.4.6. İyileşme (Recovery) Odaklı Model

Günümüzde giderek önem kazanan iyileşme odaklı model, bağımlılığı yalnızca tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak değil, bireyin yaşam boyu süren bir iyileşme süreci olarak ele alır. Bu modelde *recovery capital* kavramı merkezi bir rol oynar. Recovery capital; bireyin sosyal destekleri, ekonomik kaynakları, eğitim düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı gibi faktörleri içerir. Bu kaynakların güçlendirilmesi, bireyin topluma yeniden entegrasyonunu kolaylaştırır ve nüks riskini azaltır.[34]

5.4.7. Biyopsikososyal Model

Biyopsikososyal model, bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan kompleks bir durum olarak ele alır. Günümüzde en geniş kabul gören yaklaşım budur. Bu model, multidisipliner bir tedavi sürecini gerektirir ve farmakoterapi, psikoterapi ve sosyal destek mekanizmalarının birlikte uygulanmasını

öngörür. Böylece bireyin tüm yaşam alanlarını kapsayan bütüncül bir iyileşme hedeflenir.[34]

5.4.8. Bütüncül Yaklaşım ve Güncel Eğilimler

Günümüzde bağımlılık tedavisinde tek bir model yerine, farklı yaklaşımların entegre edildiği hibrit sistemler tercih edilmektedir. Bu sistemlerde biyomedikal tedaviler, psikososyal müdahaleler ve sosyal entegrasyon stratejileri birlikte uygulanmaktadır. Özellikle kimlik yeniden yapılanması ve sosyal entegrasyonun birlikte ele alındığı yaklaşımlar, uzun dönem iyileşme açısından daha etkili sonuçlar vermektedir. Bu nedenle modern rehabilitasyon programları, bireyin yalnızca madde kullanımını bırakmasını değil, aynı zamanda toplum içinde yeni bir kimlik ve yaşam kurmasını hedeflemektedir.

6. Bağımlılık Tedavisinde Rehabilitasyon Programları Uygulamaları

Bağımlılık tedavisinde farklı rehabilitasyon programları uygulanmaktadır.

6.1. Yatakta Rehabilitasyon

Yataklı rehabilitasyon programları; ağır bağımlılık tablolarında, çoklu madde kullanımı söz konusu olduğunda ya da bireyin mevcut çevresinin iyileşmeye tehdit oluşturduğu durumlarda tercih edilir. 30 ila 90 gün arasında değişen süreler içinde yoğun bir tedavi deneyimi sunar.

6.2. Gündüz Hastanesi ve Kısmi Hastane Programları

Haftada beş gün, günde ortalama altı saat süren bu programlar; yoğun tedavi ortamını günlük yaşamla dengelemek isteyen bireyler için ideal bir köprü işlevi görür. Yataklı tedaviden ayaktan tedaviye geçişin kademeli biçimde sağlandığı bu ara evre, nüks riskini anlamlı ölçüde azaltır.

6.3. Terapötik Topluluklar

Terapötik topluluklar, bireyin 6 aydan 2 yıla kadar uzanabilen bir süre boyunca topluluk içinde yaşadığı, yoğun biçimde yapılandırılmış uzun süreli tedavi ortamlarıdır. 'Topluluk tedavi aracıdır' ilkesi

üzerine inşa edilen bu model; bireysel sorumluluğu, akran yönlendirmeyi ve aşamalı özerklik kazanmayı merkeze alır. Terapötik topluluklar, bireyin sosyal becerilerini geliştiren yapılandırılmış ortamlardır.[38]

6.4. Ayaktan Rehabilitasyon Programları

Ayaktan rehabilitasyon, bağımlılık tedavisinin klinik sürekliliğini hastane dışına taşıyan ve bireyin gündelik yaşamla bağını koruyarak iyileşme sürecini sürdürebilmesini hedefleyen temel yaklaşımlardan biridir. Bu modelde tedavi, yalnızca madde kullanımının sonlandırılmasına odaklanmaz; bireyin iş, eğitim ve aile rolleriyle birlikte işlevselliğinin yeniden kurulmasını gözetir. Bu yönüyle ayaktan programlar, modern bağımlılık tedavisinin toplumsal katılım ve sürdürülebilir iyileşme eksenini temsil eder.[37]

Ayaktan rehabilitasyonun kuramsal dayanağı, bağımlılığın kronik, yineleyici bir durum olduğu ve tedavinin süreklilik gerektirdiği kabulüne dayanır. Klinik deneyim ve epidemiyolojik veriler, bağımlılığın diyabet ya da hipertansiyon gibi uzun erimli izlem gerektiren bir sağlık sorunu olarak ele alınmasının, tedavi sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir.[40] Bu çerçevede ayaktan programlar, akut müdahaleyi takiben izlem, destek ve yeniden yapılanma süreçlerini bir arada sunar.

Bakım Düzeyi	Tanım	Endikasyon	Süre
Yoğunbakım Koşulları Yataklı	Detoks + psikiyatrik yönetim	Ağır yoksunluk, tıbbi komplikasyon	3–14 gün
Klinik Yönetilen Yataklı	24 saat gözetim	Ağır bağımlılık, stabilizasyon	30–90 gün
Kısmi Hastane	Günde 5–8 saat, haftada 5 gün	Yüksek yoğunluklu ayaktan	4–6 hafta
Yoğun Ayaktan	Haftada 9+ saat	Stabilize, sosyal destek mevcut	8–12 hafta
Standart Ayaktan	Haftada 1–2 seans	İdame tedavisi, takip	6–24 ay

6.4.1. Klinik Yapı ve Müdahale Bileşenleri

Ayaktan programlar, farklı yoğunluk düzeylerinde kurgulanabilir; haftada birkaç görüşmeden günlük programlara uzanan bir yelpaze söz konusudur. Müdahalelerin omurgasını psikoterapi oluşturur. Özellikle Cognitive Behavioral Therapy, madde kullanımını sürdüren bilişsel şemaların ve öğrenilmiş davranış örüntülerinin dönüştürülmesinde etkili bir yöntem olarak yaygın biçimde uygulanır. Buna eşlik eden motivasyonel görüşme teknikleri, bireyin değişime yönelik içsel motivasyonunu güçlendirerek tedaviye bağlılığı artırır.

Farmakolojik tedaviler ayaktan programların ayrılmaz bir bileşenidir. Opioid kullanım bozukluğunda agonist tedaviler, alkol kullanım bozukluğunda ise anti-craving ajanlar, nüks riskini azaltmada klinik olarak anlamlı katkılar sağlar. Bu biyolojik destek, psikososyal müdahalelerle birlikte uygulandığında daha kalıcı sonuçlar elde edilmektedir.

Ayaktan modelin ayırt edici yönlerinden biri, bireyin mevcut sosyal çevresi içinde tedavi görmesidir. Bu durum, iyileşmenin yalnızca klinik ortamda değil, gerçek yaşam bağlamında sınanmasına olanak tanır. Bu bağlamda Recovery capital kavramı, bireyin sahip olduğu sosyal, ekonomik ve psikolojik kaynakların tedavi sürecine nasıl katkı sağladığını açıklayan merkezi bir çerçeve sunar.[34] Destek grupları ve akran temelli yapılar -örneğin Alcoholics Anonymous- bireyin aidiyet duygusunu güçlendirerek iyileşme kimliğinin pekişmesine katkıda bulunur.[22]

Aile katılımı, özellikle erken yaş gruplarında ve kısa hastalık öyküsü olan bireylerde belirleyici bir faktördür. Ailenin tedavi sürecine dahil edilmesi, hem sosyal desteği artırır hem de riskli etkileşim örüntülerinin yeniden düzenlenmesine imkân verir.[35]

6.4.2. İşlevsellik, Kimlik ve Günlük Yaşamla Entegrasyon

Ayaktan rehabilitasyonun en önemli katkısı, tedaviyi bireyin günlük yaşamına entegre etmesidir. Birey, öğrendiği baş etme becerilerini doğrudan kendi yaşam bağlamında uygulama fırsatı bulur. Bu süreç, kimlik yeniden yapılanması açısından kritik bir eşik oluşturur: kişi yalnızca 'tedavi gören' değil, aynı zamanda 'çalışan, öğrenci, ebeveyn' gibi rollerle kendini yeniden tanımlar.

Bu bağlamda ayaktan programlar, sosyal entegrasyonu hızlandıran bir platform işlevi görür. İşe dönüş, eğitim sürecine yeniden katılım ve aile ilişkilerinin onarımı, tedavinin klinik çıktılarından bağımsız düşünülemez. Nitekim güçlü sosyal destek ağlarına sahip bireylerin tedaviye uyumunun ve uzun dönem iyileşme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.[41]

6.4.3. Sınırlar ve Uygunluk Değerlendirmesi

Ayaktan rehabilitasyon her hasta profili için uygun değildir. İleri düzey bağımlılığı olan, ciddi psikiyatrik eş tanıları bulunan veya güvenli bir sosyal çevreden yoksun bireylerde daha yapılandırılmış ve kontrollü tedavi ortamları gerekebilir. Bununla birlikte doğru hasta seçimi yapıldığında ayaktan programlar, etkinlik ve maliyet-etkinlik açısından güçlü bir seçenek sunar.[37]

6.4.4. Süreklilik ve Bakım Modeli

Ayaktan rehabilitasyon, çoğu zaman yatarak tedavinin alternatifi değil, tamamlayıcısıdır. Klinik pratikte sık görülen yaklaşım, detoksifikasyon veya kısa süreli yatışın ardından ayaktan programa geçiştir. Bu geçiş, nüksün önlenmesi ve kazanılan becerilerin pekiştirilmesi açısından kritik bir dönemdir.[40]

6.5. Nüks ve Nüks Önleme

Bağımlılık tedavisinde nüks (relaps), bireyin belirli bir süreliğine madde kullanımını bıraktıktan sonra yeniden kullanmaya başlaması olarak tanımlanır. Nüks, bağımlılığın kronik ve yineleyici doğasının bir parçası olup, tedavi sürecinin başarısızlığı olarak değil, iyileşme sürecinin klinik bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir.[37]

Modern bağımlılık literatürü, nüksü tekil bir olaydan ziyade, bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerin etkileşimi sonucu gelişen dinamik bir süreç olarak ele almaktadır. Bu nedenle nüksün anlaşılması, yalnızca madde kullanımının yeniden başlamasını değil, bu sürece zemin hazırlayan faktörlerin analizini de gerektirir.

6.5.1. Nüksün Kuramsal Temelleri

Nüksün açıklanmasında en yaygın kullanılan yaklaşımlardan biri, G. Alan Marlatt tarafından geliştirilen relaps önleme modelidir.

Bu modele göre nüks, yüksek riskli durumlar ile bireyin baş etme becerileri arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkar.[42] Yüksek riskli durumlar şunları içerebilir: Yoğun stres ve olumsuz duygular, sosyal baskı ve eski kullanıcı çevresi, olumlu duygular ve ödül beklentisi, yalnızlık ve sosyal izolasyon. Bu durumlarda bireyin yeterli baş etme becerilerine sahip olmaması, nüks olasılığını artırmaktadır. Ayrıca 'abstinence violation effect' olarak tanımlanan bilişsel süreçte, birey küçük bir kullanım sonrası tamamen kontrolünü kaybettiğini düşünerek yoğun kullanıma geri dönebilir.[42]

6.5.2. Nüksün Biyopsikososyal Mekanizmaları

Nüks, çok faktörlü bir süreçtir ve biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerin etkileşimi ile ortaya çıkar.

Biyolojik faktörler: Madde kullanımına bağlı olarak beyin ödül sisteminde meydana gelen nöroadaptasyonlar, özellikle dopaminerjik sistemde duyarlılık artışına yol açar. Bu durum, maddeyle ilişkili uyaranlara karşı aşırı istek (craving) gelişmesine neden olur.[37]

Psikolojik faktörler: Duygusal regülasyon güçlükleri, düşük öz-yeterlilik algısı ve maladaptif düşünce kalıpları nüks riskini artırır. Cognitive Behavioral Therapy bu süreçte bu bilişsel çarpıtmaların yeniden yapılandırılmasını hedefler.[43]

Sosyal faktörler: Sosyal izolasyon, işsizlik, aile desteğinin yetersizliği ve madde kullanılan çevreye geri dönüş, nüksün en güçlü belirleyicileri arasında yer almaktadır. Bu bağlamda Recovery capital düzeyi düşük olan bireylerde nüks oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.[34]

6.5.3. Nüks Önleme Stratejileri

Nüks önleme, bağımlılık tedavisinin temel bileşenlerinden biridir ve çok boyutlu müdahaleleri içerir.

1. *Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar*: Bireyin yüksek riskli durumları tanıması, tetikleyicileri fark etmesi ve alternatif baş etme stratejileri geliştirmesi hedeflenir.[44]
2. *Aşerme Yönetimi*: Aşerme ile baş etme teknikleri (dikkat dağıtma, geciktirme, farkındalık temelli yöntemler) bireyin dürtü kontrolünü artırır.

3. *Sosyal Destek Sistemleri*: Akran destek grupları, iyileşme sürecinde önemli rol oynar. Bu bağlamda Alcoholics Anonymous gibi yapılar, bireyin sosyal aidiyet duygusunu güçlendirerek nüks riskini azaltır.[45]
4. *Farmakolojik Destek*: Bazı bağımlılık türlerinde ilaç tedavileri, craving'i azaltarak nüksü önlemede etkili olmaktadır.[37]
5. *Yaşam Tarzı Düzenlemeleri*: Düzenli uyku, fiziksel aktivite, stres yönetimi, Sağlıklı sosyal ilişkiler. Bu faktörler, uzun dönem iyileşmenin sürdürülebilirliğini artırır.

6.5.4. Nüksün Klinik Yönetimi

Nüks geliştiğinde yaklaşım cezalandırıcı değil, terapötik olmalıdır. Nüks, bireyin tedavi sürecine yeniden dahil edilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bu süreçte; tetikleyiciler analiz edilir, tedavi planı revize edilir, sosyal destek güçlendirilir. Bu yaklaşım, nüksün kronik hastalık modeli içindeki yerini kabul eden modern tedavi anlayışı ile uyumludur.[37]

6.5.5. Uzun Dönem İzlem ve Sürdürülebilir İyileşme

Bağımlılıkta nüks riskinin tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir; ancak uygun müdahalelerle önemli ölçüde azaltılabilir. Uzun dönem izlem programları, bireyin iyileşme sürecini destekleyen kritik bir bileşendir. Bu bağlamda nüks önleme, yalnızca bir tedavi aşaması değil, bağımlılık yönetiminin sürekli bir parçası olarak ele alınmalıdır.

6.5.6. Slip ve Relapse Ayrımı

Slip ve relapse arasındaki ayrım, bağımlılık tedavisinde strateji belirlemek adına kritiktir.

Slip (Kayma): Kişinin temizlik sürecinde bir anlık kontrol kaybı yaşayıp maddeyi kısa süreli veya tek seferlik kullanmasıdır. Bu bir "hata" olarak görülür; ancak kişi pişmanlık duyar ve iyileşme sürecine hemen geri dönme motivasyonu taşır. Klinik açıdan bu durum, bir öğrenme fırsatı olarak değerlendirilir.

Relapse (Nüksetme): Kişinin madde kullanımının eski yoğunluğuna dönmesi ve bağımlılık döngüsünün tamamen yeniden başlamasıdır. Bu durumda birey iyileşme araçlarını kullanmayı bırakır ve yaşam tarzı eski bağımlılık dönemindeki rutinlerine geri döner.

Bu ayrımı bilmek, kişiye "her şey bitti" duygusu yerine, kaymaların iyileşme yolundaki engeller olduğunu ve nüksetmeye dönüşmeden durdurulabileceğini öğretmek açısından hayati önem taşır.

6.5.7. Abstinence Violation Effect

AVE, bireyin uzun süre abstinans (madde kullanmama) sağladıktan sonra küçük bir 'kaçamak' (lapse) yaşaması durumunda ortaya çıkan bilişsel ve duygusal tepkiyi ifade eder. Bu süreçte birey, tek seferlik kullanımı tam bir başarısızlık olarak yorumlar ve kontrolünü tamamen kaybettiğine inanır.Bu durum nüks riskini artırır.[42]

6.5.8. Nüks Tetikleyicileri

Bağımlılık döngüsünün yeniden başlamasında rol oynayan temel nüks tetikleyicileri şu şekilde özetlenebilir:

Stres: İyileşme sürecindeki birey için en güçlü tetikleyicidir. Günlük yaşamın baskıları veya ani krizler, beynin eski baş etme mekanizması olan maddeye yönelmesine neden olabilir.

Negatif Duygular: Yalnızlık, suçluluk, öfke veya depresyon gibi yoğun duygusal durumlar, bireyin bu hisleri "uyuşturma" isteğini uyandırarak nüks riskini artırır.

Sosyal Baskı: Madde kullanılan ortamlarda bulunmak veya arkadaş çevresinden gelen doğrudan/dolaylı teklifler, kişinin hayır deme iradesini zayıflatabilir.

Çevresel İpuçları: Maddenin kullanıldığı mekanlar, kullanılan araç gereçler veya madde kullanımını hatırlatan belirli kişiler, beyindeki ödül sistemini harekete geçirerek şiddetli aşermeye (craving) yol açabilir.

Bu tetikleyicilerin önceden tanımlanması, "slip" (kayma) aşamasına gelmeden önleyici stratejiler geliştirmek açısından kritiktir.

6.5.9. Nüks Önleme

HALT Kontrolü (Nüks Önlemede Temel Öz-Düzenleme Aracı)

HALT, bağımlılık tedavisinde nüks riskini artıran temel fizyolojik ve duygusal durumları tanımlamak için kullanılan pratik bir çerçevedir. [42] Kısaltma; *hungry* (açlık), *angry* (öfke), *lonely* (yalnızlık) ve *tired* (yorgunluk) durumlarının baş harflerinden oluşur. Bu dört durum, bireyin öz-düzenleme kapasitesini zayıflatarak dürtü kontrolünü azaltır ve madde kullanımına yönelik isteği (craving) artırabilir.[45]

HALT yaklaşımı, nüksün çoğu zaman karmaşık olaylardan ziyade basit, ancak gözden kaçan ihtiyaçların birikimiyle tetiklendiğini varsayar. Bu nedenle müdahale, öncelikle bu durumların erken fark edilmesi ve yönetilmesine odaklanır. HALT kontrolü, bireylere genellikle şu şekilde öğretilir:

Günlük öz-farkındalık kontrolü: "Şu an aç, öfkeli, yalnız veya yorgun muyum?" Kişi aşermesi olduğunda kendisine soracağı bu sorular ile ihtiyacını fark eder ve bu ihtiyacı karşılar. Sonrasında aşerme devam ediyorsa isteği geciktirme, dikkati yönlendirme ya da rahatlama teknikleri kullanılır. Sosyal destek; aile fertleri arkadaşlardan yardım istenir.[44]

Nüks Uyarı İşaretleri: Mutlaka nüks gerçekleşmeden önce uyarı işaretleri başalar. Kişi seanslarını aksatmaya başlar, kendini aileden ya da sosyal çevresinden izole edebilir,içine kapanabilir, eski kullandığı kişilerle ilişki kurmaya başlayabilir. Zihinsel olarak genelde ''Ben farklıyım bu işi hallettim. Gider arkadaşlarımla görüşürüm ama içmem" der. Duygusal HALT örüntüsü (açlık / öfke / yalnızlık / yorgunluk) öz kontrolden vazgeçer ve yavaş yavaş hem davranışsal hemde zihinsel olarak kaymaya doğru gider. Genellikle ciddi bir tetikleyici ruhsal bir sıkıntı yaratan olay yaşamadıysa eski çevresiyle görüşme sıklığını arttırır ve nihayet tekrar kullanmaya başlar.

7. Özel Gruplar

7.1. Gebelikte Bağımlılığın Genel Özellikleri

Gebelikte madde kullanımı, hormonal değişiklikler, psikososyal stresler ve mevcut bağımlılık örüntülerinin etkileşimi sonucu farklı klinik seyirler gösterebilir. Bazı bireylerde gebelik, madde kullanımını azaltıcı bir motivasyon oluştururken, bazı durumlarda stres artışı nedeniyle kullanım devam edebilir veya artabilir. Bağımlılığın gebelik sürecindeki etkileri, kullanılan maddenin türüne, dozuna, kullanım süresine ve annenin genel sağlık durumuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir[35]

7.1.1. Maternal ve Fetal Etkiler

Gebelikte madde kullanımı, hem anne hem de fetüs üzerinde çok sayıda olumsuz etkiye yol açmaktadır. Maternal etkiler, anemi, enfeksiyonlar, yetersiz prenatal bakım, psikiyatrik komorbiditeler, etal etkiler,

intrauterin gelişme geriliği, prematürite, düşük doğum ağırlığı, nörogelişimsel bozukluklar ve alkol kullanımına bağlı olarak gelişen fetal alkol spektrum bozuklukları, gebelikte madde kullanımının en ağır sonuçları arasındadır.

7.1.2. Klinik Değerlendirme ve Tanı

Gebelikte bağımlılık tanısı, dikkatli ve çok yönlü bir değerlendirme gerektirir. Ayrıntılı madde kullanım öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar testleri, obstetrik değerlendirme ve psikiyatrik durum analizi bu süreçte hastayla kurulan güven ilişkisi kritik öneme sahiptir. Stigmatizasyon korkusu nedeniyle madde kullanımı sıklıkla gizlenebilmektedir.

7.1.3. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları

Gebelikte bağımlılık tedavisinde ilaç kullanımı çok dikkatli planlanmalıdır. Çünkü bu süreçte yalnızca annenin değil, bebeğin sağlığı da etkilenebilir. Bu nedenle tedaviye başlanırken her zaman anne ve bebek için yarar-zarar dengesi değerlendirilmelidir.

Opioid bağımlılığında metadon ve buprenorfin tedavileri önerilen seçenekler arasındadır. Bu ilaçlar, annenin kontrolsüz opioid kullanımını azaltmaya ve yoksunluk belirtilerini önlemeye yardımcı olur. Opioidlerin aniden kesilmesi doğru değildir; çünkü ani kesilme annede yoksunluk tablosuna, bebekte ise fetal distres gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Bu yüzden tedavi mutlaka hekim kontrolünde sürdürülmelidir.

Alkol bağımlılığında temel hedef alkolün tamamen bırakılmasıdır. Gebelikte alkol kullanımı bebek için güvenli kabul edilmez. Ancak yoğun alkol kullanan gebelerde alkolün birden kesilmesi yoksunluk belirtilerine neden olabilir. Bu nedenle alkol bırakma süreci tıbbi takip altında yapılmalıdır.

Nikotin bağımlılığında ilk tercih davranışsal yöntemlerdir. Gebeye sigarayı bırakması için danışmanlık verilmesi, motivasyonel destek sağlanması ve düzenli takip yapılması önemlidir. İlaç tedavisi gerekiyorsa bu karar, gebenin durumu değerlendirilerek dikkatle verilmelidir.

Stimulant maddelerde ise gebelikte güvenli ve standart bir ilaç tedavisi yoktur. Bu nedenle tedavide daha çok destekleyici yaklaşım uygulanır. Gebenin psikososyal olarak desteklenmesi, düzenli obstetrik takip yapılması ve eşlik eden psikiyatrik ya da tıbbi sorunların ele alınması gerekir. Kokain ve amfetamin gibi maddeler erken doğum, plasenta sorunları ve bebeğin gelişme geriliği açısından risk oluşturabileceği için yakın izlem önemlidir.

7.1.4. Psikososyal Müdahaleler

Gebelikte bağımlılık tedavisinde psikososyal yaklaşımlar temel rol oynar. Cognitive Behavioral Therapy, bireyin madde kullanımına yol açan bilişsel süreçleri değiştirmede etkilidir. Motivasyonel görüşme teknikleri, bireyin tedaviye katılımını artırırken; aile desteği ve sosyal entegrasyon, iyileşmenin sürdürülebilirliğini güçlendirir.[46]

7.1.5. Nüks ve Nüks Önleme

Gebelikte nüks, ciddi obstetrik ve neonatal riskler taşır. Bu nedenle nüks önleme stratejileri tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır.

HALT kontrolü (açlık, öfke, yalnızlık, yorgunluk)

Abstinence Violation Effect farkındalığı

Craving yönetimi

Bu süreçte G. Alan Marlatt'ın relaps modeli önemli bir kuramsal çerçeve sunmaktadır.[47]

7.1.6. Doğum ve Neonatal Dönem

Gebelikte madde kullanımına maruz kalan yenidoğanlarda neonatal abstinens sendromu, prematürite ve düşük doğum ağırlığı gibi çeşitli komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenle doğum sonrası süreçte neonatoloji ile yakın iş birliği gereklidir.

7.1.7. Doğum Sonrası İzlem ve Uzun Dönem Yönetim

Postpartum dönem, nüks riskinin yüksek olduğu kritik bir süreçtir. Anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, uzun dönem tedavi planı ve bu dönemde sürdürülen tedavi, hem annenin iyileşmesi hem de çocuğun sağlıklı gelişimi açısından belirleyicidir.

Ergenlik dönemi, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı, riskli davranışların ortaya çıkmasına yatkın bir

gelişim evresidir. Bu dönemde madde kullanım bozuklukları, erişkinlerden farklı klinik özellikler gösterir ve tedavi yaklaşımı gelişimsel özellikler dikkate alınarak planlanmalıdır. Ergenlerde bağımlılık tedavisi, yalnızca madde kullanımını hedeflemekle kalmayıp, kimlik gelişimi, aile ilişkileri ve sosyal işlevselliği kapsayan bütüncül bir yaklaşım gerektirir.[48]

7.2. Ergenlikte Bağımlılığın Özellikleri

Ergenlerde bağımlılık, genellikle deneysel kullanım ile başlar ve kısa sürede davranışsal örüntülere dönüşebilir. Ergenlik dönemi madde kullanımı, yetişkin başlangıcına kıyasla bağımlılık riskini iki ila dört kat artırmaktadır. Risk alma davranışı yüksektir, akran etkisi belirgindir ve öz-denetim mekanizmaları tam gelişmemiştir. Bu özellikler, bağımlılığın daha hızlı gelişmesine ve tedaviye uyumun değişken olmasına neden olur.[42]

7.2.1. Nörobiyolojik ve Psikososyal Temeller

Ergenlikte prefrontal korteksin henüz tam gelişmemiş olması, dürtü kontrolünün zayıf olmasına yol açar. Buna karşılık ödül sistemi daha aktiftir. Bu durum; anlık ödül arayışını artırır ve uzun vadeli sonuçların göz ardı edilmesine neden olur. Psikososyal açıdan ise kimlik arayışı ve aidiyet ihtiyacı, madde kullanımını tetikleyen önemli faktörlerdir.[49]

7.2.2. Klinik Değerlendirme ve Tanı

Ergenlerde değerlendirme, yalnızca bireyi değil çevresini de kapsamalıdır. Madde kullanım öyküsü, aile dinamikleri okul ve sosyal işlevsellik ve psikiyatrik komorbiditeler bu süreçte güven ilişkisi kurmak ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşım benimsemek kritik öneme sahiptir.[47]

7.2.3. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları

Ergenlerde farmakolojik tedavi, erişkinlere kıyasla daha sınırlı ve dikkatli uygulanır. Öncelik psikososyal müdahalelerdedir, ilaçlar genellikle komorbid durumlar için kullanılır ve risk–yarar dengesi dikkatle değerlendirilir. Bu yaklaşım, ergen tedavisinde gelişimsel hassasiyetlerin korunması açısından önemlidir.[42]

7.2.4. Psikososyal Müdahaleler

Ergen bağımlılığında tedavinin temelini psikososyal yaklaşımlar oluşturur. Cognitive Behavioral Therapy, ergenin düşünce ve davranış örüntülerini değiştirmede etkilidir. Motivasyonel görüşme, aile terapisi ve grup terapileri özellikle bu yaş grubunda önemli rol oynar.[42]

7.2.5. Aile ve Sosyal Çevrenin Rolü

Ergenlerde bağımlılık tedavisinde aile en kritik faktörlerden biridir. Aile içi iletişim, sınır koyma ve denetim, duygusal destek ve tedavi sürecine aktif aile katılımı, başarı oranını belirgin şekilde artırır.[48]

7.2.6. Nüks ve Nüks Önleme

Ergenlerde nüks riski yüksektir ve genellikle akran baskısı, duygusal dalgalanmalar, kimlik çatışmaları ile ilişkilidir. Bu nedenle, HALT kontrolü, Craving yönetimi ve sosyal destek önemlidir. Ayrıca G. Alan Marlatt'ın relaps modeli bu süreçte yol göstericidir.[50]

7.2.7. Uzun Dönem İzlem ve Rehabilitasyon

Ergenlerde tedavi, kısa süreli müdahalelerle sınırlı kalmamalıdır. Eğitim ve okul entegrasyonu, sosyal beceri geliştirme, kimlik yeniden yapılanması uzun dönem iyileşmenin temelini oluşturur. Bu süreçte Recovery capital kavramı, bireyin iyileşme sürecindeki kaynaklarını anlamada önemli bir çerçeve sunar.[51]

7.3. Eş Tanılı Hastalar (Dual Diagnosis)

Eş tanı (*dual diagnosis*), bireyde aynı anda bir madde kullanım bozukluğu ile birlikte en az bir psikiyatrik bozukluğun bulunması durumunu ifade eder. Bu durum, bağımlılık tedavisini daha karmaşık hale getirmekte ve tedavi sürecinde özel yaklaşımlar gerektirmektedir. Eş tanılı hastalarda tedavi, yalnızca madde kullanımını değil, eşlik eden psikiyatrik bozukluğu da kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.[41]

7.3.1. Eş Tanının Tanımı ve Epidemiyolojisi

Eş tanılı hastalar, bağımlılık tedavi popülasyonunun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve şizofreni en sık eşlik eden psikiyatrik durumlar arasında yer alır.[34] Bu hastalarda tedaviye uyum daha düşük, nüks oranları ise daha yüksektir.

7.3.2. Patofizyoloji ve Ortak Mekanizmalar

Eş tanılı durumlar, ortak nörobiyolojik mekanizmalarla ilişkilidir. Dopaminerjik sistem disfonksiyonu, stres yanıtında artış, duygusal regülasyon bozukluğu ve ayrıca '*self-medication*' hipotezine göre bireyler, psikiyatrik semptomlarını hafifletmek için madde kullanabilmektedir.

7.3.3. Klinik Değerlendirme ve Tanı

Eş tanılı hastalarda doğru tanı koymak oldukça zordur. Maddeye bağlı semptomlar ile primer psikiyatrik bozukluk ayrılmalıdır. Ayrıntılı öykü ve uzun dönem gözlem gereklidir ve psikiyatrik değerlendirme mutlaka yapılmalıdır. Bu süreçte multidisipliner yaklaşım önemlidir.

7.3.4. Tedavi Yaklaşımları (Entegre Model)

Eş tanılı hastalarda en etkili yaklaşım, entegre tedavi modelidir. Bu modelde: Madde kullanımı ve psikiyatrik bozukluk aynı anda tedavi edilir, ayrı ayrı tedavi yaklaşımlarından kaçınılır. Bu yaklaşım, tedavi sonuçlarını belirgin şekilde iyileştirmektedir.[52]

7.3.5. Farmakolojik Tedavi

Farmakoterapi, eş tanılı hastalarda dikkatle planlanmalıdır. Antidepresanlar (depresyon için), antipsikotikler (psikotik bozukluklar için), duygudurum düzenleyiciler (bipolar bozukluk için). İlaç seçiminde bağımlılık yapıcı potansiyeli olan ajanlardan kaçınılmalıdır.

7.3.6. Psikososyal Müdahaleler

Bilişsel Davranışçı terapiler, eş tanılı hastalarda en etkili psikoterapi yaklaşımlarından biridir. Motivasyonel görüşme, relaps önleme terapileri ve grup terapileri bu süreçte önemli yer tutar.

7.3.7. Nüks ve Prognoz

Eş tanılı hastalarda nüks riski daha yüksektir, tedaviye uyum daha düşüktür. Bu nedenle nüks önleme stratejileri kritik öneme sahiptir. Alan Marlatt'ın modeli bu hastalarda özellikle yol göstericidir.

7.3.8. Uzun Dönem İzlem ve Rehabilitasyon

Eş tanılı hastalarda uzun dönem izlem zorunludur. Süreklilik gösteren tedavi, sosyal entegrasyon, işlevselliğin artırılması öncelikli hedeflerdir. Bu bağlamda Recovery capital kavramı, iyileşme sürecinin sürdürülebilirliğini anlamada önemli bir çerçeve sunar.[53]

8. Yeni ve Gelecek Vaat Eden Yaklaşımlar

Bağımlılık tedavisi son yıllarda yalnızca semptom kontrolüne odaklanan yaklaşımlardan uzaklaşarak, nörobiyolojik, psikososyal ve dijital bileşenleri entegre eden yenilikçi modellere yönelmektedir. Bu gelişmeler, tedavi etkinliğini artırmayı, nüks oranlarını azaltmayı ve bireyselleştirilmiş müdahaleleri mümkün kılmayı hedeflemektedir.[54]

8.1. Nörobilim Temelli Yaklaşımlar

Bağımlılığın nörobiyolojik temellerine yönelik araştırmalar, tedavi stratejilerinde yeni hedefler ortaya koymuştur: Beyin ödül sistemi modülasyonu, dopaminerjik dengeyi hedefleyen tedaviler ve nöral plastisiteyi artıran yaklaşımlar. Bu gelişmeler, bağımlılığın bir 'beyin hastalığı' olarak anlaşılmasını güçlendirmiştir.[55]

8.2. Nöromodülasyon Teknikleri

Girişimsel olmayan beyin stimülasyon yöntemleri giderek önem kazanmaktadır: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS) ve Transkraniyal Doğru Akım Stimülasyonu (tDCS) teknikleri, özellikle craving ve dürtü kontrolü üzerinde olumlu etkiler göstermektedir.[55]

8.3. Dijital Sağlık ve Tele-tıp Uygulamaları

Teknolojik gelişmeler, bağımlılık tedavisinde yeni ve önemli fırsatlar sunmaktadır. Günümüzde mobil uygulamalar, online terapi platformları ve uzaktan izlem sistemleri tedavi sürecini desteklemek amacıyla kullanılabilmektedir. Bu araçlar sayesinde hastalar yalnızca hastane veya klinik ortamında değil, günlük yaşamları içinde de takip edilebilir.

Mobil uygulamalar, kişilere ilaçlarını hatırlatma, duygu durumlarını kaydetme, riskli durumları fark etme ve kriz anlarında destekleyici bilgilere ulaşma imkânı sağlar. Online terapi platformları ise özellikle yüz yüze tedaviye ulaşmakta zorlanan bireyler için önemli bir kolaylık sunar.

Uzaktan izlem sistemleri de kişinin tedaviye uyumunu, madde kullanım riskini ve genel durumunu değerlendirmeye yardımcı olur. Bu nedenle teknolojik yaklaşımlar, bağımlılık tedavisinde erişimi artırır

ve tedavinin devamlılığını destekler. Böylece hastaların tedavi süreci daha düzenli izlenebilir, destek ihtiyacı daha erken fark edilebilir ve tedavi yalnızca klinik görüşmelerle sınırlı kalmaz.[48]

8.4. Kişiselleştirilmiş Tıp (Precision Medicine)

Gelecekte bağımlılık tedavisinin daha kişiye özel bir hale gel-mesi beklenmektedir. Bu yaklaşımda her hastaya aynı tedaviyi uygulamak yerine, kişinin genetik yapısı, biyolojik özellikleri, psikolojik durumu ve sosyal çevresi birlikte değerlendirilir.

Genetik yatkınlık analizleri, bireyin bağımlılığa karşı riskini ve tedaviye nasıl yanıt verebileceğini anlamaya yardımcı olabilir. Farmakogenetik yaklaşımlar ise kullanılacak ilaçların kişiye göre seçilmesini sağlar. Böylece hangi ilacın daha etkili olabileceği, hangi dozun daha uygun olduğu ve yan etki riskinin nasıl azaltılabileceği daha iyi planlanabilir.

Bu modelde tedavi planı, kişinin ihtiyaçlarına göre düzenlenir. Madde kullanım türü, bağımlılığın şiddeti, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, aile desteği ve sosyal koşullar dikkate alınır. Böylece bağımlılık tedavisinde "herkese aynı tedavi" anlayışının yerini, daha hedefe yönelik ve bireye uygun müdahaleler alır. Bu yaklaşımın amacı tedavinin başarısını artırmak, yan etkileri azaltmak ve kişinin tedaviye uyumunu güçlendirmektir.[53]

8.5. Mindfulness ve Üçüncü Dalga Terapiler

Mindfulness temelli yaklaşımlar, bağımlılık tedavisinde giderek daha fazla kullanılan yöntemlerdir. Bu yaklaşımlarda kişinin yaşadığı dürtüleri, duygularını ve düşüncelerini fark etmesi amaçlanır. Kişi madde kullanma isteği ortaya çıktığında bunu hemen davranışa dönüştürmek yerine, bu isteği tanımayı ve onunla baş etmeyi öğrenir.

Bağımlılıkta birçok davranış otomatik şekilde gelişir. Örneğin kişi stres, öfke, üzüntü veya yalnızlık yaşadığında farkında ol-madan madde kullanımına yönelebilir. Mindfulness çalışmaları, bu otomatik döngünün fark edilmesine ve kırılmasına yardımcı olur. Böylece kişi dürtü geldiğinde durup düşünmeyi, duygusunu anlamayı ve daha sağlıklı bir tepki vermeyi öğrenir.

Bu yaklaşımlar aynı zamanda duygusal regülasyonu da destekler. Yani kişi zorlayıcı duygularla baş etmeyi, kaygı ve stresi yönetmeyi daha iyi öğrenir. Bu nedenle mindfulness temelli terapiler, özellikle tedavi sonrası nüksü önlemede yararlı görülmektedir. Tedavinin amacı yalnızca madde kullanımını bırakmak değil, kişinin riskli durumları fark etmesini ve bu durumlarla daha bilinçli şekilde baş edebilmesini sağlamaktır.[53]

8.6. Sosyal Entegrasyon ve Recovery Odaklı Modeller

Modern tedavi yaklaşımları, bireyin topluma yeniden entegrasyonunu merkeze almaktadır.

Recovery capital, bağımlılık tedavisinde bireyin iyileşme sürecini destekleyen tüm kişisel, sosyal ve çevresel kaynakları ifade eden bir kavramdır. Bu kavram, bağımlılıktan iyileşmenin yalnızca madde kullanımının bırakılmasıyla sınırlı olmadığını; kişinin yaşamını yeniden yapılandırması, sosyal ilişkilerini güçlendirmesi, işlevsel roller kazanması ve uzun dönemde sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli kaynaklara sahip olması gerektiğini vurgular.

Recovery capital; bireyin psikolojik dayanıklılığı, motivasyonu, baş etme becerileri, eğitim düzeyi, mesleki becerileri, aile desteği, arkadaş çevresi, sosyal ilişkileri, ekonomik durumu, barınma koşulları ve tedavi hizmetlerine erişimi gibi birçok alanı kapsar. Bu kaynaklar ne kadar güçlü olursa, kişinin tedaviye devam etme, nükslerden korunma ve bağımlılıktan uzak bir yaşam sürdürme olasılığı da o kadar artar.

Bu yaklaşımda bağımlılık tedavisi yalnızca "maddeyi bırakma" hedefi üzerinden ele alınmaz. Bunun yerine bireyin kimliğini yeniden yapılandırması önem kazanır. Çünkü bağımlılık sürecinde kişi kendisini çoğu zaman yalnızca "bağımlı", "başarısız" ya da "kontrolünü kaybetmiş biri" olarak görebilir. İyileşme sürecinde ise bireyin kendisini yeniden tanımlaması, güçlü yönlerini fark etmesi ve bağımlılık dışı bir kimlik geliştirmesi desteklenir. Bu yeni kimlik; öğrenci, çalışan, ebeveyn, eş, arkadaş, üretken birey ya da toplumun aktif bir üyesi olma gibi sağlıklı sosyal rollerle güçlenir.

Sosyal rollerin güçlendirilmesi de recovery capital yaklaşımının önemli bir parçasıdır. Bireyin aile içinde sorumluluk alması, eğitim

veya iş yaşamına katılması, sağlıklı arkadaşlık ilişkileri kurması ve toplumla yeniden bağlantı geliştirmesi iyileşmeyi destekler. Bu roller kişinin aidiyet duygusunu artırır ve yaşamına anlam kazandırır. Böylece birey yalnızca madde kullanmamaya odaklanmaz; aynı zamanda madde kullanmadan sürdürebileceği yeni bir yaşam düzeni kurar.

Recovery capital yaklaşımı uzun dönem iyileşmeye odaklanır. Bağımlılık kronik ve tekrarlama riski olan bir durum olduğu için tedavi tamamlandıktan sonra da destek sistemlerinin devam etmesi önemlidir. Düzenli takip, psikososyal destek, aile desteği, mesleki rehabilitasyon, sosyal hizmet desteği ve nüks önleme çalışmaları bu sürecin temel unsurlarıdır. Amaç, bireyin tedavi sonrası yaşamında karşılaşabileceği stres, yalnızlık, işsizlik, aile sorunları veya eski madde kullanım çevresi gibi risk faktörleriyle baş edebilmesini sağlamaktır.

8.7. Travma Odaklı Yaklaşımlar

Bağımlılık ile travma arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Birçok bireyde madde kullanımı, geçmişte yaşanan travmatik olaylarla baş etme yolu olarak ortaya çıkabilir. Çocukluk çağı ihmal ve istismarı, aile içi şiddet, kayıp, cinsel travma, göç, savaş, yoğun stres ya da güvensiz yaşam koşulları gibi deneyimler kişinin duygusal yükünü artırabilir. Bu kişiler maddeyi bazen kaygıyı azaltmak, uyuyabilmek, acı veren anıları bastırmak veya duygusal boşluğu hafifletmek için kullanabilir. Ancak zamanla bu kullanım bağımlılığa dönüşebilir. Bu nedenle bağımlılık tedavisinde travma öyküsünün dikkate alınması çok önemlidir. Yalnızca madde kullanımını durdurmaya odaklanmak, bazı hastalarda yeterli olmayabilir. Eğer kişinin travmatik yaşantıları, yoğun korku, utanç, suçluluk, değersizlik veya güvensizlik duyguları ele alınmazsa, tedavi sonrasında yeniden madde kullanım riski artabilir.

Bu noktada travma bilgili bakım önemli bir yaklaşım olarak öne çıkar. Travma bilgili bakımda amaç, hastanın geçmiş travmalarını zorla anlattırmak değil, tedavi ortamını güvenli, destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir hale getirmektir. Sağlık çalışanları, kişinin davranışlarını yalnızca "uyumsuzluk" ya da "direnç" olarak değil, travmanın bir sonucu olabilecek tepkiler olarak değerlendirir. Böylece hasta kendini daha güvende hisseder ve tedaviye katılımı artabilir.

EMDR ve travma odaklı psikoterapiler de bağımlılık tedavisinde kullanılan yaklaşımlar arasındadır. EMDR, kişinin travmatik anılarını daha sağlıklı şekilde işlemesine yardımcı olmayı amaçlayan bir psikoterapi yöntemidir. Travma odaklı psikoterapiler ise bireyin yaşadığı travmanın bugünkü duygu, düşünce ve davranışları üzerindeki etkisini anlamasına yardımcı olur. Bu terapilerde kişi, travmatik yaşantılarla baş etmek için madde kullanımına yönelmek yerine daha sağlıklı baş etme yolları geliştirmeyi öğrenir.

Bu yaklaşımlar özellikle eş tanılı hastalarda önemlidir. Eş tanı, bağımlılığa ek olarak depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, bipolar bozukluk veya kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik sorunların da bulunması anlamına gelir. Bu hastalarda hem bağımlılığın hem de travma ve psikiyatrik belirtilerin birlikte ele alınması gerekir. Aksi halde yalnızca madde kullanımına odaklanan bir tedavi, altta yatan ruhsal zorlanmaları yeterince çözmeyebilir.

Sonuç olarak, bağımlılık ve travma birlikte değerlendirildiğinde tedavi daha bütüncül hale gelir. Travma bilgili bakım, EMDR ve travma odaklı psikoterapiler; hastanın güven duygusunu artırmayı, travmanın etkilerini azaltmayı, duygusal düzenleme becerilerini güçlendirmeyi ve nüks riskini azaltmayı hedefler. Bu nedenle travma öyküsü olan bağımlı bireylerde tedavi planı, yalnızca madde kullanımını bırakmaya değil, kişinin travmatik yaşantılarının iyileştirilmesine de odaklanmalıdır.[41]

8.8. Entegre ve Hibrit Tedavi Modelleri

Gelecekte bağımlılık tedavisinin en önemli yönü, farklı yaklaşımların entegrasyonu olacaktır. Biyolojik + psikolojik + sosyal müdahaleler; dijital + yüz yüze terapi ve ireyselleştirilmiş tedavi planları gibi hibrit modeller, bağımlılığın kompleks doğasına daha uygun çözümler sunmaktadır.[55]

9. Etik, Damgalama ve Sağlık Sistemi

Bağımlılık, yalnızca biyolojik ve psikolojik bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda önemli etik, toplumsal ve sistemsel boyutları olan bir durumdur. Bağımlı bireyler sıklıkla damgalama (stigma), ayrımcılık ve

sağlık hizmetlerine erişimde güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu durum, tedaviye başvuru oranlarını azaltmakta ve iyileşme süreçlerini olumsuz etkilemektedir.[54]

9.1. Bağımlılıkta Etik Yaklaşımın Temelleri

Tıp etiğinin temel ilkeleri olan; hasta için özerklik (*autonomy*), yararlılık (*beneficence*), zarar vermeme (*non-maleficence*), adalet (*justice*), bağımlılık tedavisinde de geçerlidir.[56] Ancak bağımlılıkta bu ilkelerin uygulanması daha karmaşıktır. Özellikle bireyin karar verme kapasitesi ve bağımlılık davranışı arasındaki ilişki, etik değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır.

9.2. Özerklik ve Karar Verme Kapasitesi

Bağımlı bireylerde karar verme süreçleri, dürtü kontrol bozuklukları ve nörobiyolojik değişiklikler nedeniyle etkilenebilir.[54] Bu durum, tedaviye rıza (*informed consent*) sürecinde dikkatli değerlendirme gerektirir. Bireyin özerkliği korunurken, zarar görmesini önlemek de klinisyenin sorumluluğudur.

9.3. Damgalama (Stigma) ve Ayrımcılık

Bağımlılık, toplumda en fazla damgalanan sağlık sorunlarından biridir. Damgalama; 'zayıf karakter' algısı, ahlaki yargılar, suçluluk atfetme gibi tutumlarla ortaya çıkar.[57] Bu durum, bireyin tedaviye başvurma isteğini azaltır ve sosyal izolasyonu artırır.

9.4. İçselleştirilmiş Damgalama

Damgalama yalnızca toplumsal düzeyde değil, bireyin kendisi tarafından da içselleştirilebilir. Utanç, suçluluk, düşük öz-değer gibi duygular, tedavi sürecini olumsuz etkiler ve nüks riskini artırır.[58,59]

9.5. Sağlık Sisteminde Erişim Sorunları

Bağımlı bireyler sağlık hizmetlerine erişimde çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Yetersiz tedavi merkezleri, eğitimli personel eksikliği, ekonomik engeller ve ayrımcı tutumlargibi sorunlar, bağımlılık tedavisinin sürekliliğini zorlaştırmaktadır.[54]

9.6. Sağlık Sisteminde Entegre Yaklaşımlar

Modern sağlık sistemleri, bağımlılığı diğer kronik hastalıklar gibi ele alan entegre modeller geliştirmektedir. Recovery capital yaklaşımı, bireyin sosyal ve çevresel kaynaklarını da tedavi sürecine dahil etmektedir.[34] Bu model, multidisipliner ekip, süreklilik gösteren bakım, toplum temelli hizmetler üzerine kuruludur.

9.7. Damgalama ile Mücadele Stratejileri

Damgalama ile mücadelede, toplum eğitimi, sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi, medya dilinin değiştirilmesi, hasta merkezli yaklaşım önemlidir. Bu süreçte World Health Organization ve Substance Abuse and Mental Health Services Administration gibi kurumlar rehberlik etmektedir.[54,56]

9.8. Etik ve Politika Düzeyinde Gelecek Perspektifi

Gelecekte bağımlılık tedavisinde etik yaklaşımın temelini; damgalamanın azaltılması, tedaviye eşit erişim, insan haklarına dayalı sağlık hizmeti oluşturacaktır. Bağımlılığın bir hastalık olarak kabul edilmesi, bu alandaki etik dönüşümün en önemli adımlarından biridir.[60]

Türkiye'de kumar ve kimyasal bağımlılıklar üzerine bağımlılık tedavisi; AMATEM, ÇEMATEM ve Yeşilay ayaktan rehabilitasyon (YEDAM) ve yataklı rehabilitasyon (REHAB) aracılığıyla sunulmaktadır. TUBİM, EMCDDA standartlarında epidemiyolojik veri üretmektedir.

10. Davranışsal Bağımlılık Tedavisi

10.1. Tanım ve Klinik Özellikler

Davranışsal bağımlılıklar, herhangi bir psikoaktif madde kullanımına bağlı olmaksızın gelişen, ancak klinik seyir ve temel mekanizmaları açısından madde kullanım bozukluklarıyla önemli benzerlikler gösteren psikiyatrik durumlardır. Bu bozukluklar, bireyin belirli bir davranış üzerinde kontrolünü kaybetmesi, davranışa giderek daha fazla zaman ayırması ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen davranışı sürdürmesi ile karakterizedir. Özellikle kumar oynama bozukluğu, tanısal sınıflandırma sistemlerinde yer alarak davranışsal bağımlılıkların klinik önemini belirgin şekilde ortaya koymuştur.[60]

10.2. Sınıflandırma ve Nörobiyolojik Temeller

Davranışsal bağımlılıklar, güncel tanısal sistemlerde sınırlı sayıda resmi tanı olarak yer almakla birlikte, klinik pratikte daha geniş bir spektrum içinde değerlendirilmektedir. American Psychiatric Association tarafından yayımlanan DSM-5'te yalnızca kumar oynama bozukluğu resmi olarak tanımlanmışken; World Health Organization tarafından yayımlanan ICD-11'de oyun oynama bozukluğu da tanı kategorisine dahil edilmiştir.[57]

Bu çerçevede davranışsal bağımlılıklar üç ana grupta sınıflandırılabilir. İlk grupta, kumar oynama bozukluğu ve oyun oynama bozukluğu gibi tanısal kriterleri net olarak belirlenmiş ve uluslararası sınıflandırma sistemlerine dahil edilmiş durumlar yer almaktadır. İkinci grupta, internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı ve kompulsif alışveriş gibi klinik uygulamada yaygın olarak karşılaşılan ancak tanısal sistemlerde henüz tam olarak yer bulmamış davranışlar bulunmaktadır. Üçüncü grup ise egzersiz bağımlılığı, cinsel davranış bağımlılığı ve işkoliklik gibi daha tartışmalı ve spektrum içinde değerlendirilen durumları kapsamaktadır.[61] Nörobiyolojik açıdan ise tüm bu davranışlar, mezolimbik dopaminerjik sistem üzerinden işleyen ortak bir ödül mekanizmasını paylaşmaktadır.[62]

10.3. Risk Faktörleri

Davranışsal bağımlılıkların ortaya çıkmasında biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi söz konusudur. Ergenlik dönemi, dürtü kontrolünün henüz tam gelişmemiş olması nedeniyle önemli bir risk dönemidir. Bunun yanı sıra düşük öz-denetim, yüksek stres düzeyi, sosyal izolasyon ve dijital ortamlara kolay erişim, bağımlılık gelişimini kolaylaştıran faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik durumlar da davranışsal bağımlılıklarla sıklıkla birlikte görülmektedir.

10.4. Klinik Değerlendirme ve Tanı

Davranışsal bağımlılıkların tanısı, bireyin davranış örüntüsünün ayrıntılı olarak değerlendirilmesini gerektirir. Bu süreçte davranışın sıklığı, süresi ve bireyin yaşamındaki işlevsel etkileri dikkate alınır. Tanı

koymada en önemli ölçütlerden biri, bireyin davranış üzerindeki kontrolünü kaybetmesi ve bu durumun sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açmasıdır. Ayrıca eşlik eden psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi, tedavi planlaması açısından büyük önem taşımaktadır.

10.5. Psikososyal Müdahaleler

Davranışsal bağımlılıkların tedavisinde en etkili yaklaşımın psikososyal müdahaleler olduğu kabul edilmektedir. Cognitive Behavioral Therapy, bireyin bağımlılık davranışını sürdüren bilişsel çarpıtmalarını fark etmesini ve bunları daha işlevsel düşünce biçimleriyle değiştirmesini amaçlar. Bunun yanı sıra motivasyonel görüşme teknikleri, bireyin değişime yönelik isteğini artırmada önemli bir rol oynar. Aile ve grup terapileri ise bireyin sosyal destek sistemini güçlendirerek tedavi sürecine katkı sağlamaktadır.[62]

10.6. Farmakolojik Yaklaşımlar

Davranışsal bağımlılıkların tedavisinde farmakolojik yaklaşımlar sınırlı olmakla birlikte, belirli durumlarda destekleyici olarak kullanılabilmektedir. Özellikle kumar bağımlılığında opioid antagonistlerinin ödül sistemini modüle ederek davranışın şiddetini azaltabileceğine dair bulgular bulunmaktadır.[63]

10.7. Nüks ve Nüks Önleme

Davranışsal bağımlılıklar, kronik seyirli olmaları nedeniyle yüksek nüks riski taşımaktadır. Nüks genellikle duygusal stres, çevresel tetikleyiciler ve bilişsel çarpıtmaların etkisiyle ortaya çıkar. Bu bağlamda G. Alan Marlatt tarafından geliştirilen relaps önleme modeli, klinik uygulamada önemli bir rehber niteliğindedir.

10.8. Uzun Dönem Yönetim ve Rehabilitasyon

Davranışsal bağımlılıkların tedavisinde uzun dönem yaklaşım büyük önem taşımaktadır. Bireyin yalnızca bağımlılık davranışını bırakması yeterli olmayıp, yaşam tarzını yeniden yapılandırması gerekmektedir. Bu süreçte Recovery capital kavramı, bireyin iyileşmesini destekleyen kaynakları anlamada önemli bir çerçeve sunmaktadır. [63]

Sonuç

'Bütüncül İyileşme Mümkündür'

Günümüz dünyasında gelinen noktada tüm dünyada gerek kimyasal gerekse davranışsal bağımlılıklar ne yazık ki hızla artmaktadır. Bağımlılık hastalığının kronik olması nüksler ile devam etmesi ve insan hayatının hemen hemen tüm alanlarında yıkımla devam etmesinden dolayı tedavisi oldukça uzun soluklu, toplumun, ailenin, tüm kurumların içinde olduğu bütüncül bir tedavi gerektirmektedir. Sevindirici olan bağımlılık hastalığının, tedavisi mümkün olan ve yönetilebilir bir kronik hastalık olmasıdır. Doğru farmakolojik müdahale, kanıta dayalı psikoterapi ve güçlü psikososyal destekle örülü bütünleşik bir yaklaşım; bireyin hem sağlıklı hem de anlam dolu bir yaşam sürmesini mümkün kılabilir. Nüks, iyileşme yolculuğunun bir parçası olarak değerlendirilmeli; başarısızlık olarak değil, yeniden yapılanma için bir fırsat olarak anlamlandırılmalıdır.

Tedavide evrensel bir şablonun uygulanamayacağı gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, müdahalenin bireyin özgün geçmişine, bağımlılık profiline, psikiyatrik eş tanılarına ve sosyal bağlamına göre özenle kişiselleştirilmesi zorunludur. Psikosoyal müdahaleleri içeren rehabilitasyon süreci uzun süreli hasta takibi başarıya götüren yolların temelidir.

Kaynakça

1. Mee-Lee, D., et al. (Eds.). (2013). *The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions* (3rd ed.). The Change Companies.
2. World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11th rev.). https://icd.who.int/
3. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023.* United Nations.
4. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). *Recovery-oriented systems of care.* SAMHSA.

6. Carroll, K. M., & McLellan, A. T. (2017). Integrating behavioral and pharmacological treatments for substance use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 13*, 267–293.
7. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(8), 760–773. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8
8. Clarke, T.-K., et al. (2017). Genome-wide association study of alcohol consumption and genetic overlap with other health-related traits. *Molecular Psychiatry, 22*(10), 1376–1384. https://doi.org/10.1038/mp.2017.153
9. Tesselaar, D. R. M., et al. (2025). Psychiatric comorbidity in substance use disorders: A systematic review of neuroimaging findings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 177*, 106325. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106325
10. Zhu, J., et al. (2025). Associations between adverse childhood experiences and substance use: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 168*, 106431. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106431
11. Felitti, V. J., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8
12. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institutes of Health.
13. Rens, E., et al. (2025). Home-based detoxification for individuals with alcohol or drug dependence: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 44*(2), 649–666. https://doi.org/10.1111/dar.13986
14. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association, 284*(13), 1689–1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689
15. Yazıcı, S. G., Erdoğan Eren, E., & Kılıç, F. S. (2020). Bağımlılık ve farmakolojik açıdan bağımlılık süreci. In F. S. Kılıç (Ed.), *Bağımlılık yapan ilaçlara ve maddelere genel bakış ve farkındalık* (pp. 1–6). Türkiye Klinikleri.
16. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
17. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102–1114.
18. McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 511–525. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012

19. Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice, 4*(2), 42–47.
20. Hayes, S. C., et al. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
21. Prendergast, M., et al. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction, 101*(11), 1546–1560. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01581.x
22. Humphreys, K., & Moos, R. H. (2007). Encouraging posttreatment self-help group involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(1), 64–68. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00273.x
23. McKay, J. R. (2009). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care.* American Psychological Association.
24. De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method.* Springer Publishing Company.
25. Lo Coco, G., et al. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 99*, 105–116.
26. Sinha, R. (2013). The clinical neurobiology of drug craving. *Current Opinion in Neurobiology, 23*(4), 649–654.
27. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery.* SAMHSA.
28. Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* Guilford Press.
29. Kelly, J. F., Hoeppner, B. B., & White, W. L. (2020). Addiction recovery: A systematized review. *Alcohol Research: Current Reviews, 41*(1), 01. https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01
30. Donaldson, S. R., et al. (2022). Transformation of identity in substance use as a pathway to recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.*
31. Dingle, G. A., Cruwys, K., Frings, S. A., & Jetten, J. (2015). Breaking good: Breaking ties with social groups may be good for recovery from substance misuse. *British Journal of Social Psychology, 54*(2), 236–254.
32. Best, D., Beckwith, S., & Haslam, T. (2016). Overcoming alcohol and drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery. *Addiction Research & Theory, 24*(2), 111–123.
33. McIntosh, J., & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: Constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine, 50*(10), 1501–1510.
34. Best, D., & White, W. L. (2010). Recovery capital and its role in recovery from addiction. *Addiction Research & Theory, 18*(5), 487–495.

35. Dobkin, P. L., De Civita, M., & Paraherakis, R. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction, 97*(3), 347–356.
36. Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse, 43*(1), 27–54.
37. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association, 284*(13), 1689–1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689
38. De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method.* Springer Publishing Company.
39. White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices.* Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.
40. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
41. Winters, K. C. (2010). Developmental perspectives on adolescent substance abuse treatment. In C. Leukefeld, T. Gullotta, & M. Staton-Tindall (Eds.), *Substance abuse treatment for youth and adults* (pp. 3–22). Springer.
42. National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide.* National Institutes of Health.
43. World Health Organization. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* World Health Organization.
44. American Society of Addiction Medicine. (n.d.). *ASAM.* https://www.asam.org
45. World Health Organization. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.* World Health Organization.
46. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 130*(2), e81–e94. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002235
47. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders.* SAMHSA.
48. Kaminer, Y., & Winters, K. C. (Eds.). (2011). *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment.* American Psychiatric Publishing.
49. World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health.* World Health Organization.
50. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* Guilford Press.

51. World Health Organization. (n.d.). *Management of substance abuse: Co-occurring disorders.* World Health Organization.
52. Brewer, J. A., Davis, S. N., & Goldstein, J. S. (2013). Mindfulness and reward-based learning. *Mindfulness, 4*(1), 75–80.
53. World Health Organization. (2010). *Ethics and substance abuse.* World Health Organization.
54. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
55. Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 374*(4), 363–371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480
56. Humphreys, K., & Schulte, A. M. (2019). Stigma and substance use disorders. *The Lancet, 393*(10170), 226–227.
57. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th rev.).* World Health Organization.
58. Al-Hasani, R., & Bruchas, M. J. (2023). Neurobiology of addiction. In *StatPearls.* StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/
59. Maldonado, R., et al. (2021). Genomics and epigenomics of addiction. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 186*(3), 128–139.
60. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
61. Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction, 101*(Suppl. 1), 142–151.
62. Grant, J. E., et al. (2010). Introduction to behavioral addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36*(5), 233–241.
63. Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet addiction: A systematic review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 10*, 278–296.

BAĞIMLILIKTA KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ YAKLAŞIMLAR

Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre BULUT
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabili Dalı
yunusemre.bulut@sbu.edu.tr ORCID: 0000-0003-1501-2525

Prof. Dr. Yasir ŞAFAK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği
dr.yasirsafak@gmail.com ORCID: 0000-0002-3196-5089

Giriş

Bağımlılık, günümüz toplumlarının karşı karşıya olduğu en ciddi halk sağlığı sorunlarından biridir. Bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını derinden etkileyen bu durum, aynı zamanda aileleri, toplulukları ve ulusal ekonomileri de olumsuz yönde etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) gibi uluslararası kuruluşlar, bağımlılığı küresel bir tehdit olarak tanımlamakta ve önleme stratejilerinin geliştirilmesinin aciliyetini vurgulamaktadırlar.[1,2] Son on yılda, bağımlılık türleri ve yaygınlığı konusunda önemli değişiklikler yaşanmış, geleneksel maddesel bağımlılıkların yanı sıra teknoloji, kumar, internet ve çevirimiçi oyun bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar da giderek artan bir sorun haline gelmiştir.[3]

Türkiye'de de bağımlılıkla mücadele, ulusal sağlık politikalarının öncelikli alanlarından biridir. Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Türkiye Uyuşturucu Raporları, ülkedeki madde bağımlılığı eğilimlerini ve mücadele stratejilerinin etkinliğini ortaya koymaktadır.[4] Özellikle metamfetamin gibi sentetik uyuşturucuların kullanımındaki artış, koruyucu ve önleyici yaklaşımların güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yeşilay gibi sivil toplum kuruluşları ve Sağlık Bakanlığı,

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı gibi kamu kurumları, bağımlılıkla mücadelede önemli roller üstlenmekte, özellikle gençlere yönelik bilinçlendirme ve eğitim faaliyetleri yürütmektedir.[5]

Bu bölüm, bağımlılık sorununa halk sağlığı perspektifinden yaklaşarak, koruyucu ve önleyici stratejileri kapsamlı bir şekilde ele almayı amaçlamaktadır. Bölümde, bağımlılığın tanımı, epidemiyolojisi, bireysel ve toplumsal maliyetleri kısaca incelendikten sonra, birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde uygulanabilecek kanıta dayalı yaklaşımlar detaylandırılacaktır. Maddesel bağımlılıkların yanı sıra davranışsal bağımlılıklar için özelleşmiş önleme stratejilerine de yer verilecek, hedef gruplara yönelik müdahaleler ve politika çerçevesi değerlendirilecektir. Son olarak, bağımlılıkla mücadelede gelecek perspektifleri ve yenilikçi yaklaşımlar sunularak, uzmanlara ve politika yapıcılara yönelik önerilerde bulunulacaktır. Bu bölüm bağımlılıkla mücadelede bütüncül ve sürdürülebilir çözümlerin geliştirilmesine katkı sağlamayı hedeflemektedir.

1. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Bağımlılık

Bağımlılık, geleneksel olarak bireysel bir zayıflık veya irade eksikliği olarak algılanmış olsa da, modern bilimsel yaklaşımlar bu durumu karmaşık bir beyin hastalığı olarak tanımlamaktadır.[6] Ancak halk sağlığı perspektifi, bağımlılığı sadece biyolojik bir olgu olarak değil, aynı zamanda ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir sorun olarak ele alır.[7] Bu bakış açısı, bağımlılığın önlenmesi ve tedavisi için sadece bireysel müdahalelerin yeterli olmadığını, toplumsal düzeyde geniş kapsamlı stratejilerin gerekliliğini vurgular.

Bağımlılığın halk sağlığı modeli, hastalığın gelişimini ve seyrini etkileyen risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri ekolojik bir çerçevede inceler. Bu model, bireyin içinde bulunduğu farklı katmanları dikkate alır. Bu katmanlardaki risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri bilmek koruyucu önleyici faaliyetlerin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir:

Bireysel Katman: Genetik yatkınlık, kişilik özellikleri (dürtüsellik, yenilik-heyecan arayışı), ruhsal bozukluklar (depresyon, anksiyete bozuklukları), travma öyküsü, düşük benlik saygısı gibi bireysel faktörler bağımlılık riskini artırabilir. Öte yandan, yüksek öz-yeterlik, problem çözme becerileri, sağlıklı başa çıkma mekanizmaları ve olumlu gelecek beklentisi gibi bireysel özellikler de koruyucu faktörler olarak işlev görmektedir.[3] Sağlık okuryazarlığı düzeyi de bireyin bağımlılığa yatkınlığını etkileyen önemli bir koruyucu faktör olarak öne çıkmaktadır.[8]

Aile Katmanı: Aile içi iletişim eksikliği, ebeveyn denetiminin yetersizliği, aile içi şiddet, bağımlı ebeveyn modeli, parçalanmış aile yapısı gibi durumlar aile katmanında tespit edilmiş risk faktörleridir. Destekleyici aile ortamı, güçlü aile bağları, ebeveynlerin çocuklarıyla kaliteli zaman geçirmesi ve olumlu rol model olması ise bu katmandaki koruyucu faktörlerdir.[5] Ailelerin bağımlılık konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitimleri, özellikle davranışsal bağımlılıkları önlemede büyük önem taşımaktadır.[9]

Akran ve Okul Katmanı: Akran etkileşimi sanılandan çok daha etkili bir alandır. Bağımlı akran gruplarına dahil olma, okul başarısızlığı, okuldan uzaklaşma bu katmandaki risk faktörleridir. Okulda aidiyet duygusu, olumlu akran ilişkileri, okul ikliminin destekleyici olması ve yaşam becerileri eğitimleri koruyucu faktörler arasında yer alır.[10] Okul tabanlı önleme programları, gençlerin madde kullanımına başlama yaşını geciktirme ve kullanım sıklığını azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır.[11]

Toplum Katmanı: Yoksulluk, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, maddeye kolay erişim, kültürel normların madde kullanımını hoş görmesi gibi toplumsal faktörler bağımlılık riskini artırır. Güçlü sosyal destek ağları, toplumsal katılım, sağlıklı yaşam tarzını teşvik eden politikalar ve erişilebilir sağlık hizmetleri ise koruyucu faktörlerdir.[7]

Bu ekolojik model, bağımlılıkla mücadelede bütüncül ve çok katmanlı müdahalelerin gerekliliğini ortaya koyar. Halk sağlığı uzmanları, bağımlılığı sadece tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak değil, aynı zamanda önlenebilir bir durum olarak görür. Bu nedenle, koruyucu ve önleyici yaklaşımlar, bağımlılıkla mücadele stratejilerinin

temelini oluşturur. UNODC ve DSÖ tarafından belirlenen uluslararası standartlar, kanıta dayalı önleme programlarının uygulanmasını ve bu programların kültürel bağlama uygun şekilde adapte edilmesini önermektedir.[10] Bu yaklaşımlar, bireylerin bağımlılığa karşı dirençlerini artırırken, aynı zamanda risk faktörlerini azaltmayı ve koruyucu faktörleri güçlendirmeyi hedefler. Böylece, bağımlılığın toplumsal yükü azaltılarak daha sağlıklı ve üretken toplumlar inşa edilebilir.

2. Koruyucu ve Önleyici Yaklaşımların Temel İlkeleri

Bağımlılıkla mücadelede koruyucu ve önleyici yaklaşımlar, sorunun ortaya çıkmasını engellemeyi veya etkilerini en aza indirmeyi hedefler. Bu yaklaşımlar, halk sağlığı alanında da yaygın olarak kullanılan birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyleri çerçevesinde sınıflandırılır.[12] Bu sınıflandırma, müdahalelerin zamanlaması ve hedef kitlesi açısından farklılık gösterir.

2.1. Birincil Koruma (Evrensel Önleme)

Birincil koruma, bağımlılık riskini azaltmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek amacıyla tüm popülasyona veya geniş bir hedef kitleye yönelik uygulanan müdahaleleri kapsar. Bu düzeydeki önleme çalışmaları, genellikle bağımlılık gelişmeden önce, bireylerin risk faktörlerine maruz kalmasını engellemeyi ve koruyucu faktörleri güçlendirmeyi amaçlar. Evrensel önleme programları, okullar, aileler ve topluluklar aracılığıyla yürütülebilir.[10]

Temel Stratejiler:

Bilinçlendirme ve Eğitim: Bağımlılık yapıcı maddelerin ve davranışların zararları hakkında halkı bilgilendirme, medya kampanyaları, seminerler ve atölye çalışmaları düzenleme, özellikle çocuk ve ergenlere yönelik yaşa uygun eğitim materyalleri geliştirme bu alanda önemle vurgulanmaktadır.[5]

Yaşam Becerileri Eğitimi: Gençlerin karar verme, problem çözme, stresle başa çıkma, iletişim ve çatışma çözme gibi sosyal ve yaşamsal becerilerini geliştirerek bağımlılığa karşı dirençlerini artırma hedeflenir. Bu eğitimler genellikle okul müfredatına entegre edilir.[3]

Sağlıklı Yaşam Tarzı Teşviki: Spor, sanat, hobiler gibi alternatif ve sağlıklı aktivitelere yönlendirme, boş zamanları değerlendirme programları oluşturma gibi sağlıklı yaşam tarzı teşvikleri yapılmalıdır. Bu tür faaliyetler, özellikle risk altındaki gençlerin olumlu sosyal çevreler edinmesine yardımcı olur.[11]

Politika ve Mevzuat Düzenlemeleri: Maddeye erişimi kısıtlayıcı yasalar (yaş sınırı, satış yerleri, reklam yasağı), vergilendirme politikaları ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi olmazsa olmaz önleyici müdahalelerdendir. Örneğin, tütün ve alkol ürünlerinin satışına yönelik kısıtlamalar.[13]

2.2. İkincil Koruma (Seçici ve Endike Önleme)

İkincil koruma, bağımlılık geliştirme riski yüksek olan belirli gruplara veya bireylere yönelik uygulanan müdahaleleri içerir. Bu düzeydeki önleme, erken teşhis ve erken müdahale prensiplerine dayanır. Amaç, bağımlılığın tam olarak gelişmesini engellemek veya ilerlemesini yavaşlatmaktır. Seçici önleme, risk faktörleri taşıyan ancak henüz bağımlılık belirtisi göstermeyen gruplara (örneğin, bağımlı ebeveynleri olan çocuklar, okulda sorun yaşayan gençler) odaklanırken, endike önleme bağımlılık belirtileri göstermeye başlamış ancak henüz tam tanı almamış bireylere yöneliktir.[10]

Temel Stratejiler:

Risk Taraması ve Erken Teşhis: Okullarda, sağlık kuruluşlarında veya toplum sağlığı merkezlerinde risk altındaki bireyleri belirlemek için tarama programları uygulamak. Bu taramalar, bağımlılık belirtilerini veya risk faktörlerini erken aşamada tespit etmeyi sağlar.[14]

Hedefe Yönelik Danışmanlık ve Destek: Risk altındaki bireylere veya gruplara özel olarak tasarlanmış danışmanlık hizmetleri, mentorluk programları ve destek grupları sunma. Bu müdahaleler, bireylerin riskli davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olur.[3]

Aile Müdahaleleri: Risk altındaki ailelere yönelik ebeveyn becerileri eğitimi, aile terapisi ve aile içi iletişimi güçlendirme programları hazırlanması ve sunulması. Ailelerin bağımlılık konusunda bilinçlenmesi ve çocuklarına destek olmaları teşvik edilir.[9]

Kriz Müdahale ve Yönlendirme: Bağımlılıkla ilgili kriz durumlarında hızlı müdahale ve bireyleri uygun tedavi ve destek hizmetlerine yönlendirme. Bu, özellikle madde kullanımına yeni başlamış veya deneme aşamasındaki gençler için kritik öneme sahiptir.[15]

2.3. Üçüncül Koruma (Tedavi ve Rehabilitasyon)

Üçüncül koruma, bağımlılık tanısı almış bireylere yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar. Bu düzeydeki müdahalelerin amacı, bağımlılığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek, yinelemeyi önlemek, bireyin işlevselliğini artırmak ve topluma yeniden entegrasyonunu sağlamaktır. Üçüncül koruma, genellikle tedavi merkezleri, hastaneler ve rehabilitasyon programları aracılığıyla yürütülür.[12]

Temel Stratejiler:

Kapsamlı Tedavi Programları: Detoksifikasyon (arındırma), farmakoterapi (ilaç tedavisi), psikoterapi (bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme teknikleri gibi) gibi farklı tedavi yöntemlerini içeren bütüncül programlar.[16]

Rehabilitasyon ve Sosyal Entegrasyon: Bireylerin iş, eğitim ve sosyal yaşama yeniden uyum sağlamalarına yardımcı olacak mesleki eğitim, iş bulma desteği, konut yardımı ve sosyal beceri geliştirme programları.[14]

Yineleme Önleme Programları: Tedavi sonrası bireylerin bağımlılığa geri dönmesini engellemek amacıyla destek grupları (Adsız Alkolikler, Adsız Narkotikler), takip hizmetleri ve yaşam tarzı değişikliklerini destekleyici programlar.[3]

Zarar Azaltma Yaklaşımları: Bağımlılığın olumsuz sağlık ve sosyal sonuçlarını azaltmaya yönelik stratejiler (örneğin, steril enjeksiyon materyali dağıtımı, aşırı doz önleme eğitimleri). Bu yaklaşımlar, özellikle yüksek riskli madde kullanıcıları için hayat kurtarıcı olabilir.[15]

Bu üç koruma düzeyi, bağımlılıkla mücadelede birbirini tamamlayan ve entegre edilmesi gereken yaklaşımlardır. Etkili bir halk sağlığı stratejisi, tüm bu düzeylerdeki müdahaleleri eş zamanlı ve koordineli bir şekilde uygulamayı gerektirir. UNODC ve DSÖ tarafından belirlenen uluslararası standartlar, kanıta dayalı önleme programlarının uygulanmasını ve bu programların kültürel bağlama uygun şekilde adapte edilmesini önermektedir.

3. Bağımlılık Türlerine Göre Önleme Stratejileri

Bağımlılık, tek tip bir sorun olmayıp, maddesel bağımlılıklar (alkol, tütün, uyuşturucu) ve davranışsal bağımlılıklar (kumar, teknoloji, oyun) gibi farklı türleri barındırır. Her bağımlılık türünün kendine özgü risk faktörleri ve gelişim dinamikleri olduğu için, önleme stratejileri de bu farklılıkları göz önünde bulundurarak özelleştirilmelidir.[10]

3.1. Maddesel Bağımlılıklar (Alkol, Tütün, Uyuşturucu Maddeler)

Maddesel bağımlılıklar, halk sağlığı açısından en köklü ve yaygın sorunlardan biridir. Önleme stratejileri, genellikle arzın azaltılması ve talebin azaltılması olmak üzere iki ana eksende yürütülür.[7]

Alkol Bağımlılığı: Alkol bağımlılığının önlenmesinde, alkollü içeceklere erişimin kısıtlanması (yaş sınırı, satış saatleri, satış noktaları), fiyatlandırma politikaları (vergiler), reklam ve tanıtım yasakları gibi düzenlemeler etkili olmaktadır.[17] Ayrıca, alkolün zararları konusunda kamuoyu bilinçlendirme kampanyaları ve özellikle gençlere yönelik alternatif sosyal aktivitelerin teşvik edilmesi önemlidir.[9] Ailelerin alkol kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi ve çocuklarına doğru rol model olmaları da koruyucu bir faktördür.

Tütün Bağımlılığı: Tütün bağımlılığı ile mücadelede en etkili stratejilerden biri, tütün ürünlerine erişimin kısıtlanması ve kapalı alanlarda sigara içme yasağı gibi yasal düzenlemelerdir.[13] Tütün ürünlerinin vergilerinin artırılması, reklam ve sponsorluk yasakları, sigara bırakma programlarının yaygınlaştırılması da önemli önleyici yaklaşımlardır.[18] Elektronik sigara ve yeni nesil tütün ürünlerinin gençler arasındaki yaygınlaşması, bu alandaki önleme çalışmalarının güncellenmesini gerektirmektedir.[3]

Uyuşturucu Madde Bağımlılığı: Uyuşturucu madde bağımlılığının önlenmesi, genellikle çok yönlü ve uluslararası iş birliğini gerektiren bir alandır. Arzın azaltılması kapsamında, uyuşturucu kaçakçılığı ile mücadele, sınır güvenliğinin artırılması ve yasa dışı üretimin engellenmesi yer alır.[4] Talebin azaltılmasına yönelik olarak ise, okul temelli önleme programları, risk altındaki gençlere yönelik danışmanlık hizmetleri, aile eğitimi ve toplumsal bilinçlendirme kampanyaları öne çıkar.[10] Özellikle sentetik uyuşturucu maddelerin (örn. metamfetamin, sentetik

kannabinoidler) hızla yayılması, erken uyarı sistemlerinin ve hızlı müdahale mekanizmalarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

3.2. Davranışsal Bağımlılıklar (Kumar, Teknoloji, Oyun)

Davranışsal bağımlılıklar, son yıllarda artan bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu tür bağımlılıkların önlenmesi, genellikle riskli davranışların tanınması, sağlıklı alternatiflerin sunulması ve dijital okuryazarlığın artırılması üzerine odaklanır.[3]

Kumar Bağımlılığı: Kumar bağımlılığının önlenmesinde, kumarhanelere erişimin kısıtlanması, online kumar sitelerinin denetlenmesi ve reklam yasakları gibi düzenlemeler önemlidir.[19] Ayrıca, kumarın finansal ve sosyal zararları hakkında bilinçlendirme kampanyaları, riskli bireylere yönelik erken müdahale programları ve destek grupları etkili olabilir.[3]

Teknoloji ve Oyun Bağımlılığı: Özellikle çocuk ve ergenler arasında yaygınlaşan teknoloji ve oyun bağımlılığı, dijital okuryazarlık eğitimleri, ekran süresi yönetimi becerilerinin kazandırılması ve sağlıklı internet kullanım alışkanlıklarının teşvik edilmesiyle önlenebilir.[20] Ailelerin bu konudaki farkındalığının artırılması, çocukların internet ve oyun kullanımını denetlemeleri ve onlara alternatif sosyal aktiviteler sunmaları kritik öneme sahiptir.[5] Okullarda teknoloji bağımlılığına yönelik bilgilendirme ve önleme programları etkili sonuç vermektedir.[21]

3.3. Yeni Nesil Bağımlılıklar ve Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Sosyal medya bağımlılığı, çevirimiçi oyun bağımlılığı ve çevirimiçi alışveriş bağımlılığı gibi yeni nesil bağımlılıklar, dijitalleşen dünyada ortaya çıkan yeni risk alanlarıdır. Bu bağımlılıkların önlenmesinde, bireylerin dijital sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesi büyük önem taşır. Bireylerin dijital platformları bilinçli ve sorumlu bir şekilde kullanmaları, siber güvenlik konusunda bilgi sahibi olmaları ve online risklere karşı korunmaları hedeflenmelidir. Eğitim programları, dijital platformların güvenli kullanımı, kişisel verilerin korunması ve siber zorbalıkla mücadele konularına odaklanmalıdır[3].

Bağımlılık türlerine göre özelleştirilmiş önleme stratejileri, müdahalelerin etkinliğini artırır ve kaynakların daha verimli kullanılmasını

sağlar. Bu yaklaşımlar, bireylerin ve toplumun bağımlılığın yıkıcı etkilerinden korunmasında kilit rol oynamaktadır.

4. Hedef Gruplara Yönelik Müdahaleler

Bağımlılıkla mücadelede etkili önleme stratejileri, genel popülasyonun yanı sıra, belirli risk faktörleri taşıyan veya bağımlılığa karşı daha savunmasız olan hedef gruplara yönelik özelleştirilmiş müdahaleleri gerektirir. Bu müdahaleler, bireylerin gelişim dönemlerine, sosyal çevrelerine ve risk düzeylerine göre farklılık gösterir.[10]

4.1. Çocukluk ve Ergenlik Dönemi: Okul Tabanlı Programlar

Çocukluk ve ergenlik dönemi, bağımlılık yapıcı maddelere ve davranışlara başlama riskinin en yüksek olduğu kritik bir süreçtir. Bu dönemde uygulanan okul tabanlı önleme programları, gençlerin sağlıklı gelişimini destekleyerek bağımlılığa karşı dirençlerini artırmayı hedefler.[3]

Evrensel Okul Programları: Tüm öğrencilere yönelik olarak müfredata entegre edilen yaşam becerileri eğitimleri, madde kullanımının zararları hakkında bilgilendirme ve olumlu akran ilişkilerini teşvik eden faaliyetler. Bu programlar, öğrencilerin sosyal ve duygusal becerilerini geliştirerek riskli davranışlara yönelme olasılıklarını azaltır.[11]

Seçici Okul Programları: Akademik başarısızlık, davranış sorunları veya ailede bağımlılık öyküsü gibi risk faktörleri taşıyan öğrencilere yönelik daha yoğun müdahaleler. Bu programlar, küçük gruplar halinde veya bireysel danışmanlık şeklinde yürütülebilir.[10]

Okul İkliminin İyileştirilmesi: Okulda güvenli, destekleyici ve kapsayıcı bir ortam yaratmak, öğrencilerin okula aidiyet duygusunu güçlendirir. Zorbalıkla mücadele, öğretmen-öğrenci ilişkilerinin geliştirilmesi ve okulda rehberlik hizmetlerinin etkinleştirilmesi bu kapsamda önemlidir.[5]

Akran Eğitimi Programları: Akranların birbirlerini olumlu yönde etkilemesini sağlamak amacıyla, bağımlılık konusunda eğitim almış öğrencilerin diğer öğrencilere rehberlik etmesi. Akranların rol model olması, mesajların daha etkili iletilmesine yardımcı olabilir.[3]

4.2. Aile Odaklı Yaklaşımlar: Ebeveyn Eğitimi ve Aile İçi İletişim

Aile, bireyin bağımlılık gelişiminde en önemli koruyucu veya risk faktörlerinden biridir. Aile odaklı müdahaleler, ebeveynlerin çocuklarını bağımlılıktan koruma becerilerini artırmayı ve aile içi iletişimi güçlendirmeyi amaçlar.[9]

Ebeveyn Beceri Eğitimleri: Ebeveynlere çocuklarıyla etkili iletişim kurma, sınır koyma, disiplin uygulama ve olumlu rol model olma konularında eğitimler verilmesi. Bu eğitimler, ebeveynlerin çocuklarının madde kullanımına yönelik riskli davranışlarını erken fark etmelerine ve uygun şekilde müdahale etmelerine yardımcı olur.[14]

Aile Terapisi ve Danışmanlığı: Bağımlılık sorunu yaşayan ailelere yönelik olarak, aile içi dinamikleri düzeltmeyi, çatışmaları çözmeyi ve aile üyeleri arasındaki bağları güçlendirmeyi hedefleyen terapi hizmetleri. Bu yaklaşımlar, bağımlılığın aile üzerindeki olumsuz etkilerini azaltır ve iyileşme sürecini destekler.[12]

Aile İçi Koruyucu Faktörlerin Güçlendirilmesi: Ailelerin birlikte kaliteli zaman geçirmesi, ortak aktiviteler yapması ve birbirlerine destek olması teşvik edilir. Aile içi sıcak ve destekleyici bir ortam, çocukların bağımlılığa karşı direncini artırır.[5]

4.3. İş Yeri ve Toplum Temelli Programlar

İş yerleri ve toplum, bağımlılık önleme çalışmalarının önemli uygulama alanlarıdır. Bu ortamlarda yürütülen programlar, geniş kitlelere ulaşarak bağımlılık riskini azaltmayı ve sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmeyi hedefler.[7]

İş Yeri Destek Programları: Çalışanlara yönelik bağımlılık konusunda bilgilendirme, risk taraması ve danışmanlık hizmetleri sunulması. İş yerinde sağlıklı bir çalışma ortamı yaratmak ve çalışanların ruh sağlığını desteklemek, bağımlılık riskini azaltabilir.[22]

Toplum Temelli Bilinçlendirme Kampanyaları: Yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve sağlık kuruluşları iş birliğiyle bağımlılık konusunda toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik kampanyalar düzenlenmesi. Bu kampanyalar, bağımlılığın bir hastalık olduğu ve tedavi edilebilir olduğu mesajını yaygınlaştırır.[3]

Alternatif Aktivite ve Sosyal Destek Ağları: Toplumda gençlere ve risk altındaki bireylere yönelik spor, sanat, kültür ve gönüllülük faaliyetleri gibi sağlıklı alternatifler sunulması. Bu aktiviteler, bireylerin boş zamanlarını verimli değerlendirmelerine ve olumlu sosyal çevreler edinmelerine yardımcı olur.[11]

Yerel Politika Geliştirme: Yerel düzeyde bağımlılıkla mücadele stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması. Maddeye erişimi kısıtlayıcı yerel düzenlemeler, riskli bölgelerde güvenlik önlemlerinin artırılması ve toplum merkezlerinde önleme hizmetlerinin sunulması bu kapsamda değerlendirilebilir.[10]

Hedef gruplara yönelik bu özelleştirilmiş müdahaleler, bağımlılıkla mücadelede daha etkili ve sürdürülebilir sonuçlar elde edilmesini sağlar. Her bir hedef grubun kendine özgü ihtiyaçları ve riskleri göz önünde bulundurularak, kanıta dayalı ve kültürel olarak duyarlı programların geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

5. Politika ve Mevzuat Çerçevesi

Bağımlılıkla mücadele, sadece bireysel veya toplumsal düzeyde yürütülen programlarla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda güçlü bir politika ve mevzuat çerçevesi gerektirir. Ulusal ve uluslararası düzeyde geliştirilen strateji belgeleri ve yasal düzenlemeler, önleme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkinliğini artırmada kilit rol oynar.[7]

5.1. Türkiye'de Bağımlılıkla Mücadele Politikaları

Türkiye, bağımlılıkla mücadelede kapsamlı ulusal strateji belgeleri ve eylem planları geliştiren ülkelerden biridir. Bu belgeler, farklı kurum ve kuruluşların koordineli bir şekilde çalışmasını sağlayarak, bağımlılık sorununa bütüncül bir yaklaşım sunar.

Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi ve Eylem Planları: Türkiye'de uyuşturucu ile mücadele, belirli dönemleri kapsayan strateji belgeleri ve eylem planları ile yürütülmektedir. Örneğin, 2024–2028 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, ülkenin bu alandaki yol haritasını belirlemektedir.[23] Bu belgeler, arzın azaltılması (kaçakçılıkla mücadele, yasa dışı üretimin engellenmesi) ve talebin azaltılması (önleme, tedavi, rehabilitasyon) stratejilerini dengeli

bir şekilde ele alır. Temel hedefler arasında, toplumu her türlü uyarıcı ve uyuşturucu madde kullanımından uzak tutmak, risk faktörlerini azaltmak ve koruyucu faktörleri güçlendirmek yer alır.[23]

Yeşilay ve TBM (Türkiye Bağımlılıkla Mücadele) Programı: Yeşilay, bağımlılıkla mücadelede öncü sivil toplum kuruluşlarından biridir. TBM programı kapsamında, okullarda, ailelerde ve toplumda bağımlılık konusunda farkındalık oluşturma ve önleme eğitimleri düzenlenmektedir.[5] Bu programlar, özellikle çocuk ve ergenlerin bağımlılığa karşı korunmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve Diğer Kurumların Rolü: Sağlık Bakanlığı, bağımlılık tedavi merkezlerinin (AMATEM ve ÇEMATEM) yaygınlaştırılması, tedavi hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve halk sağlığı kampanyaları düzenlenmesi gibi konularda aktif rol oynamaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı gibi kurumlar da kendi görev alanlarında bağımlılıkla mücadeleye katkı sağlamaktadır.[4]

5.2. Uluslararası Sözleşmeler ve İş Birlikleri

Bağımlılık, küresel bir sorun olduğu için uluslararası iş birliği ve sözleşmeler büyük önem taşır. Türkiye, bu alandaki uluslararası çabalara aktif olarak katılmaktadır.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Sözleşmeleri: Türkiye, 1961 Tek Uyuşturucu Maddeler Sözleşmesi, 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi ve 1988 Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi gibi uluslararası anlaşmalara taraftır. Bu sözleşmeler, uyuşturucu maddelerin kontrolü, yasa dışı ticaretle mücadele ve önleme stratejilerinin geliştirilmesi için uluslararası bir çerçeve sunar.[24]

UNODC ve WHO ile İş Birliği: Türkiye, Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşlarla yakın iş birliği içindedir. Bu iş birlikleri, kanıta dayalı önleme standartlarının uygulanması, veri paylaşımı ve kapasite geliştirme konularında önemli katkılar sağlar.[10]

Avrupa Birliği ve Diğer Bölgesel İş Birlikleri: Türkiye, Avrupa Birliği'nin uyuşturucu ile mücadele politikaları ve bölgesel iş birliği mekanizmaları

kapsamında da aktif rol almaktadır. Bu iş birlikleri, sınır ötesi uyuşturucu kaçakçılığıyla mücadele ve ortak önleme projelerinin geliştirilmesi açısından önemlidir.[25]

5.3. Arzın Azaltılması ve Talebin Azaltılması Dengesi

Bağımlılıkla mücadele politikaları, genellikle arzın azaltılması (supply reduction) ve talebin azaltılması (demand reduction) stratejileri arasında bir denge kurmayı hedefler. Arzın azaltılması, uyuşturucu maddelerin üretimi, ticareti ve dağıtımını engellemeye yönelik kolluk kuvvetleri operasyonlarını ve yasal düzenlemeleri içerirken; talebin azaltılması, önleme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.[7]

Son yıllarda, halk sağlığı perspektifinin güçlenmesiyle birlikte, talebin azaltılması stratejilerine verilen önem artmıştır. Ancak etkili bir mücadele için her iki yaklaşımın da birbirini tamamlayıcı nitelikte ve koordineli bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Aşırı doz ölümlerinin artması gibi küresel eğilimler, zarar azaltma yaklaşımlarının da politika çerçevesine entegre edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.[1]

Politika ve mevzuat çerçevesi, bağımlılıkla mücadelede sürdürülebilir ve etkili çözümlerin geliştirilmesi için sağlam bir zemin oluşturur. Bu çerçeve, bilimsel kanıtlara dayalı, insan haklarına saygılı ve toplumsal ihtiyaçlara duyarlı bir yaklaşımla sürekli güncellenmelidir.

6. Gelecek Perspektifi ve Yenilikçi Yaklaşımlar

Bağımlılıkla mücadele alanı, teknolojik gelişmeler ve değişen toplumsal dinamiklerle birlikte sürekli evrilmektedir. Gelecekteki önleme ve koruma stratejileri, özellikle dijitalleşmenin sunduğu fırsatları ve yapay zekanın potansiyelini kullanarak daha etkili ve erişilebilir çözümler sunmayı hedefleyecektir.[3]

6.1. Dijital Müdahaleler ve Mobil Sağlık (mHealth) Uygulamaları

Akıllı telefonların ve internetin yaygınlaşması, bağımlılıkla mücadelede dijital müdahalelerin ve mobil sağlık (mHealth) uygulamalarının önemini artırmıştır. Bu uygulamalar, bireylere kişiselleştirilmiş destek, bilgi ve motivasyon sağlayarak önleme ve tedavi süreçlerine katkıda bulunabilir.[26]

Erken Uyarı Sistemleri: Akıllı cihazlardan toplanan veriler (ekran süresi, uyku düzeni, sosyal medya kullanımı) aracılığıyla bağımlılık riskini erken aşamada tespit eden ve bireyleri uyaran sistemler geliştirilebilir. Bu sistemler, riskli davranışlar sergileyen bireylere zamanında müdahale imkânı sunar.[15]

Kişiselleştirilmiş Destek Uygulamaları: Bireylerin ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş içerik sunan mobil uygulamalar (örneğin, sigara bırakma uygulamaları, stres yönetimi programları). Bu uygulamalar, bilişsel davranışçı terapi prensiplerini temel alarak bireylerin bağımlılıkla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.[3]

Sanal Gerçeklik (VR) ve Artırılmış Gerçeklik (AR) Uygulamaları: Bağımlılık tetikleyicileriyle güvenli bir ortamda yüzleşme ve başa çıkma stratejileri geliştirme amacıyla VR/AR teknolojileri kullanılabilir. Bu teknolojiler, özellikle yineleme önleme programlarında etkili olabilir.[27]

6.2. Yapay Zeka ve Veri Analitiğinin Önlemedeki Rolü

Yapay zeka (YZ) ve büyük veri analitiği, bağımlılıkla mücadelede daha isabetli ve öngörülü stratejiler geliştirmek için önemli potansiyel sunmaktadır. Toplanan büyük veri setleri, bağımlılık eğilimlerini, risk faktörlerini ve müdahale etkinliğini daha iyi anlamamızı sağlayabilir.[7]

Risk Tahmini ve Hedefleme: YZ algoritmaları, demografik veriler, sosyal medya aktivitesi ve sağlık kayıtları gibi farklı veri kaynaklarını analiz ederek bağımlılık geliştirme riski yüksek olan bireyleri veya toplulukları tahmin edebilir. Bu sayede önleme kaynakları daha etkin bir şekilde hedeflenebilir.[3]

Müdahale Optimizasyonu: YZ, farklı önleme programlarının etkinliğini değerlendirerek hangi müdahalelerin hangi gruplar için daha başarılı olduğunu belirleyebilir. Bu, kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesine ve programların sürekli iyileştirilmesine olanak tanır.[10]

Doğal Dil İşleme (NLP) ile İçerik Analizi: Sosyal medya platformlarındaki bağımlılıkla ilgili konuşmaları analiz ederek riskli içerikleri veya bağımlılık eğilimlerini erken tespit etme. Bu, özellikle gençlere yönelik online önleme kampanyalarının geliştirilmesinde kullanılabilir.[21]

6.3. Toplumsal Dayanıklılığın (Resilience) Artırılması

Bireysel ve toplumsal dayanıklılık (resilience), bağımlılık yapıcı maddelere ve davranışlara karşı koruyucu bir faktör olarak giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Dayanıklılık, bireylerin olumsuz yaşam olayları karşısında uyum sağlama ve güçlenme kapasitesini ifade eder.[28]

Dayanıklılık Temelli Eğitim Programları: Okullarda ve topluluklarda çocuk ve gençlere yönelik dayanıklılık becerilerini (stresle başa çıkma, öz-düzenleme, problem çözme) geliştiren eğitim programları uygulanabilir. Bu programlar, bireylerin zorluklar karşısında daha güçlü durmalarına yardımcı olur.[11]

Sosyal Destek Ağlarının Güçlendirilmesi: Aile, akran ve toplum düzeyinde güçlü sosyal destek ağları oluşturmak, bireylerin yalnızlık ve izolasyon hissini azaltarak bağımlılık riskini düşürebilir. Toplumsal katılımı ve aidiyet duygusunu artıran faaliyetler teşvik edilmelidir.[5]

Genel İyilik Halini Artırmaya Yönelik Psikoloji Yaklaşımları: Bireylerin güçlü yönlerini, erdemlerini ve yaşam amaçlarını keşfetmelerine yardımcı olan müdahaleler, genel iyilik halini artırarak bağımlılığa karşı koruyucu bir etki yaratabilir.[29]

Bu yenilikçi yaklaşımlar, bağımlılıkla mücadelede daha proaktif, kişiselleştirilmiş ve etkili çözümler sunma potansiyeline sahiptir. Ancak bu teknolojilerin etik kullanımı, veri gizliliği ve erişilebilirlik gibi konuların da dikkatle ele alınması gerekmektedir.

Kaynakça

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World Drug Report 2024*. Vienna, Austria: Author.
2. World Health Organization. (2024). *WHO releases new framework and advocacy strategy for mental health, brain health and substance use*. Geneva, Switzerland: Author.
3. Kılınç, M., vd. (2021). *Gençlik ve bağımlılık*. İstanbul, Türkiye: Nobel Akademik Yayıncılık.
4. Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. (2023). *2023 Türkiye uyuşturucu raporu*. Ankara, Türkiye: Author.
5. Yeşilay. (t.y.). *Bağımlılıklardan koruyan aile rehberi*. İstanbul, Türkiye: Author.

6. Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, T. R. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 374*(4), 363–371.
7. Room, R. (2014). The public health approach to alcohol and other drug problems: An overview. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs Supplement, 17*, 5–9.
8. M., & Haghani, H. (2024). Relationship between health literacy and addiction susceptibility in high school adolescents.
9. Hopatso. (2025). *16-17 Ocak 2025 bağımlılıkla mücadelede önleme ve sivil toplum kuruluşlarının rolü çalıştayı sonuç raporu*. Ankara, Türkiye: Author.
10. United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *International standards on drug use prevention* (2nd ed.). Vienna, Austria: Author.
11. Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Evidence-based strategies to prevent youth substance use*. Atlanta, GA: Author.
12. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). Bethesda, MD: Author.
13. World Health Organization. (2023). *WHO report on the global tobacco epidemic 2023*. Geneva, Switzerland: Author.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (t.y.). *Evidence-based practices resource center*. Rockville, MD: Author.
15. American Psychological Association. (2024). More teens than ever are overdosing. Psychologists are leading new approaches to youth substance misuse. *Monitor on Psychology, 55*(2), 30–35.
16. Acıbadem Sağlık Grubu. (2025, 16 Mayıs). *Bağımlılık nedir? Bağımlılık merkezi ve tedavi seçenekleri*.
17. World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva, Switzerland: Author.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye tütün kontrolü programı eylem planı 2018-2023*. Ankara, Türkiye: Author.
19. Griffiths, M. D. (1997). Gambling addiction: An introduction to the problem and its treatment. *Journal of Gambling Studies, 13*(3), 315–325.
20. Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1*(3), 237–244.
21. Şahin, C. (2020). Sosyal medya bağımlılığı. İçinde C. Şahin & S. Günüç (Ed.), *Teknoloji bağımlılıkları* (ss. 65–75). İstanbul, Türkiye: Nobel Akademik Yayıncılık.
22. World Health Organization. (2000). *Management of substance abuse in the workplace*. Geneva, Switzerland: Author.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *2024-2028 uyuşturucu ile mücadele ulusal strateji belgesi ve eylem planı*. Ankara, Türkiye: Author.
24. United Nations Office on Drugs and Crime. (t.y.). *International drug control conventions*. Vienna, Austria: Author.

25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European drug report 2023: Trends and developments*. Lisbon, Portugal: Author.
26. World Health Organization. (2011). *mHealth: New horizons for health through mobile technologies*. Geneva, Switzerland: Author.
27. Garcia-Palacios, A., vd. (2008). Virtual reality in the treatment of psychiatric disorders: A review of the literature. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation, 1*(2), 113–122.
28. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562.
29. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14.

BAĞIMLILIKLA MÜCADELEDE SİVİL TOPLUM KURULUŞLARININ ROLÜ

Doç. Dr. Mehmet DİNÇ
Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Başkanı, Türk Klinik Psikolog
mehmetdinc@gmail.com ORCID: 0000-0001-9544-8999

Giriş

Bağımlılık, çağdaş tıp ve psikoloji literatüründe bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen kronik ve yineleyici bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır.[1] Bununla birlikte, bağımlılık yalnızca bireysel bir sağlık sorunu olarak değil; iş gücüne katılım, aile yapısı, toplumsal bütünlük ve kamu sağlığı üzerindeki etkileri bakımından çok boyutlu bir halk sağlığı meselesi olarak ele alınmaktadır.

Son yıllarda madde kullanımına bağlı bağımlılıkların yanı sıra kumar ve dijital teknoloji kullanımı gibi davranışsal bağımlılıkların artış göstermesi, mevcut müdahale modellerinin kapsam ve yaklaşım açısından yeniden değerlendirilmesini gerekli kılmıştır. Literatürde, yalnızca arz kontrolüne dayalı politikaların sınırlı etkisine dikkat çekilmekte; önleme, erken müdahale ve sosyal çevreyi dikkate alan bütüncül yaklaşımların daha sürdürülebilir sonuçlar ürettiği vurgulanmaktadır.[2]

Bu süreçte sivil toplum kuruluşları (STK); halkla iç içe olmaları, toplumun farklı kesimlerine hızla ulaşabilmeleri ve gönüllü katılımını harekete geçirebilmeleri sayesinde kritik bir rol üstlenmektedir. STK'ların esnek yapıları ve yerel sorunlara çözüm üretme yetenekleri büyük bir avantajdır.[3] Ancak bu alandaki çalışmaların daha verimli olması için bazı tartışmalı noktaların da netleşmesi gerekir. Örneğin,

STK faaliyetlerinin ne kadarının bilimsel standartlara uygun olduğu, bu çalışmaların sonuçlarının ne kadar düzenli ölçüldüğü ve yöntemlerin bilimsel geçerliliği hâlâ önemli tartışma konularıdır. [4]

Özellikle yürütülen eğitim ve farkındalık çalışmalarının, bireylerin sadece bilgi düzeyini mi artırdığı yoksa bu bilgiyi kalıcı bir tutum ve davranış değişikliğine dönüştürüp dönüştürmediği konusu, üzerinde durulan alanlardan biridir. Bu çalışma, bağımlılıkla mücadelede sivil toplumun üstlendiği rolü söz konusu akademik tartışmalar ışığında ve gerçekçi bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, Türkiye'nin bu alandaki en köklü yapısı olan Yeşilay'ın tarihsel birikimi ve güncel saha uygulamaları, sivil toplumun kapasitesini anlamak adına temel bir örnek olarak ele alınacaktır.

1. Bağımlılıkla Mücadelede Sivil Toplumun Fonksiyonel ve Çok Katmanlı Rolleri

Sivil toplum kuruluşları, bağımlılıkla mücadele sürecinde sadece hizmet sunan yapılar olmanın ötesinde; politika süreçlerini etkileyen, toplumsal farkındalık oluşturan ve saha verisi sağlayan temel aktörlerdir. Bağımlılık, bireysel bir sağlık sorunu olmanın ötesinde; toplumun ekonomik üretkenliğini ve huzurunu doğrudan etkileyen bir meseledir. Bu nedenle mücadele süreci, sadece kamu otoritelerinin maddeye ulaşımı engelleme çabalarıyla sınırlı kalamaz. Kalıcı başarı için talebin azaltılması, önleme çalışmaları ve iyileşen bireylerin yeniden topluma kazandırılması gibi alanlarda farklı paydaşların desteğine ihtiyaç duyulmaktadır.[5] Bu noktada sivil toplum kuruluşları, özellikle yerel düzeydeki esnek yapıları sayesinde kamunun ulaşamadığı noktalarda tamamlayıcı bir işlev görürler.

Sivil toplumun bu alandaki katkılarından biri önleyici ve koruyucu hizmetler kapsamında risk faktörlerini azaltmayı ve sosyal bağlar ile kişisel dayanıklılık gibi koruyucu faktörleri artırmayı hedefleyen stratejik müdahalelerde belirginleşmektedir.[6] Uluslararası literatür, bağımlılıkla mücadelede sivil toplum kuruluşlarının, yerel toplulukların ve çok paydaşlı iş birliklerinin önemli bir rol oynadığını; topluluk temelli ve kanıta dayalı müdahale modellerinin bu alanda etkili sonuçlar

üretebildiğini vurgulamaktadır. Bu çerçevede önleme çalışmalarının bilimsel temele dayanması, yaş gruplarına uygun biçimde tasarlanması ve aile, okul ile toplum düzeyinde bütüncül olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir.[2] Ayrıca farklı ülkelerde geliştirilen uygulamalar, sivil toplumun ve yerel paydaş iş birliğinin bağımlılıkla mücadelede etkili sonuçlar üretebildiğini göstermektedir. Örneğin İzlanda'da uygulanan 'Iceland Model', yerel düzeyde risk ve koruyucu faktörlerin düzenli olarak ölçülmesine, aile katılımına ve kurumlar arası iş birliğine dayanan bir önleme yaklaşımıdır.[7] Benzer şekilde ABD'de geliştirilen 'Communities That Care' yaklaşımı da toplulukların veri temelli analizler yoluyla uygun önleme programlarını seçmesini sağlayan bir model olarak öne çıkmaktadır.[8] Bu örnekler, bağımlılıkla mücadelede yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda önleyici, topluluk temelli ve çok aktörlü yaklaşımların da önemli olduğunu göstermektedir.

Sivil toplumun bir diğer önemli işlevi, bağımlılığa ilişkin toplumsal damgalanmanın azaltılmasıdır. Bağımlılığın ahlaki bir zayıflık veya sadece bir suç olarak algılanması, bireylerin yardım isteme ve tedaviye başvurma süreçlerini zorlaştırmaktadır. Sivil toplum kuruluşları, bağımlılığı kronik bir sağlık sorunu olarak yeniden çerçeveleyen iletişim stratejileri yürüterek bu damgalanmanın önüne geçebilmektedirler. Bu çabalar, bağımlı bireylerin toplumdan uzaklaşmak yerine tedavi süreçlerine dahil edilmelerini kolaylaştırmaktadır.[9]

Gönüllülük temelli yapı ise sivil toplumun en ayırt edici özelliğidir. Gönüllü ağları, yerel düzeyde toplumsal dayanıklılığın artmasını ve müdahale programlarının yerelde sahiplenilmesini sağlar. Ancak gönüllülüğe dayalı modellerde hizmet kalitesini standart bir seviyede tutmak ve sürekliliği sağlamak profesyonel bir yönetim anlayışı gerektirmektedir. Özellikle hassas gruplarla yürütülen müdahalelerde, bilimsel standartlardan ve etik ilkelerden ödün verilmemesi bu kurumlar için temel bir gerekliliktir.[10,11]

Yerel düzeyde sivil toplum kuruluşlarının diğer kurumlar, özel ve kamu kurumlarıyla kurduğu iş birlikleri de mücadelenin kapsamını genişletmektedir. Belediyeler, sağlık birimleri ve eğitim kurumları ile yapılan ortak projeler, hizmetlerin toplumun geneline yayılması

açısından büyük önem taşır. Öte yandan, bu iş birliklerinde sivil toplumun kendi özgün kimliğini koruması ve bağımsız hareket edebilme kapasitesi kritik bir dengedir. Herhangi bir kaynağa ve otoriteye olan bağımlılığın artması, sivil toplumun politika geliştirme ve eleştirel katkı sunma gücünü sınırlama riski taşıyabilir.[4,12]

Sonuç olarak sivil toplum kuruluşları, bağımlılıkla mücadelede çok katmanlı ve potansiyel olarak dönüştürücü bir role sahiptir. Ancak bu rolün gerçek bir etkiye dönüşebilmesi; kurumsal kapasitenin geliştirilmesine, müdahalelerin bilimsel temelli yaklaşımlara dayandırılmasına, diğer kuruluşlar ile kurulan ilişkilerde sivil toplumun özgün kimliğini koruyabilmesine bağlıdır. STK'ların bağımlılıkla mücadeledeki katkılarını hem sundukları stratejik imkânlar hem de karşılaştıkları metodolojik sınırlılıklarla birlikte ele almak, daha dengeli ve gerçekçi bir analiz sunulması açısından önemlidir.

2. Türkiye'de Bağımlılıkla Mücadelenin Tarihsel Gelişimi ve Sivil Toplumun Konumu: Yeşilay Örneği

Türkiye'de bağımlılıkla mücadelenin tarihsel gelişimi, yalnızca sağlık politikalarının gelişimiyle değil, aynı zamanda sivil toplumun dönüşümü ve devlet-toplum ilişkilerinin yeniden yapılandırılmasıyla birlikte ele alınmalıdır. Bu bağlamda, sivil toplumun bu alandaki rolü, dönemsel olarak değişen politik, sosyal ve kurumsal dinamikler çerçevesinde şekillenmiştir. Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemleri ve erken Cumhuriyet yıllarında bağımlılık, çoğunlukla ahlaki ve toplumsal bir sorun olarak ele alınmış; modern anlamda halk sağlığı perspektifinin yerleşmesi ise daha sonraki dönemlerde gerçekleşmiştir.[13]

Bu bağlamda 5 Mart 1920 tarihinde 'Hilal-i Ahdar' adıyla kurulan ve günümüzde Yeşilay adıyla faaliyet gösteren kurum, Türkiye'de bağımlılıkla mücadele alanındaki en köklü sivil toplum kuruluşudur. Yeşilay, Millî Mücadele döneminin sosyal şartları içinde, işgal yıllarında alkol ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapıcı maddelerin toplum üzerinde yaygınlaşmasını önlemek ve bu konuda toplumsal bilinç oluşturmak amacıyla Şeyhülislam İbrahim Haydarizade Efendi himayesinde Dr. Mazhar Osman ve arkadaşlarınca kurulmuştur.

Kuruluşunun ilk yıllarında ağırlıklı olarak alkolle mücadeleye odaklanan kurum, zamanla faaliyet alanını genişleterek tütün, uyuşturucu maddeler, kumar ve davranışsal bağımlılıklar gibi farklı bağımlılık türlerini de kapsayan bir çalışma alanına yönelmiştir.[14]

Cumhuriyet döneminde Yeşilay'ın kamu yararına çalışan dernek statüsü kazanması, kurumsal gelişimi açısından önemli bir aşama olmuştur. Bu statü, derneğin topluma yararlı faaliyetlerinin resmî olarak tanınması anlamına gelmekte; aynı zamanda kurumsal faaliyetlerin daha güçlü bir zeminde sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Bu çerçevede Yeşilay, Türkiye'de bağımlılıkla mücadele alanında hem toplumsal farkındalık çalışmaları hem de önleyici hizmetler bakımından öne çıkan kurumlardan biri hâline gelmiştir.

Günümüzde Türkiye'de bağımlılıkla mücadele çok yönlü bir yapı içinde yürütülmektedir. Bu alan, Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK) tarafından oluşturulan strateji belgeleri ve eylem planları çerçevesinde, kamu kurumları, eğitim sistemi, sağlık kuruluşları ve sivil toplum örgütlerinin iş birliğiyle şekillenmektedir. BMYK'nin resmî çerçevesi içinde uyuşturucu ile mücadele, tütün kontrolü ve bağımlılıkla mücadeleye ilişkin stratejik iletişim belgeleri yer almakta; böylece mücadele yalnızca tedavi eksenli değil, önleyici ve koordinasyon temelli bir kamu politikası alanı olarak ele alınmaktadır. Yeşilay da bu yapı içinde sivil toplum ayağında konumlanan önemli aktörlerden biri olarak dikkat çekmektedir.

Yeşilay, bağımlılıkla mücadeleyi önleme, müdahale ve rehabilitasyon süreçlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde ele almakta; tütün, alkol, madde, kumar ve teknoloji bağımlılığı olmak üzere beş bağımlılık alanında faaliyet yürütmektedir. Bu bağlamda Yeşilay, Türkiye geneline yayılan yerel şube teşkilatlanması ve gönüllü temelli yapısıyla bağımlılıkla mücadelede rol alan sivil toplum kuruluşlarından biridir. Kurum, ülke çapında sürdürdüğü farkındalık çalışmaları ve önleme programlarının yanı sıra, müdahale ve rehabilitasyon alanlarında da çeşitli hizmetler sunmaktadır. Yerel örgütlenmesine ek olarak Uluslararası Yeşilay Federasyonu içinde yer alması, kurumun faaliyetlerini uluslararası iş birlikleri boyutunda da sürdürdüğünü göstermektedir.

Sonuç olarak Yeşilay örneği, Türkiye'de bağımlılıkla mücadelenin tarihsel gelişimini ve sivil toplumun bu alandaki yerini anlamak açısından önemli bir örnek sunmaktadır. Kurumsal geçmişi, faaliyet alanının zaman içinde genişlemesi ve kamu yararına çalışan dernek statüsü ile Yeşilay, Türkiye'de bağımlılıkla mücadele alanında öne çıkan kurumlardan biri olmayı sürdürmektedir.

3. Bağımlılıkla Mücadelede Önlemenin Önemi

Bağımlılıkla mücadele alanında çağdaş literatür, tedavi ve rehabilitasyon odaklı müdahalelerin tek başına yeterli olmadığını; sürdürülebilir sonuçlar için önleme stratejilerinin merkezi bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.[15] Bu yaklaşım, bağımlılığın ortaya çıkmadan önce engellenmesini veya erken aşamada kontrol altına alınmasını hedefleyen halk sağlığı perspektifiyle uyumludur.[2]

Literatürde önleme modelleri üç ana basamakta gruplandırılmaktadır.[16] Birincil önleme, henüz bağımlılık yapıcı maddelerle temas etmemiş ancak risk taşıyan popülasyonları hedef alan müdahaleleri kapsamaktadır. Bu aşamada temel amaç, koruyucu faktörleri güçlendirerek bireylerin maddeyle tanışma olasılığını ortadan kaldırmak veya bu süreci geciktirmektir. İkincil önleme, maddeyle tanışmış ancak henüz kronik bağımlılık tablosu gelişmemiş olan bireylere odaklanır. Erken müdahale stratejilerinin ön plana çıktığı bu evrede, kullanım davranışının bağımlılığa dönüşmesini engellemek ve bireyi riskli kullanım aşamasında kontrol altına almak hedeflenir. Üçüncül önleme ise bağımlılık geliştikten sonraki süreci kapsar. Bu düzeydeki çalışmalar; madde kullanımının sonlandırılmasını, nükslerin önlenmesini ve kullanım nedeniyle ortaya çıkan biyopsikososyal zararların (bulaşıcı hastalıklar, suça yönelim, fiziksel hasarlar) azaltılmasını amaçlar. Bu basamak aynı zamanda bireyin toplumsal işlevselliğini yeniden kazanmasına yönelik rehabilitasyon süreçlerini de içermektedir.[16]

Önlemenin ekonomik boyutu literatürde önemli bir faktör olarak sunulmakrtadır. Bazı analizler, önleme müdahalelerine yapılan yatırımın uzun vadede sağlık harcamalarını, adli süreç maliyetlerini ve üretkenlik kayıplarını azaltarak ekonomik fayda sağlayabileceğini ileri sürmektedir. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services

Administration - ABD Madde Kullanımı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi) tarafından yayımlanan Substance Abuse Prevention Dollars and Cents raporunda, okul temelli önleme programlarının maliyet–fayda analizi yapılmış ve her 1 $ yatırımın yaklaşık 18 $ ekonomik kazanç sağladığı belirtilmiştir.[17] Bu kazanç; sağlık harcamalarında azalma, adalet sistemi maliyetlerinin düşmesi, iş gücü kayıplarının önlenmesi ve yaşam kalitesinde artış gibi birçok alandan elde edilmektedir. Öte yandan, farklı bir rapora göre göre, önleme programlarının her 1 $ yatırımı ortalama 10 $ toplumsal fayda sağlamaktadır.[18] Bu farklı oranlar, ülkeler arası koşullara, uygulanan programların kapsamına ve değerlendirme yöntemlerine göre değişiklik göstermektedir.

Bağımlılık alanındaki araştırmalar, önleme programlarının bireysel ve toplumsal düzeyde önemli sonuçlar üretebildiğini göstermektedir. Özellikle okul temelli müdahalelerin madde kullanımının başlama yaşını geciktirebildiği ve bazı risk davranışlarını azaltabildiği yönünde bulgular bulunmaktadır.[18] Bağımlılığın ortaya çıkmasında risk ve koruyucu faktörlerin rolü, önleme stratejilerinin şekillenmesinde belirleyici bir unsurdur. Ergenlerde akran baskısı, aile içi çatışma, düşük okul bağlılığı ve sosyoekonomik dezavantajlar risk faktörleri arasında yer alırken; güçlü aile ilişkileri, sosyal destek, problem çözme becerileri ve okul aidiyeti koruyucu faktörler olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle etkili önleme programları, yalnızca bilgi aktarmayı değil; aynı zamanda bireyin sosyal-duygusal becerilerini geliştirmeyi ve çevresel riskleri azaltmayı hedeflemelidir.[18]

Bağımlılıkla mücadelede önleme çalışmalarının etkililiği, sadece madde zararları hakkındaki didaktik bilgi aktarımının ötesine geçerek, bireyin tutum ve davranışlarını dönüştürebilme kapasitesine dayanmaktadır. UNODC tarafından yayımlanan uluslararası standartlar; korku temelli veya yalnızca bilgilendirme odaklı müdahalelerin davranış değişikliği yaratmada yetersiz kaldığını, hatta bazı durumlarda maddeye yönelik merak uyandırarak ters etki yaratabildiğini ortaya koymaktadır. Bağımlılıkla mücadelede önleme çalışmalarının etkililiği, sadece madde zararları hakkındaki didaktik bilgi aktarımının ötesine geçerek, bireyin tutum ve davranışlarını dönüştürebilme kapasitesine dayanmaktadır.

Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı, davranışın kazanılmasında ve sürdürülmesinde çevresel etkileşim, gözlem ve model alma süreçlerinin belirleyici olduğunu savunmaktadır. Bağımlılık bağlamında bu kuram, bireyin madde kullanımına yönelik tutumunun sadece kişisel bir tercih değil; akran grubu, aile ve medya gibi dışsal modellerin gözlemlenmesiyle şekillendiğini vurgular. Kuramın merkezinde yer alan öz-yeterlik (self-efficacy) kavramı, bireyin riskli durumlarda (örneğin akran baskısı altında) madde kullanımını reddetme becerisine olan inancını ifade eder. Etkili önleme programları, bireyin bu öz-yeterlik algısını güçlendirerek, riskli sosyal ortamlarda hayır diyebilme ve alternatif sağlıklı davranışlar geliştirme kapasitesini artırmayı hedefler.[19]

Ajzen'in Planlı Davranış Teorisi ise bir davranışın gerçekleşmesindeki en yakın belirleyicinin davranışsal niyet olduğunu; bu niyetin ise üç temel faktör tarafından şekillendirildiğini ileri sürer: tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol. Bağımlılıkla mücadele çerçevesinde bu teori; bireyin madde kullanımına yönelik geliştirdiği olumlu veya olumsuz değerlendirmelerin (tutum), çevresindeki önemli kişilerin bu davranışı nasıl karşılayacağına dair algısının (öznel normlar) ve davranışı gerçekleştirme veya kaçınma konusundaki kolaylık/zorluk algısının (davranışsal kontrol) niyet üzerinde doğrudan etkili olduğunu açıklar. Dolayısıyla sadece bilgilendirme yapmak yerine, toplumdaki yanlış algılanan normları (örneğin herkes madde kullanıyor algısı) düzeltmeye ve bireyin kendi davranışı üzerindeki kontrol hissini pekiştirmeye odaklanan müdahaleler, davranış değişikliği yaratmada çok daha yüksek bir başarı oranına sahiptir.[20]

Araştırmalar, önleme programlarının madde kullanımını sadece azaltmakla kalmayıp, kullanımın başlamasını ortalama iki yıl geciktirdiğini göstermektedir.[21] Özellikle ergenlik döneminde beyin yapısındaki ödül sistemi ve dürtü kontrolü mekanizmalarının henüz olgunlaşmamış olması, madde kullanım yaşının geciktirilmesini hayati kılar; zira madde kullanımı ne kadar erken yaşta başlarsa bağımlılık riski o denli yükselmektedir.[22] Bununla birlikte, bu etkilerin programın niteliğine, uygulama süresine ve bağlamsal faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterdiği de vurgulanmaktadır. Nitekim bazı meta-analizler,

kısa süreli veya standartlaştırılmamış önleme programlarının etkisinin sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır.[23,24]

Önleme alanında önemli kazanımlar elde edilmekle birlikte, bu alana ilişkin bazı sınırlılıklar da literatürde vurgulanmaktadır. Özellikle geniş ölçekli uygulamalarda program sadakati, uygulayıcıların niteliği ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının yetersizliği, elde edilen sonuçların güvenilirliğini ve genellenebilirliğini etkileyebilmektedir. Ayrıca birçok programda kısa vadeli çıktıların ölçülmesine odaklanılırken, uzun vadeli davranış değişikliklerinin sistematik olarak izlenmemesi önemli bir boşluk olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle önleme alanındaki uygulamaların, teorik modellerle uyumlu, veri temelli ve eleştirel bir yaklaşımla ele alınması; aynı zamanda uzun vadeli etkileri ölçebilecek güçlü değerlendirme tasarımlarıyla desteklenmesi gerekmektedir.[2,25]

4. Bağımlılık Önleme Programları: Uluslararası Yaklaşımlar, Türkiye'deki Uygulamalar ve Yeşilay Programları

4.1. Dünyada Bağımlılık Önleme Programları

Bağımlılıkla mücadelede önleme çalışmaları, özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde riskli davranışların ortaya çıkmasını engellemeyi veya geciktirmeyi hedefleyen temel halk sağlığı stratejileri arasında yer almaktadır. UNODC ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen uluslararası standartlar, etkili önleme sistemlerinin yalnızca bilgi aktarımına değil; gelişim dönemine uygun müdahalelere, aile ve okul bileşenlerine, yaşam becerilerine ve toplum temelli politikalara dayanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Uluslararası literatürde yaygın olarak bilinen okul temelli önleme programlarından biri Project ALERT'tır. RAND Corporation tarafından geliştirilen bu program, ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanımını önlemeyi amaçlamakta ve akran etkisi ile sosyal normlara odaklanan sosyal etki yaklaşımını temel almaktadır. Program, yapılandırılmış sınıf oturumları aracılığıyla öğrencilerin akran baskısına karşı direnme becerilerini geliştirmeyi, madde kullanımına ilişkin

yanlış norm algılarını düzeltmeyi ve medya mesajlarını eleştirel biçimde değerlendirmelerini desteklemeyi hedeflemektedir. Ayrıca rol oynama, grup tartışmaları ve etkileşimli etkinlikler yoluyla sosyal becerilerin güçlendirilmesine odaklanmaktadır. Programın etkililiğine ilişkin bulgular ise karma bir tablo ortaya koymaktadır. Erken dönem randomize çalışmalar bazı kısa vadeli olumlu etkiler bildirse de, daha sonraki bağımsız araştırmalar bu etkilerin sınırlı, tutarsız ve çoğu zaman kalıcı olmadığını göstermektedir.[16, 27]

Bir diğer önemli okul temelli önleme programı Project Towards No Drug Abuse (TND)'dır. University of Southern California bünyesinde geliştirilen bu program, özellikle lise çağındaki ve görece daha yüksek risk altında bulunan gençleri hedeflemekte ve etkileşimli sınıf oturumları aracılığıyla motivasyon, karar verme, özdenetim, iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Programın etkililiğine ilişkin bulgular ise karma bir tablo sunmaktadır; bazı değerlendirmelerde madde kullanımında azalma yönünde olumlu sonuçlar bildirilirken, daha sonraki çalışmalar ve derlemeler bu etkilerin sınırlı ve bağlama duyarlı olduğunu, uygulama kalitesi ve hedef grubun özelliklerine göre değişebildiğini göstermektedir.[28]

Beceri temelli önleme programları arasında en çok incelenenlerden biri Life Skills Training (LST) programıdır.[29] Botvin tarafından geliştirilen bu program, ortaokul düzeyinde uygulanmak üzere tasarlanmış çok yıllı ve yapılandırılmış bir müdahale olup kişisel özdenetim, sosyal beceriler ve madde kullanımına direnme becerilerini bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır. Program; karar verme, stresle başa çıkma, iletişim becerileri ve akran baskısına direnme gibi alanlarda etkileşimli sınıf etkinlikleri, rol oynama ve beceri pratiğine dayalı oturumlar içermektedir. Programın etkililiğine ilişkin bulgular, güçlü yöntemsel tasarımlara dayanan çalışmalarla desteklendiğini ve özellikle uzun vadede madde kullanımını azaltma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle LST, yalnızca bilgi aktarımına dayalı yaklaşımlardan ayrılarak davranış değişikliğinin psikososyal belirleyicilerini hedefleyen daha kapsamlı önleme modellerinden biri olarak değerlendirilmektedir.[30]

UNODC tarafından 'iyi uygulama' örnekleri arasında değerlendirilen *Unplugged* programı, Sosyal Gelişim Modeli'ne dayanan okul temelli bir önleme müdahalesidir. EU-Dap (European Drug Addiction Prevention Trial) projesi kapsamında geliştirilen bu program, yalnızca bilgi aktarımına dayalı geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak, gençlerin madde kullanımına ilişkin normatif algılarını ve sosyal becerilerini hedef almaktadır. On iki oturumdan oluşan yapı; etkileşimli öğrenme yöntemleri, rol yapma uygulamaları ve akran temelli tartışmalar aracılığıyla öğrencilerin akran baskısına direnme ve karar verme becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Programın farklı Avrupa ülkelerinde yürütülen randomize kontrollü çalışmaları, *Unplugged* müdahalesinin özellikle sigara, alkol ve esrar kullanımına yönelik risk davranışlarını azaltmada istatistiksel olarak anlamlı etkiler üretebildiğini göstermektedir.[31]

UNODC tarafından geliştirilen bir diğer önleme yaklaşımı ise aile temelli müdahalelere odaklanan *Strong Families* programıdır. Bu program, özellikle sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı ve stres altındaki ailelerde ebeveynlik becerilerini güçlendirmeyi ve çocukların riskli davranışlara yönelmesini önlemeyi hedeflemektedir. Programın farklı ülkelerde yürütülen uygulamalarına ilişkin değerlendirmeler, ebeveyn-çocuk ilişkilerinde iyileşme, davranış problemlerinde azalma ve aile içi iletişimde güçlenme gibi olumlu sonuçlara işaret etmektedir.[32] Buna ek olarak, UNODC tarafından geliştirilen *Line Up Live Up* programı, spor temelli bir önleme yaklaşımı sunmaktadır. 11–18 yaş arası gençlere yönelik olarak tasarlanan bu program, yaşam becerilerinin geliştirilmesini hedefleyen yapılandırılmış spor etkinlikleri aracılığıyla özdenetim, problem çözme ve sosyal uyum becerilerini desteklemektedir. Farklı ülkelerde gerçekleştirilen uygulama değerlendirmeleri, programın gençlerin saldırganlık düzeylerini azaltma ve riskli durumlarda daha sağlıklı karar verme becerilerini geliştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.[33]

Daha geniş ölçekli toplum temelli modeller de uluslararası alanda dikkat çekmektedir. Communities That Care (CTC), tek bir müfredat yerine, yerel toplumların veri temelli biçimde risk ve koruyucu fak-

törlerini analiz ederek uygun programları seçmesini öngören bir önleme sistemi olarak geliştirilmiştir. Benzer şekilde İzlanda Önleme Modeli (Icelandic Prevention Model / Planet Youth), gençlerde madde kullanımını topluluk düzeyindeki sosyal koşullar, aile katılımı, okul ilişkisi ve yapılandırılmış boş zaman faaliyetleri üzerinden ele almaktadır. Bu iki örnek, etkili önlemenin yalnızca bireye dönük eğitim programlarından değil, aileyi, okulu ve yerel çevreyi birlikte hedefleyen sistemlerden oluşabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte bu modellerin farklı ülkelere aktarımında yerel uyarlama kritik önem taşımaktadır.

Son yıllarda önleme programlarının kapsamı davranışsal bağımlılıklara doğru da genişlemektedir. Kumar zararlarını önlemeye yönelik gençlik programları ve okul temelli e-sigara önleme müdahaleleri buna örnektir. Ancak bu yeni alanlarda kanıt düzeyinin klasik alkol, tütün ve madde önleme programlarına göre daha sınırlı olduğu; özellikle uzun vadeli etkiyi ortaya koyan çalışmaların henüz yeterince güçlü olmadığı görülmektedir.

Son yıllarda önleme programlarının kapsamı, dijitalleşen dünyanın bir gereği olarak kumar zararları ve e-sigara kullanımı gibi davranışsal bağımlılık alanlarına doğru genişlemektedir. Ancak bu yeni nesil risk alanlarındaki müdahalelerin kanıt düzeyi, klasik madde önleme programlarına kıyasla henüz sınırlıdır ve uzun vadeli etkiyi ölçen boylamsal çalışmalara duyulan ihtiyaç devam etmektedir. Genel bir değerlendirme yapıldığında; okul müfredatları, aile odaklı eğitimler (Strong Families vb.) ve toplum ölçekli sistemlerin (Planet Youth vb.) tek bir modele indirgenemeyecek kadar çok bileşenli bir yapı sunduğu görülmektedir.[34]

4.2. Türkiye'de Bağımlılık Önleme Programları

Türkiye'de bağımlılık önleme alanında yürütülen çalışmalar incelendiğinde, hem kamu kurumları hem de sivil toplum kuruluşları tarafından gerçekleştirilen okul temelli eğitimler, farkındalık kampanyaları ve aileye yönelik bilinçlendirme faaliyetlerinin öne çıktığı görülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmaların önemli bir kısmı kısa süreli, bilgilendirme ağırlıklı veya kampanya biçiminde yürütülmekte; uzun

dönemli davranış değişikliğini sistematik biçimde ölçen değerlendirmeler daha sınırlı kalmaktadır. Bu yapı, Türkiye'de önleme alanının gelişmekte olduğunu, ancak kanıta dayalı ve sürdürülebilir program tasarımı açısından hâlâ güçlenmeye ihtiyaç duyduğunu düşündürmektedir. Bu değerlendirme, kullanıcının sağladığı mevcut metin ve önceki içeriklerle de uyumludur.

Sivil toplum alanında örnek verilen programlardan biri Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği tarafından geliştirilen *YokYav! 15–18* programıdır. Kullanıcının paylaştığı metne göre bu program, lise öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımını önlemeyi amaçlayan okul temelli bir yapı sunmaktadır. Aynı dernek tarafından yürütülen *Kulaktan Kulağa Eğitim Programı* ise akran temelli ve psikososyal beceri geliştirmeye dayalı bir önleme yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu programların etkililiğine ilişkin bağımsız ve erişilebilir akademik değerlendirmelerin sınırlı olması, onları uluslararası alanda iyi belgelenmiş modellerle aynı düzeyde karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Bu durum da Türkiye'de önleme alanındaki en temel boşluklardan birine, yani değerlendirme ve yayın eksikliğine işaret etmektedir.

Kamu kurumları tarafından yürütülen önleme faaliyetleri de önemli bir yer tutmaktadır. Kullanıcının sağladığı metne göre TUBİM ve emniyet birimleri tarafından gerçekleştirilen *Madde Kullanımı ile Mücadele Eğitimi*, 81 ilde yaygın biçimde uygulanan ve konferans, seminer, tiyatro gibi faaliyetlerle geniş kitlelere ulaşmayı hedefleyen bir yapı sunmaktadır. Benzer şekilde Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK) teknoloji ve internet bağımlılığına yönelik eğitimler düzenlemekte; Gençlik ve Spor Bakanlığı ise kamplar, gençlik merkezleri ve sosyal-kültürel faaliyetler aracılığıyla gençleri riskli davranışlardan uzaklaştırmaya yönelik koruyucu bir rol üstlenmektedir. Bu tür çalışmaların kapsamı önemli olmakla birlikte, bunların ne ölçüde kalıcı davranış değişikliği ürettiğini gösteren bağımsız ampirik araştırmalar sınırlıdır.

Türkiye'deki önleme çalışmalarının genel yapısına bakıldığında, madde bağımlılığına yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin görece daha baskın olduğu; davranışsal bağımlılıklar, aile temelli önleme ve yaşam

becerileri temelli uzun süreli müdahaleler gibi alanlarda ise daha sınırlı bir program çeşitliliği bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle Türkiye bağlamında önleme çalışmalarının daha sistematik, çok bileşenli ve değerlendirme odaklı hale getirilmesi gerektiği söylenebilir.

Türkiye'de Yeşilay'ın Önleme Programları

Bağımlılıkla mücadelenin en temel aşaması olan birincil önleme; bireyin bağımlılık yapıcı maddelerle temasını henüz başlamadan engellemeyi ve riskli davranış modellerinden uzak durmasını sağlamayı amaçlayan bir süreçtir. Bu hedefle Yeşilay tarafından 2014 yılında hayata geçirilen Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM), Millî Eğitim Bakanlığı ile yapılan iş birliği çerçevesinde yapılandırılmış, Türkiye'nin bu alandaki en kapsamlı ve modüler eğitim sistemidir. Programın ayırt edici niteliği, okul öncesi dönemden başlayarak ilkokul, ortaokul, lise ve yetişkinlik evrelerini kapsayan, her yaş grubuna özgü pedagojik ve psikolojik yaklaşımlarla hazırlanmış spesifik modüllere sahip olmasıdır. Söz konusu modüller; sağlıklı yaşam, teknoloji, tütün, alkol, madde ve kumar bağımlılığı gibi geniş bir yelpazeyi bilimsel standartlarda ele almaktadır.

Programın 2016–2017 ve 2018 yıllarında gerçekleştirilen etkililik analizleri, TBM'nin özellikle bilgi düzeyi ve farkındalık artışında anlamlı etkiler ürettiğini göstermektedir.[35,36] Bununla birlikte duygu, tutum ve davranış değişikliği boyutlarında etkilerin daha sınırlı kaldığı görülmektedir. Güncel ihtiyaçlara göre 2021 yılında eğitim programının içeriği genişletilip güncellenmiş; yalnızca teorik bilgi aktarmakla kalmayıp hedef kitlenin gelişimsel ve bilişsel özelliklerine uygun, tutum değişikliği yaratmayı hedeflenmiştir. 2023 yılında gerçekleştirilen sosyal etki analizinde bilgi düzeyi, mücadele becerisi ve davranış farkındalığı gibi alanlarda artış gözlenmiştir.

Bu bulgular, TBM'nin geniş erişim kapasitesine sahip bir önleme aracı olarak işlev gördüğünü, ancak uzun vadeli davranışsal etkilerinin daha sistematik ve bağımsız çalışmalarla izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Nitekim programın güncel etkililik değerlendirmelerinin 2026 yılında sürdürülmekte olduğu ve kapsamlı etki analizlerinin tamamlanmasının planlandığı ifade edilmektedir.

Yeşilay'ın birincil önleme alanındaki ikinci temel programı olan Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı (YYBE), bilgi temelli farkındalık çalışmalarının ötesine geçerek doğrudan davranış değişikliğini hedeflemektedir. Program, özellikle ergenlik dönemindeki bireylerin bağımlılık riskine karşı korunmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiş olup, Millî Eğitim Bakanlığı iş birliğiyle okul ortamında uygulanmaktadır. YYBE, ortaokul 7. sınıf düzeyinde yürütülen ve 7 haftalık etkileşim temelli oturumlardan oluşan yapılandırılmış bir eğitim programıdır. Ayrıca 8. Sınıfta uygulanmak üzere 3 haftalık destekleyici etkinlikleri bulunmaktadır.

Programın içeriği; öz farkındalık, duygusal düzenleme, stresle başa çıkma, iletişim becerileri, empati kurma, karar verme, problem çözme ve riskli durumlarda uzak durabilme gibi sosyal ve duygusal becerilerin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Bu yönüyle YYBE, öğrencilerin günlük yaşamlarında karşılaşabilecekleri riskli durumlara karşı direnç geliştirmelerini amaçlayan beceri temelli bir yaklaşım sunmaktadır. Uygulama sürecinde rol yapma, grup çalışmaları ve etkileşimli etkinlikler gibi katılımcı yöntemler kullanılmakta; böylece öğrencilerin öğrenme sürecine aktif katılımı sağlanmaktadır.

Programın etkililik analizleri, YYBE'nin özellikle yaşam becerileri alanında olumlu sonuçlar ürettiğini ortaya koymaktadır. Öğrencilerin öz yönetim, iletişim ve karar verme becerilerinde gelişim gözlenirken, bazı bağımlılık davranışlarına ilişkin çıktılarda etkilerin daha sınırlı kaldığı görülmektedir.[37] Bu durum, beceri temelli müdahalelerin önemli olmakla birlikte, aile, okul ve sosyal çevreyi içeren daha geniş bir destek sistemiyle birlikte uygulanmasının önemini işaret ediyor olabilir. Dolayısıyla YYBE, bağımlılıkla mücadelede davranışsal boyutu güçlendiren önemli bir bileşen olmakla birlikte, tek başına yeterli bir müdahale olarak değil, çok bileşenli önleme stratejilerinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

Yeşilay'ın önleme sisteminin üçüncü bileşeni olan Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı (OBM), klasik sınıf temelli eğitim programlarından farklı olarak risk grubundaki öğrencilere yönelik bireyselleştirilmiş bir erken müdahale modeli sunmaktadır. Program, tütün, alkol, madde, kumar, oyun veya internet alanlarında bağımlılık riski taşıyan

veya erken düzeyde kullanım/riskli kullanım davranışı sergileyen öğrencilerin tespit edilmesi ve bu öğrencilere yönelik yapılandırılmış psikososyyal destek sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yönüyle OBM, ikincil önleme düzeyinde konumlanan ve bağımlılık davranışının yerleşmesini engellemeye odaklanan bir müdahale yaklaşımıdır.

OBM kapsamında yürütülen çalışmalar, okul rehber öğretmen/psikolojik danışmanları tarafından gizlilik esasına dayalı olarak gerçekleştirilen bireysel görüşmelere dayanmaktadır. Bu görüşmelerde öğrencinin kullanım alanı/davranışı, risk faktörleri, aile ilişkileri ve psikososyal durumu bütüncül bir çerçevede ele alınmakta; OBMSoft yazılımı üzerinden ihtiyaçlara göre kişiselleştirilmiş müdahale planları oluşturulmaktadır. Program sürecinde motivasyonel görüşme teknikleri, farkındalık artırıcı çalışmalar ve davranış değişikliğini destekleyici stratejiler kullanılmaktadır. Bu yönüyle OBM, erken aşamada müdahale ederek riskli davranışların bağımlılığa dönüşmesini engellemeyi hedefleyen yapılandırılmış bir destek mekanizması sunmaktadır.

Programın etkililik verileri, pilot uygulama kapsamında kısa vadede olumlu sonuçlara ve tütün, alkol ve madde kullanımında azalma ve bazı durumlarda bırakma oranlarında artış gösterse de, programın uzun dönemli etkilerinin daha güçlü ve deneysel araştırma tasarımlarıyla izlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle OBM, erken müdahale açısından önemli bir araç olmakla birlikte, etkililiğinin daha kapsamlı biçimde ortaya konulabilmesi için sistematik izleme ve değerlendirme çalışmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Bu üç program birlikte değerlendirildiğinde, Yeşilay'ın Türkiye'de yalnızca tekil eğitimler değil, farklı önleme basamaklarını kapsayan bütünleşik bir kurumsal model geliştirdiği görülmektedir. TBM daha geniş kitlelere yönelik birincil farkındalık işlevi üstlenirken, YYBE beceri geliştirme boyutunu güçlendirmekte, OBM ise riskli öğrenciler için erken müdahale alanı açmaktadır. Bununla birlikte önceki bölümlerde de tartışıldığı gibi, bu programların ortak sınırlılığı uzun dönemli, bağımsız ve deneysel etki değerlendirmelerinin henüz sınırlı oluşudur. Dolayısıyla Yeşilay'ın önleme yapısı, kapsam ve çeşitlilik bakımından Türkiye'de önemli bir örnek sunmakla

birlikte, bu yapının bilimsel etkisini daha net gösterebilmek için metodolojik açıdan daha güçlü araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

5. Bağımlılıkla Mücadelede Gönüllülüğün Önemi ve Yeşilay Modeli

Sivil toplum kuruluşlarının toplumsal gücünü sağlayan en temel kaynak gönüllülük esasıdır. Gönüllülük, bireyin kendi hür iradesiyle ve maddi bir karşılık beklemeksizin toplumsal bir sorunun çözümü için sorumluluk almasıdır.[38] Bağımlılık gibi çok katmanlı sorunlarda gönüllü katılımı, profesyonel hizmetlerin ulaşmakta zorlandığı sosyal alanlara nüfuz edilmesini sağlayan hayati bir toplumsal sermaye işlevi görür. Bu süreç, toplumdaki güven bağlarını güçlendirerek bağımlılık gibi riskli davranışlara karşı doğal bir koruyucu kalkan oluşturur.[39]

Bağımlılıkla mücadelede STK'lar, esnek yapıları sayesinde yerel ihtiyaçlara hızla adapte olabilir ve resmi kurumların ulaşamadığı risk gruplarına güven ilişkisi üzerinden temas edebilirler. Bu noktada kurumların gönüllü yönetim modelleri, sistematik eğitim ve yönlendirme süreçleriyle desteklenen sürdürülebilir yapılara odaklanmaktadır.

Yeşilay gönüllülük modeli bu ihtiyaçlara uyumlanmayı hedeflemektedir. Üniversitelerde kurulan Genç Yeşilay kulüpleri ve akran temelli gönüllülük çalışmaları, üniversite ve lise çağındaki gençler arasında bağımlılık riskini azaltmayı hedeflemektedir. Geleişimsel olarak ergenler ve gençler, otorite figürlerinden ziyade kendi yaş grubundan gelen sağlıklı yaşam mesajlarını daha kolay içselleştirmektedir.[40] Türkiye'nin 81 ilinde yer alan şubeler ve yerel yapılanma ile birlikte gönüllülerin aktif katılımı, bağımlılıkla mücadelenin toplumun tüm kesimlerinin sahip çıktığı kolektif bir sorumluluk alanına dönüşmesini sağlamaktadır.

Bununla birlikte, gönüllülük temelli modellerin sürdürülebilirliği ve etkililiği literatürde tartışmalı bir alan olmaya devam etmektedir. Gönüllü katılımı, erişim kapasitesini artırmakla birlikte; hizmet kalitesinde değişkenlik, profesyonel standartlara uyum ve hesap verebilirlik gibi konularda çeşitli sınırlılıklar barındırabilmektedir. Bu nedenle, gönüllülük modellerinin sistematik eğitim, süpervizyon ve etki değerlendirme

mekanizmalarıyla desteklenmesi, bağımlılıkla mücadelede daha tutarlı sonuçlar elde edilmesi açısından önem taşımaktadır.

6. Bağımlılıkla Mücadelede Savunuculuğun Rolü ve Politika Süreçleri: Sivil Toplum Perspektifi

Bağımlılıkla mücadelede savunuculuk (advocacy), bilimsel bilgi, saha deneyimi ve toplumsal taleplerin kamu politikalarına yansıtılmasını amaçlayan önemli bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir. Sivil toplum kuruluşları, bu süreçte yalnızca hizmet sunan aktörler değil; aynı zamanda politika yapım süreçlerini etkileyen, izleyen ve zaman zaman eleştiren yapılar olarak konumlanmaktadır.[41]

Savunuculuk faaliyetleri, halk sağlığı perspektifinde genellikle iki temel düzeyde ele alınmaktadır: devlet merkezli savunuculuk ve toplum merkezli savunuculuk. Devlet merkezli savunuculuk yasal düzenlemeler, denetim mekanizmaları ve kamu stratejileri üzerinde etki oluşturmayı hedeflerken; toplum merkezli savunuculuk, bireylerin ve toplulukların sağlık davranışlarını şekillendiren sosyal normları dönüştürmeyi amaçlamaktadır.[42] Bağımlılıkla mücadele alanında bu iki düzey çoğunlukla iç içe geçmekte ve birbirini tamamlayan süreçler olarak işlemektedir.

STK'ların savunuculuk kapasitesi; sahip oldukları veri, uzmanlık ve toplumsal meşruiyet ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle saha verilerine dayalı raporlar ve kanıta dayalı politika önerileri, karar alıcılar üzerinde somut etkiler oluşturabilmektedir. Ancak literatürde, bu etkinin her zaman doğrudan ve ölçülebilir olmadığı; savunuculuğun çoğunlukla dolaylı ve uzun vadeli süreçler üzerinden sonuç verdiği vurgulanmaktadır.[43] Savunuculuğun bir diğer boyutu da toplumsal normların dönüştürülmesidir. Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına ilişkin sosyal kabul düzeyi, bireysel davranışlar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sivil toplum kuruluşları, iletişim kampanyaları ve toplumsal mobilizasyon yoluyla bu normları etkilemeye çalışmaktadır. Ancak bu tür müdahalelerin etkisi, kültürel bağlam, medya yapısı ve ekonomik faktörler gibi çok sayıda değişkene bağlı olarak farklılık göstermektedir.

Türkiye'de bağımlılıkla mücadele alanında faaliyet gösteren köklü sivil toplum kuruluşlarından Yeşilay, özellikle farkındalık oluşturma, mevzuatın uygulanmasını izleme ve politika süreçlerine katkı sunma gibi alanlarda savunuculuk faaliyetleri yürütmektedir. Bu bağlamda bazı programlar, gönüllüler aracılığıyla sahadaki ihlallerin raporlanması ve ilgili kurumlara iletilmesi gibi mekanizmalar geliştirmiştir. Bu tür uygulamalar, sivil denetim ve toplumsal katılım açısından önemli bir potansiyel taşımaktadır. Ancak savunuculuk faaliyetlerinin etkililiği, çeşitli yapısal ve kurumsal faktörlere bağlıdır. Öncelikle, sivil toplum kuruluşlarının kamu kurumlarıyla kurduğu ilişkinin niteliği belirleyici bir rol oynamaktadır. Devletle yakın iş birliği içinde çalışan kuruluşlar, politika süreçlerine erişim açısından avantaj elde edebilmekte; ancak bu durum bazı durumlarda eleştirel pozisyonlarını sınırlayabilmektedir.[43] Bu ikili yapı, savunuculuğun hem fırsatlarını hem de sınırlarını belirleyen temel bir dinamik olarak değerlendirilmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, sivil toplum temelli savunuculuk faaliyetleri bağımlılıkla mücadelede önemli bir tamamlayıcı rol oynamaktadır. Bununla birlikte bu rolün etkililiği; kurumsal kapasite, veri temelli yaklaşım, kamu ile ilişkilerin niteliği ve toplumsal bağlam gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle savunuculuk faaliyetlerinin, yalnızca başarı örnekleri üzerinden değil, aynı zamanda sınırlılıkları ve yapısal kısıtlarıyla birlikte ele alınması, daha dengeli bir değerlendirme için gereklidir.

7. Bağımlılıkla Mücadelede Müdahale ve Bütünleşik Modeller: YEDAM ve REHAB

Bağımlılıkla mücadele süreci; koruyucu önlemlerden başlayarak tedavi ve uzun süreli rehabilitasyona kadar uzanan çok aşamalı bir yapıya sahiptir. Önleme çalışmaları risk faktörlerinin davranışa dönüşmesini engellemeyi hedeflerken, müdahale ve rehabilitasyon süreçleri bağımlılığın klinik bir tablo olarak ortaya çıktığı durumlarda bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal işlevselliğinin yeniden kazandırılmasına odaklanmaktadır. Modern bağımlılık literatüründe müdahale, yalnızca madde kullanımının sonlandırılması değil, aynı zamanda

bireyin psikososyal becerilerinin yeniden yapılandırılması süreci olarak ele alınmaktadır.[44,45]

Rehabilitasyon ise bu sürecin en kritik aşamalarından biri olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi arınma sonrasında bireyin sosyal hayata yeniden uyum sağlaması, nüks riskinin azaltılması ve üretken bir yaşam kurabilmesi, bağımlılıkla mücadelenin sürdürülebilirliği açısından belirleyici rol oynamaktadır. Bu noktada sivil toplum kuruluşları, klinik tedavi süreçlerini sosyal destek mekanizmalarıyla tamamlayarak iyileşme sürecine katkı sunmaktadır. Bununla birlikte, bu katkının etkililiği büyük ölçüde uygulanan programların niteliğine ve izleme-değerlendirme mekanizmalarına bağlıdır.[44]

7.1. Ayaktan Psikososyal Destek Sistemi: Yeşilay Danışmanlık Merkezleri (YEDAM)

Ayaktan psikososyal destek hizmetleri, bağımlılıkla mücadelede erken müdahale, tedaviye yönlendirme ve iyileşme sürecinin sürdürülmesi açısından önemli bir araç olarak değerlendirilmektedir. Bu tür hizmetler, özellikle damgalanma, gizlilik kaygısı ve kurumsal başvuruya yönelik çekinceler nedeniyle profesyonel yardım arama davranışı sınırlı kalan bireyler için daha erişilebilir bir destek mekanizması sunmaktadır. Bu bağlamda Yeşilay tarafından geliştirilen Yeşilay Danışmanlık Merkezleri (YEDAM), Türkiye'de bağımlılık alanında ücretsiz ayaktan psikososyal destek sağlayan kurumsal modellerden biri olarak öne çıkmaktadır.

Yeşilay bünyesinde yürütülen YEDAM modeli, geniş coğrafi kapsama alanı ve ücretsiz hizmet sunumu ile dikkat çekmektedir. Merkezler ve danışma hattı aracılığıyla sunulan hizmetler, bağımlılıkla mücadelede yardım arama davranışını kolaylaştırmakta ve farklı bağımlılık türlerine (alkol, madde, kumar, tütün ve internet bağımlılığı) yönelik erişilebilir bir başvuru zemini oluşturmaktadır. Ayrıca klinik psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, iyileşme koçları, halkla ilişkiler uzmanlarından oluşan multidisipliner ekipler tarafından yürütülen psikososyal destek süreçleri, bağımlılığın yalnızca madde kullanımıyla sınırlı olmayan, psikolojik ve sosyal boyutları da içeren yapısına uygun bir müdahale çerçevesi sunmaktadır. Her bağımlılık türüne özgü ayrı

bir müdahale programı olan YEDAM'da, bireysel görüşmelerin yanı sıra atölyeler, yeni yaşam etkinlikleri, aile görüşmeleri, grup terapileri ve İŞKUR iş birliğiyle sağlanan iş bulma desteği gibi uygulamalarla danışanlara çok yönlü ve bütüncül bir hizmet sunulmaktadır.

YEDAM Modeli; bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme ve farkındalık temelli müdahaleleri içeren, bilimsel çalışmalar ışığında geliştirilmiş bir yaklaşıma dayanmaktadır. Bununla birlikte model, sunduğu hizmetleri sürekli geliştirmeyi ve daha etkili hale getirmeyi hedefleyen dinamik bir yapı olarak öne çıkmaktadır. Bu doğrultuda YEDAM, uygulamalarını düzenli olarak gözden geçirerek yenilemekte ve hizmet kalitesini sürekli artırmayı hedeflemektedir.

Yeşilay'ın YEDAM modelinin etkililiğinin çok boyutlu olarak değerlendirilmektedir. YEDAM'da iyileşme yalnızca bireyin alkol/madde/tütün kullanımını bırakması, kumar oynamaması veya internet kullanımını sağlıklı sınırlara çekmesi gibi davranışsal değişimlerle sınırlı ele alınmamaktadır. Bunun yanı sıra, bireyin ruh sağlığında yaşanan olumlu değişimler, aile ilişkilerinin güçlenmesi, yeni arkadaşlık ilişkileri geliştirmesi, sosyal becerilerinin gelişmesi, sağlıklı başa çıkma becerileri geliştirebilmesi ve yaşam düzeninin yeniden yapılandırılması gibi alanlar da iyileşmenin önemli göstergeleri olarak değerlendirilmektedir. Bu bütüncül yaklaşım doğrultusunda YEDAM, elde ettiği verileri paylaşarak bilimsel literatüre katkı sunmakta ve uygulama alanlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

7.2. Nüks Önleme, Toplumsal Entegrasyon ve Yeşilay Rehabilitasyon Merkezleri (REHAB)

Rehabilitasyon süreci, bağımlılığın yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik boyutlarını hedef alan bütüncül bir müdahale alanıdır. Özellikle tedavi sonrası ilk dönemde nüks riskinin yüksek olması, yapılandırılmış ve uzun süreli destek mekanizmalarının önemini artırmaktadır.

Yataklı rehabilitasyon modelleri, bireyin kontrollü bir ortamda yaşam becerilerini yeniden kazanmasını ve madde kullanımını tetikleyen çevresel faktörlerden uzaklaşmasını sağlamaktadır. Bu tür

programlarda uygulanan psikososyal destek, mesleki eğitim ve sosyal etkinlikler, bireyin öz-yeterlik algısını güçlendirmeyi ve toplumsal entegrasyonunu desteklemeyi amaçlamaktadır.

Bu çerçevede geliştirilen Yeşilay Rehabilitasyon Merkezleri (REHAB), ayaktan destek sistemlerinden elde edilen saha deneyimi ve ihtiyaçlar doğrultusunda yapılandırılmış bir model sunmaktadır. Farklı illerde hizmet veren bu merkezler, çoğunlukla ayaktan destek birimleri ve sağlık kuruluşları aracılığıyla yönlendirilen bireylere hizmet vermekte; böylece bağımlılıkla mücadelede ayaktan destek ile yataklı rehabilitasyon arasında bir süreklilik oluşturmaktadır. Merkezlerde uygulanan programlar; psikososyal destek, bireysel ve grup görüşmeleri, mesleki eğitimler, spor ve sanat faaliyetleri gibi çok yönlü müdahaleleri içermekte; bireyin öz yeterlilik duygusunu güçlendirmeyi ve üretken bir yaşam düzeni kurmasını desteklemeyi amaçlamaktadır.

Mevcut uygulama verileri, bu merkezlerde önemli sayıda yatış ve takip sürecinin gerçekleştirildiğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu veriler ağırlıklı olarak hizmet sunumuna ilişkin nicel göstergelere dayanmaktadır. Rehabilitasyon programlarının etkililiğinin değerlendirilmesinde yalnızca yatış sayısı veya hizmet süresi gibi göstergeler yeterli değildir. Uzun vadeli abstinens, istihdam durumu, sosyal uyum ve yaşam kalitesi gibi sonuç göstergelerinin sistematik olarak izlenmesi gerekmektedir. Ayrıca, mevcut verilerin çoğunlukla kontrol grubu içermemesi ve uzun dönemli izleme çalışmalarının sınırlı olması, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Bu bağlamda, rehabilitasyon modellerinin başarısının yalnızca kurum içi süreçlere değil; bireyin taburculuk sonrası sosyal destek sistemlerine erişimine de bağlı olduğu görülmektedir. Aile desteği, istihdam olanakları ve sosyal çevre gibi faktörler, iyileşmenin sürdürülebilirliği açısından belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle yataklı rehabilitasyon modellerinin, ayaktan destek hizmetleri ve toplum temelli mekanizmalarla entegre edilmesi, bağımlılıkla mücadelede bütüncül ve sürdürülebilir bir yaklaşımın temelini oluşturmaktadır.

Sonuç: Geleceğe Yönelik Değerlendirme ve Öneriler

Bu çalışmada ele alınan bulgular, bağımlılıkla mücadelenin yalnızca tıbbi müdahaleler veya arz kontrolüne dayalı politikalarla sınırlı olmayan, çok boyutlu bir halk sağlığı alanı olduğunu göstermektedir. Bağımlılık; biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerin etkileşimiyle şekillenen bir olgu olduğundan, müdahale süreçlerinin de çok katmanlı ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir.

Bu çerçevede sivil toplum kuruluşlarının, özellikle önleme, erken müdahale ve toplumsal farkındalık alanlarında önemli bir tamamlayıcı rol üstlendiği görülmektedir. Geniş erişim kapasitesi, gönüllülük temelli yapılar ve yerel düzeyde kurulan iş birlikleri, sivil toplumun bağımlılıkla mücadelede esnek ve yaygın bir müdahale alanı oluşturmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte, bu katkının etkililiği bağlama bağlıdır ve programların niteliği, uygulama kalitesi ve değerlendirme mekanizmaları gibi faktörlere göre değişkenlik göstermektedir.

Çalışma kapsamında incelenen programlar ve uygulamalar, özellikle bilgi ve farkındalık düzeyinde artış sağlama açısından önemli sonuçlar üretmektedir. Ancak mevcut bulgular, bu tür müdahalelerin uzun vadeli davranış değişikliği üzerindeki etkisinin daha sınırlı ve değişken olduğunu göstermektedir. Bu durum, bağımlılıkla mücadelede yalnızca bilgilendirme temelli yaklaşımların yeterli olmadığını ve davranış değişikliği teorileriyle daha güçlü şekilde desteklenen, çok bileşenli müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Müdahale ve rehabilitasyon süreçlerine ilişkin değerlendirmeler de benzer bir tablo sunmaktadır. Ayaktan destek hizmetleri ve yataklı rehabilitasyon modelleri önemli bir hizmet kapasitesi oluşturmakla birlikte, bu hizmetlerin uzun vadeli sonuçlarını ortaya koyan sistematik ve karşılaştırmalı çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Özellikle nüks oranları, sosyal entegrasyon ve yaşam kalitesi gibi göstergelere dayalı uzun dönemli izleme çalışmalarının geliştirilmesi, bu alanın bilimsel temellendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, aşağıdaki politika ve araştırma önerileri öne çıkmaktadır:

- Önleme programlarının tasarımında davranış değişikliği teorilerinin daha sistematik biçimde entegre edilmesi,
- Program etkililiğini değerlendirmek üzere uzun dönemli ve mümkün olduğunda karşılaştırmalı araştırma tasarımlarının yaygınlaştırılması,
- Sivil toplum temelli müdahalelerde standartlaşma ve kalite güvencesi mekanizmalarının güçlendirilmesi,
- Yerel düzeyde yürütülen faaliyetlerin yalnızca erişim verileriyle değil, sonuç göstergeleriyle izlenmesi,
- Müdahale ve rehabilitasyon süreçlerinin toplum temelli destek mekanizmalarıyla daha güçlü şekilde entegre edilmesi.

Sonuç olarak, bağımlılıkla mücadelede sivil toplum kuruluşları önemli bir potansiyel sunmaktadır. Ancak bu potansiyelin etkili ve sürdürülebilir bir şekilde kullanılabilmesi, bilimsel temellendirme, veri temelli değerlendirme ve çok aktörlü koordinasyon mekanizmalarının güçlendirilmesine bağlıdır. Bu yönüyle sivil toplum, bağımlılıkla mücadelede merkezi bir aktör olmaktan ziyade, diğer kurumsal yapılarla birlikte çalışan ve etkisi bu etkileşim içinde şekillenen tamamlayıcı bir unsur olarak değerlendirilmelidir.

Kaynakça

1- Volkow, Nora D., George F. Koob ve A. Thomas McLellan. 'Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction.' *New England Journal of Medicine* 374, no. 4 (2016): 363–371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

2- United Nations Office on Drugs and Crime ve World Health Organization. *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienna: UNODC, 2018. https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html

3- Salamon, Lester M. *The Resilient Sector: The Future of Nonprofit America*. Washington, DC: Brookings Institution Press, 2015.

4- Ebrahim, Alnoor. 'Accountability in practice: Mechanisms for NGOs.' *World Development* 31, no. 5 (2003): 813–829.

5- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drug Misuse and Addiction. Washington, DC: NIDA, 2020.

6- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, *112*(1), 64.

7- Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. Preventive Medicine, 51(2), 168–171. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.05.001

8- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Monahan, K. C., Abbott, R. D., Arthur, M. W., & Catalano, R. F. (2012). Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviors after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *166*(2), 141-148.

9- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, *107*(1), 39-50.

10- South, J. (2015). A guide to community-centred approaches for health and wellbeing.

11- South, J. (2015). A guide to community-centred approaches for health and wellbeing.

12- Edwards, Michael, ve David Hulme. 'Too Close for Comfort? The Impact of Official Aid on

13- Çaha, Ömer. Sivil Toplum ve Türkiye. İstanbul: Liberte Yayınları, 2016.

14- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. 'Tarihçe.' https://www.yesilay.org.tr/kurumsal/tarihce/

15- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., ... & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research

16- World Health Organization. Health Promotion Glossary. Cenevre: WHO, 1998. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1

17- Miller, T. R., & Hendrie, D. (2009). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

18- National Institute on Drug Abuse. *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. 2. baskı. Bethesda: NIDA, 2003. https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_0.pdf

19- Bandura, Albert. 'Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change.' Psychological Review 84, no. 2 (1977): 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

20- Ajzen, Icek. 'The Theory of Planned Behavior.' *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, no. 2 (1991): 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

21- National Institute on Drug Abuse. (2020). Drug misuse and addiction. *National Institute on Drug Abuse*.

22- Squeglia, L. M., Jacobus, J., & Tapert, S. F. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG and neuroscience*, *40*(1), 31-38.

23- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive behaviors*, *27*(6), 1009-1023.

24- Rundall, T. G., & Bruvold, W. H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, *15*(3), 317-334.

25- Durlak, Joseph A., ve Emily P. DuPre. 'Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation.' *American Journal of Community Psychology* 41, no. 3–4 (2008): 327–350. https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0

26- Ellickson, P. L., Bell, R. M., & McGuigan, K. (1993). Preventing adolescent drug use: long-term results of a junior high program. *American journal of public health*, *83*(6), 856-861.

27- Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F., Ghosh-Dastidar, B., & Longshore, D. L. (2003). New inroads in preventing adolescent drug use: Results from a large-scale trial of Project ALERT in middle schools. *American journal of public health*, *93*(11), 1830-1836.

28- Sussman, Steve, et al. 'Project Towards No Drug Abuse: A Review of the Findings and Future Directions.' *American Journal of Health Behavior* 26, no. 5 (2002): 354–365.

29- Botvin, Gilbert J., et al. 'Long-Term Follow-Up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-Class Population.' *Journal of the American Medical Association* 273, no. 14 (1995): 1106–1112.

30- Griffin, Kenneth W., and Gilbert J. Botvin. 'Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents.' *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 19, no. 3 (2010): 505–526.

31- Faggiano, Fabrizio, et al. 'The Effectiveness of a School-Based Substance Abuse Prevention Programme: EU-Dap Cluster Randomised Controlled Trial.' *Drug and Alcohol Dependence* 108, no. 1–2 (2010): 56–64. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018

32- United Nations Office on Drugs and Crime. *Strong Families Programme: Training Manual*. Vienna: UNODC, 2017. https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/families.html

33- United Nations Office on Drugs and Crime. *Line Up Live Up Programme*. Vienna: UNODC, 2019. https://www.unodc.org/unodc/en/sport/line-up-live-up.html

34- Campello, G., Heikkila, H., & Maalouf, W. (2016). International standards on drug use prevention: Tools to support policy makers globally to implement

an evidence-based prevention response. *The Cambridge handbook of international prevention science*, 134-160.

35- Büyüköztürk, Ş., Yılmaz, S., Özbay, Y., Eşici, H., Tomar, İ. H., Aliyev, R., ... & Akyılmaz, F. D. (2019). The effectiveness of addiction prevention training program of Turkey on improved acquisition of knowledge and emotional awareness about addiction. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, *6*(1), 115-131.

36- Öztürk, M., Büyüköztürk, Ş., Aydın, G., Dinç, M., Işık, S., Hoş, H. Y., ... & Seheryeli, M. Y. (2020). The Effect of Turkish Green Crescent Society APTP program on students' knowledge and emotional awareness about tobacco, alcohol, drug, and technology addiction. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, *7*(3), 180-198.

37- Gazioglu, A. Esra Ismen, Seher Merve Erus, Cigdem Demir Celebi, Neslihan Yaman, Derya Eryigit, Bilge Nuran Aydogdu, Halime Yildirim Hos ve Seyma Arslan. 2025. 'A School-Based Life Skills Program for Preventing Adolescent Substance Use: Insights from Türkiye.' İçinde *Substance Abuse - New Compounds and New Problems*, editör: Javier Navarro-Zaragoza. Londra: IntechOpen. doi:10.5772/intechopen.1010003.

38- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual review of sociology*, *26*(1), 215-240.

39- Putnam, Robert D. 'Community-Based Social Capital and Educational Performance.' İçinde *Making Good Citizens: Education and Civil Society*, editörler: Diane Ravitch ve Joseph P. Viteritti, 105-125. New Haven: Yale University Press, 2001.

40- Bandura, Albert. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

41- Keck, M. E., & Sikkink, K. A. (2014). *Activists beyond borders: Advocacy networks in international politics*. Cornell university press.

42- World Health Organization. *Advocacy Strategies for Health and Development*. 2014. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/191c397d-af46-4622-b2a9-da08086f06d5/content

43- Edwards, M., & Hulme, D. (1996). Too close for comfort? The impact of official aid on nongovernmental organizations. *World development*, *24*(6), 961-973.

44- Coombs, R. H. (Ed.). (2004). Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment. John Wiley & Sons.

45- SAMHSA. Treatment Improvement Protocols. 2018. https://www.govinfo.gov/content/pkg/GOVPUB-HE-PURL-gpo75733/pdf/GOVPUB-HE-PURL-gpo75733.pdf

TÜRKİYE'DE BAĞIMLILIKLARLA MÜCADELE POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI

Dr. Ayhan ÖZKAN
Mülki İdare Amiri, İçişleri Bakanlığı
dr.ayhan.ozkan@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-3484-7528

Giriş

Bağımlılıklarla mücadele çalışmalarında başarı elde edebilmek için, bağımlılıkların altında yatan temel sebeplerin ve davranışsal boyuttaki değişimlerin gerçekleşmesinde hangi faktörlerin daha etkin olduğunun iyi anlaşılması oldukça önemlidir.

Kuşkusuz her bir bağımlılık türünde ve birbirinden farklı nüfus kesimlerinde değişik müdahale stratejileri uygulanmak durumundadır. Hangi toplum söz konusu olursa olsun 'bağımlılıklarla mücadele politikaları' da 'arzın önlenmesi' ve 'talebin önlenmesi' bağlamlarında iki ana başlık temelinde ele alınmaktadır. Bağımlılıklarla mücadele kapsamındaki çalışmaların etkin ve verimli bir şekilde sürdürülebilmesi için bu alanda çalışma yürüten paydaşlar arasında koordinasyon, iletişim ve iş birliğinin sağlanması da zaruridir.

Madde bağımlılıkları, 'tütün ürünleri', 'alkol' ve 'uyuşturucu madde' bağımlılıklarını ifade etmektedir. Tütün ürünlerinin kullanımının çoğunlukla bağımlılık oluşturucu diğer maddelerin kullanılmasına geçişte bir basamak teşkil etmesi ve en kolay elde edilebilir bağımlılık oluşturucu madde olması nedeniyle, tütün ve tütün mamullerinin sağlanması ve kullanılması konusunda başta çocuklar ve gençler olmak üzere halk sağlığının korunması için mevzuat hükümlerinin ön gördüğü düzenlemelerin taviz verilmeden uygulanması, güçlendirilmesi ve sürdürülebilir kılınması yaşamsal önem taşımaktadır.

Halk sağlığı ve halk güvenliği açısından alkol bağımlılığı da önemli bir sorunudur. Alkol kullanımının yüksek oranlarda seyretmesi ve alkolün insan sağlığı üzerindeki olumsuz ve zararlı sonuçları, toplum sağlığı açısından da olumsuz etkilere yol açmaktadır. Alkol kullanımı, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar, intihar eğilimi, aile içerisinde problemler, ilişki ve iletişim problemleri, şiddet ve suça eğilim, doğum anomalileri, iş yeri problemleri ve trafik kazalarına sebep olmaktadır. Türkiye'de genel nüfus içerisinde alkol tüketimi düşük olsa da kişi başı tüketim miktarı oldukça yüksektir. Bu nedenle alkol bağımlılığı ile mücadelede, arz ve talep azaltıcı politikaların benimsenmesi kaçınılmazdır.

Uyuşturucu madde kullanımı, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını önemli ölçüde tehdit etmekte ve toplumsal problemlere neden olmaktadır. Türkiye'de uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadelede, arz ve talep azaltıcı politikalar uygulanmaktadır. Uyuşturucu maddeleri kullanımının önlenmesi, bağımlıların danışmanlık hizmetlerine dahil edilmesi, tedavi ve rehabilite edilmesi, sosyal uyum sürecine tabi tutulması için çeşitli program ve projeler uygulanmakta ve bu programların birbirleriyle koordinasyonunun geliştirilmesi yaşamsal bir politika alanı olarak ortaya çıkmaktadır.

Teknoloji bağımlılığı ve kumar bağımlılığı davranışsal bağımlılık türleri içerisinde değerlendirilmektedir. Günümüzde özellikle teknoloji bağımlılığında artışlar dikkat çekmektedir. Büyük ölçüde çocuklar ve gençler arasında, internet kullanımı ve dijital oyunlar gibi teknolojik olgulara aşırı yönelme, bireyin akademik başarısı ve sosyal ilişkileri üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Kumar bağımlılığı da muhatap bireylerin maddi koşullarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek, önemli boyutta ekonomik ve sosyal problemlere yol açma riski oluşturmaktadır.

1. Türkiye'de Mevcut Durum

Türkiye'de bağımlılıklarla mücadele politikaları, zamanla ve günden güne değişerek daha detaylı bir hal kazanmıştır. Önceleri yalnızca kontrol altına alınması gereken bir tutum ve davranış olarak değerlendirilen bağımlılıklar, günümüzde biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bir

rahatsızlık olarak ifade edilmektedir. Bakış açısındaki bu köklü değişim, bağımlılıklarla mücadelenin Türkiye'de ve tüm dünyada daha fazla önem kazanmasını da sağlamıştır.

1.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda İlgili Maddeler

Türkiye'de bağımlılıklarla mücadelenin temelini Anayasa'nın 59. maddesi oluşturmaktadır. Bu madde, 'Devlet, istiklâl ve Cumhuriyetimizin emanet edildiği gençlerin müspet ilmin ışığında, Atatürk ilke ve inkılâpları doğrultusunda ve Devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü ortadan kaldırmayı amaç edinen görüşlere karşı yetişme ve gelişmelerini sağlayıcı tedbirleri alır. Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır' amir hükmüne haizdir[1] Bu maddeye göre, devlet her yaştaki Türkiye Cumhuriyeti vatandaşının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri almakla yükümlüdür.

Anayasa'nın 58. maddesi ise, 'Devlet, istiklâl ve Cumhuriyetimizin emanet edildiği gençlerin müspet ilmin ışığında, Atatürk ilke ve inkılâpları doğrultusunda ve Devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü ortadan kaldırmayı amaç edinen görüşlere karşı yetişme ve gelişmelerini sağlayıcı tedbirleri alır. Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır' hükmüne amirdir.[1] Bu hüküm devlet tarafından gerekli tedbirlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Anayasa'nın 56. Maddesi de 'Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir' hükümlerini

vurgulamaktadır.[1] Bu amir hüküm, tütün kontrolünün temel stratejilerinden birisi olan pasif içiciliğin önlenmesi açısından da önem arz etmektedir.

İfade edildiği gibi Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın (1982) ilgili maddeleri ile bağımlılıklara karşı gerekli tedbirlerin alınması hüküm altına almıştır.

1.2. Bağımlılıklarla Mücadele Kapsamında Politika Oluşturma Çalışmaları

Bağımlılıklardaki artış ve buna koşut olarak 'bağımlılıklarla mücadele' konusuna verilen önem doğrultusunda, Şubat 2008'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 'Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi' amacıyla bir araştırma komisyonu kurulmuştur. Komisyon Raporu Kasım 2008'de TBMM Genel Kurulu'na sunulmuştur.[2]

Uzun bir aradan sonra Ocak 2018'de 'Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak Bağımlılığın Nedenlerinin ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi' amacıyla bir meclis araştırma komisyonu kurulmuştur. Bu komisyon yürüttüğü çalışmalar sonucunda hazırladığı raporu Mayıs 2018'de TBMM Genel Kurulu'na sunmuştur.[2]

Çok yönlü, çok paydaşlı ve çok kapsamlı multidisipliner bir çalışma alanı olan 'bağımlılıklarla mücadele' kapsamında Türkiye'de son yıllarda ciddi adımlar atıldığı görülmektedir. Bu bağlamda, 14 Temmuz 2014'te konuyla ilgili olan Aile ve Sosyal Politikalar, Gençlik ve Spor, İçişleri, Milli Eğitim, Sağlık Bakanları ve Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı ile birlikte Uyuşturucu ile Mücadelede Acil Eylem Planı hazırlıklarına başlanmıştır.[3]

13 Kasım 2014 tarihli 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Başbakan Yardımcısı Başkanlığında Aile ve Sosyal Politikalar, Adalet, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, İçişleri, Milli Eğitim, Gümrük ve Ticaret ve Sağlık Bakanlarından oluşan 'Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK)' kurulmuştur.[4]

Üst düzeyde ifade edilen politik irade ve kararlılığın Bakanlıklar düzeyinde eşgüdüm ve izlemini sağlamak üzere ilgili 8 Bakanlığın müsteşar yardımcılarının üyesi olduğu 'Uyuşturucuyla Mücadele Kurulu (UMK)' oluşturulmuştur. Eş zamanlı olarak görev alanlarına giren konuların teknik yönlerini çalışmak üzere ilgili bakanlıkların uzmanlarından 'Uyuşturucuyla Mücadele Teknik Kurulu (UMTK)' oluşturulmuştur.[3]

2014 yılında 28-29 Kasım tarihlerinde, '1. Uyuşturucu ile Mücadele Şurası' gerçekleştirilmiştir. Şurada 15 konu başlığında çalıştay yapılmış ve 'Uyuşturucuyla Mücadele Acil Eylem Planı' taslağı da katılımcıların görüşüne sunulmuştur. Şurada yapılan çalışmalar, değerlendirmeler ve alınan geribildirimler sonucunda uyuşturucu ile mücadele kapsamında ülke genelinde yürütülecek çalışmalara rehberlik edecek olan 'Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi', '2015 Yılı Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı' ve 'Uyuşturucu ile Mücadele Koordinasyon Kurulları Çalışma Usul ve Esasları' hazırlanmıştır. Söz konusu bu belgeler, 20 Ocak 2015 tarihli Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu toplantısında onaya sunularak Kurul tarafından kabul edilmiştir. 9 Mart 2015 tarihinde de Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu tarafından yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

2016 yılında, daha önceki çalışmalar bağlamında ve tespit edilen yeni ihtiyaçların da karşılanmasını sağlamak amacıyla 2016-2018 yıllarını kapsayacak şekilde '2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi' ile '2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı' hazırlanmıştır. Bu belgeler Avrupa Birliği İlerleme Raporları doğrultusunda, muhatap kurum ve kuruluşların katkıları ile önceki 'Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi' ile 'Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı' çerçevesinde oluşturulmuştur.

2016-2018 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan 'Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi' ile 'Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı' uyuşturucu ile mücadele çalışmaları kapsamında 11 başlık ve 146 eyleme vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda mevcut durum tespiti yapılmakta, yürütülecek faaliyet ve çalışmaların amaç, hedef ve stratejilerini belirlemektedir. İçerikteki başlıklar ve eylem sayıları şu şekilde belirlenmiştir: [3]

1. Uyuşturucuya Ulaşılabilirliğinin Önlenmesi (16 Eylem),
2. Toplumun Uyuşturucu İle Mücadeleye Katılımı (33 Eylem),
3. Taleple Mücadelede Tedavi (27 Eylem),
4. Uyuşturucu ile Mücadelede Sosyal Uyum (17 Eylem),
5. Uyuşturucu ile Mücadelede İletişim (14 Eylem),
6. Uyuşturucu ile Mücadele Sürecinin Yürütümü ve Koordinasyonu (3 Eylem),
7. İzleme ve Değerlendirme (13 Eylem),
8. Uyuşturucu ile Mücadelenin Finansal Boyutu (1 Eylem),
9. Uyuşturucu ile Mücadelede Yerel Yönetimler ve STK'lar ile İş birliği (9 Eylem),
10. Uyuşturucu ile Mücadelede Danışma Birimleri (7 Eylem),
11. Uyuşturucu ile Mücadelede Uluslararası Deneyimler ve Başarılı Ülke Modelleri (6 Eylem).

Madde bağımlılıkları ve davranışsal bağımlılıklarla mücadele kapsamında yürütülen çalışmaların kararlılıkla yürütülebilmesi ve sürdürülebilir kılınması için paydaş kamu kurum ve kuruluşları arasında koordinasyonun ve iş birliğinin sağlanması amacıyla 9 Aralık 2017 tarihli ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle 'Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu'nun görev alanı genişletilerek, 'Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu' (BMYK) oluşturulmuştur.[5]

24 Haziran 2018 seçimlerine müteakiben Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine[6] geçilmesiyle birlikte 14 Şubat 2019 tarihli 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında Adalet Bakanı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı, Çevre ve Şehircilik Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, Hazine ve Maliye Bakanı, İçişleri Bakanı, Milli Eğitim Bakanı, Sağlık Bakanı, Tarım ve Orman Bakanı, Ticaret Bakanı, Ulaştırma ve Altyapı Bakanı ile Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekilinin katılımıyla 'Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu' oluşturulmuştur. Cumhurbaşkanı Yardımcısının katılamadığı toplantılara Sağlık Bakanı'nın başkanlık etmesi öngörülmüştür.[7]

Üst kurul konumundaki Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu'nun yanı sıra, bağımlılıkla mücadele çalışmalarının tüm ülke ge-

nelinde ve resmî kurumlar nezdinde etkin ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini ve sürdürülebilir kılınmasını sağlamak amacıyla 'Bağımlılık ile Mücadele Kurulu (BMK)', 'Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu (BMTK)' ve 'Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulları (BMİKK)' oluşturulmuştur.[8]

Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu'na bağlı olarak 'Bağımlılıkla Mücadele Kurulu (BMK)' oluşturulmuştur. Kurul; bağımlılıklarla mücadele çalışmalarını Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu'na sunmak, Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu kararlarının uygulanmasını sağlamak, bağımlılık ile mücadele politikalarına katkı sağlamak, tüm üyelerce, kendi kurum ve kuruluşlarında yürütülen bağımlılıkla mücadele çalışmalarının takip ve koordinasyonunu yapmak, kurum ve kuruluşlar arası iş birliğini sağlamak görevlerini icra etmektedir. Bağımlılık ile Mücadele Kurulu; Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı başkanlığında, Adalet; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler; Çevre ve Şehircilik; Gençlik ve Spor; Hazine ve Maliye; İçişleri; Milli Eğitim; Sağlık; Tarım ve Orman; Ticaret; Ulaştırma ve Altyapı Bakanlıklarının Bakan Yardımcıları, Diyanet İşleri Başkan Yardımcısı, Adli Tıp Kurumu Başkanvekili, Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanı, RTÜK Başkan Yardımcısı, Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkan Yardımcısı, TÜİK Başkan Yardımcısı, Yükseköğretim Kurulu Başkanvekili, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürü, BMYK Başkanı Danışmanı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Müdüründen oluşmaktadır.[9]

'Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu' ise, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürünün başkanlığında Bağımlılık ile Mücadele Kurulu'nda üyeliği bulunan kurum ve kuruluşları temsilen ve toplantılarda kurumları/kuruluşları adına karar verebilecek en az daire başkanı seviyesinde temsilcilerden oluşmaktadır. Bu kurul; bağımlılıklarla mücadele kapsamında yürütülen çalışmaları Bağımlılık ile Mücadele Kurulu'na sunulmak üzere raporlamak, alınan kararların uygulanmasını sağlamak, bağımlılıklarla mücadele bağlamında uluslararası boyutta güncel gelişmeleri izlemek, kendi kurum ve kuruluşlarında yapılması planlanan bağımlılıklarla mücadele çalışmalarında rol üstlenmek, kurum/kuruluş içi iş birliği ve koordinasyonu sağlamak, üye diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği sağlamak ve koordinasyonu

sağlamak, Bağımlılık ile Mücadele Kurulu'na iletilmesi gereken hususları belirlemek, yürütülen çalışmalar ile faaliyetlerin kurum ve kuruluşların yerel birimlerinde yaygınlaştırılmasını ve çoğaltılmasını sağlamak, yerel birimlerdeki çalışmaları planlamak, organize etmek görevlerini üstlenmektedir. [9]

Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulu, illerde Vali başkanlığında ilçelerde Kaymakam başkanlığında Bağımlılıkla Mücadele Kurulu'nda yer alan kurum ve kuruluşların ildeki/ilçedeki en üst düzey temsilcilerinden oluşmaktadır. Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulları; Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Kurulu ve Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu tarafından belirlenen politika ve faaliyetlerle bu kapsamda verilen görevlerin il/ilçe bünyesinde başarıya ulaşması için çalışmalarını yürütürler.[9] Bağımlılık ile Mücadele İl ve ilçe Koordinasyon Kurullarının amacı, uyuşturucu ile mücadele sürecinde mevcut durumu tespit etmek ve hazırlanan eylem planı kapsamında uygulanması gereken faaliyetlerin ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği ve koordinasyon içerisinde yürütülmesini ve takibini il ve ilçe düzeyinde sağlamaktır.[3]

Bağımlılıklarla mücadele kapsamında uygulamaya konulan 'strateji belgeleri' ve 'eylem planları' çerçevesinde yürütülen çalışmalar en üst düzeyde başta Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu olmak üzere, Bağımlılıkla Mücadele Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu ve Bağımlılık ile Mücadele İl ve ilçe Koordinasyon Kurulları tarafından takip edilmektedir.

2018-2023 yıllarında uygulanmak üzere 'Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı', 2018-2023 yıllarında uygulanmak üzere 'Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Eylem Planı ve Strateji Belgesi' ve 2019-2023 yıllarında uygulanmak üzere 'Davranışsal Bağımlılıklarla Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı' Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda, ilgili kurum ve kuruluşların ortak çalışmalarıyla hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu belgelerde ifade edilen hedef ve amaçların yaşama geçirilebilmesi için konuya muhatap paydaş kurum ve kuruluşlarca değişik faaliyetler, program ve projeler yürütülmektedir. Bunlara ek olarak, bağımlılıklarla mücadele kapsamındaki çalışmaların iş birliği, koordinasyon ve uyum içinde yürütülmesi

ve iletişim sürecinde dil birliğinin oluşturulması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nca 'Bağımlılıkla Mücadele Stratejik İletişim Belgesi' yayınlanmıştır.[2]

'Bağımlılıklarla mücadele' kapsamında politika oluşturma çalışmalarının artan önemine paralel olarak 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Kalkınma Planı içerisinde de bağımlılıklarla mücadeleye önemli bir politika alanı olarak yer verilmiştir. Uygulamaya konulan 'Öncelikli Dönüşüm Programları' arasında 'Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Öncelikli Dönüşüm Programı' da vurgulanmıştır. Bu programdaki altı bileşenden birisi 'Tütün Kullanımı ile Alkol ve Madde Bağımlılığının Azaltılması' olarak belirlenmiştir. Bu bileşen altında ifade edilen politika ve eylemler ise şu şekildedir:[2]

'***Politika 3.1:*** *Tütün Kullanımı ile Alkol ve Madde Bağımlılığıyla Mücadele Kapsamında Programlar ve Kampanyalar Düzenlenmesi, Denetimlerin Etkinleştirilmesi*

Eylem: Tütün, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının azaltılmasına yönelik gençler başta olmak üzere topluma yönelik etkinlikler düzenlenecektir.

Eylem: Bilinçlendirme çalışmalarında medya daha etkin kullanılacaktır.

Eylem: Tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesi amacıyla toplumun farkındalığı artırılacaktır.

Eylem: Kamuya açık alanlarda tütün kullanımının tümüyle engellenmesi amacıyla yapılan denetimler güçlendirilecektir.

Politika 3.2: *Tütün, Alkol ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Durumunun Tespiti ve Bırakmalarına Destek Olunması*

Eylem: Yaşa ve cinsiyete özgü tütün ve alkol kullanımı, madde bağımlılığının yaygınlığı ve bırakma oranlarının tespiti için saha araştırmaları yapılacaktır.

Eylem: Tütün, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımının tedavisi konusunda sağlık çalışanlarının eğitimleri güçlendirilecektir.

Eylem: Tütün ve alkol bağımlılığından kurtulmak isteyen vatandaşların hizmete erişimleri kolaylaştırılacaktır.

Eylem: Uyuşturucu madde bağımlılarına yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri güçlendirilecektir.'

2019-2023 yıllarını kapsayan 'On Birinci Kalkınma Planı' hazırlık çalışmaları kapsamında oluşturulan 'Özel İhtisas Komisyonları ve Çalışma Grupları' arasında 'Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu' altında 'Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu'na da yer verilmiştir. Grubun çalışmaları 'On Birinci Kalkınma Planı'nda bağımlılıkla mücadele alanında 'Eğitim', 'Sağlık', 'Ailenin Güçlendirilmesi', 'Çocuk', 'Gençlik' ve 'Güvenlik Hizmetleri' başlıkları altında ifadesini bulan politika, tedbir ve göstergelerde yol gösterici olmuştur.

1.3. Türkiye'de Bağımlılıklarla Mücadele Kapsamındaki Yasal Düzenlemeler ve Politika Belgeleri

Ulusal düzenlemeler ve uygulamalar, 'Madde Bağımlılıkları' ve 'Davranışsal Bağımlılıklar' olmak üzere iki başlık altında incelenecektir.

1.3.1. Madde Bağımlılıkları

Özellikle bağımlılık oluşturucu maddelerin kullanımı insanlık tarihi kadar eskilere gitmekle beraber yol açtığı bireysel ve toplumsal problemlerin yoğunluk kazanması nedeniyle özellikle son 50 yıldır üzerinde daha çok çalışılmaya başlanmış ve hem dünya genelinde hem de ulusal düzeyde 'madde bağımlılıkları ile mücadele' politikalarına ve uygulamalarına ağırlık verilmeye başlanmıştır.

Madde bağımlılıklarına ilişkin yasal düzenlemeler ve politika belgeleri 'tütün bağımlılığı', 'alkol bağımlılığı' ve 'uyuşturucu madde bağımlılığı' olmak üzere 3 başlık altında incelenecektir.

1.3.1.1. Tütün Bağımlılığı

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının insan sağlığı üzerindeki zararlarının bilimsel olarak tespit edilmesi tütün kullanımının azaltılmasına yönelik uluslararası düzeyde olduğu kadar ulusal düzeyde de politika ve uygulamaların geliştirilmesinde oldukça etkili olmuştur.

a) Mevzuat Çalışmaları

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, bu ürünlerin bağımlılık yapma potansiyellerinin yüksek olması, çoğunlukla bağımlılık oluşturucu diğer maddelerin kullanılmasına geçişte bir basamak teşkil etmesi, en kolay elde edilebilir bağımlılık oluşturucu madde olması ve

bireyin sağlığına zararlı çok sayıda kimyasal madde içermeleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir.[2]

Tütün ve tütün ürünlerinin tüketiminin giderek artması ilişkili sağlık sorunlarının da daha göze çarpar hale gelmesine neden olmuştur. Bu ürünlerin kullanımına yönelik tedbirlerin alınması hususunda politikaların oluşturulması ve düzenlemeler yapılması ele alınmaya başlandığı 1990'lardan bu yana yoğunlukla devam etmektedir.

- 4207 sayılı 'Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun' 1996 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun kapsamında; 'toplu taşım araçlarında ve kapalı alanlarda sigara kullanımı', '18 yaşından küçük çocuklara sigara satılması', 'tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yapılması' yasaklanmıştır. Ayrıca; 'sigara paketleri üzerine uyarı yazısı yazılması' ve 'televizyonlarda sigaranın zararları konusunda ayda 90 dakika süreyle eğitici yayın yapılması' öngörülmüştür.[10]

- 2002 yılında 4733 Sayılı 'Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun' yürürlüğe girmiştir.[11]

- 2003 yılında Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından uygulamaya konulan 'Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni Türkiye de 2004 yılında imzalamıştır.

Sözleşme 25 Aralık 2004 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.[12] Sözleşmenin uygulanması kapsamında 2005 yılından itibaren yoğun program, çalışmalar ve kampanyalar yürütülmüştür. Tütün bağımlılığı ile mücadelede önemli gelişmeler sağlanmıştır. 2013 yıl itibariyle tüm kriterleri sağlayan ilk ülke Türkiye olmuştur.[2]

- 5727 sayılı 'Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun' 2008 yılında yürürlüğe girmiştir.[13] Buna ilave olarak yine 2008 yılında 5727 sayılı Kanun'da belirtilen ceza hükümlerinin uygulanmasına ilişkin olarak 'Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina ve Tesislerde Tütün Ürünü Tüketenlere Verilecek İdari Yaptırım Kararlarının Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ' yayımlanmıştır.[14]

- 4 Kasım 2010 tarihinde, tütün ve tütün mamullerinin kullanımının yol açtığı toplumsal, kamusal, tıbbi ya da çevresel boyutlarıyla bütün

zararlı etkileri göz önünde bulundurarak; 'bu mamullerin üretim tesislerinin kurulması, faaliyeti, proje tadilatı, her türlü devir işlemleri, yer değişikliği, kapatılması', 'tütün mamullerinin üretimi', 'iç ve dış ticareti, fiyatlandırılması, imhası' ile 'tüm bu işlemlerin denetimine yönelik usul ve esasları' düzenleyen 'Tütün Mamullerinin Üretim ve Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'[15] yayımlanmıştır.

- 15 Şubat 2011 tarihinde kabul edilen 6112 sayılı 'Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun' da 'yayınların alkol, tütün, uyuşturucu gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile kumar oynamayı özendirici nitelikte olamayacağı' ve 'yayını durdurulan programların yerine Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK)'nun belirleyeceği programlar arasında yer alan uyuşturucu ve zararlı alışkanlıklarla mücadele gibi konulardaki programların yayınlanması' hükümlerine yer verilmiştir.[16]

- 'Tütün mamulleri ve alkollü içkilerin, kamu sağlığının ve tüketici haklarının korunması' ile 'rekabetin tesisi hususları gözetilerek tanıtımını, satışını, sunumunu ve nihai tüketicilere güvenli bir şekilde ulaşmasını' amaçlayan 'Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik' 07 Ocak 2011 tarihli ve 27808 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Yönetmelikte 'Düz Paket Uygulamasına İlişkin Yasal Düzenleme' başlığı altında düz paket uygulamasına ilişkin hükümlere de yer verilmiştir.[17]

- 'Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik' 23 Kasım 2011 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile 'tütün bağımlılarına yönelik tedavi ve eğitim usullerini uygulamak üzere açılan sigara bırakma polikliniklerinin faaliyetlerine ilişkin usul ve esaslar' düzenlenmiştir.[18]

- 04 Temmuz 2012 tarihinde kabul edilen 6354 sayılı 'Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'[19] ile 'marka esnetme ve paylaşımı yasaklanarak tütün paketleri ve nargile şişeleri üzerine iki yüzünden her birine bu yüzlerin alanlarının yüzde 65'inden az olmamak üzere özel çerçeve içinde tütün ürünlerinin zararlarını belirten

resimli Türkçe uyarı veya mesajların konulması' zorunlu hale getirilmiştir**.** Ayrıca 'tütün ürünü ihtiva eden ve etmeyen nargile ile benzerlerinin 18 yaşını doldurmamış kişilere satılması ve bu kişilerin tüketimine sunulması' yasaklanmıştır. Bu kanunun yürürlüğe girmesi ile Türkiye, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın M-POWER önlemler setinin tamamını uygulamaya geçiren ilk ülke olmuştur.[20]

- 'Nargilelik Tütün Mamulü İçilen İşyerine Ait Alan/Alanlara Sunum Uygunluk Belgesi Verilmesi ile Bu Yerlerin İşletilmesinde Uyulması Gerekli Hususlar Hakkında Tebliğ' 19 Şubat 2013 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanarak 27 Temmuz 2013 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu tebliğ ile 'nargilelik tütün mamulü içilen işyerine ait alan/alanlara sunum uygunluk belgesi verilmesi' ve 'bu işyerine ait alanların işletilmesine ilişkin usul ve esaslar' düzenlenmiştir.[21]

- 11 Haziran 2013'de '6487 sayılı Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun' yürürlüğe girmiştir. Bu kanun hükümleri çerçevesinde 'özel araçların sürücü koltuklarında tütün ürünlerinin kullanılması' yasaklanmıştır. Ayrıca 'tütün içersin veya içermesin, tütün ürününü taklit eder tarzda kullanılan her türlü ürün tütün ürünü' olarak kabul edilmiştir.[22] Tütün ürünlerinin kullanımına ilişkin yasak; 'kamuya açık kapalı alanlar ile ilgili hükümler özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmeleri' de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Bu kanunla sigara dumanına pasif maruziyet sonucu mağdur olan tüm bireylerin korunması amaçlanmıştır.[20]

- '4733 Sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'un[11] adı 24 Aralık 2017 tarihinde 696 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 'Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun' olarak değiştirilmiştir.[23]

- 25 Ekim 2017 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilen 'Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine Yönelik Uluslararası Protokol' 26 Mart 2018 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.[23,5]

- Tütün ürünlerinde 'düz paket' ve 'standart paket' uygulamasına yönelik hükümleri düzenleyen 7151 sayılı 'Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun' 5 Aralık 2018 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.[24]

- 'Tütün mamullerinin çeşitli şekillerde tüketiminden kaynaklanan her türlü zararlı etkilerini önlemeye yönelik olarak tütün mamullerinin girdi, emisyon ve raporlama yükümlülükleri' ile 'tütün mamullerinin, birim paketi ve grupmanı üzerindeki sağlık uyarıları dâhil olmak üzere aynı şekilde tasarlanmış düz ve standart biçimde etiketlenmesini, paketlenmesini ve güvenlik özelliklerini belirlemeyi' düzenleyen 'Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik' 1 Mart 2019 tarihinde yayımlanmıştır.[25]

- 25 Şubat 2020 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanan 2149 sayılı 'Elektronik Sigara ve Benzeri Cihazlar ile Bazı Tütün Mamulleri ve Tütün Mamulünü Taklit Eder Tarzda Kullanılan Mamullerin İthaline İlişkin Karar' çerçevesinde, elektronik sigara cihazlarıyla ısıtılan tütün ürünlerinin Türkiye'ye ithal edilmesi yasaklanmış, söz konusu eşyanın yolcu beraberinde girişine ve transit geçişine yönelik düzenlemeler konusunda Ticaret Bakanlığı yetkili kılınmıştır.[26]

- Gümrükler Genel Müdürlüğü bu yetkisine binaen yayımladığı 31 Mart 2020 tarihli ve 2020/7 sayılı Genelgesi ile 'elektronik sigaralar ile aksam ve sarf malzemelerinin yolcu beraberinde Türkiye'ye girişine ilişkin izin verilen miktar ve bunun çerçevesini' belirlemiştir.[27]

- 10 Aralık 2022 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren '7423 sayılı Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun', tütün üretimine dair daha katı hükümler getirmiştir.[28]

- 'Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'te 20 Eylül 2023 tarihinde değişiklik yapılarak, 'tütün ürünleri sektöründeki firmaların araçlarında bu firmaların ticaret unvanlarıyla firma bilgilerine, hiçbir logo ve kısaltma kullanılmaksızın beyaz zemin üzerine siyah renkte ve ancak bu araçların yan yüzeylerinde ve bir yan yüzey alanının yüzde onunu

aşmayacak oranda yer verilebileceği' ve 'firmaların kullandıkları dağıtım araçlarının ancak beyaz renkte olabileceği' hususları düzenlenmiştir.[29]

b) Kalkınma Planları

'Tütün bağımlılığı ile mücadele', 2014-2018 yıllarını kapsayan 'Onuncu Kalkınma Planı' ile 2019-2023 yıllarını kapsayan 'On Birinci Kalkınma Planı'nda diğer bağımlılık türleriyle birlikte ele alınmıştır.

c) Strateji Belgeleri ve Eylem Planları

7 Ekim 2006 tarihli Başbakanlık Genelgesi ile 'Ulusal Tütün Kontrol Programı' yayımlanmıştır.[30] Takiben programın yol haritası olarak 'Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008–2012' hazırlanmıştır. Eylem Planı[31] tütünle mücadele çalışmalarının il düzeyinde yürütümünden sorumlu 'İl Tütün Kontrol Kurulları'nın oluşturulmasını öngörmüştür.

27 Ocak 2015 tarihinde Başbakanlık Genelgesi ile 2015-2018 dönemini kapsayan ve yukarıdaki Planın devamı niteliğindeki 'Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı' yayımlanmıştır.[32] Genelge ile yoğun olarak kullanılan bazı açık alanlarda da tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Gerekli olması halinde düzenlemeler yapmak; strateji, program ve eylem planları hazırlamak üzere Sağlık Bakanlığı'nın başkanlığında 'Ulusal Tütün Kontrolü Koordinasyon Komitesi' kurulması öngörülmüştür.

2018-2023 dönemini kapsayan 'Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı' 30 Mayıs 2018 tarihinde 'Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu Başkanı' tarafından imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Bu planda, 15-24 yaş arasındaki gençler ve kadınlar arasında tütün kullanımının artışının önüne geçmek ve kullanımını azaltmak amacıyla bu grupları hedef alan inisiyatif ve çalışmaların güçlendirilmesi de hedeflenmiştir.[33]

Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 'Tütün Ürünlerine Talebin Azaltılması', 'Tütün Ürünlerine Ulaşılabilirliğin Azaltılması', 'Tütün Kontrolünde Koordinasyon, İzleme ve Değerlendirme' olmak üzere 3 başlıktan oluşmaktadır.

d) Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Çalışmaları

Bu başlık altında Bakanlıkların 'tütün bağımlılığı' konusundaki çalışmaları ayrıntıya girilmeden sadece başlıklar halinde sıralanacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın Çalışmaları:

- Bilinçlendirme, bilgilendirme ve farkındalık bilgilendirme çalışmaları çerçevesinde radyo ve televizyonlarda kamu spotları ve çeşitli iletişim dokümanları hazırlanmakta, kamu çalışanlarına yönelik sigara bırakma eğitimleri verilmekte, isteyen personele sigara bıraktırma amacıyla poliklinik hizmetleri sunulmakta, 4207 sayılı Kanun'a karşı ihlallerinin önlenmesi için işletmelere eğitimler verilmekte, satış noktalarına 18 yaşından küçüklere tütün ürünü ve tek dal sigara satış yapılması yasağına ilişkin eğitim çalışmaları yapılmakta, halkın kalabalık olduğu yerlerde stantlar açılmak suretiyle bilgilendirme sağlanmakta, karbonmonoksit ölçümü yapılmakta, kurum çalışanları için sigara bırakma kampanyaları başlatılmakta, bu konuda rehberlik edilmekte ve sosyal medya faaliyetleri düzenlenmektedir. [2]

- 10 Şubat 2022 tarihli Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu kararları gereğince, illerde vali başkanlığında, ilçelerde ise kaymakam başkanlığında kamu kurumu ve kuruluşlarının temsilcileri, sivil toplum kuruluşu temsilcileri, akademisyenler, medya çalışanları, muhtarlar, ebeveynler, sporcular ve alanda çalışan uzmanlar gibi toplumun değişik kesimlerinden bireylerin iştirak ettiği 'Ben Olsaydım' adlı çalıştaylar gerçekleştirilmiştir. Bu çalıştaylarda il ve ilçelerde tütün, uyuşturucu maddeler, alkol bağımlılıkları ile davranışsal bağımlılıklar kapsamında yürütülen faaliyetler gözden geçirilerek ve tespit edilen ihtiyaçlara uygun planlamalar yapılmıştır. İlave olarak 81 ilin çalıştayların sonuçlarının değerlendirildiği değerlendirme toplantıları gerçekleştirilmiştir.

- Kurulan 'ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Tütün İhbar Hattı' aracılığıyla 4207 sayılı Kanun'un ihlaline ilişkin şikâyetlerin Sağlık Bakanlığı'na iletilmesi sağlanmıştır.

- Sağlık Bakanlığı ile YEŞİLAY iş birliğinde geliştirilen 'Yeşil Dedektör Mobil Uygulaması' ile yasak olan alanlarda sigara içildiğinin görülmesi durumunda vatandaşların akıllı telefonları veya tabletleri

üzerinden ihlal halinin çevrimiçi olarak bildirebilmesine imkân sağlanmıştır.

- 'ALO 171' hattı 2010 yılında hizmete açılmıştır. Tütün bağımlılığı hakkında bilgi almak ya da sigarayı bırakmak isteyen vatandaşlar tarafından bu hat sabit hatlardan ücretsiz olarak aranabilmektedir. 'ALO 171' 7 gün, 24 saat olmak üzere canlı operatörlerle hizmet sunmaktadır.

- Tütün ve ürünlerinin oluşturduğu zararlara karşı vatandaşları bilgilendirmek, bu alandaki faaliyetleri paylaşmak için 2013 yılında 'havanikoru.saglik.gov.tr' web sitesi erişime sunulmuştur.

- Sigara bırakmak isteyen bireyler için 'motivasyonel bilgilendirici mesajların yer aldığı', 'bireylerin bu konuda kendi hikâyelerini paylaşabildiği', 'sigara bırakmanın sağlık açısından ve ekonomik açıdan kazançlarının bireye özel hesaplandığı' ve 'bireyi sigarayı bırakması konusunda teşvik eden' 'alo171.saglik.gov.tr' web sitesi 2016 yılında hizmet vermeye başlamıştır.

- Bütün illerde hizmete sunulan 'Sigara Bırakma Polikliniklerinde başvuran bireylerin verileri izlenmekte, müracaatçı bireylere 'ALO 171' tarafından yılda altı kez geri dönüş araması yapılmakta, bireyin sigara bırakma sürecindeki gidişatı ile ilgili bilgi alınmakta, nikotin yoksunluk belirtilerine karşı çözüm yolları önerilmekte ve sigara bırakma sürecinin devamı için motivasyonel destek verilmektedir.

- 2018 yılında Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran bireylerin izleminin ve bu bireylere verilecek ilaçların dağıtımının aksamadan yürütülebilmesi için 'Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBA-TİS)' uygulaması başlatılmıştır.

- Pasif etkilenimin önlenmesine yönelik olarak '4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun' çerçevesinde ikamet edilen konutlar hariç olmak üzere tüm kapalı mekanlarda tütün ürünü kullanımı yasaklanarak, bu yasağın etkin bir şekilde uygulanması amacıyla bir denetim sistemi oluşturulmuştur. Bu bağlamda, mahalli mülki amirlerinin yetkilendirdiği özel ve genel kolluk birimleri, sağlık personeli, öğretmenler, vb. kamu görevlilerinden oluşturulan denetim ekipleri tarafından 7 gün, 24 saat esasına göre denetimler sürdürülmektedir.

- İzleme ve değerlendirme çalışmaları kapsamında tütünle mücadele alanında yürütülen program ve faaliyetlerin etkinliği, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalayan tüm ülkelerde standart olarak uygulanan 'Küresel Yetişkin Tütün Araştırması ve Küresel Gençlik Tütün Araştırması' ile ölçülmektedir. Bu saha araştırmalarının dışında Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi (DHSDS) ve Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS) vasıtasıyla da takip yapılmaktadır.

Tarım ve Orman Bakanlığı'nın çalışmaları

Tütün ve tütün ürünlerini toptan veya perakende satışını yapmak isteyenler, '4733 sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'[11] ve 'Tütün Mamullerinin Üretim ve Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'[15] uyarınca, Tarım ve Orman Bakanlığı'ndan yetki almak durumundadır. Bu yetki, gereken koşullar sağlayan gerçek ve tüzel kişiler için satış belgesi düzenlenmesi suretiyle verilmektedir. Tütün ürünlerinin reklam ve tanıtım ihlalleri Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı tarafından tespit edilerek, ilgili mevzuat kapsamında ihlallere uygun gerekli idari yaptırımlar uygulanmaktadır.

Millî Eğitim Bakanlığı'nın çalışmaları

- 2015 yılında YEŞİLAY ile yapılan iş birliği protokolü doğrultusunda uygulanmaya başlanan 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında rehber öğretmenler veya psikolojik danışmanlar vasıtasıyla öğrenci, veli ve öğretmenlere tütün, alkol, uyuşturucu maddeler ve teknoloji bağımlılıkları ile mücadele konularında 'önleme temelli' eğitimler verilmektedir.

- Tütün, alkol, uyuşturucu maddeler gibi bağımlılık yapıcı madde deneyimi olan ya da deneme riski mevcut öğrencilere yönelik olarak ikincil düzeyde önleme çalışmalarının yürütülmesi amacıyla YEŞİLAY ve Millî Eğitim Bakanlığı iş birliğiyle 'Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı' yaşama geçirilmiştir.

- Öğrencilerin bağımlılık riskinden uzak bir hayat sürmeleri ile olumlu davranış ve alışkanlıklar kazanmalarını sağlamaya yönelik etkinliklerden oluşan, okul temelli, önleyici, koruyucu ve güçlendirici

bir eğitim sürecini amaçlayan 'Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı', 2021 yılında YEŞİLAY ile Millî Eğitim Bakanlığı ortaklığında 81 ilde uygulanmaya başlamıştır.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın çalışmaları

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile YEŞİLAY arasında 2017'de imza altına alınan bir iş birliği protokolüne bağlı olarak uygulanmaya başlanan 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında Bakanlığın meslek personeline 'Formatör Eğitimi' verilmiştir.

Bu eğitimi alan formatörler tarafından 81 ilde farkındalık eğitimleri verilmiştir. Program kapsamında verilen eğitimler vasıtasıyla Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında görev yapan personelin ve kurum bakımında bulunan tüm bireylerin tütün, alkol, uyuşturucu maddeler, kumar ve teknoloji bağımlılıkları ile mücadelede farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

Ticaret Bakanlığı'nın çalışmaları

- Tütün ve tütün ürünleri kaçakçılığına yönelik olarak yapılan risk analizi çalışmaları, alınan ihbarlar ve genel denetimler çerçevesinde Gümrük Muhafaza ekipleri tarafından ülke içerisinde ve gümrük sınır kapılarında müştereken, rutin ve operasyonel boyutta denetimler yürütülmektedir.

YEŞİLAY'ın çalışmaları

- YEŞİLAY alkol bağımlılığıyla mücadele etmek amacıyla 1920'de kurulmuştur. Daha sonra tütün ve tütün mamulleri, sonrasında ise uyuşturucu maddeler, teknoloji ve kumar, YEŞİLAY'ın mücadele ettiği bağımlılık alanlarına dâhil edilmiştir.[34]

- Uyuşturucu madde bağımlılıklarıyla mücadelede rehabilitasyon hizmetlerine de ihtiyaç duyulması nedeniyle 2015 yılında 'Yeşilay Danışmanlık Merkezleri (YEDAM)' faaliyete geçirilmiştir. YEDAM'larda alkol, tütün, uyuşturucu madde, teknoloji ve kumar bağımlılıklarına muhatap bireyler için arınma (detoks) ve maddeyi bırakma sürecinde ise sosyal ve psikolojik destek verilmektedir.

- Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu'nun görevlendirmesi kapsamında YEŞİLAY Ekim 2022'den itibaren 15 yaş ve üzerindeki nüfusta 'tütün, alkol, uyuşturucu madde tüketim sıklığı' ile 'dijital oyun,

şans, bahis ve talih oyunları oynama sıklığının bilinmesi' ve 'bu konularla ilgili tutum ve davranışların tespit edilmesi' amacıyla '15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması, 2022' projesi yürütülmektedir.

- 2015'de ilk olarak 'Millî Eğitim Bakanlığı'yla imzalanan iş birliği protokolüyle yaşama geçirilen, ardından da 2017'de'Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 'Gençlik ve Spor Bakanlığı', 'Millî Savunma Bakanlığı' ve 'Diyanet İşleri', 2018'de 'Sağlık Bakanlığı' ile imzalanan iş birliği protokolleri çerçevesinde genişletilen, çocuklar ve gençler başta olmak üzere toplum genelinde bağımlılıklara ilişkin farkındalığın geliştirilmesini amaçlayan 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında YEŞİLAY Bilim Kurulu danışmanlığında yaş gruplarının gelişim özelliklerine uygun farklı içerikler geliştirilerek uygulamaya konulmuştur.

1.3.1.2. Alkol Bağımlılığı

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de alkol tüketiminin yarattığı sorunları azaltmak için çeşitli yöntemlere, politika ve uygulamalara başvurulmaktadır.

a) Mevzuat Çalışmaları

- 1942'de yürürlüğe giren ve 2013 yılında oldukça kapsamlı değişiklikler yapılan '4250 sayılı İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu' alkol kullanımı konusunda en önemli hukuki düzenleme olup, bu kanun ile özellikle çocuk ve gençlerin korunmasına yönelik olarak alkol kullanımının denetimi oldukça sıkılaştırılmıştır.[35]

- '2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 48'inci maddesi ile alkollü araç kullanımının önlenmesine ilişkin hukuki düzenlemeler yapılmıştır.[36] Bu düzenlemeye göre; 'uyuşturucu veya keyif verici maddeleri almış olanlar ile alkollü içki almış olması nedeniyle güvenli sürme yeteneklerini kaybetmiş kişilerin kara yolunda araç sürmeleri yasaktır'.

- 09 Ocak 2002 tarihinde '4733 Sayılı Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun' yürürlüğe girmiştir.[11]

- 12 Haziran 2002 tarihinde yürürlüğe giren '4760 sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu' (Kanun, 2002'b) kapsamında 'Türkiye'de alkollü içkilerin ithalatı veya imal ya da inşa edenlerden teslimi üzerinden Katma Değer Vergisi (KDV) ve asgari tutarı alkollü içkinin türüne göre değişmek üzere Özel Tüketim Vergisi (ÖTV)' alınmaya başlanmıştır.[35,5]

- 'Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik' 07 Ocak 2011 tarihli ve 27808 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.[17]

- Tütün bağımlılığı başlığında da değinildiği gibi 15 Şubat 2011 tarihinde kabul edilen '6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun' da alkol ile ilgili hükümlere yer verilmiştir.[16]

- 11 Haziran 2013 tarihinde yayımlanan '6487 sayılı Bazı Kanunlar İle 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'[22] ile '4250 sayılı İspirto Ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu'nda[35] çocuk ve gençler başta olmak üzere toplumun alkolün olumsuz ve zararlı etkilerinden korunması için önemli değişikliklere gidilerek, ülkelerin alkol politikalarının Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından değerlendirilmesinde kriter olarak kabul edilen pek çok hususun kanuni dayanağı da oluşturulmuştur.

- Bu değişiklikler kapsamında Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından hazırlanan 'Alkollü İçki Ambalajları Üzerine Konulacak Uyarı Mesajlarıyla İlgili Tebliğ'[37] 11 Ağustos 2013 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

- 20 Eylül 2023 tarihinde 'Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'te yapılan değişiklikle, bazı işyerlerinde alkollü içki satışı veya sunumu yapılamayacağı hüküm altına alınmıştır.[29]

b) Kalkınma Planları

'Alkol bağımlılığıyla mücadele' konusu, 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Kalkınma Planı'nda[38] ve 2019-2023 yıllarını kapsayan On Birinci Kalkınma Planı'nda (2018) diğer bağımlılık türleriyle birlikte ele alınmıştır.

c) Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Çalışmaları

Bu başlık altında Bakanlıkların 'alkol bağımlılığı' konusundaki çalışmaları ayrıntıya girilmeden sadece başlıklar halinde sıralanacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları

- 10 Mart 2019 tarihinde yürürlüğe giren 'Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik' te[39] Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) ve Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (ÇEMATEM) olarak bilinen merkezler sırasıyla erişkin arındırma merkezi ve çocuk-ergen arındırma merkezi olarak tanımlanmıştır. Hedef kitlenin 18 yaşın üstündeki bağımlı bireyler olan AMATEM'lerde 'alkol bağımlılığı' yanında 'uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılığı' ve 'kumar bağımlılığı'na yönelik yataklı ve ayaktan tedavi hizmetler sunulmaktadır. ÇEMATEM'lerde ise 18 yaşın altındaki çocuk ve ergen bireylerden 'alkol' ve 'madde kullanım bozukluğu' olanların ayakta teşhis, tıbbi ve psiko-sosyal tedavi ile tıbbi rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir.

Millî Eğitim Bakanlığı'nın çalışmaları

'Tütün bağımlılığı 'başlığı altında daha ayrıntılı izah edildiği üzere, YEŞİLAY ile yapılan iş birliği protokolleri çerçevesinde 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı', 'Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı', 'Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı' 81 ilde uygulanmaktadır.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın çalışmaları

'Tütün Bağımlılığı' başlığında da belirtildiği üzere, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile YEŞİLAY arasında 2017'de imza altına alınan bir iş birliği protokolüne bağlı olarak uygulanmaya başlanan 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında Bakanlığın meslek personeline 'Formatör Eğitimi' verilmiştir.

YEŞİLAY'ın çalışmaları

'Tütün bağımlılığı' başlığında da belirtildiği üzere 'alkol bağımlılığı' konusunda da '15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması', 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' tüm ülke genelinde yürütülmektedir.

Tarım ve Orman Bakanlığı'nın çalışmaları

- 2017 yılında 'Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK)'[23] kapatılarak yetkileri Tarım ve Orman Bakanlığına devredilmiştir. Bakanlık bünyesinde kurulan 'Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı' TAPDK'nın görevlerini yerine getirmektedir.

- Alkol ve alkollü içkilerin toptan ve perakende satışı ile alkollü içkilerin açık olarak satışını yapmak isteyenler, '4733 sayılı Kanun'[11] ve 'Tütün Mamullerinin Üretim ve Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'[15] hükümleri gereğince Tarım ve Orman Bakanlığı'ndan yetki almak zorundadır.

- 2021 yılında dijital yöntemlerle etil alkol arzının izlenmesi ve kayıt altına alınması amacıyla 'Etil alkol üretim tesislerine yerleştirilecek teknik ekipmanla üretim miktarının takibi ve kayıt altına alınması ile alkol ticaretinin elektronik platform üzerinden yürütülmesi projesi' (Etil Alkol Takip Sistemi Projesi) 18 Temmuz 2024 tarih ve 32605 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan 'Etil Alkol, Metanol ve Suma Üretim Miktarı ile Etil Alkol ve Metanol Depolarındaki Stok Hareketlerinin Tespitine, Ürünlerin Ticaretine İlişkin Yöntemin Belirlenmesine, Verilerin Toplanmasına ve Ürünlerin Nakline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'[40] ile uygulanmaya başlanmıştır.

- 'Etil Alkol ve Metanolün Üretimi ile İç ve Dış Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik' hükümlerinde 2025 yılında yapılan değişikliklerle tıbbi etil alkolün piyasaya arz koşulları yeniden düzenlenmiştir.[41]

Ticaret Bakanlığı'nın çalışmaları

- Alkollü içki kaçakçılığına yönelik olarak yapılan risk analizi çalışmaları, alınan ihbarlar ve genel denetimler çerçevesinde Gümrük Muhafaza ekipleri tarafından ülke içerisinde ve gümrük sınır kapılarında müştereken, rutin ve operasyonel boyutta denetimler yürütülmektedir.

1.3.1.3. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı

Önemli bir halk sağlığı ve halk güvenliği sorunu olan 'uyuşturucu maddelerle mücadele'de temel unsur uyuşturucu madde arzının önlenmesi çalışmalarıdır. Zira 'tedavi', 'rehabilitasyon süreci' ve 'sosyal uyum' çalışmalarının maliyetinin yüksek olması vb. nedenlerle

'uyuşturucu maddelerle ile mücadelede' ana hedef uyuşturucu maddelerle hiç muhatap olmamış bireylerin korunmasıdır. Bununla birlikte kamu kurum ve kuruluşlarının uyuşturucu madde kullanan bireylere yönelik yürüteceği 'danışmanlık', 'arınma', 'tedavi', 'rehabilitasyon' hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, tedavilerinin sağlanması ve bireylerin sosyal hayata yeniden kazandırılması çalışmaları mücadelenin vazgeçilmez ögeleridir.

a) Mevzuat Çalışmaları

- Türkiye, 'uyuşturucu ile mücadele' kapsamında yürürlükte bulunan önemli uluslararası sözleşmelere taraftır. Bu çerçevede, '1961 Uyuşturucu Maddelere Dair Tek Sözleşmesi' 1966 yılında, '1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi' 1981 yılında, '1988 Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi' 1995 yılında, 'Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tarihli Tek Sözleşmenin Tadiline İlişkin Protokol' 2001 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilerek, iç hukuk düzenlemesi haline getirilmiştir.[2]

- 1926 tarihli ve '765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda uyuşturucu maddeler ile mücadeleye ilişkin hükümler yer almıştır. Yeni bir ceza kanunu hazırlanması ihtiyacı doğrultusunda 2004 yılında 765 sayılı Kanun'un birçok maddesi yürürlükten kaldırılmış ve uyuşturucu maddeler ile mücadeleye ilişkin önemli hükümler içeren '5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'[42] yürürlüğe girmiştir.

- 28 Mart 2023 tarihli ve '7445 sayılı İcra ve İflas Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun' ile '5237 sayılı Türk Ceza Kanunun'un 188 ve 191'inci maddelerinde değişiklikler yapılmıştır.[43]

- '3298 sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun'[44] ve bu Kanun'a ilişkin olarak çıkarılan 'Haşhaşın Ekimi, Kontrolü, Toplanması, Değerlendirilmesi, İmhası, Satın Alınması, Satılması, İhracı ve İthali Hakkında Yönetmelik'[45] hükümlerine göre, haşhaş ekimi sadece Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen yerlerde yapılabilmektedir. Ekimi yapılan haşhaşın denetimi 'Toprak Mahsulleri Ofisi (TMO)' ve 'kolluk güçleri' tarafından yapılmaktadır. 2019 yılından itibaren üretilen haşhaş kapsüllerinin üreticiden satın alma işlemleri 'Toprak Mahsulleri Ofisi' tarafından 'Haşhaş Üretimi Bilgi Sistemi üzerinden yürütülmektedir.[46]

- '2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun'[47] hükümleri gereği, kenevir ekimi Tarım ve Orman Bakanlığı'nın iznine tabidir. Esrar yapmak amacıyla kenevir üretimi yasaklanmıştır. İzin alınarak ekimi yapılan kenevirden esrar elde edilmesini engellemek amacıyla hasat sonrasında kenevir bitkisinin artıkları imha ettirilmektedir.
- '4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun 432'nci maddesi; 'Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya *uyuşturucu madde bağımlılığı*, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir'[48] hükmünü içermektedir.
- '5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nda; 'uyuşturucu ve uyarıcı madde imal ve ticareti suçlarına ilişkin olarak özel soruşturma tedbirlerinin ve koruma tedbirlerinin uygulanabileceği' öngörülmüştür.[49]
- 28 Mart 2023 tarihli ve '7445 sayılı İcra ve İflas Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'[43] ile '5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 139'uncu maddesinde yapılan değişiklikle, 'uyuşturucu madde imal ve ticareti suçu için görevlendirilen gizli soruşturmacının kamuya açık yerlerde ve işyerlerinde ses veya görüntü kaydı yapabilmesine hâkim tarafından izin verilebilmesi' mümkün hale gelmiştir.
- '5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un[50] 108'inci maddesinde; 'uyuşturucu ve uyarıcı madde imal ve ticareti suçundan dolayı hapis cezasına mahkûm olanlar için denetimli serbestlik tedbiri uygulanabileceği' öngörülmüş ve bu - 28 Mart 2023 tarihli ve '7445 sayılı İcra ve İflas Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'[43] ile, '5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un[50] 71 ve 105'inci maddelerinde yapılan değişikliklerle; 'uyuşturucu madde kullanmak suçundan hükümlü olanlar ile başka bir suçtan hükümlü olup uyuşturucu madde bağımlısı olduğu tespit edilen hükümlülerin ceza infaz kurumunda tedavi ve rehabilitasyon programlarına katılması zorunlu hale getirilmiş, tedavi ve rehabilitasyon programlarının uygulanacağı müstakil

ceza infaz kurumlarının açılabilmesine veya mevcut ceza infaz kurumlarının bir bölümünün bu amaç için tahsis edilmesine imkân tanınmış ve uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak suçundan dolayı mahkum olup da denetimli serbestliğe ayrılan hükümlülere, ilaveten tedavi ve rehabilitasyon programlarına katılma yükümlülüğü' getirilmiştir.

- 'Tütün Bağımlılığı' ve ''Alkol Bağımlılığı' başlıkları altında da değinildiği gibi 15 Şubat 2011 tarihinde kabul edilen 6112 sayılı 'Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun' da 'yayınların alkol, tütün, uyuşturucu gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile kumar oynamayı özendirici nitelikte olamayacağı' ve 'yayını durdurulan programların yerine Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK)'nun belirleyeceği programlar arasında yer alan uyuşturucu ve zararlı alışkanlıklarla mücadele gibi konulardaki programların yayınlanması' hükümlerine yer verilmiştir.[16]

- 2019 yılında yürürlüğe giren 'Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik'[39] ile 2013 yılından itibaren yürürlükte olan 'Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği' yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni Yönetmelik[39] ile 'madde bağımlıları ve yüksek risk grubu ve/veya yakınlarına danışmanlık ve bilgilendirme hizmetlerinin sunulduğu merkezler ile madde bağımlısı olan hastaların ayaktan veya yatarak farmakolojik, psiko-sosyal tedavilerinin ve rehabilitasyonlarının yapıldığı merkezlerin açılmasına, işletilmesine, denetlenmesine, kapatılmasına ve merkezlerde çalışacak personele ilişkin usul ve esaslar' ifade edilmiştir.

b) Kalkınma Planları

'Uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadele' konusu 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Kalkınma Planı'nda (2013) ve 2019-2023 yıllarını kapsayan On Birinci Kalkınma Planı'nda (2018) diğer bağımlılık türleriyle birlikte ele alınmıştır.

c) Strateji Belgeleri ve Eylem Planları

Türkiye'de 'uyuşturucu maddeler ile mücadele' alanında ilk strateji belgesi 2006 yılında hazırlanan ve uygulamaya konulan 'Ulusal Uyuşturucuyla Mücadele Politika ve Strateji Belgesi'dir. Bu politika belgesi çerçevesinde, '2007-2009 Ulusal Eylem Planını' ve '2010-2012 Ulusal

Eylem Planını' hazırlanarak uygulanmıştır. Türkiye Ulusal Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (TUBİM) paydaş kurum ve kuruluşların katılımıyla '2013-2018 Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi'ni hazırlamış ve bu belge çerçevesinde 'Ulusal Uyuşturucu Eylem Planları'nın hazırlanması öngörülmüştür. Bu kapsamda '2013-2015 Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı Belgesi' hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur.[2]

2014 yılında 'Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu'nun kurulmasının ardından aynı yıl '1. Uyuşturucuyla Mücadele Şurası' toplanmıştır. Şura sonuç raporları çerçevesinde yeni bir strateji çalışması yapılmıştır. 'Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi 2015' ve '2015 Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı' hazırlanarak, uygulanmaya başlanmıştır. Müteakiben Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda '2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi' ve '2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı' hazırlanarak, yürürlüğe girmiştir. 2016-2018 dönemini kapsayan strateji belgesi ve eylem planı güncellenerek '2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı' hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur.[2] Devamında da 2024-2028 dönemini kapsayan 'Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı' hazırlanarak uygulanmasına geçilmiştir.[51]

d) Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Çalışmaları

Bu başlık altında Bakanlıkların 'uyuşturucu madde bağımlılığı' konusundaki çalışmaları ayrıntıya girilmeden sadece başlıklar halinde sıralanacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları

- 2015'de uyuşturucu maddelerle ilgili danışmanlık ve destek hizmetlerinin direkt olarak sunulduğu ve 7/24 hizmet anlayışıyla çalışan, bir çözüm merkezi konumundaki 'ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı' faaliyete geçirilmiştir.
- 2020 yılında 'ALO 191' ile 'Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM)' kullanılan yazılım sisteminin 'Sağlıklı Hayat Merkezleri Uyuşturucu ile Mücadele Yazılımı' aracılığıyla entegrasyonu oluşturulmuş, bu çerçevede 'ALO 191 hattı' ile 'Sağlıklı Hayat Merkezlerindeki' psiko-

sosyal destek birimleri arasında koordinasyonu sağlayan bir bilgi sisteminin uygulanmasına geçilmiştir.

- Türkiye genelinde 'Sağlıklı Hayat Merkezleri', 'Toplum Sağlığı Merkezleri', 'Aile Hekimlikleri', 'İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri' gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında, bağımlı bireyler ile yakınlarının yüz yüze görüşmeler suretiyle danışmanlık hizmetlerini alabilecekleri 'Bağımlılık Danışma Merkezleri' hizmet vermektedir.

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı 'arındırma merkezleri'nde, bağımlılık tedavisi için başvuran bireylere hizmet verilmektedir. Arındırma süresi, kullanılan uyuşturucu maddeye ve bireyin hastalık durumuna göre şekillenmekte ve 7-14 gün arasında değişmektedir. Arındırma süresine müteakip, tedavi süreci 'ayakta terapi' ve 'izlemler'le devam etmektedir.

- Psikiyatri kliniklerinde sunulan bağımlılık tedavisi hizmetleri 81 ilde sürdürülmektedir. Bu bağlamda, tüm psikiyatri uzmanlarının bağımlılık eğitimi alması sağlanmıştır. Bu sayede Türkiye genelindeki psikiyatri kliniklerinin de bağımlılık tedavisinde görev üstlenmelerine imkân verilmiş, bağımlı birey ve yakınlarının tedavi sistemine erişimi kolaylaştırılmıştır.

- Bağımlılık tedavisin sonrasında hasta bireylerin tedavi merkezleri ile irtibatlarının kopmaması, bağımlılıklarının tekrar nüksetmeden sosyal yaşama uyumlarının kolaylaştırılması, 'rehabilitasyon' ve 'sosyal uyum' hizmetlerinin daha da güçlendirilmesi amacıyla bağımlı bireyler için 'danışmanlık', 'tedavi', 'rehabilitasyon' ve 'sosyal uyum' süreçlerinin tamamını içeren 'Bağımlı Hastalar İçin Rehabilitasyon Merkezi (BAHAR)' modeli 2018 yılından itibaren uygulamaya konulmuştur.

İçişleri Bakanlığı'nın çalışmaları

- 2002 yılında bağımlılık yapıcı madde ve madde bağımlılığı konusunda veri toplamak ve analizler yapmak amacıyla 'Türkiye Ulusal Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (TUBİM)' kurulmuştur.

- 2008 yılında kontrol altındaki uyuşturucu, uyarıcı, hayal gösterici maddelerin dışındaki, bu maddelerle benzerlikler gösteren, bununla birlikte herhangi bir yasal kısıtlılığı olmayan yeni maddeler yönelik

mücadele etmek amacıyla, TUBİM bünyesinde 'Erken Uyarı Sistemi Ulusal Çalışma Grubu' oluşturulmuştur.

- 2014 yılında uyuşturucu madde suçlarının oluşmasının önlenmesi ve uyuşturucu maddelerin sokaklarda elde edilebilirliğinin önlenmesi amacıyla Emniyet teşkilatı bünyesinde 81 ilde NARKOTİM kurulmuştur. NARKOTİM birimleri özellikle okul çevreleri başta olmak üzere park ve bahçeler ile cadde ve sokaklarda uyuşturucu madde arzı ile mücadele etmektedir.
- Başta gençler olmak üzere tüm vatandaşların 'uyuşturucu maddeler ile mücadele' konusunda bilinçlendirilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, akıllı telefonlardan indirilerek kullanılabilen ve milli bir yazılım olan UYUMA uygulaması 2017 yılında uygulamaya açılmıştır.
- Uyuşturucu madde bağımlılığında farkındalık oluşturmak amacıyla 'NARKO REHBER Projesi' kapsamında valilikler, belediyeler ve Sivil Toplum Kuruluşları ile koordinasyon içerisinde, başta 'özel güvenlik görevlileri', belediyelerin zabıta ve temizlik görevlileri', 'esnaf temsilcileri', 'rehber öğretmenler' ve 'din görevlileri' olmak üzere, 25 yaş üzeri yetişkinlere 2017 yılından itibaren 81 ilde bilinçlendirme eğitimleri verilmektedir.
- 'Narko Rehber projesi' dâhilindeki bilgilendirme/bilinçlendirme/farkındalık çalışmaları kapsamında Türkiye'de bulunan yabancı uyruklu bireylerin uyuşturucu maddelere karşı bilinçlendirilmelerinin sağlanması amacıyla bir eğitim modülü dahilinde 'Narko Göçmen projesi' hazırlanarak, Ağustos 2021'de uygulanmasına geçilmiştir.
- 'Alan Denetim Projesi' kapsamında uyuşturucu madde bağımlıları ile sokaktaki uyuşturucu madde satıcıları arasındaki ilişkinin engellenmesi amacıyla 20 büyük ilde uygulanmaya başlanmıştır.
- 'Narko Rehber projesi' bilinçlendirme çalışmaları kapsamında Türkiye'deki özel güvenlik görevlilerinin uyuşturucu maddelere ilişkin farkındalıklarının artırılması amacıyla hazırlanan 'Narko Kaan' eğitim modülü 2023 tarihinden verilmeye başlanmıştır.
- 'Uyuşturucu madde kullanımı', 'madde bağımlılığı', 'aile içi iletişim', 'çocuk/ergen iletişimi', 'bağımlılık konusunda çözüm yolları

ve önerileri' vb. konularda, özellikle anne ve anne adaylarının bilgilendirilmesini, bilinçlendirilmesini ve farkındalıklarının artırılmasını hedefleyen 'En İyi Narkotik Polisi Anne Projesi' 2020 yılında uygulamaya konulmuştur.

- 2017 yılının ağustos ayından itibaren yürütülen 'NARKO-NOKTA Projesi' kapsamında uyuşturucu maddeler hakkında bireylerin ve ailelerin bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi ve farkındalığının arttırılması amaçlanmıştır.

- Uyuşturucu maddeler ile mücadelede toplumun bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi ve farkındalığının arttırılması amacıyla 'NARKOTIR Projesi' yaşama geçirilmiştir.

- Uyuşturucu madde talebi ve uyuşturucu madde arzıyla mücadele kapsamında bilimsel araştırma yöntemlerine göre bir anket formu olarak hazırlanan 'Narko Form' ile 'NARKOLOG Projesi' yürütülmeye başlanmıştır. Bu proje çerçevesinde 'NARKOLOG Madde Kullanıcıları Profil Analizi Raporu' oluşturulmaktadır.

- 'NARKO Gençlik Projesi' kapsamında gençlere yönelik bilgilendirme, bilinçlendirme eğitimleri düzenlenmektedir.

- 'NARKO Yarışma Projesi' çerçevesinde uyuşturucu madde bağımlılığının birey ve toplum sağlığı, toplumsal yaşam ve insan ilişkileri üzerindeki olumsuzluklara dikkat çekmek ve özellikle ve öncelikle genç bireylerin uyuşturucu maddelere yönelimini engellemek ve uyuşturucu maddelerin zararlarını vurgulamak amacıyla değişik yarışmalar organize edilmektedir.

- Ağustos 2022'de İçişleri Bakanlığı'nca yayımlanan 'Metamfetamin Eylem Planı' çerçevesinde son yıllarda tüm dünyada ve Türkiye'de ciddi bir tehdit olarak ortaya çıkan merkezi sinir sistemi üzerinde güçlü bir uyarıcı, yüksek seviyede bağımlılık yapıcı sentetik bir madde olan 'metamfetamin' ile ilgili olarak Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı ve Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü çalışanlarına Narkorehberler tarafından eğitim verilmesi amacıyla 'Güvenlik Güçlerine Yönelik Metamfetamin Modülü' hazırlanmıştır.

- 'Narkolog projesi' çerçevesinde elde edilen verilere göre metamfetamin maddesini kullandığı tespit edilen bireylerin daha çok işçi, tamirci vb. beden gücü gerektiren mesleklerde çalışanlar olması nedeniyle özellikle sanayi bölgelerinde çalışan bu meslektekilere metamfetamin maddesinin vücutta oluşturduğu hasarlara dikkat çekilmesi amacıyla hazırlanan görseller üzerinden Nisan 2023'de 81 ilde 'metamfetamin fotoblok eğitimleri' başlatılmıştır.

- Uyuşturucu maddelerin en yaygın olarak kullanılan yerlerin başında gelen, bunun da ötesinde genel güvenlik ve asayiş açısından tehlikeler arz ettiği valilik ve kaymakamlıklarca belirlenen 'metruk binaların yıkımı' kararlılıkla yürütülmektedir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın çalışmaları

- Uyuşturucu maddeler ile mücadele kapsamında sokakta çalışan/çalıştırılan/dilendirilen çocuklar ve ailelerine 81 ilde oluşturulan çocuk koruma mobil ekipleri aracılığı rehberlik hizmetleri vermektedir.

- Uyuşturucu madde bağımlısı olan ve hakkında bakım tedbiri uygulanan çocuklar tedavileri sırasında veya sonrasında uyuşturucu madde bağımlılığı konusunda uzmanlaşmış çocuk kurumlarında 'psikososyal destek programı' kapsamında yürütülen çalışmalara dahil edilmektedir. Bu süreci tamamlayan çocukların 'aile odaklı hizmetlere', 'çocuk evleri sitesine' ya da 'çocuk evlerine' yönlendirilmesi sağlanmaktadır.

- 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında Bakanlığın meslek personeline uyuşturucu madde bağımlılığı konusunda 'Formatör Eğitimi' verilmiştir.

Ticaret Bakanlığı'nı çalışmaları

-Uyuşturucu maddeler ile bunların üretiminde kullanılan kimyasal ürünlerin gayri yasal olarak arzının önlenmesine yönelik olarak kara gümrük kapıları, hava ve deniz limanları, kargo ve posta işleme merkezleri, gümrüklü yer ve sahalardaki faaliyetler Gümrük Muhafaza birimleri tarafından kararlılıkla sürdürülmektedir.

- 2018'de uyuşturucu maddelerle mücadeleye ilişkin yönetim becerisinin artırılması, bu konuda ihtisaslaşmanın artırılması için 'Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü' ne bağlı olarak 'Narkotik Suçlarla Mücadele Dairesi' kurulmuştur.

- Uyuşturucu maddelerle mücadele konusundaki merkezi düzeydeki yapılanmanın taşra idarelerine de yansıtılması amacıyla 2019 yılında tüm 'Gümrük Muhafaza Kaçakçılık ve İstihbarat Müdürlükleri' bünyesinde 'NARKOKİM Kısım Amirlikleri' faaliyete geçirilmiştir.

- Uyuşturucu madde arzı ile etkili mücadelenin önemli bir strateji bileşeni olarak, gümrük kapıları ileri teknoloji içeren 'tarama sistemleri', 'narkotik ve kimyasal madde tespit ve teşhis cihazları' ile takviye edilmiştir.

- Teknolojik olarak günden güne geliştirilen tarama sistemlerinde uyuşturucu madde kaçakçılığı ile mücadele alanında duyulan ihtiyaçlara paralel olarak teknolojik sistemlerin milli kaynak ve kabiliyetler dâhilinde 'Milli Tarama Sistemi (MİLTAR) Projesi' çerçevesinde milli teknolojiye geçilmesi kararı alınmış ve 2022 yılı itibarıyla üretime geçilerek dış ülkelere olan bağımlılık azaltılmıştır.

- 'Ticaret Bakanlığı Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü Köpek Eğitim Merkezi' uyuşturucu maddelerin belirlenmesinde önemli görev üstlenen narkotik detektör köpeklerinin eğitilmesi ve dünya standartlarına uygun bir şekilde yetiştirilmesi amacıyla 2016'da faaliyete geçirilmiştir.

- Gümrük Muhafaza ile diğer kolluk birimleri tarafından icra edilen uyuşturucu madde operasyonlarında elde edilen uyuşturucu maddelerin nitelik ve nicelik itibariyle analiz edilerek adli ve idari süreçlere katkı sağlanması amacıyla 2020 yılında 'Gümrükler Muhafaza Kriminal Laboratuvarı' faaliyete geçirilerek uyuşturucu madde analizlerine başlanmıştır.

Millî Eğitim Bakanlığı'nın çalışmaları

- 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında rehber öğretmenler veya psikolojik danışmanlar vasıtasıyla öğrenci, veli ve öğretmenlere uyuşturucu madde bağımlılıkları ile mücadele konularında 'önleme temelli' eğitimler verilmektedir.

- Uyuşturucu madde deneyimi olan ya da deneme riski mevcut öğrencilere yönelik olarak ikincil düzeyde önleme çalışmalarının yürütülmesi amacıyla YEŞİLAY ile iş birliğiyle 'Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı' yaşama geçirilmiştir.

- Öğrencilerin uyuşturucu madde bağımlılığı riskinden uzak bir eğitim sürecini amaçlayan 'Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı', 2021 yılında YEŞİLAY ile Millî Eğitim Bakanlığı ortaklığında 81 ilde uygulanmaya başlamıştır.

Belediyelerin çalışmaları

'2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı' doğrultusunda özellikle Bursa, Gaziantep, Kırıkkale gibi bazı illerde önleme çalışmaları ile tedavinin desteklenmesine ilişkin iyi uygulama örnekleri yaşama geçirilmiştir.

YEŞİLAY'ın çalışmaları

-YEŞİLAY, uyuşturucu madde kullanımının yaygınlaşması üzerine faaliyet alanı içerisine uyuşturucu maddeler ile mücadele konusunu da eklemiştir.[34]

- YEDAM'larda bağımlılıklara yönelik sunulan hizmetlere 'Uyuşturucu madde Bağımlılıkları' da ilave edilmiştir.

- 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı'nda 'Atık Sularda Uyuşturucu Madde Miktarının Tespit Edilmesinin Sağlanmasına' yönelik vurgulamalar kapsamında, 15 Şubat 2018 tarihli Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu kararına binaen YEŞİLAY sorumluluğunda olmak üzere Adli Tıp Kurumu, İçişleri Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliğinde 'Atık Sulardan Uyuşturucu ve Diğer Psikoaktif Maddelerin İzlenmesi Projesi'nin uygulanmasına karar verilmiştir.

- YEŞİLAY Ekim 2022'den itibaren 15 yaş ve üzerindeki nüfusta 'uyuşturucu madde tüketim sıklığının' bilinmesi ve 'bu konularla ilgili tutum ve davranışların tespit edilmesi' amacıyla '15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması, 2022' projesini yürütmektedir.

- Toplum genelinde bağımlılıklara ilişkin farkındalığın geliştirilmesini amaçlayan 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında YEŞİLAY Bilim Kurulu danışmanlığında yaş gruplarının gelişim özelliklerine uygun farklı içerikler geliştirilerek uygulamaya konulmuştur.

Adalet Bakanlığı'nın çalışmaları

- '5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191'inci maddesinde yer alan; 'uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi kullanmak ve kullanmak için bulundurmak suçlarından hüküm giyenlere tedavi ve/veya denetimli

serbestlik tedbiri uygulanabileceği' hükmüne istinaden tedavi ve denetimli serbestlik hükmü verilenlere bağımlılıklar konusunda seminer ve eğitimler verilmektedir.

- Güncellenmiş şekliyle 10 Kasım 2021 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 'Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği' kapsamında ve denetimli serbestliğin etkinliğinin artırılması amacıyla yükümlülerin denetimli serbestlik süresi içinde yılda en az bir kez habersiz şekilde uyuşturucuya da uyarıcı madde kullanıp kullanmadığının belirlenmesi için ilgili sağlık kurumuna sevkinin yapılması, gerekli durumlarda da sevk sayısının artırılması uygulanmasına geçilmiştir.
- '5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesinde belirtilen 'uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi kullanmak ve kullanmak için bulundurmak' suçlarından haklarında soruşturma ya da kovuşturma yürütülen suça sürüklenen çocuklar 'Adli Görüşme Odaları Uygulaması' çerçevesinde sunulan hizmetlerden yararlandırılmaktadır.

Yüksek Öğretim Kurumu'nun çalışmaları

Uyuşturucu maddeler ile mücadele konusunda bilgilendirme/bilinçlendirme/farkındalık çalışmalarının etkin bir biçimde yürütülmesi noktasında Yüksek Öğretim Kurumları talimatlandırılmakta ve motive edilmektedir.

1.3.1.4. Davranışsal Bağımlılıklar

2000'lerin başından itibaren de davranışsal bağımlılıklarla ile ilgili binlerce çalışmanın yapıldığı görülmektedir.[52] Davranışsal bağımlılık bireyde belli bir davranışla ilgili kontrol, dürtü veya beyin bozukluğu olarak görülmektedir.[53] Davranışsal bağımlılıklara ilişkin yasal düzenlemeler ve politika belgeleri 'teknoloji bağımlılığı' ve 'kumar bağımlılığı' olmak üzere iki başlık altında incelenecektir.

Teknoloji Bağımlılığı

Teknoloji bağımlıkları, 'televizyon bağımlılığı', 'akıllı telefon bağımlılığı' gibi belirli bazı teknolojik araçların kullanımına olan bağımlılıklar ile 'internet bağımlılığı', 'sosyal medya bağımlılığı', 'dijital oyun bağımlılığı', 'mesajlaşma bağımlılığı' gibi çok çeşitli teknolojik uygulamalara olan bağımlılıkların tamamını kapsamaktadır.[2]

a) Mevzuat

- 3 Temmuz 2019'de uygulamaya konulan 'Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı' çerçevesinde teknoloji bağımlılıkları ile mücadele konusunda; *'Teknoloji ve internetin bilinçli kullanımını sağlamak, bilişim teknolojilerinin aşırı ve zararlı kullanımını önlemeye yönelik çalışmalar yürütmek, bilişim teknolojileri ve internet kullanıcılarına güvenli hizmet sunumunun sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütmek'* ifadeleri vurgulanmıştır. Eylem Planında belirtilen öncelik ve faaliyetler kapsamında 'Sağlık Bakanlığı', 'Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı', 'İçişleri Bakanlığı', 'Gençlik ve Spor Bakanlığı', 'Millî Eğitim Bakanlığı', 'Adalet Bakanlığı', 'Kültür ve Turizm Bakanlığı' ve 'Radyo Televizyon Üst Kurulu' olmak üzere tüm kamu kurum ve kuruluşlarına ve YEŞİLAY'a sorumluluklar verilmiştir. [2]

b) Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Çalışmaları

Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları

- 'Davranışsal Bağımlılıklarla Mücadele Eylem Planı' çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nca 'bilişim teknolojileri' ve 'internetin bilinçli, güvenli ve etkin kullanımı' konusunda toplumun bilgi, bilinç ve farkındalık düzeyinin artırılması, bilişim teknolojileri ile internet kullanımını zararlı düzeylere çıkaran bireylere ve yakınlarına danışmanlık hizmeti sunulması ve gerektiğinde ise tıbbi yardıma ulaşımlarının dağlanması amacıyla 'Davranışsal Bağımlılıkla Mücadele Programı' oluşturulmuştur. Bu kapsamda, 'Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) Psikososyal Destek Birimleri'nde görev yapan çocuk gelişimci, psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından farkındalık çalışmaları yapılmakta ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir.

- 'Davranışsal Bağımlılıklarda Danışmanlık Rehberi' hazırlanmıştır.

- 2018'den bu yana 8-14 Mart tarihlerinde 'Bilim ve Teknoloji Haftası'nda ve mayıs ayının ilk haftası olan 'Bilişim Haftası'nda İl Sağlık Müdürlüklerince 'Teknolojinin Bilinçli, Güvenli, Etkin Kullanımı'' farkındalık ve bilgilendirme çalışmaları icra edilmektedir. Bu çalışmalar kapsamında gerçekleştirilen eğitimler, 'bilişim teknolojilerinin bilinçli, güvenli, etkin kullanımı', 'bilişim teknolojilerinin biyopsikososyal gelişime etkisi', 'sanal ortamda cinsel istismar', 'siber zorbalık, siber saldırılar' ve 'teknoloji bağımlılığından korunma' konularını içermektedir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın çalışmaları

- Bakanlık Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce 'Medya Alanı' başlığı altında 'Medyayı Tanımak', 'Medyayı Kavramak', 'Bilinçli Medya Kullanımı', 'Aile ve İnternet' konularında bir eğitim modülünden oluşan; aile bireylerinin medya olanaklarından en üst düzeyde faydalanabilmesi ve medya üzerinden gelebilecek olumsuzlukları asgari düzeye indirebilme bilgi ve becerisini kazanabilmesini amaçlayan 'Aile Eğitimi Programı (AEP)' hazırlanarak, uygulamaya konulmuştur.

- Çocukların kendi özel alanlarının farkında olması ve mahremiyetlerini koruyabilme yeteneğinin geliştirilmesi amacıyla hazırlanan mahremiyet eğitimlerine 'Dijital Mahremiyet Eğitimi Modülü' de eklenmiştir. Mahremiyet eğitimleri çocuk bakım kuruluşlarındaki personele, koruyucu ailelere, sosyal ekonomik destek (SED) hizmetinden yararlanan ailelere, kreş ve gündüz bakım evi personeline ve velilere, çocuk alanında çalışan yapan kurumların personeline verilmektedir.

- 2017'de sosyal medya mecrasında ve internet ortamında yazılı veya görsel olarak çocukların gelişimlerine olumsuz etkilelerde bulunabilecek ihmal, istismar, taciz vb. suç unsurları bulunan içeriklerin önlenmesi veya kaldırılması amacıyla ilgili kurumlarla iş birliği ve koordinasyon içerisinde çalışmalar yürütmek üzere 'Sosyal Medya Çalışma Grubu' oluşturulmuştur.

- Çocuk yararını esas alan yayınların, ürünlerin ve içeriklerin geliştirilmesi ve desteklenmesi amacıyla 'Çocuk için Dost Uygulamalar Web Sitesi (DUY)' oluşturularak çocuklara ve ebeveynlerine yönelik yayınlara, içerikler ve çocuk dostu söyleşilere yer verilmeye başlanmıştır.

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile YEŞİLAY arasında 2017'de uygulanmaya başlanan 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında verilen eğitimler vasıtasıyla Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında görev yapan personelin teknoloji bağımlılıkları ile mücadelede farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

Millî Eğitim Bakanlığı'nın çalışmaları

- 2022-2023 eğitim öğretim yılında tüm eğitim kurumlarında uygulanmak üzere 'Bilinçli İnternet Kullanımı' genel hedef olarak tespit

edilmiştir. Bu çerçevede, internetin bilinçli, etkin ve verimli kullanımına yönelik bilgilendirme, bilinçlendirme ve farkındalık çalışmaları yapılmaktadır.

- 'Davranışsal bağımlılıklarla mücadelede' birincil önleyici çalışmalara dahil olmuş ancak problemli internet kullanımı devam eden ortaokul ve lise öğrencileri için 'İnternet Kaynaklı Bağımlılık Belirtilerine Yönelik Grup Müdahale ve Destek Programları' hazırlanmıştır.

- 'Grup Müdahale ve Destek Programları'na dahil olan öğrencilerin velileri için 'İnternet Kaynaklı Bağımlılık Belirtilerine Yönelik Grup Destek Programı-Veli Uygulayıcı Rehberi', öğretmenleri için de 'İnternet Kaynaklı Bağımlılık Belirtilerine Yönelik Grup Destek Programı-Öğretmen Uygulayıcı Rehberi' oluşturulmuştur.

- 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında Bakanlığın meslek personeline teknoloji bağımlılığı konusunda 'Formatör Eğitimi' verilmiştir.

- Teknoloji bağımlılıklarını önleme çalışmalarının yürütülmesi amacıyla YEŞİLAY ve Millî Eğitim Bakanlığı iş birliğiyle 'Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı' yaşama geçirilmiştir.

Gençlik ve Spor Bakanlığı'nın çalışmaları

-Gençlik merkezlerinde gençlere ve ailelere sunulmak üzere, 'sosyal medyanın doğru kullanımı', 'kişisel bilgilerin güvenliği', 'doğru bilgiye erişmede dikkat edilmesi gerekenler', 'internet ve sosyal medyanın içerdiği fırsatlar ve tehditler', 'internet ve sosyal medya bağımlılığının sosyal yaşama etkileri', 'güvenli internet', 'inovasyon' ve 'internet' konularında 'Sanal Hayatta Kaybettiğimiz Gerçekler' adlı bir video program hazırlanmıştır

- Genç bireylerin sosyal medya bağımlılıklarının azaltılarak onların 'toplumla bir araya getirilmesi', 'milli ve manevi değerler temelinde sosyalleştirilmesi', 'sportif, sosyal ve kültürel faaliyetlerle hayatın içinde aktif olarak yer almalarının sağlanması', 'günün önemli bir zaman diliminde sosyal medya yerine toplumla iç içe olabilecekleri, gelişimlerine olumlu katkı sağlayan alternatif etkinliklere yönlendirilmesi' ve 'bunların süreklilik haline dönüştürülmesi' amacıyla 'Sosyal Medyadan Sosyal Meydana Projesi' tasarlanmıştır.

İçişleri Bakanlığı'nın çalışmaları

- Türkiye genelinde 'Siber Suçlarla Mücadele' birimlerince Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlarda 'sosyal medya' ve 'yasadışı bahis' konuları öncelikli olmak üzere eğitimler ve seminerler verilmektedir.

- 11.04.2017 tarihli ve 30035 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 'İnternet Toplu Kullanım Sağlayıcıları Hakkında Yönetmelik'[54] hükümleri kapsamında Valilikler, Kaymakamlıklar ve kolluk birimlerinin 'Toplu İnternet Kullanımı Hizmeti Sağlayan İnternet Kafelere İlişkin Denetim' yetkilerine binaen kapsamdaki iş yerleri genel güvenlik ve asayiş yönünden 'denetleme komisyonları' tarafından denetlenmektedir.

Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın çalışmaları

- Dijital oyunlar ticari dolaşıma girmeden önce 'Sinema Filmlerinin Değerlendirilmesi ve Sınıflandırılmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'te[55] belirtilen değerlendirme ve sınıflandırma hükümleri çerçevesinde 'Sinema Genel Müdürlüğü' tarafından yaş ve gelişim gruplarına göre sınıflandırılmaktadır.

Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu'nun çalışmaları

- Kurum tarafından 2011 yılında 'Seçmek özgürlüktür' mottosuyla ebeveynlerin çocuklarını internetin olumsuz ve zararlı içeriklerinden koruyabilmelerini sağlamak amacıyla ve internet servis sağlayıcılar tarafından internet abonelerine ücretsiz olarak sunulan 'Güvenli İnternet Hizmeti'ni başlatılmıştır.

- 2016'da İnternetin daha bilinçli ve güvenli kullanımı hedefi doğrultusunda, 'Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu' bünyesinde 'bilinçlendirme', 'yardım' ve 'ihbar' merkezlerini içeren 'Güvenli İnternet Merkezi' (www.gim.org.tr) kurulmuştur. 'Bilinçlendirme Merkezi' www.guvenliweb.org.tr ve www.guvenlicocuk.org.tr web sitelerinde 'bilgi teknolojileri' ve 'internetin bilinçli ve güvenli kullanımı' konularında bilinçlendirme yapmakta; dijital ortamda yerli pozitif içeriklerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar yürütmektedir. 'İnternet Yardım Merkezi', www.internetyardim.org.tr web sitesinde vatandaşların internet kullanımında yaşadıkları olumsuz içerik problemlerine yönelik çözüm önerileri sunmaktadır. 'İhbar Merkezi' ise internette yasadışı ve zararlı içerikler ile ilgili ihbarları

www.ihbarweb.org.tr vasıtasıyla alıp 5651 sayılı 'İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun'[56] değerlendirmektedir.

- Her yıl şubat ayının ikinci haftasında dünya genelinde 180'den fazla ülkede eş zamanlı kutlanan, özellikle çocuklar ve gençler için siber zorbalık, gizlilik ve zararlı içerik risklerine karşı bilinç oluşturmayı amaçlayan, internetin daha bilinçli, güvenli ve etik kullanımını teşvik eden küresel bir farkındalık etkinliği olan 'Güvenli İnternet Günü' Türkiye'de de Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu öncülüğünde çeşitli etkinliklerle kutlanmaktadır.

- Ayrıca kurum tarafından, internet kullanımının daha bilinçli, güvenli ve etkin bir şekilde sağlanması amacıyla okullarda öğrenci, öğretmen ve veliler için eğitimler düzenlenmektedir.

YEŞİLAY'ın çalışmaları

- Yeşilay Danışma Merkezleri YEDAM'larda teknoloji bağımlılığı konusunda danışmanlık hizmetleri verilmektedir.

- Ekim 2022'den itibaren 15 yaş ve üzerindeki nüfusta 'tütün, alkol, uyuşturucu madde tüketim sıklığı' ile 'dijital oyun, şans, bahis ve talih oyunları oynama sıklığının bilinmesi' ve 'bu konularla ilgili tutum ve davranışların tespit edilmesi' amacıyla '15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması, 2022' projesi yürütülmektedir.

- Teknoloji bağımlılığı olan öğrencilere yönelik önleme çalışmalarının yürütülmesi amacıyla YEŞİLAY ve Millî Eğitim Bakanlığı iş birliğiyle 'Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı' yaşama geçirilmiştir.

Kumar Bağımlılığı

Tıbbi olarak 'kumar oynama bozukluğu' olarak adlandırılan bu durumun tanımı en basit tanımı 'sıklıkla tekrarlanan kumar oynama davranışı' olarak yapılabilir.[57] Türkiye'de kumar oynanması, oynatılması ve bu amaçla işletme açılması 1997 yılında kanunen yasaklanmıştır.[2]

a) Mevzuat

- '2634 sayılı Turizmi Teşvik Kanunu'[58] hükümleri kapsamında turizm işletmelerine bağlı ya da müstakil olarak talih oyunları oynatılabilecek mahallerin açılması yasaklanmıştır.

- '6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun' un[16] 8'h maddesinde yayınlara ilişkin olarak 'Alkol, tütün ürünleri ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile kumar oynamayı özendirici nitelikte olamaz' hükmü yer almaktadır. Kanun'un 32'nci maddesinde ise, 'yayını durdurulan programların yerine RTÜK'ün belirleyeceği programlar arasında yer alan uyuşturucu ve zararlı alışkanlıklarla mücadele gibi konulardaki programların yayınlanması zorunluluğu' düzenlenmiştir.

- '5561 sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun'un[59] 8'inci maddesinde; 'içeriği kumar oynanması için yer ve imkân sağlama suçunu oluşturduğu hususunda yeterli şüphe sebebi bulunan internet ortamındaki yayınlarla ilgili olarak erişimin engellenmesine karar verilmesi' hükmü düzenlenmektedir.

b) Strateji Belgeleri ve Eylem Planları

- 3 Temmuz 2019'da uygulanmasına başlanılan 'Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı' çerçevesinde kumar bağımlılığı ile mücadele konusunda 'Kumar bağımlılığının etkileri üzerine bilinçlendirme çalışmalarının yapılması ve kumar bağımlılığının önlenmesine yönelik tutum geliştirilmesi, kumar oynama bozukluğu konusunda bilimsel kapasitenin artırılması, kumarı özendirici içeriklerin engellenmesi amacıyla mevzuatta gerekli düzenlemelerin yapılması' ara amacı tanımlanmıştır.

- Ayrıca her iki davranışsal bağımlılık türüyle yani 'teknoloji bağımlılığı' ve kumar bağımlılığı' ile mücadeleye yönelik olarak 'Danışma, Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Yaygınlaştırılması' başlığı altında 'Danışmanlık hizmeti veren birimlerin sayısının ve etkinliğinin artırılması, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren birimlerin sayısının ve etkinliğinin artırılması' ara amacı tanımlanmış ve bu ara amaç altında da birisi 'danışmanlık' diğeri de 'rehabilitasyon hizmetleri' ne yönelik iki öncelik belirlenmiştir. Eylem Planında belirlenen öncelik ve faaliyetlerle ilişkin olarak başta Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve RTÜK

olmak üzere tüm kamu kurum ve kuruluşları ile YEŞİLAY' a sorumluluklar verilmiştir.[2]

c) Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Çalışmaları

Bu başlık altında kamu kurum ve kuruluşlarının 'kumar bağımlılığı' konusundaki çalışmaları ayrıntıya girilmeden sadece başlıklar halinde sıralanacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları

- 'Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde kumar bağımlılığına yönelik danışmanlık hizmetleri verilmektedir.

İçişleri Bakanlığı'nın çalışmaları

- Emniyet Genel Müdürlüğü ile Jandarma Genel Komutanlığı tarafından, 'çocukların her türlü tehlikeden ve istismardan korunması' ve şans oyunlarından uzak tutulması'na yönelik olarak büfe, iddia bayileri, kafe, kahvehane, internet salonları, oyun salonları vb. umuma açık yerler ile park ve bahçeler denetlenmektedir. Ayrıca, 'Asayiş Dairesi Başkanlığı' tarafından, umuma açık işyeri, kahvehane, kıraathane ve sivil toplum kuruluşlarında vatandaşlara kumarın zararları hakkında bilgilendirme, bilinçlendirme ve farkındalık faaliyetleri yapılmaktadır.

Ticaret Bakanlığı'nın çalışmaları

-Her türlü mecrada yayınlanan reklam ve tanıtımların şans oyunlarını özendirici bir içeriğe sahip olduğunun tespit edilmesi durumunda, 'Reklam Kurulu' tarafından inceleme ve denetim sonucuna göre 'durdurma', 'düzeltme'; 'idari para cezası' veya 'üç aya kadar tedbiren durdurma cezası' verilebilmektedir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın çalışmaları

- 'Kumar bağımlılığı' konusunda koruyucu/önleyici farkındalık çalışmaları kapsamında 'Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı' kapsamında eğitimler verilmektedir.

Yüksek Öğretim Kurumu Başkanlığı'nın çalışmaları

- 'Kumar bağımlılığı' konusunda koruyucu/önleyici farkındalık çalışmalarının yapılması hususunda yükseköğretim kurumları motive edilmektedir.

YEŞİLAY'ın çalışmaları

- 'Kumar bağımlılığı' konusunda YEDAM' larda danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır.

- 15 yaş ve üzerindeki nüfusta 'dijital oyun, şans, bahis ve talih oyunları oynama sıklığının bilinmesi' ve 'bu konularla ilgili tutum ve davranışların tespit edilmesi' amacıyla '15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Davranış Araştırması, 2022' projesi yürütülmektedir.

Sonuç

Toplum sağlığı, güvenliği ve refahı bağlamında büyük önem arz eden bağımlılıklarla mücadelede başarıyı yakalamak için, ayrıntılı, kapsamlı, bütüncül, etkili ve verimli politikaların yanı sıra, toplumun bu konudaki tüm paydaşlarının iş birliği, koordinasyonu ve desteği gereklidir.

Yukarıdaki bölümlerden de anlaşılacağı üzere 'bağımlılıklarla mücadele' konusunda kamu kurum ve kuruluşları iyi niyetli, samimi ve özverili çalışmalarına devam etmektedir. Bu çalışmalar mevzuat alt yapısının düzenlenmesi, iyileştirilmesi, geliştirilmesi, güncellenmesi ile Strateji Belgeleri ve Eylem Planları temelinde yoğunlaşmaktadır. Ne yazık ki kamu kurum ve kuruluşlarının bu gayretleri soruna çözüm oluşturmaya yetmemektedir. Acilen mevcut eksikliklerin tamamlanması gerekir. Bu çerçevede;

1. Sorun bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır,
2. 'Bağımlılıklarla Mücadele Kanunu' çıkarılmalıdır,
3. Kendi teşkilat kanunu, özerk yapısı, personeli, binası, aracı/gereci mevcut 'Bağımlılıklarla Mücadele Kurumu' kurulmalı; bu kurumun vali/kaymakamların gözetiminde 81 ilde il, ilçe örgütlenmesi sağlanmalıdır.
4. 'Bağımlılıklarla Mücadele' sürecinin; 'danışmanlık hizmetleri', 'arındırma', 'tedavi', 'rehabilitasyon', 'sosyal uyum', 'iş edindirme', 'ömür boyu izlem' sıralamasıyla modellenmesi, örgütlenmesi, kurumsallaşması sağlanmalıdır. Ancak bu şekilde, harcana zaman, para ve verilen emeklerin karşılığı alınabilecektir.

Kaynakça

1- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (1982). Kanun Numarası: 2709, Kabul Tarihi: 18/10/1982, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 9/11/1982, Sayı: 17863 (Mükerrer), Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 22, Sayfa: 3.

2- On İkinci Kalkınma Planı 2024-2028, (2023). Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Erişim tarihi: 22.02.2026, Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/

3- Çelik, H., (2017). Türkiye'de uyuşturucu ile mücadele çalışmaları, Güncel Bağımlılık Araştırmaları, 1(1):13-15.

4- Başbakanlık Genelgesi, (2014). 2014/19 sayılı Başbakanlık uyuşturucu ile mücadele genelgesi. Resmî Gazete Tarih: 13 Kasım 2014, Sayı: 29174.

5- Başbakanlık Genelgesi, (2017). 2017/23 sayılı Başbakanlık bağımlılık ile mücadele genelgesi. Resmî Gazete Tarih: 9 Aralık 2017, Sayı: 30265.

6- Kalkar, Ö., Ş., ve Öcal, A., (2020). Bir içerik analizi: cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi. Balıkesir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 1, Sayı 2, 2020, Sayfalar 1 – 30.

7- Cumhurbaşkanlığı Genelgesi, (2019). Bağımlılık ile mücadele ile ilgili 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı genelgesi. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 14 Şubat 2019, Sayı: 30686.

8- Özkan, A., (2026). Türk kamu yönetiminde bağımlılıklarla mücadele çalışmaları. Türk Hukuk Sisteminde Bağımlılıklar, (Ed: Özkan, A., Özkan, O.), Yetkin Yayıncılık.

9- Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu, (2024). BMYK. Erişim tarihi: 12.02.2025, Erişim adresi: https://bmyk.gov.tr/TR-67156/bmyk.html

10- Kanun, (1996). Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, Kanun No: 4207, Kabul Tarihi: 7/11/1996, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 26/11/1996, Sayı: 22829, Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5, Cilt: 36.

11- Kanun, (2002'a). Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun. Kanun No: 4733, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 09/01/2002, Sayı: 24635.

12- Kanun, (2004'b). Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. Kanun No: 5261, Kabul Tarihi: 25/11/2004, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 30/11/2004, Sayı: 25656.

13- Kanun, (2008). Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Kanun No. 5727, Kabul Tarihi: 3/1/2008, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 19 Ocak 2008, Sayı: 26761.

14- Tebliğ, (2008). Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina ve Tesislerde Tütün Ürünü Tüketenlere Verilecek İdari Yaptırım Kararlarının Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Yayımlandığı Resmî Gazete Tarihi: 27.05.2008, Sayısı: 26888.

15- Yönetmelik, (2010). Tütün Mamullerinin Üretim ve Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 4/11/2010, Sayı: 27749.

16- Kanun, (2011). Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 6112, Kabul Tarihi: 15/2/2011, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 3/3/2011, Sayı: 27863.

17- Yönetmelik, (2011'a). Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 7/1/2011, Sayı: 27808.

18- Yönetmelik, (2011'b). Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 23 Kasım 2011, Sayı: 28121.

19- Kanun, (2012). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No. 6354, Kabul Tarihi: 4/7/2012, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 12 Temmuz 2012, Sayı: 28351.

20- Sağlık Bakanlığı, (2018'a). Havanı Koru- Dumansız Hava Sahası: Tütün Dumanının Zararları. Erişim tarihi: 18.02.2026, Erişim adresi: https://havanikoru.saglik.gov.tr/havanikoru/sagligimiza-etkileri/tutun-dumanininzararlari.html

21- Tebliğ, (2013'a). Nargilelik Tütün Mamulü İçilen İşyerine Ait Alan/Alanlara Sunum Uygunluk Belgesi Verilmesi ile Bu Yerlerin İşletilmesinde Uyulması Gerekli Hususlar Hakkında Tebliğ. Yayımlandığı Resmî Gazete Tarihi: 19 Şubat 2013, Sayı: 28564.

22- Kanun, (2013). Bazı Kanunlar ile 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Kanun No: 6487, Kabul Tarihi: 24/5/2013.

23- Kanun Hükmünde Kararname, (2017). Kanun Hükmünde Kararname Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/696, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 24 Aralık 2017, Sayı: 30280.

24- Kanun, (2018). Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No. 7496, Kabul Tarihi: 21/2/2024, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 1 Mart 2024, Sayı: 32476.

25- Yönetmelik, (2019'a). Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 1 Mart 2019, Sayı: 30701.

26- Karar, (2020). Elektronik Sigara ve Benzeri Cihazlar ile Bazı Tütün Mamulleri ve Tütün Mamulünü Taklit Eder Tarzda Kullanılan Mamullerin İthaline İlişkin Karar. Karar sayısı: 2149, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 25 Şubat 2020, Sayı: 31050.

27- Genelge, (2020). Elektronik Sigara ve Benzeri Eşyanın Yolcu Beraberi Girişi ve Transiti. Genelge tarihi: 31 Mart 2020, Genelge sayısı: 2020/7, Yayımlayan kurum: Gümrükler Genel Müdürlüğü.

28- Kanun, (2022). Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No. 7423, Kabul Tarihi: 30/11/2022, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 10/12/2022, Sayı: 32039.

29- Yönetmelik, (2023). Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 20 Eylül 2023, Sayı: 32315.

30- Başbakanlık Genelgesi, (2006). Ulusal Tütün Kontrol Programı. Resmî Gazete Tarihi: 7 Ekim 2006, Sayı: 26312.

31- Eylem Planı, (2008). Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012. Erişim tarihi: 28.02.2026, Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/206

32- Başbakanlık Genelgesi, (2015). Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018). Resmî Gazete Tarih: 27 Ocak 2015, Sayı: 29249.

33- Sağlık Bakanlığı, (2018'b). Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023). Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Daire Başkanlığı.

34- TBMM, (2018). TBMM (2018) Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak Bağımlılığın Nedenlerinin ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Erişim tarihi: 18.02.2026, Erişim adresi: https://acikerisim.tbmm.gov.tr/items/fe8d1c06-9db2-4c8e-b403-b912338687d3

35- Kanun, (1942). İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu. Kanun No: 4250, Kabul Tarihi: 8/6/1942, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 12/6/1942, Sayı: 5130.

36- Kanun, (1983). Karayolları Trafik Kanunu. Kanun Numarası: 2918, Kabul Tarihi: 13/10/1983, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih:18/10/1983, Sayı: 18195.

37- Tebliğ, (2013'b). Alkollü İçki Ambalajları Üzerine Konulacak Uyarı Mesajlarıyla İlgili Tebliğ. Resmî Gazete Tarihi: 11 Ağustos 2013, Sayı: 28732.

38- Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, (2013). Kalkınma Bakanlığı. Erişim tarihi: 28.02.2026, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sbb.gov.tr/wp content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf

39- Yönetmelik, (2019'b). Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete: Tarih:10 Mart 2019, Sayı: 30710.

40- Tebliğ, (2024). Etil Alkol, Metanol ve Suma Üretim Miktarı ile Etil Alkol ve Metanol Depolarındaki Stok Hareketlerinin Tespitine, Ürünlerin Ticaretine

İlişkin Yöntemin Belirlenmesine, Verilerin Toplanmasına ve Ürünlerin Nakline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 18/07/2024, Sayı: 32605.

41- Yönetmelik, (2025). Etil Alkol ve Metanolün Üretimi ile İç ve Dış Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete: Tarih: 13 Ağustos 2025, Sayı: 32985.

42- Kanun, (2004'a). Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 5237, Kabul Tarihi: 26/9/2004, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 12/10/2004, Sayı: 25611.

43- Kanun, (2023). İcra ve İflas Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No: 7445, Kabul Tarihi: 28/3/2023, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 5 Nisan 2023, Sayı: 32154.

44- Kanun, (1986). Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun. Kanun Numarası: 3298, Kabul Tarihi: 3/6/1986, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 19/6/1986, Sayı: 19139.

45- Yönetmelik, (2019'c). Haşhaşın Ekimi Kontrolü Toplanması Değerlendirilmesi İmhası Satın Alınması Satılması İhracı ve İthali Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete: Tarih: 10.07.2019, Sayı: 30827.

46- Toprak Mahsulleri Ofisi, (2025). Haşhaş Ekim Başvuruları Sistemi HÜBAS. Erişim tarihi: 28.02.2026, Erişim adresi: https://www.tmo.gov.tr/anasayfa

47- Kanun, (1933). Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 2313 Kabul Tarihi: 12/6/1933, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 24/6/1933, Sayı: 2435.

48- Kanun, (2001). Türk Medeni Kanunu. Kanun Numarası: 4721, Kabul Tarihi: 22/11/2001, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarihi: 8/12/2001, Sayı: 24607.

49- Kanun, (2004'c). Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası: 5271, Kabul Tarihi: 4/12/2004, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 17/12/2004 Sayı: 25673.

50- Kanun, (2004'd). Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun, Kanun Numarası: 5275, Kabul Tarihi: 13/12/2004, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 29/12/2004, Sayı: 25685.

51- Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu, (2026). Uyuşturucu İle Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planları. Erişim tarihi: 27.02.2025, Erişim adresi: https://bmyk.gov.tr/TR-106245/uyusturucu-ile-mucadele-ulusal-strateji-belgesi-ve-eylem-planlari.html

52- Griffiths, M.D., Pontes, H.M. ve Kuss, D.J., (2016). Online addiction: Conceptualizations, debates and controversies. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 3(2),151-164.

53- Şahin, Ç. ve Günüç, S. (2020) Teknoloji Bağımlılıkları. Nobel Yayın.

54- Yönetmelik, (2017). İnternet Toplu Kullanım Sağlayıcıları Hakkında Yönetmelik, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih:11 Nisan 2017, Sayı: 30035.

55- Yönetmelik, (2019'd). Sinema Filmlerinin Değerlendirilmesi ve Sınıflandırılmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarihi: 22 Ekim 2019, Sayı: 30926.

56- Kanun, (2007). İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 5651 sayılı, Kabul Tarihi: 4/5/2007, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 23/5/2007, Sayı: 26530.

57- Sağlık Bakanlığı, (2019). Davranışsal Bağımlılık ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019 Faaliyet Raporu.

58- Kanun, (1982). Turizmi Teşvik Kanunu, Kanun Numarası: 2634, Kabul Tarihi: 12/3/1982, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 16/3/1982, Sayı: 17635.

59- Kanun, (2007). İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun. Kanun No. 5561, Kabul Tarihi: 4/5/2007, Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 23/5/2007, Sayı: 26530.