

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALKLA İLİŞKİLER VE REKLAMCILIK ANABİLİM DALI**

**BAĞIMLILIK PROGRAMLARININ HALKLA İLİŞKİLER
ODAKLI SOSYAL POLİTİKASI ÜZERİNE BİR MODEL ÖNERİSİ**

Lütfiye YAŞAR BİLİCİ

DOKTORA TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Simge ÜNLÜ

TEMMUZ – 2024

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK PROGRAMLARININ HALKLA İLİŞKİLER
ODAKLI SOSYAL POLİTİKASI ÜZERİNE BİR MODEL
ÖNERİSİ

DOKTORA TEZİ

Lütfiye YAŞAR BİLİCİ

Enstitü Anabilim Dalı: Halkla İlişkiler ve Reklamcılık

“Bu tez 25/07/2024 tarihinde yüz yüze olarak savunulmuş olup aşağıdaki isimleri bulanan
jüri üyeleri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI
Prof. Dr. Metin IŞIK	Başarılı
Prof. Dr. Yusuf ADIGÜZEL	Başarılı
Doç. Dr. Simge ÜNLÜ	Başarılı
Doç. Dr. Abdülhakim Bahadır DARI	Başarılı
Doç. Dr. Şakir GÜLER	Başarılı

ETİK BEYAN FORMU

Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve Etik Kurul Onayı gerektiği takdirde onay belgesini aldığımı beyan ederim.

Etik kurul onay belgesine ihtiyaç var mıdır?

Evet ☐

Hayır ☒

(Etik Kurul izni gerektiren araştırmalar aşağıdaki gibidir:

- Anket, mülakat, odak grup çalışması, gözlem, deney, görüşme teknikleri kullanılarak katılımcılardan veri toplanmasını gerektiren nitel ya da nicel yaklaşımlarla yürütülen her türlü araştırmalar,
- İnsan ve hayvanların (materyal/veriler dahil) deneysel ya da diğer bilimsel amaçlarla kullanılması,
- İnsanlar üzerinde yapılan klinik araştırmalar,
- Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar,
- Kişisel verilerin korunması kanunu gereğince retrospektif çalışmalar.)

Lütfiye YAŞAR BİLİCİ

25/07/2024

ÖN SÖZ

“Bağımlılık Programlarının Halkla İlişkiler Odaklı Sosyal Politikası Üzerine Bir Model Önerisi” başlıklı bu çalışmada madde bağımlılığına karşı mücadelede kullanılan sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların uygulama biçimleri ve bu süreçteki stratejik halkla ilişkilerin etkileri değerlendirilerek işlevsel bir model ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak destek olan kıymetli hocam Doç. Dr. Simge Ünlü'ye şükranlarımı sunarım. Akademik yolculuğumda bana rehberlik eden değerli hocam Prof. Dr. Metin Işık'a minnettarlığımı belirtmek isterim. Tez jürimde bulunarak kıymetli yorumlarını paylaşan Prof. Dr. Yusuf Adıgüzel, Doç. Dr. Abdülhakim Bahadır Darı ve Doç. Dr. Şakir Güler hocalarıma teşekkür ediyorum. Tez sürecinde her zaman yanımda olan bir tanecik arkadaşım Ayten Can Uçar 'a, dostum Feyza Karaboğa'ya ve canım kardeşim Ömer YAŞAR'a içtenlikle teşekkürlerimi iletiyorum.

Tezimi başta canım annem ve babam olmak üzere hayallerinin peşinden koşanlara ithaf ediyorum.

Lütfiye YAŞAR BİLİCİ

25/07/2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
GRAFİK LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA STRATEJİK MÜCADELE	
YÖNTEMLERİ VE KÜRESEL DEĞERLENDİRME	5
1.1. Madde Bağımlılığı Kavramı ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması	5
1.2. Madde Bağımlılığı Türleri.....	10
1.3. Madde Bağımlılığı Evreleri, Nedenleri ve Sonuçları	11
1.3.1. Madde Bağımlılığının Belirtileri ve Evreleri.....	12
1.3.2. Madde Bağımlılığının Nedenleri	14
1.3.3. Madde Bağımlılığının Zararları ve Sonuçları	15
1.4. Madde Bağımlılığı Çalışmaları ve Küresel Değerlendirme	16
1.4.1. Madde Bağımlılığının Ulusal Kontrolü için Yürütülen Politikalar	18
1.4.2. Türkiye'nin Stratejik Eylem Planlarında Madde Bağımlılığı ile Mücadele	
Düzenlemeleri.....	19
2. BÖLÜM: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELEDE HALKLA	
İLİŞKİLER ODAKLI SOSYAL POLİTİKA OLUŞTURMA VE GELİŞTİRME	20
2.1. Sosyal Politika Kavramı ve Politika Oluşumunun Aktörleri	20
2.2. Halkla İlişkiler Perspektifiyle Sosyal Politikanın Nihai Hedeflerinin Oluşumu ve	
Alt Amaçları.....	21
2.2.1. Sosyal Diyalog ve Etkileşim Kurma.....	22
2.2.2. Sosyal Uzlaşmayı Sağlama.....	23
2.2.3. Sosyal Barışın Tesisi.....	23
2.2.4. Sosyal Dayanışma ve İyi Niyet.....	23
2.2.5. Sosyal Güvenlik ve Sürdürülebilirlik	25

2.2.6. Sosyal Refah ve Kapsayıcılık	25
2.2.7. Sosyal Adalet ve Eşitlik	26
2.2.8 Sosyal Özveri ve Toplumsal Bütünleşme	27
2.3. Madde Bağımlılığı ve Sosyal Politika İlişkisi	28
2.4. Türkiye’de Bağımlılıkla Mücadelede Sosyal Politikaların Oluşumu ve Kamu Kurumlarının Rolü	29
2.5. Madde Bağımlılığıyla Mücadelede Sosyal Politika ve Sağlık İletişimi Yolları.....	30
2.5.1. Önleme.....	31
2.5.2. Zarar Azaltımı	32
2.5.3. Tedavi ve Rehabilitasyon.....	32
3. BÖLÜM: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELEDE KULLANILAN SAĞLIK İLETİŞİMİ POLİTİKALARI	34
3.1. Sağlık İletişimi ve Temel İlkeleri	34
3.2. Sağlık İletişimindeki Teoriler ve Modeller	35
3.3. Sağlık İletişiminin Davranışsal ve Sosyal Bilimler Teorileri	37
3.3.1. Yeniliklerin Yayılma Teorisi	38
3.3.2. Sağlık İnanç Modeli.....	39
3.3.3. Sosyal Bilişsel Kuram.....	40
3.3.4. Mantıklı Eylem Teorisi	42
3.3.5. İdeasyon Teorisi.....	44
3.3.6. Yakınsama Teorisi	44
3.3.7. Davranış Değişikliği Aşamaları Modeli	45
3.3.8. İkna İletişim Teorisi.....	46
3.4. Sağlık İletişiminde Kullanılan Proaktif Halkla İlişkiler Stratejileri	47
3.5. Madde Bağımlılığıyla Mücadelede Sağlık İletişimi Politikalarının Sosyal Politikalarla Kullanımı.....	49
3.6. Madde Bağımlılığıyla Mücadelede Aile ve Çocuk Programları ve Sağlık İletişimi Stratejileri.....	51
3.7. Sağlık İletişimi Politikası Olarak Madde Bağımlılığını Önleme ve Erken Müdahale Stratejileri.....	54
4. BÖLÜM: METODOLOJİ	57
4.1. Madde Bağımlılığını Engellemeye Yönelik Model Önerisi.....	57

4.2. Araştırmanın Amacı	57
4.3. Araştırmanın Yöntemi	58
4.4. Evren ve Örneklem	60
4.4.1. ABD	60
4.4.2. Avustralya	61
4.4.3. İspanya	61
4.4.4. Güney Afrika	61
4.4.5. Türkiye	61
4.4.6. Bangladeş	62
4.5. Kapsam ve Sınırlılık	62
4.6. Verilerin Geçerliliği ve Güvenirliliğinin Test Edilmesi	63
4.7. Bulgular	63
4.8. Sosyo-Entegre Önleme Modeli	127
4.9. Söm'ün Boyutları	129
4.10. Tartışma ve Değerlendirme	131
SONUÇ	134
KAYNAKÇA	138
ÖZ GEÇMİŞ	161

KISALTMALAR

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Maddelerin Sınıflandırılması	10
Tablo 2: Bağımlılık Türleri.....	11
Tablo 3: Abd Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi Analizi	78
Tablo 4: İspanya Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi.....	85
Tablo 5: Avustralya Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi.....	90
Tablo 6: Güney Afrika Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi	95
Tablo 7: Bangladeş Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi	100
Tablo 8: Türkiye Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi	104
Tablo 9: Ülkeler ile Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi Karşılaştırması	110
Tablo 10: Rapor Tarihleri ile Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi Karşılaştırması	111
Tablo 11: Ülkeler Geneline Madde Kullanım Yaşları.....	111
Tablo 12: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş Ve Sıklıkları [12-15 Yaş] Karşılaştırması	112
Tablo 13: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş Ve Sıklıkları [15-17 Yaş] Karşılaştırması.....	112
Tablo 14: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları [17-21 Yaş] Karşılaştırması	113
Tablo 15: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş Ve Sıklıkları [21 Yaş Üzeri] Karşılaştırması	113
Tablo 16: Ülkeler ile Bütçeye Dahil Edilen Kalemlerin Karşılaştırması	114
Tablo 17: Ülkeler İle Madde Bağımlılığı İle Mücadeleye Ayrılan Bütçenin Karşılaştırması	115
Tablo 18: Ülkelerin Önleme Politikaları Bakımından Karşılaştırması.....	116
Tablo 19: Ülkeler ile Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler Karşılaştırması	117
Tablo 20: Ülkeler ile Önleyici Uygulamaların Performans Göstergeleri Karşılaştırması	117
Tablo 21: Ülkeler ile Başarı Performansını Etkileyen Bireylere Yönelik Tutumlar Arasında Karşılaştırma	118
Tablo 22: Ülkeler ve İş Birlikleri Karşılaştırması	119

Tablo 23: Ülkeler ile Kampanyaların Sıklığı Arasındaki İlişki.....	120
Tablo 24: Ülkeler İle Kampanyaların Uygulandığı Mecraların Karşılaştırması	120
Tablo 25: Türkiye İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması	121
Tablo 26: Amerika İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması.....	122
Tablo 27: Avustralya İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması	123
Tablo 28: İspanya İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması	124
Tablo 29: Güney Afrika İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması.....	125
Tablo 30: Bangladeş İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması	126



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Tezin Yapısı.....	3
Şekil 2: Bağımlılık Yapıcı Maddenin Özellikleri	7
Şekil 3: DSÖ'ye Göre Madde Bağımlısının Özellikleri	8
Şekil 4: Psiko-aktif Madde Sınıflandırmaları	9
Şekil 5: Madde Bağımlılığı Belirtileri.....	12
Şekil 6: Madde Bağımlılığı Evreleri	13
Şekil 7: Ergenlerde Madde Kullanma Evreleri ve Özellikleri	14
Şekil 8: Madde Kullanma Nedenleri ve Kategorileri.....	15
Şekil 9: Madde Kullanımıyla İlgili Çalışmalarda Yaşanan Zorluklar	17
Şekil 10: Halkla İlişkiler Odaklı Bir Sosyal Politikanın Alt Amaçları	22
Şekil 11: Sosyal Dayanışma Türleri.....	24
Şekil 12: Sosyal Adaletin Yapıtaşları	27
Şekil 13: Madde Kullanım Bozukluklarını Önleme Stratejileri.....	31
Şekil 14: Sağlık İletişimi Teorilerinin Temel İlkeleri	37
Şekil 15: Yenilikleri Benimseme Eğilimine Göre Gruplar	38
Şekil 16: SİM'in Temel Bileşenleri	40
Şekil 17: Sosyal Bilişsel Kuramın Unsurları	41
Şekil 18: Bireyin Niyetini Etkileyen İki Ana Faktör	43
Şekil 19: Yakınsama Teorisinin Temel Özellikleri.....	45
Şekil 20: Transteorik Model Değişim Aşamaları.....	46
Şekil 21: İkna İletişiminin Adımları	47
Şekil 22: Proaktif Halkla İlişkiler Stratejilerinin Sınıflandırılması.....	48
Şekil 23: Sosyal Diyalog Ve Etkileşim Kurma.....	64
Şekil 24: Sosyal Uzlaşmayı Sağlama.....	65
Şekil 25: Sosyal Barışın Tesisi.....	66
Şekil 26: Sosyal Dayanışma Ve İyi Niyet.....	67
Şekil 27: Sosyal Güvenlik Ve Sürdürülebilirlik.....	68
Şekil 28: Sosyal Refah Ve Kapsayıcılık	69
Şekil 29: Sosyal Adalet Ve Eşitlik	70
Şekil 30: Sosyal Özveri Ve Toplumsal Bütünleşme	71
Şekil 31: ABD	72

Şekil 32: 2014-2015 Eylem Stratejisi	73
Şekil 33: 2016-2017 Eylem Stratejisi	74
Şekil 34: 2018-2020 Eylem Stratejisi	75
Şekil 35: 2021-2022 Eylem Stratejisi	76
Şekil 36: 2022-2023 Eylem Stratejisi	77
Şekil 37: İspanya.....	79
Şekil 38: 2005- 2008 Eylem Stratejisi	80
Şekil 39: 2009- 2012 Eylem Stratejisi	81
Şekil 40: 2013- 2016 Eylem Stratejisi	82
Şekil 41: 2018- 2020 Eylem Stratejisi	83
Şekil 42: 2021-2024 Eylem Stratejisi	84
Şekil 43: Avustralya.....	86
Şekil 44: 2014-2019 Eylem Stratejisi	87
Şekil 45: 2015-2018 Eylem Stratejisi	88
Şekil 46: 2022-2032 Eylem Stratejisi	89
Şekil 47: Güney Afrika	91
Şekil 48: 2014-2018 Eylem Stratejisi	92
Şekil 49: 2015-2020 Eylem Stratejisi	93
Şekil 50: 2020-2024 Eylem Stratejisi	94
Şekil 51: Bangladeş.....	96
Şekil 52: 2011-2016 Eylem Stratejisi	97
Şekil 53: 2022-2026 Eylem Stratejisi	98
Şekil 54: 2022-2026 Eylem Stratejisi	99
Şekil 55: Türkiye.....	100
Şekil 56: 2015 Eylem Stratejisi.....	101
Şekil 57: 2016-2018 Eylem Stratejisi	102
Şekil 58: 2018-2023 Eylem Stratejisi	103
Şekil 59: Sosyo-entegre Önleme Modeli (SÖM).....	128

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Raporların Ülkelere Göre Dağılımı	105
Grafik 2: Bütçeye Dahil Edilen Kalemler	105
Grafik 3: Önleme Politikaları Türleri.....	106
Grafik 4: Performans Göstergeleri	106
Grafik 5: Başarı Performansını Etkileyen Bireylere Yönelik Tutum.....	107
Grafik 6: İş Birlikleri.....	107
Grafik 7: Kullanım Yaş Ve Sıklıkları	108
Grafik 8: Önleme Ve Tedaviye Yönelik Giderler.....	109
Grafik 9: Kampanyaların Sıklığı.....	109
Grafik 10: Kampanyaların Uygulandığı Mecralar	110

ÖZET	
Başlık: Bağımlılık Programlarının Halkla İlişkiler Odaklı Sosyal Politikası Üzerine Bir Model Önerisi	
Yazar: Lütfiye YAŞAR BİLİCİ	
Danışman: Doç. Dr. Simge ÜNLÜ	
Kabul Tarihi: 25/07/2024	Sayfa Sayısı: xi (ön kısım) + 161 (ana kısım)
Bu çalışma, madde bağımlılığına karşı mücadelede kullanılan sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların uygulama biçimlerini ve bu süreçteki stratejik halkla ilişkilerin etkilerini değerlendirmektedir. Yapılan bu değerlendirme neticesinde işlevsel bir model geliştirerek uygulamaya yönelik önerilerin sunulması hedeflenmektedir. Çalışmanın örneklemini Türkiye, ABD, Avustralya, Güney Afrika, İspanya ve Bangladeş oluşturmaktadır. Araştırmanın kapsamını, incelenen ülkelerin son üç dönemine ait ulusal eylem stratejisi ve performans raporları oluşturmaktadır. Çalışmada eş zamanlı karma desen tipolojisi kullanılmıştır. Bu desende, nicel veri toplama tekniği olarak doküman analizinden yararlanarak, ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede kaydettikleri başarılar SPSS programında sayısal olarak değerlendirilmiştir. Nitel veri toplama yöntemi olarak içerik analizi kullanılarak, ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede uyguladıkları stratejilerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu belirleme sürecinde Maxqda programı kullanılmıştır. Her iki kaynaktan elde edilen veriler karşılaştırmalı biçimde yorumlanıp raporlaştırılarak madde bağımlılığıyla mücadeleye yönelik etkili bir model ortaya çıkarılmıştır. Sosyo-Entegre Önleme Modeli sekiz boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar: sosyal diyalog ve etkileşim, sosyal dayanışma ve iyi niyet, sosyal barışın tesisi, sosyal uzlaşmayı sağlama, sosyal adalet, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal özveri ve toplumsal bütünleşmedir. Sosyo-Entegre Önleme Modeli'nin (SÖM) amacı, madde bağımlılığıyla mücadelede, toplumu bilgilendirme ve madde kullanımının önlenmesine yönelik sosyal politikalar ile sağlık iletişimi stratejilerini bütünleşik bir yaklaşımla entegre etmektir. Bu entegrasyonla, toplumun tüm kesimlerine ulaşarak madde kullanımının azaltılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesini teşvik etmek hedeflenmektedir.	
Anahtar Kelimeler: Madde Bağımlılığı, Halkla İlişkiler, Sağlık İletişimi, Halkla İlişkiler Odaklı Sosyal Politika	

ABSTRACT	
Title of Thesis: A Model Proposal on the Public Relations-Focused Social Policy of Addiction Programs	
Author of Thesis: Lütfiye YAŞAR BİLİCİ	
Supervisor: Assoc. Prof. Simge ÜNLÜ	
Accepted Date: 25/07/2024	Number of Pages: xi (pre text) + 161 (main body)
This study evaluates the implementation methods of health communication and public relations-centered social policies in the fight against substance addiction and the effects of strategic public relations in this process. The aim is to develop a functional model by presenting practical recommendations based on this evaluation. The sample of the study consists of Turkey, the USA, Australia, South Africa, Spain, and Bangladesh. The scope of the research includes the national action strategies and performance reports of the last three terms of the countries studied. A concurrent mixed-method design typology was used in the study. In this design, document analysis was used as a quantitative data collection technique to numerically evaluate the successes of countries in combating substance addiction through the SPSS program. Content analysis was used as a qualitative data collection method to determine the strategies implemented by countries in the fight against substance addiction. The Maxqda program was employed in this determination process. The data obtained from both sources were interpreted and reported comparatively, resulting in the development of an effective model for combating substance addiction. The Socio-Integrated Prevention Model consists of eight dimensions: social dialogue and interaction, social solidarity and goodwill, the establishment of social peace, the achievement of social reconciliation, social justice, social welfare and inclusivity, social security and sustainability, and social self-sacrifice and community integration. The aim of the Socio-Integrated Prevention Model (SIPM) is to integrate social policies aimed at informing the public and preventing substance use with health communication strategies in a holistic approach to combat substance addiction. Through this integration, the goal is to reach all segments of society, reduce substance use, and promote the adoption of healthy lifestyles.	
Keywords: Substance Addiction, Public Relations, Health Communication, Public Relations-Focused Social Policy	

GİRİŞ

Madde bağımlılığı, bağımlılığa sebep olan, çeşitli yollarla alınabilen ve beyinsel işlevlerde, algılama ile duygu durumunda değişiklikler yaratan kimyasal maddelere karşı duyulan kontrol edilemeyen isteği ifade etmektedir (Zou ve diğ., 2017). Bağımlılık yapıcı maddeler ise, belirli dozlarda tüketildiklerinde sinir sistemini etkileyen, toplumsal düzeyde bireyde bozulmalara yol açan ve alışkanlık formunda narkotikler olarak tanımlanmaktadır (Skewes ve Gonzalez, 2013). Bu tanımın yanı sıra, uyarıcı özellikleri olan kimyasal maddeler ile yasal olarak bulundurulması ve satılması mümkün olan maddelerin eklenmesi, bağımlılık yapıcı maddelerin tanımını daha da genişletmiştir (Wise, 1996). Nihayetinde, bağımlılık; uyarıcı maddelerin çeşitli yöntemlerle tüketilmesi sonucu tolerans gelişimi ve bu maddelerin kullanılmadığı durumlarda ortaya çıkan psikolojik ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak tanımlanmaktadır.

Demografik artış ve sosyo-ekonomik koşulların değişmesine bağlı olarak yaşam kalitesinin bozulmasıyla madde bağımlılığının her yerde artan ve önlenemez bir sorun haline gelmesi, madde bağımlılığının sosyal politika kapsamında ele alınmasına neden olmuştur (Csete ve diğ., 2016). Bu nedenle, hükümetler madde bağımlılığı ile ilgili konuları sosyal politika çerçevesinde değerlendirmeye başlamışlardır. Bu bağlamda, devletin tüm fonksiyonlarıyla madde bağımlılığına yönelik sosyal politika üretmesi kaçınılmaz hale gelmiştir.

Madde bağımlılığını önleyici uygulamalar, gelişimsel refahı ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır (França ve diğ., 2009). Ancak, bu tür önleyici uygulamaların diğer programlar ve politikalarla entegre bir şekilde geliştirilmemesi, problemlerin çözümünü zorlaştırmaktadır (Dickson-Gomez ve diğ., 2007). Özellikle erken müdahale stratejilerinin uygulanmasındaki veya geliştirilmesindeki eksiklikler, madde bağımlılığı sorunu yaşayan ailelerin bu uygulamaları anlamalarını engelleyebilir (Sloboda ve diğ., 2019). Bu bağlamda, önleyici uygulamalar ve erken müdahale stratejilerinin entegrasyonu, sosyal politikaların temelini oluştururken aynı zamanda sağlık iletişimi stratejilerinin geliştirilmesine de katkı sağlar.

Sağlık iletişimi bağlamında madde bağımlılığına yönelik önleyici stratejiler, genellikle diğer sağlık ve refah politikalarından bağımsız olarak geliştirilmektedir. Shonkoff'a (2000) göre, bu yaklaşım, madde bağımlılığı sorunları olan ailelere yönelik erken

müdahale stratejilerinde aile dinamikleri, sosyal damgalanma ve sosyo-ekonomik sorunlar gibi özel durumları göz ardı etmektedir. Bu nedenle, sağlık iletişimi uzmanlarının, madde bağımlılığı ile çalışan profesyonellerle iş birliği yaparak, bu alandaki programlara başarılı erken müdahale ilkelerini dahil etmeleri gerekmektedir (McKeganey ve diğ., 2002). Bu süreç, politika geliştirme ve değerlendirme aşamalarında araştırma ve uygulama bilgilerini entegre edecek yeni planlama araçları ile desteklenebilir, böylece daha etkili ve kapsamlı çözümler üretilmesi sağlanabilir.

Araştırmanın Konusu

Bu tez çalışmasında madde bağımlılığına karşı mücadelede, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların nasıl uygulandığını ve stratejik halkla ilişkilerin bu süreçteki etkisini ülke politikaları çerçevesinde değerlendirilecektir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, madde bağımlılığına karşı mücadelede, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların nasıl uygulandığını ve stratejik halkla ilişkilerin bu süreçteki etkisini ülke politikaları çerçevesinde değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, bu alanda işlevsel bir model geliştirilmesi hedeflenmektedir. Modelde, ülkelerin madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık iletişimi ve halkla ilişkilere dayalı sosyal politika hedeflerine ulaşmalarını destekleyecek öneriler sunmak amaçlamaktadır.

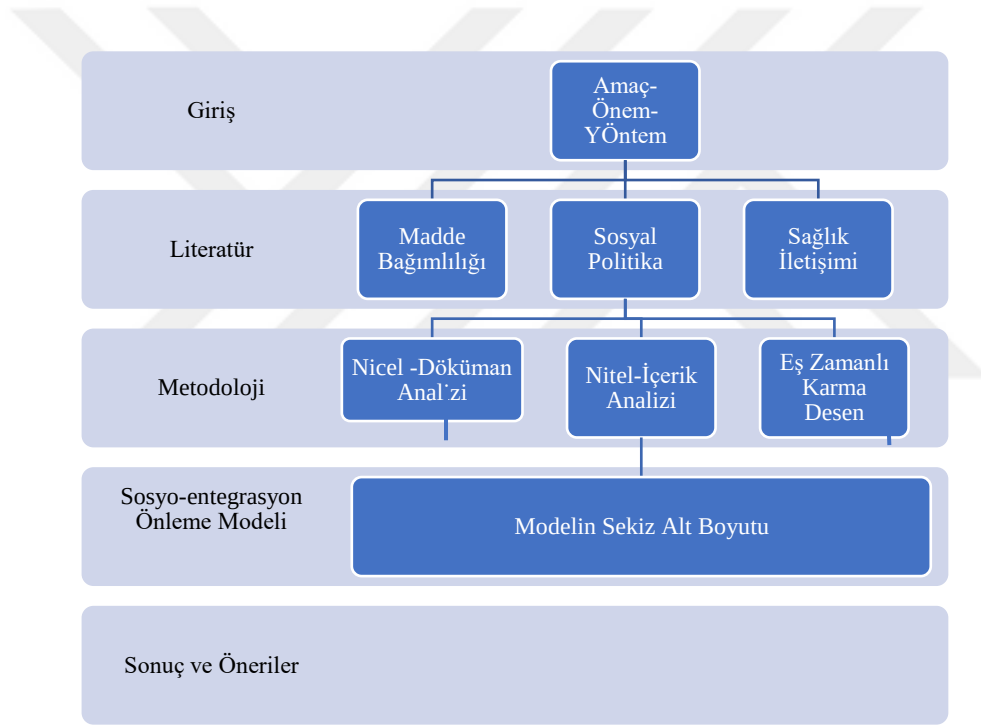
Bu çalışma kapsamında, madde bağımlılığıyla mücadelede uygulanan sosyal politikaların Türkiye'ye adaptasyonu için yol haritaları geliştirmiş ve bu süreçte sağlık iletişimi stratejilerinin toplumsal değişime katkısının nasıl olabileceği incelenmiştir. Araştırma, öncelikle dünya çapında uygulanan sosyal politika ve sağlık iletişimi pratiklerini inceleyerek analiz etmeyi ve işlevsel bir model önermeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın Önemi

Bu çalışma, madde bağımlılığıyla mücadelede sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler odaklı sosyal politikaları karşılaştırmalı olarak ele almaktadır. Bağımlılıkla mücadele politikalarını sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler perspektifinden harmanlaması ve bağımlılıkla mücadeleye yönelik bütünleştirici bir model önermesi nedeniyle önem taşımaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada eş zamanlı karma yöntem deseni uygulanmıştır. Bu desende, nicel veri toplama tekniği olarak doküman analizinden yararlanarak, ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede kaydettikleri başarılar SPSS programında sayısal olarak değerlendirilmiştir. Nitel veri toplama yöntemi olarak içerik analizi kullanılarak, ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede uyguladıkları stratejilerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu belirleme sürecinde Maxqda programı kullanılmıştır. Her iki kaynaktan elde edilen veriler karşılaştırmalı biçimde yorumlanıp raporlaştırılarak madde bağımlılığıyla mücadeleye yönelik etkili bir model ortaya çıkarılmıştır.



Şekil 1: Tezin Yapısı

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Tezin alanyazınını oluşturan ilk üç kısımdan teorik yapı oluşturulmuştur. Ardından ülkelerin bağımlılıkla mücadelede kullandığı eylem stratejileri ve kendilerini değerlendirdiği performans raporları nicel ve nitel araştırma desenlerinin harmanlandığı eş zamanlı karma desen metoduyla incelenerek elde edilen bulgular ışığında Sosyo-Entegre Önleme Modeli önerilmiştir. Bu model, madde bağımlılığıyla mücadelede çok

yönlü ve kapsamlı bir yaklaşım sunarak, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler odaklı sosyal politikaları bir araya getirmektedir. Bu modelin kullanımı, toplumun her kesiminde madde bağımlılığının önlenmesi ve tedavi süreçlerinin daha etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlar. Sağlık Bakanlıkları ve kamu sağlığı kurumları, ulusal sağlık politikalarını geliştirmek ve uygulamak için bu modeli kullanabilir.



1. BÖLÜM: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA STRATEJİK MÜCADELE YÖNTEMLERİ VE KÜRESEL DEĞERLENDİRME

Çalışmanın bu bölümünde, madde bağımlılığı kavramı derinlemesine ele alınacak; bağımlılık yapıcı maddelerin sınıflandırılmasından madde bağımlılığı türleri ve evrelerine kadar geniş bir yelpazede incelenecektir. Aynı zamanda, bağımlılığın nedenleri ve sonuçları üzerine yoğunlaşarak, bu alandaki çalışmaların küresel ve ulusal düzeyde nasıl değerlendirildiği ortaya konacaktır. Ardından, Türkiye'nin madde bağımlılığı ile mücadelede belirlediği stratejik eylem planları ve bu planlar kapsamında yürütülen politikalar, ulusal kontrol mekanizmalarının etkinliği ele alınacaktır. Bu bağlamda, madde bağımlılığı ile mücadeledeki düzenlemeler ve uygulamalar, bu bölümün odak noktasını oluşturacaktır.

1.1. Madde Bağımlılığı Kavramı ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması

Bağımlılık, herhangi bir şeyle bir deneyim yaşadktan sonra bunun tekrar yaşanmasına karşı duyulan istektir. Bu nedenle, bağımlılık alışkanlık haline gelerek bireye maddi-manevi zarara uğrattığı gibi zamanla kalıcı izli davranış olarak yerleşir (Başkurt, 2003; Alexander, 2010; Sussman ve Sussman, 2011). O'Brien'e göre (2006), bu alışkanlık kişiye zarar verse de, bağımlı kişi bu durumdan vazgeçmekte zorlanır. Bu vazgeçemeyişin sonunda ise maddeye karşı istek giderek artar.

Bağımlılık, herhangi bir şeyin bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik yaşantısına zarar vermesine rağmen önlenemez bir istek duyarak, takıntılı hale getirilerek sürdürölme isteğidir (Lewis, 2017; Earp vd., 2017). Kısacası, bağımlılık kişiye zarar vermesine rağmen durdurulamayan davranışlar olarak tanımlanmıştır (Müller ve Schumann, 2011; Bhargava ve Velasquez, 2021). Bu takıntılı durumdan, yani bağımlılıktan bahsedildiğinde, bitkisel ve kimyasal bazı maddeler akla gelmektedir (Nestler, 2004; Webb vd., 2010). Bu durdurulamayan davranışlar bağımlılık maddeye karşı olabileceği gibi, internet üzerinde vakit geçirme ve kumar oynama gibi davranışları da içerebilir (Widyanto ve Griffiths, 2006; Choi vd., 2016; Balakrishnan ve Griffiths, 2017). Sonuç olarak, bağımlılık insan hayatında iradenin bittiği noktada gelişir ve kişinin hayatını tam anlamıyla kontrol altına alır.

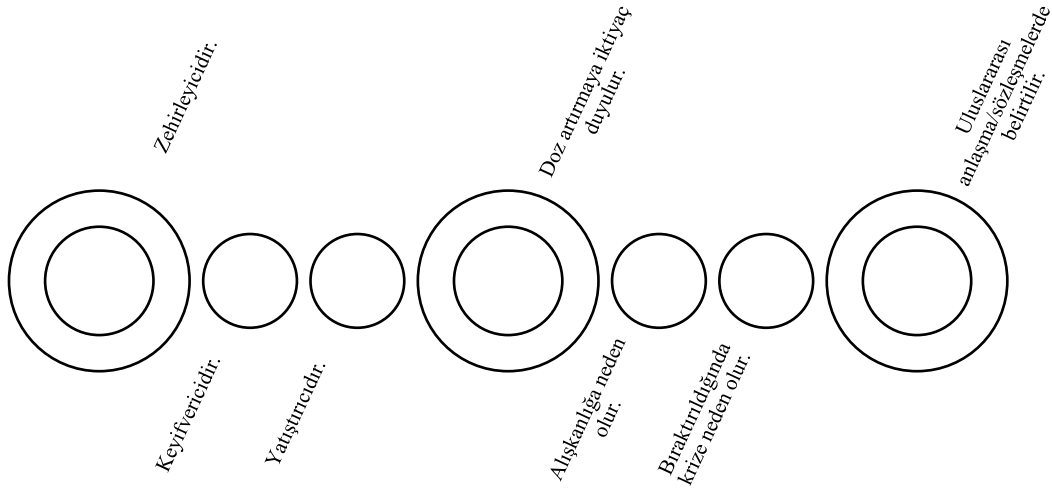
Bağımlılıkla birlikte hem bilişsel hem de nörolojik bir öğrenme oluşmaktadır. Anderson'a göre (2016), kullanılan kimyasal maddeler farklı etkiler göstermekle birlikte merkezi sinir

sistemini etkiler. Hücresel hafızaya alınan madde, hafızaya yerleştirilir ve bu duruma hücresel öğrenme adı verilir (Brust, 2002; Yücel vd., 2007; Weis ve Büttner, 2018; Karakuş vd., 2021). Bu öğrenme şekline dolayı uyuşturucu madde kullanan herkes, bağımlı olma riski taşımaktadır.

Uyuşturucu maddeler, beyinde bulunan dopamin salgısını etkileyerek madde kullanan kişiye haz yaşatmaktadır (Kaya vd., 2019). Maddenin ilk defa vücuda alınmasının ardından iletiler normal değerlerin beş katı oranında salgılanmaktadır (Berke ve Hyman, 2000; Volkow vd., 2009; Koob ve Volkow, 2010; Sulzer, 2011). Vücut ise bu deneyimi tekrar yaşamak istediği için her şeyi hafızasına kaydetmektedir.

Madde bağımlılığı kavramı; bağımlılığa yol açabilen, farklı yollarla alınabilen, algılamada, duygu durumunda ve diğer beyinsel işlevlerde değişikliğe sebep olan kimyasal maddelerin alınımına karşı duyulan önlenemez istektir (Altıntaş vd., 2004; Westermeyer, 2013; Zou vd., 2017). Bağımlılık yapıcı maddeler; belirli dozlarda alındıklarında sinir sistemini etkileyen, toplumsal anlamda kişide çöküntülere yol açan, alışkanlık yapan narkotik olarak ifade edilen maddelerdir (Uğurlu vd., 2012; Skewes ve Gonzalez, 2013). Bu tanıma ek olarak; uyarıcı niteliği taşıyan kimyasal maddeler ve kanunen bulundurulması, satılması yasal olan maddelerin eklenmesi, bağımlılık yapıcı maddelerin tanımını genişletmiştir (Landry, 1994; Wise, 1996). Sonuç olarak, bağımlılık, uyarıcı maddelerin farklı yollarla insan vücuduna alınmasının ardından tolerans geliştirilmesi ve alınmaması halinde psikolojik ve fiziksel belirtiler ortaya çıkaran bir durumdur.

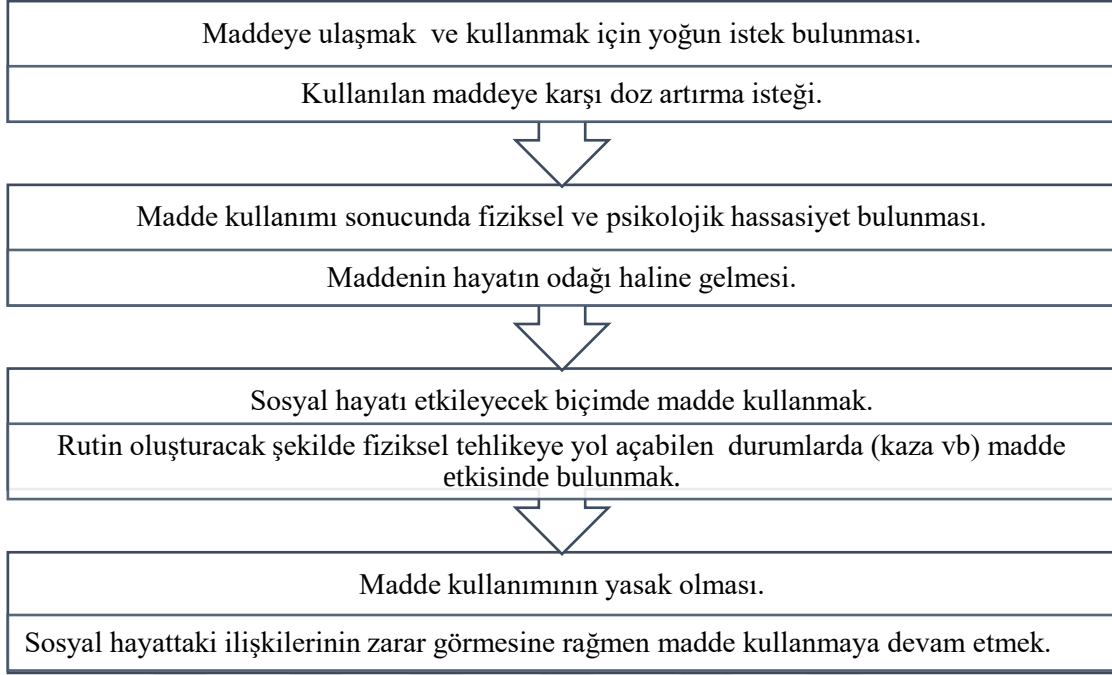
Madde bağımlılığıyla mücadele kapsamında ulusal ve uluslararası düzeyde çalışmalar yapılmaktadır. Bu bağlamda, hangi maddelerin bağımlılık yapıcı olduğu ve kullanımının durdurulmasına yönelik adımlar atılmaktadır. Dolayısıyla, bir maddenin bağımlılık yapıcı sayılması için şu kriterleri taşıması gerekmektedir:



Şekil 2: Bağımlılık Yapıcı Maddenin Özellikleri

Kaynak: Akbulut, 1997; Volkow, 2005; Çalışkan, 2018; Crocq, 2022

Madde bağımlılığı, kişinin pek çok kez denemesine rağmen maddeyi bırakamaması, her kullandığında madde miktarını arttırması, kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtilerini göstermesi ve günlük hayatının büyük bir kısmını madde arayışıyla geçirmesi şeklinde kendini göstermektedir (Steckler vd., 2013). Aynı zamanda, kişi özdenetimini ve özerkliğini kaybetmekte, bağımsız hareket edememeye başlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, madde bağımlısının özellikleri şu şekilde gösterilebilir:



Şekil 3: DSÖ'ye Göre Madde Bağımlısının Özellikleri

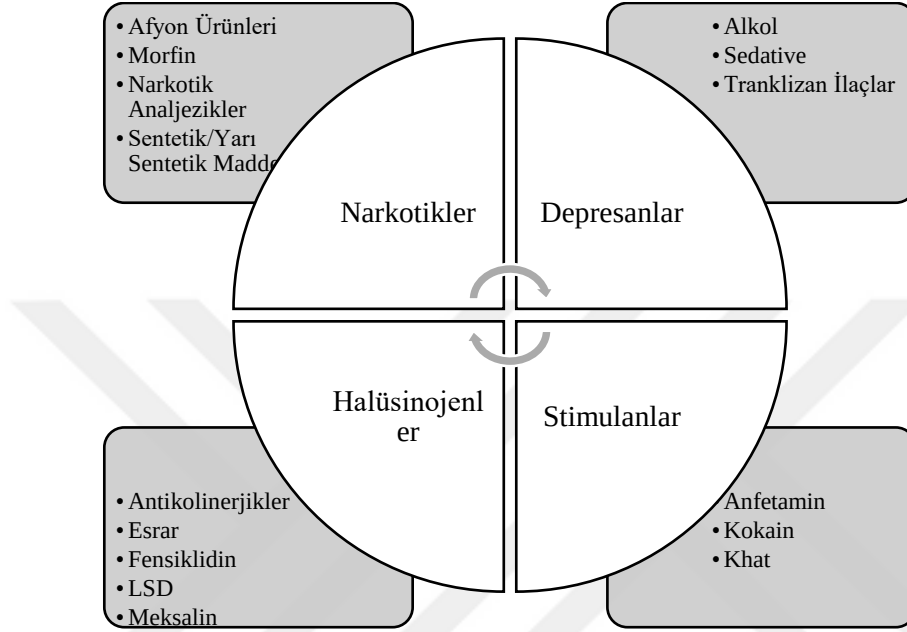
Kaynak: Eddy vd., 1965; Çalışkan, 2018

Bağımlılık yapan maddeler, bu zamana kadar çeşitli amaçlarla kullanılmıştır. Bu amaçlardan ilki, bağımlılık yapıcı maddelerin ağrı kesici olarak kullanılmasıdır (Örken ve Tavşanlı, 2014). Ayrıca, antik zamanlarda hastalıkların tedavi edilmesinde (savaş yarası, bezeler vb.) ve cerrahi operasyonlarda bu maddelerden faydalanılmıştır (Kılıç, 2017; Kolancı, 2020). Bağımlılık yapıcı maddelerin bu kullanımlarına ek olarak, dini ritüellerde (Şamanizmde kamlar, Zerdüştlükte Mitra mezhebinde) transa geçmek için kullanılmışlardır (Naskali, 2014; Karagöz, 2022).

İnsanları ölüme kadar sürükleyebilen bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmasında çeşitli nedenler bulunmaktadır ve bu maddelerin kullanılması bireylerin hayatını çeşitli boyutlarda (psikolojik, ekonomik, sosyolojik) etkilemektedir (Cami ve Farré, 2003; Henderson, 2009). Smith ve Seymour'a göre (2004), bağımlı olan kişiler, yaşadıkları psikolojik durumlardan kurtulabilmek ve mutlu olabilmek amacıyla bu maddelere erişim sağlamaktadır. Ayrıca, madde bağımlısı bireyler, kaygılarından ve depresif durumlarından kurtulabilmek amacıyla bağımlılık yapıcı maddelere yönelebilmektedir.

Bağımlılık yapıcı maddeler, literatürde çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Bu maddeler, yapay veya doğal olarak elde edilebildiği için doğal ve sentetik uyuşturucular/ilaçlar olarak ayrılır (Spruit, 2001; Çalı, 2012; Vandrey vd., 2013;

Göktepe, 2020). Hukuki duruma göre kullanımı suç sayılanlar ve sayılmayanlar şeklinde bir ayrım da bulunmaktadır (Ögel vd., 1999; Çöpür vd., 2014; Yaşar vd., 2018; Meydan, 2022). Tıbbi duruma göre ise merkezi sinir sistemi etkileri bakımından doğal ve sentetikler olarak sınıflandırılmaktadır (Karaoğlu vd., 2020). Çalışkan'a göre (2018), bağımlılık yapıcı maddeler dört grupta sınıflandırılabilir:



Şekil 4: Psiko-aktif Madde Sınıflandırmaları

Kaynak: Çalışkan, 2018

Bağımlılık yapıcı maddeler; depresanlar, stimulanlar ve halüsinojenler olarak sınıflandırılabilir. Madde bağımlılığına yol açan depresan grubu (bu maddeler merkezi sinir sisteminde yavaşlamaya yol açar), kendi içerisinde iki başlıkta değerlendirilir. İlk başlık doğal uyuşturuculardır. Bu grupta kodein, morfin, afyon ve eroin bulunmaktadır. Depresanlar içerisinde yer alan diğer bağımlılık yapıcı maddeler ise sentetikler olarak geçmektedir ve bu maddeler barbitüratlar ve trankilizanlardır (Gökler ve Koçak, 2008; Zapata vd., 2021).

Madde bağımlılığı sınıflandırmasında ikinci grup stimulanlardır (bu uyuşturucu grubu merkezi sinir sistemini uyarır) ve kendi içerisinde iki grupta incelenir. Doğal uyuşturucu kategorisinde kokain, koka yaprağı ve crack yer alırken yapay uyuşturucuda amfetaminler yer alır (Asicioglu, 2010; Güngör, 2018).

Halüsinojenler (hayal gösterenler), üçüncü grupta bulunur ve kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Doğal uyuşturucu sınıfında meskalin, esrar ve marihuana bulunur. LSD ise

sentetik uyuşturucu grubundadır (Kılıç, 2016; Yüksel, 2017; Erdoğan ve Delibaş, 2019). Bu sınıflandırma gruplarında yer alan tüm bağımlılık yapıcı maddelerin etkileri ve özellikleri şu şekildedir:

Depresanlar	Stimülanlar	Halisünojenler
Merkezi sinir sistemi fonksiyonlarını baskılar.	Merkezi sinir sistemini etkiler.	Zaman ve gerçeklik algısını değiştirirler.
Kalp atımını yavaşlatır.	Dikkati ve uyanıklığı artırır.	Hareket, görme, duyma etkilenir.
Sinirliliği azaltır.	Analeptikler ve ampetaminler olarak ikiye ayrılır.	Uyarıcı ilaçlar çok sayıda alındığında halisünojendir.
Uyumaya yol açabilir.	Analeptikler, kan basıncını artırır. Ampetaminler ise dopamin seviyesini artırarak uyku halini azaltır.	Etkileri panik atak, kabus ve bellek kaybıdır.
Barbitüratlar, sakinleştiriciler ve uyku ilaçları sayılabilir.	Kafein, nikotin, kokain stimülanlara örnek oluşturur.	LSD, meskalin ve marihuana ilaçları örnektir.

Tablo 1: Maddelerin Sınıflandırılması

Kaynak: Hill ve Thomas, 2011; Karaoğlu vd., 2020

1.2. Madde Bağımlılığı Türleri

Bağımlılık yapan ilaçlar, insanlarda keyif artırıcı, ağrı ve sıkıntıyı giderici özellikler sergilemektedir. Bu özelliklere pozitif pekiştiriciler denilmektedir. İlaç kesildiğinde keyifte azalma olması olumsuz bir durumdur ve ilacın tekrar kullanılmasına neden olabilir. Bu özellikler ise negatif pekiştiriciler olarak adlandırılmaktadır. Keyifte artış elde edebilmek için doz artışına gidilmesi ise tolerans olarak ifade edilmektedir (Koob, 1999; Weiss ve Koob, 2001). Bu kavramlar doğrultusunda, uyuşturucu maddelere karşı fiziksel ve psikolojik bağımlılık tanımları bulunmaktadır.

Alavi ve arkadaşlarına göre (2012), bağımlılık yapan maddeleri bağımlılık tiplerine göre sınıflandırmak doğru olmasa da, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından

sınıflandırmalar önem taşımaktadır. Buna bağlı olarak, bağımlılık türleri arasında psikolojik bağımlılık ve fiziksel bağımlılık bulunmaktadır (Lee vd., 2013).

1.Psikolojik Bağımlılık	• Bağımlılık yaratan maddeyi almaya devam etme arayışı ile kendini gösterir. • Madde kullanımı devam ettikçe keyif azalır ve alınan madde miktarı artar.
2.Fiziksel Bağımlılık	• Vücudun alınmayan maddeye karşı yeni bir denge oluşturmak için gösterdiği belirtilerdir. • Kalp ve solunum hızının artması, terleme gözlemlenebilir.
2.1.Yoksunluk Sendromu	• Maddenin aniden kesilmesi durumunda yoksunluk belirtileri görülür. • Hiperaktivite, depresyon, iştah kaybı, uyku hali gibi belirtileri vardır.
2.2.Direnç Artması	• Kullanılan maddenin etkisini sağlamak için maddenin miktarının sürekli çoğaltılmasıdır.
2.3.Karşıt Direnç Geliştirme	• Maddenin bırakılmasına karşı geliştirilen dirençtir.
2.4.Zehirlenme	• Maddenin fazla alımı sonrasında fizyolojik belirtilerle ortaya çıkan davranışlardır. • Kusma, bilinç kaybı ve ölüm ile sonuçlanabilmektedir.

Tablo 2: Bağımlılık Türleri

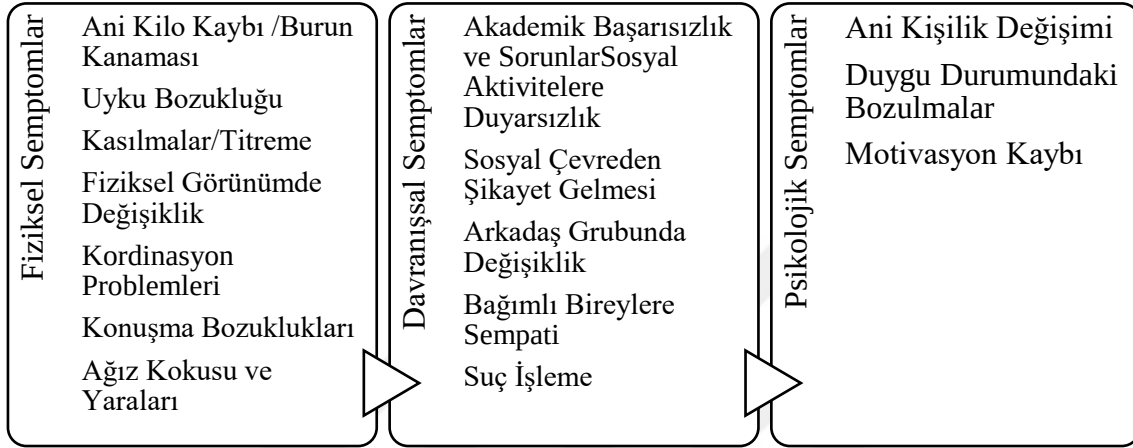
Kaynak: Uzbay ve Yüksel, 2003; Ergenç ve Yıldırım, 2007; Takahashi vd., 2021

1.3. Madde Bağımlılığı Evreleri, Nedenleri ve Sonuçları

Madde bağımlılığı, bir kişinin gerek yasadığı gerekse yasal olan (uyuşturucu içerikli bir maddeyi) aşırı tüketme durumudur. Bu bağımlılık sosyal bir sorun olarak ele alındığından bağımlılığın nedenleri, evreleri ve sonuçları ayrı ayrı incelenmelidir.

1.3.1. Madde Bağımlılığının Belirtileri ve Evreleri

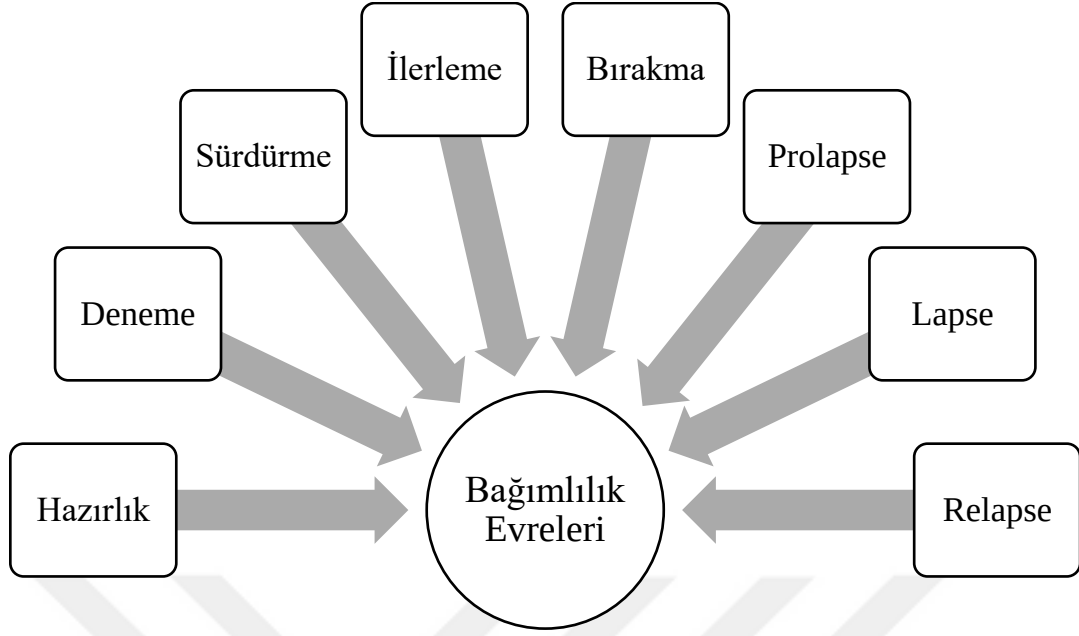
Madde bağımlılığı, herhangi bir maddenin yoksunluğunda sadece psikolojik ve davranışsal belirtilerle kalmayıp, aynı zamanda fiziksel semptomları da içerir. Bu nedenle, madde bağımlısı bireylerde üç farklı yönden (fiziksel, davranışsal, psikolojik) bozulmaların meydana geldiği söylenebilir. Bu belirtiler şu şekilde gösterilebilir:



Şekil 5: Madde Bağımlılığı Belirtileri

Kaynak: Gökler ve Koçak, 2008; Uğurlu vd., 2012; Çalışkan, 2018

Madde bağımlılığı süreci, merak duygusu ile başlar ve korku duyma ile devam eder. Maddenin denenmesi düzenli kullanıma yol açmakta ve düzenli kullanım da bağımlılığı tetiklemektedir (Özay Köse vd., 2017; Yiğitbaş, 2022). Dolayısıyla, bağımlılık aniden gelişmemekte, süreç içerisinde oluşmaktadır. Kişiler genel olarak bu sürecin farkında değildir ve farkına varıldığında bağımlılık süreci başlamıştır. Çalışkan'a göre (2018), bağımlılığın evreleri sırasıyla şöyledir:



Şekil 6: Madde Bağımlılığı Evreleri

Kaynak: Çalışkan, 2018

Bağımlılık, madde ilk alındıktan sonra kişide kendini iyi ve güçlü hissetme, kaygı giderici etkilerin gözlemlenmesiyle başlar. Bu durumun nedeni, beyindeki ödül sisteminin maddenin etkisiyle uyarılmasıdır (Durrant vd., 2009; Mutlu, 2018). Bu süreç, kişide maddeye karşı istek oluşmasıyla devam eder. İstek giderek aşırma düzeyine dönüşür ve kişi için zorunlu hale gelir. Bu noktada, fiziksel bağımlılık belirtileri ortaya çıkmaya başlar (Saah, 2005). Sonuç olarak, fiziksel bağımlılığın en önemli göstergesi, madde alınmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileridir.

Ergenlik döneminde madde kullanımında dört farklı evre görülmektedir. Ögel ve Aksoy'a göre (2007), evreler arasındaki geçişler, kişilerin fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik özelliklerine göre değişmektedir. Bu evreler ve özellikleri şu şekilde gösterilebilir:

Deneyssel Kullanma	Sosyal Kullanma	Operasyonel Kullanma	Bağımlı Olarak Kullanma
• Madde denenir ve ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler öğrenilir. Diğer evrelerin zeminini bu evre oluşturur.	• Kişi madde kullanımını öğrendikten sonra sosyal ortamlarda kullanmaya başlar	• Zevk alıcı ve tedavi amacını bir arada barındırır. Madde kullanım amacı neşelenmek, zevk almak için ise zevk amacına, rahatsız olunan durumlardan kurtulmak için ise tedavi amacına hizmet etmektedir. Bu aşamada sorunlar oluşmasına rağmen kullanım devam eder ve maddenin kötüye kullanımı başlamış olur.	• Kişinin madde kullanımı üzerinde kontrolü kalkmıştır ve bağımlılık oluşmuştur. Her madde kullanan bağımlı değildir ancak bağımlılığa uzanan bir sürecin bir parçasıdır. Sürecin neresinde olduğunu bilmek müdahaleler ve tedavi için önem taşımaktadır

Şekil 7: Ergenlerde Madde Kullanma Evreleri ve Özellikleri

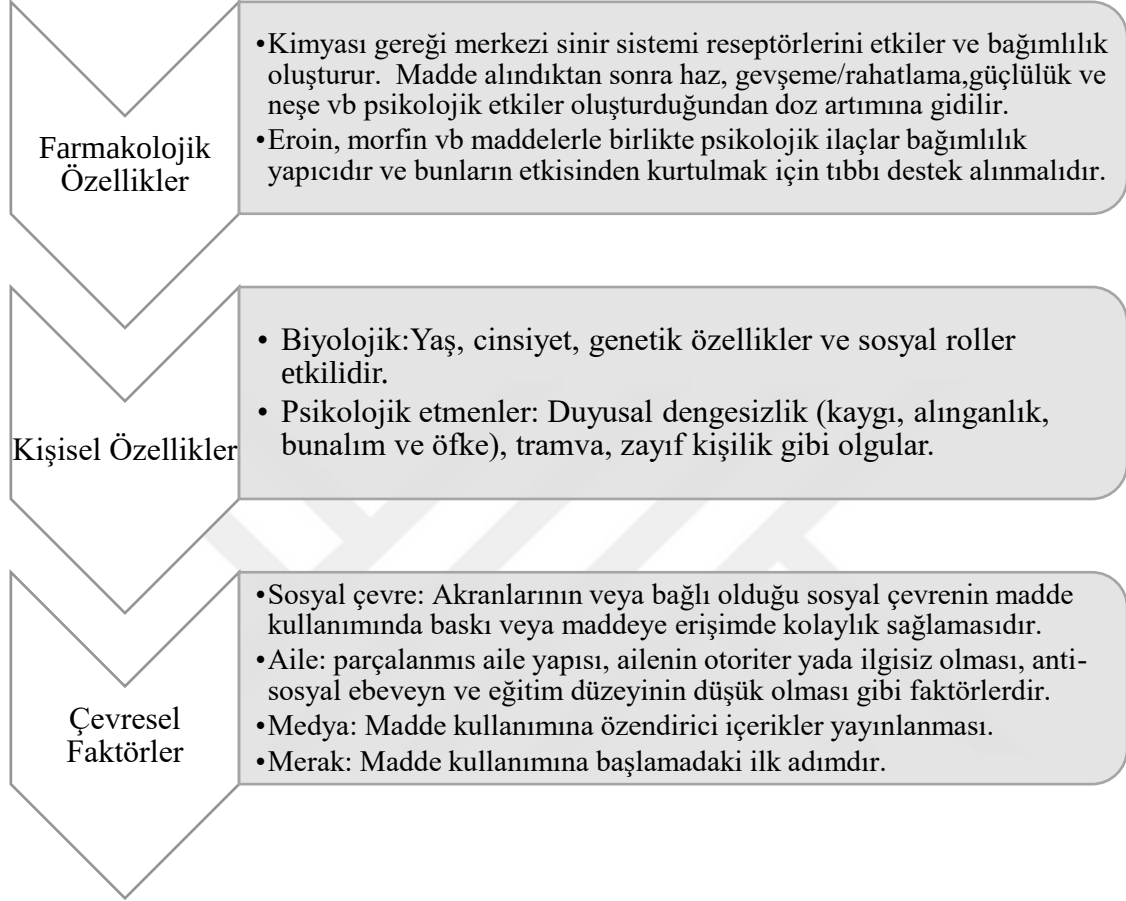
Kaynak: Benjet vd., 2013; Ding vd., 2014; Duyan ve Gövebakan, 2021; Hoffmann ve Jones, 2022

1.3.2. Madde Bağımlılığının Nedenleri

Madde bağımlılığının üç temel sebebi, bireyin kendisi, sosyal çevresi ve madde içeriğidir. Bu üç bileşenin birbirini olumsuz etkilemesi, bağımlılığın temel sebebi olarak kabul edilmektedir. İlk unsur olarak bireyin kendisi yer almaktadır. Yaşamda karşılaştığı sorunların üstesinden gelemeyerek korku, kaygı, üzüntü gibi duygularla başa çıkamayan insan, madde arayışına girebilmektedir (Singh ve Gupta, 2017; Soy ve Zorlu, 2020). İkinci faktör kişinin sosyal çevresidir (Karataş, 2020; Yaman, 2021). Arkadaş çevresi, ailenin ve toplumun tutumları, madde bağımlılığının devam edip etmeyeceğini belirler. Madde kullanımına devam etmek, arkadaş gruplarına katılımı kolaylaştırdığında, madde kullanımına devam edilebilmektedir (McCracken, 2010). Üçüncü faktör ise maddeye ulaşım kolaylığı veya zorluğu ve kullanma sıklığıdır (Bahar, 2018). Dolayısıyla, bu faktörler bir araya geldiğinde maddeye erişim sağlandıkça, bağımlılık süreci hızlanmaktadır.

Madde bağımlılığının meydana gelmesinde çeşitli nedenler bulunmaktadır. Bu nedenler literatürde üç başlık altında ele alınmıştır. Bunlardan ilki, maddenin farmakolojik

özellikleri; ikincisi, bireysel özellikler; son olarak ise çevresel nedenlerdir. Bu nedenler, şu şekilde açıklanabilir:



Şekil 8: Madde Kullanma Nedenleri ve Kategorileri

Kaynak: Chen ve Jacobson, 2012; Whitesell vd., 2013; Yalman, 2019

1.3.3. Madde Bağımlılığının Zararları ve Sonuçları

Madde bağımlılığının etkileri ailede başlamakta ve toplum üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır (Morgan vd., 2013). Bu olumsuz etki, bağımlı bireylerde iş kaybı, cezaevi yaşantıları ve sık görülen sağlık sorunları nedeniyle ekonomik yükler oluşturmaktadır (Asan vd., 2015). Ayrıca, bağımlı bireylerin ailelerinde uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve distimik bozukluk görülmektedir. Bu bireylerin eşlerinde ise yüksek oranda distimik bozukluk olduğu bulunmuştur (Bourgain vd., 2012; Betzler vd., 2021). Dolayısıyla, madde bağımlılığı insanların davranışlarını, tutumlarını değiştirerek, fiziksel ve psikolojik açıdan etkileyerek bireyin iş gücüne katkı sağlamasına engel olmaktadır.

Madde bağımlılığında görülen risklerin başında ani solunum yetmezliği ve ani kardiyak ritim bozuklukları sonucu meydana gelen ölümler gelmektedir (Karacalar vd., 2014). Buna ek olarak, ağız yoluyla solunan uçucu maddeler nedeniyle boğulmalar ve bilinç kaybı oluşabilmektedir (Williams, 2007; Doğan vd., 2017). Madde etkisi ile dikkatin azalması, riskli davranışlarda artma, kazalara neden olma, yangın çıkarma ve yüksekten düşme gibi durumlar yaşanabilmektedir (Coşkunol, 2020). Bu risklere ek olarak, bazı nörolojik bozukluklar da eşlik etmektedir. Beyin hasarları, sinir hasarları ve demans, bu bozukluklar arasında yer almaktadır (Örken ve Tavşanlı, 2014). Boztaş ve Arısoy'a göre (2010), uçucu madde kullananlarda yaşamları boyunca duygudurum bozukluklarına sahip olma oranı %48, anksiyete bozukluğuna sahip olma oranı %36, kişilik bozukluklarını yaşama oranı %45 olarak bulunmuştur.

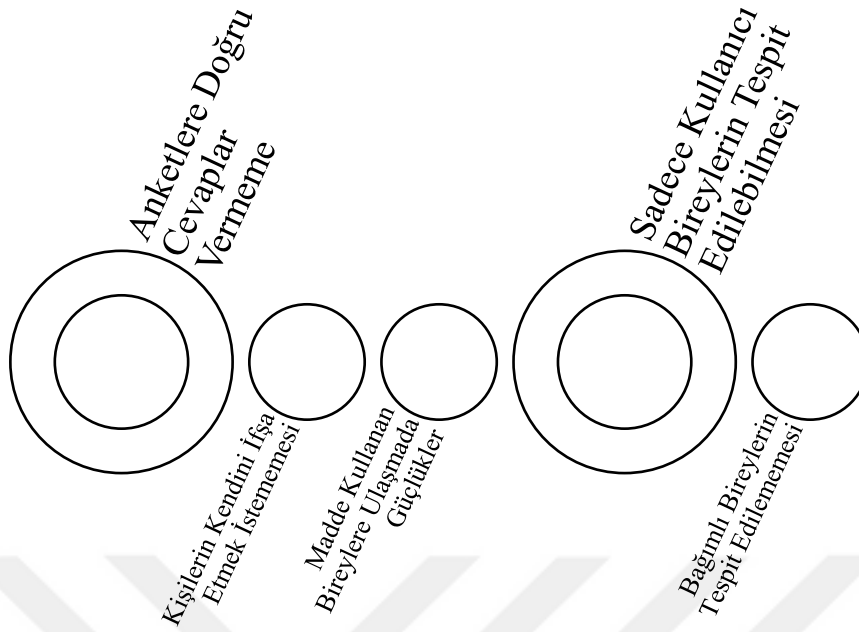
Madde bağımlısı olan kişilerin tedavisinde yaralanma ya da yaşamı tehdit eden bir durumun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Kan ve oksijen düzeyleri ile organ hasarları yakından takip edilerek gerekli müdahaleler gerçekleştirilir. Hastadan madde kullanım öyküsü ve psikososyal değerlendirme alınır. Yeni baş etme mekanizmaları oluşturulması ve var olan mekanizmaların güçlendirilmesi için çalışmalar yapılır (Boztaş ve Arısoy, 2010).

Alkol ve maddelerin bağımlılığının tedavisinde, madde kullanımına sebep olan sorunların giderilmesi amaçlanır. Bu süreç, hastanın iyileşmeyi isteyip istememesine, kişilik özelliklerine ve tedaviye olan uyumuna göre değişmektedir (Erbay vd., 2016; Akbaş ve Mutlu, 2016). Tedavinin en önemli hedefi, kişinin maddeyi bırakarak toplum içindeki yerine dönmesidir. Madde bağımlılığı tedavisi, hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıkların tedavisindeki kadar başarılı olmaktadır.

Bağımlılık tedavisinde tıbbi tedavi ve psikososyal tedavi birlikte kullanılır. Sonuç olarak, bağımlılığa müdahale yöntemlerinin birleştirilmesiyle başarıya ulaşılabilir.

1.4. Madde Bağımlılığı Çalışmaları ve Küresel Değerlendirme

Maddelerin kullanım sıklığı ve çeşitleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Madde kullanımıyla ilgili kapsamlı çalışmaların yapılabilmesinin önünde çeşitli zorluklar bulunmaktadır. Ögel'e göre (2005), bu zorluklar;



Şekil 9: Madde Kullanımıyla İlgili Çalışmalarda Yaşanan Zorluklar

Kaynak: Ögel, 2005

Tüm bu sebepler göz önüne alındığında bağımlı bireylerin tespitinde sorunlar yaşanabilmekte ve kesin neticelere ulaşılamamaktadır. Dolayısıyla bu tespit sorunlarının ortadan kaldırılabilmesi için anketler dışında farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında hastane kayıtlarının (Janjua vd., 2018; Williams vd., 2019), polis ihbarlarının (Søgaard vd., 2017; Ritter ve Stevens, 2017), mahkeme tutanaklarının (Gottfredson vd., 2008; Rempel vd., 2012; Spohn ve Belenko, 2013), ve cezaevi geçmişlerinin (Carpentier vd., 2012; Annaheim vd., 2018; Bukten vd., 2020) incelenmesi bulunmaktadır. Aynı zamanda okullarda yapılan çalışmalar ve öğrencilerde yakalanan madde miktarları göz önüne alınarak bağımlılık çalışmalarına dahil edilmektedir (Ögel, 2005).

Uyuşturucuya bağlı suçlar ve madde kullanımı, genellikle erkek egemen bir durumdur ve kadınlar bu alanda erkeklere kıyasla daha az rol oynar (Işıklı ve Irak, 2002). Uyuşturucu suçlarına karışanların eğitim düzeyi tipik olarak düşük olup, bu bireylerin ebeveynlerinin eğitim seviyeleri genellikle kendilerinden daha düşüktür (Carbonneau vd., 2022). Uyuşturucu suçlarına karışanların annelerinin %92,2'si ev hanımıdır (Maggio vd., 2022; Meulewaeter vd., 2022). Uyuşturucuya başlama nedenleri arasında "merak, hayranlık,

kişisel sorunlar ve arkadaş baskısı" öne çıkar. Bu sebepler, etkili bir eğitim ve önleme çalışmasıyla azaltılabilir (Narkolog, 2022).

Uyuşturucu temini sosyal çevre aracılığıyla gerçekleşir ve bireyler ilk deneyimledikleri uyuşturucu genellikle esrar olarak belirtmektedir (Varshneya vd., 2023; Trovini vd., 2023) . Ancak, bağımlı bireylerden sadece esrar kullanımı devam edenlerin oranı düşüktür. Başka bir ifadeyle, esrar kullanımına başlayan bireylerin kimyasal narkotikleri deneme veya kullanma ihtimali yüksektir (Bailey vd., 2019; De Jonge vd., 2022; Stamates vd., 2022). Ayrıca, madde kullanımına başlamadan önce tütün kullanımının yaygın olması, tütün kullanımını da madde kullanımına geçişin bir aşama olarak değerlendirilmesine olanak tanır (Weinberger vd., 2022; Mattingly vd., 2023).

Madde kullanımına bağlı olarak HIV enfeksiyon oranının, madde kullanımına bağlı ölüm sayısının ve Hepatit C vakasının arttığı bilinmektedir (MacArthur vd., 2014; Van Santen vd., 2021; Palmateer vd., 2022). Buna bağlı olarak, madde bağımlılığına en açık ve tehlikede olan grubun gençler ve çocuklardır (Candan ve Yıldırım, 2023).

Uyuşturucu kullanıcılarının çoğunluğu, uyuşturucu suçlarına ve diğer suçlara karışmaktadır (O'Callaghan vd., 2004; Payne ve Gaffney, 2012). Bu nedenle, bu alandaki mücadelede madde kullanımını yalnızca bir sağlık sorunu olarak değil, aynı zamanda ciddi bir güvenlik sorunu olarak ele almak önemlidir.

1.4.1. Madde Bağımlılığının Ulusal Kontrolü için Yürütülen Politikalar

Devletler, sürdürülebilirliklerini sağlamak ve vatandaşlarına refah, güvenli alan oluşturmak amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda yasal düzenlemeler yapmaktadır. Yapılan düzenlemelerse, özellikle uyuşturucu maddelerle ilgili alınan önlemleri kapsamaktadır. Dünya genelindeki tüm ülkeler gibi, ülkemiz de bireyleri bağımlılık yapıcı maddelerden korumak amacıyla özel yasal düzenlemeler yapmaktadır. Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin yetkisiz veya lisanssız şekilde üretimi, ticareti, saklanması ve kullanılması illegaldir ve bu faaliyetler ağır cezai yaptırımlara tabi tutulmaktadır (Kurt ve Kurt, 2007).

Türkiye, madde bağımlılığıyla mücadelede aktif bir tutum sergileyerek vatandaşlarını uyuşturucudan uzak tutmak amacıyla bağımlı bireyleri tedavi etmeyi hedefleyen koruyucu yasaları uygulamaya koymaktadır. Türkiye'nin uyuşturucu maddelerle mücadelesinde izlediği yasal denetim süreci oldukça çeşitlidir. Ayrıca, madde bağımlılığı

ile mücadele, çeşitli yasal düzenlemelerle desteklenmiştir. Bu bağlamda, madde bağımlılığıyla mücadele 2709 sayılı anayasayla yerini almış ve toplumun sağlığını korumayı devletin sorumluluğudur ilkesi benimsenmiştir. Ayrıca Türk Ceza Kanunu, kamu sağlığını tehdit eden suçlar kategorisinde uyuşturucu madde kaçakçılığını ele almaktadır. Uyuşturucu maddelerin kontrolü ve düzenlemesi Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Kanunuyla sağlanmıştır. Ayrıca, 3298 sayılı kanun da uyuşturucu maddelerle ilgili özel hükümleri içerir. Bu düzenlemelerin yanı sıra, madde bağımlılığı ile mücadelede kullanılan diğer ilgili mevzuatlar da bu alandaki yasal çerçeveyi tamamlar (Çalışkan, 2018).

Bu çerçevede, Türkiye Cumhuriyeti'nin mücadele sürecinde yasaklayıcı mevzuatlar, cezai tedbirler ile koruyucu ve önleyici yöntemler uygulayarak milli ve uluslararası düzeyde iş birliği gerçekleştirdiği görülmektedir.

1.4.2. Türkiye'nin Stratejik Eylem Planlarında Madde Bağımlılığı ile Mücadele Düzenlemeleri

Türkiye’de, kamu politikası olarak madde bağımlılığıyla mücadele benimsenmiştir. Özellikle 2000’li yıllardan itibaren bağımlılık yapan maddelere yönelik önleme çalışmaları yapılırken, uyuşturucu gibi diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kaçakçılığı ve kullanımı riskleri de ulusal ve uluslararası düzeyde yasal çalışmalarla Türkiye gündemine taşınmıştır. Madde bağımlılığı ile mücadele, meclis araştırmaları kapsamına alınmış ve bu konuda ulusal politikalar ile eylem planları hazırlanarak yasal düzenlemeler hayata geçirilmiştir.

Türkiye’de madde bağımlılığı ile mücadele, hükümetin ulusal eylem planları aracılığıyla sürdürülmektedir. Bu kapsamda, 2007-2009 arasında yürürlüğe giren ilk ulusal eylem planıyla madde bağımlılığına yönelik sürdürülen çalışmalar için yeni planlar oluştur (Çalışkan, 2018). En son yayınlanan plan, 2018-2023 yılları arasındaki stratejileri ve hedefleri belirleyerek, bağımlılıkla mücadeleyi güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu planlar, madde bağımlılığıyla mücadelede koordineli bir çaba gösterilmesini sağlamaktadır.

2. BÖLÜM: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELEDE HALKLA İLİŞKİLER ODAKLI SOSYAL POLİTİKA OLUŞTURMA VE GELİŞTİRME

Bu bölümde, halkla ilişkiler açısından sosyal politika kavramını ele alacak; bu politikaların nihai hedefleri ve alt hedeflerinin nasıl şekillendiği incelenecektir. Türkiye'deki madde bağımlılığıyla mücadele konusunda sosyal politikaların nasıl oluşturulduğuna ve bu süreç içinde kamu kurumlarının hangi rolleri üstlendiğine dikkat çekilecektir. Ayrıca, madde bağımlılığı sorununa yönelik olarak sosyal politika ve sağlık iletişimi stratejilerinin nasıl entegre edildiği tartışılacaktır. Özellikle sosyal politika ve madde bağımlılığı arasındaki ilişki üzerinde durulacaktır.

2.1. Sosyal Politika Kavramı ve Politika Oluşumunun Aktörleri

Sosyal politika, toplumsal yaşamda karşılaşılan çeşitli problem/durumu inceleyen ve bu sorunların üstesinden gelmek misyonuyla kamusal politikalar geliştiren alandır (Baldock ve Mitton, 2011; Alcock, Daly ve Griggs, 2014; Drake, 2018). Bir başka deyişle, devlet, sosyal politikalarla toplumsal düzeyde sayılan sorunların çözümü için alınan bu kararların uygulanması yoluyla toplumun refahını artırmayı, eşitsizlikleri azaltmayı ve sosyal adaleti sağlamayı hedefler (George ve Wilding, 2023; Jones vd., 2023). Dolayısıyla sosyal politika, öncelikle ekonomik olmak üzere çeşitli etmenlerin etkilediği bireylerin ve grupların yaşam koşullarını iyileştirmeye odaklanır.

Bu disiplin, başlangıçta 19. yüzyıl Sanayi Devrimi döneminde meydana gelen menfi çalışma koşulları ve işçi sınıfının sorunlarına odaklanan dar bir anlamda başlamıştır (Blakemore ve Griggs, 2007; Çekerevac, 2009; Crossley, 2020). Ancak zaman içinde, 20. yüzyılın dünya savaşları ve ekonomik dönüşümleri gibi olaylarıyla birlikte geniş bir anlam kazanmıştır (Becker vd., 2012; Hudson vd., 2015). Böylece sosyal politika artık sadece işçi sınıfını değil, toplumdaki tüm kesimleri kapsayan bir yaklaşım benimsemiştir. Sosyal politika, toplumsal sınıflar arasındaki ilişkileri düzenleyen ve devleti, hukuksal düzeni toplum içinde korumaya yönelik çalışmaları içeren kamu konsepti şeklindedir (Kennedy, 2013; Sullivan, 2018). Pickvance'ye göre, (2007) bu konsept, yani sosyal politika toplumsal vatandaşlık, sosyal eşitlik ve adalet kavramlarıyla bütünleşmiş, çeşitli toplumsal grupların ve sorunların ele alındığı bir disiplindir.

Garland’a göre (2016), sosyal politika, devletin temel organları eliyle oluşturulur. Bu organlardan ilki yasamadır. Diğerleri ise yürütme ve yargıdır. Sosyal politikalar bu organlar aracılığıyla oluşturulsa da, modern yaklaşımlar çerçevesinde STK’lar (Friedman, 2003; Niedzwiecki, 2014; Godsäter ve Söderbaum, 2017), yerel yönetimler (Deakin, 2013; Belli, 2019), üniversitelerin etkisi (Bennett vd., 2021; Hudson ve Lunt, 2022) görülmektedir. Ayrıca sendikalar gibi aktörlerin etkisi de sosyal politikalar üzerinde artmıştır (Lane ve Ersson, 2004; Seekings, 2004). Sonuç olarak, sosyal politika; politika oluşumunu destekleyen aktörlerin kamusal niteliğinden etkilenecek, toplumun geneline yayılan politikaların oluşturulması ve uygulanması üzerinde odaklanmayı ifade eder.

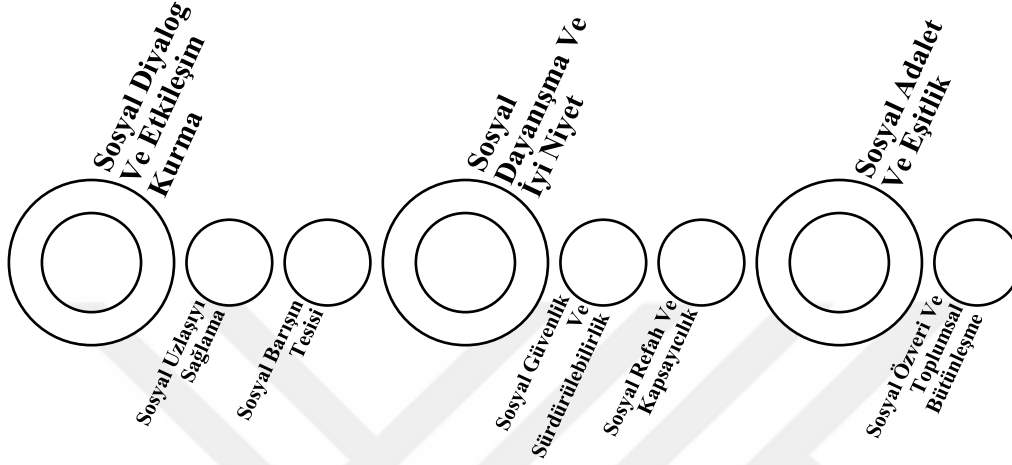
2.2. Halkla İlişkiler Perspektifiyle Sosyal Politikanın Nihai Hedeflerinin Oluşumu ve Alt Amaçları

Sosyal politika, sadece çalışma hayatıyla sınırlı kalmayıp farklı sosyal gruplara ve alanlara hizmet sunmaktadır. Nodirovna’ya göre (2023), bu politikada çalışma hayatından kaynaklanan risklere karşı çalışanları ve aile fertlerini korumakla kalmayıp, aynı zamanda diğer sosyal kesimlerin sosyal güvenliğini de kalıcı programlar aracılığıyla güvence altına almaktadır. Ayrıca, gelir sınıflandırmasında düşük (yani sıfır ile başlayan) gelir gruplarına yapılan primsiz/primsiz veya nakdi yardımlarla (sosyal transferlerle), daha adil bir gelir dağılımı hedeflenir (Béland, 2005; Wilkins, 2013; Wilson, 2018). Böylece sosyal politika, adil gelir dağılımıyla mal ve hizmetlere karşı istikrarlı talebin devam etmesine yardımcı olmaktadır.

Sosyal politika, bu şekilde alım gücünü sürekli olarak belirli bir seviyede tutarak iktisadi hayatın canlılığını sürdürmekte ve bu bağlamda üç temel işleve odaklanmaktadır. Bu işlevler, risklere karşı koruma, adil gelir dağılımını teşvik etme ve sosyal güvenlik sağlama olarak özetlenebilir (Mkandawire, 2004; Blakemore ve Warwick-Booth, 2013; Jones vd., 2023). Halkla ilişkiler perspektifinden bakıldığında, sosyal politikanın sunduğu hizmetlerle toplumda bir dayanışma ve güven ortamı oluşturulması, devletin vatandaşlarına yönelik sorumluluğunu yerine getirme ve toplumsal refahı artırmayı amaçladığı vurgulanabilir.

Sosyal politikanın alt amaçları genellikle toplumun refahını artırmak, sosyal adaleti sağlamak ve sosyal sorunları çözmek üzerine şekillenmektedir. Ancak, sosyal politikanın

spesifik alt amaçları, toplumun sosyal yapısına, ihtiyaçlarına ve politika tercihlerine bağlı olarak değişebilir. Buna bağlı olarak sosyal politikaların alt amaçları şu şekilde gösterilebilir:



Şekil 10: Halkla İlişkiler Odaklı Bir Sosyal Politikanın Alt Amaçları

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2.2.1. Sosyal Diyalog ve Etkileşim Kurma

Sosyal diyalog, sadece iki kişi arasında gerçekleşen bir konuşma veya sözlü iletişim olarak dar bir anlam taşımakla birlikte, sosyal bağlamda, toplumdaki farklı sosyal grupların birbirleriyle iletişim kurmalarını, tanımlarını ve potansiyel sorunların çözümünde etkileşimde bulunmalarını ifade eder (Carley,1993; Streeck, 1994; Keller ve Sorries, 1998; Nordestgaard ve Kirton-Darling, 2004). Toplamlar arasındaki bu etkileşim, barışın devamını sağlamak ve kültürel etkinlikleri gerçekleştirmek amacıyla kullanılabilir.

Günümüz endüstri toplumlarında ve demokratik sistemlere sahip ülkelerde, sosyal diyalog kavramı genellikle işçi ve işveren arasındaki çıkarların sağlanması amacıyla kullanılmaktadır (Fashoyin, 2004; Léonard, 2008; Schäfer ve Leiber, 2009). Natali ve arkadaşlarına göre (2008), sosyal diyalog, zaman zaman endüstri toplumlarında sosyal ilişkiler kurma, bazen de devlet ile işveren arasındaki ilişkileri düzenleme amacını taşımaktadır.

2.2.2. Sosyal Uzlaşmayı Sağlama

Sosyal uzlaşma, toplumun çeşitli kesimleri arasındaki görüş farklılıklarının ortadan kaldırılabilmesi için gerekli anlaşmaların sağlanmasıdır (Spicker, 1995; Milliard ve Spicker, 1998). Bu bağlamda, sosyal uzlaşma, insan ilişkilerinin eksik ve kopuk olmasıyla ortaya çıkan çatışmaların, sosyal diyalog ve tarafların anlaşmasıyla çözülüp ortadan kaldırılmasıdır.

Toplumu oluşturan tarafların istekleri doğrultusunda bir araya gelerek çaba harcayarak uzlaşmaya varmaları, toplumsal barış ve gelişim açısından son derece önemlidir (Murillo Amarís, 2012; Aravacık, 2018). Bu noktadan hareketle, sosyal uzlaşma, demokratik çözümlerin sağlanabilmesi için devlet tarafından sosyal politikaların hayata geçirilmesi ve devam ettirilmesi, toplum nezdinde sosyal uzlaşmaya örnek olduğu söylenebilir.

2.2.3. Sosyal Barışın Tesisi

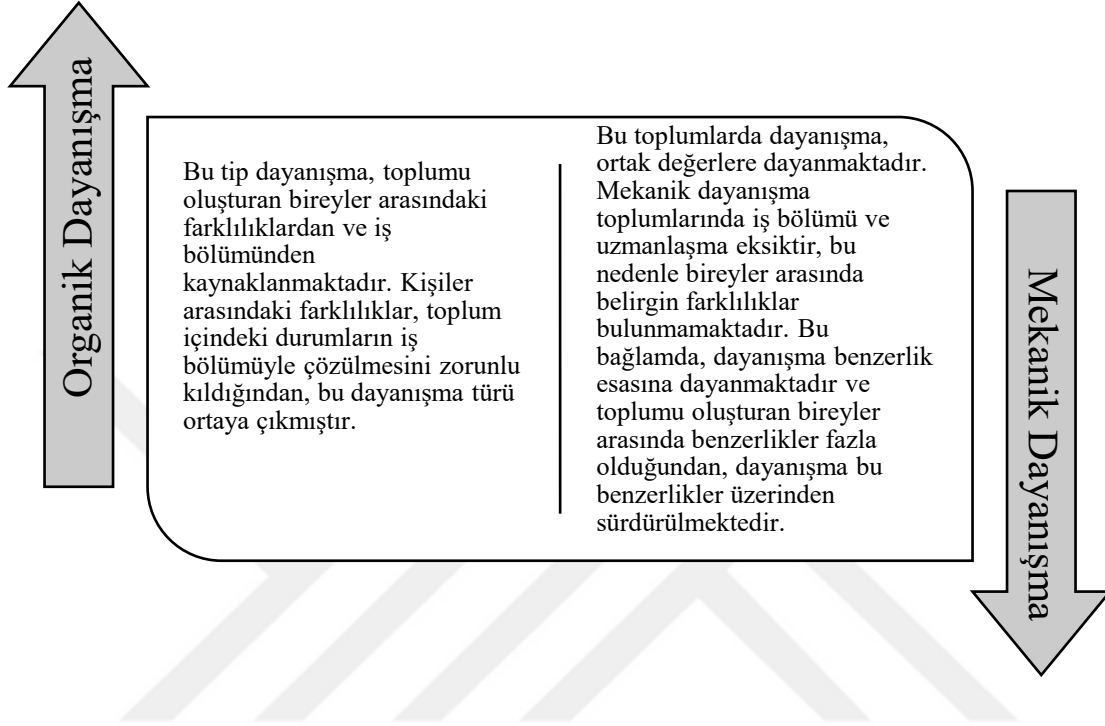
Toplumu oluşturan tarafların uzlaşması, sosyal barışın sağlanmasını beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, sosyal barış, toplumu düzene sokan ve geliştiren bir unsurdur (Giulianotti, 2011). Ayrıca, siyasetin amaçlarından biri olan sosyal barış, toplumun varlığı ile sosyal sistemlerinin huzur içinde olduğu bir ortamın varlığıdır (Offe ve Keane, 2018). Sonuç olarak, sosyal barışın amacı, toplum içinde oluşabilecek anlaşmazlıkları barışçıl uygulamalar ve diyalog mekanizmalarıyla çözerek gerilimleri azaltmak ve toplumsal huzuru sağlamaktır.

Toplumsal ve siyasal gelişme açısından, sosyal barışın sürekli bir şekilde korunması son derece kritiktir. Bu nedenle, işçi-işveren, devlet ve halk arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi, toplumun ilerlemesi ve barışın devamı açısından büyük bir önem taşımaktadır (Jimenez vd., 2014; Fogarty, 2019). Başka bir ifadeyle, sosyal barışın devam ettirilmesi, toplumu oluşturan bireylerin birbirlerine saygılı, sevecen ve hoşgörülü olmalarıyla mümkündür (Hall ve Midgley, 2004). Özetle, sosyal barışın kalıcılığını sağlamak için toplumu oluşturan her kesimde dostluk kültürünün yaygın olması gerekmektedir.

2.2.4. Sosyal Dayanışma ve İyi Niyet

Sosyal dayanışma, bireyler arasında ortak davranış kalıplarıyla ortaya çıkan bir bağlılık duygusudur (Rodger, 2003; De Deken vd., 2006). Bu bağlılık duygusu, insanları birbirine

yaklaştırarak yardımlaşma ve işbirliği imkanları yaratmada büyük bir öneme sahiptir. Bu nedenle, her bireyin yerine getirmesi gereken davranışlar konusunda sorumluluk hissi, sosyal dayanışma kavramını temsil eden temel unsurlardan biridir. Bu bağlamda ortaya çıkan sosyal dayanışma türleri şu şekildedir:



Şekil 11: Sosyal Dayanışma Türleri

Kaynak: Kretchmar, 2011; Thijssen, 2012; Gofman, 2014

Sosyal dayanışmanın sağlanabilmesi için, bireyler arasında yardımlaşma ve iyi niyet davranışlarıyla sosyalleşme gereklidir (Vasta, 2010; Garrafa, 2014). Ayrıca, toplum içinde sosyal ahlak kurallarının benimsenip uygulanabilmesi, bireyler arasındaki sosyal dayanışma için elzemdir (Sevinç, 2022). Bunun yanı sıra, sevgi, merhamet ve fedakârlık gibi sosyal ahlak kurallarının toplum içinde gözlemlenmesi, her bireyin hayatını daha yaşanabilir hale getirmesine olanak tanımaktadır (Smith ve Sorrell, 2014; Hall, 2017; Frega, 2021). Özellikle sosyal haklarını savunamayacak kadar özrürlü ya da hasta olan bireylerin haklarının korunması ve toplum içinde gözetilmesi, toplumsal dayanışmayı kolaylaştırmaktadır.

Sosyal dayanışma, sosyal devlet anlayışıyla, toplumsal dinamiklerin oluşması kalkınmanın sürdürülebilmesine katkı sağlar. Bu bağlamda, insanlar arasındaki ilişkilerin kurulması, kalkınmanın yanı sıra güven ortamının oluşmasına, anlayışın, hoşgörünün ve sosyal ahlak anlayışının gelişmesine olanak tanır (Rothstein, 2017; Achmad, 2022). Bu

şekilde, sağlıklı ve barış içinde bir toplum oluşturularak sosyal gelişmeyi destekleyen değerler devam ettirilebilir.

2.2.5. Sosyal Güvenlik ve Sürdürülebilirlik

Sosyal güvence, bireylerin hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri maddi risklere karşı sosyal ve ekonomik desteklerin, kişinin finansal durumundan bağımsız olarak sağlanmasıdır (Midgley, 2017). Bu bağlamda, sosyal güvenlik; geliri azalan bireyleri koruyarak, başkalarına muhtaç olmadan yaşamlarını sürdürebilmelerini amaçlayan bir sistem bütünüdür (Spicker,2011; Schmitt vd., 2015). Walker'e göre (2004), sosyal devlet anlayışını benimsemiş devletler, bu sistem içinde bireylere sosyal ödemeler yaparlar. Yani, sosyal güvenliğin temel amacı, gelir kaybına uğrayan bireylerin asgari yaşam koşullarını kaybetmeden, muhtaç duruma düşmeden yaşamlarını sürdürebilmelerine olanak tanımadır.

Sosyal güvenlik, toplumun ve sosyal siyasetin gelişebilmesi için bir araç olarak işlev görmektedir (Diamond, 2004). Bu görevi yerine getirebilmek için çeşitli araçlar sosyal güvenlik sistemleri içinde bulunmaktadır. Sosyal sigorta uygulamaları, sosyal yardımlar ve sosyal refah destek sistemleri, bu araçlara örnek teşkil eder (Midgley ve Tang, 2001; Mares, 2005). Ayrıca, devletin oluşturduğu sosyal güvenlik sistemleri dışında, bireylerin kendi çabalarıyla oluşturduğu sosyal güvenlik sistemleri de bulunmaktadır. Gruber ve Wise'ye göre (2008), bu girişimler; bireysel tasarruf destekleri, yardımlaşma yoluyla sağlanan destekler, hayat sigortaları, aile içinde yapılan akraba yardımları ve sivil toplum kuruluşlarının sunduğu destekleri içerir.

2.2.6. Sosyal Refah ve Kapsayıcılık

Toplumun genel refah seviyesinin yüksek olması genellikle bir ülkenin zengin olduğu şeklinde yorumlanır. Bu nedenle, sosyal refah seviyesi yüksek olan ülkeler genellikle yatırımlar aracılığıyla işsizlik oranını azaltır ve toplumsal kalkınmayı teşvik ederler (Wood ve Gough, 2006; Segal,2010). Bu bağlamda, refah seviyesini artırmanın bir yolu, paranın sadece zenginler arasında değil, toplumun genelinde dolaştırılması gerekliliğidir (Hediger, 2000; Spicker,2013). Bu nedenle, sosyal devletler, zenginliğin geniş bir kesime yayılmasını ve refah seviyesinin adım adım artmasını sağlamak amacıyla çeşitli politikalar geliştirirler.

Sosyal refah, sadece maddi bollukla sınırlı kalmamalı; aynı zamanda manevi değerlerin artışını da içermeli ve bu unsurları tamamlayıcı bir öge olarak kabul edilmelidir (Adler, 2019). Bu bağlamda, sosyal devletler, manevi refahı ve sosyal refah seviyesini artırmaya yönelik çabalarıyla dikkat çekmektedir (Butler ve Drakeford, 2005; Blau ve Abramovitz, 2010). Dolayısıyla, kişi başına düşen milli gelirin yüksek olduğu ve her bireyin asgari bir refaha sahip olduğu toplumlarda, toplumsal refahın gelişmiş olduğu söylenebilir. Devletlerin sosyal refah artışını sağlamak için uyguladığı politikaların, toplumun tüm kesimini kapsamaması ve içinde farklılaşmaların olmaması son derece kritik önem taşımaktadır (Jansson, 2015; McNutt ve Hoefer, 2020). Bu nedenle, refah artışının her bireyi eşit şekilde etkilemesi ve toplumu oluşturan kesimler arasında uçurum oluşmaması gerekmektedir. Ancak, dünya genelinde bu refah farklılığının arttığı gözlemlenmektedir.

2.2.7. Sosyal Adalet ve Eşitlik

Sosyal adalet, ekonomik açıdan dezavantajlı konumda olan bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarını düzeltmeyi amaçlayan bir kavramdır (Everingham, 2001; Everingham, 2018). Fraser'a göre (2008), bu anlayış, toplum içinde gelir dağılımı, yaşam standartları ve refah düzeyinin adil bir şekilde dengelemesini hedefler. Ayrıca bu denge, gelişim farklılıklarının ve bu farklılığın doğurduğu uçurumların kapatılmasını içerir; aksi takdirde, kamplaşmalar kaçınılmaz olabilir (Carlisle vd., 2006; Hytten ve Bettez, 2011; Bell, 2016). Dolayısıyla, sosyal hakların adil bir biçimde paylaşılması, hak ve vicdan prensiplerine uygun olmalıdır.

Stiglitz'e göre (2002), ekonomik bağlamda, sosyal adalet yalnızca gelir ve servetin adil bir şekilde paylaşılmasıyla gerçekleşebilir. Diğer bir ifadeyle, milli gelirden elde edilen kazancın tüm bireyler arasında, özellikle emekle geçinenler arasında adil bir şekilde bölüşülmesi gerekmektedir (Arbour, 2007; Dorrien, 2010; Hewitt, 2016; O'Neill, 2020). Dolayısıyla bir toplumun taksimat yönteminin sosyal adaleti karşılayacak seviyeye getirilmesi ve her bireyin asgari yaşam standardına ulaşabilmesi, sosyal adaletin temel amacını oluşturur.

Sosyal adaletin egemen olduğu toplumlarda sınıf çatışmaları, olumsuz algı ve buna bağlı sosyal gerilimler azalır; bu da sosyal barış ortamında daha etkili bir sosyal gelişmeye zemin hazırlar (D'Ambrosio, 2007; Andrzejewski vd., 2009; Nieuwsma, 2013). Hatfield ve arkadaşlarına göre (2011), sosyal adaletin genel hedefi, toplumdaki tüm bireyler

arasındaki ilişkileri sosyal gerçekçilik temelinde düzenleyerek karşılıklı anlayış ve yardımlaşmayı teşvik etmektir. Bu bağlamda sosyal adalet, temelde iki ana unsuru içerir:



Şekil 12: Sosyal Adaletin Yapıtaşları

Kaynak: Miller, 2001; Helms, 2003; Loewen ve Pollard, 2010

Barbera'ya göre (2022), sosyal adaletin sağlanabilmesi için, maddi (ekonomik belirsizlik, yoksulluk) sorunların çözüme kavuşması gerekmektedir. Ayrıca bu çözüm sürecinde maddi sorunlara eşlik eden manevi (toplumsal dışlanma, eğitim/istihdam olanaklarına erişememe veya duygusal problemler) risklerin oluşturduğu tehditlerin ortadan kaldırılmasında önemlidir (Heiserman ve Simpson, 2021). Tüm bu adımlar atılırken aynı zamanda geniş halk kitlelerinin yaşam koşullarının iyileştirilmesi de amaçlanmalıdır.

2.2.8 Sosyal Özveri ve Toplumsal Bütünleşme

Sosyal özveri, bir bireyin ihtiyaç ve isteklerini, kendi çıkarlarından önce düşünme ve kişisel fedakârlıkla topluma katkıda bulunma eylemidir (Branas-Garza vd., 2010; Liu vd., 2015). Curry ve Dunbar'a göre (2011), her durumda başkalarını, özellikle muhtaçları düşünme, kendi haklarından ödün verme ve gönüllü fedakâr eylemlerde bulunma, insanî bir erdem olarak değerlendirilir. Bu nedenle, toplum menfaatini gözeterek yapılan bu gönüllü eylemler, övgüyü hak eder.

Bilinçli ve düzenli sosyal özveride bulunmak, toplumsal dayanışma ve yardımlaşmanın gelişmiş olduğunu gösteren önemli bir göstergedir (Simpson ve Willer, 2015; Li vd., 2019). Bu bağlamda sosyal özveri, insanların karşılık beklemeden mal veya para gibi kaynaklarını başkalarına cömertçe sunmaları, sosyal bütünleşme ve kaynaşma açısından büyük bir önem taşır (Jeffries, 2014; Wang vd., 2018). Dolayısıyla, özverili bireyler, toplumda sevgi ve saygı kazanır.

2.3. Madde Bağımlılığı ve Sosyal Politika İlişkisi

Hükümetlerin ekonomik şartları iyileştirmeye odaklanan politikaları, diğer konuların önemsenmesini engelleyerek, çözülmesi gereken problemlerin varlıklarını sürdürmelerine neden olmuştur (Spooner, 2002; Barlow, 2010). Ancak, toplum yapısında meydana gelen değişimler, "diğer konular" olarak (sağlık, sosyal güvenlik, sosyal hizmetler, eğitim vs) adlandırılan olguların daha çok ön plana çıkmasını sağlamıştır (Towers ve Machin, 2023). Dolayısıyla yaşanan dönüşüm hükümet politikalarının bu yönde şekillenmesine zemin hazırlamıştır.

Demografik değişimlerin artması, sosyo-ekonomik koşulların değişmesine bağlı olarak yaşam kalitesindeki bozulmaların artması (Boyum ve Reuter, 2001) ve madde bağımlılığının giderek her yerde önlenemez bir sorun haline gelmesi, madde bağımlılığının sosyal politika kapsamında ele alınmasına yol açtı (Wallack vd., 2010; Csete vd., 2016). Bu nedenle, hükümetler, artık madde bağımlılığıyla ilişkili olan bu konuları sosyal politika kapsamında değerlendirmeye başladılar (Babor vd., 2010). Bu bağlamda, devletin tüm fonksiyonlarıyla birlikte madde bağımlılığına yönelik sosyal politika üretmesi kaçınılmaz hale gelmiştir.

Madde bağımlılığını önleyici uygulamalar, gelişimsel refahı ve sağlık sonuçlarını artırmayı amaçlamaktadır (Perkins, 2003; Vimpani, 2005; França vd., 2009). Ancak, bu tür önleyici uygulamaların diğer programlar ve politikalarla entegre bir şekilde geliştirilmemesi, maalesef, problemlerin çözümünü zorlaştırmaktadır (Sussman vd., 2004; Simmons ve Singer, 2006; Dickson-Gomez vd., 2007). Özellikle erken müdahale stratejilerinin uygulanması veya geliştirilmesindeki eksiklikler, madde bağımlılığı sorunu yaşayan ailelerin bu uygulamalara ilişkin konuları anlamalarını engelleyebilir (Leukefeld ve Clayton, 2014; Sloboda vd., 2019). Bu bağlamda, önleyici uygulamalar ve erken

müdahale stratejilerinin entegrasyonu, sosyal politikaların temelini oluştururken aynı zamanda sağlık iletişimi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlar.

2.4. Türkiye’de Bağımlılıkla Mücadelede Sosyal Politikaların Oluşumu ve Kamu Kurumlarının Rolü

Ögel’e göre (2010), Türk beylikleri ve devletlerinin çeşitli dönemlerinde afyon içeren ürünler kullanılmıştır. Bu bağlamda, Fatih Sultan Mehmet ülkede madde kullanımını kısıtlamak için yasal önlemler almış, Kanuni Sultan Süleyman da benzer düzenlemeler yaparak bu tür kullanımlara sınırlamalar koymuştur.

19. yüzyılın başında, Çin’de bağımlılık yapıcı maddelere getirilen yasaklar sonucunda Osmanlı’da afyon fiyatları ciddi şekilde düşmüş ve haşhaş ekim alanlarında alternatif bitki yetiştirilmesi desteklenmiştir. Osmanlı İmparatorluğu, madde bağımlılığına karşı üretimi denetim altına alarak ve kaçak üretim ile satışını engelleyerek tedbirler almıştır (Göktepe, 2020). Tıbbi olmayan amaçlarla madde kullanımına karşı çıkan itirazlar artmış, Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye gibi kuruluşlar devleti daha sert politikalar benimsemeye itmiştir. 1872’de, afyon ve haşhaş ekimine karşı sıkı kontroller uygulanmıştır. Ancak uluslararası arenada, özellikle 1909 Şangay ve 1911-1914 Lahey görüşmelerinde, Osmanlı’nın afyon ticaretinden elde ettiği gelirler yüzünden bu önerilere direnç göstermiş ve yaptırımları kabul etmemiştir (Çıtır, 2015).

Cumhuriyet dönemi Türkiye’sinde, Mustafa Kemal Atatürk’ün uyuşturucu maddelere karşı sert bir yaklaşım sergilemesiyle birlikte, Türkiye uluslararası düzeyde bağımlılıkla mücadelede etkin bir rol üstlenmiştir. 1925 yılında Cenevre’de gerçekleştirilen ve "Narkotik İlaçların Uluslararası Denetimi" konulu bildirgeyi imzalamıştır. Bu süreçte, Türkiye kokain gibi belirli uyuşturucu maddelerin üretimini yasaklayarak ve Türk Ceza Kanunu’nda uyuşturucu kullanımını, teminini ve ticaretini suç olarak tanımlayarak ilgili yasal düzenlemeler yapmıştır (Ögel, 2010).

"Uyuşturucu Maddelere İlişkin Yasa"nın 1933 yılında yürürlüğe girmesiyle, Türkiye’de haşhaş ekimi büyük ölçüde sınırlandırılmış ve uyuşturucu maddelerin kullanımı ile ticareti devlet tarafından katı bir şekilde denetlenmeye başlanmıştır. Bu denetimler, Toprak Mahsulleri Ofisi’nin oluşturulmasıyla daha da pekiştirilmiştir. Haşhaş ekimi yapılan alanlar 1968 yılında 21 ilden 11 ile indirilmiş, 1970 yılında ise sadece 4 ile sınırlanmıştır (Uzun, 2009).

Türkiye, madde bağımlılığıyla mücadele konusunda önemli adımlar atmaktadır. Bu sorunla kökten mücadele etmek ve toplumu etkilemeden çözmek amacıyla devlet ve çeşitli STK'lar önemli politikalar uygulamaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü'ne bağlı TUBİM, yerel ve uluslararası alanda Türkiye'yi temsil etmekte ve sorunun köklerinin anlaşılması için araştırmalar yapmaktadır. Bu faaliyetlere ek olarak; sosyal hizmetler, bağımlı çocuk ve gençlerin tedavisini üstlenirken, MEB, Türkiye Yeşilay Cemiyeti ile işbirliği yaparak öğrencileri madde bağımlılığına karşı bilinçlendirmekte ve koruyucu eğitimler sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, AMATEM ve ÇEMATEM'ler aracılığıyla bağımlılık tedavisinde öncü rol oynamaktadır. RTÜK, medya aracılığıyla halkın bilinçlenmesini sağlamaktadır (Yaman, 2021).

Sonuç olarak, her bakanlık ve çeşitli devlet kurumları, kendi yetki sınırları içinde bağımlılıkla mücadeleyle ilgili projeler geliştirmektedirler. Türkiye çapında, bu önemli sosyal sorunu ele almak için birçok kurumsal yapı, koordineli şekilde çözümler üretip hayata geçirmektedir.

2.5. Madde Bağımlılığıyla Mücadelede Sosyal Politika ve Sağlık İletişimi Yolları

Madde bağımlılığı, gençler arasında oldukça hızlı biçimde yayıldığından toplum için ciddi zarar oluşturmaktadır. Jesuraj'a göre (2012), çocuklar ve gençlerin madde kullanımı, davranışlarını, fiziksel sağlık durumlarını ve henüz gelişim aşamasındaki beyin fonksiyonlarını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu istenmedik durum, gençlerin okul hayatını etkilemekte ve onların sosyal olarak en dinamik olması beklenen dönemlerde, sosyal çevrelerinden ve aktivitelerden uzaklaşmalarına yol açmaktadır.

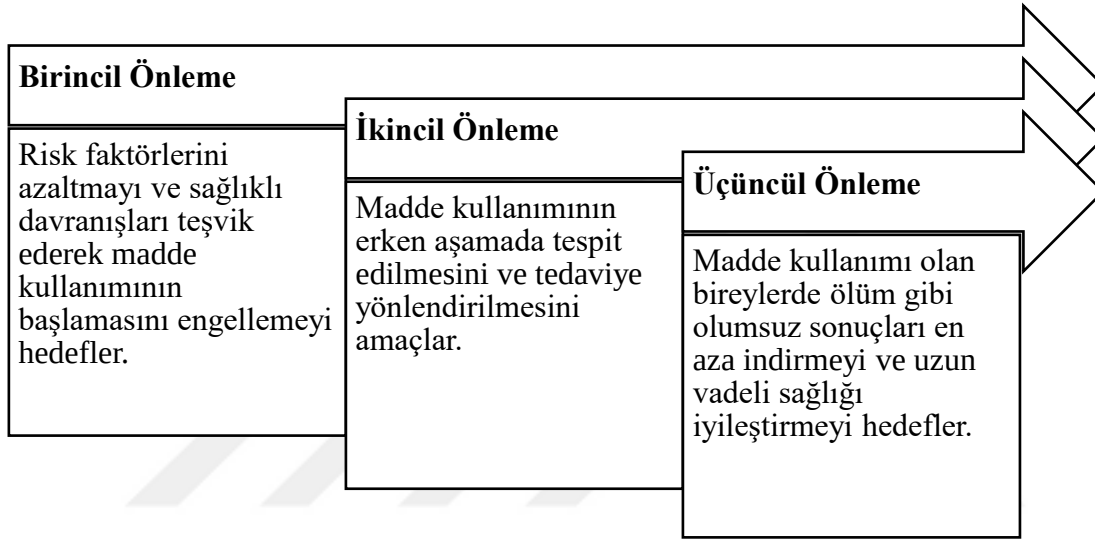
Madde kullanımı, birçok ülkede ölüm veya yaralanmaların yaşandığı trafik kazalarına sebep olmaktadır. Aynı zamanda, intiharlar, cinayetler, zehirlenmeler ve çeşitli yaralanmalar da sıklıkla meydana gelmektedir. Madde kullanımı, aile içi şiddeti tetikleyen faktörlerden biri olarak, birçok ailenin dağılmasına sebep olmaktadır (Hanson vd., 2005). Madde etkisi altındaki bireylerin suç işleme olasılığı artmakta, bu da toplum veya bireyin kendisi için ciddi riskler doğurabilir.

Madde kullanımının dozajı, yan etkileri veya kullanım süresi gibi etmenlere bağlı olarak kalp, beyin, cilt gibi çeşitli organlara zararları olduğu bilinir. Özellikle, enjeksiyon yoluyla madde alan bireylerde, AIDS, Hepatit C vb. hastalıklar hızla artmaktadır (Toumbourou vd, 2007). Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığın mücadelesi dört temel

başlık altında incelenir: önleme, zarar azaltma, tedavi ve rehabilitasyon (Karataşoğlu,2013). Bu stratejiler, bağımlılıkla mücadelede bütüncül bir yaklaşım içerir ve metotların her biri farklı hedefler ve yöntemler içerir.

2.5.1. Önleme

Madde kullanım bozukluklarının önlenmesi için üç ana strateji ve düzey vardır: primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül). Bu düzeyler, madde kullanım bozukluklarına karşı farklı yöntemler ve müdahaleleri kapsar.



Şekil 13: Madde Kullanım Bozukluklarını Önleme Stratejileri

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Primer önleme, madde kullanımının başlamasını tamamen engellemeyi amaçlar. Bu düzeyde, risk faktörlerini azaltmaya ve sağlıklı davranışları teşvik etmeye odaklanılır. Bu stratejiler, bireylerin madde kullanımına başlamalarını önlemeye yönelik tasarlanmıştır (Afuseh vd., 2020). Örneğin, gençlere uyuşturucunun zararları hakkında eğitim vermek veya sağlıklı yaşam tarzlarını destekleyen toplum programları geliştirmek, primer önleme stratejileri arasındadır.

Sekonder önleme, madde kullanımının erken belirtilerini tespit etmeye ve tedaviye yönlendirmeye odaklanır. Bu düzeydeki müdahaleler, madde kullanımı problemi yaşayan bireylerin durumlarının kötüleşmesini önlemeyi ve iyileşme süreçlerini hızlandırmayı hedefler (Nelson vd., 2022). Bir başka deyişle erken tanı koyma ve etkili tedavi yöntemlerine hızlı erişim sağlama, sekonder önlemenin temel bileşenlerindendir.

Tersiyer önleme, madde kullanımı tanısı almış bireylerde durumun kötüleşmesini önlemeye yöneliktir. Bu strateji, madde kullanımının negatif sonuçlarını (örneğin ölüm) en aza indirmeyi ve bireyin uzun vadeli sağlığını iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Christopher ve VanSteenberg, 2021). Tersiyer önleme stratejileri arasında zarar azaltma yaklaşımları, tedavi programları ve destek grupları yer alır.

Önleyici tedbirler arasında, yüksek tedavi maliyetlerine alternatif olarak düşük maliyetli çözümler bulunmaktadır. Bu nedenle çözüme ulaşmada öncelikli olarak risk altındaki kitlenin tespit edilmesinin ardından müdahale aşamasına geçilmektedir. Önleme faaliyetleri kapsamında toplumu bilinçlendirmek amacıyla etkinliklerin yanı sıra eğitim programları düzenlenmektedir. Erken okul yıllarında yapılan müdahaleler, madde kullanımını azaltmakta ve sosyal dışlanmayı önlemekte etkili olmaktadır. Risk taşıyan ailelere yönelik ev ziyaretlerinin, madde kullanımını azalttığı saptanmıştır (Toumbourou vd, 2007; Jiloha, 2017).

2.5.2. Zarar Azaltımı

Önleyici girişimler, madde kullanımıyla mücadelede ana unsur oluşturmalarına rağmen, günümüzde birçok ülkede madde kullanımının yaygın olduğu kabul edilerek "zarar azaltımı" yaklaşımı alternatif bir metot olarak benimsenmektedir. Bu yaklaşım, özellikle gençler arasında madde kullanımının kaçınılmaz olabileceği gerçeğinden yola çıkarak, bu durumun olası zararlarını minimize etmek için stratejiler geliştirir. Örneğin, uçucu maddelerin kokusunu değiştirme gibi yöntemler, zarar azaltma çabalarında etkin olarak kullanılmaktadır (Drucker vd., 2016). Bu tür yöntemler, özellikle genç bireylerin maddeye olan ilgisini azaltmayı ve olası zararlı etkilerini sınırlamayı hedefler.

2.5.3. Tedavi ve Rehabilitasyon

Gün geçtikçe onlarca kişi, madde kullanım bozuklukları nedeniyle çeşitli tedavi merkezlerine başvurmakta ya da mahkemeler tarafından bu merkezlere yönlendirilmektedir; bu sayının sürekli arttığı gözlemlenmektedir. Karataşoğlu'na göre (2013), uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde iki ana nokta vardır: Birincisi, bağımlının tedaviyi kabul etmesi ve bağımlılıktan kurtulma konusunda istekli olması; ikincisi ise, bağımlılığın erken teşhis edilip hızlı bir şekilde tedaviye başlanmasıdır. Bu nedenle bağımlı kişi tedaviye istekli olduğunda tedavi başarısı artar, zira zorla tedavi genellikle

başarısız olur. Erken teşhis ise tedavi sürecini kolaylaştırır ve kalıcı hasarların önüne geçer.

Mignon'a göre (2014), uyuşturucu bağımlılığının tedavisi genellikle iki aşamalıdır: Detoksifikasyon ve rehabilitasyon. İlk aşamada, bağımlının vücudu bağımlı olduğu maddelerden arındırılır ve yoksunluk belirtileriyle mücadele edilir. Bu süreçte, hasar görmüş organlar tedavi edilir ve bağımlılar genellikle hastanede gözlem altında tutulur. Yoksunluk dönemi tehlikeli olabilir, ölüm ve intihar girişimleri bu dönemde sıkça rastlanan durumlardır. Yoksunluk semptomları azaldıktan sonra rehabilitasyon süreci başlar.

Rehabilitasyon sürecinde, bireylerin psikolojik sorunları ele alınır, iş gücüne katılabilmeleri için gerekli destek sağlanır ve topluma faydalı bireyler olmaları teşvik edilir. Sağlıksız alışkanlıklar yerine olumlu hobiler edinmeleri sağlanır, kötü sosyal çevrelerden uzak durmaları için destek verilir (Malhotra vd., 2005) Bu süreçte genel olarak, kötü alışkanlıklardan korunmanın, tedavi etmekten daha zahmetsiz olduğu dile getirilmektedir.

İlaç Destekli Tedavi, özellikle ayakta tedavide kullanılan metottur. Bu yöntem Antagonizm, Yerine Koyma ve Antabuse Tedavisi gibi yaklaşımlar içerir. Antagonizm, bağımlılık yapan maddenin etkilerini bloke eder; Yerine Koyma tedavisinde, daha az zararlı bir maddeyle tedavi edilir; Antabuse ise alkol bağımlılarında alkol alındığında rahatsızlık veren bir ilaçtır (Maqbool vd., 2019; Dar vd., 2023).

Psiko-sosyal (İlaçsız) Tedavi ise, madde kullanımını yönetmekte ilaç kullanılmayan tüm yöntemleri kapsar. Bu tedavi, ilaç destekli tedaviye uyumu artırır ve uzun vadede maddeden uzak durmayı sağlamak amacıyla bireyin yaşam tarzında değişiklik yapmasını teşvik eder. Psikososyal tedavi, madde kullanımında önemli oranda azalmayla birlikte sosyal entegrasyonu artıran sonuçlar göstermiştir. Tedavi süresinin uzunluğu, bu tedavinin etkinliğinde kritik bir rol oynamaktadır (Malhotra vd., 2005).

3. BÖLÜM: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELEDE KULLANILAN SAĞLIK İLETİŞİMİ POLİTİKALARI

Bu bölüm, sağlık iletişiminin temel ilkelerini, teorilerini ve modellerini ele almaktadır ve bu çerçevede, madde bağımlılığıyla mücadelede sağlık iletişiminin oynadığı rol üzerinde durmaktadır. Sağlık iletişimi politikalarının sosyal politikalarla nasıl entegre edildiği ve bu entegrasyonun etkili mücadele stratejilerine nasıl katkı sağladığı incelenmektedir. Madde bağımlılığıyla mücadelede aile ve çocuk programları için geliştirilen sağlık iletişimi stratejileri ve madde bağımlılığını önleme ile erken müdahale politikaları, bu sürecin kritik bileşenleri olarak tartışılmaktadır. Bölüm genel olarak, sağlık iletişimi yaklaşımlarının madde bağımlılığı mücadelesindeki etkinliğini ve stratejik uygulamalarını kapsamlı bir şekilde ele almaktadır.

3.1. Sağlık İletişimi ve Temel İlkeleri

Sağlık iletişimi, kâr amacı gütmeyen, ticari ve kamu sağlığı sektörlerinde önemli bir rol oynamakta ve bu alan sürekli olarak gelişmektedir. Sağlık iletişimi, farklı disiplinlerden etkilenen geniş bir tanım yelpazesine sahiptir. Bu çeşitlilik, sağlık iletişiminin çok yönlü doğasından kaynaklanmaktadır. Schiavo'ya göre (2013), bu tanımlar analiz edildiğinde, genellikle bireyler, topluluklar, sağlık hizmeti uzmanları, politika yapımcılar veya özel grupların sağlık sonuçlarını iyileştirebilecek davranışsal uygulamaları veya sosyal ve politik değişiklikleri benimsemeleri ve sürdürmeleri konusunda nasıl etkili ve destekleyici olabileceklerini vurgulamaktadır.

Sağlık iletişiminin derinlemesine anlaşılması ve uygulama için uygun bir bağlamın tespiti, iletişim yöneticilerine ve diğer sağlık hizmeti uzmanlarına, iletişim sürecine katılan personel ve diğer bireylerin eğitim ihtiyaçlarını erken evrede tespit etmelerine olanak tanıyabilir. Bu süreç, doğru kurumsal zihniyetin ve yeteneklerin geliştirilmesine katkıda bulunarak, hedeflenen kitleye yönelik belirlenen amaçlara ulaşılmasında iletişim stratejilerinin etkili bir şekilde kullanılmasını sağlamalıdır (Harrington, 2014).

Bireyleri ve toplulukları etkileme, sağlık iletişiminin temel amaçlarından biridir ve bu amaç sağlık ile ilgili bilgilerin paylaşılmasını içererek sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi hedeflemektedir. Okay'a (2014) göre, sağlık iletişimi, sağlığı geliştiren bireysel ve topluluk kararlarını bilgilendirmek ve etkilemek için iletişim stratejilerinin çalışılması ve

kullanılmasıdır. Schiavo'ya göre (2013), sağlık iletişimi, bireyleri, kurumları ve kamuoyunu önemli sağlık konularında bilgilendirme, etkileme ve motive etmektir. Bu tanım, sağlık iletişiminin hem sanatını hem de tekniğini vurgular.

Sağlık iletişimi uygulamaları, kamu, kurumsal veya ürün odaklı sağlık hedeflerini iletirmek amacıyla, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, ticari sektör ve diğer aktörler tarafından kullanılmaktadır. Bernhardt'a göre (2004), sağlık iletişimi; sağlık eğitimi, pazarlama, sosyal pazarlama, psikoloji, antropoloji ve sosyoloji gibi bir dizi disiplinden faydalanır. Ayrıca bu faydalanma, kişilerarası iletişim, halkla ilişkiler, kamu savunuculuğu, toplum hareketliliği gibi çeşitli iletişim faaliyetlerine ve eylem alanlarına dayanmaktadır.

Sağlık iletişiminin bir diğer önemli yönü, değişimi teşvik etmek ve bunu sürdürmektir. Wright ve arkadaşlarına göre (2012), başarılı sağlık iletişimi programları veya kampanyaları, genellikle bireylerin, toplulukların ve diğer kitlelerin önerilen bir davranışı, uygulamayı veya politika değişikliğini benimsemelerini ve sürdürmelerini kolaylaştıran iletişim araçları ve adımların geliştirilmesiyle karakterize edilir. Sağlık iletişimi, bireyleri, toplulukları, sağlık profesyonellerini, özel grupları, politika yapımcıları ve kamuoyunu bir davranışı, uygulamayı veya politikayı benimsemeye, tanıtmaya, savunmaya veya sürdürmeye teşvik etmek, ilgili kılmak ve desteklemek için disiplinlerarası ve çok yönlü bir yaklaşım benimser (Brown vd., 2006). Bu yaklaşım sonucunda sağlık sonuçlarının iyileşmesi hedeflenmektedir.

3.2. Sağlık İletişimindeki Teoriler ve Modeller

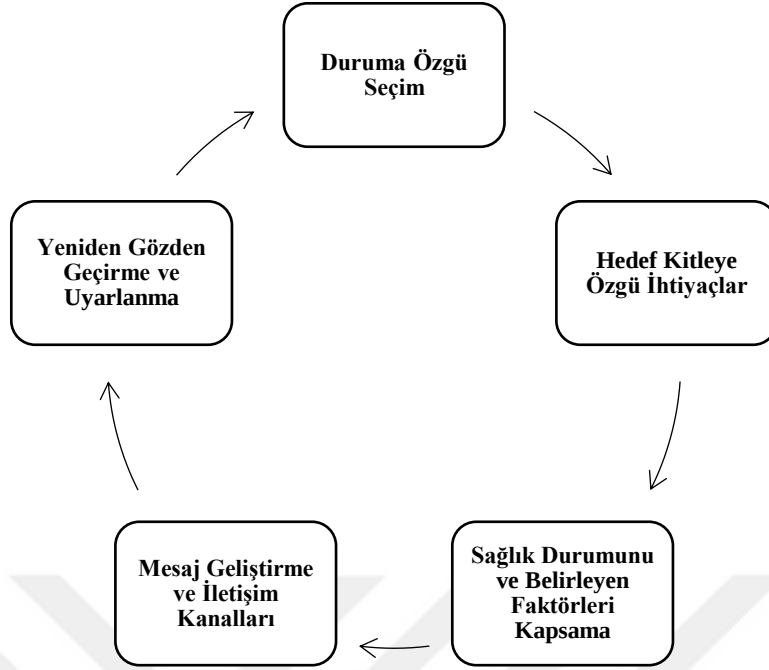
Son yarım yüzyıl içinde, sağlık iletişimi alanı, devam eden dramatik büyüme ve evrim süreci yaşamıştır. Sağlık iletişiminin disiplinlerarası doğası, çeşitli kuruluşlar ve liderler tarafından kabul edilmiştir (Bernhardt, 2004) ve bu özelliği, sağlık iletişiminin en temel niteliklerinden biri olarak görülmektedir. Bu disiplinlerarası yapısı, sağlık iletişiminin karmaşık bir yapıda olduğunu ve etkili bir iletişim sağlamak için çeşitli uzmanlık alanlarının entegrasyonunu zorunlu kıldığını ortaya koymaktadır. Bu entegrasyon, sağlık iletişiminin başarılı bir şekilde uygulanmasında kritik bir rol oynamaktadır.

Sağlık iletişimi, teorik temelleri belirlemeye yönelik çabaların sürdüğü; davranışsal ve sosyal bilimler, sosyal pazarlama ve sağlık eğitimi gibi çeşitli disiplinlerin birleştiği ve sosyal ile beşeri bilimler arasındaki etkileşimlerin gözlemlendiği; araştırma ve pratiğe

yönelik uygulamalar bakımından gelişmeye devam eden bir alandır. Bu alanı Waisbord (2020), iletişim teorileri ve modelleri açısından bir "aile ağacı" şeklinde tasvir etmektedir. Sağlık iletişimi ayrıca iletişim teorileri ve modellerinin sunduğu program tasarımı ve sonuçları üzerindeki potansiyel etkilerine odaklanmaktadır (Schiavo, 2013). Dolayısıyla bu farklı yaklaşımlar, sağlık iletişimi alanının teorik ve pratik uygulamalarını şekillendirme sürecinin hâlâ dinamik ve gelişmekte olduğunu göstermektedir.

Teoriler ve planlama modelleri, sağlık iletişimi alanında çalışanlar için hayati önem taşımaktadır. Sağlık iletişimi teorileri, bir sağlık sorununa yaklaşım biçimini iletişimi yoluyla nasıl ele alınacağını açıklar. Bu nedenle sağlık iletişimi araştırmaları, bağışçı destekli programlar, retrospektif analizler, sonuç ve etki değerlendirmeleri ve katı bir program tasarımının gerektiği diğer durumlar için kritik bir öneme sahiptir (Ruben,2016). Byrne ve Curtis'e göre (2000), bu teoriler, ayrıca bireylerin düşüncelerini düzenlemelerine ve belirli davranışsal veya sosyal sonuçları hedefleyen müdahaleler tasarlamalarına yardımcı olacak güçlü bir araçtır. Diğer taraftan, iletişim teorileri ve çerçeveleri, ticari, kar amacı gütmeyen ve özel sektörlerde genellikle daha esnek bir şekilde kullanılmaktadır. Bu uygulamanın bir dezavantajı, belirli davranışsal veya sosyal sonuçların, sağlık iletişiminde zaten karmaşık olan bir programla ilişkilendirilmesinin zorlaşmasıdır (Işık, 2010). Bu durum, sağlık iletişimi programlarının etkinliğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi süreçlerini daha da zorlaştırabilir. Bu nedenle, teorik temellere sağlam bir şekilde dayanan uygulamalar geliştirmek büyük bir önem taşır.

Fishbein ve Yzer'e göre (2003), sağlık iletişimi modelleri ve teorileri, iletişim planlaması ve değerlendirme için bir temel sağlar. Ayrıca belirli iletişim yaklaşımlarını teşvik eder ve bir sağlık iletişim programının belirli bir aşamasını uygulamaya yardımcı olur. Bu modeller ve teoriler, hedef kitleleri ve grupları anlamayı kolaylaştırır ve sağlık iletişimi uygulayıcıları ile iletişim ekibinin diğer üyeleri arasında etkili bir iletişim ortamı oluşturur. Sonuç olarak, sağlık iletişimi teorileri, modelleri ve planlama çerçeveleri, sağlık iletişimi programlarının geliştirilmesinde temel bir rol oynamalıdır. Schiavo'ya göre (2013), bu yaklaşımların temel ilkeleriye:



Şekil 14: Sağlık İletişimi Teorilerinin Temel İlkeleri

Kaynak: Schiavo, 2013

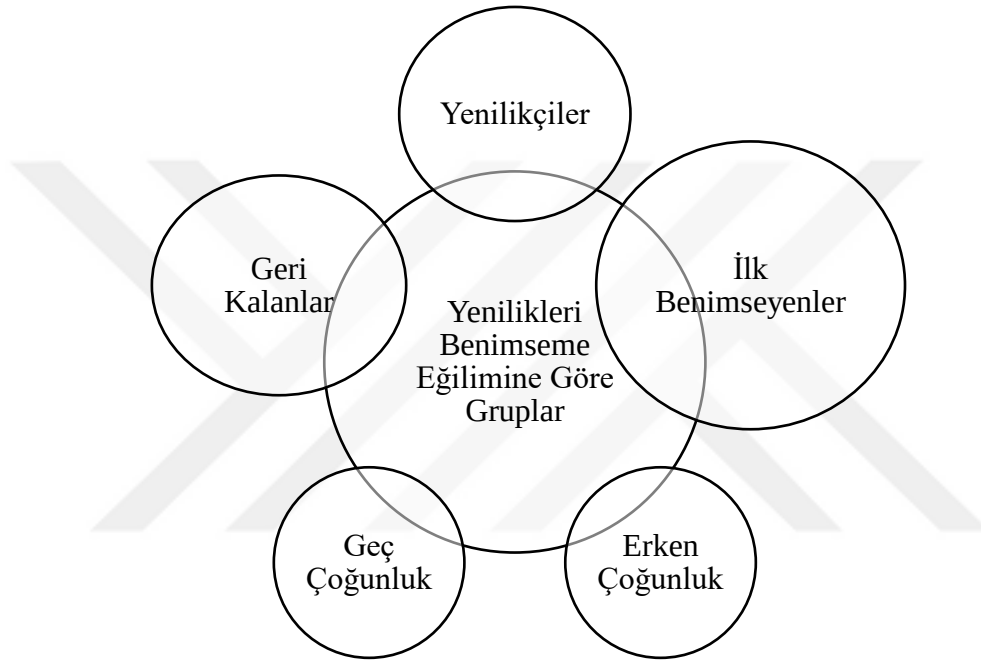
Sağlık iletişimi çabalarında kullanılan teorik çerçeveler ve modeller, her bir duruma özel olarak ve kapsamlı bir araç seti olarak seçilmelidir. Bu seçim, hedef kitleye özgü demografik, sosyokültürel ve ekonomik özelliklere derinlemesine bir anlayış gerektirir. Modeller, sağlık durumunu ve bu durumu etkileyen çeşitli faktörleri detaylıca ele almalı, mesaj geliştirme sürecini yönlendirmeli ve uygun iletişim kanallarının belirlenmesine yardımcı olmalıdır. Ayrıca, bu çerçeveler, değişen ihtiyaçlar ve faktörler doğrultusunda sürekli olarak gözden geçirilmeli ve gerekirse uyarlanmalıdır. Bu esneklik, programın zamanla etkinliğini korumasını ve sürekli iyileşme sağlamasını destekler.

3.3. Sağlık İletişiminin Davranışsal ve Sosyal Bilimler Teorileri

Davranışsal ve sosyal bilimler teorileri, değişimin birey, topluluk veya sosyal seviyelerde nasıl meydana geldiğini incelemek ve bu süreci açıklamak amacıyla kullanılır. Bu teorilerin bir kısmı, davranışsal veya sosyal değişimi tetikleyebilecek temel adımları merkezine alır. Aynı zamanda, çoğu teori bireysel ve dış faktörler arasındaki ilişkiyi ve bu faktörlerin birbirine olan bağımlılığını ön plana çıkarır. Sonuç olarak, bu ilişkilerin kavranması, sağlık iletişimi bağlamında son derece önemlidir.

3.3.1. Yeniliklerin Yayılma Teorisi

Yeniliklerin yayılma teorisi, Everett Rogers tarafından ilk olarak 1962 yılında geliştirilmiş olup, daha sonra 1983 ve 1995 yıllarında yenilenmiştir. Bu teori, yeni fikirlerin, kavramların veya uygulamaların bir topluluk içinde ya da farklı toplumlar arasında nasıl yayıldığını inceler. Rogers'a (1995) göre, toplumun karakteristiklerine ve yenilikleri kabul etme ile benimseme eğilimlerine göre beş farklı alt grup tanımlanmaktadır. Bu gruplar şöyle sıralanır:



Şekil 15: Yenilikleri Benimseme Eğilimine Göre Gruplar

Kaynak: Rogers, 1995

Yeniliklerin Yayılma Teorisi, değişim sürecinin zaman içinde gerçekleştiğini ve belirli aşamalara tabi olduğunu öne sürer. Rogers ve arkadaşları (2014) bu süreci şu aşamalara ayırır: İlk olarak, farkındalık aşaması gelir. Bu aşamada, yeniliğin farkına varılır. Ardından, bilgi ve ilgi aşaması gelir. Bu aşamada, yenilik hakkında bilgi edinme ve ilginin artması söz konusudur. Karar aşaması, bir sonraki adımdır. Bu aşamada, yeniliği benimseme veya reddetme kararı verilir. Sonrasında, deneme veya uygulama aşaması gelir. Bu aşamada, yeniliğin denendiği veya uygulandığı görülür. En son olarak, onay veya red aşaması gelir. Bu aşamada, yeniliğin kabul edilip edilmediği veya reddedildiği doğrulanır.

Yeniliklerin Yayılma Teorisi, yenilikçi bireylerin yeni fikirleri, kavramları veya uygulamaları diğer alt gruplara göre çok daha hızlı bir şekilde benimseyip benimsememeye karar verdiklerini belirtir. Bu durum, yenilikçilerin rol model olarak işlev görebileceğini ve diğer alt grupları (geri kalanları da dahil ederek) yeni davranışları ve sosyal uygulamaları kabul etmeye ve benimsemeye ikna edebileceğini öne sürer.

Rogers (1995), teoriyi daha etkileşimli ve katılımcı odaklı hale getirmek amacıyla, bireyler ve gruplar arasında bilgi aktarımını aşan, katılımcıların bilgi oluşturduğu ve paylaştığı bir sürece dönüştürmüştür. Bu teori sağlık iletişimi alanında önemli bir yere sahiptir ve çeşitli iletişim uygulayıcıları ve kurumlar tarafından program araştırması ve planlamasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca teori, hedef kitleleri farklı alt gruplar, aşamalar ve ihtiyaçlar olarak karmaşık bir bulmaca olarak değerlendiren erken kitle segmentasyon modeline katkıda bulunur. Bu, iletişim mesajları ve faaliyetlerinin geliştirilmesinde önemli bir unsurdur. Cua ve Garrett'e göre (2010), teori ayrıca program planlaması ve değerlendirmesinde yenilikçilerin ve erken benimseyenlerin sürekli olarak dahil edilmesinin, programın sürdürülebilirliğine ve büyük kitlelerin yenilikçi davranışları veya sosyal uygulamaları benimsemesine katkı sağlamaktadır.

3.3.2. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM), başlangıçta bireylerin hastalıkları tanımlamak veya önlemek amacıyla hazırlanan programlara neden katılmadıklarını anlamak için geliştirilmiş bir yaklaşımdır (Green vd., 2021). Model, sağlıklı davranışların benimsenmesi için, hedef kitlelerin öncelikle ciddi veya hayatı tehdit eden hastalıklar için kendi risklerinin farkında olmaları gerektiğini ve davranış değişikliğinin faydalarının, potansiyel engelleri veya önerilen eylemlerin olumsuz yönlerinden daha ağır basması gerektiğini öne sürmektedir. SİM, sağlık davranışlarındaki değişim sürecini açıklamaya yönelik ilk teorilerden biridir ve sağlık eğitimi alanına önemli etkilerde bulunmuştur (Schiavo, 2013). Sağlık eğitimi, bireylerin, grupların veya toplulukların sağlığını geliştirmek amacıyla gönüllü davranışları teşvik etmek, mümkün kılmak ve pekiştirmek için tasarlanmış planlı öğrenme deneyimlerinin herhangi bir kombinasyonu olarak tanımlanır. Bu bağlamda Glanz ve arkadaşlarına göre (2008), SİM'in temel bileşenleri şu şekildedir:

Algılanan Duyarlılık	• Bireyin belirli bir hastalığı kapma veya sağlık problemi yaşama riski olduğuna dair algısı.
Algılanan Faydalar	• Bireyin, hastalık şiddetini, morbiditeyi ve mortaliteyi azaltacak önerilen eylemleri benimsemenin avantajlarına dair algılarıdır.
Algılanan Şiddet	• Belirli bir hastalığın veya sağlık probleminin ciddi olabileceği veya hayatı tehdit edici olduğu ve bu nedenle dikkate alınması gerektiği konusunda bireyin subjektif hissidir.
Algılanan Engeller	• Önerilen eylemleri benimsemenin maliyetleri ve engelleri hakkında bireyin algılarıdır.
Öz-Yeterlilik	• Bireyin, önerilen davranışı başkalarından az veya hiç yardım almadan gerçekleştirme ve sürdürme konusundaki güvenidir.
Harekete Geçirici İşaretler	• Harekete geçmenin önemini işaret edebilecek kamu veya sosyal olaylardır.

Şekil 16: SİM'in Temel Bileşenleri

Kaynak: Glanz vd., 2008

Pechmann'a göre (2001), SİM, risk öğrenme modelidir ve bu tanım, modelin sağlık riskleri ile bu riskleri minimize eden davranışlar hakkında yeni bilgiler sunma amacını vurgulamaktadır. Temel olarak SİM, bilginin davranış değişikliği yaratacağı varsayımı üzerine kurulmuştur. Bu bilgiler, hedef kitleye mesajlar, iletişim kanalları ve sözcüler aracılığıyla bir eğitim yaklaşımıyla aktarılır. Schiavo'ya göre, (2013), SİM'in sağlık iletişimi alanına önemli bir diğer katkısı, bilginin değişim sürecindeki kritik rolüne dikkat çekmesidir. Ayrıca, SİM, hedef kitleye yönelik araştırmalar yapılırken, kitle profili oluşturulurken düşüncelerin düzenlenmesinde faydalı bir çerçeve olarak işlev görür.

3.3.3. Sosyal Bilişsel Kuram

Sosyal Bilişsel Kuram (SBK), bilinen diğer adıyla sosyal öğrenme teorisi, davranışların üç karşılıklı etkileşen faktörden kaynaklandığını öne sürer: davranışlar, kişisel faktörler ve çevresel olaylar. Bandura'nın çalışmaları (1977, 1986, 1997) bu faktörlerin her birinde meydana gelen değişikliklerin, diğerlerinde de değişikliklere neden olacağını belirtir.

Dolayısıyla, davranışların kişisel ve çevresel faktörlerle etkileşim içinde olduğu görülür. SBK'nın temel prensiplerinden biri, dış çevrenin önemini vurgulamasıdır; bu durum, gözlemlenebilir öğrenmeyi teşvik eder. Kurama göre, çevre bireylerin davranışları gözlemlenmelerine, sonuçlarını değerlendirmelerine ve bu davranışları tekrarlamaları ve benimsemeleri için gerekli motivasyonu sağlamalarına olanak tanır (Gallagher, 2012). SBK, bu faktörlerin bir araya gelmesiyle bireylerin nasıl etkilendiğini açıklar ve bu faktörlerin her birinin etkileşimini detaylandırır.

Dikkat

- İnsanlar, ilgi çekici ve alakalı olduğunda bir eylemi daha etkili bir şekilde gözlemleyip öğrenme eğilimindedirler. Model alınan ve gözlemlenen eyleme olan farkındalıkları bu durumda artar.

Motivasyon

- Bireyin bir eylemi gerçekleştirme konusundaki içsel dürtüsü ve niyeti, sosyal, duygusal ve fizyolojik faktörlere bağlı olan motivasyon tarafından şekillendirilir. Ayrıca, bu motivasyon bireyin öz-yeterlilik algısı ile de etkileşim içindedir.

Hatırlama

- İnsanların model alınan ve gözlemlenen eylemi hafızalarında etkili bir şekilde saklama yeteneği, öğrenilen davranışın sonradan tekrar edilebilmesi için kritik öneme sahiptir. Gözlemlenen eylemin hafızada başarılı bir şekilde muhafaza edilmesi gerekmektedir.

Öz-Yeterlilik

- Bireyin, başkalarının yardımı olmaksızın bir eylemi gerçekleştirme ve sürdürebilme konusundaki güveni, öz-yeterlilik olarak adlandırılır. Öz-yeterlilik, bireyin eylemi sürdürme kapasitesini doğrudan etkileyen ve gerçek performans üzerinde büyük bir rol oynayan bir faktördür.

Üretim (Deneme)

- İnsanların model alınan ve gözlemlenen eylemi yeniden üretebilme yeteneği, öğrenilen davranışın birey tarafından pratikte uygulanabilmesi anlamına gelir. Bu yetenek, gözlem yoluyla elde edilen bilginin etkin bir şekilde kullanılmasını sağlar.

Performans

- Bireyin eylemi düzenli olarak gerçekleştirme kapasitesi, öğrenilen davranışın sürekli olarak uygulanabilmesini ifade eder. Bu yetenek, kazanılan becerilerin birey tarafından devamlı bir şekilde kullanılmasını sağlar.

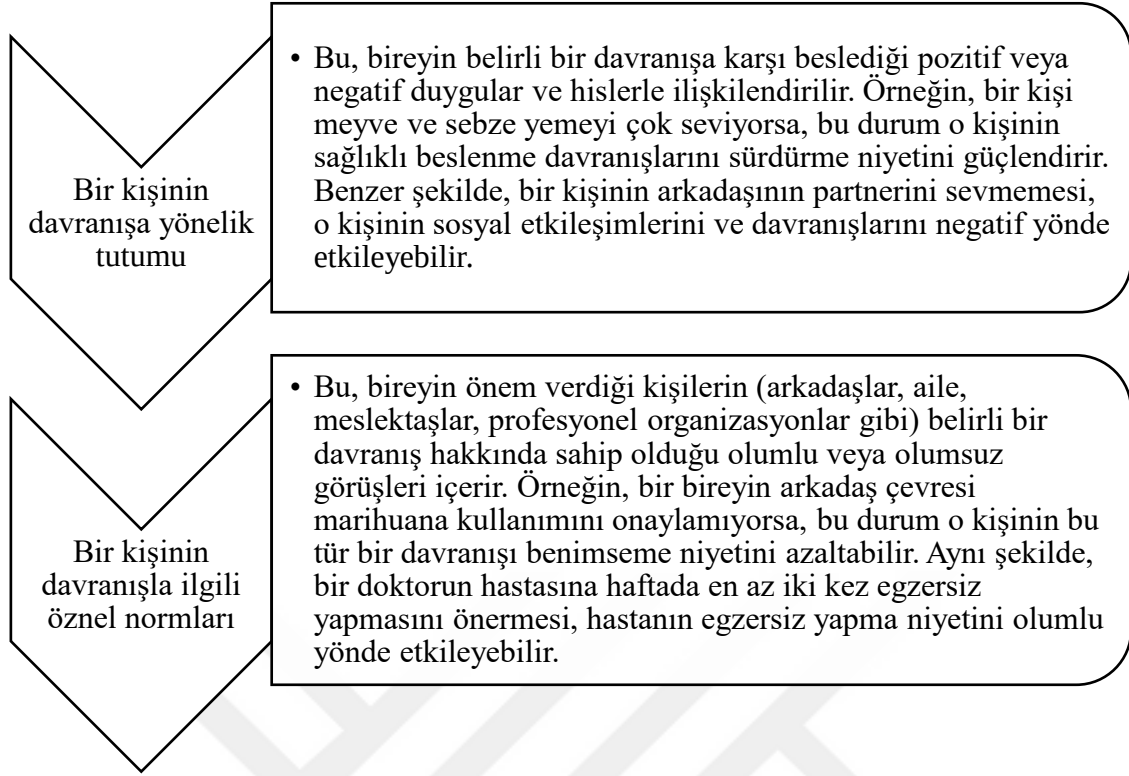
Şekil 17: Sosyal Bilişsel Kuramın Unsurları

Kaynak: Bandura, 2001;2004

SBK, program araştırmaları ve planlaması için önemli bir ereve sunar ve sağlık iletişimi alanındaki ana katkısı, belirli davranışlar üzerindeki hatırlama, üretim ve motivasyon mekanizmalarını ve faktörleri anlama kapasitesidir. Bu kuram, bireylerin bilgiyi nasıl edindiklerini, bu bilgileri nasıl hafızalarında sakladıklarını, eyleme nasıl dönüştürdüklerini ve hangi koşullar altında bu davranışları tekrarlamak için motive olduklarını detaylı bir şekilde açıklar. Bu derinlemesine anlayış, sağlık iletişimi programlarının tasarımı ve uygulamasında kritik rol oynar, çünkü hedeflenen davranış değişikliklerini teşvik etmek için stratejiler geliştirmenin temelini oluşturur (Bandura, 2004). SBK, hedef kitle üzerinde istenen etkileri maksimize etmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde yol gösterici bir işlev görür, böylece her bir faktör bu süreçte hayati öneme sahip olur.

3.3.4. Mantıklı Eylem Teorisi

Mantıklı Eylem Teorisi (MET), bireyin bir davranışı gerçekleştirme niyetinin gücünün davranış performansını büyük ölçüde belirlediğini ne süren bir kuramdır. Ajzen ve Fishbein'in (1997) geliştirdiği bu teori, bir bireyin niyetini etkileyen iki ana faktörü açıklar.



Şekil 18: Bireyin Niyetini Etkileyen İki Ana Faktör

Kaynak: Fishbein, 1997

MET, bireylerin davranışlarını belirli bir tutum ve öznel normlar doğrultusunda şekillendirdiğini açıklar (Coffman, 2002). Davranışsal inançlar, bireyin bir davranışın sonuçları hakkındaki inançlarını temsil eder. Öznel normlar ise normatif inançlar tarafından belirlenir ve bireyin önemli diğerlerinin bir davranışı onaylayıp onaylamayacağına dair algılarını içerir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Özetle, MET, davranışları şekillendiren davranışsal inançlar ve öznel normlar aracılığıyla davranış niyetini açıklar.

MET, sağlık iletişimi alanında oldukça etkili bir teori olarak kabul edilir ve program değerlendirmelerinde sıklıkla kullanılır. İletişim, davranışsal niyetleri desteklemekte ve bu niyetlerin gerçek davranışlara dönüşme olasılığını artırmada önemli bir rol oynayabilir. Bu, insanların yeni sağlık davranışlarını denemesini, benimsemesini ve yaşam tarzlarına entegre etmesini kolaylaştıracak ve destekleyecek uygun araçların geliştirilmesini gerektirir (Hale vd., 2003). MET, eylem nedenlerini analiz etmekte, insanların tutumlarını değiştirebilecek mesajları tanımlamakta ve bir programın hedef kitleleri üzerindeki etkilerini maksimize etmekte özellikle yararlıdır.

3.3.5. İdeasyon Teorisi

İdeasyon teorisi, yeni düşünce yollarının ve bu düşünce yollarının kültürel olarak homojen yerel topluluklarda sosyal etkileşim yoluyla yayılmasının tanımlandığı bir çerçevedir. Bu teori, stratejik davranış iletişimlerinde, tutumlar, bilgi, öz-yeterlilik, sosyal ve akran onayı gibi ideasyonel unsurları tanımlamak ve etkilemek için kullanılır. Bu unsurlar sağlık davranışını etkileyebilir ve belirleyebilir. İdeasyon teorisinin temel varsayımlarından biri, bir kişiye uygulanan ideasyonel unsurların miktarı arttıkça, sağlıklı bir davranışı benimseme olasılığının o oranda artacağıdır (Schiavo, 2013).

3.3.6. Yakınsama Teorisi

Yakınsama teorisi, sosyal değişim sürecinde gruplar veya kolektif hareketlerde gerçekleşen bilgi alışverişi, karşılıklı anlayış ve mutabakatın önemini vurgular; bu da sosyal süreçlerle ilgili diğer teorilerle benzer bir yaklaşımı işaret eder. Bu teoriye göre, bir bireyin algıları ve davranışları, kendisiyle aynı gruplara üye olan kişiler tarafından şekillendirilir. Ek olarak, teori, bireylerin "kişisel ağları" içerisinde yer alan akranları, arkadaşları veya kişisel ya da profesyonel tanıdıkları tarafından da etkilendiklerini ileri sürmektedir (Waisbord ve Obregon, 2012). Yakınsama teorisi, üç ana özellik ile tanımlanır:

Katılımcı Süreç	Bilgi paylaşımı, katılımcı bir süreç olarak gerçekleşir; burada ne gönderen ne de alıcı vardır, tüm bireyler aktif bir şekilde bilgi üretilir ve paylaşılır. Bu süreçte bireyler, gruplar, meslek dernekleri, toplumsal örgütler, kiliseler ve okullar gibi çeşitli kurumlar yer alabilir.
Diyaloğu Teşvik	İletişim, paylaşılan bilgilere dayanarak bireysel algıları ve yorumları ön plana çıkarır, sürekli diyalogu teşvik eder ve ortak anlamların oluşumunu destekleyerek karşılıklı anlayış ve uzlaşmayı pekiştirir.
Yatay Yapı	İletişim yatay bir yapıda gerçekleşir, iki veya daha fazla katılımcıyı içerir ve tüm katılımcıların eşit olduğu bir yapıyı benimser. Bu modelde, grup eylemini destekleyecek karşılıklı anlaşmaya ulaşma amaçlanır.

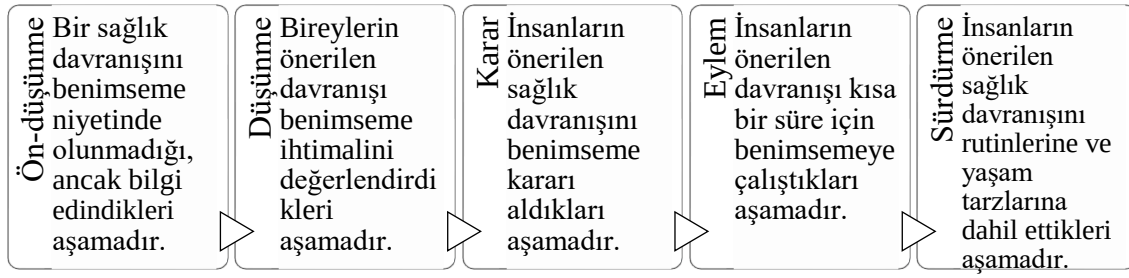
Şekil 19: Yakınsama Teorisinin Temel Özellikleri

Kaynak: Schiavo, 2013

Schiavo'ya göre (2013), bu teori, iletişimin, katılımcıların birbirlerinin duygularına, duygularına ve inançlarına saygı göstermeleri ve bunları dikkate almaları gereken bir süreç olarak yeniden tanımlanmasına katkıda bulunur. Aynı zamanda, sosyal ağların ve önemli etkileyicilerin sosyal değişim sürecindeki rollerini vurgular. Bu anlayış, grup içi etkileşimlerin ve toplumsal yapıların daha geniş bir bağlamda nasıl işlediğine dair derinlemesine bir perspektif sunar.

3.3.7. Davranış Değişikliği Aşamaları Modeli

Davranış Değişikliği Aşamaları modeli, aynı zamanda transteorik model olarak da bilinmektedir. Transteorik model, davranışsal dönüşümü, çeşitli aşamaları veya evreleri içeren bir süreç olarak ele alınmaktadır. Bu model, her bir aşamanın, değişime yönelik motivasyon veya hazırlık düzeylerini farklı biçimlerde ortaya koymaktadır (Prochaska and Velicer, 1997). Model, beş temel değişim aşamasını belirler:



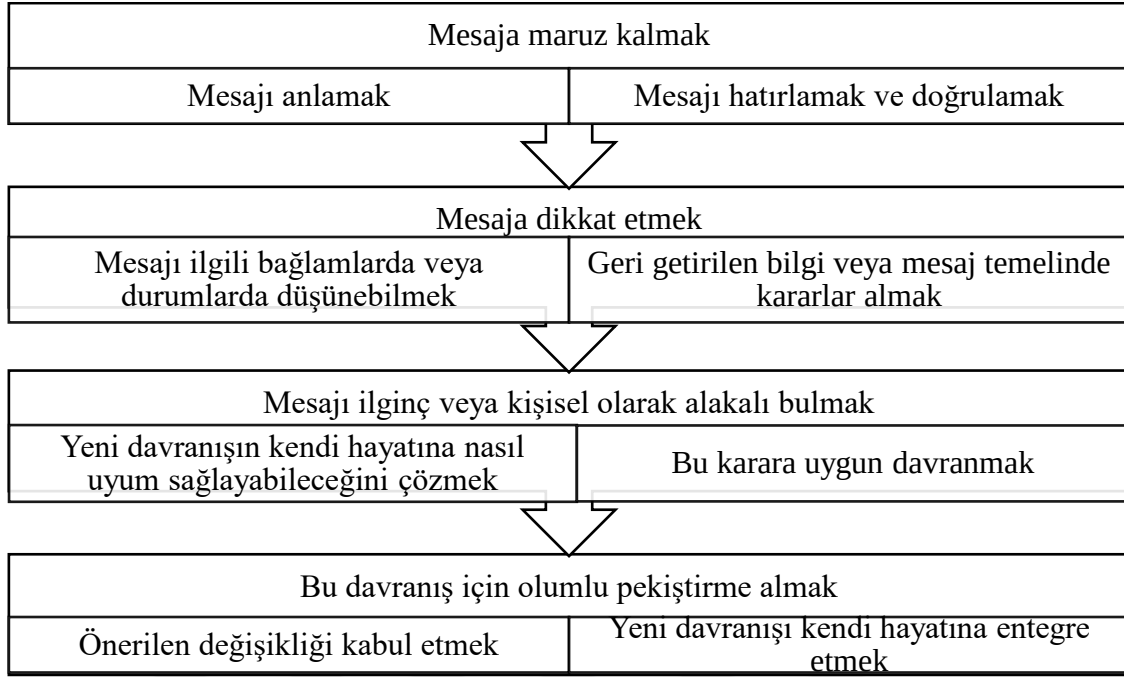
Şekil 20: Transteorik Model Değişim Aşamaları

Kaynak: Prochaska and Velicer, 1997

Öndüşünme aşaması, bireylerin henüz önerilen bir sağlık davranışını benimsemeye niyetli olmadıkları, fakat hakkında bilgi toplamaya başladıkları ilk aşamadır. Bu aşamayı takiben, düşünme aşaması gelir; burada bireyler, önerilen sağlık davranışını benimseme ihtimalini aktif olarak değerlendirirler. Karar aşamasında, bireyler önerilen sağlık davranışını benimseme kararı alırlar ve bu kararlar birlikte eylem aşamasına geçerler. Eylem aşamasında, insanlar önerilen davranış kısa bir süre için deneyimleyerek uygulamaya çalışırlar. Son olarak, sürdürme aşamasında, bireyler önerilen sağlık davranışını uzun süreli (en az altı ay) bir biçimde sürdürürler ve bu davranış ideal olarak kendi rutinlerine ve yaşam tarzlarına tam anlamıyla entegre ederler. Bu süreç, sağlık davranışlarının benimsenmesinde kademeli bir ilerleme sergiler ve her aşama, bir önceki aşamanın doğal bir uzantısı olarak işlev görür.

3.3.8. İkna İletişim Teorisi

McGuire (1984), insanların bilgiyi nasıl işlediklerine odaklanan bu teoriyi ikna iletişimi olarak tanımlamıştır. Bu teori, ikna edici iletişimlerin sürecinde birbirine bağlı on iki adımı vurgular. Dolayısıyla yeni bir davranış benimsemek ve uygulamak için bir kişinin bu adımları takip etmesi önerilir.



Şekil 21: İkna İletişiminin Adımları

Kaynak: McGuire, 1984

Bu model, bu on iki adımın birbirine bağlı olduğunu öne sürmektedir. Bu adımlardan herhangi birine ulaşmak, önceden tamamlanmış tüm adımların başarısına mutlaka bağlıdır. İletişim kanalları, mesaj tasarımı, habercinin güvenilirliği, hedeflenen kitlelerin ve önerilen davranışın özellikleri, insanların yaşamlarına kolaylıkla entegre edilmesi gereken unsurlardır ve bu özellikler, davranışsal sonuçları belirlemektedir.

3.4. Sağlık İletişiminde Kullanılan Proaktif Halkla İlişkiler Stratejileri

Sağlık iletişimi bağlamında, halkla ilişkiler stratejilerini (kriz iletişimi, paydaşlarla iletişim, bilgilendirme kampanyaları vs) proaktif yaklaşımlarla ele almak, sağlık kurumlarının etkin hizmet vermesine fırsat tanımaktadır. Böylece toplum sağlık konularında daha bilinçli hale gelecektir. Ayrıca bu stratejiler, sağlık kurumlarının performansını ve etkileşimini artırırken, hastaların ve toplumun katılımını da teşvik eder. Özellikle sağlık kampanyaları, epidemik durumlar, sağlıkla ilgili anlaşmalar, birleşmeler ve sponsorluklar gibi çeşitli alanlarda uygulanabilirler. Proaktif iletişim, sağlık bilgilerinin doğru ve zamanında paylaşılması imkânı verir ve şeffaf iletişim adımlarının atılmasına yardımcı olur (Smith, 2004). Bu da toplumun sağlık hizmetlerine olan güvenini pekiştirir ve bilgiye dayalı sağlık kararları alınmasına olanak sağlamaktadır.

Sağlık iletişimi için proaktif halkla ilişkiler stratejileri, sağlık kurumlarının tanıtımına ve sundukları hizmetler ile ürünlerin kamuoyunun benimsenmesine yönelik tasarlanabilir. Bu yaklaşım, sağlık kurumlarının savunmacı taktikler yerine saldırgan ve fırsat odaklı stratejiler benimsemesini teşvik etmektedir. Dolayısıyla proaktif halkla ilişkiler, sağlık sektöründeki mevcut sorunlardan ziyade, desteklenmesi gereken fırsatları ön plana çıkarmaktadır (Odabaşı ve Oyman, 2003). Sonuç olarak uygulanan uzun vadeli ve hedef odaklı stratejiler, sağlık kurumlarının toplum nezdindeki güvenilirliğini ve tercih edilirliliğini artırarak, geniş çapta kabul görme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda uygulanan proaktif halkla ilişkiler stratejileri şu şekilde gruplandırılabilir:



Şekil 22: Proaktif Halkla İlişkiler Stratejilerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Solmaz, 2006

Eylem Stratejileri

Proaktif halkla ilişkiler stratejilerinde ön plana çıkan eylem stratejileri, altı temel basamaktan oluşmaktadır. Bu basamakların ilki, kurumsal performansla başlar ve burada ana odak noktası, kurumların müşteri beklentilerini karşılayacak yüksek kalitede ürün ve hizmet sunmalarıdır. Kurumsal itibar, sadece iyi bir isim taşımakla sınırlı kalmayıp, sunulan hizmet ve ürünlerin halkın ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermesiyle şekillenir. İkinci basamak, dinleyici ve izleyici katılımını önemser; bu da bilgi paylaşımı ve

etkileşimli geri bildirimler aracılığıyla gerçekleştirilir. Etkinlikler, kurumların tanınırlığını ve etkileşimini artırmada önemli bir araçtır. Üçüncü basamak olarak, anlaşmalar ve birleşmeler, kurumların stratejik hedeflerine ulaşmaları için iş birlikleri kurmalarına olanak tanır. Son olarak, sponsorluk ve stratejik hayırseverlik, maddi destek sağlayarak ve toplumla olan ilişkileri güçlendirerek kurumların stratejik planlarına destek olur. Genel olarak, bu faaliyetler sıklıkla sosyal sorumluluk ve savunuculuk faaliyetleri üzerine kurulmuştur. (Smith, 2006).

İletişim Stratejileri

Aktif iletişim davranışı, kurumların halkla ilişkiler stratejilerinde merkezi bir role sahiptir ve genellikle proaktif eylemler ve etkin iletişim üzerine odaklanır. Stratejik iletişimde, tanıtım, haber değeri taşıyan bilgiler ve şeffaflık büyük önem taşır (Grunig, 2005). Medya ve halkla ilişkilerde, inandırıcılığı yüksek medya kanalları daha etkili olarak kabul edilir. Kurumlar, halkla ilişkiler stratejilerini etkinleştirmek için ödül sunumu, rekabet ortamı yaratma, yerel sorunları analiz etme ve kampanya başlatma gibi on temel adımı dikkate almalıdır. Haber değeri taşıyan bilgiler, kamu ilgisini çekmek ve bilgilendirmek için kullanılır. Haberler, izleyici ve dinleyicilere yeni fikirler veya son gelişmeleri aktararak; önem, yerellik ve denge gibi unsurlarla değer kazanır (Solmaz, 2006). Halkla ilişkiler uzmanları, organizasyon aktivitelerini, medya gündemini ve hedef kitleyi analiz ederek, haber değeri yaratma stratejileri geliştirir.

3.5. Madde Bağımlılığıyla Mücadelede Sağlık İletişimi Politikalarının Sosyal Politikalarla Kullanımı

Sağlık iletişimi bağlamında madde bağımlılığına yönelik önleyici stratejiler, diğer sağlık ve refah politikalarından bağımsız olarak geliştirilir. Shonkoff'a göre (2000), bu yaklaşım, madde bağımlılığı sorunları olan ailelere yönelik erken müdahale stratejilerindeki özel durumları (aile dinamikleri, sosyal stigma, sosyo-ekonomik problemler vb.) göz ardı etmektedir. Bu nedenle sağlık iletişimi uzmanları, madde bağımlılığı konusunda çalışanlarla iş birliği yaparak, başarılı erken müdahale ilkelerini bu alandaki programlara dahil etmeleri gerekmektedir (McKeganey vd., 2002). Dolayısıyla bu süreç, politika geliştirme ve değerlendirme süreçlerinde araştırma ve uygulama bilgilerinin entegrasyonunu kolaylaştıracak yeni planlama araçları ile desteklenebilir.

Madde bağımlılığıyla mücadelede çeşitli uygun maliyetli yatırım stratejileri uygulanmaktadır. Bu stratejiler kapsamında eğitim (ebeveyn veya erken çocukluk), ev ziyaretleri gibi yöntemlerle belirli yaş aralığındaki çocukları olan ailelerin gelişimsel sonuçlarını belirli koşullar altında iyileştirmeyi hedeflemektedir. Gelişimsel programlara erişimi kısıtlı olan çocuklar için bu tür hizmetlerin sağladığı avantajlar, onların ileriki dönemlerde okula başlama süreçlerine pozitif etkiler yapmaktadır (Love vd., 2003). Bununla birlikte, birçok ülke, ailelere yönelik erken müdahale stratejileri aracılığıyla ebeveynlik bilgilerini artırmak, geliştirmek ve desteklemek amacıyla çabalarını sürdürmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerden ABD, Birleşik Krallık ve Avustralya, ebeveynlik rollerine yönelik erken müdahale stratejileri ile ailelere destek verilmesini önceliklendirmektedir (Duncan, 2003). Ancak, kapsamlı literatür incelemeleri ev ziyaretlerinin umulan düzeyde sonuçlar göstermediğini ortaya koymaktadır. Özellikle madde bağımlılığı sorunları olan ailelerde yeterli kanıtın olmaması, ebeveynlik başarısını değerlendirirken dikkatli olmayı gerektirir.

Ev ziyaretlerinin başarısının sadece ziyareti yapan kişinin kimliği, ziyaretin içeriği, ziyaret edilen kişiler ve ziyaretlerdeki ilişkilerin niteliği gibi faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, ziyaretçinin ziyaret edilen kişiyle karşılıklı saygıya dayalı, başarılı bir iletişim kurması büyük önem taşımaktadır. Yetişkin öğrenme ilkeleri ve yapı iskelesi gibi teknikler kullanılarak aile bireylerini olumlu davranışlara teşvik etmek mümkündür. Ayrıca, motivasyonel görüşmelerde uzmanların annelerle iş birliği yaparak ebeveynin arzu ettiği değişimleri geliştirmesi, başarının temel bir ön koşulu olarak kabul edilmektedir (Olds, 2002). Öte yandan, sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı gruplarda yapılan düzensiz profesyonel olmayan ev ziyaretleri, annelerin bebeklerine olan ilgisini ve uyumlarını artırma konusunda belirgin iyileşmeler sağladığı saptanmıştır (Olds, vd., 2004). Bağlanma bozukluğu gibi sorunların iyileştirilmesi için gelişim psikologları tarafından tasarlanan kısa süreli ev bazlı müdahaleler çeşitli çalışmalarda etkili olmuş, ancak madde bağımlılığı olan bireyler üzerindeki uygulanabilirliği henüz netleşmemiştir. Akran ziyaretlerinin, madde bağımlılığı bozukluğu olan ebeveynler dahil, bireylere fayda sağlamaktadır. "Anneler Programı" adı altında yapılan bir çalışmada, annelik tecrübesi olan kişilerin, ilk kez çocuk sahibi olan ebeveynlere belirli bir süre evde destek vermesi sonucunda, ebeveynlik becerilerinde olumlu ve kalıcı etkiler gözlemlenmiştir (Grant, 2003). Ziyaret edilen anneler, bir süre sonra ikinci bir çocuğa sahip olduklarında, bu

çocuklar üzerindeki iyileştirici etkilerin arttığı belirtilmiştir. Ayrıca, belirli bir dönem uyuşturucu kullanımından uzak kalan ve topluma kazandırılan bireyler de dahil olmak üzere, uzmanların gerçekleştirdiği ev ziyaretlerinin annelerin uyuşturucu kullanımını azalttığı ve çocukların gelişimlerini iyileştirici yönde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Schuler vd., 2003; Olds vd., 2002). Bu tür programlar, lise öğrencilerine yönelik uygulanan madde bağımlılığı eğitim programlarıyla benzer özellikler taşımaktadır.

Ailelerde madde bağımlılığı sorunu bulunanlara yönelik gönüllü ev ziyaretlerinin önemli olduğuna dair güçlü savunmalar yapılmasına karşın, bu alanda gerçekleştirilen kontrollü araştırmalar, yararları konusunda yeterli bilgi sunmamaktadır. Bununla birlikte, hükümet destekli gönüllü ev ziyareti programlarının iyileştirici etkileri, bu tür programların ciddi bir araştırma konusu olmasını sağlamaktadır. Özellikle zor şartlarda doğmuş ya da hayatını sürdüren çocuklar üzerine yapılan hükümet destekli ev ziyaretleri, bu çocukların bilişsel yeteneklerinde belirgin iyileşmeler sağladığını ortaya koymuştur (Johnson vd., 2000). Bu sonuçlar, toplum bazlı müdahalelerin çocukların gelişimine olan katkılarını belgelemekte ve bu alanda daha fazla araştırma yapılmasının zorunluluğunu vurgulamaktadır.

3.6. Madde Bağımlılığıyla Mücadelede Aile ve Çocuk Programları ve Sağlık İletişimi Stratejileri

Aile müdahale programı, sağlıklı aile gelişimini teşvik etmek amacıyla, aile hizmet merkezleri veya okul gibi ortamlarda çocukları, ebeveynleri ve diğer aile üyelerini bir araya getirerek bilgilendirme yapmaktadır. Bu programlar genellikle sorun yaşayan çocukların ailelerine yönelik tasarlanmıştır. Çocukların okuldaki başarısızlıkları veya madde bağımlılığı gibi davranışları, bu ailelerin hedef alınmasına sebep olmaktadır (McDonald vd., 1991). Ayrıca, bu tür programlar evrensel olarak hazırlanmakta ve ilköğretimden ortaöğretime geçişte köprü işlevi görmektedir. Ebeveynlik eğitim programlarına kıyasla maliyetleri daha yüksek olan bu müdahaleler, davranış sorunları olan gençler ya da çocuklar içeren gruplarda bazen daha az etkili olabilmektedir. Ailelere odaklanmayı hedefleyen bu program, Aileleri Güçlendirme Programının evrensel yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Perry vd., 1996).

Haftalık 15 saatlik okul öncesi eğitim ve ev ziyaretleriyle desteklenen programlar, bireylerin ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde suça ve madde bağımlılığına yönelik

davranışlarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Ayrıca, aile ziyaretlerinin bireyler üzerinde davranışsal olarak olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir. Bireylerin ihtiyaçlarına göre uyarlanabilen bu programlar, özellikle yüksek risk altındaki madde bağımlıları için yoğunluğu artırılarak uygulanabilmektedir (Schweinhart vd., 2005). Genellikle bu tür programlar, ebeveynlik becerilerini geliştirmeye ve ebeveynlerin karşılaştığı zorlukları azaltmaya yönelik olarak planlanmaktadır. Programlar, sosyal problem çözme yetenekleri, özsaygı, kendini kontrol etme ve evlilik uyumu gibi konulara odaklanarak kişisel ve ilişkisel gelişim sağlama amaçlı uygulamalar içermektedir (Taylor & Biglan, 1998). Ayrıca, modelleme ve rol yapma stratejileri, sadece becerilerin kazanılmasına değil, aynı zamanda davranışların nasıl yönetileceği, ilkelerin nasıl aktarılacağı ve kullanılacağı üzerine de yoğunlaşmaktadır (Sanders, 2000). Bu yaklaşımlar, bireylerin daha sağlıklı sosyal ve kişisel beceriler geliştirmelerine yardımcı olmaktadır.

Aile merkezli uygulamalar, ebeveynlerin madde bağımlılığını azaltmayı ve çocukların uyuşturucu kullanımına başlamalarını önlemeyi hedefleyen programlar kapsamında değerlendirilmektedir. Bu tür programlar, belirli bir süre sonra iyileştirici özellikler göstermektedir ve daha çok aile odaklı olarak yürütülmektedir. Katılımcıların madde bağımlılığı ile ilişkili durumlarda problem çözme yeteneklerinde gözlemlenen önemli artışlar, bu programların etkinliğini desteklemektedir (Olds, vd., 2004). Ayrıca, aile ortamlarında bireylerin çatışmalardan uzak, sapkın davranışlardan kaçınan ve özellikle zararlı madde kullanımını azaltan bir görüntü sergiledikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar, aile merkezli yaklaşımların, bireylerin ve ailelerin yaşam kalitesini artırmak ve uzun vadeli sağlık hedeflerine ulaşmak adına önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Serketich & Dumas, 1996). Aile dinamiklerini güçlendiren ve madde kullanımını azaltmaya odaklanan bu tür programlar, toplum sağlığına katkıda bulunma potansiyeline sahiptir.

Aile odaklı programda, ebeveynlerin ruh halini, benlik algısını ve duygularını dikkate alarak ebeveynlik yeteneklerini geliştirme ve uyuşturucu kullanımını azaltma veya önleme amacı güdülmektedir (Catalano vd., 1999). Ayrıca, bu yaklaşımın aile içinde çocukların davranışlarını iyileştirmesi, aile işleyişinin devamını sağlaması ve ebeveynlerin stres düzeylerini düşürmesi hedeflenmiştir. Programın uygulandığı sürede, ailelerde üç temel alanda belirgin gelişmeler kaydedilmiştir: ebeveynler ve çocuklar arasındaki işlevsel iletişim, ebeveynlerin madde kullanımı ve riskli davranışların

azalması, ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliği. Ayrıca, aile bireylerinin çoğunun alkol kullanımını eş zamanlı olarak azalttığı gözlemlenmiştir (Dawe vd., 2003).

Pozitif ebeveynlik programları, okul öncesi ve ilköğretim çağındaki çocukların ailelerine uygulanır ve davranış sorunları ile madde bağımlılığı gibi risk faktörlerini ele almayı amaçlar. Uzmanlar ve toplumsal ortamlar tarafından desteklenen bu programlar, evrensel ve seçici olmak üzere iki düzeyde işlerler (Ashery vd., 1999). Evrensel programlar genellikle madde bağımlılığını önlemeye yönelik tedbirleri içerirken, seçici programlar davranışsal sorunları olan ailelere odaklanır. Bu tür programlar, sosyal gelişim, öğrenme ve kontrol teorilerini temel alarak aile, akran ve okul ile etkileşim kurmayı teşvik eder (Loxley vd., 2004). Bu yaklaşım, çocukların ve ailelerin etkileşimini artırırken, akran baskısına karşı direnç ve uygun olmayan davranışlardan kaçınma becerilerini geliştirir. Ayrıca, tutarlı aile yönetimi sağlayarak çatışmaların azaltılmasını ve yönetilmesini hedefler.

Orta öğretim düzeyinde uygulanan pozitif ebeveynlik ve madde bağımlılığı önleme programları, gençler ve aileleri için kapsamlı bir strateji sunar. Bu programlar, aile eğitimi ve sosyal pazarlama stratejileri aracılığıyla gençlerin madde kullanımı konusunda aileleri ile etkileşime geçmelerini teşvik eder ve okulların atmosferini dönüştürmeye yönelik eğitimler sağlar (DeWit vd., 2000). Hem evrensel hem de grup odaklı yaklaşımlar içeren bu programlar, çeşitli devletler tarafından desteklenmektedir. Özellikle "Ergen Odaklı Ebeveynlik" uygulaması, ergenlerin iletişim ve çatışma çözümü becerilerini geliştirmeyi amaçlayan, yetişkin öğrenme teorilerine dayalı bir müfredat sunar (Spath vd., 1996). Bu programın, aile içi çatışmaların azalmasına, iletişimin güçlenmesine ve gençlerin uyuşturucu kullanımı risklerinin düşürülmesine katkıda bulunduğu gözlemlenmiştir.

ABD'de lise çağına odaklanan birçok aile merkezli program, kapsamlı bir değerlendirme sürecinden geçmektedir. Bu programlar, uyuşturucu kullanımına yönelik aile bazında risk faktörlerini azaltma ve koruyucu faktörleri güçlendirme konusunda etkili olduğunu göstermektedir (Bond vd., 2004). Bu programların çeşitli öncelikleri arasında; aile tatmini, çocukların aile aktivitelerine katılımı, genel aile yönetimi ve ebeveyn becerileri gibi koruyucu faktörler, alkol ve uyuşturucu kullanımı ile ilgili iletişim, çocuklarda görülen davranış problemleri, ergenin aileye olan bağlılığı veya bu bağdan kopması,

ebeveynin uyuşturucu kullanımı, sapkın akran ilişkileri, öfke yönetimi, okul başarısı ve madde kullanımı bulunmaktadır (Glover, 1998).

3.7. Sağlık İletişimi Politikası Olarak Madde Bağımlılığını Önleme ve Erken Müdahale Stratejileri

Madde bağımlılığını engellemeye yönelik sosyal politika ve program geliştirme süreçlerinde çeşitli gelişim aşamaları ve ortamlarında uygulanan stratejilerin etkililiğini ortaya koyan araştırmalar yapılmaktadır. Loxey ve arkadaşlarına göre (2004), bu araştırmalar, sürecin sadece tek bir gelişim evresine odaklanmak yerine, bireylerin yaşam süreçleri boyunca uygulanan sürekli ve önleyici müdahalelerin daha kalıcı ve etkili sonuçlar sağladığını göstermektedir. Özellikle suç önleme ve ruh sağlığı alanlarında gelişimsel stratejilerin kritik bir rol oynadığı belirtilmektedir. Bu stratejiler, bireylerin hayatlarının erken dönemlerinden itibaren desteklenmesi gerektiğini vurgulayarak uzun vadeli olumlu etkiler elde etmeyi amaçlar. Bu yaklaşım, sosyal politikaların ve programların daha etkin ve kapsayıcı olmasını sağlamak için temel teşkil eder.

Okul başarısızlığı, madde bağımlılığı, davranış bozuklukları ve suç gibi problemler genellikle birbirinden bağımsız bir sorun olarak görülmektedir. Sonuç olarak, bu yaklaşım, bu tür sorunların ana nedenlerinin daha derinlemesine kavranmasını engelleyerek sorunların ortaya çıkışına uygun bir ortam oluşturmaktadır. Bu durum, çeşitli önleyici gelişimsel stratejilerin tasarlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve takip edilmesi ihtiyacını beraberinde getirmiştir (Cunningham & Henggeler, 1999). Dolayısıyla disiplinlerarası yetkinlik ve becerilerin farklılığı, portföyler arası iş birliğinin önem kazanmasına yol açmaktadır. Günümüzde benimsenen "bütün hükümet yaklaşımı", çeşitli portföyleri etkileyen sonuçlara yönelik müdahalelerin etkinliğini artırmaktadır (Loxley ve diğerleri, 2005). Örneğin, çocuk suçları konusunda erken belirtileri iyi tanıyan bir Adalet Bakanlığı yetkilisi ile Sağlık Bakanlığı yetkilisinin iş birliği ev ziyaretleri politikasının güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu tür iş birliği, Britanya ve Avustralya gibi ülkelerde hükümetlerin bütünsel politika ve program geliştirmelerini teşvik eden yapısal düzenlemelerin titizlikle değerlendirilmesine neden olmaktadır.

Eğitim, sağlık ve sosyal yardım alanlarında net bir şekilde tanımlanan sosyoekonomik riskler ve bu risklerin sonuçlarında görülen değişimler, geniş kapsamlı programların zorunluluğunu vurgulamaktadır. Bu koşullar, evrensel çocuk ve aile destek stratejilerini

destekleyen politikaların temelini oluşturur ve uygun yanıt verme seviyelerini belirler. Çocukların eğitimi ve bakımı ile ilgili ev ziyaretleri gibi stratejiler, bu politikaların temel unsurları arasında yer alır (Gordon, 2003). Ayrıca, ilkokul ve ortaokul düzeyindeki evrensel programlar, zorbalığın azaltılması, sosyal becerilerin artırılması ve çocukların okulla ilişkilerinin ve duygusal yeteneklerinin güçlendirilmesini hedefler. Özellikle ebeveynlerin uyum yeteneğini artıran davranışsal eğitim programları ile birleştirildiğinde, bu tür programların ergenlerdeki problemlili davranışların önlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Peterson & Rigby, 1999).

Önleme programları kapsamında yapılan müdahaleler, gençlerin karşılaştığı çeşitli sorunları iyileştirmeye önemli katkılar sağlamaktadır. Ayrıca, okul temelli uyuşturucuyla mücadele eğitimi müdahalelerinin gençlerin mevcut sorunlarına uygun şekilde düzenlenmesi büyük önem arz etmektedir. Madde bağımlılığının ekonomik yönü dikkate alındığında, küçük çocuklar için sonuçları iyileştirecek stratejilere yapılan yatırımların desteklenmesi gerekmektedir (Thadani, 2002). Bu yatırımlar, erken dönemde beceri gelişimi ile insan sermayesinin başarılı bir şekilde inşa edilmesinin temelini oluşturmaktadır.

Önleme programlarına yapılan yatırımın düzeyi ve süresi, madde bağımlılığını önlemeye yönelik erken müdahalelerin etkisini tam olarak gösterememektedir. Çocuk bakımı, erken eğitim veya ev ziyaretleri gibi programlara yapılan yatırımların düzeyine bakılmaksızın, bu alanlarda sürdürülebilirlik gereklidir (Olds, 2002). Özellikle, madde bağımlısı ailelere yönelik olarak geliştirilen erken müdahale stratejilerinin genelleştirilmesi konusunda kısıtlı veri bulunmaktadır. Hamilelik ve erken çocukluk döneminde yapılan hemşire ev ziyaretleri gibi ebeveynlik destek programlarının etkinliği, önemli düzeyde aile içi şiddet ve çocuklara yönelik kötü muamele gibi faktörler nedeniyle sınırlıdır (Thadani, 2002). Bu tür durumlarda, programların etkililiği üzerine etki eden her iki faktörün varlığı göz önünde bulundurularak dikkatli bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir.

Sosyal pazarlama stratejileri, madde bağımlılığı önleme çalışmalarında kritik bir role sahiptir. Kitle iletişim araçları aracılığıyla yetişkinlere yönelik mesajlar etkili olabilmekte, ancak medya kampanyalarının tek başına yetişkinlerdeki madde kullanımını değiştirebilme konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle, kitle iletişim stratejilerinin toplum ve okullarla entegrasyonu, yetişkinler üzerinde daha etkili sonuçlar doğurabileceği öngörülmektedir (Midford, vd., 2001). Madde bağımlılığı eğitimi

4. BÖLÜM: METODOLOJİ

4.1. Madde Bağımlılığını Engellemeye Yönelik Model Önerisi

Bu bölümde, araştırmanın metodolojik unsurları olan amaç, önem, kapsam, sınırlılıklar ve yöntem ile tezde incelenen ülkelerin sağlık iletişimi ve sosyal politikaları hakkında bilgiler yer almaktadır. Daha sonra, madde bağımlılığını önlemeye yönelik stratejik eylem planları ve durum analizi raporlarından elde edilen veriler, Maxqda ve SPSS programları kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizler ve literatürden elde edilen bulgular temelinde Türkiye'de uygulanabilecek işlevsel bir model önerilmiştir.

4.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, madde bağımlılığına karşı mücadelede, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların nasıl uygulandığını ve stratejik halkla ilişkilerin bu süreçteki etkisini ülke politikaları çerçevesinde değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, bu alanda işlevsel bir model geliştirilmesi hedeflenmektedir. Model, ülkelerin madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık iletişimi ve halkla ilişkilere dayalı sosyal politika hedeflerine ulaşmalarını destekleyecek öneriler sunmayı da amaçlamaktadır.

Bu çalışma kapsamında, madde bağımlılığıyla mücadelede uygulanan sosyal politikaların Türkiye'ye adaptasyonu için yol haritaları geliştirmiş ve bu süreçte sağlık iletişimi stratejilerinin toplumsal değişime katkısının nasıl olabileceği incelenmiştir. Araştırma, öncelikle dünya çapında uygulanan sosyal politika ve sağlık iletişimi pratiklerini inceleyerek analiz etmiştir. Bu çerçevede nicel araştırma soruları şu şekildedir:

- Uyuşturucu kullanımının önlenmesine yönelik sağlık iletişimi stratejileri ne düzeyde uygulanmaktadır?
- Farklı kültürel ve yasal çerçevelere sahip ülkelerde sağlık iletişimi stratejileri farklılaşmakta mıdır?
- Uyuşturucu kullanımıyla mücadelede sosyal destek mekanizmalarının etkisi nedir?
- Uyuşturucu kullanımını önleme ve tedaviye yönelik politikalar arasında korelasyon var mıdır?
- Ülkeler, uyuşturucu ile mücadelede kullandıkları iletişim kanalları ve teknikleri farklılaşmakta mıdır?

- Uyuşturucu ile mücadelede kullanılan değerlendirme kriterleri nelerdir ve bu kriterler ile politikaların başarısı arasındaki ilişki nedir?
- Uyuşturucu ile mücadele politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması sürecinde toplumun katılımını artırmakta mıdır?

Nitel araştırma sorularıysa şu şekildedir:

Bu çerçevede nitel araştırma soruları şu şekildedir:

- Uyuşturucu kullanımının önlenmesine yönelik sağlık iletişimi stratejileri nasıl uygulanmaktadır?
- Farklı kültürel ve yasal çerçevelere sahip ülkelerde sağlık iletişimi stratejileri nasıl farklılaşmaktadır?
- Uyuşturucu kullanımıyla mücadelede sosyal destek mekanizmalarının rolü nedir?
- Uyuşturucu kullanımını önleme ve tedaviye yönelik politikalar arasında nasıl bir entegrasyon sağlanmaktadır?
- Ülkeler, uyuşturucu ile mücadelede hangi iletişim kanallarını ve tekniklerini tercih etmektedir?
- Uyuşturucu ile mücadelede politikaların başarısını değerlendirmek için kullanılan kriterler ile başarı ilişkisi nedir?
- Uyuşturucu ile mücadele politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması sürecinde toplumun katılımını artırmakta mıdır?
- Sağlık iletişiminde ve sosyal politikalarda hangi yenilikçi yaklaşımlar önerilebilir?

4.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada karma desen yöntemleri kullanılarak, dünya genelinde madde bağımlılığı ile mücadelede uygulanan politikalar detaylı bir şekilde incelenmiş ve bu bağlamda kullanılabilecek işlevsel bir modelin temel çerçevesi çizilmiştir. İlk olarak, sosyal politika ve sağlık iletişimi yaklaşımları tanımlanmıştır. Daha sonra, madde bağımlılığına karşı mevcut politika yaklaşımlarını değiştirebilecek uygulamalar araştırılmıştır. Çalışmanın son aşamasında, bağımlılığı önleme amacıyla uygulanacak sosyal politikalarda ve bununla bağlantılı olarak geliştirilecek sağlık iletişimi stratejilerinde halkla ilişkilerin rolü irdelenmiş ve bir model önerisi geliştirilmiştir.

Karma yöntem araştırmaları, araştırmanın genişliğini ve derinliğini artırma amacı güder ve araştırmacıya nitel ve nicel verileri bir arada kullanma imkânı sunar. Bu yöntem nitel

ve nicel yaklaşımların birleştirilmesiyle araştırma problemlerini daha kapsamlı bir şekilde anlama olanağı sağlar (Creswell, 2006). Karma yöntem kullanımının avantajları arasında, tek bir yöntemin sınırlılıklarını diğer yöntemin güçlü yönleriyle dengelenmesi, araştırma sorularına daha eksiksiz yanıtlar bulabilme, tek yöntemle gözden kaçabilecek çeşitli görüş ve anlayışların ortaya çıkarılması, sonuçların genellenebilirliğinin artırılması ve teori ile uygulamaya dair daha kesin bilgilerin elde edilmesi yer alır. Bu yaklaşım, araştırmacılara farklı perspektiflerden veri toplama ve bu verileri bütünleştirme fırsatı tanır, böylece daha zengin ve ayrıntılı sonuçlar üretilebilir (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Nicel doküman analizi, belgelerden veri toplama sürecidir. Bu analiz yöntemi, belirli bir amaçla kaynakların tespit edilmesi/belirlenmesi, okunması, not alınması ve değerlendirilmesi evrelerinden meydana gelmektedir (Karasar, 2005). Diğer bir ifadeyle, bu yöntem basılı ve elektronik materyallerin incelenmesi ve değerlendirilmesini kapsamaktadır (Bowen, 2009). Nitel içerik analizinde, metinlerde öne çıkan temalar belirlenir ve bu temalardan çeşitli kategoriler oluşturulur, ardından sosyal durumların çoklu tanımlamaları yapılır. Düzenli kodlama ve kategorileştirme sistemi, yeni teorilerin ve modellerin ortaya çıkmasına olanak sağlar. Ayrıca mevcut teoriler doğrulanabilir veya belirli olaylar hakkında çıkarımlar yapılabilir. İçeriğin görünen boyutlarının ötesinde, gizli mesajlar ve iletiler keşfedilmeye çalışılır (Gül ve Nizam, 2021).

Araştırmada, karma yöntem araştırma tipolojisi olarak Creswell'in (2003) Eşzamanlı Üçgenleme tasarımı kullanılacaktır. Bu tasarımda, nitel ve nicel veriler senkronize biçimde toplanıp analiz edilmektedir. Bu araştırma yöntemi biçiminde her iki veri türü de eşit öneme sahiptir. Veri analizleri genellikle birbirinden bağımsız biçimde yapılır ve yorumlama aşamasında entegre edilir. Birleştirme süreci, verilerin üçgenlemesi, yani birbirine ne kadar yakın olduğunun tartışılması anlamına gelir. Bu tasarım, araştırma bulgularının doğruluğunu ve geçerliliğini artırmak, güçlendirmek ve çapraz geçerliliği değerlendirmek için kullanılmaktadır.

Eş zamanlı desen, farklı veri toplama tekniklerinin (nitel ve nicel) farklı türde bilgiler sağladığı kabulüne dayanmaktadır. Araştırmacılar, bu deseni kullanarak nitel ve nicel verileri senkronize biçimde toplamaktadır. Ancak, bu verileri bağımsız olarak analiz eder ve bulguları karşılaştırarak birbirini destekleyip desteklemediğini değerlendirirler. Bu

desende, nitel ve nicel yöntemler eşit öneme sahiptir; analiz süreçleri ayrı yürütülür ve sonuçlar birleştirilerek nihai yorum yapılır. (Mazlum & Mazlum, 2017).

Sonuç olarak, bu çalışmada eş zamanlı karma yöntem deseni uygulanmıştır. Bu desende, nicel veri toplama tekniği olarak doküman analizinden yararlanarak, ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede kaydettikleri başarılar SPSS 26 programında sayısal olarak değerlendirilmiştir. Bu aşamada örneklemde dahilindeki 55 rapordan veriler Google Forms'da anket formu hazırlanarak toplanmış ve daha sonra Excel üzerinden sayısal değerleri atanarak SPSS'e aktarılmıştır. Nitel veri toplama yöntemi olarak içerik analizi kullanılarak, ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede uyguladıkları stratejilerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu belirleme sürecinde Maxqda programı kullanılmıştır. Her iki kaynaktan elde edilen veriler karşılaştırmalı biçimde yorumlanıp raporlaştırılarak madde bağımlılığıyla mücadeleye yönelik etkili bir model ortaya çıkarılmıştır.

4.4. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni, madde bağımlılığı ile mücadele, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaları bulunan ülkelerdir. Bu evreni daraltmak için 2023 Dünya Uyuşturucu Raporu'nda yer alan ülkeler amaçlı örneklem metoduyla seçilerek çalışmanın örneklemine dahil edilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın örnekleme, Dünya Uyuşturucu Raporu'na dayanarak belirlenen ve farklı kıtalar ile sosyo-ekonomik bağlamları temsil eden Türkiye, ABD, Avustralya, Güney Afrika, İspanya ve Bangladeş'ten oluşmaktadır. Madde bağımlılığına karşı mücadelede, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikalarını incelemek için seçilen örneklemin güncel durumu ise şu şekildedir:

4.4.1. ABD

Dünya Uyuşturucu Raporu'na (2023) göre, ABD'de en yaygın kullanılan uyuşturucu türleri arasında esrar, amfetaminler, kokain ve opioidler bulunmaktadır. Esrar, özellikle Kuzey Amerika'da oldukça yaygın olup, kadın kullanıcı oranı %42'ye kadar çıkmaktadır. ABD'de Amfetamin türü uyarıcıların kullanımı oldukça yayındır ve bu tür maddelerin kullanıcılarının %45'i kadındır. Kokain ve ecstasy türü maddelerin kullanıcılarının %73'ü erkek, %27'si kadındır. ABD'de 80,000'den fazla opioid aşırı doz ölümü kaydedilmiş olup, bu ölümlerin 70,000'i sentetik opioidler (özellikle fentanil) kaynaklıdır. Bu

bağlamda ABD'de uyuşturucu ile mücadele politikaları, büyük ölçüde opioid kriziyle mücadeleye odaklandığı söylenebilir.

4.4.2. Avustralya

Dünya Uyuşturucu Raporu'na (2023) göre, Avustralya'da esrar ve amfetamin türü uyarıcılar en yaygın kullanılan uyuşturucular arasında yer almaktadır. Rapora göre, 15-64 yaş arası nüfusun önemli bir kısmı çeşitli (esrar, opioid ve amfetamin) uyuşturucular kullanmaktadır. 15-64 yaş arasındaki her 17 kişiden biri son 12 ay içinde uyuşturucu kullanmıştır. 15-16 yaş grubunda esrar kullanımı oranı, genel popülasyona göre daha yüksektir.

4.4.3. İspanya

Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre (2023) İspanya'da uyuşturucu kullanımı, özellikle gençler arasında yaygındır. İspanya'da 15-64 yaş arası nüfusun önemli bir kısmı çeşitli uyuşturucular kullanmaktadır. İspanya'da en yaygın kullanılan uyuşturucu türleri esrar ve kokain olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca, sentetik uyuşturucular ve yeni psikoaktif maddeler de kullanım oranlarında artış göstermektedir. Esrar, İspanya'da en yaygın kullanılan uyuşturucu olup, gençler arasında kullanım oranı yüksektir. Kokain kullanımı ise, özellikle büyük şehirlerde yaygındır.

4.4.4. Güney Afrika

Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre (2023) Güney Afrika, kenevirin en sık rapor edilen birincil uyuşturucu olduğu bölgelerden biridir. Bu bölgede, kenevir kullanımı nedeniyle tedavi arayanların sayısı oldukça fazladır. Kenevirin yanı sıra, opioidler ve sentetik uyuşturucular gibi diğer uyuşturucu türlerinin kullanımı da sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca, "Nyaope" adı verilen geleneksel uyuşturucu karışımlarının bulunduğu bir bölge olarak tanınmaktadır.

4.4.5. Türkiye

Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre (2023), Türkiye'de en çok kullanılan uyuşturucu türleri arasında esrar ve türevleri, eroin, ve sentetik uyuşturucular ön plana çıkmaktadır.

Ayrıca, metanfetamin ve ekstazi kullanımı ve yakalamada artış görülmektedir. Uyuşturucu kullanımı genellikle büyük şehirlerde yoğunlaşmakta ve çoğunlukla genç nüfus arasında yaygındır.

Uyuşturucu kullanımıyla mücadelede çeşitli stratejiler uygulanmakta, özellikle eğitim ve farkındalık programlarına önem verilmektedir. Türkiye, uyuşturucu kaçakçılığı konusunda stratejik bir coğrafi konumda bulunduğu için ulusal ve uluslararası düzeyde yoğun bir mücadele yürütmektedir. Bu mücadele, hem yasal düzenlemelerle hem de polisiye tedbirlerle desteklenmektedir.

4.4.6. Bangladeş

Dünya Uyuşturucu Raporu'na (2023) göre, Bangladeş'te uyuşturucu kullanımı ve bağımlılığı, özellikle gençler arasında yaygın olup, enjekte edilebilir uyuşturucuların kullanımı HIV/AIDS gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açarak önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir. Uyuşturucu bağımlıları, yetersiz tedavi merkezleri, toplumsal damgalama ve finansal erişim eksikliği gibi çeşitli engeller nedeniyle tedavi hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadır. Ülkede uyuşturucu kullanımından kaynaklanan sağlık sorunlarıyla mücadele etmek için çeşitli sağlık hizmetleri ve tedavi programları desteklenmekte, ancak mevcut kaynaklar genellikle yetersiz kalmaktadır.

4.5. Kapsam ve Sınırlılık

Bu çalışma, Dünya Uyuşturucu Raporu'nda yer alan ve çeşitli kıtalardan sosyo-ekonomik bağlamları temsil eden Türkiye, ABD, Avustralya, Güney Afrika, İspanya ve Bangladeş ülkelerini kapsamaktadır. Çalışmanın örnekleme, madde bağımlılığı ile mücadelede global çeşitliliği ve geniş bir perspektif sunmak amacıyla seçilmiştir. Araştırmanın temel amacı, madde bağımlılığına karşı mücadelede kullanılan sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların uygulama biçimlerini ve bu süreçteki stratejik halkla ilişkilerin etkilerini değerlendirmektir. Ayrıca, bu alanda işlevsel bir model geliştirilmesi ve uygulamaya yönelik önerilerin sunulması hedeflenmektedir. Araştırmanın kapsamını, incelenen ülkelerin son üç dönemine ait ulusal strateji ve durum raporlarının analizi oluşturmaktadır. Bu analiz, madde bağımlılığıyla mücadelede, sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların nasıl şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın sınırlılıklarını ise şu etmenler oluşturmaktadır:

Yasal Çerçeve: Ülkelerin yasal düzenlemeleri, madde bağımlılığı ile mücadele stratejilerinin uygulanmasını doğrudan etkilemektedir.

Raporlama Standardizasyonu: Ülkelerin stratejik planlama ve durum analiz raporlarındaki ayrıntı düzeyi farklılık göstermektedir.

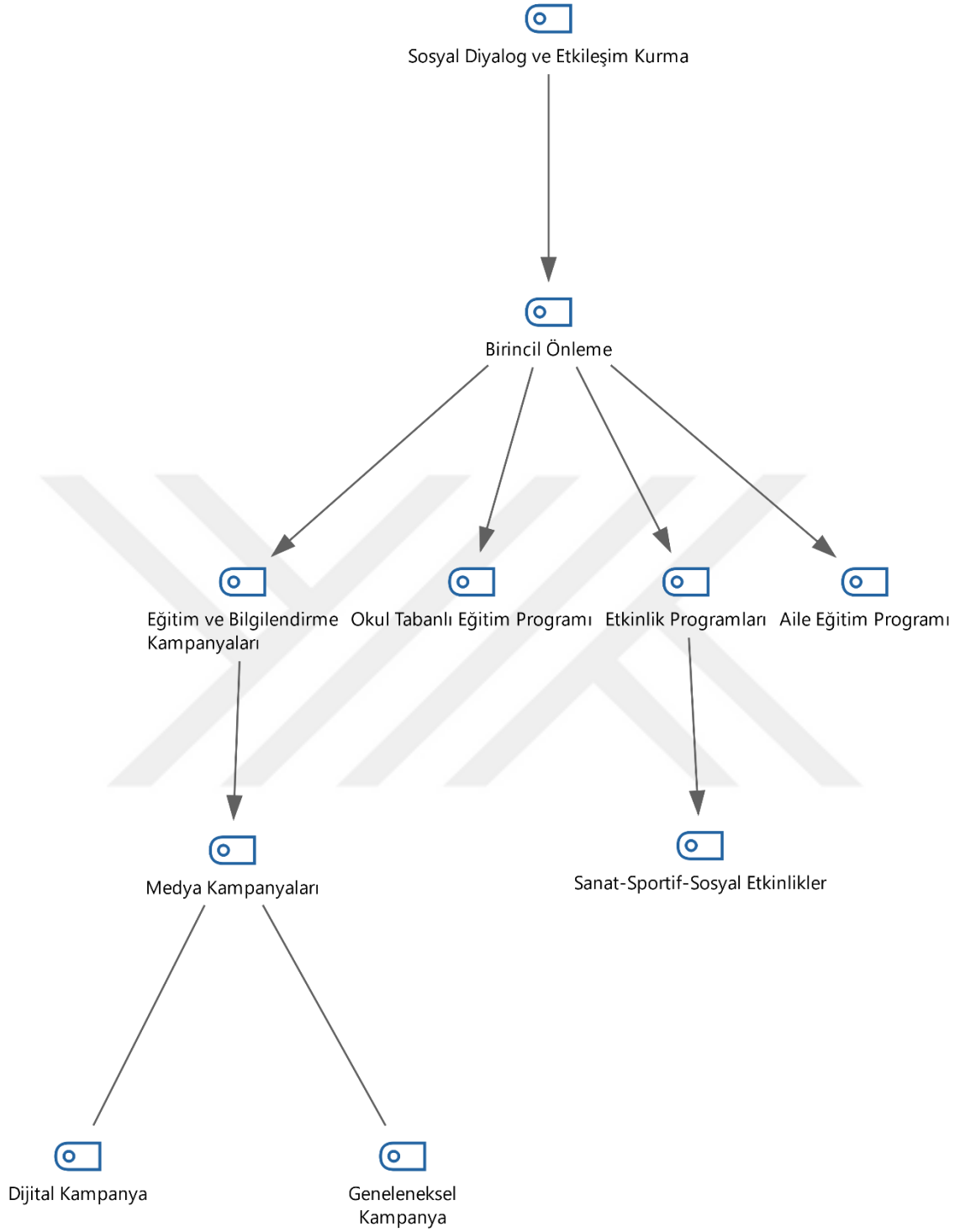
4.6. Verilerin Geçerliliği ve Güvenirliliğinin Test Edilmesi

Tez çalışmasında Creswell'in (2017), nitel içerik analizi sistematığı takip edilecektir. Bu sistematik şu şekildedir: problem tespiti, evren-örnekleme tanımlama, kategori seçimi, kodlama cetvelini tasarlama ve güvenirliliği ölçme, kodlama işlemini yapma ve analiz etmedir. Çalışmanın geçerliliği ve güvenirliliği için bu ilkelere bağlı kalarak kodlama cetveli hazırlanmış ve iki kişi tarafından kodlama eylemi gerçekleştirilmiştir. Araştırma soruları kapsamında raporlar analiz edilmiş ve elde edilen veriler ışığında literatür çerçevesinde kod ve alt kodlar çıkarılmıştır. Araştırma sorusunu cevaplayacak bu kod ve alt kodlardan oluşan kodlama cetveli hazırlanmış ve Maxqda programında analiz edilmiştir. Çalışmanın güvenirliliği ve geçerliliğini sağlamak için iki araştırmacıda Maxqda programında kodlama yapmış ve kodlayıcılar arası uzlaşma yüzdesi bulmak için Kappa testi yapılmıştır. Bu test %87 çıkmıştır. Şencan'a (2005) göre, uyum yüzdesinin %75'in üzerinde olması çalışmayı güvenilir kılmaktadır.

4.7. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde nicel ve nitel analizlerden elde edilen bulgulara yer verilecektir. Nitel analiz için Maxqda programında elden veriler şöyledir:

Kodlara İlişkin Bulgular:

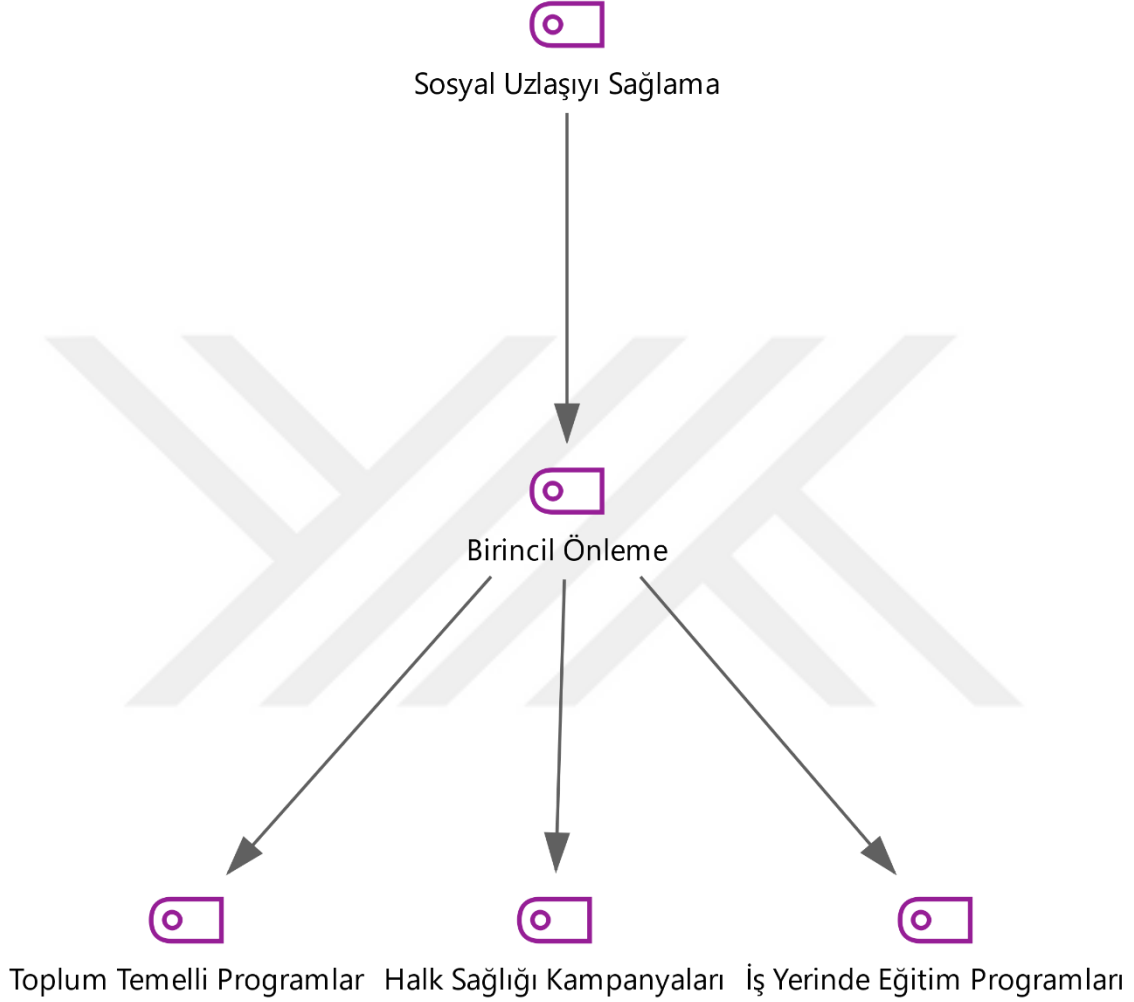


Şekil 23: Sosyal Diyalog Ve Etkileşim Kurma

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Sosyal diyalog ve etkileşim kurma temasında birincil önleme stratejisi uygulanmaktadır. Bu strateji ise okul tabanlı eğitim programını, eğitim ve bilgilendirme kampanyalarını,

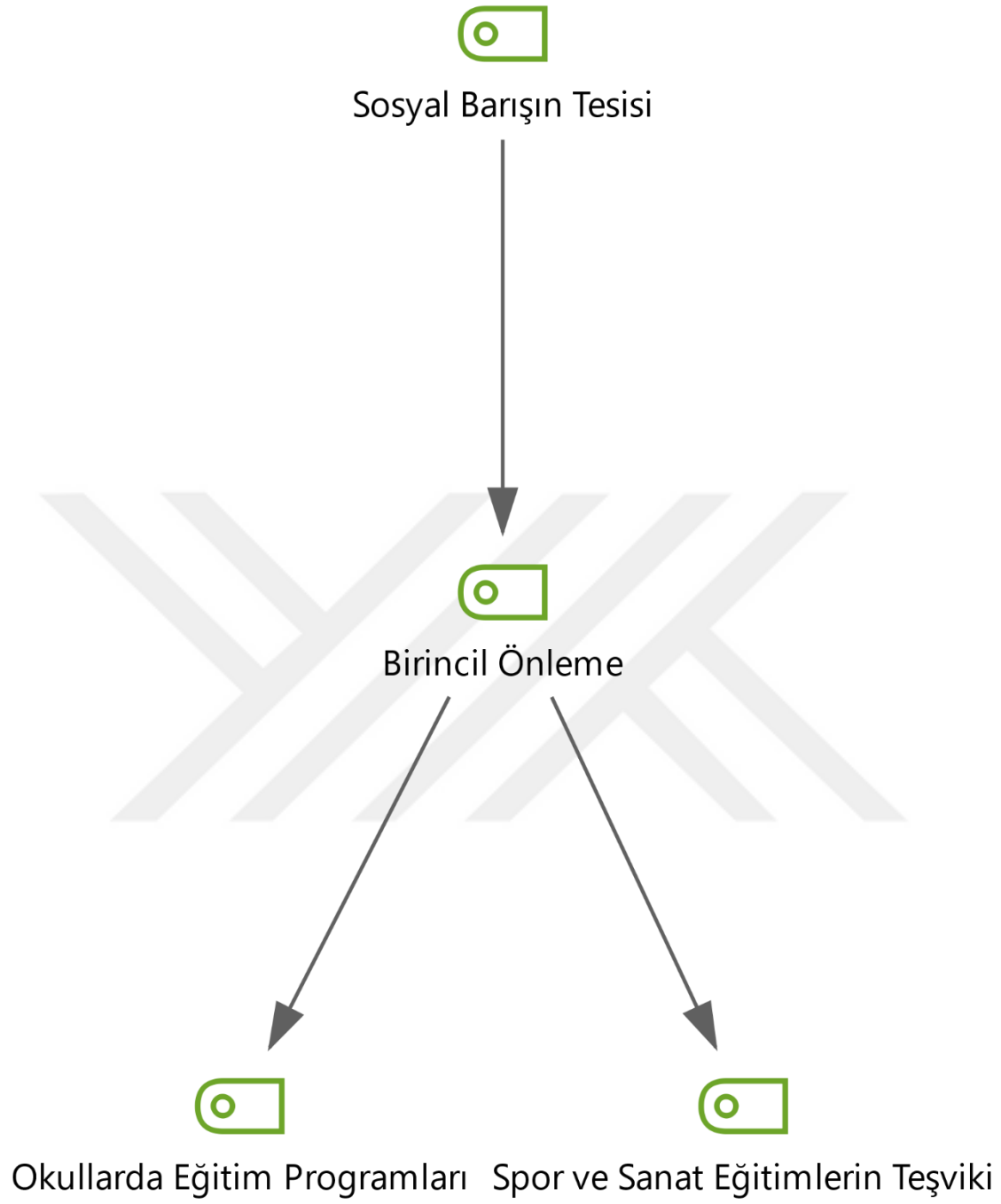
aile eğitim programını ve etkinlik programlarını kapsamaktadır. Ayrıca eğitim ve bilgilendirme kampanyaları, medya kampanyasına bağlı olarak dijital kampanya ve geleneksel kampanyaları içermektedir. Etkinlik programı ise sanat, sportif ve sosyal etkinlikleri kapsamaktadır.



Şekil 24: Sosyal Uzlaşmayı Sağlama

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

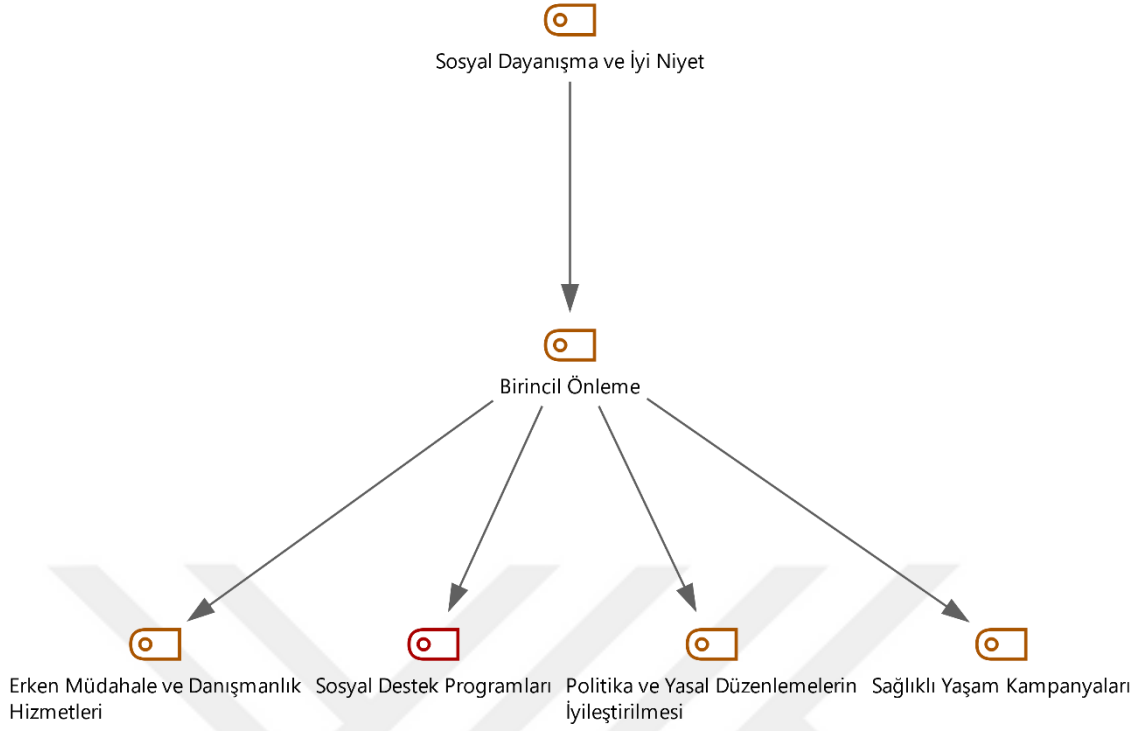
Sosyal uzlaşmayı sağlama temasında birincil önleme stratejisi uygulanmaktadır. Bu strateji toplum temelli programlarını, halk sağlığı kampanyalarını ve iş yerinde eğitim programlarını kapsamaktadır.



Şekil 25: Sosyal Barışın Tesisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

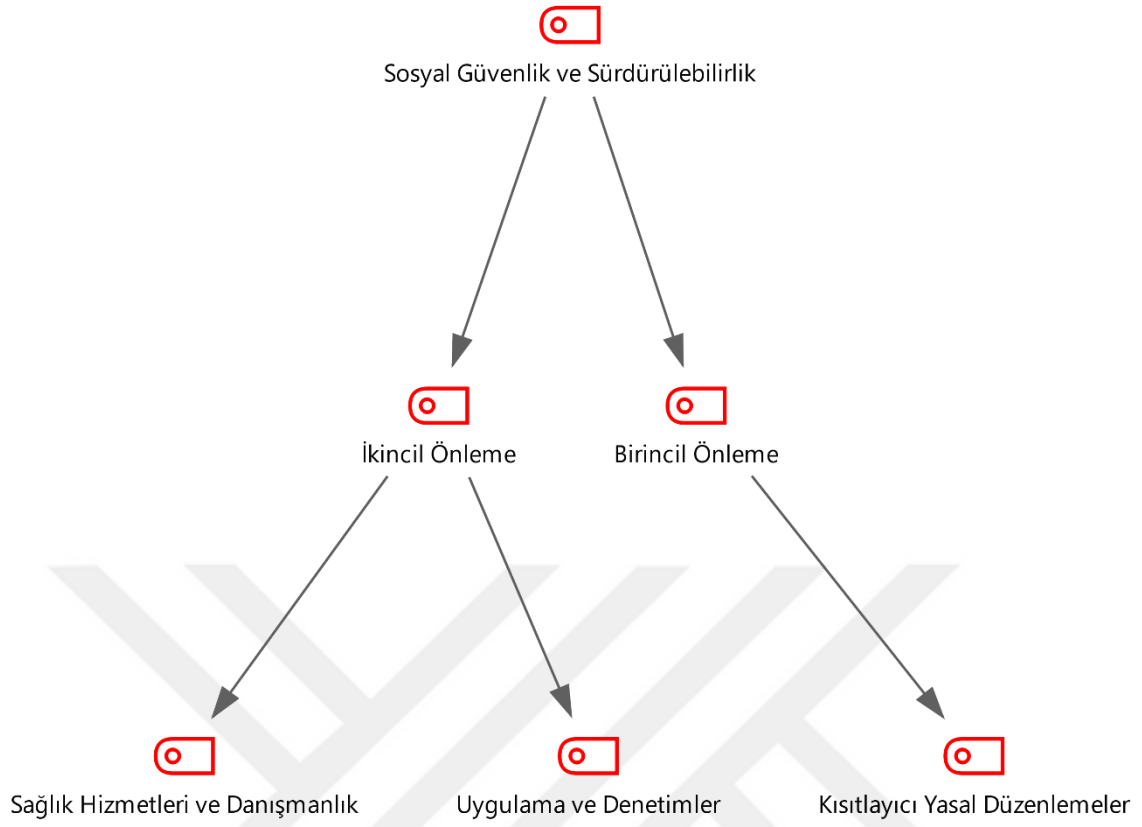
Sosyal barışın tesisi temasında birincil önleme stratejisine bağlı olarak okullarda eğitim programları ve spor ve eğitimlerin teşviki uygulamaları yer almaktadır.



Şekil 26: Sosyal Dayanışma Ve İyi Niyet

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

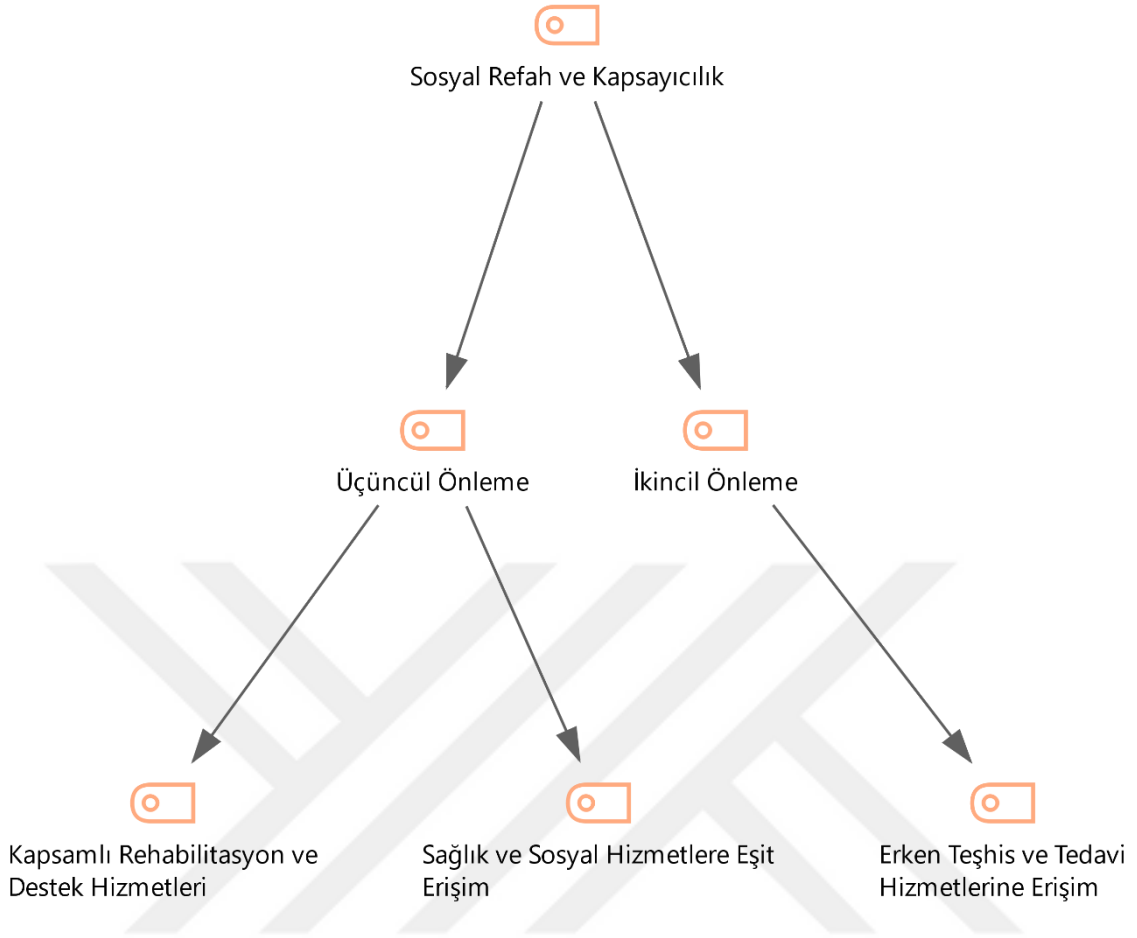
Sosyal dayanışma ve iyi niyet temasında birincil önleme temasına bağlı olarak politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri, sağlıklı yaşam kampanyaları ve sosyal destek uygulamaları yer almaktadır.



Şekil 27: Sosyal Güvenlik Ve Sürdürülebilirlik

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

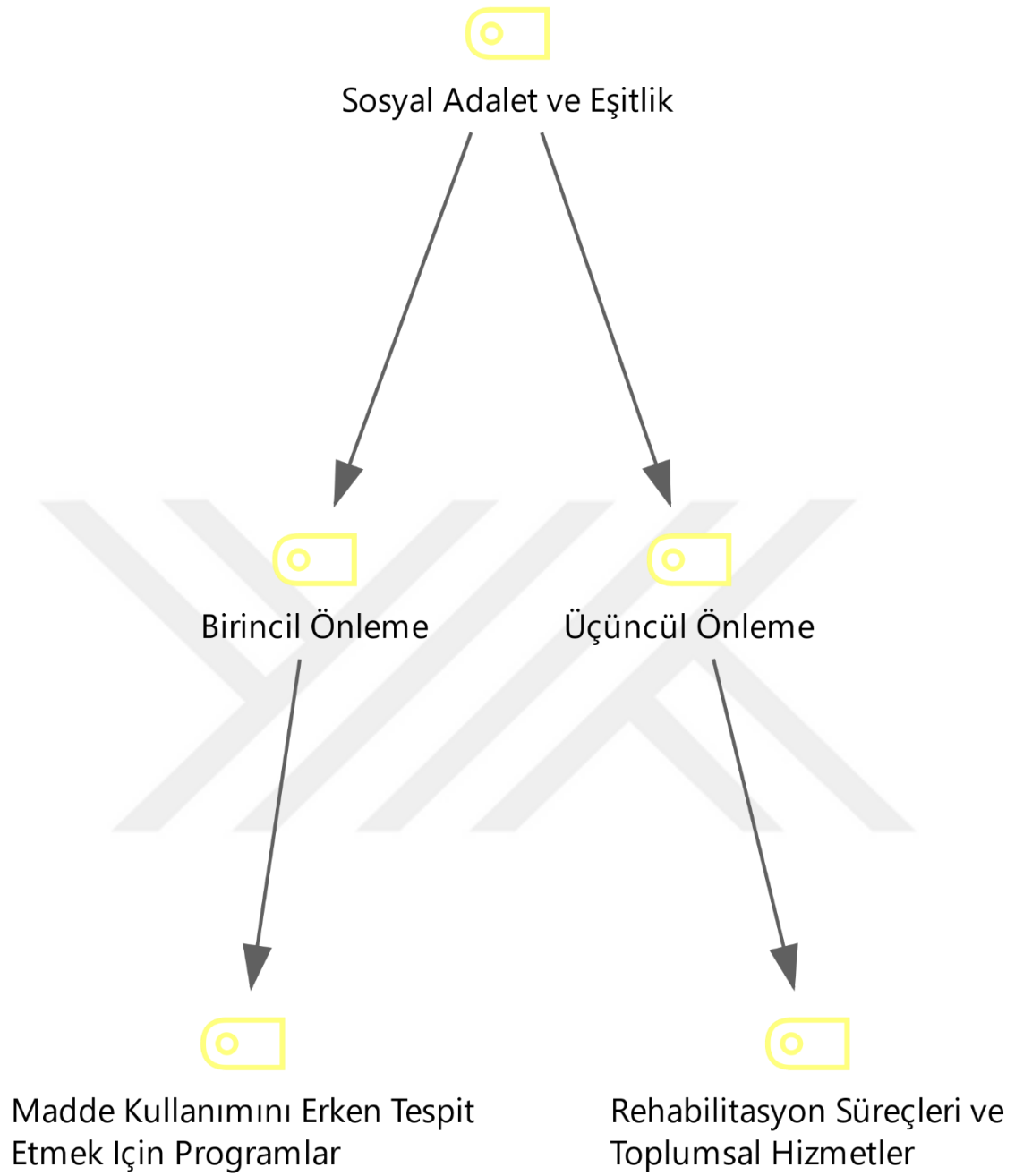
Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik temasında birincil önleme stratejisinde kısıtlayıcı yasal düzenlemeler yer alırken ikincil önleme stratejisinde sağlık hizmetleri ve danışmanlığa ilaveten uygulama ve denetimler yer almaktadır.



Şekil 28: Sosyal Refah Ve Kapsayıcılık

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

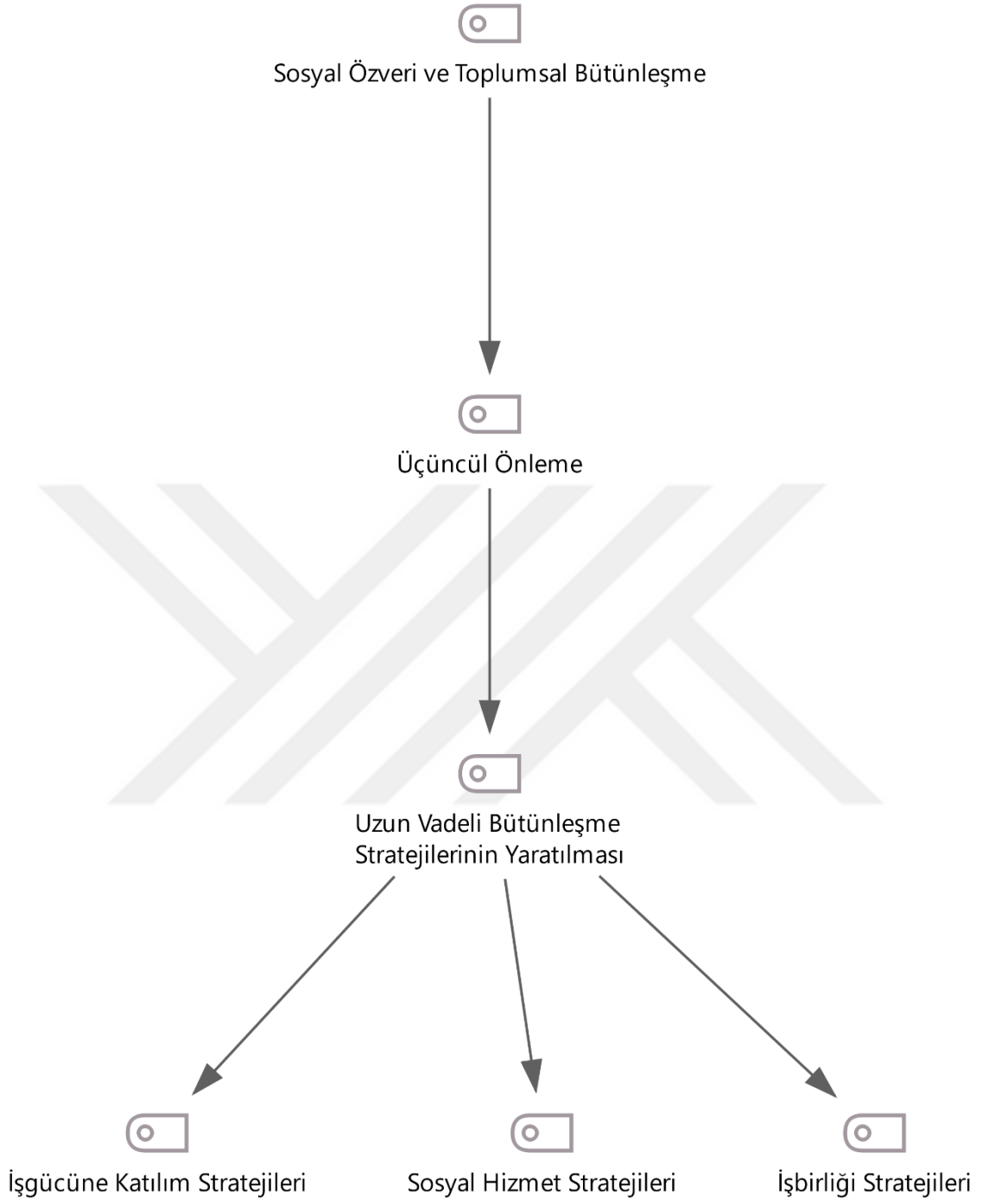
Sosyal refah ve kapsayıcılık temasında ikincil önleme stratejisinde erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması yer alırken üçüncül önleme stratejisinde kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri ve sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim uygulamaları bulunmaktadır.



Şekil 29: Sosyal Adalet Ve Eşitlik

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Sosyal adalet ve eşitlik temasında birincil önleme stratejisi kapsamında madde kullanımını erken tespit etmek için programlar mevcutken üçüncül önleme stratejisi kapsamında ise rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır.



Şekil 30: Sosyal Özveri Ve Toplumsal Bütünleşme

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme temasında üçüncül önleme stratejisi uygulanmaktadır. Bu kapsamda uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması

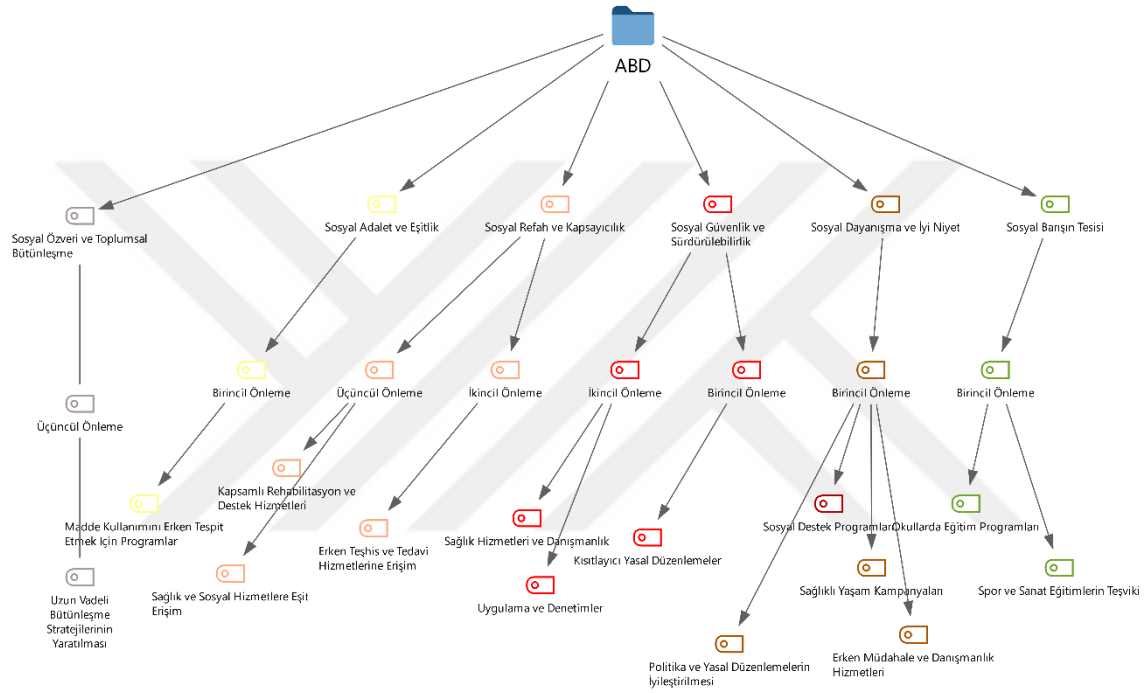
çerçevesinde sosyal hizmet stratejileri, iş birliği stratejileri ve işgücüne katılım stratejileri bulunmaktadır.

Ülkelere İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde ülkelere ilişkin analiz sonuçları yer almaktadır.

ABD'ye İlişkin Bulgular

ABD'nin halkla ilişkiler odaklı uyguladığı sosyal politika stratejisi ve sağlık iletişiminin genel analizi şöyledir:



Şekil 31: ABD

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

ABD temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme stratejisi kapsamında üçüncül önleme yapılmaktadır. Bu önleme stratejisi, Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik temasında birincil önleme stratejisi uygulanmaktadır ve madde kullanımını erken tespit etmek için program yapımı kullanılmaktadır.

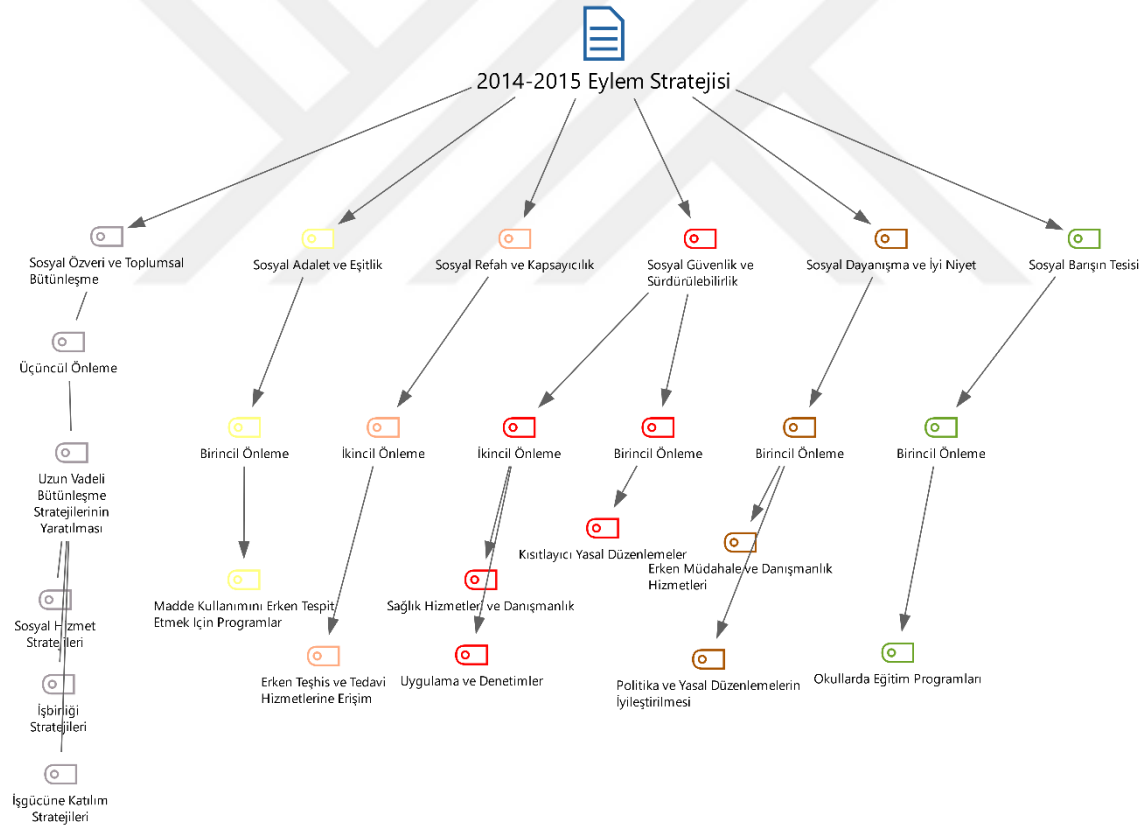
Sosyal refah ve kapsayıcılık stratejisinde ikincil ve üçüncül önleme yapılmaktadır. İkincil önleme stratejisi için erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim yer alırken üçüncül

önleme stratejisi için kapsamlı rehabilitasyon-destek hizmetlerinin yanısıra sağlık ve sosyal hizmetlerine eşit erişim yer almaktadır.

Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik stratejisi çerçevesinde birincil ve ikincil önleme stratejisi uygulanmaktadır. Birincil önleme kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık stratejisinin yanısıra uygulama ve denetimler bulunmaktadır.

Sosyal dayanışma ve iyi niyet stratejisi birincil önleme stratejisi kapsamında değerlendirilmektedir. Bu kapsamda politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi, sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetlerine ek olarak, sosyal destek programları yer almaktadır.

Sosyal barışın tesisi stratejisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.

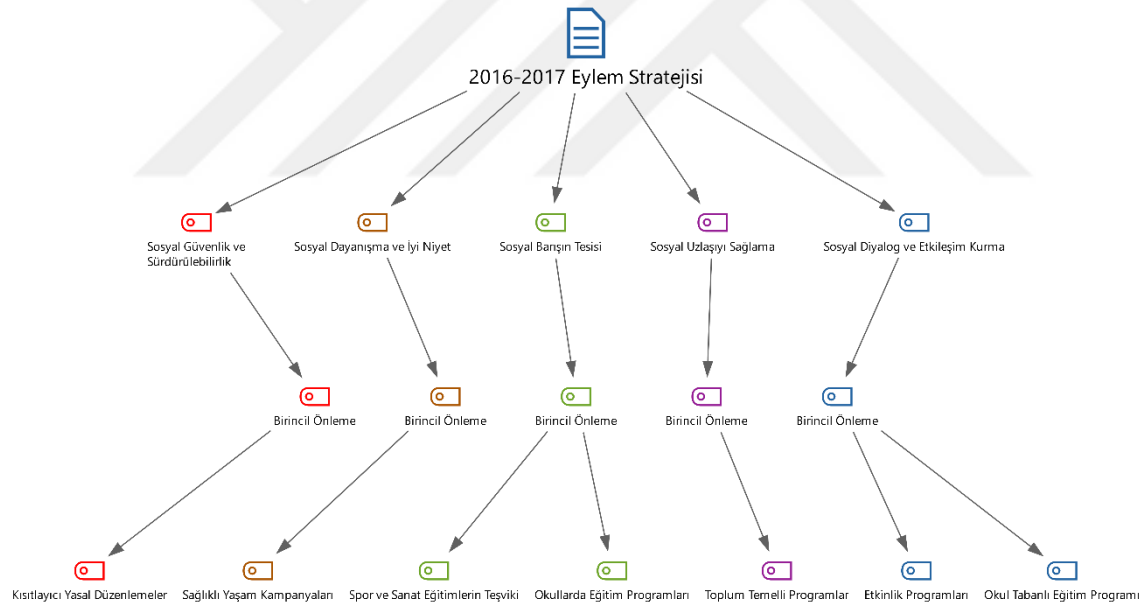


Şekil 32: 2014-2015 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2014-2015 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri

ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde ikincil önleme stratejisi kapsamında erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık ve uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesinin yanı sıra erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak okullarda eğitim programları yer almaktadır.

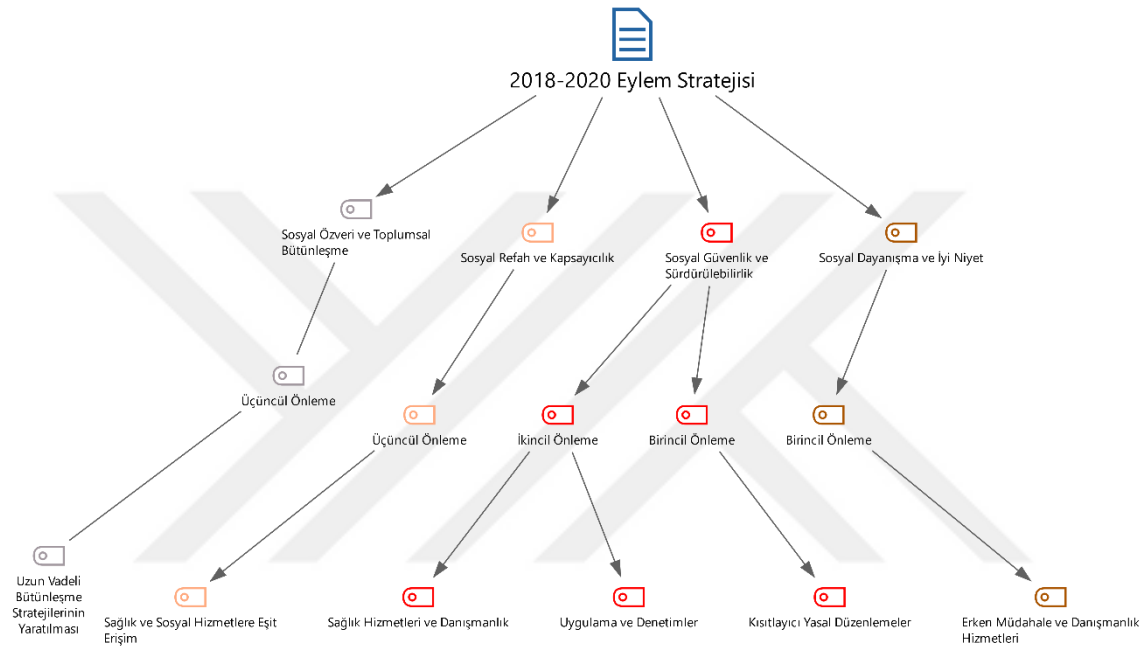


Şekil 33: 2016-2017 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2016-2017 eylem stratejisi temasında sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet, sosyal barışın tesisi, sosyal uzlaşmayı sağlama ve sosyal diyalog ve etkileşim kurma kategorileri bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisinde kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur.

Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde birincil önleme stratejisinde spor ve sanat eğitimlerin teşviki ve okullarda eğitim programları bulunmaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisinde toplum temelli programlar yer almaktadır. Sosyal diyalog ve etkileşim kurma kategorisinde ise birincil önleme stratejisine bağlı olarak okul tabanlı eğitim programı ve etkinlik programları bulunmaktadır.

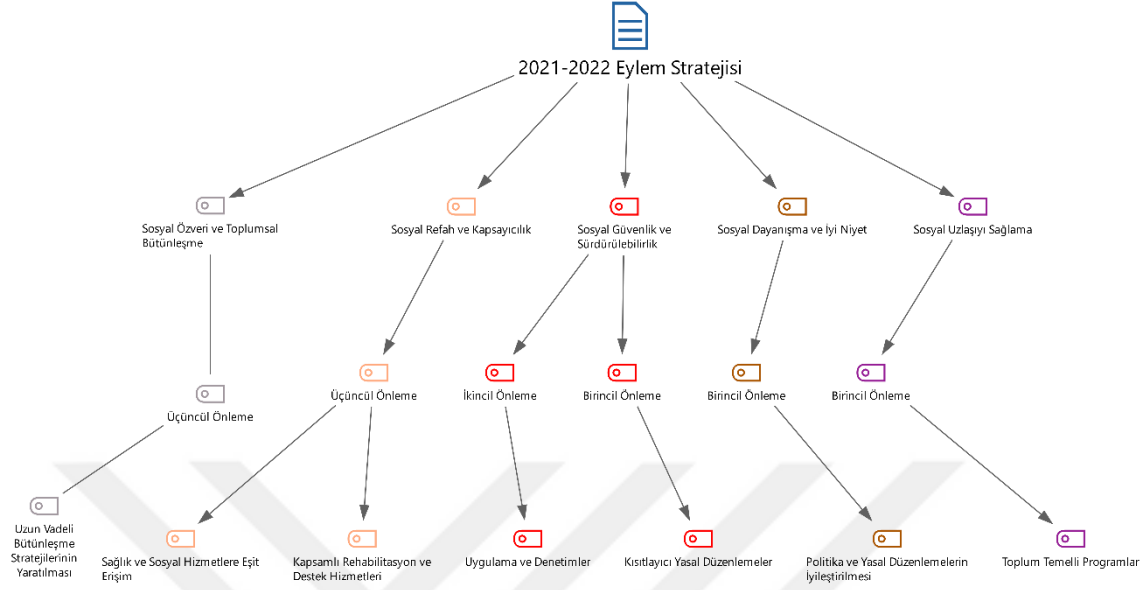


Şekil 34: 2018-2020 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2018-2020 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisinde sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim mevcuttur. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık stratejisinin yansısı uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal

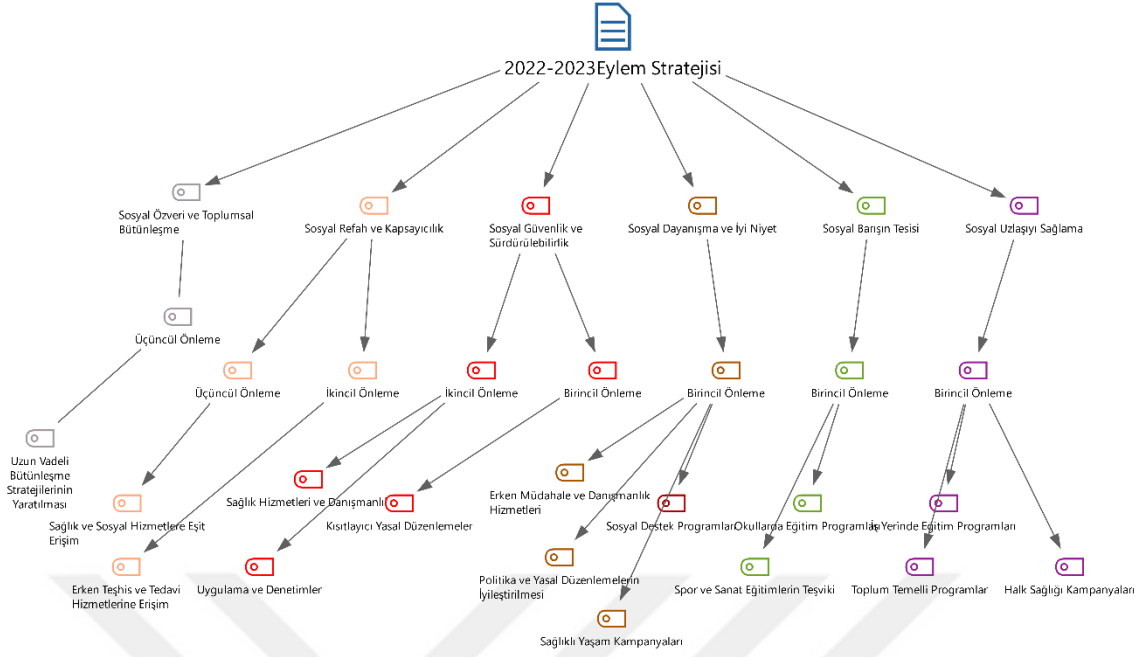
dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır.



Şekil 35: 2021-2022 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2021-2022 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri uygulaması bulunmaktadır ayrıca sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim ilkesi uygulanmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak toplum temelli programlar yer almaktadır.



Şekil 36: 2022-2023 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2022-2023 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde ikincil önleme stratejisi kapsamında erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim üçüncül önleme stratejisinde ise sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık ilkesinin yanısıra uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi, erken müdahale ve danışmanlık hizmetlerine ilaveten sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak okullarda eğitim programları, spor ve eğitimlerin teşviki yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisi

kapsamında halk sağığı kampanyaları, iş yerinde eğitim programları ve toplum temelli programlar bulunmaktadır.

Belge adı	2014-2015 Eylem Stratejisi	2016-2017 Eylem Stratejisi	2018-2020 Eylem Stratejisi	2021-2022 Eylem Stratejisi	2022- 2023Eylem Stratejisi
ABD\2022- 2023Eylem Stratejisi	0,75	0,77	0,65	0,63	1,00
ABD\2021- 2022 Eylem Stratejisi	0,79	0,73	0,90	1,00	0,63
ABD\2018- 2020 Eylem Stratejisi	0,81	0,71	1,00	0,90	0,65
ABD\2016- 2017 Eylem Stratejisi	0,73	1,00	0,71	0,73	0,77
ABD\2014- 2015 Eylem Stratejisi	1,00	0,73	0,81	0,79	0,75

Tablo 3: Abd Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi Analizi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2014-2015 Eylem Stratejisi: Bu strateji, 2016-2017 ve 2021-2022 stratejileri ile %73, 2018-2020 stratejisi ile %81 oranında benzerlik göstermektedir. Diğer yıllarla kıyaslandığında, bu strateji genel olarak diğer stratejilere yüksek oranda benzerdir ve süreklilik gösteren temaları veya yaklaşımları yansıtır.

2016-2017 Eylem Stratejisi: Bu strateji, 2014-2015 ve 2022-2023 stratejileri ile %73, 2021-2022 stratejisi ile %73 benzerlik sergilemektedir. Bu durum, 2016-2017 stratejisinin önceki ve sonraki yılların stratejileriyle orta derecede bir süreklilik gösterdiğini işaret eder.

2018-2020 Eylem Stratejisi: Bu strateji, 2014-2015 stratejisi ile %81 ve 2021-2022 stratejisi ile %90 oranında benzerlik göstererek, özellikle 2021-2022 stratejisiyle çok yüksek bir uyum içindedir. Bu, 2018-2020 stratejisinin önceki ve sonraki stratejilere oldukça benzediğini ve bu dönemde stratejik yaklaşımların önemli ölçüde devam ettiğini göstermektedir.

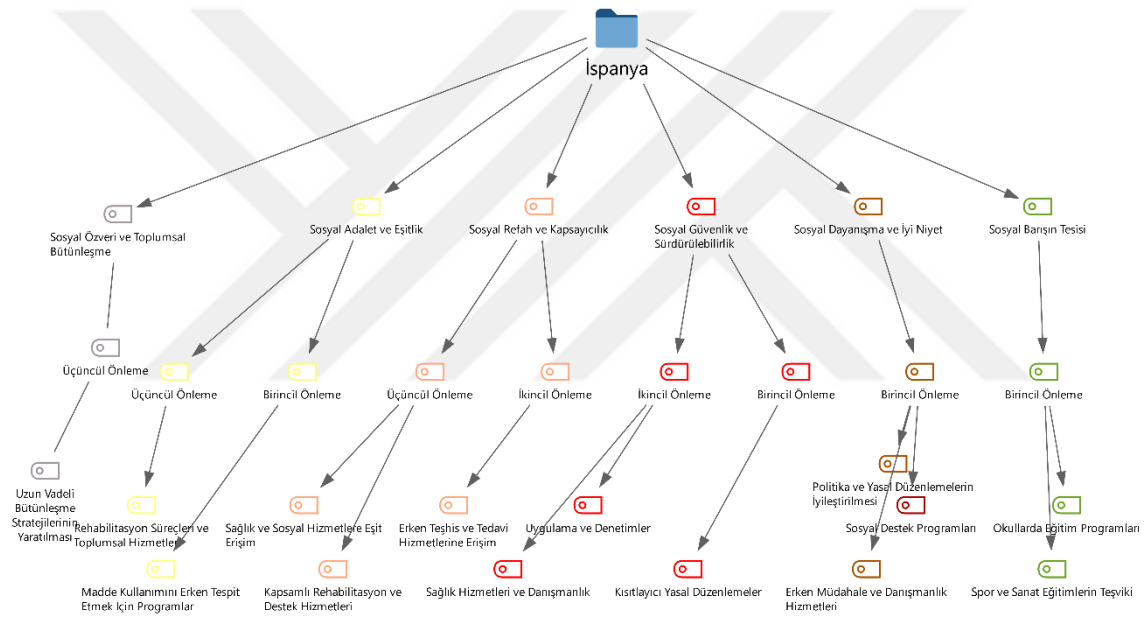
2021-2022 Eylem Stratejisi: 2018-2020 stratejisi ile %90, 2014-2015 stratejisi ile %79 benzerlik göstermektedir. Bu yüksek benzerlikler, 2021-2022 stratejisinin önceki

stratejilere sıkı bir şekilde bağlı kaldığını ve bu dönemdeki planlamaların büyük oranda önceki planlamalarla uyumlu olduğunu belirtir.

2022-2023 Eylem Stratejisi: 2016-2017 stratejisi ile %77 benzerlik göstermektedir. Bu, 2022-2023 stratejisinin özellikle bir önceki döneme göre daha az benzerlik gösterdiği, ancak yine de belirli bir süreklilik sergilediği anlamına gelir.

İspanya'ya İlişkin Bulgular

İspanya'nın halkla ilişkiler odaklı uyguladığı sosyal politika stratejisi ve sağlık iletişiminin genel analizi şöyledir:



Şekil 37: İspanya

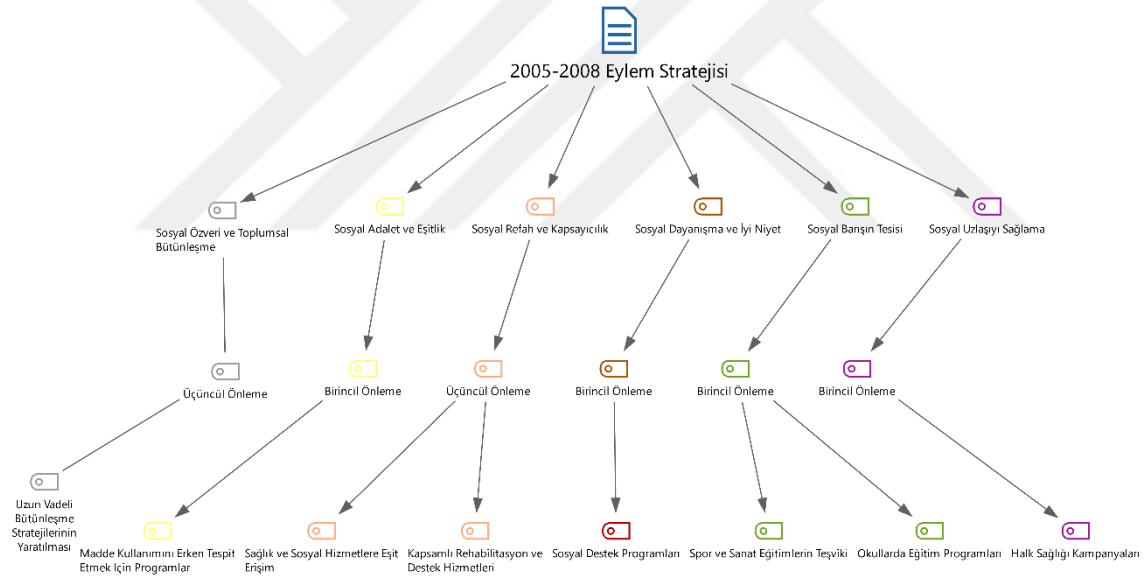
Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

İspanya'nın sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır.

Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar, üçüncül önleme stratejinde

rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişimin yanısıra kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Bu kategorinin ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır.

Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık ilkesinin yanısıra sosyal destek programları bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.

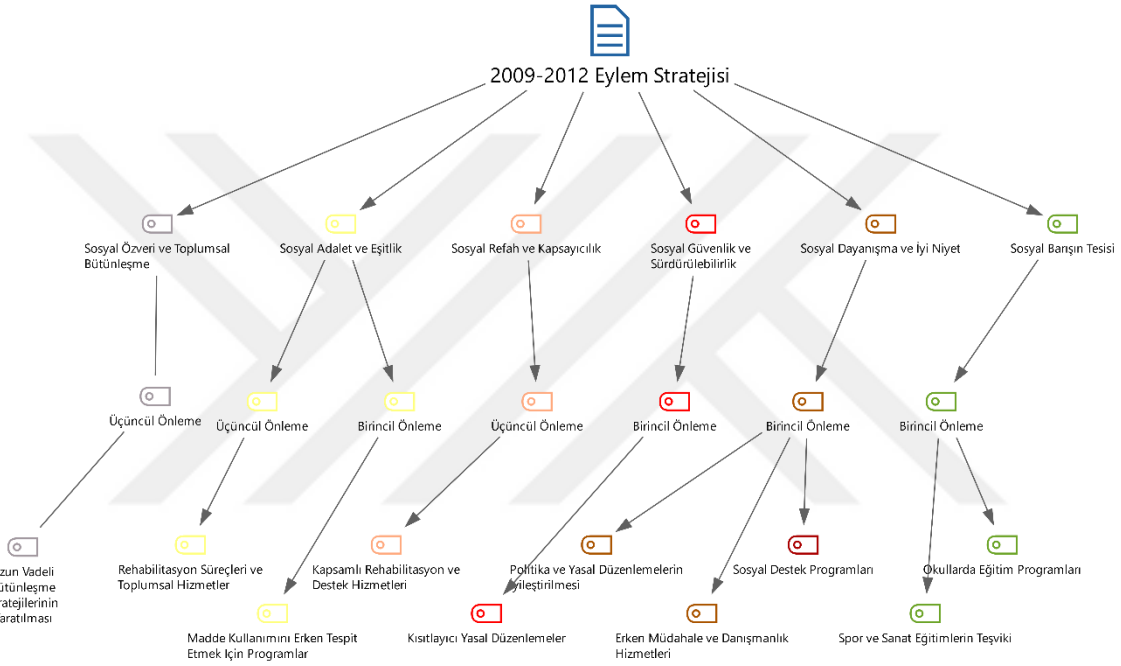


Şekil 38: 2005- 2008 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2005- 2008 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme

stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim ve kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil önleme kapsamında sosyal destek programları uygulanmaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerin teşvikinin yanısıra okullarda eğitim programları yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisinde halk sağlığı kampanyaları mevcuttur.

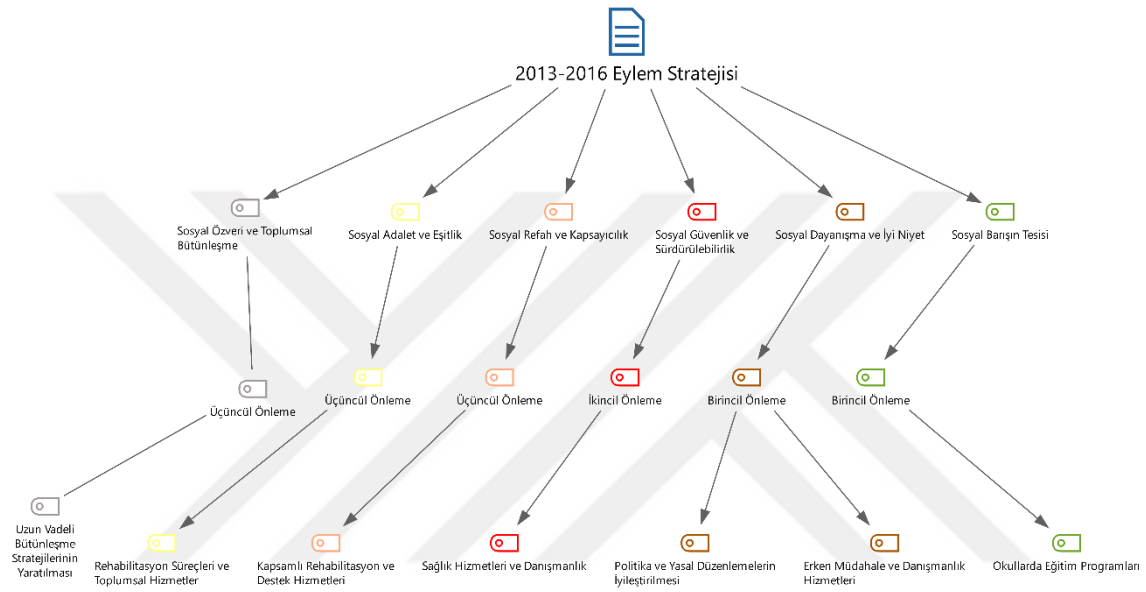


Şekil 39: 2009- 2012 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2009- 2012 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar, üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon

ve destek hizmetleri yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi, erken müdahale ve danışmanlık hizmetlerine ilaveten sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.

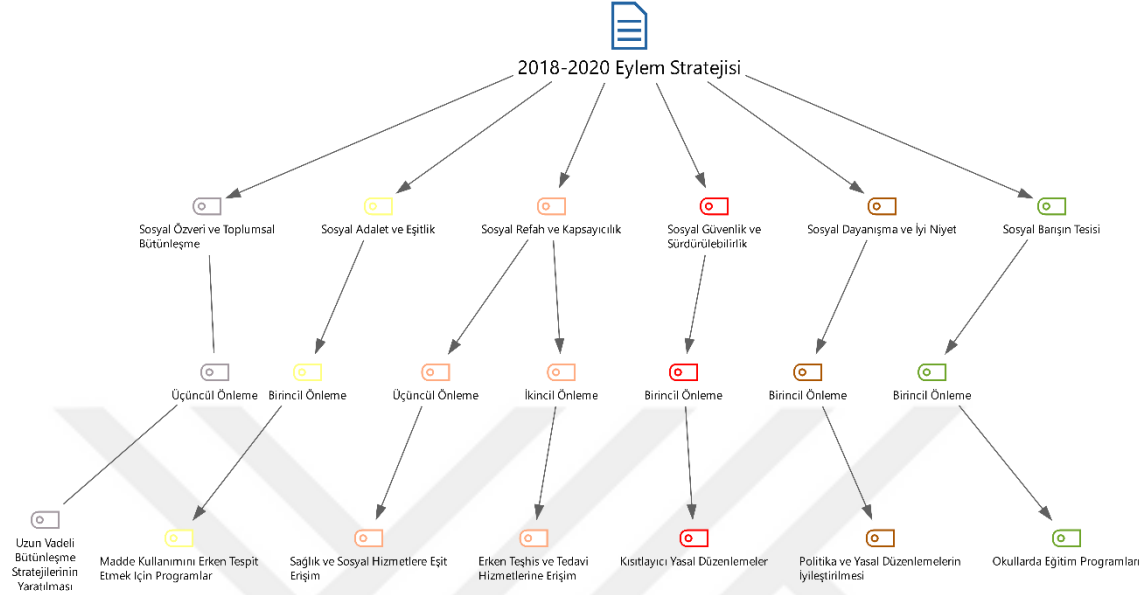


Şekil 40: 2013- 2016 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2013- 2016 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde ikincil önleme stratejisi kapsamında sağlık hizmetleri ve danışmanlık kampanyaları mevcuttur. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında politika ve

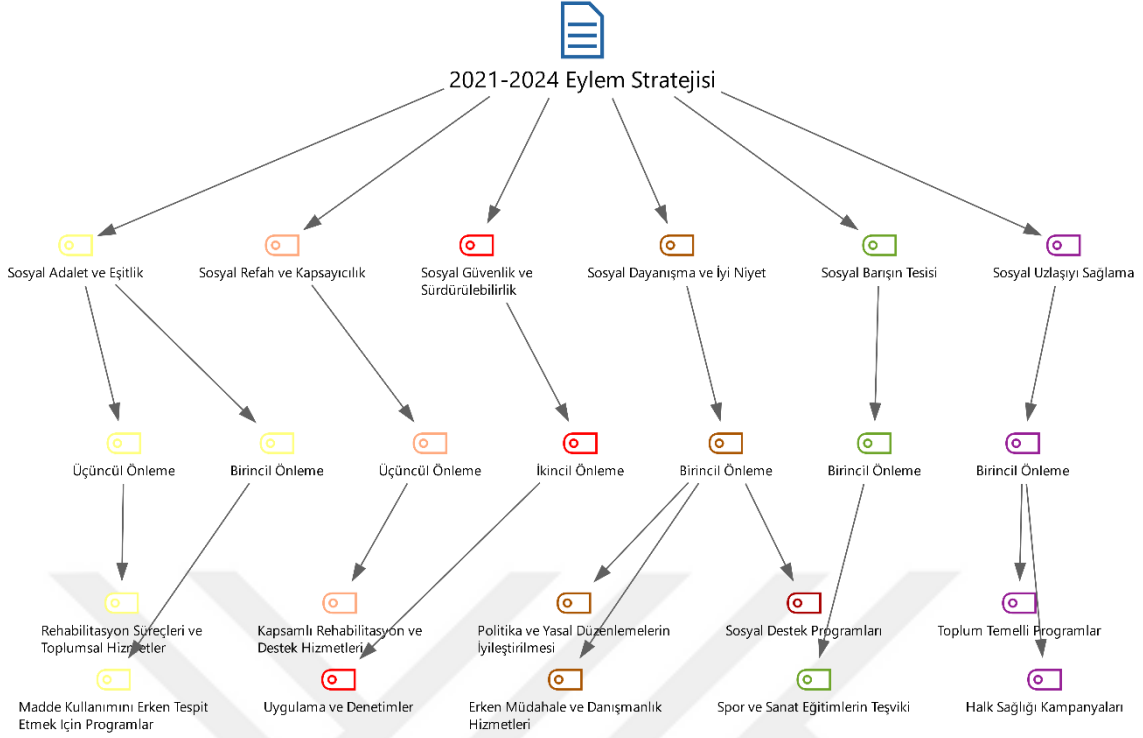
yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 41: 2018- 2020 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2018- 2020 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisinde madde kullanımını erken tespit etmek için programlar bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 42: 2021-2024 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2021-2024 eylem stratejisi temasında sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar, üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisinde kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında uygulama ve denetlemeler mevcuttur. Sosyal dayanışma ve iyi niyetin ikincil önleme stratejisi kapsamında sosyal destek programları, politika ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisinde halk sağlığı kampanyaları ve toplum temelli programlar mevcuttur.

Belge adı	2005-2008 Eylem Stratejisi	2009-2012 Eylem Stratejisi	2013-2016 Eylem Stratejisi	2018-2020 Eylem Stratejisi	2021-2024 Eylem Stratejisi
İspanya\2005-2008 Eylem Stratejisi	1,00	0,75	0,69	0,77	0,75
İspanya\2009-2012 Eylem Stratejisi	0,75	1,00	0,81	0,77	0,75
İspanya\2013-2016 Eylem Stratejisi	0,69	0,81	1,00	0,79	0,73
İspanya\2018-2020 Eylem Stratejisi	0,77	0,77	0,79	1,00	0,65
İspanya\2021-2024 Eylem Stratejisi	0,75	0,75	0,73	0,65	1,00

Tablo 4: İspanya Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2005-2008 eylem stratejisi, 2009-2012 eylem stratejisiyle %75, 2018-2020 eylem stratejisiyle %77 ve 2021-2024 eylem stratejisiyle %75 oranında benzerlik göstermektedir. Bu durum, 2005-2008 eylem stratejisinin diğer bazı eylem stratejileriyle oldukça tutarlı ve benzer olduğunu göstermektedir.

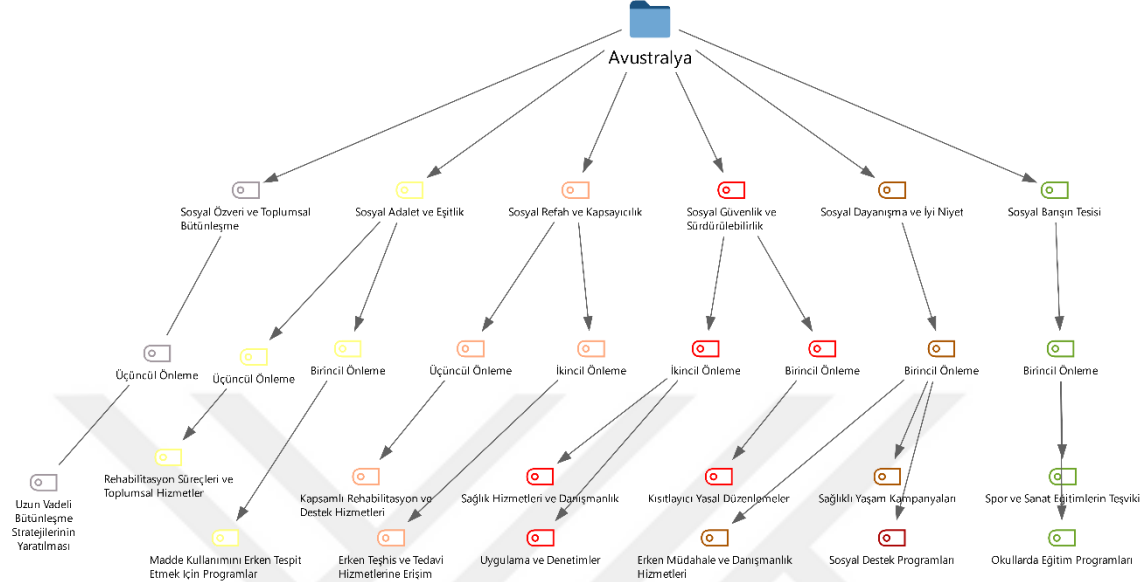
2009-2012 eylem stratejisi, 2005-2008 eylem stratejisiyle %75, 2013-2016 eylem stratejisiyle %81, 2018-2020 eylem stratejisiyle %77 ve 2021-2024 eylem stratejisiyle %75 oranında benzerlik taşımaktadır.

2013-2016 eylem stratejisi, 2009-2012 eylem stratejisiyle %81 ve 2018-2020 eylem stratejisiyle %79 oranında benzerlik göstermektedir. Bu, 2013-2016 eylem stratejisinin özellikle 2009-2012 ve 2018-2020 eylem stratejileriyle yüksek düzeyde benzerlik içermektedir.

2018-2020 eylem stratejisi ise 2005-2008 eylem stratejisiyle %77, 2009-2012 eylem stratejisiyle %77 ve 2013-2016 eylem stratejisiyle %79 oranında benzerlik göstermektedir. Bu yüksek benzerlik oranları, 2018-2020 eylem stratejisinin önceki üç eylem stratejisiyle büyük ölçüde örtüşmektedir. Son olarak, 2021-2024 eylem stratejisi, 2005-2008 eylem stratejisiyle %75 ve 2009-2012 eylem stratejisiyle %75 oranında benzerlik taşımaktadır.

Avustralya'ya İlişkin Bulgular

Avustralya'nın halkla ilişkiler odaklı uyguladığı sosyal politika stratejisi ve sağlık iletişiminin genel analizi şöyledir:

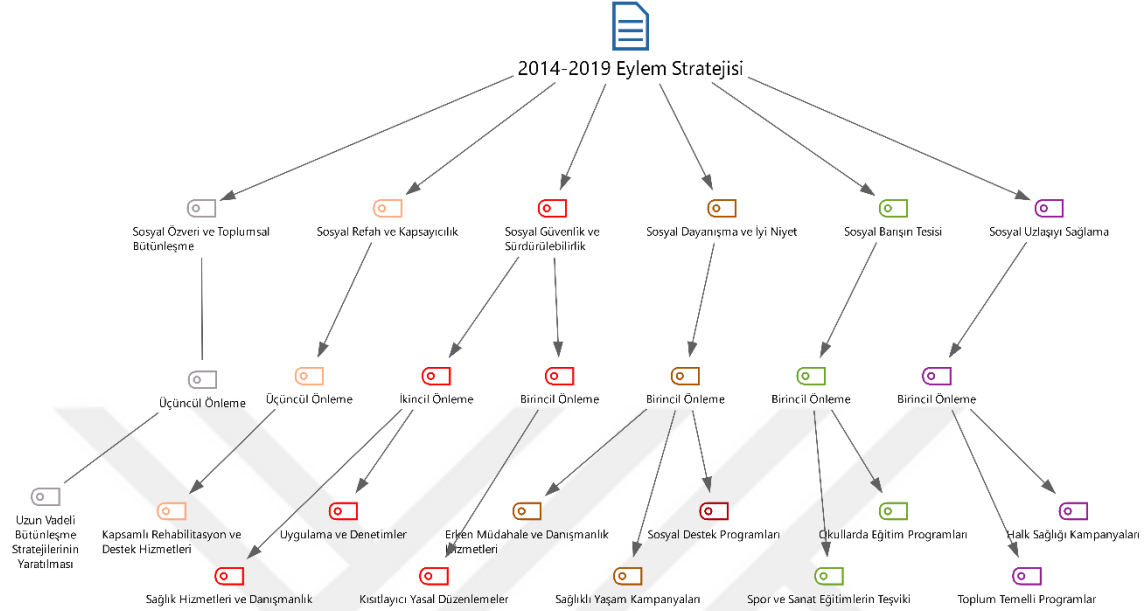


Şekil 43: Avustralya

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Avustralya temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Bu kategorinin ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık ve uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek

programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.

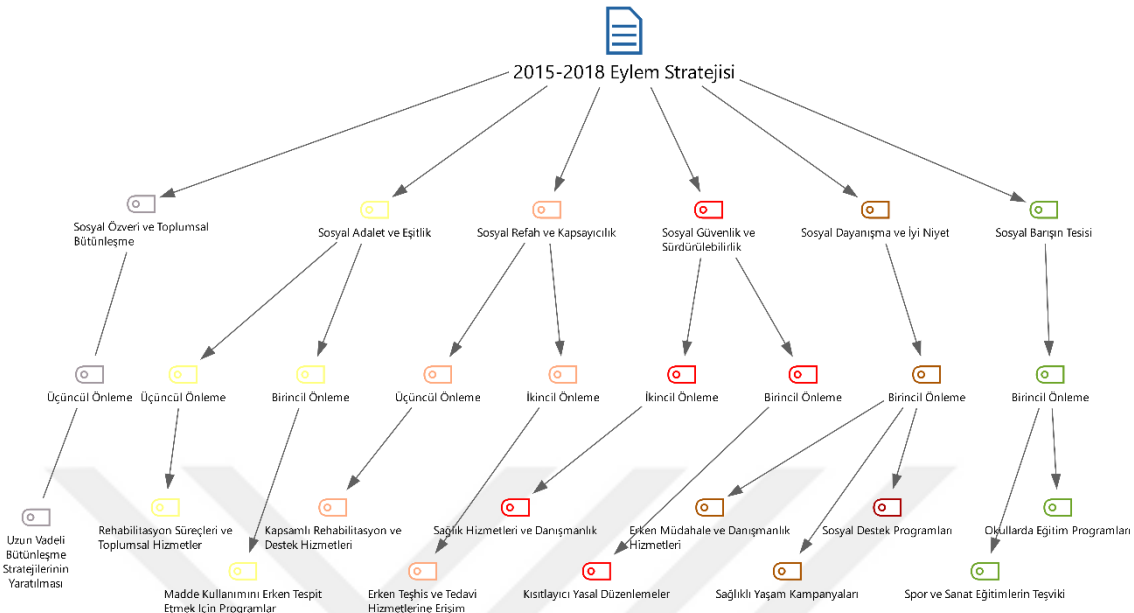


Şekil 44: 2014-2019 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2014-2019 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık, uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama

kategorisinde birincil önleme stratejisinde toplum temelli programlar ve halk sağlığı programları yer almaktadır.

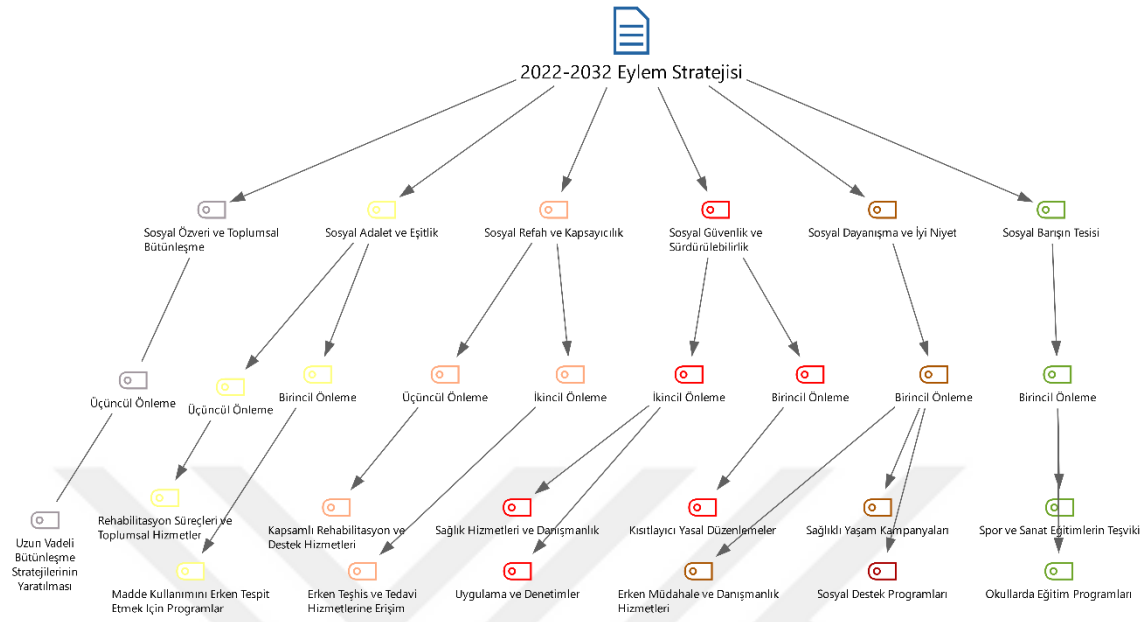


Şekil 45: 2015-2018 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2015-2018 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Bu kategorinin ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler yer almaktadır. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil

önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 46: 2022-2032 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2022-2032 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Bu kategorinin ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır.

Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu stratejinin ikincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık uygulamalarının yanısıra uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetlerine

ilaveten sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.

Belge adı	2014-2019 Eylem Stratejisi	2015-2018 Eylem Stratejisi	2022-2032 Eylem Stratejisi
Avustralya\2014-2019 Eylem Stratejisi	1,00	0,90	0,81
Avustralya\2015-2018 Eylem Stratejisi	0,90	1,00	0,88
Avustralya\2022-2032 Eylem Stratejisi	0,81	0,88	1,00

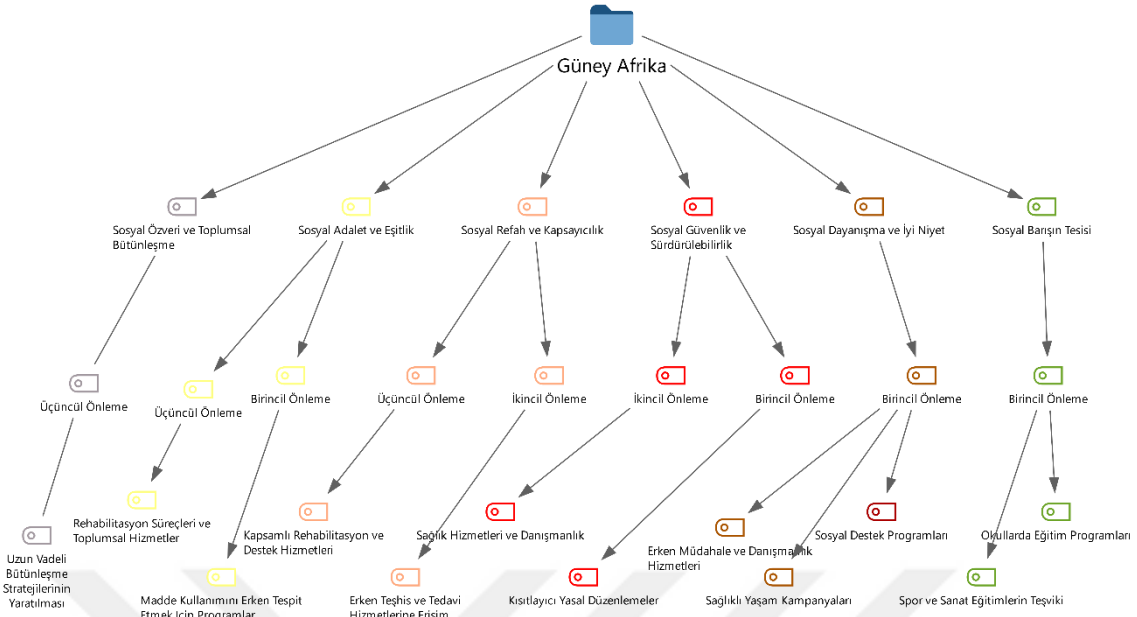
Tablo 5: Avustralya Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2014-2019 Eylem Stratejisi ile 2015-2018 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik %90 olarak belirlenmiştir. Bu yüksek benzerlik oranı, her iki dönemdeki stratejik hedeflerin ve politikaların büyük ölçüde benzer olduğunu göstermektedir. Öte yandan, 2014-2019 Eylem Stratejisi ile 2022-2032 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik %81'dir. Bu, daha yeni stratejinin önceki döneme göre bazı farklılıklar içerdiğini işaret etmektedir. 2015-2018 Eylem Stratejisi ile 2022-2032 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik ise %88'dir, bu da bu iki dönemin stratejik yaklaşımlarının birbirine oldukça yakın olduğunu göstermektedir.

Güney Afrika'ya İlişkin Bulgular

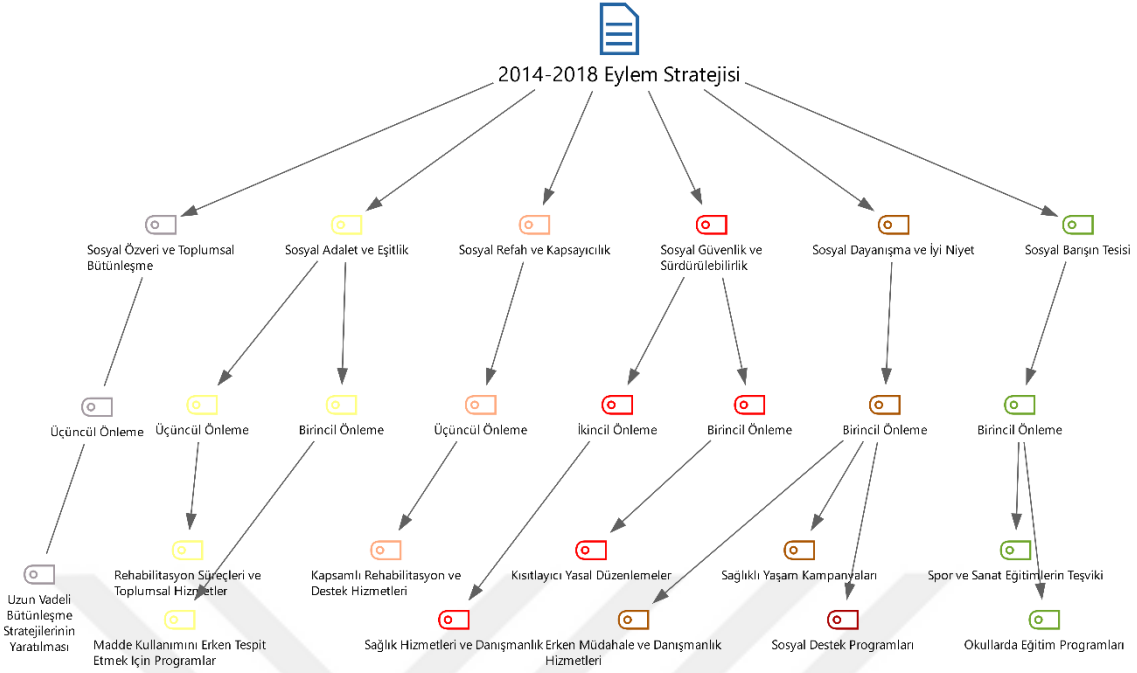
Güney Afrika'nın halkla ilişkiler odaklı uyguladığı sosyal politika stratejisi ve sağlık iletişiminin genel analizi şöyledir:



Şekil 47: Güney Afrika

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

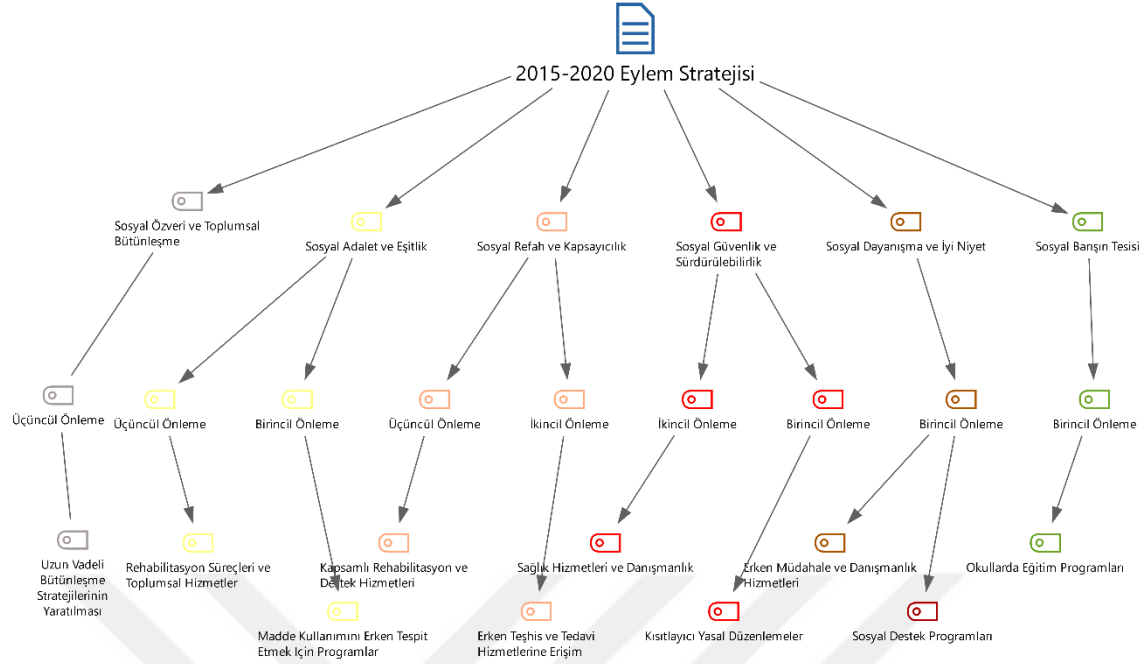
Güney Afrika temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Bu kategorinin ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu stratejinin ikincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 48: 2014-2018 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2014-2018 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık programları bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejisine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.

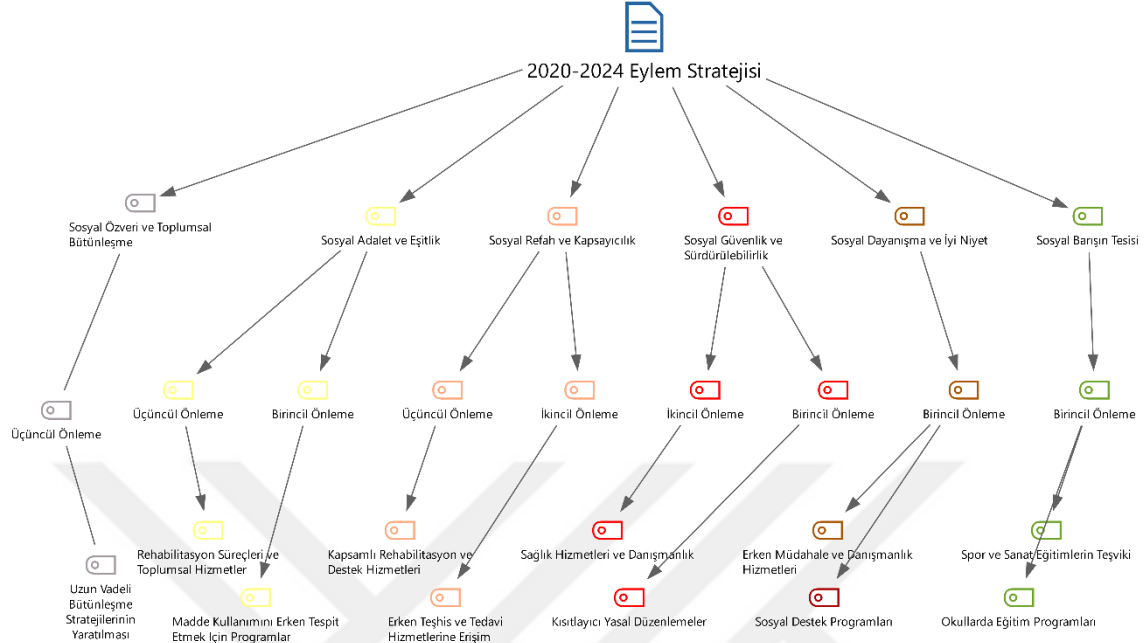


Şekil 49: 2015-2020 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2015-2020 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Bu kategorinin ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler, eğitim ve bilinçlendirme kampanyaları mevcuttur. Bu stratejinin ikincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık programları bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında erken müdahale ve danışmanlık hizmetlerine ilaveten sosyal destek programları yer

almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 50: 2020-2024 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2020-2024 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisine bağlı olarak madde kullanımını erken tespit etmek için programlar üçüncül önleme stratejinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleri yer almaktadır. Bu kategorinin ikincil önleme stratejinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim uygulaması bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. İkincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık programları bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sosyal destek programları ve erken müdahale ve

danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.

Belge adı	2014-2018 Eylem Stratejisi	2015-2020 Eylem Stratejisi	2020-2024 Eylem Stratejisi
Güney Afrika\2014-2018 Eylem Stratejisi	1,00	0,88	0,88
Güney Afrika\2015-2020 Eylem Stratejisi	0,88	1,00	0,96
Güney Afrika\2020-2024 Eylem Stratejisi	0,88	0,96	1,00

Tablo 6: Güney Afrika Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

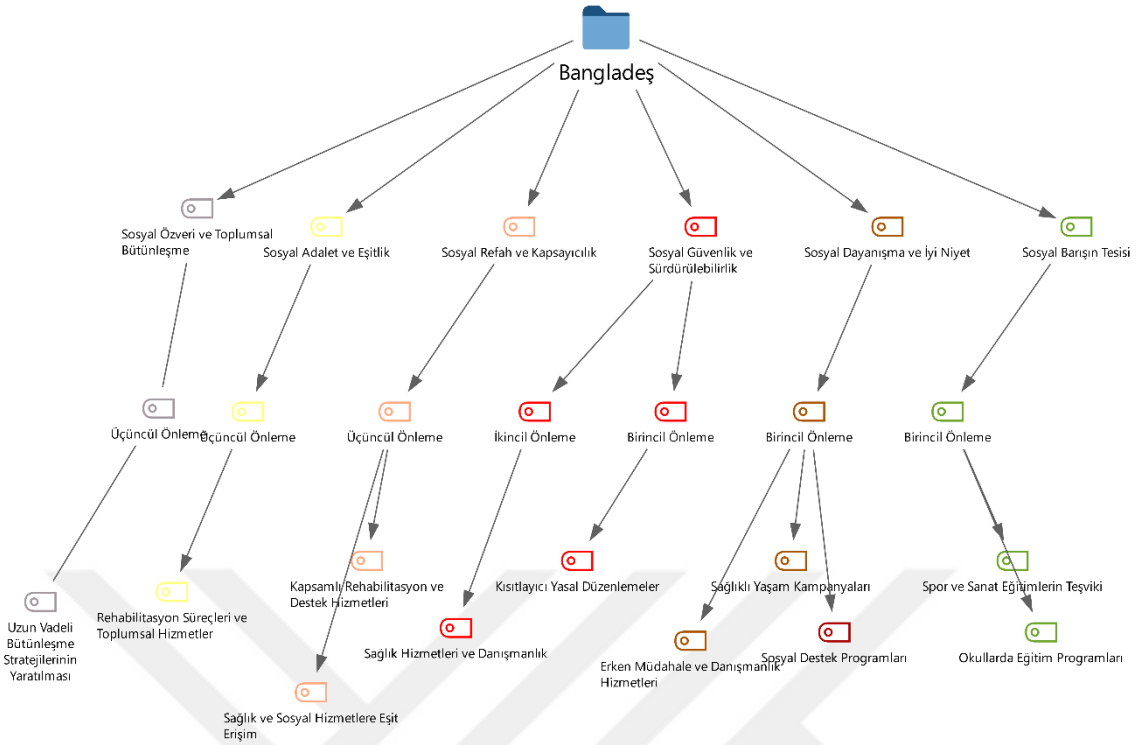
2014-2018 Eylem Stratejisi ile 2015-2020 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik %88'dir. Bu, iki strateji döneminin hedef ve politikalarının benzer olduğunu göstermektedir.

2014-2018 Eylem Stratejisi ile 2020-2024 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik de %88'dir. Bu oran, 2014-2018 dönemi stratejisinin büyük oranda devam ettiğini işaret etmektedir.

2015-2020 Eylem Stratejisi ile 2020-2024 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik %96'dır. Bu yüksek benzerlik oranı, iki strateji döneminin hedef ve politikalarının çok yakın olduğunu gösterir.

Bangladeş'e İlişkin Bulgular

Bangladeş'in halkla ilişkiler odaklı uyguladığı sosyal politika stratejisi ve sağlık iletişiminin genel analizi şöyledir:



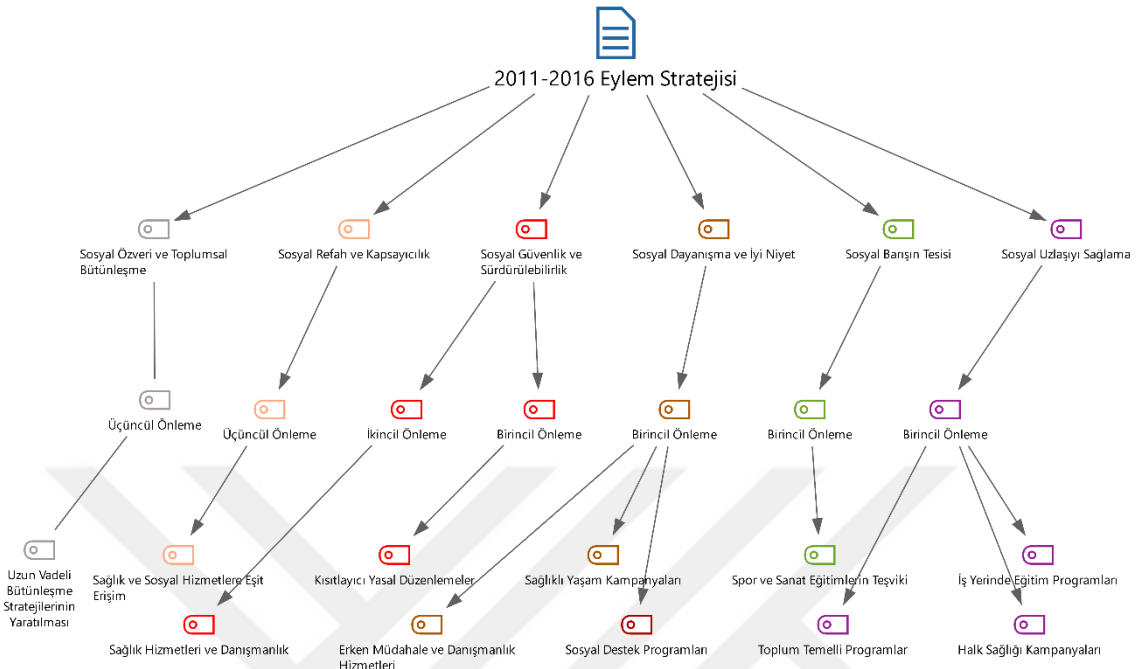
Şekil 51: Bangladeş

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Bangladeş temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde üçüncül önleme stratejisinde rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetler bulunmaktadır.

Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetlerinin yanısıra sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcutken ikincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal

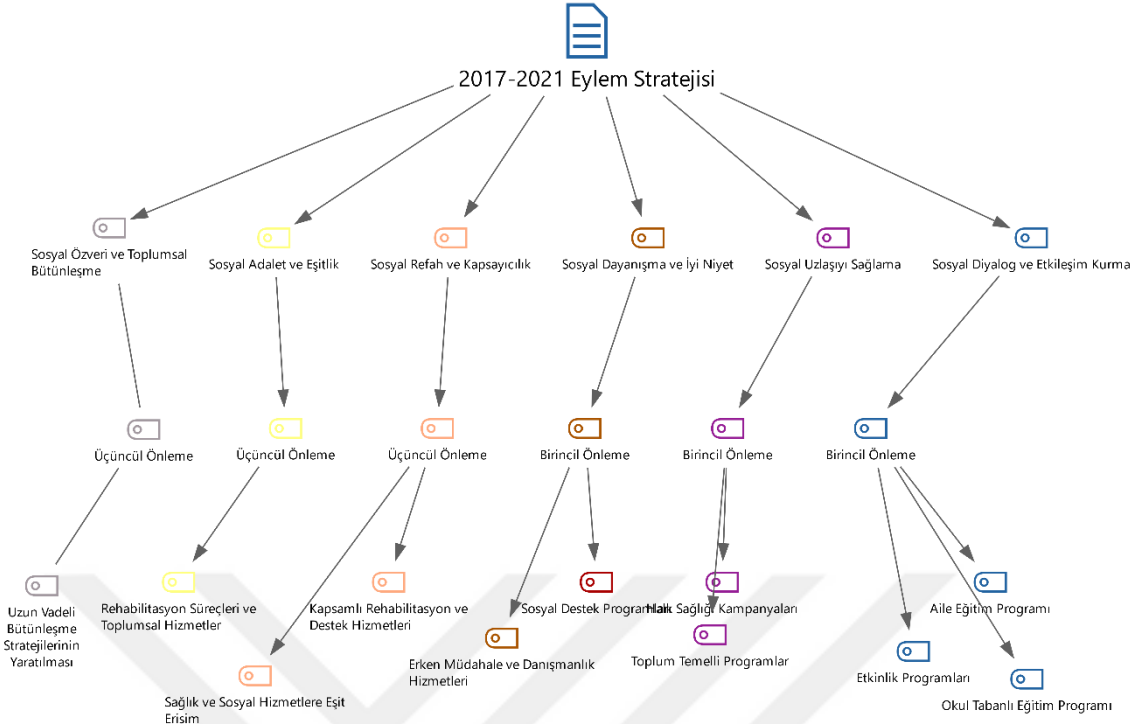
barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 52: 2011-2016 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2011-2016 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcutken ikincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık programları bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, sosyal destek programları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisinde toplum temelli programlar, halk sağlığı kampanyaları ve iş yerinde eğitim programları bulunmaktadır.

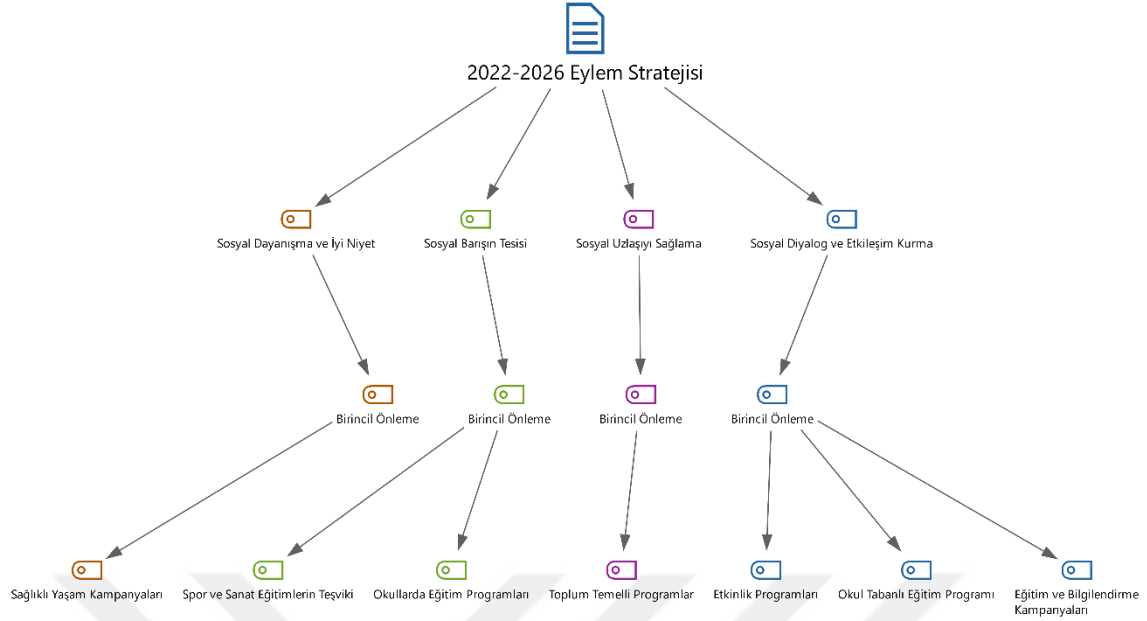


Şekil 53: 2022-2026 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2022-2026 eylem stratejisi temasında sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi, sosyal uzlaşmayı sağlama ve sosyal diyalog ve etkileşim kurma kategorileri bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında medya kampanyaları ve sosyal etkinlikler yer almaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik stratejisi içinde uygulanan üçüncül önleme stratejisiyse rehabilitasyon süreçleri ve toplumsal hizmetlerdir.

Sosyal refah ve kapsayıcılık stratejisinin üçüncül önleme stratejisiyse kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetlerinin yanısıra sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişimdir. Sosyal dayanışma ve iyi niyet stratejisinin birincil önleme adımında sosyal destek programlarına ilaveten erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama uygulamasının birincil önleme stratejisinde halk sağlığı kampanyaları ve toplum temelli programlar yer almaktadır. Sosyal diyalog ve etkileşim kurma stratejisinin birincil önleme adımında aile eğitim programları, etkinlik programları, okul tabanlı programlar yer almaktadır.



Şekil 54: 2022-2026 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2022-2026 eylem stratejisi temasında sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi, sosyal uzlaşmayı sağlama ve sosyal diyalog ve etkileşim kurma kategorileri bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki, okullarda eğitim programları yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisinde toplum temelli programlar bulunmaktadır. Sosyal diyalog ve etkileşim kurma kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında okul tabanlı eğitim programı, eğitim ve bilgilendirme kampanyalarına ek olarak etkinlik programları yer almaktadır.

Belge adı	2011-2016 Eylem Stratejisi	2017-2021 Eylem Stratejisi	2022-2026 Eylem Stratejisi
Bangladeş\2011-2016 Eylem Stratejisi	1,00	0,77	0,71
Bangladeş\2017-2021 Eylem Stratejisi	0,77	1,00	0,65
Bangladeş\2022-2026 Eylem Stratejisi	0,71	0,65	1,00

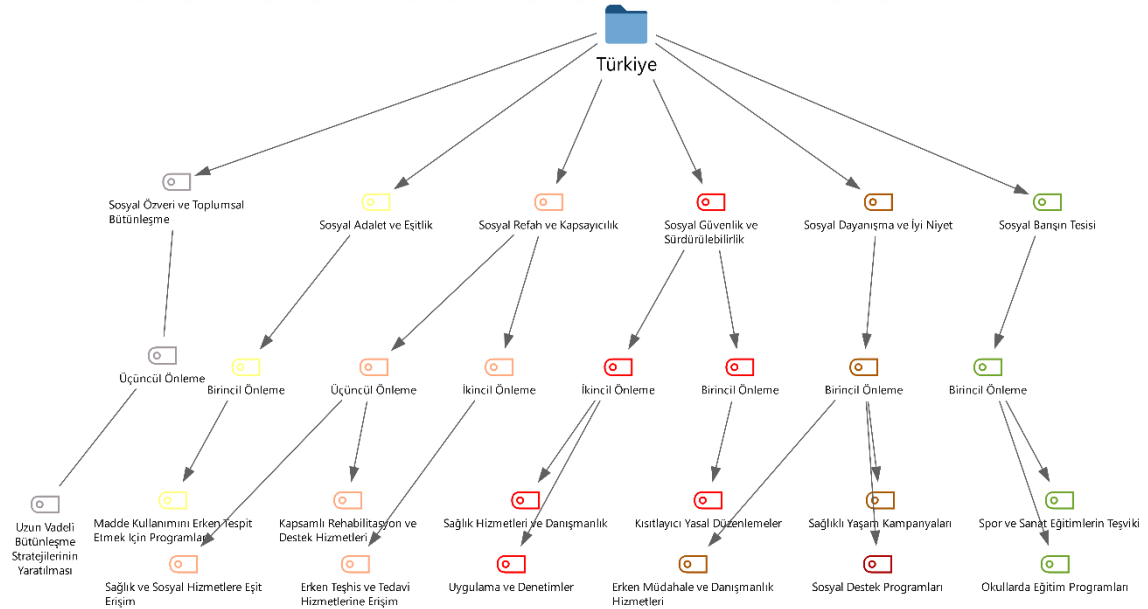
Tablo 7: Bangladeş Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2011-2016 Eylem Stratejisi ile 2017-2021 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik %77'dir. Bu oran, iki strateji döneminin hedef ve politikalarının benzer olduğunu göstermektedir. 2011-2016 Eylem Stratejisi ile 2022-2026 Eylem Stratejisi arasındaki benzerlik %71'dir, bu da stratejilerin zamanla değiştiğini göstermektedir. En düşük benzerlik ise %65 ile 2017-2021 ve 2022-2026 stratejileri arasındadır. Bu iki dönem arasındaki stratejik hedef ve politikaların farklılaştığı görülmektedir.

Türkiye'ye İlişkin Bulgular

Türkiye'nin halkla ilişkiler odaklı uyguladığı sosyal politika stratejisi ve sağlık iletişiminin genel analizi şöyledir:

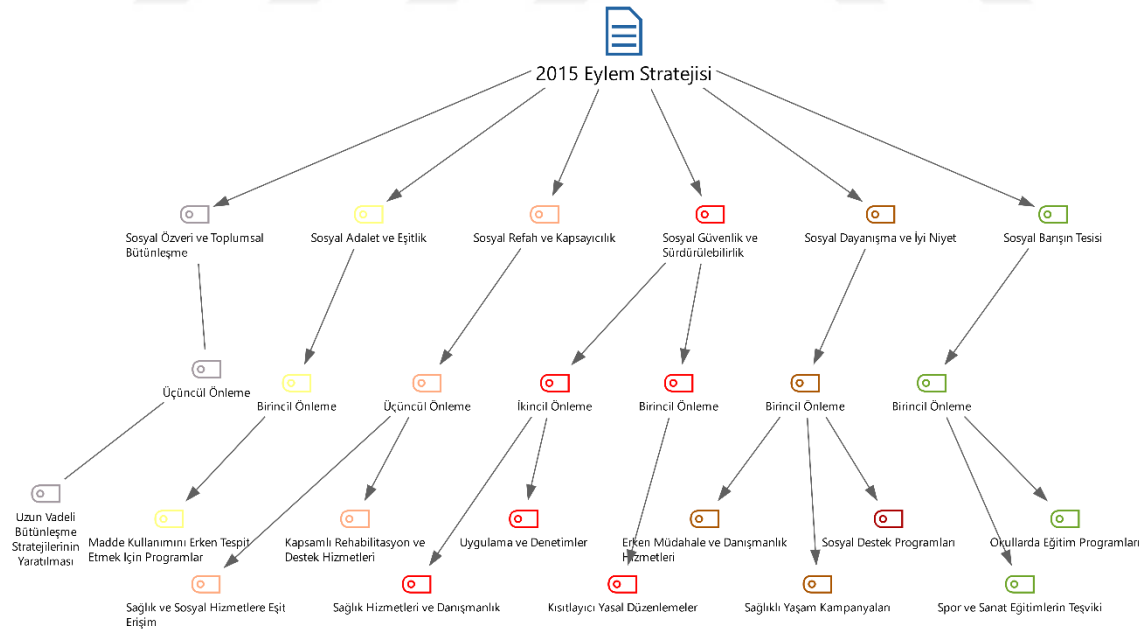


Şekil 55: Türkiye

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Türkiye temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet

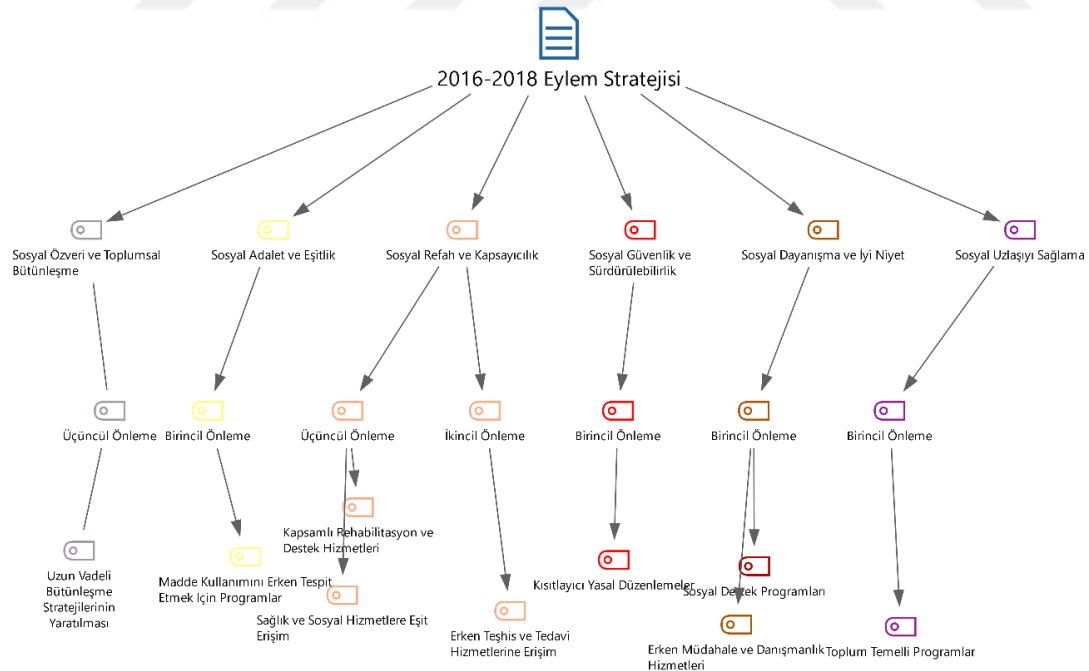
ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisinde madde kullanımını erken tespit etmek için programlar bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetleriyle birlikte sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim, ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu stratejinin ikincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlığın yanısıra uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 56: 2015 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

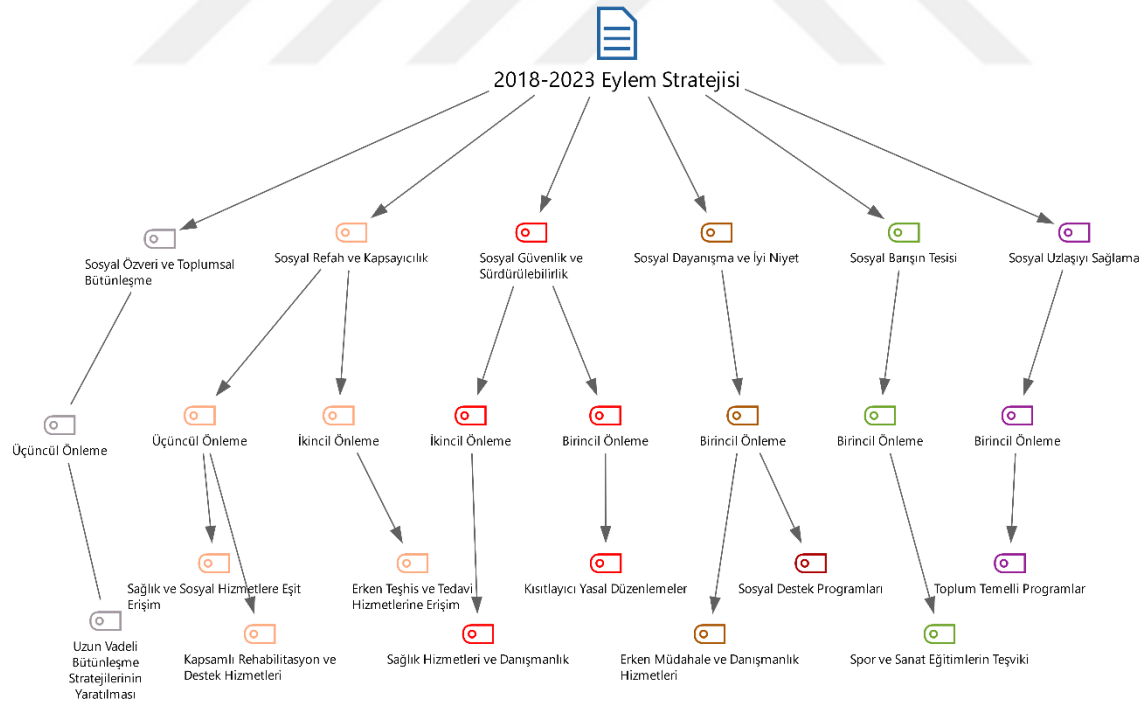
2015 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal barışın tesisi kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisinde madde kullanımını erken tespit etmek için programlar bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetlerine ilaveten sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu stratejinin ikincil önleme adımı kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlığın yanısıra uygulama ve denetimler bulunmaktadır. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam kampanyaları, erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki ve okullarda eğitim programları yer almaktadır.



Şekil 57: 2016-2018 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2016-2018 eylem stratejisi temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal adalet ve eşitlik, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal adalet ve eşitlik kategorisinde birincil önleme stratejisinde madde kullanımını erken tespit etmek için programlar bulunmaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetlerinin yanısıra sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim, ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal destek uygulamaları yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında toplum temelli programlar bulunmaktadır.



Şekil 58: 2018-2023 Eylem Stratejisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Türkiye temasında sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme, sosyal refah ve kapsayıcılık, sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik, sosyal dayanışma ve iyi niyet, sosyal barışın tesisi ve sosyal uzlaşmayı sağlama kategorileri bulunmaktadır. Sosyal özveri ve toplumsal bütünleşme kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında uzun vadeli bütünleşme stratejilerinin yaratılması yer almaktadır. Bu stratejisi ise sosyal hizmet stratejilerini, işbirliği stratejilerini ve işgücüne katılım stratejilerini kapsamaktadır. Sosyal refah ve kapsayıcılık kategorisinde üçüncül önleme stratejisi kapsamında kapsamlı rehabilitasyon ve destek hizmetlerinin yanısıra sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişim, ikincil önleme stratejisinde ise erken teşhis ve tedavi hizmetlerine erişim yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sürdürülebilirlik kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında kısıtlayıcı yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu stratejinin ikincil önleme stratejisi kapsamında da sağlık hizmetleri ve danışmanlık bulunmaktadır.

Sosyal dayanışma ve iyi niyet kategorisinde birincil stratejisi kapsamında erken müdahale ve danışmanlık hizmetlerine ek olarak sosyal destek programları yer almaktadır. Sosyal barışın tesisi kategorisinde ise birincil önleme stratejine bağlı olarak spor ve sanat eğitimlerinin teşviki yer almaktadır. Sosyal uzlaşmayı sağlama kategorisinde birincil önleme stratejisi kapsamında toplum temelli programlar bulunmaktadır.

Belge adı	2016-2018 Eylem Stratejisi	2018-2023 Eylem Stratejisi	2015 Eylem Stratejisi
Türkiye\2016-2018 Eylem Stratejisi	1,00	0,94	0,85
Türkiye\2018-2023 Eylem Stratejisi	0,94	1,00	0,88
Türkiye\2015 Eylem Stratejisi	0,85	0,88	1,00

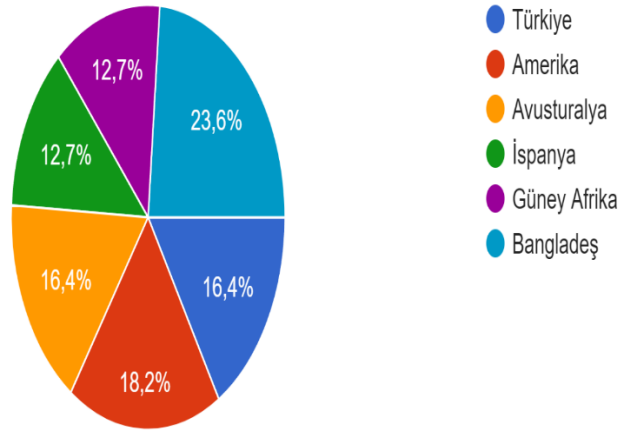
Tablo 8: Türkiye Eylem Stratejisi Benzerlik Matrisi

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

2016-2018 ve 2018-2023 eylem stratejileri arasındaki benzerlik 0.94 olarak oldukça yüksektir, bu da bu iki stratejinin tutarlı olduğunu göstermektedir.

2015 eylem stratejisi ile diğer iki strateji arasındaki benzerlik de 0.85 ile 0.88 arasında değişmektedir. Bu, 2015 stratejisinin diğerleriyle de tutarlılık gösterdiğine işaret etmektedir.

Nicel Analiz Bulguları

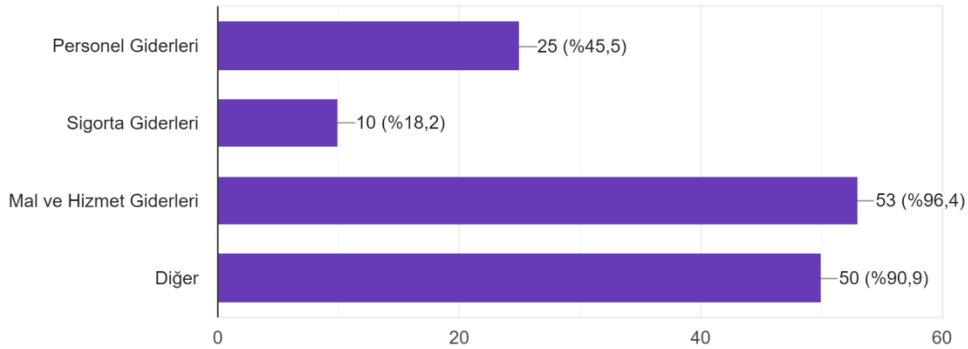


Grafik 1: Raporların Ükelere Göre Dağılımı

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkelerin madde bağımlılığı ile mücadeleye yönelik performans göstergelerini ortaya koyan raporların dağılım oranları şöyledir: Türkiye %16,4, Amerika %18,2, Avusturya %16,4, İspanya %12,7, Güney Afrika %12,7, Bangladeş %23,6'dır.

Bütçeye Dahil Edilen Kalemler
55 yanıt



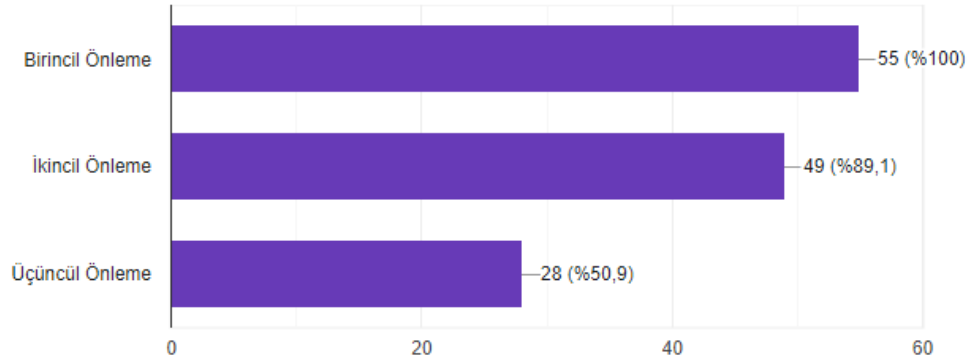
Grafik 2: Bütçeye Dahil Edilen Kalemler

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkelerin madde bağımlılığı ile mücadeleye yönelik bütçelerini oluşturan kalemlerin dağılımı; personel giderleri, sigorta giderleri, mal ve hizmet alımları ile diğer giderlerdir.

Önleme Politikaları Türleri

55 yanıt



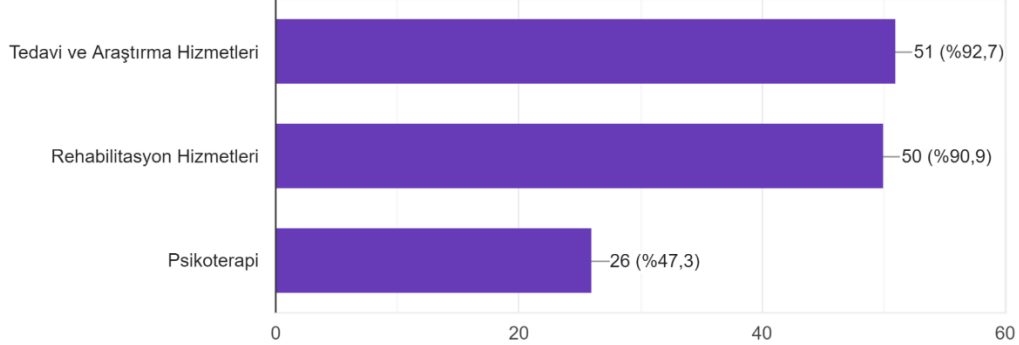
Grafik 3: Önleme Politikaları Türleri

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkelerin performans raporlarındaki önleme politikaları; birincil önleme, ikincil önleme ve üçüncül önlemedir.

Performans Göstergeleri

55 yanıt



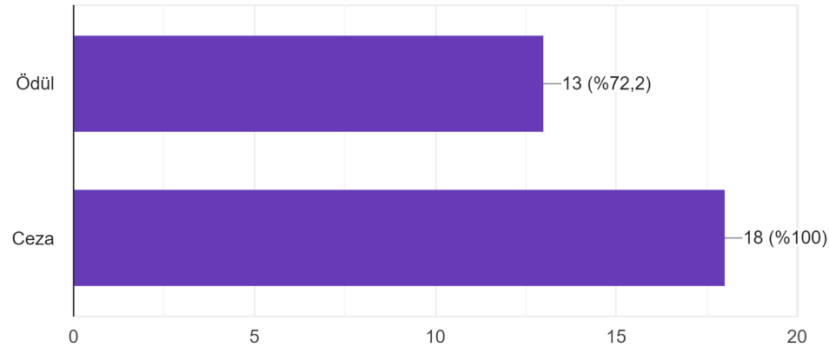
Grafik 4: Performans Göstergeleri

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler, madde bağımlılığıyla mücadelede performans göstergesi olarak tedavi ve araştırma hizmetlerini, rehabilitasyon hizmetlerini ve psikoterapiyi saymaktadır.

Başarı Performansını Etkileyen Bireylere Yönelik Tutum

18 yanıt



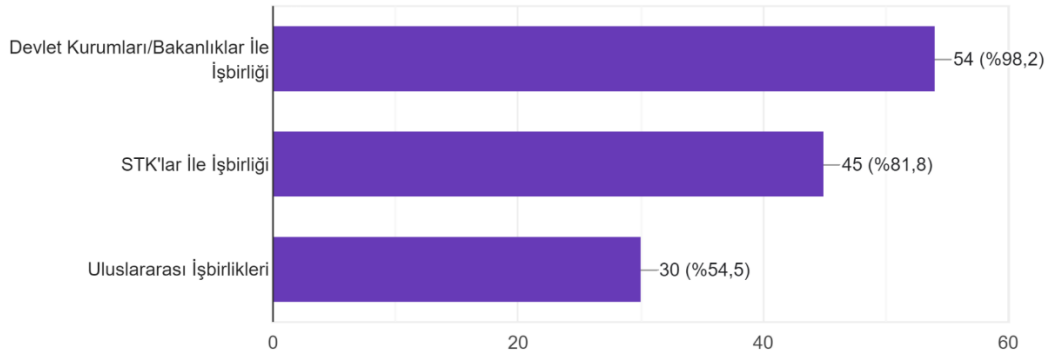
Grafik 5: Başarı Performansını Etkileyen Bireylere Yönelik Tutum

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler, madde bağımlılığıyla mücadelede başarı performans göstergesi olarak ödül-ceza sistemini kullanmaktadır.

İş Birlikleri

55 yanıt

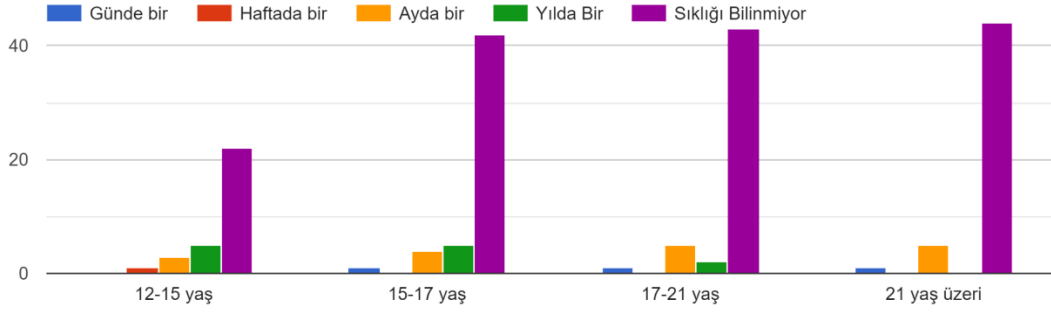


Grafik 6: İş Birlikleri

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler, madde bağımlılığıyla mücadelede kurdukları iş birliklerini devlet kurumları/bakanlıklarla işbirliği, sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği ve uluslararası işbirliği şeklinde sınıflandırmaktadır.

Kullanım Yaş ve Sıklıkları

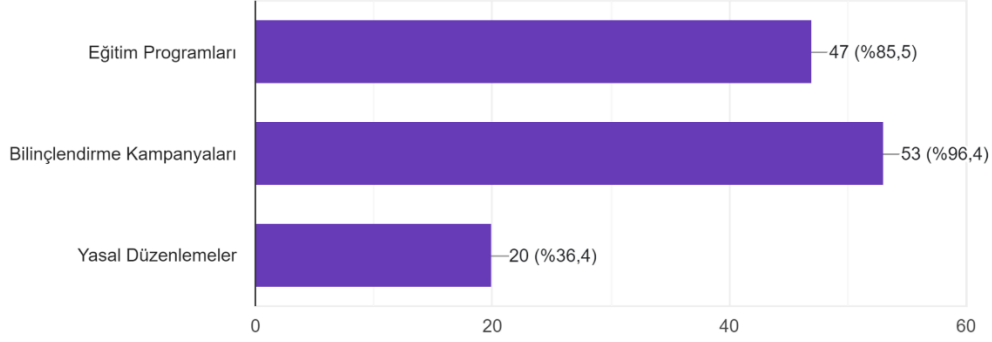


Grafik 7: Kullanım Yaş Ve Sıklıkları

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler, madde bağımlılığıyla mücadele performans raporlarında madde kullanım yaş ve sıklıklarını şu şekilde belirtmektedir: 12-15 yaş arası madde kullanım sıklığı haftada bir, ayda bir ve yılda bir olup, bu yaş grubunda kullanım sıklığı %20'nin altındadır. Ancak, bu yaş aralığında madde kullanım sıklığının bilinmediği durumlar %20'yi aşmaktadır. 15-17 yaş aralığı için madde kullanım sıklığı günde bir, ayda bir ve yılda bir olarak %20'nin altındayken, kullanım sıklığının bilinmediği durumlar %40'ı geçmektedir. 17-21 yaş grubunda da benzer şekilde, kullanım sıklığı günde bir, ayda bir ve yılda birken %20 altında kalırken, bilinmeyen durumlar %40 oranını bulmaktadır. 21 yaş ve üzerindeki bireylerde ise madde kullanım sıklığı günde bir, ayda birken %20'nin altında olup, bilinmeyen durumlar %40'ı aşmaktadır.

Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler
55 yanıt

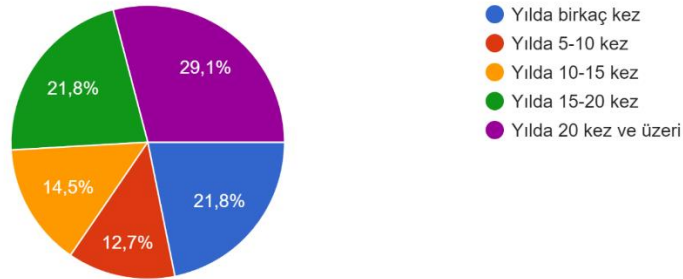


Grafik 8: Önleme Ve Tedaviye Yönelik Giderler

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler, madde bağımlılığıyla mücadelede önlemeye ve tedaviye yönelik giderlerini eğitim programları, bilinçlendirme kampanyaları ve yasal düzenlemelerle oluşturmaktadır.

Kampanyaların Sıklığı
55 yanıt



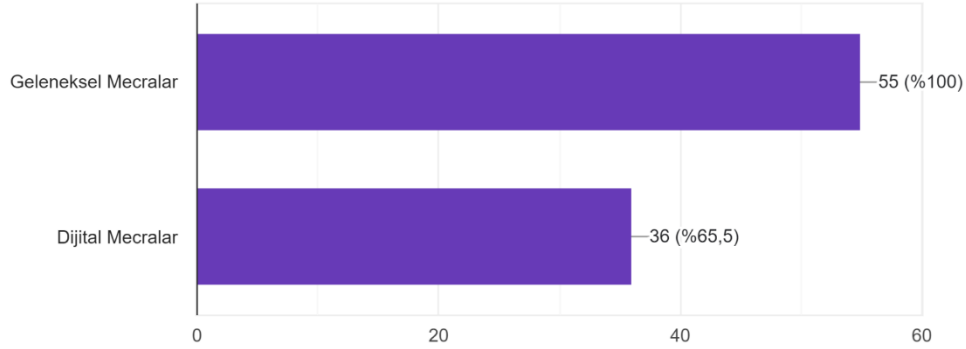
Grafik 9: Kampanyaların Sıklığı

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkelerin, madde bağımlılığıyla mücadelede kampanya kullanma sıklığı yılda birkaç kez %21,8, yılda 5-10 kez %12,7, yılda 10-15 kez %14,5, yılda 15-20 kez %21,8, yılda 20 kez ve üzeri %29,1'dir.

Kampanyaların Uygulandığı Mecralar

55 yanıt



Grafik 10: Kampanyaların Uygulandığı Mecralar

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede kullandığı kampanya mecraları geleneksel ve dijital mecralardır.

Ülkeler	Ülke Genelinde Kullanım Yüzdesi									Pearson Chi-Square	df	Asymptotic Significanc e (2-sided)
	Bilinmiyor	%10-%20	%20-%30	%30-%40	%40-%50	%50 üzeri	%1-%10	Toplam				
Türkiye	0	2	1	1	1	1	3	9	86,674 ^a	30	,000	
Amerika	0	1	3	5	0	1	0	10				
Avusturalya	9	0	0	0	0	0	0	9				
İspanya	4	1	2	0	0	0	0	7				
Güney Afrika	7	0	0	0	0	0	0	7				
Bangladeş	3	0	1	1	0	8	0	13				
Total	23	4	7	7	1	10	3	55				

Tablo 9: Ülkeler ile Ülke Genelinde Madde Kullanım Yüzdesi Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler ile ülke genelinde madde kullanım yüzdesi karşılaştırıldığında Türkiye'deki kullanıcıların dağılımı daha dengeli bir yapıya sahip görülmektedir, en fazla kullanıcı %1-%10 ve %10-%20 aralığındadır. Amerika'da kullanıcıların çoğunluğu %30-%40 aralığında yer almaktadır. Bangladeş'te kullanıcıların büyük çoğunluğu %50 üzerindeyken Avustralya'da, İspanya'da ve Güney Afrika'da kullanıcıların oranı bilinmemektedir.

Tarihler	Ülke Geneline Kullanım Yüzdesi										
	Bilinmiyor	%10-%20	%20-%30	%30-%40	%40-%50	%50 üzeri	%1-%10	Toplam	Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significanc e (2-sided)
2010-2014	1	0	0	0	0	3	0	4	40,120 ^a	18	,002
2014-2018	6	3	1	2	1	6	0	19			
2018-2022	11	1	6	3	0	1	0	22			
2022-2026	5	0	0	2	0	0	3	10			
Total	23	4	7	7	1	10	3	55			

Tablo 10: Rapor Tarihleri ile Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi Karşılaştırması
Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Raporların tarihleri ile ülke genelinde madde kullanım yüzdesi karşılaştırıldığında, rapor tarihleri boyunca ülkelerdeki madde kullanım yüzdelerinin değiştiği ve bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Raporlara bakıldığında %50 üzeri kullanım oranı 2014-2018 döneminde oldukça yüksektir, diğer dönemlerde ise bu oran daha düşüktür.

	Değer		Kayıp/Bilinmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
12-15 yaş	31	56,4%	24	43,6%	55	100,0%
15-17 yaş	50	90,9%	5	9,1%	55	100,0%
17-21 yaş	49	89,1%	6	10,9%	55	100,0%
21 yaş üzeri	48	87,3%	7	12,7%	55	100,0%

Tablo 11: Ülkeler Geneline Madde Kullanım Yaşları

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler geneline madde kullanım yaşları incelendiğinde 12-15 yaş aralığında madde kullanım oranı en düşük seviyededir ve kayıp/bilinmeyen veri oranı yüksektir. Dolayısıyla, küçük yaş gruplarında madde kullanımının daha az bildirildiği söylenebilir. 15-21 yaş aralığına gelindiğinde ise madde kullanım oranları oldukça yüksek, kayıp/bilinmeyen veri oranları ise düşüktür. 21 yaş ve üzerinde madde kullanım oranı düşüş göstermektedir. Bu veriler, genç yaş gruplarında madde kullanımının daha düşük olduğunu, ancak ergenlik döneminde ve genç yetişkinlikte madde kullanımının önemli

ölçüde arttığını göstermektedir. Ayrıca, veri eksikliğinin özellikle en genç yaş grubunda daha yaygın olduğu görülmektedir.

Ülkeler	12-15 yaş						Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
	Günde bir	Haftada bir	Ayda bir	Yılda bir	Sıklığı bilinmiyor	Toplam			
Amerika	0	1	3	0	4	8	32,812 ^a	9	,000
Avusturalya	0	0	0	0	9	9			
İspanya	0	0	0	5	2	7			
Güney Afrika	0	0	0	0	7	7			
Total	0	1	3	5	22	31			

Tablo 12: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş Ve Sıklıkları [12-15 Yaş] Karşılaştırması
Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

12-15 yaş grubunda madde kullanım oranı genel olarak kayıp veridir; Amerika’da diğer ülkelere oranla bu yaş grubunun madde kullanım sıklığı ortadadır (n=3; ayda bir).

Ülkeler	15-17 yaş						Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
	Günde bir	Haftada bir	Ayda bir	Yılda bir	Sıklığı bilinmiyor	Toplam			
Türkiye	0	0	0	0	9	9	56,533 ^a	10	,000
Amerika	0	0	4	0	4	8			
Avusturalya	0	0	0	0	9	9			
İspanya	0	0	0	5	2	7			
Güney Afrika	0	0	0	0	7	7			
Bangladeş	0	0	0	0	10	10			
Total	0	0	4	5	41	50			

Tablo 13: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş Ve Sıklıkları [15-17 Yaş] Karşılaştırması
Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

15-17 yaş grubunda madde kullanım oranı genel olarak kayıp veridir; Amerika’da diğer ülkelere oranla bu yaş grubunun madde kullanım sıklığı ortadadır (n=4; ayda bir).

Ülkeler	17-21 yaş						Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
	Günde bir	Haftada bir	Ayda bir	Yılda bir	Sıklığı biliniyor	Toplam			
Türkiye	0	0	0	0	9	9	29,911 ^a	10	,001
Amerika	0	0	2	0	4	6			
Avusturalya	0	0	0	0	9	9			
İspanya	0	0	3	2	2	7			
Güney Afrika	0	0	0	0	7	7			
Bangladeş	0	0	0	0	11	11			
Total	0	0	5	2	42	49			

Tablo 14: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları [17-21 Yaş] Karşılaştırması
Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

17-21 yaş grubunda madde kullanım oranı genel olarak kayıp veridir. Diğer yandan İspanya (n=3; ayda bir) ve Amerika (n=2; ayda bir)'da diğer ülkelere oranla bu yaş grubunun madde kullanım sıklığı ortadadır.

Ülkeler	21 yaş üzeri						Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
	Günde bir	Haftada bir	Ayda bir	Yılda bir	Sıklığı biliniyor	Toplam			
Türkiye	0	0	0	0	9	9	32,691 ^a	5	,000
Amerika	0	0	0	0	4	4			
Avusturalya	0	0	0	0	9	9			
İspanya	0	0	5	0	2	7			
Güney Afrika	0	0	0	0	7	7			
Bangladeş	0	0	0	0	12	12			
Total	0	0	5	0	43	48			

Tablo 15: Ülkeler ile Madde Kullanım Yaş Ve Sıklıkları [21 Yaş Üzeri] Karşılaştırması
Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

21 yaş üzeri madde kullanım oranı genel olarak kayıp veridir ve İspanya'da diğer ülkelere oranla bu yaş grubunun madde kullanım sıklığı ortadadır.

Ülkeler	Bütçeye Dahil Edilen Kalemler						
	Personel Giderleri	Sigorta Giderleri	Mal ve Hizmet Giderleri	Diğer	Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Türkiye	4	4	5	9	55,399 ^a	15	,000
Amerika	4	4	3	10			
Avusturalya	1	1	8	8			
İspanya	3	0	7	7			
Güney Afrika	0	0	7	3			
Bangladeş	13	1	13	13			

Tablo 16: Ülkeler ile Bütçeye Dahil Edilen Kalemlerin Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Bütçeye dahil edilen kalemler arasında "Mal ve Hizmet Giderleri" en çok tercih edilen kalemdir. "Sigorta Giderleri" ise en az tercih edilen kalemdir. Bütçede yer alan kalemlerin dağılımı ülkeden ülkeye büyük farklılık göstermektedir. Bangladeş, özellikle personel ve mal hizmet giderlerinde diğer ülkelere göre daha fazla bütçe ayırmıştır. Güney Afrika, sigorta ve personel giderleri gibi bazı kalemlere bütçe ayırmamıştır. Türkiye ve Amerika, sigorta giderleri konusunda benzer bütçeler ayırırken, diğer kalemlerde farklılıklar göstermektedir.

Ülkeler	Ayrılan Toplam Bütçe											
	Bütçe Bilinmiy or	500.00 0 birim altı	500.000 - 1.000.00 0 birim	1.000.000 - 25.000.00 0 birim	25.000.00 0- 50.000.00 0 birim	50.000.00 0- 250.000.0 00 birim	1.000.000.00 0- 5.000.000.00 0 birim	5.000.000.0 00 ve üzeri	Topla m	Pearson Chi- Square Değeri	df	Asymptoti c Significan ce (2- sided)
Türkiye	0	0	0	2	1	1	3	2	9	140,76 2 ^a	3 5	,000
Amerika	0	1	0	5	4	0	0	0	10			
Avustural ya	9	0	0	0	0	0	0	0	9			
İspanya	1	0	0	0	0	0	1	5	7			
Güney Afrika	0	7	0	0	0	0	0	0	7			
Bangladeş	11	0	1	0	0	1	0	0	13			
Total	21	8	1	7	5	2	4	7	55			

Tablo 17: Ülkeler İle Madde Bağımlılığı İle Mücadeleye Ayrılan Bütçenin Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkelerin madde bağımlılığı ile mücadeleye ayırdıkları bütçeler karşılaştırıldığında bütçesinden en büyük payı İspanya, en küçük payı ise Güney Afrika ayırmaktadır. Sonuç olarak ülkeler arasında bütçelerin nasıl ayrıldığında belirgin farklılıklar olduğunu ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<,000$) görülmektedir. Bu farklılıklar, ülkelerin ekonomik durumu, bütçe politikaları ve önceliklerine göre değişebilir.

Ülkeler	Önleme politikaları					
	Birincil Önleme	İkincil Önleme	Üçüncül önleme dahil hepsi	Pearson Chi- Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Türkiye	9	9	0	47,969 ^a	5	,000
Amerika	1	1	9			
Avusturalya	9	3	0			
İspanya	1	1	6			
Güney Afrika	7	7	0			
Bangladeş	0	0	13			

Tablo 18: Ülkelerin Önleme Politikaları Bakımından Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler arasında önleme politikalarının dağılımı önemli farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkeler birincil ve ikincil önlemlere, bazıları ise üçüncül önlemlere daha fazla ağırlık vermektedir. Türkiye ve Avustralya'da birincil önlemler daha öne çıkmaktadır. Bangladeş de üçüncül önleme dahil önleme politikalarının hepsi yer almaktadır. Amerika ve İspanya'da ise üçüncül önlemler daha belirgin bir şekilde uygulanmaktadır.

Ülkeler	Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler						
	Eğitim Programları	Kampanyalar	Bilinçlendirme	Düzenleme	Hepsi	Pearson Chi-Square Değeri	Asymptotic Significance (2-sided)
Türkiye	6	2	0	1	50,107 ^a	10	,000
Amerika	6	4	0	0			
Avusturalya	8	1	1	0			
İspanya	2	1	1	4			
Güney Afrika	7	0	0	0			
Bangladeş	0	0	0	13			

Tablo 19: Ülkeler ile Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler arasında madde bağımlılığı önleme politikalarına ayrılan bütçe kalemleri ve dağılımı önemli ölçüde farklılık göstermektedir.

Avusturalya, Güney Afrika, Türkiye ve Amerika eğitim programlarına odaklanırken Bangladeş ve İspanya hepsine özen göstermektedir.

Ülkeler	Önleyici Uygulamaların Performans Göstergeleri						
	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri	Rehabilitasyon Hizmetleri	Psikoterapi	Hepsi	Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Türkiye	9	9	0	0	26,057 ^a	10	,004
Amerika	4	1	1	5			
Avusturalya	7	2	0	0			
İspanya	2	0	0	5			
Güney Afrika	2	0	2	5			
Bangladeş	5	0	0	8			

Tablo 20: Ülkeler ile Önleyici Uygulamaların Performans Göstergeleri Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler arasında madde bağımlılığı önleme politikalarına ayrılan performans göstergeleri önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Türkiye'de, Avusturalya'da ve Bangladeş'de tedavi ve araştırma ve rehabilitasyon hizmetlerine ağırlık verilmişken psikoterapi gibi alanlara bütçe ayrılmamış gibi görünmektedir. Amerika, İspanya ve Güney Afrika ise tedavi ve araştırma hizmetleri, psikoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine dengeli bir şekilde bütçe ayırmaktadır.

Ülkeler	Başarı Performansını Etkileyen Bireylere Yönelik Tutum					
	Ödül	Ceza	Toplam	Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Türkiye	0	0	0	64,872 ^a	10	,000
Amerika	0	0	0			
Avusturalya	0	0	0			
İspanya	0	0	0			
Güney Afrika	7	0	7			
Bangladeş	8	5	13			
Toplam	15	5	20			

Tablo 21: Ülkeler ile Başarı Performansını Etkileyen Bireylere Yönelik Tutumlar Arasında Karşılaştırma

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Madde bağımlılığıyla mücadelede başarı performansını etkileyen bireylere yönelik ödül ve ceza uygulaması sadece iki ülkede görülmektedir; Güney Afrika ve Bangladeş. Güney Afrika'da yalnızca ödül verilirken Bangladeş'te ise ödül ve ceza uygulamaları bir arada görülmektedir.

Ülkeler	İş Birlikleri					
	Devlet Kurumları/ Bakanlıklar ile İşbirliği	STK'lar ile İşbirliği	Uluslararası İşbirlikleri	Hepsi	Pearson Chi-Square Değeri	Asymptotic Significance e (2-sided)
Türkiye	9	5	4	4	41,313 ^a	10
Amerika	9	4	2	0		
Avusturalya	8	8	0	0		
İspanya	7	7	4	4		
Güney Afrika	7	7	7	7		
Bangladeş	12	13	13	12		

Tablo 22: Ülkeler ve İş Birlikleri Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler arasında madde bağımlılığıyla mücadelede iş birlikleri konusunda bazı ülkelerde devlet kurumları/bakanlıklar ile işbirliği öne çıkmakta, diğerlerinde ise STK'lar ve uluslararası işbirlikleri de vurgulanmaktadır. Türkiye, Amerika ve Avusturalya'da devlet kurumları/bakanlıklar ile yapılan işbirliği diğer alanlara göre daha fazla vurgulanmaktadır. İspanya, Güney Afrika ve Bangladeş de ise devlet kurumları/bakanlıklar, STK'lar ve uluslararası işbirlikleri eşit derecede dağılım göstermektedir. Ayrıca Bangladeş özellikle STK'lar ve uluslararası işbirliklerinde öne çıkmaktadır.

Ülkeler	Kampanyaların Sıklığı						Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
	Yılda birkaç kez	Yılda 5-10 kez	Yılda 10-15 kez	Yılda 15-20 kez	Yılda 20 kez ve	Toplam			
Türkiye	2	2	5	0	0	9	72,773 ^a	20	,000
Amerika	2	2	2	4	0	10			
Avusturalya	0	0	0	0	9	9			
İspanya	0	1	1	2	3	7			
Güney Afrika	0	2	0	5	0	7			
Bangladeş	8	0	0	1	4	13			
Total	12	7	8	12	16	55			

Tablo 23: Ülkeler ile Kampanyaların Sıklığı Arasındaki İlişki

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler arasında madde bağımlılığına karşı kampanyalar düzenlenme sıklığı farklılıklar görülmektedir. Avustralya'da ve Bangladeş'te yıl içinde daha sık kampanyalar düzenlenirken, Türkiye ve İspanya'da daha az sıklıkta kampanyalar yapılmaktadır. Amerika ve Güney Afrika ise orta düzeyde bir kampanya sıklığına sahiptir.

Ülkeler	Kampanyaların Uygulandığı Mecralar				
	Geleneksel Mecralar	Dijital Mecralar	Pearson Chi-Square Değeri	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Türkiye	9	8	44,751 ^a	5	,000
Amerika	10	10			
Avusturalya	9	0			
İspanya	7	5			
Güney Afrika	7	0			
Bangladeş	13	13			

Tablo 24: Ülkeler İle Kampanyaların Uygulandığı Mecraların Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Ülkeler arasında kampanyaların uygulandığı mecralarda çeşitlilik ve tercih farklılıkları görülmektedir. Avusturalya ve Güney Afrika'da geleneksel mecralar tercih edilirken diğer ülkelerde dijital mecralarda tercih sebebidir. Bu tablo, ülkelerin suçla mücadele stratejilerinde medya ve iletişim kanallarını nasıl kullandıklarını ve hangi mecralarda daha etkili olduklarını göstermektedir.

Türkiye (9 Rapor)	2014	2024
Ayrılan Toplam Bütçe	1.000.000-25.000.000 birim	5.000.000.000 ve üzeri
Bütçeye Dahil Edilen Kalemler	Personel Giderleri, Sigorta Giderleri, Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer	Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer
Önleme Politikaları	Birincil ve İkincil Önleme	Birincil ve İkincil Önleme
Performans Göstergeleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri
İş Birlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği ve Uluslararası İşbirlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği ve Uluslararası İşbirlikleri
Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları	15 Yaş Üzeri Bilinmiyor	15 Yaş Üzeri Bilinmiyor
Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi	%50 üzeri	%1-%10
Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler	Bilinçlendirme Kampanyaları	Eğitim Programları, Bilinçlendirme Kampanyaları
Kampanyaların Sıklığı	Yılda Birkaç Kez	Yılda 10-15 Kez
Kampanyaların Yayınlandığı Mecralar	Geleneksel ve Dijital	Geleneksel ve Dijital

Tablo 25: Türkiye İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Türkiye'de 2014 ve 2024 yılları arasındaki rapor verilerine bakıldığında, özellikle bütçe miktarlarında ve madde kullanım yüzdelerinde büyük değişiklikler olduğu görülmektedir. Bütçe kullanımındaki öncelikler ve kampanya sıklıklarındaki artış, Türkiye'nin madde kullanımını azaltma ve önleme konusundaki çabalarının arttığını göstermektedir. Önleme ve tedavi politikalarında genel olarak istikrar sağlanmış, daha çeşitli ve yoğun kampanyalarla desteklenmiştir.

Amerika (10 Rapor)	2014	2023
Ayrılan Toplam Bütçe	500.000 birim altı	25.000.000-50.000.000 birim
Bütçeye Dahil Edilen Kalemler	Diğer	Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer
Önleme Politikaları	Birincil, İkincil ve Üçüncül Önleme	Birincil, İkincil ve Üçüncül Önleme
Performans Göstergeleri	Rehabilitasyon Hizmetleri, Psikoterapi	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri, Psikoterapi
İş Birlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği
Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları	12-15 Yaş Haftada 1	Sıklık Bilinmiyor
Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi	%50 üzeri	%30-%40
Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler	Bilinçlendirme Kampanyaları	Eğitim Programları, Bilinçlendirme Kampanyaları
Kampanyaların Sıklığı	Yılda Birkaç Kez	Yılda 15-20 Kez
Kampanyaların Yayınlandığı Mecralar	Geleneksel ve Dijital	Geleneksel ve Dijital

Tablo 26: Amerika İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Amerika'nın madde kullanımıyla mücadele çabalarında 2014 ve 2023 yılları arasında önemli değişiklikler ve iyileştirmeler yapılmıştır. Bütçenin artırılması, performans göstergelerinin genişletilmesi, işbirliklerinin artırılması ve kampanya sıklığının artması gibi adımlar, madde kullanım oranının düşmesinde etkili olmuştur. Bu tablo, Amerika'nın madde kullanımıyla mücadelede daha kapsamlı ve etkili stratejiler benimsediğini göstermektedir.

Avustralya (9 Rapor)	2015	2021
Ayrılan Toplam Bütçe	Bütçe Bilinmiyor	Bütçe Bilinmiyor
Bütçeye Dahil Edilen Kalemler	Personel Giderleri, Sigorta Giderleri, Mal ve Hizmet Giderleri	Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer
Önleme Politikaları	Birincil Önleme	Birincil ve İkincil Önleme
Performans Göstergeleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri
İş Birlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği
Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları	Sıklık Bilinmiyor	Sıklık Bilinmiyor
Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi	%50 üzeri	%30-%40
Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler	Eğitim Programları ve Yasal Düzenlemeler	Eğitim Programları, Bilinçlendirme Kampanyaları
Kampanyaların Sıklığı	Yılda 20 kez ve üzeri	Yılda 20 kez ve üzeri
Kampanyaların Yayınlandığı Mecralar	Geleneksel	Geleneksel

Tablo 27: Avustralya İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Avustralya'nın madde kullanımıyla mücadele stratejileri 2015 ve 2021 yılları arasında belirli alanlarda değişiklikler ve gelişmeler göstermiştir. Özellikle önleme politikalarının genişletilmesi ve madde kullanım oranlarının düşmesi önemli gelişmelerdir. Ancak bütçe ile ilgili bilgilerin eksik olması, bütçe değişikliklerinin etkisini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Geleneksel mecraların kullanılmaya devam edilmesi ve kampanyaların sıklığının yüksek olması, farkındalık artırma çabalarının yoğun olduğunu göstermektedir.

İspanya (7 Rapor)	2015	2023
Ayrılan Toplam Bütçe	Bütçe Bilinmiyor	1.000.000.000-5.000.000.000 birim
Bütçeye Dahil Edilen Kalemler	Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer	Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer
Önleme Politikaları	Birincil, İkincil ve Üçüncül Önleme	Birincil ve İkincil Önleme
Performans Göstergeleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri
İş Birlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği ve Uluslararası İşbirlikleri
Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları	Sıklık Bilinmiyor	21 Yaş Altı Yılda 1 21 Yaş Üzeri Ayda 1
Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi	%10-%20	Bilinmiyor
Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler	Eğitim Programları ve Bilinçlendirme Kampanyaları	Eğitim Programları, Bilinçlendirme Kampanyaları ve Yasal Düzenlemeler
Kampanyaların Sıklığı	Yılda 5-10	Yılda 15-20
Kampanyaların Yayınlandığı Mecralar	Geleneksel	Geleneksel ve Dijital

Tablo 28: İspanya İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

İspanya'nın madde kullanımıyla mücadele stratejileri 2015 ve 2023 yılları arasında bütçenin ciddi şekilde artırılması, uluslararası işbirliklerinin dahil edilmesi ve kampanyaların sıklığının artırılması gibi değişiklikleri kapsamaktadır. Ayrıca, dijital mecraların kullanımının artması, farkındalık yaratma ve bilgilendirme çabalarının daha geniş kitlelere ulaşmayı hedeflediğini göstermektedir. Bu değişiklikler, İspanya'nın madde kullanımıyla mücadelede daha kapsamlı ve etkili stratejiler benimsediğini ortaya koymaktadır.

Güney Afrika (7 Rapor)	2011	2022
Ayrılan Toplam Bütçe	500.000 birim altı	500.000 birim altı
Bütçeye Dahil Edilen Kalemler	Mal ve Hizmet Giderleri	Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer
Önleme Politikaları	Birincil ve İkincil Önleme	Birincil ve İkincil Önleme
Performans Göstergeleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Psikoterapi	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri, Psikoterapi
İş Birlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği ve Uluslararası İşbirlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği ve Uluslararası İşbirlikleri
Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları	Sıklık Bilinmiyor	Sıklık Bilinmiyor
Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler	Eğitim Programları ve Bilinçlendirme Kampanyaları	Eğitim Programları, Bilinçlendirme Kampanyaları
Kampanyaların Sıklığı	Yılda 5-10	Yılda 15-20
Kampanyaların Yayınlandığı Mecralar	Geleneksel	Geleneksel

Tablo 29: Güney Afrika İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Güney Afrika'nın madde kullanımıyla mücadele stratejilerinde 2011 ve 2022 yılları arasında performans göstergelerinde rehabilitasyon hizmetlerinin eklenmesi ve kampanyaların sıklığının artırılması gibi gelişmeler yaşanmıştır. Ancak bütçe ve veri toplama konularında sınırlamalar devam etmektedir.

Bangladeş (13 Rapor)	2011	2023
Ayrılan Toplam Bütçe	50.000.000-250.000.000 birim	Bütçe Bilinmiyor
Bütçeye Dahil Edilen Kalemler	Personel Giderleri, Mal ve Hizmet Giderleri	Personel Giderleri, Mal ve Hizmet Giderleri, Diğer
Önleme Politikaları	Birincil, İkincil ve Üçüncül Önleme	Birincil, İkincil ve Üçüncül Önleme
Performans Göstergeleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri	Tedavi ve Araştırma Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri
İş Birlikleri	STK'lar İle İşbirliği ve Uluslararası İşbirlikleri	Devlet Kurumları/Bakanlıklar İle İşbirliği, STK'lar İle İşbirliği ve Uluslararası İşbirlikleri
Madde Kullanım Yaş ve Sıklıkları	Sıklık Bilinmiyor	Sıklık Bilinmiyor
Ülke Geneline Madde Kullanım Yüzdesi	%50 üzeri	Bilinmiyor
Önleme ve Tedaviye Yönelik Giderler	Eğitim Programları, Bilinçlendirme Kampanyaları ve Yasal Düzenlemeler	Eğitim Programları, Bilinçlendirme Kampanyaları ve Yasal Düzenlemeler
Kampanyaların Sıklığı	Yılda 20 kez ve üzeri	Yılda Birkaç Kez
Kampanyaların Yayınlandığı Mecralar	Geleneksel ve Dijital	Geleneksel ve Dijital

Tablo 30: Bangladeş İlk Rapor ve Son Rapor Karşılaştırması

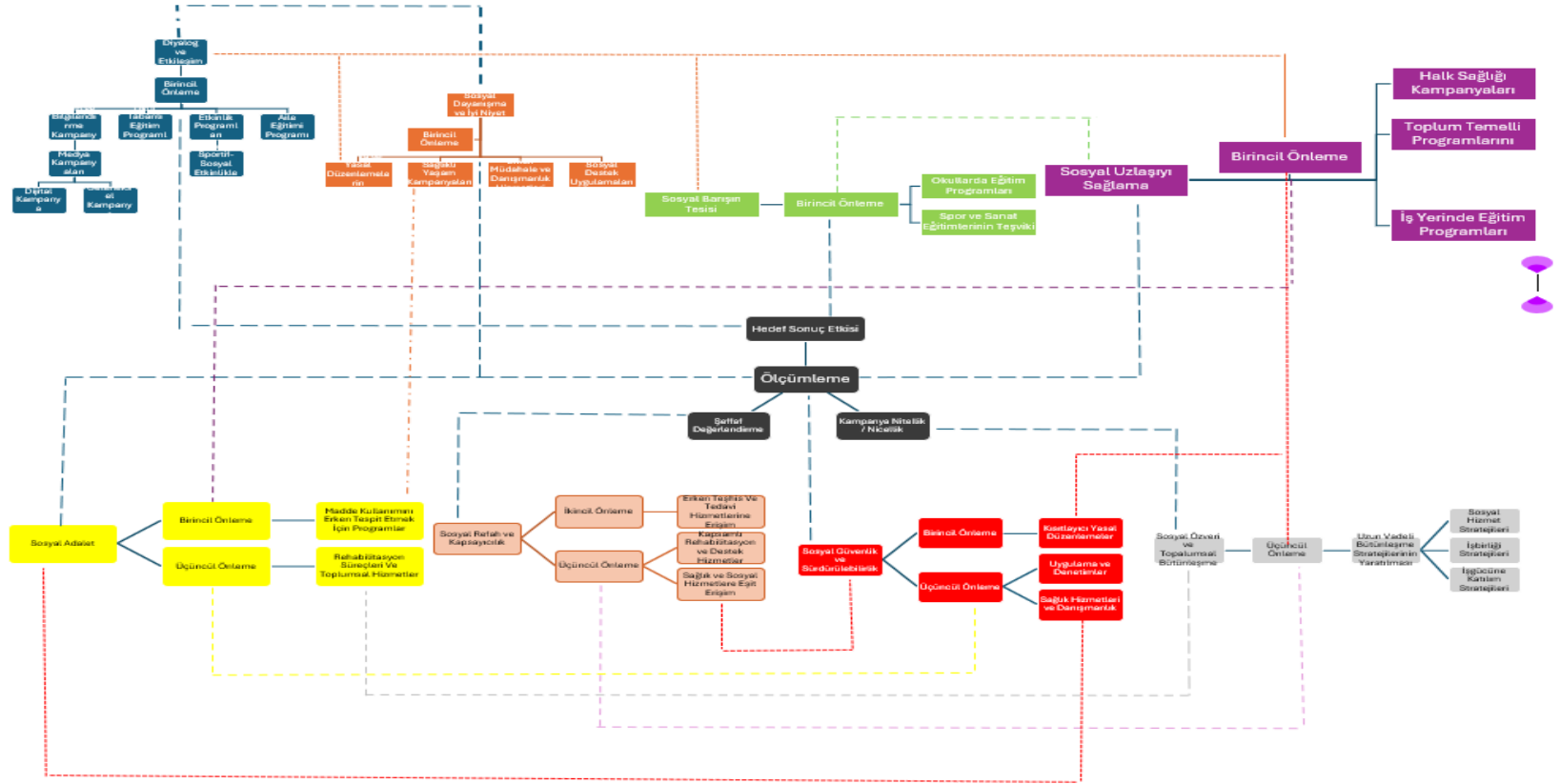
Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Bangladeş'in madde kullanımıyla mücadele stratejileri 2011 ve 2023 yılları arasında yaşanan gelişmelerden iş birliklerinin genişlemesi ve bütçe kalemlerinin detaylandırılması olumlu gelişmelerdir. Ancak bütçe şeffaflığı, veri toplama süreçleri ve kampanya sıklığı gibi konularda gerileme yaşanmıştır.

4.8. Sosyo-Entegre Önleme Modeli

Çalışmada, ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede halkla ilişkiler odaklı sosyal politika stratejisi ve sağlık iletişimi stratejilerinin entegrasyonunu içeren bir model önerilmektedir. Bu model, madde bağımlılığının önlenmesine yönelik halkla ilişkiler odaklı bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Modelin uygulanması için öncelikle toplumun sosyal dinamiklerinin yanı sıra ihtiyaçları analiz edilerek yasal düzenlemeler, sağlık hizmetleri ve toplumsal destek programları gibi unsurlar göz önünde bulundurularak hedef kitlenin yaş gruplarına özgü eğitim ve bilgilendirme kampanyaları tasarlanıp uygulanmalıdır. Modelin başarısı, sürekli izleme ve değerlendirme ile desteklenmeli ve gerekirse stratejiler, toplumun değişen ihtiyaçlarına göre ayarlanmalıdır.

Modelde görüldüğü üzere, her yapı farklı renkle simgelenmiştir. Buna göre; Sosyal Diyalog ve Etkileşim boyutu mavi, Sosyal Dayanışma ve İyi Niyet boyutu turuncu, Sosyal Barışın Tesisi boyutu yeşil, Sosyal Uzlaşmayı Sağlama boyutu mor, Sosyal Adalet boyutu sarı, Sosyal Refah ve Kapsayıcılık boyutu pembe, Sosyal Güvenlik ve Sürdürülebilirlik boyutu kırmızı, Sosyal Özveri ve Toplumsal Bütünleşme boyutu gri renkle gösterilmiştir.



Şekil 59: Sosyo-entegre Önleme Modeli (SÖM)

Kaynak: Yazar Tarafından Oluşturulmuştur

Sosyo-entegre Önleme Modeli'nin (SÖM) amacı madde bağımlılığıyla mücadelede, toplumu bilgilendirme ve madde kullanımının önlenmesine yönelik sosyal politikalar ile sağlık iletişimi stratejilerini bütünleşik bir yaklaşımla entegre etmektir. Bu entegrasyonla, toplumun tüm kesimlerine ulaşarak madde kullanımının azaltılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edilmesi hedeflenmektedir. Bu bağlamda SÖM'ün amaçları şu şekilde sıralanabilir:

Toplumu madde bağımlılığı ve zararlarını konusunda bilgilendirmek ve eğitmek için kapsamlı kampanyalar organize etmek.

Madde kullanımından etkilenen bireyler için sosyal destek ağlarını ve rehabilitasyon hizmetlerini genişletmek, topluma yeniden entegrasyon süreçlerini desteklemek.

Uygulanan stratejilerin etkinliğini sürekli olarak izlemek ve gerektiğinde iyileştirmeler yapmak, politika yapıcılar ve uygulayıcılar arasında iş birliğini teşvik etmek.

4.9. Söm'ün Boyutları

“Sosyal Diyalog ve Etkileşim” boyutu SÖM modelinin ana parçası, madde kullanımıyla mücadele stratejisinin temel taşlarından biridir. Bu boyut, bilinçlendirme ve eğitim odaklı yaklaşımları içermektedir ve gençler başta olmak üzere kamuoyunda madde bağımlılığının zararlarına yönelik farkındalık geliştirilmesine yönelik bir yaklaşım sunmaktadır.

Sosyal Diyalog ve Etkileşim boyutunda, bilinçlendirme ve eğitim kampanyaları aracılığıyla toplumda madde kullanımı konusunda farkındalık oluşturulmaktadır. Bu kampanyalar, toplumu madde kullanımının zararları hakkında bilgilendirerek sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi için teşvik etmektedir. Ayrıca, Sosyal Diyalog ve Etkileşim boyutu, 'Sosyal Dayanışma ve İyi Niyet' boyutuyla doğrudan bağlantılıdır; çünkü eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri, toplumsal destek ve dayanışmayı güçlendirmede kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, toplumsal dayanışma, madde bağımlılığına karşı daha aktif ve etkili bir mücadeleye olanak tanımaktadır.

“Sosyal Dayanışma ve İyi Niyet”, SÖM'ün ikinci boyutudur ve madde kullanımı ile mücadelede toplumsal yaklaşımları güçlendirme ve destekleme üzerine temellenmektedir. Bu boyut, politika ve yasal düzenlemelerin yanı sıra, madde bağımlılığıyla mücadelede erken müdahale stratejilerini ve sağlıklı yaşamı teşvik etme kampanyalarını içermektedir. Sosyal dayanışma boyutu, sosyal barış ve sosyal adalet

temalarıyla doğrudan ilişkilidir çünkü politika ve yasal düzenlemeler, toplumda eşitlik ve adil bir ortamın oluşturulmasını desteklemektedir.

“Sosyal Barışın Tesisi” boyutu, özellikle gençler arasında sosyal becerilerin gelişimine ve toplumsal uyumun artırılmasına yönelik stratejiler üretmektedir. Bu boyut, sosyal uzlaş ve refah ile doğrudan ilişkilidir. Eğitim ve spor programları, farklı arka planlardan gelen bireylerin bir araya gelmesini sağlayarak ve kişilerarası anlayış ile işbirliğini teşvik ederek toplumsal çatışmaların önlenmesine katkıda bulunur. Dolayısıyla bu boyut, SÖM'ün diğer boyutlarıyla entegre edildiğinde toplumsal barış ve sağlık stratejisine katkı sağlamaktadır

“Sosyal Uzlaş” boyutu, toplum tabanlı programlar ve iş yerindeki eğitimlerle sosyal adalet ve eşitlik ilkelerini desteklemeyi hedeflemektedir. Bu boyut, toplumun çeşitli kesimlerine ulaşarak adil fırsatların sunulmasını ve genel refahın artırılmasını amaçlamaktadır. Ayrıca, sosyal uzlaş boyutu, sosyal adalet ve eşitlik boyutlarıyla doğrudan bağlantılıdır; çünkü toplum tabanlı programlar ve iş yerindeki eğitimler, her bireyin eşit şartlarda eğitim ve sağlık hizmetlerine erişebilmesini sağlamak için tasarlanmıştır. Bu bakımdan 'Sosyal Uzlaş' boyutu, eşitlik ve adil şartlar altında toplumsal entegrasyonu teşvik ederek, sosyal adalet ve barışın sürdürülebilirliğine katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla bu boyut, SÖM'ün diğer boyutlarıyla uyumlu olarak çalışarak, toplumun her kesiminden bireylerin eşit fırsatlara erişimini ve toplumsal barışın güçlenmesini desteklemektedir.

'Sosyal Refah ve Kapsayıcılık' boyutu, madde bağımlılığıyla mücadelede sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişimin sağlanmasına odaklanmaktadır. Bu boyut, özellikle 'Sosyal Özveri ve Toplumsal Bütünleşme' boyutuyla yakından ilişkilidir çünkü sağlık hizmetlerine adil ve eşit erişim, bireyin toplum içinde bütünleşmesine ve aktif rol almalarına olanak tanımaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine ve sosyal desteklere erişim, bireyin topluma daha sağlıklı ve üretken bir şekilde entegre olmasını sağlamaktadır.

“Sosyal Özveri ve Toplumsal Bütünleşme” boyutu, uzun vadeli toplumsal bütünleşme ve adil fırsatların sağlanmasına odaklanmaktadır. Bu boyut, SÖM'ün 'Sosyal Adalet ve Eşitlik' boyutuyla yakından ilişkilidir; çünkü sosyal adalet boyutu, toplumun her kesiminden bireyin toplum içinde sağlıklı ve aktif rol almasını teşvik etmektedir. Ayrıca, toplumsal bütünleşme boyutu, SÖM'ün toplumsal dayanıklılığını ve uyumunu artıran önemli bir bileşendir; her bireyin eşit ve adil bir şekilde topluma katılmasını

destekleyerek, sosyal adalet ve eşitliğin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak bu yaklaşım, SÖM modelinin diğer boyutlarıyla uyumlu bir şekilde toplumun bütünleşmesini ve refahını artırmaya yönelik geniş kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır.

Sonuç olarak, SÖM'ün yapısı eğitim, sağlık hizmetleri, yasal düzenlemeler, sosyal destek ve bütünleşme stratejilerini içermektedir. Modelin her bir boyutu, diğerleriyle entegre bir şekilde çalışarak madde bağımlılığıyla mücadelede bütüncül bir yaklaşımın uygulanmasını sağlamaktadır. Bu entegrasyon sayesinde, yasal ve eğitim odaklı birincil önlemler bir araya gelerek sosyal dayanışma ve toplumsal barışı destekleyen sürdürülebilir bir yapı oluşturmaktadır.

4.10. Tartışma ve Değerlendirme

Madde kullanımıyla mücadelede ülkelerin stratejileri üzerine değerlendirme yapmak, bu sorunun çözümüne yönelik yaklaşımların çeşitliliğini ve etkinliğini anlamak açısından önemlidir. Bu kapsamda araştırmaya dahil edilen Türkiye, Bangladeş, Güney Afrika, Avustralya, İspanya ve ABD'nin uyguladığı stratejiler, sosyal bağlamları ve öncelikleri açısından çeşitli benzerlikler ve farklılıklar içermektedir.

ABD'nin 2014-2015 stratejisi, diğer yıllarla genel bir uyum içinde olduğunu gösterirken, 2018-2020 ve 2021-2022 stratejileri arasında yüksek bir benzerlik bulunmaktadır. Bu durum, söz konusu yıllarda stratejik yaklaşımların büyük oranda devam ettiğini göstermektedir. 2016-2017 ve 2022-2023 stratejileri ise önceki ve sonraki yıllarla orta seviyede bir benzerlik sergileyerek, zaman içindeki bazı değişikliklere ve yeniliklere rağmen tutarlılık sağladığını göstermektedir.

İspanya'nın eylem stratejileri arasındaki benzerlik, stratejik planlamada sürekliliğin ve benzer hedeflerin benimsendiğini göstermektedir. 2005-2008 eylem stratejisi, sonraki eylem stratejilerine %75 ve üzeri benzerlik göstererek etkisini devam ettirmektedir. 2009-2012 eylem stratejisi, 2013-2016 stratejisiyle %81 oranında benzerdir. 2013-2016 ve 2018-2020 stratejileri de yüksek benzerlik göstererek uyumunu korumaktadır. Son olarak, İspanya'nın 2021-2024 eylem stratejisi, önceki bazı stratejilerle %75 oranında benzerlik göstererek madde bağımlılığıyla mücadelede benimsediği politikanın sürekliliği ve tutarlılığını göstermektedir.

Avustralya'nın madde bağımlılığına yönelik eylem stratejileri arasındaki benzerlik oranları, belirli bir sürekliliği korurken, zamanla değişiklikler yapıldığını göstermektedir.

2014-2019 ve 2015-2018 stratejilerinin %90 oranında benzerlik içermesi, bu iki dönemin hedef ve politikalarının oldukça benzer olduğunu belirtmektedir. 2014-2019 ve 2022-2032 stratejilerinin %81 benzerlik oranı ise, yeni stratejilerin önceki dönemden bazı farklılıklar içerdiğini göstermektedir. Son olarak, 2015-2018 ve 2022-2032 stratejilerinin %88 oranında benzerlik göstermesi, bu da yeni stratejinin bazı yönlerden önceki döneme yakın olduğunu, ancak belirli farklılıklar içerdiğini anımsatmaktadır.

Güney Afrika'nın madde bağımlılığıyla mücadele eylem stratejileri arasındaki benzerlik oranları, stratejik planlamada politika sürekliliğinin sağlandığını göstermektedir. 2014-2018 ve 2015-2020 stratejileri arasındaki benzerlik %88 olup, bu iki dönemin hedef ve politikalarının oldukça benzer olduğu söylenebilir. Aynı şekilde, 2014-2018 ve 2020-2024 stratejileri de %88 benzerlik oranına sahiptir; bu da bu dönemler arasında ciddi bir farklılık olmadığını işaret eder. En yüksek benzerlik oranı ise %96 ile 2015-2020 ve 2020-2024 stratejileri arasında olup, bu iki dönemin stratejik hedef ve politikalarının büyük ölçüde örtüştüğünü göstermektedir. Bu veriler ışığında, Güney Afrika'nın stratejik planlamada tutarlılığı koruduğu görülmektedir.

Bangladeş'in uyuşturucuyla mücadele eylem stratejileri incelendiğinde 2011-2016 ile 2017-2021 arasındaki %77'lik benzerlik, bu dönemlerin stratejik hedeflerinde ve politikalarında önemli ölçüde tutarlılık olduğu söylenebilir. Ancak 2017-2021 ve 2022-2026 arasındaki %65'lik benzerlik ise zamanla stratejilerin değiştiğini ve farklılaştığını işaret etmektedir. Bu durum, politika yapıcılarının ve stratejistlerin yeni koşullara ve hedeflere göre stratejilerini güncellediklerini göstermektedir.

Türkiye'nin eylem stratejisi incelendiğinde 2015, 2016-2018 ve 2018-2013 eylem stratejilerinde uyuşturucuyla mücadele tutarlı bir politika izlediği çıkarımı yapılabilir. Yüksek benzerlik oranları Türkiye'nin benzer politika hedeflerini ve stratejik yaklaşımlarını koruduğunu ifade etmektedir. Bu tutarlılık, ülkenin uzun vadeli planlama sürecinde belirli hedeflere odaklandığını ve politika sürekliliğini sağlamaya çalıştığını göstermektedir. Sonuç olarak, ülkeler uyuşturucuyla mücadele kapsamında uyguladıkları politikaların sürdürülebilirliğini sağlamaya çalışmaktadır.

Ulusal bütçe tahsisleri ve madde bağımlılığıyla mücadele stratejileri üzerinden ülkeler karşılaştırmalı bir değerlendirme yapıldığında bütçe kalemleri arasında genel olarak "Mal ve Hizmet Giderleri" çoğu ülke için öncelikli kalem olurken, "Sigorta Giderleri" daha az tercih edilen bir kalemdir. Bangladeş, personel ve mal hizmet giderlerine diğer ülkelerden

önemli ölçüde daha fazla kaynak ayırmaktadır. Buna karşın, Güney Afrika bu kalemlere hiç bütçe ayırmamaktadır. Öte yandan, Türkiye ve Amerika sigorta giderleri konusunda benzer bütçeler tahsis ederken, bu durum sağlık politikalarındaki paralelliklere işaret edebilir. Dolayısıyla ülkeler arasındaki bu farklı yaklaşımlar, her birinin iç politikadaki önceliklerini ve ekonomik yapılarını yansıttığı yorumu yapılabilir.

Madde bağımlılığıyla mücadele politikalarına ayrılan bütçeler ve uygulanan stratejiler arasındaki farklılıklar dikkat çekmektedir. İspanya, bu alana en büyük bütçe payını ayırarak, özellikle üçüncül önlemlere büyük bir yatırım yapmaktadır. Buna karşın, Güney Afrika madde bağımlılığıyla mücadelede en az kaynak tahsis eden ülke olarak ön plana çıkmaktadır. Türkiye ve Avustralya ise birincil önlemlere yoğunlaşarak, madde bağımlılığının başlangıcını engelleme amacı taşıırken; Amerika, üçüncül önlemlere yatırım yaparak bu sorunu yönetmeye çalışmaktadır. Bu çeşitlilik, her ülkenin madde bağımlılığıyla mücadelede izlediği stratejinin, kendi iç dinamikleri ve önceliklerine göre şekillendiğini göstermektedir.

Madde bağımlılığıyla mücadelede yürütülen kampanyaların sıklığı ve mecraları, ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Avustralya ve Bangladeş yıl içerisinde düzenli olarak kampanyalar gerçekleştirirken, Türkiye ve İspanya bu tür etkinlikleri daha az sıklıkta düzenlemektedir. Amerika ve Güney Afrika ise orta düzeyde bir kampanya sıklığına sahiptir. Kampanyaların uygulandığı mecralar açısından ise, Avustralya ve Güney Afrika geleneksel mecraları tercih ederken, diğer ülkelerin çoğunlukla dijital mecraları tercih ettiği görülmektedir. Bu durum, her ülkenin kampanya stratejilerini kendi kültürel ve teknolojik yapısına göre şekillendirdiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, Bangladeş, Güney Afrika, Türkiye, Amerika, İspanya ve Avustralya'nın madde bağımlılığıyla mücadele stratejileri üzerine yapılan bu karşılaştırma, ülkelerin sağlık politikaları ve ekonomik yapılarına göre önemli farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. İspanya'nın madde bağımlılığına fazla bütçe ayırması, Güney Afrika'nın kaynak kısıtlılıkları yaşaması ve diğer ülkelerin mücadelede benimsediği çeşitli stratejiler, her ülkenin kendi iç dinamiklerine uygun politikalar geliştirdiğine işaret etmektedir. Bu durum, uluslararası düzeyde iş birliği ve politika geliştirme süreçlerinde dikkate alınması gereken önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

SONUÇ

Madde bağımlılığı, toplumu tehdit eden sosyal bir sorun olduğundan, bu sorunla mücadelede multidisipliner bir yaklaşım benimsenmektedir. Bu noktadan hareketle, bu çalışma madde bağımlılığına karşı mücadelede sağlık iletişimi ve halkla ilişkiler merkezli sosyal politikaların nasıl uygulandığını ve stratejik halkla ilişkilerin bu süreçteki etkisini, ülke politikaları çerçevesinde değerlendirerek bu alanda işlevsel bir model geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda, madde bağımlılığı, sosyal politika ve sağlık iletişimi kavramları irdelenmiş; ardından ülkelerin madde bağımlılığıyla mücadelede kullandığı stratejik eylem planları ve durum raporlarının analizinden elde edilen veriler ışığında Türkiye'ye yönelik 'Sosyo-Entegre Önleme Modeli' (SÖM) önerilmiştir.

Çalışmanın ilk bölümünde madde bağımlılığı kavramı kapsamlı bir şekilde incelenmiştir; bağımlılık yapan maddelerin sınıflandırılmasından, madde bağımlılığının türleri ve aşamalarına kadar geniş bir yelpazede ele alınmıştır. Ayrıca, bağımlılığın nedenleri ve sonuçları üzerinde de durulmuştur. Türkiye'nin madde bağımlılığı ile mücadelede belirlediği stratejik eylem planları ve bu planlar doğrultusunda uygulanan politikalar ile ulusal kontrol mekanizmalarının etkinliği de incelenmiştir. Bu bağlamda, madde bağımlılığı ile mücadeledeki düzenlemeler ve uygulamalar bu bölümün ana odak noktası olmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde sosyal politika kavramı, halkla ilişkiler perspektifinden ele alınarak, bu politikaların başlıca ve araçsal hedeflerinin belirlenme süreci üzerinde durulmuştur. Türkiye'de madde bağımlılığı ile mücadele bağlamında sosyal politikaların nasıl geliştirildiği ve bu süreçte kamu kuruluşlarının üstlendiği roller incelenmiştir. Bunun yanı sıra, madde bağımlılığı ile sosyal politika arasındaki bağlantıya işaret edilerek madde bağımlılığına yönelik sosyal politika ve sağlık iletişimi stratejilerinin birleştirilme şekli tartışılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık iletişiminin ana prensipleri, teorileri ve modelleri tartışılmakta olup, bu çerçevede madde bağımlılığı ile mücadelede sağlık iletişiminin önemi vurgulanmıştır. Sağlık iletişimi politikalarının sosyal politikalar ile nasıl bütünleştirildiği ve bu bütünleşmenin etkili mücadele yöntemlerine nasıl destek verdiği değerlendirilmiştir. Ayrıca, madde bağımlılığıyla mücadelede kullanılan aile ve çocuk programlarına yönelik sağlık iletişimi stratejileri ile madde bağımlılığını önleme ve erken müdahale politikaları incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, sağlık iletişimi

yaklaşımlarının madde bağımlılığıyla mücadeledeki etkinliği ve stratejik uygulamaları detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmanın metodolojik boyutları; amaç, önemi, kapsam, sınırlılıklar ve kullanılan yöntemler olarak belirlenmiş ve tezde ele alınan ülkelerin sağlık iletişimi ile sosyal politikalarına dair bilgiler sunulmuştur. Araştırma sürecinde, madde bağımlılığını önleme amaçlı stratejik eylem planları ve durum analizleri üzerinden toplanan veriler, Maxqda ve SPSS yazılımları aracılığıyla analiz edilmiştir. Elde edilen analiz sonuçları ve literatür taramasıyla ortaya çıkan bulgulara dayanarak, Türkiye’de uygulanabilir bir işlevsel model önerisi geliştirilmiştir. Sosyo-entegre Önleme Modeli (SÖM)’nin temel amacı, madde bağımlılığına karşı mücadelede toplumu bilgilendirme ve madde kullanımının önlenmesi amacıyla sosyal politikaları sağlık iletişimi stratejileriyle bütünleştirerek entegre bir yaklaşım sunmaktır. Bu bütünleşme, madde kullanımını azaltmayı ve toplumun her kesimine ulaşarak sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

SÖM, eğitim, sağlık hizmetleri, yasal düzenlemeler, sosyal destek ve bütünleşme stratejileri gibi çeşitli boyutları içermektedir. Bu model, her bir unsurun diğerleriyle entegre şekilde çalışmasını sağlayarak madde bağımlılığı ile mücadelede kapsamlı bir yaklaşım sunmaktadır. Entegrasyon, yasal ve eğitim tabanlı önleyici tedbirlerin birleşmesiyle sosyal dayanışmayı ve toplumsal barışı destekleyen sürdürülebilir bir yapıyı teşvik etmektedir.

"Sosyal Diyalog ve Etkileşim" boyutu, Sosyo-entegre Önleme Modeli'nin (SÖM) temel unsurlarından biridir ve madde bağımlılığıyla mücadele stratejisinin omurgasını oluşturmaktadır. Bu bileşen, özellikle gençler başta olmak üzere toplum genelinde madde bağımlılığının zararlarına dair bilinçlendirme ve eğitim odaklı yaklaşımlar sunmaktadır. Sosyal Diyalog ve Etkileşim, toplumsal farkındalığı artırmak için bilinçlendirme ve eğitim kampanyalarını kullanarak, sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesini teşvik etmektedir. Ayrıca, bu boyut, "Sosyal Dayanışma ve İyi Niyet" ile doğrudan ilişkili olup, eğitim ve bilinçlendirme faaliyetlerinin toplumsal destek ve dayanışmayı güçlendirmede önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Bu sayede, daha etkin ve aktif bir madde bağımlılığı mücadelesi mümkün hale gelmektedir.

"Sosyal Dayanışma ve İyi Niyet", SÖM modelinin ikinci önemli boyutu olarak, madde kullanımıyla mücadelede toplumsal yaklaşımları güçlendirmektedir. Bu boyut, politika

ve yasal düzenlemeleri, erken müdahale stratejileri ve sağlıklı yaşam teşvik edici kampanyaları içermekte, sosyal barış ve adalet temalarıyla entegre edilerek toplumsal eşitlik ve adil bir ortamın oluşmasına katkıda bulunmaktadır.

"Sosyal Barışın Tesisi" boyutu, özellikle gençler arasında sosyal becerilerin geliştirilmesi ve toplumsal uyumu artırma stratejilerine odaklanır. Eğitim ve spor programları, farklı arka planlardan gelen bireyleri bir araya getirerek kişilerarası anlayış ve işbirliğini teşvik eder, böylece toplumsal çatışmaların önlenmesine yardımcı olmaktadır.

"Sosyal Uzlaş" boyutu ise, toplum tabanlı programlar ve iş yerlerindeki eğitimler aracılığıyla sosyal adalet ve eşitlik ilkelerini desteklemeyi hedeflemektedir. Bu boyut, her bireyin eğitim ve sağlık hizmetlerine eşit şartlarda erişimini sağlayarak toplumsal entegrasyonu teşvik etmektedir.

Son olarak, "Sosyal Refah ve Kapsayıcılık" boyutu, madde bağımlılığıyla mücadelede sağlık ve sosyal hizmetlere eşit erişimin sağlanmasına odaklanırken, "Sosyal Özveri ve Toplumsal Bütünleşme" boyutu, uzun vadeli toplumsal bütünleşmeyi ve adil fırsatların sağlanmasını hedeflemektedir. Her iki boyut da toplumun çeşitli kesimlerine ulaşarak, bireylerin topluma sağlıklı ve üretken bir şekilde entegre olmasını desteklemektedir.

SÖM, sosyal diyalog ve etkileşim, sosyal dayanışma, sosyal barışın tesisi gibi temel unsurları içererek, eğitim, sağlık hizmetleri, yasal düzenlemeler ve sosyal destek mekanizmalarını bir araya getirmektedir. Bu çeşitlilik, modelin madde kullanımının önlenmesi konusunda çok yönlü bir yaklaşım sunmasını sağlamaktadır. Eğitim programları, halk sağlığı kampanyaları ve yasal düzenlemeler aracılığıyla, model, toplumun çeşitli kesimlerinden bireylere ulaşarak, madde kullanımı hakkında bilinçlendirme ve farkındalığı artırmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlayarak sosyal adalet ve eşitliği teşvik etmektedir. Bu model, madde bağımlılığının önlenmesi ve tedavi süreçlerinin desteklenmesi konusunda kritik bir role sahiptir; çünkü bütüncül ve sürdürülebilir stratejiler geliştirerek toplumun genel refahını artırmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, SÖM modeli, madde bağımlılığıyla mücadelede alanındaki politika yapıcılar ve uygulayıcılar için yol gösterici bir çerçeve sunmaktadır. Sonuç olarak; bu model, madde bağımlılığı ile mücadelede çok yönlü bir yaklaşım sunduğu için akademik araştırmalarda birçok farklı şekilde kullanılabilir. Modelin her bir boyutu, ayrıntılı analiz ve değerlendirmeler için kullanım önerileri şu şekildedir:

- Modelin çok katmanlı yapısı veya belirli bir boyutunun incelenmesi amacıyla, çeşitli disiplinlerinden uzmanlarla iş birliği yapılarak, modelin toplum üzerindeki etkileri multidisipliner bir bakış açısıyla değerlendirilebilir.
- Modelin çeşitli bileşenlerinin toplum üzerindeki uzun vadeli etkilerini incelemek için uzun süreli gözlemsel çalışmalar yapılabilir.
- Modelin farklı toplumlar ve kültürlerde uygulanabilirliğini test etmek için karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir.
- Araştırmacılar modeli kullanarak, mevcut madde kullanımı politikalarını analiz edebilir ve yeni politika önerileri geliştirebilirler.



KAYNAKÇA

- Achmad, W. (2022). Social action and social solidarity: Community empowerment in the digital age. *Neo Journal of economy and social humanities*, 1(3), 179-184.
- Adler, M. D. (2019). *Measuring social welfare: An introduction*. Oxford University Press, USA.
- Afuseh, E., Pike, C. A., & Oruche, U. M. (2020). Individualized approach to primary prevention of substance use disorder: age-related risks. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15, 1-8.
- Ajzen, I., Fishbein, M., 1997. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Akbaş, G. E., & Mutlu, E. (2016). Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Kişilerin Bağımlılık ve Tedavi Deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 101-122.
- Akbulut, İ. (1997). Ülkemizde uyuşturucu maddeler sorunu. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 55(3), 111-142.
- Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International journal of preventive medicine*, 3(4), 290-294.
- Alcock, C., Daly, G., & Griggs, E. (2014). *Introducing social policy*. Routledge.
- Alexander, B. K. (2010). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. New York: Oxford University Press.
- Altıntaş, H., Temel, F., Esin Benli, D., Çınar, G., Gelirer, Ö., Gün, F. A., ... & Kundakçı, N. (2004). Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı ile İlgili Bilgi, Görüş ve Tutumları. *Journal of Dependence*, 5, 107-114.
- Anderson, B. A. (2016). What is abnormal about addiction-related attentional biases?. *Drug and alcohol dependence*, 167, 8-14.
- Andrzejewski, J., Baltodano, M., & Symcox, L. (Eds.). (2009). *Social justice, peace, and environmental education: Transformative standards*. Routledge.
- Annaheim, B., Wangmo, T., Bretschneider, W., Vogel, M., & Elger, B. S. (2018). Can routine data from prisoners' files be used to estimate prevalence rates of illicit drug use among prisoners?. *International journal of public health*, 63, 33-40.
- Aravacik, E. D. (2018). Social policy and the welfare state. In *Public economics and finance*. IntechOpen.

- Arbour, L. (2007). Economic and social justice for societies in transition. *NYUJ Int'l L. & Pol.*, 40, 1.
- Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ. T., & Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Ashery, R. S., Robertson, E. B., & Kumpfer, K. L. (1999). Drug abuse prevention through family interventions (Vol. 177). US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Drug Abuse, Division of Epidemiology and Prevention Research.
- Asicioglu, F. (2010). New psycho-active substances: the legal procedure used in European Union Countries and Turkey. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(4), 334-339.
- Babor T, Caulkins J, Edwards G, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K (2009). Drug policy and the public good. Londres: Oxford University Press
- Bahar, A. (2018). Uyuşturucu madde kullanımının nedenleri ve bağımlılık oluşum sürecinde iletişimsel yaklaşımların rolü ve önemi: Polis kayıtları üzerinden olgusal bir inceleme. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*, (55), 1-36.
- Bailey, A. J., Farmer, E. J., & Finn, P. R. (2019). Patterns of polysubstance use and simultaneous co-use in high risk young adults. *Drug and alcohol dependence*, 205, 107656.
- Balakrishnan, J., & Griffiths, M. D. (2017). Social media addiction: What is the role of content in YouTube?. *Journal of behavioral addictions*, 6(3), 364-377.
- Baldock, J., & Mitton, L. (Eds.). (2011). *Social policy*. Oxford University Press, USA.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* New York.
- Bandura, A., (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communication. *Media Psychology*, 3(3), 265-299. https://doi.org/10.1207/S1532785XMEP0303_03
- Bandura, A., (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Barbera, R. A. (2022). Economic Inequality and Social Justice. In *Human Rights and Social Justice* (pp. 81-95). Routledge.
- Barlow, J. (2010). Substance misuse: The implications of research, policy and practice (Vol. 53). Jessica Kingsley Publishers.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve koruma yolları. *İ.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (7), 73-114.

- Becker, S., Bryman, A., & Ferguson, H. (Eds.). (2012). Understanding research for social policy and social work: themes, methods and approaches. policy press.
- Béland, D. (2005). Ideas and social policy: An institutionalist perspective. *Social Policy & Administration*, 39(1), 1-18.
- Bell, L. A. (2016). Theoretical foundations for social justice education. In *Teaching for diversity and social justice* (pp. 3-26). Routledge.
- Belli, Aziz, (2019), “Local Governments, Decentralization and Social Policies”, *Economics and Politics* Ed. Harun Bal, Akademisyen Kitabevi, Ankara, içinde, ss: 25-40
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., & Méndez, E. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 85-91.
- Bennett, B., Ravulo, J. J., Ife, J., & Gates, T. G. (2021). Making# blacklivesmatter in universities: a viewpoint on social policy education. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 41(11/12), 1257-1263.
- Berke, J. D., & Hyman, S. E. (2000). Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, 25(3), 515-532.
- Bernhardt, J. M. (2004). Communication at the core of effective public health. *American journal of public health*, 94(12), 2051-2053.
- Betzler, F., Helbig, J., Viohl, L., Ernst, F., Roediger, L., Gutwinski, S., ... & Köhler, S. (2021). Drug checking and its potential impact on substance use. *European Addiction Research*, 27(1), 25-32.
- Bhargava, V. R., & Velasquez, M. (2021). Ethics of the attention economy: The problem of social media addiction. *Business Ethics Quarterly*, 31(3), 321-359.
- Blakemore, K., & Warwick-Booth, L. (2013). *Social Policy: An Introduction: An Introduction*. McGraw-Hill Education (UK).
- Blakemore, Ken & Griggs, Edwin (2007) *Social Policy: An Introduction*, McGraw-Hill Education,
- Blau, J., & Abramovitz, M. (2010). *The dynamics of social welfare policy*. Oxford University Press, USA.
- Bond, L., Thomas, L., Coffey, C., Glover, S., Butler, H., Carlin, J. B., & Patton, G. (2004). Long-term impact of the Gatehouse Project on cannabis use of 16-year-olds in Australia. *Journal of School Health*, 74(1), 23-29.
- Bourgain, C., Falissard, B., Blecha, L., Benyamina, A., Karila, L., & Reynaud, M. (2012). A damage/benefit evaluation of addictive product use. *Addiction*, 107(2), 441-450.

- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40.
- Boyum, D., & Reuter, P. (2001). Reflections on drug policy and social policy. *Drug addiction and drug policy: The struggle to control dependence*, 13, 239.
- Boztaş, M. H., & Arısoy, Ö. (2010). Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.
- Branas-Garza, P., Cobo-Reyes, R., Espinosa, M. P., Jiménez, N., Kovářík, J., & Ponti, G. (2010). Altruism and social integration. *Games and Economic Behavior*, 69(2), 249-257.
- Brown, B., Crawford, P., & Carter, R. (2006). Evidence-based health communication. McGraw-Hill Education (UK).
- Brust, J. C. (2002). Neurologic complications of substance abuse. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S29-S34.
- Bukten, A., Lund, I. O., Kinner, S. A., Rognli, E. B., Havnes, I. A., Muller, A. E., & Stavseth, M. R. (2020). Factors associated with drug use in prison—results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. *Health & justice*, 8, 1-10.
- Butler, I., & Drakeford, M. (2005). Scandal, social policy and social welfare. Policy Press.
- Byrne, M., & Curtis, R. (2000). Designing health communication: Testing the explanations for the impact of communication medium on effectiveness. *British Journal of Health Psychology*, 5(2), 189-199.
- Cami, J., & Farré, M. (2003). Drug addiction. *New England Journal of Medicine*, 349(10), 975-986.
- Candan, M. ve Yıldırım, S. (2023). Bir Diş Hastanesine Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Hepatit B, Hepatit C Ve HIV Seroprevalansı. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (2), 260-265.
- Carbonneau, R., Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2022). Alcohol, marijuana and other illicit drugs use throughout adolescence: co-occurring courses and preadolescent risk-factors. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(6), 1194-1206.
- Carley, M. (1993). Social dialogue. The social dimension: Employment policy in the European community, 105-134.
- Carlisle, L. R., Jackson, B. W., & George, A. (2006). Principles of social justice education: The social justice education in schools project. *Equity & Excellence in Education*, 39(1), 55-64.

- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A., & Hedrich, D. (2012). Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: Issues and challenges. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 51(1), 37-66.
- Catalano, R. F., Gainey, R. R., Fleming, C. B., Haggerty, K. P., & Johnson, N. O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. *Addiction*, 94(2), 241-254.
- Čekerevac, A. (2009). New understanding of social policy. *Godišnjak Fakulteta političkih nauka*, 3(3), 557-567.
- Chen, P., & Jacobson, K. C. (2012). Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: Gender and racial/ethnic differences. *Journal of adolescent health*, 50(2), 154-163.
- Choi, S. B., & Lim, M. S. (2016). Effects of social and technology overload on psychological well-being in young South Korean adults: The mediatory role of social network service addiction. *Computers in Human Behavior*, 61, 245-254.
- Christopher, G. C., & VanSteenberg, D. (2021). Twelve-Plus Years of Secondary and Tertiary Alcohol and Other Drug Use Prevention Programming on a College Campus: Making the Case for Risk-Matched Education. *J Addiction Prevention*, 9(1), 8.
- Clarke, M., & Stewart, J. (2000). Handling the wicked issues. *Changing practice in health and social care*, 377-386.
- Coffman, Julia (2002). *Public Communication Campaign Evaluation: An Environmental Scan of Challenges, Criticisms, Practice, and Opportunities*. Cambridge: Communication Consortium Media Center
- Coşkunol, H. (2020). *Travma ve Madde Kullanım Bozuklukları*. Prof. Dr. Hakan Coşkunol, Uz. Dr. Cihan Döğler, Dr. Belgin Bayrak (Ed), *İçinde Acil Servislerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Rehberi*, (38-43) Sağlık Bakanlığı: Ankara.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W. (2017). *Araştırma deseni nicel, nitel ve karma yöntem yaklaşımları*. S. B. Demir (Çev. Ed.), (3. Baskı), Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık
- Crocq, M. A. (2022). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*. 9(4), 355-361
- Crossley, S. (2020). Social policy and class. In *Social Policy* (pp. 317-338). Routledge.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., ... & Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1427-1480.

- Cua, F. C., & Garrett, T. C. (2010). Diffusion of Innovations Theory. In Handbook of Research on Contemporary Theoretical Models in Information Systems (pp. 242-276). IGI Global.
- Cunningham, P. B., & Henggeler, S. W. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38(3), 265-281.
- Curry, O., & Dunbar, R. I. M. (2011). Altruism in networks: the effect of connections. *Biology letters*, 7(5), 651-653.
- Çalı, H. H. (2012). Türkiye’de Kentsel Mekânda Mağdursuz Suç Örneği Olarak “Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kullanma” Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16 (1) , 37-56.
- Çalışkan M, (2018) Madde Bağımlılığının Biyo-Psiko-Sosyal ve Hukuksal Analizi Beta: İstanbul
- Çıtır, B. (2015). Uluslararası Afyon Anlaşmalarında Osmanlı İmparatorluğu. Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi (SKAD), 1(1), 17-47.
- Çöpür, M., Eryılmaz, A., & Çakmak, D. (2014). Alkol, madde kullanımı ve yasal sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(2) 84-88.
- D’Ambrosio, U. (2007). Peace, social justice and ethnomathematics. *The Montana Mathematics Enthusiast, Monograph*, 1(2007), 25-34.
- Dar, M. A., Gani, I., & Ara, I. (2023). Overview of substance use disorder and available treatments. *International Journal of Current Research in Physiology and Pharmacology*, 7(2), 3-7.
- Dawe, S., Harnett, P. H., Rendalls, V., & Staiger, P. (2003). Improving family functioning and child outcome in methadone maintained families: the Parents Under Pressure programme. *Drug and Alcohol Review*, 22(3), 299-307.
- De Deken, J. J., Ponds, E., & Van Riel, B. (2006). Social solidarity. *The Oxford handbook of pensions and retirement income*, 141-160.
- Deakin, N. (2013). Local government and social policy. In *Half a century of municipal decline* (pp. 202-231). Routledge.
- DeWit, D. J., Steep, B., Silverman, G., Stevens-Lavigne, A., Ellis, K., Smythe, C., ... & Wood, E. (2000). Evaluating an in-school drug prevention program for at-risk youth. *Alberta Journal of Educational Research*, 46(2).
- Di Maggio, I., Montenegro, E., Little, T. D., Nota, L., & Ginevra, M. C. (2022). Career adaptability, hope, and life satisfaction: An analysis of adults with and without substance use disorder. *Journal of happiness studies*, 23(2), 439-454.
- Diamond, P. (2004). Social security. *American Economic Review*, 94(1), 1-24.

- Dickson-Gomez, J., Convey, M., Hilario, H., Corbett, A. M., & Weeks, M. (2007). Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 2(8), 8.
- Ding, Y., Lin, H., Zhou, L., Yan, H., & He, N. (2014). Adverse childhood experiences and interaction with methamphetamine use frequency in the risk of methamphetamine-associated psychosis. Drug and alcohol dependence, 142, 295-300.
- Doğan, C. , Şener, S. C. , Çağlayan, B. , Fidan, A. , Parmaksız, E. T. , Salepçi, B. & Kıral, N. (2017). Bonzai ve Akciğer. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 31 (2) , 109-114 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/ighd/issue/43151/523328>
- Dorrien, G. (2010). Economy, difference, empire: Social ethics for social justice. Columbia University Press.
- Drake, R. F. (2018). The principles of social policy. Bloomsbury Publishing.
- Drucker, E., Anderson, K., Haemmig, R., Heimer, R., Small, D., Walley, A., ... & van Beek, I. (2016). Treating addictions: harm reduction in clinical care and prevention. Journal of bioethical inquiry, 13, 239-249.
- Duncan, G. J. .(2003). National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care. Modeling the Impacts of Child Care Quality on Children's Preschool Cognitive Development. Child Development, 74(5), 1454-1475.
- Durrant, R., Adamson, S., Todd, F., & Sellman, D. (2009). Drug use and addiction: evolutionary perspective. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43(11), 1049-1056.
- Duyan, V., & Gövebakan, R. (2021). Madde bağımlılığı ve aile. Yeni İnsan Yayınevi.
- Earp, B. D., Wudarczyk, O. A., Foddy, B., & Savulescu, J. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated?. Philosophy, psychiatry, & psychology: PPP, 24(1), 77.
- Eddy, N. B., Halbach, H., Isbell, H., & Seevers, M. H. (1965). Drug dependence: its significance and characteristics. Bulletin of the World Health Organization, 32(5), 721-733.
- Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B., & Fırat, E. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 20(3), 597-609.
- Erdoğan, E., & Delibaş, D. H. (2019). Comparison of clinical features, comorbidity and functioning in substance dependents with and without adult ADHD. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20(3), 296-305.
- Ergenç, G. & Yıldırım, E.(2007). Madde Kullanımı Önleme Klavuzu. İstanbul: İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü

- Everingham, C. (2001). Reconstituting community: social justice, social order and the politics of community. *Australian Journal of Social Issues*, 36(2), 105-122.
- Everingham, C. (2018). *Social justice and the politics of community*. Routledge.
- Fashoyin, T. (2004). Tripartite cooperation, social dialogue and national development. *Int'l Lab. Rev.*, 143, 341.
- Fishbein, M., & Yzer, M. C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication theory*, 13(2), 164-183.
- Fogarty, B. E. (2019). *War, peace, and the social order*. Routledge.
- França, L. R., Dautzenberg, B., Falissard, B., & Reynaud, M. (2009). Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4, 4-14.
- Fraser, N. (2008). Social justice in the age of identity politics: Redistribution, recognition, and participation. In *Geographic Thought* (pp. 72-89). Routledge.
- Frega, R. (2021). Solidarity as social involvement. *Moral Philosophy and Politics*, 8(2), 179-208.
- Friedman, S. (2003). The state, civil society and social policy: setting a research agenda. *Politikon*, 30(1), 3-25.
- Gallagher, M. W. (2012). Self-Efficacy. (ed.) In V. S. Ramachaudran, *Encyclopedia of human behavior* (Vol.2, pp. 314-320). San Diego: Academic Press.
- Garland, D. (2016). *The welfare state: A very short introduction*. Oxford University Press.
- Garrafa, V. (2014). Solidarity and cooperation. In *Handbook of global bioethics*, 169-186. Dordrecht: Springer Netherlands
- George, V., & Wilding, P. (2023). *The impact of social policy*. Taylor & Francis.
- Giulianotti, R. (2011). The sport, development and peace sector: A model of four social policy domains. *Journal of social policy*, 40(4), 757-776.
- Glanz, K.- Rimer, B. K.- Viswanath, K., (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4. bs). John Wiley & Sons, Inc. ABD.
- Glover, S. A. O. (1998). Social environments and the emotional wellbeing of young people. *Family Matters*, (49), 11-16.
- Godsäter, A., & Söderbaum, F. (2017). Civil society participation in regional social policy: The case of HIV/AIDS in the Southern African Development Community (SADC). *Global Social Policy*, 17(2), 119-136.

- Gofman, A. (2014). Durkheim's theory of social solidarity and social rules. In The Palgrave handbook of altruism, morality, and social solidarity: Formulating a field of study (pp. 45-69). New York: Palgrave Macmillan US.
- Gordon, M. (2003). Roots of empathy: Responsive parenting, caring societies. The Keio journal of medicine, 52(4), 236-243.
- Gottfredson, D. C., Kearley, B. W., & Bushway, S. D. (2008). Substance use, drug treatment, and crime: An examination of intra-individual variation in a drug court population. Journal of Drug Issues, 38(2), 601-630.
- Gökler, R., & Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. Sosyal bilimler araştırmaları dergisi, 3(1), 89-104.
- Göktepe, K. (2020). Osmanlı Sosyoekonomik Hayatında Uyuşturucu Madde Kaynaklarının Arz Boyutu: Haşhaş ve Kenevir Bitkisi. History Studies (13094688), 12(6), 3031-3055.
- Grant, T., Ernst, C. C., Pagalilauan, G., & Streissguth, A. (2003). Postprogram follow-up effects of paraprofessional intervention with high-risk women who abused alcohol and drugs during pregnancy. Journal of Community Psychology, 31(3), 211-222.
- Green, E. C.- Murphy, E. M.- Gryboski, K., (2021). The Health Belief Model. İçinde The Wiley Encyclopedia of Health Psychology (1. bs, C. 2). John Wiley & Sons Ltd. ABD.
- Gruber, J., & Wise, D. A. (2008). Social security and retirement around the world. University of Chicago Press.
- Grunig, J.E. (2005). Halkla İlişkiler ve İletişim Yönetiminde Mükemmellik, İstanbul: Rota Yayınları.
- Gül, S. S. ve Nizam, Ö. K. (2021). Sosyal bilimlerde söylem ve içerik analizi. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 42, 181-198. <https://doi.org/10.30794/pausbed.803182>
- Güngör, D. (2018). Sentetik uyuşturucular: Amfetamin örneği. Güvenlik Çalışmaları Dergisi, 20(1), 105-112.
- Hale, J.L., Householder, B.J. and Greene, K.L. (2003) The Theory of Reasoned Action, in The Persuasion Handbook: Developments in Theory and Practice(Eds.) J. P. Dillard, M.W. Pfau, Sage, Thousand Oaks, pp. 259–286
- Hall, A. L., & Midgley, J. (2004). Social policy for development. Sage.
- Hall, P. A. (2017). The political sources of social solidarity. The strains of commitment: The political sources of solidarity in diverse societies, 201-232.
- Hanson, G.R., Venturelli, P.J. and Fleckenstein, A.E. (2005): Drugs and Society. 9th edn. Sudbury: Jones & Bartlett

- Harrington, N. G. (2014). Health communication: An introduction to theory, method, and application. In *Health Communication* (pp. 1-27). Routledge.
- Hatfield, E., Salmon, M., & Rapson, R. L. (2011). Equity theory and social justice. *Journal of Management, Spirituality & Religion*, 8(2), 101-121.
- Hediger, W. (2000). Sustainable development and social welfare. *Ecological economics*, 32(3), 481-492.
- Heiserman, N., & Simpson, B. (2021). Measuring perceptions of economic inequality and justice: An empirical assessment. *Social Justice Research*, 34(2), 119-145.
- Helms, J. E. (2003). A pragmatic view of social justice. *The Counseling Psychologist*, 31(3), 305-313.
- Henderson, E. C. (2009). *Understanding addiction*. Univ. Press Of Mississippi.
- Hewitt, P. (2016). Social justice in a global economy?. In *Citizenship Today* (pp. 249-268). Routledge.
- Hill, S. L., & Thomas, S. H. (2011). Clinical toxicology of newer recreational drugs. *Clinical toxicology*, 49(8), 705-719.
- Hoffmann, J. P., & Jones, M. S. (2022). Cumulative stressors and adolescent substance use: A review of 21st-century literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 891-905.
- Hudson, J., & Lunt, N. (2022). The contested jurisdiction of Social Policy in UK universities since 1972. *Journal of Social Policy*, 51(3), 487-503.
- Hudson, J., Kuhner, S., & Lowe, S. (2015). *The short guide to social policy*. Policy Press.
- Hytten, K., & Bettez, S. C. (2011). Understanding education for social justice. *Educational foundations*, 25, 7-24.
- Işık, M. (2010). *Hastanelerde Halkla İlişkiler*. Eğitim Yayınevi.
- Işıklı S, Irak M. (2002).Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği Aralık;55-65.
- Janjua, N. Z., Islam, N., Kuo, M., Yu, A., Wong, S., Butt, Z. A., ... & Krajden, M. (2018). Identifying injection drug use and estimating population size of people who inject drugs using healthcare administrative datasets. *International Journal of Drug Policy*, 55, 31-39.
- Jansson, B. S. (2015). *Social welfare policy and advocacy: Advancing social justice through 8 policy sectors*. Sage Publications.

- Jeffries, V. (2014). Altruism, morality, and social solidarity as a field of study. In *The Palgrave handbook of altruism, morality, and social solidarity: Formulating a field of study* (pp. 3-20). New York: Palgrave Macmillan US.
- Jesuraj, M. J. (2012). Impact of substance abuse on families. *Rajagiri Journal of Social Development*, 4(2), 18-23.
- Jiloha, R. C. (2017). Prevention, early intervention, and harm reduction of substance use in adolescents. *Indian journal of psychiatry*, 59(1), 111-118.
- Jimenez, J., Pasztor, E. M., Chambers, R. M., & Fujii, C. P. (2014). *Social policy and social change: Toward the creation of social and economic justice*. Sage Publications.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). "Mixed methods research: A research paradigm whose time has come". *Educational Researcher*, 33(7): 14-26.
- Johnson, Z., Molloy, B., Scallan, E., Fitzpatrick, P., Rooney, B., Keegan, T., & Byrne, P. (2000). Community mothers programme-seven year follow-up of a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Journal of Public Health*, 22(3), 337-342.
- Johnson, Z., Molloy, B., Scallan, E., Fitzpatrick, P., Rooney, B., Keegan, T., & Byrne, P. (2000). Community mothers programme-seven year follow-up of a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Journal of Public Health*, 22(3), 337-342.
- Jones, K., Brown, J., & Bradshaw, J. (2023). *Issues in social policy*. Taylor & Francis.
- Karacalar, S., Turgut, N., & Tekin, E. A. (2014). Madde Bağımlısı Hastalarda Anestezi Uygulamaları ve Yoğun Bakımda Karşılaşılan Problemler. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30, 134-142.
- Karagöz, K. (2022) Eski Mezopotamya ve Anadolu Ritüellerinde Psikoaktif Bitkiler. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi (KOUSBAD)* 15, Bahar 2022, ss. 31-68.
- Karakuş, B. N. , Özdengül, F. , Solak Görmüş, Z. I. & Şen, A. (2021). Bağımlılık Fizyopatolojisine Genel Bakış. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3) , 158-166
- Karaoğlu, M., Kaşarcı, G., Şahin, E., İplik, E.S.(2020). Madde ilişkili psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan atipik antipsikotikler. *Experimed*, 10(1):49-58.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Karataş, Z. (2020). Madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerin sorunlarının açıklanmasında aile işlevleri ve çeşitli demografik değişkenlerin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 70-105.

- Karataşoğlu, S. (2013). Sosyal politika boyutuyla madde bağımlılığı. *Türk İdare Dergisi*, 476, 321-352.
- Kaya, E. , Akpınar, D. & Akpınar, H. (2019). Bağımlılığın Patofizyolojisi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6 (3) , 166-170.
- Keller, B., & Sorries, B. (1998). The sectoral social dialogue and European social policy: more fantasy, fewer facts. *European Journal of Industrial Relations*, 4(3), 331-348.
- Kennedy, P. (2013). Key themes in social policy. Routledge.
- Kılıç F. (2016). Bağımlılık ve Uyarıcı Maddeler. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016; 38(1), 55-60.
- Kılıç, F. S. (2017). Opioidler, ağrı, opioidlerin suistimali ve yanlış kullanımı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(3), 125-129.
- Koob, G. F. (1999). The role of the striatopallidal and extended amygdala systems in drug addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877(1), 445-460.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.
- Kretchmar, J. (2011). Durkheim's Mechanical & Organic Solidarity. In *Early Theorists & The Science Of Society*, (25-34). Published by Salem Press
- Kumpfer, K. L., & DeMarsh, J. (2013). Family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency. *Childhood and Chemical Abuse*, 49-91.
- Kurt, Şahin & Kurt, Ela (2007). Uygulamada Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçları ve İlgili Mevzuat, Adalet Yayınları, Ankara
- Landry, M. J. (1994). Understanding drugs of abuse: The processes of addiction, treatment, and recovery. American Psychiatric Pub.
- Lane, J. E., & Ersson, S. (2004). The impact of trade unions on social policy in EU member states. *Governance in Europe The Role of Interest Groups*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 147-162.
- Lee, Y. S., Han, D. H., Kim, S. M., & Renshaw, P. F. (2013). Substance abuse precedes internet addiction. *Addictive behaviors*, 38(4), 2022-2025.
- Léonard, E. (2008). European sectoral social dialogue: An analytical framework. *European Journal of Industrial Relations*, 14(4), 401-419.
- Leukefeld, C. G., & Clayton, R. R. (2014). Prevention practice in substance abuse. Routledge.

- Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: development, not disease. *Neuroethics*, 10, 7-18.
- Li, D., Chen, Z., & Liu, J. (2019). Analysis for behavioral economics in social networks: An altruism-based dynamic cooperation model. *International Journal of Parallel Programming*, 47, 686-708.
- Liu, P. P., Safin, V., Yang, B., & Luhmann, C. C. (2015). Direct and indirect influence of altruistic behavior in a social network. *PloS one*, 10(10), e0140357.
- Loewen, G., & Pollard, W. (2010). The Social Justice Perspective. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 23(1), 5-18.
- Love, J. M., Harrison, L., Sagi-Schwartz, A., Van IJzendoorn, M. H., Ross, C., Ungerer, J. A., ... & Chazan-Cohen, R. (2003). Child care quality matters: How conclusions may vary with context. *Child development*, 74(4), 1021-1033.
- Loxley, W. M., Toumbourou, J. W., & Stockwell, T. R. (2005). A new integrated vision of how to prevent harmful drug use. *The Medical Journal of Australia*, 182(2), 54-55.
- Loxley, W., Toumbourou, J., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., ... & Williams, J. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence.
- MacArthur, G. J., van Velzen, E., Palmateer, N., Kimber, J., Pharris, A., Hope, V., ... & Hutchinson, S. J. (2014). Interventions to prevent HIV and hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 34-52.
- Malhotra, A., Basu, D., & Gupta, N. (2005). Psychosocial treatment of substance use disorders in adolescents. *Journal of Indian association for child and adolescent mental health*, 1(1), 4-16.
- Maqbool, M., Dar, M. A., Rasool, S., Gani, I., & Khan, M. (2019). Substance use disorder and availability of treatment options: an overview. *Journal of research in health science*, 1, 4-10.
- Mares, I. (2005). Social protection around the world: External insecurity, state capacity, and domestic political cleavages. *Comparative political studies*, 38(6), 623-651.
- Mattingly, D. T., Elliott, M. R., & Fleischer, N. L. (2023). Latent Classes of Tobacco and Cannabis Use among Youth and Young Adults in the United States. *Substance Use & Misuse*, 1-11.
- Mazlum, M. M., & Mazlum, A. A. (2017). Determination of research method in social sciences. *Route Educational and Social Science Journal*, 4(4), 1-21.
- McCracken, C. B. (2010). Intellectualization of drug abuse. *JAMA*, 303(19), 1894-1895.

- McDonald, L., Bradish, D. C., Billingham, S., Dibble, N., & Rice, C. (1991). Families and schools together: An innovative substance abuse prevention program. *Children & Schools*, 13(2), 118-128.
- McGuire, W. J. (1984). Public communication as a strategy for inducing health-promoting behavioral change. *Preventive medicine*, 13(3) 299–313..
- McKeganey, N., Barnard, M., & McIntosh, J. (2002). Paying the price for their parents' addiction: meeting the needs of the children of drug-using parents. *Drugs: education, prevention and policy*, 9(3), 233-246.
- McNutt, J. G., & Hofer, R. (2020). *Social welfare policy: Responding to a changing world*. Oxford University Press.
- Meulewaeter, F., De Schauwer, E., De Pauw, S. S., & Vanderplasschen, W. (2022). “I Grew Up Amidst Alcohol and Drugs:” a Qualitative Study on the Lived Experiences of Parental Substance Use Among Adults Who Developed Substance Use Disorders Themselves. *Frontiers in psychiatry*, 13, 768802.
- Meydan, U. (2022). Bonzai: Uyuşturucu Madde Ticareti Suçunda Sentetik Kannabinoidler. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi* , (49) , 85-114
- Midford, R., Snow, P., & Lenton, S. (2001). School-based illicit drug education programs: a critical review and analysis. *RFT*, 637, 1-80.
- Midgley, J. (2017). Social development and social protection: New opportunities and challenges. *Social Protection in Southern Africa*, 2-12.
- Midgley, J., & Tang, K. L. (2001). Introduction: Social policy, economic growth and developmental welfare. *International Journal of Social Welfare*, 10(4), 244-252.
- Mignon, S. I. (2014). *Substance abuse treatment: Options, challenges, and effectiveness*. Springer Publishing Company.
- Miller, D. (2001). *Principles of social justice*. harvard university Press.
- Milliard, M., & Spicker, P. (1998). *Social Policy in a Changing Society*”, London: Routledge.
- Mkandawire, T. (2004). Social policy in a development context: Introduction. In *Social policy in a development context* (pp. 1-33). London: Palgrave Macmillan UK.
- Montano, D. E. & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 67-96.
- Morgan, C. J., Noronha, L. A., Muetzelfeldt, M., Feilding, A., & Curran, H. V. (2013). Harms and benefits associated with psychoactive drugs: findings of an

- international survey of active drug users. *Journal of Psychopharmacology*, 27(6), 497-506.
- Murillo Amarís, E. (2012). Towards Public Policy of Social Reconciliation: Typology and Cases. *Papel Politico*, 17(2), 423-467.
- Mutlu, E. (2018). Madde bağımlılığı ve insan evrimi. *Bağımlılık Dergisi*, 19(1), 17-22.
- Müller, C. P., & Schumann, G. (2011). Drugs as instruments: a new framework for non-addictive psychoactive drug use. *Behavioral and Brain Sciences*, 34(6), 293-310.
- Naskali, E.(2014) Zerdüşt Muamması/The Zoroastrian Dilemma (Jussi Aro). *Marmara Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 197-208.
- Natali, E., Deitingen, P., Rondinone, B., & Iavicoli, S. (2008). Exploring stakeholders' perceptions on social policies, infrastructures and social dialogue in relation to psychosocial risks. The European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF, 79-95.
- Nelson, L. F., Weitzman, E. R., & Levy, S. (2022). Prevention of substance use disorders. *Medical Clinics*, 106(1), 153-168.
- Nestler, E. J. (2004). Molecular mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology*, 47, 24-32.
- Niedzwiecki, S. (2014). The effect of unions and organized civil society on social policy: Pension and health reforms in Argentina and Brazil, 1988–2008. *Latin American Politics and Society*, 56(4), 22-48.
- Nieusma, D. (2013). Engineering, social justice, and peace: Strategies for educational and professional reform. *Engineering education for social justice: Critical explorations and opportunities*, 19-40.
- Nodirovna, M. S. (2023). Social Policy: Objectives And Theoretical Foundations Of The Study. *Central Asian Journal Of Social Sciences And History*, 4(7), 1-9.
- Nordestgaard, M., & Kirton-Darling, J. (2004). Corporate social responsibility within the European sectoral social dialogue. *Transfer: European Review of Labour and Research*, 10(3), 433-451.
- O'Brien, C. P. (2006). Drug addiction and drug abuse. *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*, 11, 607-627.
- O'Neill, M. (2020). Social Justice and Economic Systems. *Philosophical Topics*, 48(2), 159-202.
- O'Callaghan, F., Sonderegger, N., & Klag, S. (2004). Drug and crime cycle: Evaluating traditional methods versus diversion strategies for drug-related offences. *Australian Psychologist*, 39(3), 188-200.

- Odabaşı, Y. & Oyman M. (2003), Pazarlama İletişimi Yönetimi, İstanbul: Media Cat Yayınları.
- Offe, C., & Keane, J. (2018). Social policy and the theory of the state. In Contradictions of the welfare state (pp. 88-118). Routledge.
- Okay, A. (2014). Sağlık İletişimi. İstanbul: Derin Yayınları.
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3, 153-172.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., ... & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson Jr, C. R., ... & Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110(3), 486-496.
- Ögel, K. (2010). Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dâhili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(47), 61-4.
- Ögel, K., & Aksoy, A. (2007). Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı. *Journal of Dependence*, 8, 11-17.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., & Sır, A. (1999). Madde kullanımı ve suç. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1-10
http://www.ogelk.net/Dosyadepo/suc_madde_yayin.pdf
- Örken, C., & Tavşanlı, M. E. (2014). Madde bağımlılığının nörolojik etkileri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(2), 110-114.
- Kolancı, B. Y. (2020). Roma İmparatorluk Dönemi'nde Göz Hastalıklarının Tedavisinde Kullanılan Bazı Tıbbi Bitkiler. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 19(3), 629-646.
- Özay Köse, E. , Gül, Ş. & Keskin, B. (2017). Ortaöğretim Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2017 (8) , 264-271.
- Palmateer, N., Hamill, V., Bergenstrom, A., Bloomfield, H., Gordon, L., Stone, J., ... & Hutchinson, S. (2022). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). *International Journal of Drug Policy*, 109, 103872.

- Payne, J., & Gaffney, A. (2012). How much crime is drug or alcohol related? Se-reported attributions of police detainees. *Trends and issues in crime and criminal justice*, (439), 1-6.
- Pechmann, C. (2001). A comparison of health communication models: Risk learning versus stereotype priming. *Media Psychology*, 3(2), 189-210.
- Perkins, H. W. (2003). The emergence and evolution of the social norms approach to substance abuse prevention. *The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians*, 3-17.
- Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A., Anstine, P. S., ... & Wolfson, M. (1996). Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence: Project Northland. *American Journal of Public Health*, 86(7), 956-965.
- Peterson, L., & Rigby, K. (1999). Countering bullying at an Australian secondary school with students as helpers. *Journal of adolescence*, 22(4), 481-492.
- Pickvance, C. (2007). The impact of social policy. *Social policy*, 658-684.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.
- Rempel, M., Green, M., & Kralstein, D. (2012). The impact of adult drug courts on crime and incarceration: findings from a multi-site quasi-experimental design. *Journal of Experimental Criminology*, 8, 165-192.
- Ritter, A., & Stevens, A. (2017). Improving knowledge on law enforcement in drug policy. *International Journal of Drug Policy*, 41, 89-90.
- Rodger, J. J. (2003). Social solidarity, welfare and post-emotionalism. *Journal of Social Policy*, 32(3), 403-421.
- Rogers, E. M. (1995). Lessons for guidelines from the diffusion of innovations. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 21(7), 324-328.
- Rothstein, B. (2017), Solidarity, Diversity and the Quality of Government, in K. Banting and W. Kymlicka (eds.), *The Strains of Commitment: The Political Sources of Solidarity in Diverse Societies*, 1st ed., New York, NY, Oxford University Press, pp.(300-326)
- Saah, T. (2005). The evolutionary origins and significance of drug addiction. *Harm reduction journal*, 2(1), 1-7.
- Sanders, M. R. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive behaviors*, 25(6), 929-942.

- Schäfer, A., & Leiber, S. (2009). The double voluntarism in EU social dialogue and employment policy. *European Integration online Papers (EIoP)*, 1(13)1-19.
- Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice*. John Wiley & Sons.
- Schmitt, C., Lierse, H., Obinger, H., & Seelkopf, L. (2015). The global emergence of social protection: Explaining social security legislation 1820–2013. *Politics & Society*, 43(4), 503-524.
- Schuler, M. E., Nair, P., & Kettinger, L. (2003). Drug-exposed infants and developmental outcome: effects of a home intervention and ongoing maternal drug use. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(2), 133-138.
- Schweinhart, L. J., Barnes, H. V., & Weikhart, D. P. (2005). Significant benefits: The High/Scope Perry preschool study through age 27. *Child welfare: Major themes in health and social welfare*, 4, 9-29.
- Seekings, J. (2004). Trade unions, social policy & class compromise in post-apartheid South Africa. *Review of African Political Economy*, 31(100), 299-312.
- Segal, E. A. (2010). *Social welfare policy and social programs: A values perspective*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 27(2), 171-186.
- Sevinç, T. (2022). Three approaches to social unity and solidarity. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 25(4), 459-479.
- Shonkoff, J. P. (2000). Science, policy, and practice: Three cultures in search of a shared mission. *Child development*, 71(1), 181-187.
- Simmons, J., & Singer, M. (2006). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 1(7), 7.
- Simpson, B., & Willer, R. (2015). Beyond altruism: Sociological foundations of cooperation and prosocial behavior. *Annual Review of Sociology*, 41, 43-63.
- Singh, J., & Gupta, P. K. (2017). Drug addiction: Current trends and management. *The International Journal of Indian Psychology*, 5(1), 186-201.
- Skewes, M. & Gonzalez, V. (2013). The biopsychosocial model of addiction. In Miller, P. M. (Ed.), *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 61–70). Academic Press
- Sloboda, Z., Petras, H., Robertson, E., & Hingson, R. (Eds.). (2019). *Prevention of substance use*. Springer International Publishing.

- Smith, C., & Sorrell, K. (2014). On social solidarity. In *The Palgrave handbook of altruism, morality, and social solidarity: Formulating a field of study* (pp. 219-247). New York: Palgrave Macmillan US.
- Smith, D. E., & Seymour, R. B. (2004). The Nature of Addiction. In R. H. Coombs (Ed.), *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment* (pp. 3-30). John Wiley & Sons, Inc..
- Smith, R.D. (2005). *Strategic Planning For Public Relations, USA*: Lawrence Earlbaum Associates, Inc.
- Søgaard, T. F., Houborg, E., & Pedersen, M. M. (2017). Drug policing assemblages: Repressive drug policies and the zonal banning of drug users in Denmark's club land. *International Journal of Drug Policy*, 41, 118-125.
- Solmaz, B. (2006). Halkla İlişkilerde Reaktif ve Proaktif Stratejiler. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. 25, 143-154.
- Soy, İ. T., & Zorlu, S. (2020). Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde benlik saygısı ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(2), 73-86.
- Spicker, P. (1995). *Social Policy: Themes and Approaches*, London: Prentice Hall.
- Spicker, P. (2011). *How Social Security Works: An Introduction to Benefits in Britain*. Policy Press.
- Spicker, P. (2013). *Principles of social welfare: an introduction to thinking about the welfare state*. Self-Published.
- Spohn, C., & Belenko, S. (2013). Do the drugs, do the time? The effect of drug abuse on sentences imposed on drug offenders in three US district courts. *Criminal Justice and Behavior*, 40(6), 646-670.
- Spooner, C. (2002). Public policy and the prevention of substance-use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(3), 235-239.
- Spoth, R., Redmond, C., Hockaday, C., & Yoo, S. (1996). Protective factors and young adolescent tendency to abstain from alcohol use: A model using two waves of intervention study data. *American journal of community psychology*, 24(6), 749-770.
- Spruit, I. P. (2001). Monitoring synthetic drug markets, trends, and public health. *Substance use & misuse*, 36(1-2), 23-47.
- Stamates, A. L., Roberts, R., & Lau-Barraco, C. (2022). Alcohol, cannabis, and tobacco polysubstance use: A latent profile analysis of age of onset. *Substance abuse*, 43(1), 531-538.

- Steckler, G., Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2013). Relapse and lapse. In Miller, P. M. (Ed.), *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (Vol. 1, pp. 125–132). Academic Press.
- Stiglitz, J. E. (2002). Employment, social justice and societal well-being. *International Labour Review*, 141(1-2), 9-29.
- Streeck, W. (1994). European Social Policy after Maastricht: The 'Social Dialogue' and 'Subsidiarity'. *Economic and Industrial Democracy*, 15(2), 151-177.
- Sullivan, M. (2018). *Modern social policy*. Routledge.
- Sulzer, D. (2011). How addictive drugs disrupt presynaptic dopamine neurotransmission. *Neuron*, 69(4), 628-649.
- Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International journal of environmental research and public health*, 8(10), 4025-4038.
- Sussman, S., Stacy, A. W., Johnson, C. A., Pentz, M. A., & Robertson, E. (2004). A transdisciplinary focus on drug abuse prevention: an introduction. *Substance use & misuse*, 39(10-12), 1441-1456.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçmelerde güvenirlik ve geçerlik*. Ankara: Sözkese Matbaacılık
- Takahashi, T. T., Ornello, R., Quattrosi, G., Torrente, A., Albanese, M., Vigneri, S., ... & Martelletti, P. (2021). Medication overuse and drug addiction: a narrative review from addiction perspective. *The journal of headache and pain*, 22(1), 1-11.
- Taylor, T. K., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical child and family psychology review*, 1, 41-60.
- Thadani, P. V. (2002). The intersection of stress, drug abuse and development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 221-230.
- Thijssen, P. (2012). From mechanical to organic solidarity, and back: With Honneth beyond Durkheim. *European Journal of Social Theory*, 15(4), 454-470.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*, 369(9570), 1391-1401.
- Towers, C., & Machin, R. (2023). *Social Policy in Health and Social Care*. In *Key Themes in Health and Social Care* (pp. 67-78). Routledge.
- Trovini, G., Amici, E., Bauco, P., Matrone, M., Lombardozzi, G., Giovanetti, V., ... & De Filippis, S. (2023). A comprehensive evaluation of adverse childhood experiences, social-emotional impairments, and neurodevelopmental disorders in

cannabis-use disorder: Implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 66(1), e77.

Türkiye Uyuşturucu Raporu (2023) [2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf](#)
([narkotik.pol.tr](#)) Erişim Tarihi 07/07/2024

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

Uzbay, İ.T. & Yüksel, N. (2003). Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. *Psikofarmakoloji*. Ankara: Çizgi Tıp Kitabevi

Uzun, H. (2009), “A Handsel to the World: Acknowledgement of the International Opium Convention by Turkey in 1933” *KÖK Journal of Social and Strategic Researches*, 11(2), pp. 9-31.

van Santen, D. K., Boyd, A., Matser, A., Maher, L., Hickman, M., Lodi, S., & Prins, M. (2021). The effect of needle and syringe program and opioid agonist therapy on the risk of HIV, hepatitis B and C virus infection for people who inject drugs in Amsterdam, the Netherlands: findings from an emulated target trial. *Addiction*, 116(11), 3115-3126.

Vandrey, R., W Johnson, M., S Johnson, P., & A Khalil, M. (2013). Novel drugs of abuse: a snapshot of an evolving marketplace. *Adolescent psychiatry*, 3(2), 123-134.

Varshneya, N. B., Dunn, K. E., Grubb, C. J., Okobi, S. I., Huhn, A. S., & Bergeria, C. L. (2023). Can initial experiences with drugs predict future drug abuse risks?. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 31(1), 186.

Vasta, E. (2010). The controllability of difference: Social cohesion and the new politics of solidarity. *Ethnicities*, 10(4), 503-521.

Vimpani, G. (2005). Getting the mix right: family, community and social policy interventions to improve outcomes for young people at risk of substance misuse. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 111-125.

Volkow, N. D. (2005). What do we know about drug addiction?. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1401-1402.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Baler, R., & Telang, F. (2009). Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. *Neuropharmacology*, 56, 3-8.

Waisbord, S. (2020). Family Tree of Theories, Methodologies, and Strategies in Development Communication. In: Servaes, J. (eds) *Handbook of Communication for Development and Social Change*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-2014-3_56

Waisbord, S., Obregon, R. (2012). Theoretical divides and convergence in global health communication. In R. Obregon, S. Waisbord (eds.), *The Handbook of Global Health Communication*, 8–33. John Wiley & Sons

- Walker, R. (2004). *Social Security And Welfare: Concepts And Comparisons: Concepts and Comparisons*. McGraw-Hill Education (UK).
- Wallack, S. S., Thomas, C. P., Martin, T. C., Chilingerian, J., & Reif, S. (2010). Substance abuse treatment organizations as mediators of social policy: slowing the adoption of a congressionally approved medication. *The journal of behavioral health services & research*, 37, 64-78.
- Wang, J. X., Hughes, E., Fernando, C., Czarnecki, W. M., Duéñez-Guzmán, E. A., & Leibo, J. Z. (2018). Evolving intrinsic motivations for altruistic behavior. *arXiv preprint arXiv:1811.05931*.
- Webb, T. L., Sniehotta, F. F., & Michie, S. (2010). Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*, 105(11), 1879-1892.
- Weinberger, A. H., Wyka, K., & Goodwin, R. D. (2022). Impact of cannabis legalization in the United States on trends in cannabis use and daily cannabis use among individuals who smoke cigarettes. *Drug and alcohol dependence*, 238, 109563.
- Weis, S., & Büttner, A. (2018). Neurotoxicology and drug-related disorders. *Handbook of clinical neurology*, 145, 181-192.
- Weiss, F., & Koob, G. F. (2001). Drug addiction: functional neurotoxicity of the brain reward systems. *Neurotoxicity research*, 3, 145-156.
- Westermeyer, J. (2013). Historical understandings of addiction. In Miller, P. M. (Ed.), *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (Vol. 1, pp. 3–12). Academic Press
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*, Volume 2013, Article ID 579310, 1-10 <http://dx.doi.org/10.1155/2013/579310>
- Wilkins, L. T. (Ed.). (2013). *Social deviance: Social policy, action and research* (Vol. 9). Routledge.
- Williams, J. F. (2007). Committee on Substance Abuse, Committee on Native American Child Health. Inhalant abuse. *Pediatrics*, 119, 1009-1017.
- Williams, N., Bossert, N., Chen, Y., Jaanimägi, U., Markatou, M., & Talal, A. H. (2019). Influence of social determinants of health and substance use characteristics on persons who use drugs pursuit of care for hepatitis C virus infection. *Journal of substance abuse treatment*, 102, 33-39.
- Wilson, D. (2018). Social policy: issues and objectives. In *State and Social Welfare*, The (pp. 3-34). Routledge.
- Wise, R. A. (1996). Addictive drugs and brain stimulation reward. *Annual review of neuroscience*, 19(1), 319-340.

- Wood, G., & Gough, I. (2006). A comparative welfare regime approach to global social policy. *World development*, 34(10), 1696-1712.
- World Drug Report 2023 Website: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html Erişim Tarihi 07/07/2024
- Wright, K. B., Sparks, L., & O'hair, H. D. (2012). *Health communication in the 21st century*. John Wiley & Sons.
- Yalman, E. (2019). Ebeveyn ve Akran İlişkilerinin Genç Kızlarda Madde Kullanımına Etkisi. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)* , 4 (2) , 372-391.
- Yaman, Ö. M (2021). *Türkiye’de Gençlik ve Bağımlılık*. Dem Yayınları
- Yaşar, Y. , İçer, Z. & Yazıcılar, T. T. (2018). Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanılmasını Özendirme Suçu (TCK m. 190/2) . *İstanbul Hukuk Mecmuası*, 76 (2) , 691-724.
- Yiğitbaş, Ç. (2022). Birincil yaklaşımlar ve çocuk hakları çerçevesinden çocuklarda madde bağımlılığı. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, 5(10), 86-95
- Yücel, M., Lubman, D. I., Solowij, N., & Brewer, W. J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12), 957-968.
- Yüksel, E. (2017). Ne Demek Lazım; Uyuşturucu Mu Madde Bağımlılığı Mı? Uyuşturucuyla Mücadelenin Temel Kavramlarına Yönelik Uygulama ve Tartışmalar. *Kurgu*, 25(2), 39-64.
- Zapata, F., Matey, J. M., Montalvo, G., & García-Ruiz, C. (2021). Chemical classification of new psychoactive substances (NPS). *Microchemical Journal*, 163, 105877.
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. In: Zhang, X., Shi, J., Tao, R. (eds) *Substance and Non-substance Addiction. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1010. Springer, Singapore

ÖZ GEÇMİŞ

Ad Soyad: Lütfiye YAŞAR	
Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	İnönü Üniversitesi
Fakülte	İletişim
Bölümü	Halkla İlişkiler ve Tanıtım
Yüksek Lisans	
Üniversite	Sakarya Üniversitesi
Enstitü Adı	Sosyal Bilimler
Anabilim Dalı	Halkla İlişkiler ve Reklamcılık
Programı	Halkla İlişkiler ve Reklamcılık
Makale ve Bildiriler	
1.Ünlü, S., Yaşar, L., & Bilici, E. (2022). Digital Public Relations Practices in Ecological Municipalism: A Study on the Ecological Municipal Capital of 2021, Lahti. Ege Academic Review, 22(4), 413-424. 2. Ünlü, S., Yaşar, L., & Bilici, E. (2022). The COVID-19 Normalization Process for Turkish Nations in terms of Health Communications: The Case of Türkiye, Azerbaijan, and the Turkish Republic of Northern Cyprus. <i>İnsan ve Toplum</i>, 12(4), 137-154.	